



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL
OF EUROPE

CONSEIL
DE L'EUROPE

10/4/2013

RAP/Cha/AND/6(2013)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

6^{ème} rapport national sur l'application de la
Charte sociale européenne

Soumis par

**LE GOUVERNEMENT DE
L'ANDORRE**

(Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23
et 30 pour la période
01/01/2008 – 31/12/2011)

Rapport enregistré par le Secrétariat le 14 décembre 2012

CYCLE 2013

**SIXIEME RAPPORT DE SUIVI DES ARTICLES
3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30.**

**CHARTRE SOCIALE EUROPÉENNE RÉVISÉE DU
CONSEIL DE L'EUROPE
(Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30)**

Décembre 2012

INTRODUCTION

Les dispositions de la Charte sociale européenne révisée sont en vigueur en principauté d'Andorre depuis le 1er janvier 2005 et, comme le stipule l'article 45 de la Constitution de la principauté d'Andorre, elles s'intègrent pleinement dans l'ordre juridique andorran.

Le présent document constitue le deuxième rapport que le Gouvernement de l'Andorre présente devant le Conseil de l'Europe en application des dispositions visées aux articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30 de la Charte sociale et son application en principauté d'Andorre, durant la période allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2011.

L'élaboration de ce rapport a été possible grâce à la participation des différents ministères du Gouvernement de l'Andorre, ainsi qu'aux institutions publiques locaux (Comuns), parapubliques (CASS –Caisse Andorrane de la Sécurité Sociale-) et entités sociales de la principauté d'Andorre.

Nous ne reprenons pas dans ce rapport la première partie où devraient être présentées les informations à caractère général sur la principauté d'Andorre. En effet, ces informations sont les mêmes que celles qui ont été présentées dans le premier rapport de la Charte Sociale Européenne révisée. Dans la deuxième partie est exposée, de manière spécifique, la situation en principauté d'Andorre de chacun des articles de la Charte sociale qui font l'objet du présent rapport.

Situation en principauté d'Andorre, durant la période allant du 01-01-2008 au 31-12-2011 de la Charte sociale européenne révisée, quant aux articles :

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

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

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 ;
2. à édicter des règlements de sécurité et d'hygiène ;
3. à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements ;
4. à promouvoir l'institution progressive des services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil.

Cadre juridique général.

Antécédents historiques

- *Ordonnance III, du 28 juin 1968*, faisant référence à la validité en Andorre des normes de sécurité du travail par le "Bureau International du Travail", concernant, en particulier, les secteurs du bâtiment, ateliers en général, peintres, électriciens (...).

- *Le Décret sur le Contrat de Travail du 15 janvier 1974*, des Délégués Permanents, fut la première norme à réguler les conditions sous lesquelles devaient se développer les relations de travail. Le Décret régula l'obligation pour l'entreprise de respecter les mesures de sécurité et d'hygiène et, en tout cas, celles stipulées par l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Lors des successives modifications –14-12-95 et 22-6-2000- du Décret sur le Contrat de Travail du 15 janvier 1974, le législateur maintint en vigueur la disposition sur la vigueur de la réglementation OIT en Principauté. Ce fait est digne d'être remarqué étant donné que la réglementation de l'OIT a permis d'exiger les mesures de sécurité et d'hygiène adéquates, bien que ne disposant pas d'une réglementation propre plus large que celle contenue dans le Titre XI du Règlement du Travail.

- *Règlement du Travail approuvé en 1978*.- Au Titre XI sont régularisées les Conditions de sécurité et d'hygiène au travail. Il définit les obligations de l'employeur et du travailleur et régule les conditions générales des locaux et des milieux de travail ; moteurs électriques, électricité, travaux dangereux, bruits, visibilité et éclairage, prévention et extinction d'incendies, soudages, protection personnelle, services d'hygiène et sanctions.

- *La Loi 8/2003 du 12 juin 2003 sur le contrat de travail* a été la première norme approuvée parmi l'ensemble des projets sur lesquels le Gouvernement a fondé la réforme de la réglementation du travail. La Loi a abrogé le Décret des Délégués Permanents relatif au Contrat de Travail et le Règlement du Travail, à l'exception du Titre XI qui réglemente les Conditions de sécurité et d'hygiène au travail, qui reste en

vigueur. Pour ce qui est des questions de sécurité et de santé au travail, cette réglementation, sans être spécifique, réglementait les aspects suivants : le législateur a prévu de maintenir en vigueur la réglementation OIT sur la sécurité (Art. 54) et d'établir expressément l'obligation faite aux employeurs d'organiser le travail en tenant compte des risques pour la sécurité et la santé (Art. 55). Elle intégrait également le contenu de la directive 94/33/CE du 22 juin 1994 relative à la protection des jeunes au travail, en dressant la liste des emplois interdits aux mineurs. Elle comprenait la démission motivée de l'employé en cas de non respect de la part de l'employeur des règles de sécurité et de santé au travail.

Réglementation en vigueur

La réglementation détaillée ci-dessous est applicable sur tout le territoire de la principauté d'Andorre, à tous les secteurs d'activités et à toutes les personnes comprises dans leur domaine d'application, sans qu'il n'y ait aucun genre d'exception pour cause de la nationalité du salarié ou de la durée du contrat.

- Titre XI du Règlement du Travail adopté en 1978. Il réglemente les conditions générales concernant les locaux et les environnements de travail : moteurs électriques, électricité, travaux dangereux, bruit, visibilité et éclairage, prévention et extinction des incendies, soudures, protection personnelle et services d'hygiène.

- Loi portant création du Service de l'Inspection du Travail du 24 juillet 1984. Elle réglemente le fonctionnement et les compétences et prévoit, expressément, la possibilité pour l'inspecteur du travail de faire cesser une activité sur le champ s'il estime qu'il existe un danger grave et imminent.

- Loi relative à la sécurité et à la qualité industrielle du 22 juin 2000. Cette Loi est mentionnée ici car elle a une incidence sur la sécurité et la santé au travail, puisqu'elle établit les normes de sécurité et de qualité des activités industrielles, l'action de l'Administration dans le secteur industriel et la responsabilité industrielle. Elle systématise et réglemente les nombreuses dispositions et réglementations qui étaient en vigueur, jusque là, en matière de sécurité et de qualité industrielle, et elle adapte la réglementation de l'activité industrielle aux dispositions d'harmonisation de l'Union Européenne (UE). De cette loi dépendent plusieurs réglementations qui garantissent des installations sûres aux travailleurs :

- Réglementation sur les installations électriques basse tension, adoptée le 2 novembre 1998 et modifiée les 16 novembre 1994, 21 avril 1999 et 6 février 2008.

- Réglementation sur le gaz, adoptée le 18 décembre 1996.

- Réglementation sur la sécurité contre les incendies dans les lieux publics, adoptée le 17 mars 1978.

- Réglementation sur la sécurité contre les incendies dans les habitations et les bureaux, adoptée le 22 décembre 1981.

- Réglementation sur les appareils de levage, adoptée le 23 août 1995 et Instruction technique du 24 octobre 1996.

- Réglementation sur la sécurité des grues à tour démontables, adoptée le 21 mars 1980.

- Réglementation sur la sécurité des installations et des pistes de ski, adoptée le 8 février 1979 et modifiée le 30 décembre 1987.

- Réglementation sur les appareils à pression, adoptée le 11 avril 1979.

- Réglementation relative à la sécurité des dépôts et des appareils fonctionnant aux hydrocarbures dans les habitations, adoptée le 31 mai 1978 et modifiée le 25 octobre 2006.

- Réglementation sur le stockage et la fourniture d'hydrocarbures, adoptée le 3 novembre 2010.

- Réglementation sur les substances explosives, adoptée le 4 mai 1976 et modifiée les 21 mars 1980, 9 novembre 1988, 4 juillet 1990, 1er juillet 1993, 6 octobre 1994, 23 décembre 1994 et 5 octobre 1995.

- Réglementation relative aux normes de construction et d'installation de paratonnerres, adoptée le 23 octobre 1987.

- Loi organique 9/2005 du 21 février 2005 relative au Code Pénal. Elle régit les délits contre les droits des travailleurs, plus concrètement en sanctionnant les conditions de travail dangereuses et l'omission des mesures de sécurité au travail. Article 249 : conditions de travail dégradantes ou dangereuses, Article 250 : conditions de travail abusives et Article 251 : omission des mesures de sécurité au travail.

- Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail. C'est la loi-cadre qui régit la prévention des risques du travail en suivant les normes de la réglementation européenne mentionnées dans la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989.

Cette loi a pour but de réglementer des questions relatives à la sécurité et à la santé au travail qui n'avaient jamais été traitées dans les lois ou les réglementations antérieures :

- Elle oblige les entreprises à planifier et à gérer une action de prévention efficace, en établissant l'obligation pour toutes les entreprises d'effectuer une évaluation initiale et générale des risques au travail.

- Elle régit les responsabilités en matière de coopération et de coordination lorsque différentes entreprises partagent un même lieu de travail.

- Elle définit les services de prévention et fixe concrètement les différentes options dont l'entreprise dispose pour organiser son action préventive.

- Elle établit également l'obligation de veiller à la santé des travailleurs.

- Un délégué des travailleurs à la prévention en matière de sécurité et de santé au travail est nommé, ainsi qu'un comité de sécurité et de santé, et des compétences concrètes leur sont attribuées. On établit une obligation pour les employeurs de consulter les travailleurs et de les faire participer aux débats sur les questions relatives à la sécurité et à la santé au travail.

- Elle établit sans aucune ambiguïté que les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée, les saisonniers et les travailleurs ayant été engagés par le biais d'agences d'intérim doivent être traités de la même façon que n'importe quel autre travailleur pour ce qui est des questions relatives à la sécurité et à la santé au travail.

La loi contient également d'autres éléments moins récents mais qui sont définis de façon plus concrète :

- Elle fixe les circonstances à prendre en compte pour les travailleurs particulièrement fragiles comme les femmes enceintes et les mineurs.

- Elle oblige les entreprises à former et à informer les travailleurs sur les risques sur les lieux de travail.

- Elle établit certains principes concernant les tâches de gestion de l'action préventive et fixe les responsabilités en matière de sécurité et de santé au travail.

- Enfin, un régime de sanctions clair et précis est mis en place, et le montant des sanctions a été actualisé afin d'être plus dissuasif (jusqu'à 100 000 €).

Il faut noter, cependant, que le saut qualitatif que cette loi exige de la part des entreprises en matière de sécurité et de santé au travail est tellement grand (si l'on prend en compte le fait que pendant 30 ans la législation en la matière était pratiquement inexistante), que le législateur a prévu que cette loi entrerait en vigueur par paliers et progressivement, afin de donner le temps aux entreprises et à l'Administration de s'organiser et de s'adapter. En effet, la Loi est entrée en vigueur le 21 avril 2009, à l'exception de certains articles dont le législateur a prévu qu'ils entreraient en vigueur par paliers dans le but de mettre en place une adaptation progressive garantissant son application effective, suivant ce qui est expliqué à continuation :

Articles déjà en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 (date de fin de la période de référence) :

Article 1 : Objet

Article 2 : Champ d'application

Article 3 : Définitions

Article 4 : Actions du Gouvernement en matière de prévention

Article 5 : Dispositions générales relatives à la prévention et à la protection face aux risques professionnels

Article 6 : Obligations générales des employeurs

Article 7 : Principes de l'action préventive

Article 9 : Coopération et coordination des actions

Article 10 : Obligations des entreprises se trouvant sur un même lieu de travail

Article 11 : Obligations de l'entreprise responsable d'un lieu de travail dans lequel se trouvent des travailleurs d'autres entreprises et obligations de l'entreprise principale

Article 12 : Équipements de travail et moyens de protection

Article 22 : Délégués des travailleurs à la prévention en matière de sécurité et de santé au travail

Article 23 : Comité de sécurité et de santé

Article 24 : Compétences et pouvoirs des délégués à la prévention

Article 25 : Compétences et pouvoirs du comité de sécurité et de santé

Article 26 : Droit d'information, de consultation et de participation des travailleurs

Article 27 : Garanties des délégués des travailleurs à la prévention

Article 28 : Formation des travailleurs

Article 29 : Prévention et protection pour les postes à durée déterminée, saisonniers et intérimaires

Article 30 : Dispositions générales relatives à la protection des travailleurs particulièrement sensibles à certains risques

Article 31 : Protection de la maternité

Article 32 : Protection des mineurs

Article 33 : Obligations des travailleurs

Article 34 : Manquements et sanctions contre les travailleurs

Article 35 : Obligations des fabricants, importateurs et distributeurs

Article 36 : Responsabilités

Article 37 : Infractions légères

Article 38 : Infractions graves

- Article 39 : Infractions lourdes
- Article 40 : Récidive
- Article 41 : Prescription
- Article 42 : Sanctions
- Article 43 : Peine accessoire en cas de récidive d'infractions lourdes
- Article 44 : Critères de gradation des sanctions
- Article 45 : Prescription
- Article 46 : Services de l'Inspection du Travail
- Article 47 : Procédure de sanction

La Loi 34/2008 est entrée en vigueur le 21 avril 2009, à l'exception des articles mentionnés à continuation qui sont entrés en vigueur plus tard afin de garantir aux entreprises la possibilité de s'adapter progressivement et effectivement.

Le 21 avril 2012, postérieurement donc à la fin de la période de référence (décembre 2011), l'article 8 de la loi – planification de l'action préventive et évaluation des risques – est entré en vigueur.

Le 21 avril 2013, les articles suivants entreront en vigueur :

- Article 13 : Fonctions des services de prévention et de protection
- Article 14 : Modalités d'organisation des services de prévention
- Article 15 : Service de prévention externe
- Article 16 : Accréditation des entreprises de service de prévention externe
- Article 17 : Maintien des conditions d'accréditation
- Article 18 : Contrôle du service de prévention interne
- Article 19 : Surveillance médicale
- Article 20 : Organisation des premiers secours, lutte contre les incendies, évacuation et comportements à adopter en cas de danger grave et imminent
- Article 21 : Autres obligations de l'employeur

- Loi 35/2008 du 18 décembre 2008 relative au Code des Relations de Travail. Cette loi abroge la Loi 8/2003 du 12 juin 2003 relative au contrat de travail, mais au niveau de la sécurité et de la santé au travail elle reprend le texte de la loi antérieure, dans des articles différents (maintien en vigueur de la réglementation de l'OIT sur la sécurité à l'article 74, organisation du travail en prenant en considération les risques pour la sécurité et la santé à l'article 75, démission motivée du travailleur en cas de non respect de la part de l'entreprise des normes de sécurité et de santé au travail à l'article 97. La directive 94/33/CE du 22 juin 1994 relative à la protection des jeunes au travail est intégrée à l'article 24). La plupart de ces questions sont également traitées dans la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail.

- Réglementation relative au contenu des programmes de formation destinés à développer des actions de prévention en matière de sécurité et de santé au travail du 17 février 2010, modifiée le 21 juillet 2010. Chaque réglementation définit la formation des techniciens compétents en matière de sécurité et de santé au travail et les compétences de chacun d'eux à mener des actions de prévention des risques professionnels. L'homologation des études étrangères et des programmes de formation a été définie par les ingénieurs de niveau supérieur du *Departament d'Ensenyament Superior i Recerca* (Département de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche).

- Réglementation établissant la liste des maladies professionnelles et les procédures de reconnaissance de celles-ci, publiée le 4 novembre 2009, qui dresse la liste des maladies professionnelles ainsi que la procédure de reconnaissance de celles-ci.

- Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction, publiée au BOPA (Bulletin Officiel de la Principauté d'Andorre) le 9 décembre 2010, qui réglemente de façon concrète l'activité professionnelle la plus dangereuse du pays, celle qui fait état du plus grand nombre d'accidents.

Le champ d'application de cette réglementation est assurément très étendu, de façon à établir les normes minimales de sécurité et de santé au travail non seulement pour les chantiers de construction, mais aussi pour les chantiers d'excavation, d'installation, de démolition, de conservation, de réparation, de restauration, d'entretien, de nettoyage, ou tous autres travaux susceptibles d'être réalisés sur des biens immeubles, par nature ou par destination.

Nous répétons que pour ce qui n'est pas expressément prévu dans cette réglementation c'est la réglementation de l'OIT qui s'appliquera. Les réglementations espagnole, française et de l'OIT ont été prises pour références pour la rédaction de cette réglementation.

Projets de réglementation

Afin de se mettre en conformité avec la première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail et afin d'assurer au travailleur une protection pleine et entière, on travaille actuellement au développement de la réglementation.

Article 3, paragraphe 1

Définition d'une politique en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de l'environnement de travail.

Le projet de réglementation que le Gouvernement veut faire adopter en matière de sécurité et de santé au travail a pour objectif de garantir non seulement l'adéquation de la législation aux besoins du XXI^e siècle, mais aussi le respect des engagements pris – avec la ratification de la Charte Sociale – de faire avancer progressivement la législation andorrane sur la voie de l'Europe du progrès social et économique.

Il faut dire que l'adoption de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, publiée au BOPA le 21 janvier 2009, constitue une étape très importante en vue de faire bénéficier les travailleurs de garanties légales de protection en matière de sécurité et de santé au travail. Cette loi-cadre est la véritable pierre angulaire qui doit marquer le début d'une évolution vers une réglementation digne d'un pays moderne, qui exige des changements et des efforts considérables de la part de la société andorrane.

Ces changements ont justement été très profonds dans la façon de penser et de gérer une entreprise. La Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail édicte des obligations et réglemente des domaines qui n'avaient jamais été réglementés jusque là en Andorre, d'où le pas de géant qui a été franchi en adoptant cette loi.

Ces changements ont été jugés si profonds que le législateur a jugé opportun de laisser au pays en général, et aux entreprises en particulier, une marge de temps considérable

pour s'organiser, de façon à rendre possible l'application d'une loi entrée en vigueur progressivement au cours des quatre années qui ont suivi sa publication au BOPA.

Sans aller jusqu'à faire une liste exhaustive du contenu de la loi, voici à continuation une liste de ses caractéristiques les plus remarquables :

- La loi oblige les entreprises à planifier et à organiser des actions de prévention efficaces au moyen d'une évaluation initiale et générale des risques (ceci n'avait jamais été réglementé auparavant, et est entré en vigueur le 21 avril 2012).
- La loi réglemente les responsabilités en matière de coopération et de coordination entre différentes entreprises partageant un même lieu de travail (ceci n'avait jamais été réglementé auparavant, et est en vigueur depuis le 21 avril 2009).
- La loi met en place des services de prévention, et fixe de façon concrète les différentes options dont dispose l'entreprise pour organiser son action de prévention (ceci n'avait jamais été réglementé auparavant, et entrera en vigueur le 21 avril 2013).
- La loi impose également l'obligation de veiller à la santé des travailleurs (ceci n'avait jamais été réglementé auparavant, et entrera en vigueur le 21 avril 2013).
- La loi impose la nomination d'un délégué à la prévention et d'un comité de sécurité et de santé au travail, auxquels des compétences sont attribuées, et elle oblige les entreprises à consulter et à faire participer ses employés aux débats sur les questions relatives à la sécurité et à la santé au travail (ceci n'avait jamais été réglementé auparavant, et est en vigueur depuis le 21 avril 2011).
- La loi établit sans aucune ambiguïté que les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée, les saisonniers et les travailleurs ayant été engagés par le biais d'agences d'intérim doivent être traités de la même façon que n'importe quel autre travailleur pour ce qui est des questions relatives à la sécurité et à la santé au travail (ceci n'avait jamais été réglementé auparavant, et est en vigueur depuis le 21 avril 2009).
- La loi fixe les circonstances à prendre en compte pour les travailleurs particulièrement sensibles comme les femmes enceintes et les mineurs (en vigueur depuis le 21 avril 2009).
- La loi oblige les entreprises à former et à informer les travailleurs quant aux risques sur les lieux de travail (en vigueur depuis le 21 avril 2011).
- La loi établit des principes en ce qui concerne les tâches de gestion de l'action préventive et elle fixe les responsabilités en matière de sécurité et de santé au travail (en vigueur depuis le 21 avril 2009).
- Enfin, la loi définit un régime de sanctions clair et précis, et le montant des sanctions a été actualisé afin d'être plus dissuasif (jusqu'à 100 000 €) (en vigueur depuis le 21 avril 2009).

Et de fait, c'est tout le pays qui doit s'organiser et créer à partir de rien une structure qui puisse rendre possible l'application de la loi. Souvenons-nous que nous étions au départ dans une situation où la loi ne pouvait en aucun cas être appliquée dans son intégralité, que ce soit au niveau des réglementations ou des infrastructures et des services. Il a fallu tout organiser progressivement pour permettre l'application effective de la loi, ce qui a entraîné l'intervention d'un grand nombre de Ministères du Gouvernement tels que les Départements de l'Éducation, du Commerce, de la Santé, du Travail et l'Industrie.

Le principal problème auquel il a fallu faire face a été le manque de professionnels qualifiés dans la surveillance médicale dans le pays. De fait, l'Andorre est un petit pays dont la population totale est similaire à celle d'une ville moyenne (environ 75 000 habitants), ce qui rend difficile le fait de trouver des spécialistes en matière de sécurité

au travail. C'est pourquoi il a fallu aller chercher ces ressources dans les pays voisins. Il a également fallu prévoir un ensemble de mécanismes afin d'homologuer et de reconnaître les diplômes existants. Pour s'assurer que ces professionnels remplissent les conditions minimales requises, on a créé des registres professionnels de telle sorte que tous les spécialistes doivent être dûment enregistrés auprès du Département du Travail pour pouvoir exercer leur profession. Enfin, des mécanismes ont été mis au point afin d'accréditer des entreprises pour qu'elles puissent travailler en tant que services de prévention externes, en conformité avec les conditions requises par les articles 15 et 16 de la loi.

L'entrée en vigueur progressive permet donc d'une part à l'Administration de faire face aux différents problèmes susceptibles de surgir lors de l'application de la loi en disposant de plus de temps, et d'autre part aux entreprises de s'organiser et de faire face aux changements avec plus de temps et de sérénité. Une solution plus simple aurait consisté à faire entrer en vigueur la totalité de la loi au bout d'un certain temps après sa publication. Cependant, la volonté du Gouvernement est de protéger au mieux les travailleurs sans pénaliser pour autant les entreprises, par le biais d'un compromis consistant en une entrée en vigueur graduelle, de façon à obliger les entreprises à s'adapter à la loi sans perturbations excessives et à protéger toujours plus les travailleurs au niveau légal. D'autre part, un changement profond dans la législation introduit sur un laps de temps court aurait poussé les entreprises à ne pas se plier à la loi ou à ne pas faire les efforts pour s'y plier car il leur aurait été impossible matériellement de le faire.

De plus, la situation économique difficile que traverse le pays fait qu'il est compliqué pour les entreprises de réaliser des investissements dans ce domaine, surtout au début du processus, étant donné que c'est au moment de l'implantation du système de prévention que les investissements doivent être les plus élevés (rappelons que les entreprises partent de zéro pour ce qui est de l'organisation de la prévention des risques professionnels et qu'elles doivent tout implanter et organiser). Cette situation fait qu'il est compliqué de publier de nouvelles réglementations impliquant de nouveaux investissements sans augmenter les difficultés financières que connaissent actuellement de nombreuses entreprises.

La loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail suit la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989. On arrive ainsi à une protection maximale de la santé et de l'intégrité physique des travailleurs, en impliquant les travailleurs et les employeurs. L'implication des travailleurs dans leur propre sécurité devient manifeste dans la figure des délégués qui, avec l'employeur, la direction ou les personnes responsables, doivent établir et appliquer les mesures de prévention des risques inhérents à l'exercice de l'activité professionnelle.

Cette loi doit être considérée comme un cadre minimal devant être développé ultérieurement par le biais de l'action réglementaire du Gouvernement, conformément à ce qui est établi dans la première disposition additionnelle de la loi. De plus, la Loi 35/2008 prévoit l'élection de délégués du personnel, et la possibilité de réaliser des conventions collectives. En faisant en sorte que la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail confie les fonctions de délégué à la prévention aux délégués du personnel, on s'assure que lors des négociations collectives les délégués aient à la fois le pouvoir et les informations nécessaires pour parvenir à des

accords avec les employeurs sur ces questions à propos desquelles, évidemment, ils ne pourraient pas s'opposer à la loi.

Le déploiement réglementaire de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail a déjà commencé avec 2 réglementations : la Réglementation régissant le contenu des programmes de formation destinés à développer des actions de prévention en matière de sécurité et de santé au travail, publiée au BOPA le 17 février 2010 et modifiée le 21 juillet 2010, qui établit les fonctions et la formation minimale des professionnels qui doivent participer à la gestion de l'action préventive dans les entreprises, et la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction, publiée au BOPA le 9 décembre 2010, qui traite des normes minimales de sécurité et de santé au travail dans plusieurs secteurs d'activités, étant donné que son champ d'application est très étendu afin de donner une couverture maximale aux activités professionnelles les plus risquées du pays.

D'autres réglementations sont en cours de développement. Il s'agit donc de légiférer sur toutes les questions en relation avec la sécurité et la santé au travail. Plus concrètement, des réglementations sur des domaines tels que les équipements de protection individuelle, les équipements de travail, les lieux de travail, la manutention manuelle de charges, les écrans de visualisation et la signalisation attendent d'être approuvées. D'autres réglementations sont en cours de rédaction et traiteront l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes, le risque électrique, les agents physiques, chimiques, biologiques, ainsi que l'exposition à l'amiante et aux radiations ionisantes. Enfin, nous souhaitons aussi mettre en place une réglementation sur les machines. La surveillance médicale exige également une réglementation destinée à mettre en application l'article 19 de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, réglementation qui est elle aussi en cours de rédaction.

Le Gouvernement donne à la consultation des organisations patronales et de travailleurs un caractère obligatoire, par le biais de la première disposition additionnelle de la loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, qui stipule que le Gouvernement doit appliquer réglementairement la loi après avoir consulté les organisations patronales et de travailleurs. En pratique, le Gouvernement fournit les différents avant-projets de loi et de réglementation en matière de sécurité et de santé au travail aux associations d'employeurs, collèges professionnels et syndicats, afin que ceux-ci transmettent leurs commentaires et propositions. Ces propositions sont ensuite examinées et évaluées en vue d'être intégrées ou pas au texte définitif de la réglementation. Il faut dire que c'est la procédure qui a été utilisée pour élaborer la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction, ainsi que l'ensemble des six réglementations déjà rédigées et qui pourraient être adoptées par le Gouvernement à tout moment.

2) Mesures prises (règlements administratifs, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en place une politique nationale en concertation avec les organisations patronales et syndicales

Le Service de l'Inspection du Travail a beaucoup informé les entreprises et les travailleurs sur la Loi relative à la sécurité et à la santé au travail, par le biais du site web, de présentations de la loi et de consultations par téléphone et au bureau.

De gros efforts ont été faits pour accréditer des entreprises de prévention externes. On assure ainsi aux entreprises qui jugeraient opportun de gérer leur action de prévention par le biais d'une entreprise externe de pouvoir commencer à le faire avec une garantie de qualité totale, et ce même si l'implantation de l'action de prévention ne sera rendue obligatoire que le 21 avril 2013.

Un Service d'Assistance aux Petites Entreprises a été créé durant l'été 2011. Entre autres choses, il fournit aux entreprises des informations sur la législation en matière de questions relatives à la sécurité et à la santé au travail. Ce service peut être consulté librement par toutes les entreprises du pays.

Enfin, chaque fois qu'une inspection sur la santé et la sécurité au travail est effectuée dans une entreprise, on informe celle-ci des différents aspects du contenu de la loi, et on recueille des informations afin de savoir à quel stade d'application de celle-ci l'entreprise se trouve.

3) Données statistiques

Les données statistiques se trouvent au point 2) de la réponse à l'article 3§3.

Réponse directe aux questions soulevées dans les conclusions du Comité des Droits Sociaux

Le rapport expose les grandes lignes du projet de loi sur la sécurité et la santé au travail actuellement en préparation et indique quel devrait en être l'impact sur l'action des pouvoirs publics. Ces informations ne sont toutefois pas suffisantes pour que le Comité puisse se prononcer sur la conformité de la situation au regard de l'article 3§1 de la Charte révisée durant la période de référence.

Le Comité rappelle que, afin d'assurer à toute personne qui travaille le droit à la santé et à la sécurité dans sa vie professionnelle, le paragraphe 1er de l'article 3 de la Charte révisée demande aux Etats, en consultation avec les organisations professionnelles, de définir, mettre en œuvre et réviser périodiquement une politique cohérente en matière de santé et de sécurité au travail.

L'article 3§1 exige que cette politique développe des stratégies qui renforcent l'intégration de la prévention des risques professionnels à tous les niveaux d'intervention publique. Pour se conformer à cette disposition, le Comité considère que chaque Etat doit veiller:

- *à l'évaluation des risques liés au travail et à l'élaboration d'un catalogue de mesures de prévention adaptées à la nature des risques, au contrôle de l'efficacité de ces mesures, à l'information et à la formation des travailleurs ; au sein de l'entreprise, la prévention des risques professionnels exige en effet une action qui dépasse l'application des prescriptions établies par voie réglementaire et la correction de situations qui ont entraîné des accidents du travail ;*
- *à la mise en place d'un système approprié de contrôle public – dont le rôle incombe le plus souvent à l'inspection du travail – afin d'assurer le maintien des normes et leur application sur les lieux de travail, notamment par le biais d'activités préventives (par exemple, information, éducation) ;*
- *à l'élaboration et au développement de programmes dans des domaines tels que :*
 - *la formation (professionnels qualifiés) ;*
 - *l'information (systèmes statistiques et divulgation des connaissances) ;*
 - *la garantie de qualité (systèmes de certification et systèmes d'accréditation des structures et matériels) ;*
 - *le cas échéant, recherche (savoir-faire scientifique et technique).*

Le Comité demande donc à ce que le prochain rapport fournisse des informations pertinentes sur l'ensemble de ces points.

- Évaluation des risques et système de prévention

L'article 8 de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, qui régleme cette question, est entré en vigueur le 21 avril 2012,

postérieurement à la fin de la période de référence. Au moment de l'entrée en vigueur de la loi, les entreprises doivent avoir préparé une évaluation des risques en prenant en considération les spécificités de l'entreprise et les caractéristiques de chaque lieu de travail présent dans l'entreprise, de façon à appliquer par la suite les mesures de prévention et de correction. Ces mesures devront garantir un meilleur niveau de sécurité et de santé aux travailleurs, et elles devront être intégrées à tous les niveaux de la hiérarchie des entreprises.

L'évaluation des risques doit être révisée en cas de changement des conditions de travail (changement de machinerie, de procédures, de locaux...), lorsqu'on juge nécessaire de la réviser afin de garantir la sécurité des travailleurs, ou lorsqu'un travailleur a subi des dommages sur sa santé, ce qui oblige l'entreprise à effectuer une enquête afin d'en découvrir les causes et de prendre les mesures qui conviennent pour éradiquer celles-ci.

C'est l'une des nouvelles questions réglementées de façon concrète par la loi. Durant la période de référence – de janvier 2008 à décembre 2011 –, la réglementation appliquée était celle de l'article 58 du Règlement du Travail, qui stipulait de façon générale que l'employeur devait veiller à la sécurité et à la santé des travailleurs.

- Formation et information des travailleurs

Avant le 21 avril 2011, cette question était réglementée dans le titre XI, article 58, point d) du Règlement du Travail, qui stipulait que l'employeur devait s'assurer que chaque travailleur était au fait des risques inhérents à son travail, et assigner les tâches à des travailleurs ayant la capacité de les mener à bien sans danger. D'autre part, les articles 54 et 55 de la Loi 8/2003 établissaient l'obligation pour l'employeur de s'assurer que chacun des travailleurs connaissait les risques inhérents à son lieu de travail.

C'est à partir du 21 avril 2011 que les articles 26 et 28 de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail entrent en vigueur. Ils stipulent que les travailleurs doivent recevoir toutes les informations nécessaires quant aux risques pour la sécurité et la santé au travail. L'article 28 précise que c'est à l'employeur de donner à chaque travailleur une formation suffisante, sous forme d'informations et d'instructions, dans le cas d'une nouvelle embauche, d'un changement de lieu de travail ou de catégorie, de l'introduction d'une nouvelle technologie ou machinerie.

Cette formation doit être adaptée en fonction de l'évolution des risques ou de l'apparition de nouveaux risques et, si nécessaire, avoir lieu régulièrement. Elle est obligatoire pour l'employeur et doit être dispensée pendant le temps de travail. Si cela s'avère impossible, le temps passé à la formation doit être rémunéré sous forme de repos compensateur ou en tant qu'heures de travail ordinaires. Le coût de la formation est assumé par l'employeur.

- Contrôle de l'action de prévention.

Conformément aux articles 4 et 6 de la Loi portant création du Service de l'Inspection du Travail, il incombe à ledit service de veiller au respect de toutes les réglementations relatives à la sécurité et à la santé au travail. Cette loi donne aux inspecteurs du travail le pouvoir d'effectuer des inspections sur les lieux de travail durant les heures d'ouverture au public, que ce soit d'office ou suite à une plainte, et d'entamer la procédure de sanction qui convient s'ils constatent une infraction. L'article 100 de la Loi 8/2003

relative au Contrat de travail a renforcé le pouvoir des inspecteurs du travail en leur octroyant le statut de personnel assermenté dont les procès-verbaux, dressés au cours des inspections, bénéficient de la présomption d'exactitude, sauf preuve du contraire. L'entrave à l'action du Service de l'Inspection du travail était considérée comme une infraction lourde.

À partir du 21 avril 2009, la Loi 8/2003 relative au contrat de travail a été abrogée, et la Loi 35/2008 du 18 décembre 2008 relative au Code des relations de travail est entrée en vigueur, stipulant mot pour mot la même chose dans son article 165. La Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail est également entrée en vigueur, stipulant que le contrôle de l'application de la réglementation en matière de sécurité et de santé au travail incombe au Service de l'Inspection du Travail, d'office ou à l'initiative d'une partie. Elle ajoute que dans le cas d'un manquement susceptible d'entraîner un danger grave et imminent pour la sécurité et la santé des travailleurs, l'inspecteur du travail peut faire cesser l'activité sur le champ. L'entrave à l'action du Service de l'Inspection du Travail, que ce soit par un refus de laisser entrer les inspecteurs sur le lieu de travail, par une falsification de la documentation ou par d'autres actes équivalents, est également considérée, à nouveau, comme une infraction lourde.

Pour ce qui est de l'effectif qui doit effectuer ces tâches de contrôle, l'équipe du Service de l'Inspection du Travail comprend 7 inspecteurs, dont deux qui s'occupent quasiment à temps plein de traiter des affaires en relation avec la sécurité et la santé des travailleurs. Ces deux inspecteurs ont une formation technique appropriée en matière de sécurité et de santé au travail. Depuis 2005, des gardes de 24 heures sur 24, 365 jours par an, ont également été mises en place afin de pouvoir réagir dès qu'un accident du travail se produit, afin d'obtenir des informations de première main et de déterminer plus efficacement les éventuelles infractions à la réglementation du travail. Cette enquête sur les accidents du travail s'effectue en collaboration avec les Services de Police, à qui l'on fournit un rapport qui viendra s'ajouter, le cas échéant, au dossier judiciaire.

Le Service de l'Inspection du Travail a fait un travail de diffusion et de communication pour faire connaître la réglementation du travail, par le biais de séances de présentation de la loi en collaboration avec la Chambre de Commerce, d'Industrie et de Services. Concrètement, cinq présentations ont été organisées en 2011, chacune d'entre elles étant destinée à un public d'une cinquantaine de personnes. Une présentation a également été organisée pour l'Association des Entreprises de Construction d'Andorre et le Collège Officiel des Architectes d'Andorre.

En fin d'année 2010, un site web comprenant une section de questions fréquemment posées (FAQ) sur la sécurité au travail a été mis en ligne.

Enfin, employeurs et travailleurs peuvent poser leurs questions en s'adressant directement aux inspecteurs, que ce soit par le biais de consultations téléphoniques (de 8h à 18h sans interruption) ou sur place (de 8h à 13h). Il est aussi possible, dans le cas de questions complexes ou très vastes, de prendre rendez-vous avec un inspecteur du travail.

- Développement de programmes de formation, d'information, de qualité et de recherche.

La réglementation du 17 février 2010 définissant le contenu des programmes de formation destinés à développer les actions de prévention en matière de sécurité et de santé au travail, spécifie concrètement quelle doit être la formation des professionnels qualifiés en la matière.

La réglementation stipule que les professionnels de niveau supérieur doivent avoir suivi un cours de 60 crédits européens (1800 heures). Le contenu des études a été fixé par le Département de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, de façon à accorder des équivalences à des diplômes d'autres États. Afin de garantir les compétences de ces professionnels, la réglementation exige qu'ils soient inscrits auprès du Département du Travail. Entre autres conditions, le professionnel de niveau supérieur doit présenter un diplôme homologué par le Département de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

L'accréditation des professionnels de niveau intermédiaire auprès du Département du Travail est en suspens en attendant que le Département de la Formation Professionnelle achève les tâches préalables de réglementation du contenu du titre officiel andorran, sur la base duquel s'effectuera la reconnaissance des diplômes émis dans d'autres États, ainsi que de tout ce qui concerne l'expérience professionnelle.

Enfin, la formation en prévention des risques professionnels de niveau basique (50 heures) est assurée par des entreprises de formation disposant de professionnels de niveau supérieur et par des services externes de prévention homologués.

Pour ce qui est des informations sur les statistiques et les connaissances en matière de sécurité au travail, le Département des Statistiques ainsi que la Caisse Andorrane de Sécurité Sociale disposent de données statistiques publiques accessibles à travers les sites web correspondants (www.estadistica.ad et www.cass.ad), qui concernent les accidents du travail.

La qualité de la gestion des risques professionnels sera assurée à partir du 21 avril 2013, date d'entrée en vigueur des articles 13 à 18 réglementant les services de prévention. À partir de cette date, il sera exigé des entreprises, quel que soit le type d'organisation qu'elles auront choisi, qu'elles disposent en permanence au sein de leur service de prévention d'une personne habilitée à mener à bien la gestion de l'action de prévention (professionnels de niveau supérieur, de niveau intermédiaire et, dans les cas les plus simples, de niveau basique).

Si une entreprise choisit de gérer de façon interne la prévention des risques professionnels, elle devra tous les cinq ans passer un audit qui devra être effectué par une entreprise indépendante. Si l'entreprise choisit de sous-traiter la gestion de l'action de prévention, elle devra le faire par le biais des entreprises de service externe de prévention, qui doivent passer par un processus d'accréditation pour certifier qu'elles disposent de moyens techniques et humains suffisants (personnel embauché, instrumentation, locaux, assurances, méthodologie employée). Ces entreprises ne devront avoir aucun lien commercial ou financier avec les entreprises dont elles gèrent l'action de prévention.

À la date du 31 décembre 2011, le registre des entreprises de service externe de prévention compte 9 inscrits. Ces 9 entreprises remplissent les conditions mentionnées dans les articles 15, 16 et 17 de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, même si ces articles ne sont pas encore en vigueur.

La recherche scientifique ou technique sur la prévention des risques professionnels, étant donnée la petite taille de notre pays, reste marginale. Elle peut éventuellement être menée dans le cadre de certains accidents du travail pour lesquels il est nécessaire de chercher des informations sur des méthodologies de travail ou d'utilisation de certaines machines, informations que nous trouvons souvent grâce à l'utilisation des ressources de nos pays voisins (Espagne : Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, et France : Institut National de Recherche et de Sécurité).

Article 3, paragraphe 2.

1) Description du cadre juridique général. Spécifier la nature, les raisons et la portée de chaque réforme effectuée

Le cadre juridique général a été décrit dans l'introduction du présent document, cependant nous allons en commenter ci-après les aspects les plus pertinents par rapport à l'article 3§2.

Actuellement, le titre XI du Règlement du Travail est encore en vigueur. Il régit les conditions générales concernant les locaux et les environnements de travail, les moteurs électriques, l'électricité, les travaux dangereux, la visibilité et l'éclairage, la prévention et l'extinction des incendies, les soudures, la protection personnelle et les services d'hygiène.

Entre temps, une réglementation relative à la sécurité et à la santé au travail a été adoptée, la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction, entrée en vigueur le 10 décembre 2010, dont le champ d'application couvre une grande partie des activités à risque du pays : travaux d'excavation, de terrassement, de construction, d'installation, de démolition, de conservation, de réparation ou de restauration, d'entretien, de nettoyage, ou tous autres opérations et travaux annexes susceptibles d'être réalisés sur des biens immeubles. Cette réglementation précise les responsabilités de chaque personne prenant part à un chantier et la documentation en matière de sécurité et de santé au travail qui en découle. Elle régit aussi tout ce qui concerne la protection extérieure des chantiers, les protections collectives, les protections individuelles, les travaux de démolition, les travaux d'excavations et de fondations, les échafaudages, les passerelles, les escaliers, la machinerie, les structures en béton armé, les soudures, la manipulation de matériaux, les substances dangereuses, l'électricité et les conditions d'hygiène.

Pour ce qui est des questions non réglementées, c'est la réglementation de l'OIT qui s'applique, conformément à ce qu'indiquait l'article 54 de la Loi 8/2003 relative au contrat de travail puis, à partir du 21 avril 2009, la première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail. Cette disposition garantit également l'engagement de mettre en place les réglementations nécessaires en matière de sécurité et de santé au travail. Voici ci-après les réglementations ayant fait l'objet d'un consensus et qui pourraient être adoptées par le Gouvernement à tout moment :

- Réglementation relative aux dispositions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'équipements de protection individuelle
- Réglementation relative aux dispositions minimales de sécurité et de santé lors de l'utilisation des équipements de travail
- Réglementation relative aux dispositions minimales de sécurité et de santé en matière de manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorsolombaires, pour les travailleurs
- Réglementation relative aux dispositions minimales de sécurité et de santé en matière de travail avec des équipements comprenant des écrans de visualisation
- Réglementation relative aux dispositions minimales en matière de signalisation de sécurité et de santé au travail
- Réglementation relative aux dispositions minimales de sécurité et de santé sur le lieu de travail.

Nous travaillons également sur d'autres réglementations qui en sont à un stade moins avancé :

- Réglementation relative à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes
- Réglementation relative au risque électrique
- Réglementation relative aux agents physiques
- Réglementation relative aux agents chimiques
- Réglementation relative à l'amiante
- Réglementation relative aux agents biologiques
- Réglementation relative aux radiations ionisantes
- Réglementation relative à l'utilisation de machines

2) Mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en place une politique nationale en concertation avec les organisations patronales et syndicales

Cette question a déjà été traitée au point 2) du paragraphe 3§1.

La première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail stipule que le Gouvernement doit appliquer réglementairement la Loi après avoir consulté les organisations patronales et de travailleurs.

En application de cette obligation, tous les avant-projets de lois et réglementations sont transmis à la Chambre de Commerce, d'Industrie et de Services, aux syndicats USDA (Union Syndicale d'Andorre) et SAT (Syndicat Andorran des Travailleurs) et aux associations patronales CEA (Confédération des Entreprises d'Andorre), PIME (Petites et Moyennes Entreprises), ACODA (Association des Entrepreneurs du Bâtiment d'Andorre) dans le but d'examiner et, s'il y a lieu, d'inclure leurs commentaires et suggestions dans le projet définitif.

Il faut également mentionner que le Service de l'Inspection du Travail a organisé des présentations publiques de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, dans le but de la faire connaître. Ces présentations ont été organisées par la Chambre de Commerce à la demande de plusieurs organismes. Cinq présentations ont été organisées au total, et une cinquantaine de personnes a assisté à chacune d'entre elles. Le cursus de troisième cycle des études universitaires de Droit Andorran organisé en 2010 et 2011 a

dispensé à 35 personnes chaque année des cours se rapportant à la Loi relative à la sécurité et à la santé au travail, entre autres sujets.

Enfin, une centaine de personnes a assisté à une discussion organisée dans le cadre des “Petits-déjeuners sur l’innovation” en 2011, durant laquelle il a également été question de la loi relative à la sécurité et à la santé au travail.

Réponse directe aux questions soulevées dans les conclusions du Comité des Droits Sociaux

Le rapport indique qu’un projet de loi sur la sécurité et la santé au travail, qui constituera le cadre juridique en la matière, est en préparation. Il précise qu’aucune évolution ni actualisation de la législation n’est intervenue, dans l’attente de l’adoption et de l’entrée en vigueur du texte précité. Dans l’intervalle, le Titre XI du Règlement du travail, adopté en 1978, s’applique; sont également applicables subsidiairement toutes les normes de l’OIT en la matière – notamment la Convention concernant la sécurité dans l’utilisation de l’amiante (C 162), la Convention concernant la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes (C 115), la Convention concernant la protection des travailleurs contre les risques professionnels dus à la pollution de l’air, au bruit et aux vibrations sur les lieux de travail (C 148), la Convention concernant la sécurité et la santé dans la construction (C 167), la Convention concernant la sécurité et la santé dans les mines (C 176), et la Convention concernant la prévention des accidents industriels majeurs (C 174). La législation étant en phase de transition, le Comité demande que le prochain rapport expose la situation nouvelle qui sera issue de l’adoption du projet de loi sur la sécurité et la santé au travail, de façon à pouvoir déterminer si Andorre satisfait à l’obligation générale prévue par l’article 3§1, selon laquelle les Parties doivent couvrir la grande majorité des risques énumérés dans l’Introduction générale aux Conclusions XIV-2.

Il a déjà été répondu à cette question dans l’introduction du rapport. Nous insisterons seulement sur le fait que la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail s’applique à tous les secteurs d’activités du pays, et sur le fait que la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction a un champ d’application très étendu afin de pouvoir réglementer la majeure partie des activités à risque en Andorre : travaux d’excavation, de terrassement, de construction, d’installation, de démolition, de conservation, de réparation ou de restauration, d’entretien, de nettoyage, ou toutes autres opérations et travaux annexes susceptibles d’être réalisés sur des biens immeubles, par nature ou par destination (rappelons que le secteur industriel occupe une position très marginale en Andorre). Cette réglementation est entrée en vigueur le 10 décembre 2010.

De plus, comme indiqué précédemment, la première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail établit qu’en l’absence d’une réglementation expresse, c’est la réglementation de l’OIT qui est applicable subsidiairement.

Il ressort du rapport que sont ici d’application les normes de l’OIT telles qu’elles figurent dans la Convention précitée relative à l’amiante (C 162). Le Comité demande des informations complémentaires sur les valeurs limites d’exposition, sur l’interdiction de l’utilisation, de la production et de la mise sur le marché d’amiante ou de produits en contenant, ainsi que sur l’établissement d’un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés.

Il n’existe actuellement aucune réglementation spécifique au pays qui précise une valeur limite d’exposition à l’amiante. Le point 12 de l’article 27 de la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction mentionne des normes de base dont il faut tenir compte sur les chantiers en présence d’amiante (rédaction d’un plan de travail, utilisation des équipements de protection nécessaires).

L'article établit également qu'il faudra suivre des protocoles établis par voie réglementaire, fixant ainsi l'intention du Gouvernement de se doter d'une réglementation spécifique. De fait, la réglementation relative à l'amiante est l'une des réglementations qui n'a pas encore été finalisée concrètement. Étant donné qu'actuellement le déploiement réglementaire relatif à l'amiante n'a pas encore eu lieu, la réglementation de l'OIT est toujours en vigueur, conformément à ce qu'indique l'article 1.2 de la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction. La première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail établit également qu'en l'absence d'une réglementation nationale, c'est la réglementation de l'OIT qui sera applicable.

Quoi qu'il en soit, la fiche toxicologique internationale de l'amiante indique une limite d'exposition de 0,1 fibres/cm³, limite qui, en l'absence d'une réglementation expresse, devrait être prise comme référence en Andorre, étant donné que la Loi 34/2008 (article 5) prévoit de façon générale que l'employeur a le devoir d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs pour tout ce qui concerne le travail. Par conséquent, il est dans l'obligation de veiller à prendre les mesures de sécurité pertinentes, ce qui dans ce cas, en l'absence d'une réglementation expresse, implique de prendre comme référence les critères internationaux ou européens lors de la manipulation d'un produit qualifié de cancérigène par la communauté scientifique internationale (suivant la philosophie consistant à se conformer aux normes européennes).

Il n'existe actuellement aucun texte de loi en Andorre qui interdise expressément la commercialisation, la fabrication ou l'utilisation de produits contenant de l'amiante, à l'exception de ce que stipule la réglementation de l'OIT, qui s'applique dans la Principauté de façon subsidiaire. Cependant, la commercialisation ou l'utilisation de produits contenant de l'amiante est impossible, étant donné que la Loi relative à la sécurité et à la qualité industrielle stipule que seuls les produits homologués et pouvant être vendus à la Communauté Européenne peuvent entrer dans la Principauté. D'autre part, la production d'amiante est impossible en Andorre étant donné que ce minerai n'existe pas dans le pays, et qu'il n'existe aucune industrie dans le pays qui l'utilise ou puisse l'utiliser dans le futur sans les contrôles prévus par la Loi relative à la sécurité et à la qualité industrielle, pour les raisons citées précédemment. Ce qui, par contre, est établi par voie réglementaire, c'est que l'amiante est un polluant atmosphérique et un déchet dangereux.

Après avoir effectué des recherches pertinentes auprès de différents départements du Ministère de l'Économie et du Territoire, compétent en matière d'urbanisme et d'aménagement territorial, il a été mis en évidence qu'il n'existe aucun inventaire des bâtiments et des matériaux contaminés par de l'amiante.

Le Comité relève dans le rapport que les normes en vigueur en la matière sont celles inscrites dans la Convention de l'OIT concernant la protection des travailleurs contre les radiations ionisantes (C 115). Le Comité demande si la réglementation nationale intègre également les recommandations de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR, publication n° 60) - en particulier pour ce qui concerne les doses maximales d'exposition sur les lieux de travail, mais aussi pour ceux qui, sans être directement affectés à des tâches réalisées en milieu radioactif, peuvent être occasionnellement exposés à des radiations -, ou si la directive 96/29/Euratom¹ du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants est reflétée dans de la législation andorrane.

La législation andorrane ne fixe actuellement aucune limite maximale d'exposition aux radiations ionisantes. La législation n'intègre pas la *Recommandation de la Commission Internationale de Protection Radiologique (CIPR)* et n'envisage pas de le faire, pas plus que d'appliquer la Directive européenne 96/29/Euratom.

L'article 46 de la Réglementation relative à la sécurité et à la protection de la santé sur les chantiers de construction indique des normes de base dont il faut tenir compte sur les chantiers en présence de produits dangereux dont font partie les produits ionisants. Cet article propose des recommandations de base quant à la sécurité en présence de produits dangereux (travail en binômes, règles d'hygiène, règles de base d'entreposage des matériaux...). Bien que le déploiement réglementaire relatif à ce type de produits ait été prévu, il n'a pas encore eu lieu, et la réglementation de l'OIT reste donc en vigueur, conformément à ce qu'indique le point 2 de l'article 1 de la réglementation relative à la sécurité et à la santé sur les chantiers de construction. La première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail établit également qu'en l'absence d'une réglementation nationale, c'est la réglementation de l'OIT qui est appliquée.

Quoi qu'il en soit, étant donné que la Loi 34/2008 (article 5) prévoit de façon générale que l'employeur a le devoir d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs pour tout ce qui concerne le travail, il se trouve dans l'obligation de veiller à prendre les mesures de sécurité qui s'imposent, ce qui dans ce cas implique de prendre en compte les réglementations internationales ou européennes pour ce qui est des limites d'exposition, suivant la philosophie consistant à se conformer aux normes européennes.

*Le rapport indique que les textes en vigueur s'appliquent à tous les travailleurs, quelle que soit la nature de leur contrat. Le Comité fait observer que, pour que la situation soit conforme à l'article 3§2 de la Charte révisée, les Etats doivent prendre les mesures nécessaires pour que les travailleurs temporaires (travailleurs intérimaires et travailleurs à durée déterminée) bénéficient d'une information, d'une formation et d'une surveillance médicale adaptées à leur statut d'emploi, afin qu'ils ne fassent l'objet d'aucune discrimination en matière de sécurité et de santé au travail. Ces mesures doivent assurer que ces travailleurs soient efficacement protégés, y compris contre les risques résultant de la succession de plusieurs périodes d'exposition, chez des employeurs différents, à des agents pathogènes, et, si nécessaire, doivent comprendre l'interdiction du recours aux travailleurs précaires pour certains travaux particulièrement dangereux. **Il demande donc que le prochain rapport contienne des informations sur ce point.***

L'article 29 de la loi 34/2008 établit clairement que les travailleurs ayant un contrat à durée déterminée ou saisonnier doivent bénéficier du même niveau de protection en matière de sécurité et de santé que les autres employés de l'entreprise dans laquelle ils exercent leur activité. Cet article est entré en vigueur le 21 avril 2009.

La formation et l'information, ainsi que la surveillance médicale, des travailleurs intérimaires incombent à l'agence d'intérim, tandis que le contrôle de l'exécution des travaux incombe à l'entreprise utilisatrice. On s'assure ainsi que chacun des travailleurs sans exception, quelle que soit la nature de son contrat, reçoive la formation et l'information qui convient.

La surveillance médicale est réglementée dans l'article 19, qui n'entrera en vigueur que le 21 avril 2013. À partir de cette date, les employeurs seront dans l'obligation de veiller à la surveillance médicale de tous les travailleurs, quelle que soit la nature de leur contrat. Le travailleur ne pourra refuser la visite médicale si celle-ci est indispensable,

au vu des tâches auxquelles il est affecté, pour vérifier si l'état de santé de la personne peut constituer un risque pour elle-même, pour les autres travailleurs ou pour des tiers. Par conséquent, à partir du 21 avril 2013, et en l'absence d'une réglementation plus précise qui devra renforcer la surveillance médicale, les travailleurs destinés à effectuer des travaux risquant de les exposer à des agents nocifs (physiques, chimiques, biologiques...) ou comportant des risques importants, seront suivis médicalement dans chacune des entreprises dans lesquelles ils travailleront, même s'il s'agit de travailleurs intérimaires. On s'assure ainsi de contrôler les risques découlant de la succession de plusieurs périodes d'exposition, même si elles ont lieu dans différentes entreprises.

Pour ce qui est des travailleurs ayant des contrats à durée déterminée de courte durée, ou travailleurs précaires, le problème qui se pose est que les entreprises n'arrivent à fournir que peu d'information et de formation, et que les travailleurs ne parviennent à acquérir que peu d'expérience.

Jusqu'au 21 avril 2009, ces inconvénients relatifs au travail précaire étaient pris en compte dans l'article 58d) de la Réglementation du Travail, qui établissait que l'employeur devait s'assurer que chaque travailleur devait connaître les risques existants sur son lieu de travail, et tenir compte, lors de l'assignation des tâches, de l'âge, du sexe et des qualités du travailleur, afin de s'assurer qu'il soit physiquement et psychologiquement apte à les mener à bien sans danger. C'est aussi ce que stipulaient les articles 54 et 55 de la Loi 8/2003.

À partir du 21 avril 2009, la Loi 8/2003 a été abrogée par la Loi 35/2008 dont les articles 74 et 75 établissent exactement la même chose. Est également entrée en vigueur la Loi 34/2008, dont l'article 7 établit, entre autres, que l'employeur a l'obligation d'adapter le travail à la personne, tant pour ce qui concerne l'aménagement des lieux de travail que pour ce qui concerne le choix des équipements, les méthodes de travail et les moyens de protection, de donner aux travailleurs les instructions qui conviennent, de prendre en compte leurs aptitudes professionnelles en matière de sécurité et de santé, et d'adopter les mesures appropriées pour que seuls les travailleurs qui ont reçu des instructions adéquates puissent accéder aux zones de risque grave. Il en découle qu'il est donc légalement impossible d'engager des travailleurs précaires pour mener à bien des travaux dangereux sans s'assurer qu'ils disposent de la formation et de l'information appropriée pour travailler en sécurité, et de l'expérience nécessaire pour mener à bien certaines tâches.

La loi considère donc comme une infraction grave, voire lourde dans certains cas, le fait d'assigner des tâches, de confier des travaux ou d'affecter des travailleurs à des lieux de travail où, étant données leurs caractéristiques personnelles ou leur manque d'aptitude, il est impossible d'être sûr que le travail puisse s'effectuer sans risque (articles 38.6 et 39.4).

La réglementation en vigueur en matière de santé et de sécurité couvre, selon le rapport, tous les secteurs d'activité et tous les travailleurs sans distinction. Le Comité demande confirmation qu'elle couvre également les travailleurs indépendants, les travailleurs à domicile et les employés de maison.

Le statut de travailleur indépendant n'existe pas en Andorre : tout travailleur doit exercer son activité pour le compte d'une entreprise. En ce qui concerne les employés de maison, ceux-ci sont considérés comme travaillant pour le compte d'un particulier employeur.

L'employé de maison fait l'objet d'un traitement particulier dans la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, étant donné que l'article 2 l'exclut de son champ d'application de par les questions spécifiques qu'il réglemente. Nonobstant ce qui précède, ce même article de loi impose également au particulier employeur l'obligation de veiller avec toute la diligence requise à ce que le travail des employés s'effectue dans des conditions de sécurité et d'hygiène convenables. Par conséquent, la seule chose dont la loi dispense le particulier employeur est la gestion de l'action de prévention, mais elle lui impose également de veiller à la sécurité et à la santé du personnel qu'il a engagé, et de prendre toutes les mesures adéquates et nécessaires en matière de prévention des risques professionnels.

Le Comité demande que le prochain rapport indique comment les organisations professionnelles sont consultées lors de l'élaboration de dispositifs réglementaires relatifs à la santé et à la sécurité au travail.

Cette question a déjà été traitée dans la réponse au point 1 de l'article 3§1. Nous rappelons que dans tous les cas la première disposition additionnelle de la Loi 34/2008 établit que le Gouvernement doit consulter les organisations professionnelles et de travailleurs et que, en pratique, la disposition légale a été respectée puisque, aux fins de cette consultation, il a été fourni aux agents sociaux l'avant-projet des différentes réglementations à adopter, de telle manière que chacune des organisations a pu effectuer les ajouts qu'elle a jugé utiles.

Article 3, paragraphe 3.

Adoption de mesures de contrôle de l'application des règlements de sécurité et d'hygiène.

1) Description du cadre juridique général. Spécifier la nature, les raisons et la portée de chaque réforme.

Le cadre juridique général a été décrit dans l'introduction du présent document. En ce qui concerne les mesures de contrôle, c'est dans tous les cas la Loi portant création du Service de l'Inspection du Travail, ainsi que l'article 46 de la Loi 34/2008, qui établissent que l'organisme de contrôle est le Service de l'Inspection du Travail.

Comme indiqué précédemment, le Service comprend actuellement sept inspecteurs du travail, dont 2 qui ont une formation technique et s'occupent quasiment à temps plein de contrôler et de fiscaliser les questions relatives à la sécurité et à la santé au travail. Précisons également qu'entre septembre 2009 et octobre 2010 le Service de l'Inspection du Travail comprenait de même sept inspecteurs du travail, mais trois d'entre eux se consacraient pleinement aux questions relatives à la sécurité et la santé au travail.

2) Remise de données chiffrées, de statistiques (données Eurostat par exemple) ou de toutes autres informations pertinentes sur le nombre d'accidents du travail, y compris les accidents mortels (valeurs absolues et taux d'incidence pour 100 000 travailleurs), le nombre de visites de contrôle portant sur la santé et la sécurité effectuées par le Service de l'Inspection du Travail et la proportion de travailleurs et d'entreprises que ces visites englobent, le nombre d'infractions à la

réglementation relative à la sécurité et à la santé au travail et la nature des sanctions infligées.

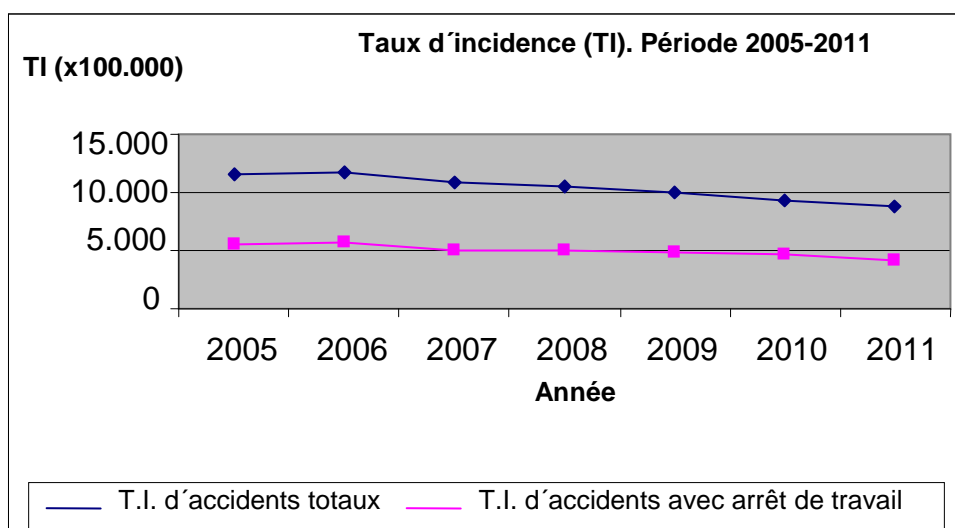
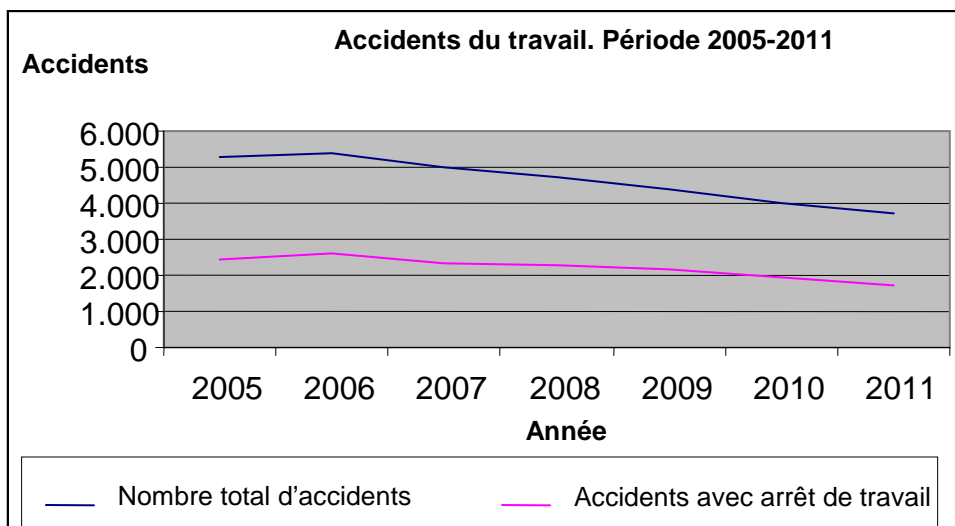
NOTE IMPORTANTE : en raison d'un changement dans les critères de recensement du nombre total d'actifs, non décidé par le Service de l'Inspection du Travail, les taux d'incidence de 2005 à 2007 qui figurent dans ce tableau ne coïncident pas avec ceux figurant dans le rapport précédent. Par ailleurs, les données figurant dans l'annuaire statistique varient d'une année sur l'autre. Certaines autres données, indispensables pour pouvoir donner une réponse appropriée à la question, ne figurent pas dans l'annuaire statistique et ont dû être collectées dans les bases de données de la CASS, qui est une source d'informations ne provenant pas de l'Administration et qui, par conséquent, n'est contrôlée que partiellement. Afin de pouvoir comparer l'évolution des taux d'incidence, on a recalculé chacun de ces paramètres pour les années correspondant au rapport précédent.

Données sur les accidents du travail

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Salariés (*)	42.962	43.813	43.655	42.676	41.573	40.249	38.894
Travailleurs à leur compte (*)	2.352	2.318	2.368	2.416	2.464	2.773	3.212
Total actifs	45.314	46.131	46.023	45.092	44.037	43.022	42.106
Nombre total d'accidents (*)	5.267	5.395	4.980	4.728	4.403	4.019	3.725
Accidents avec arrêt de travail (*)	2.470	2.587	2.333	2.255	2.158	1.972	1.748
Accidents mortels (**)	2	3	4	2	8	0	0
Taux d'incidence des accidents (x100.000)	11.623	11.695	10.821	10.485	9.998	9.342	8.847
Taux d'incidence des accidents avec arrêt de travail (x100.000)	5.451	5.608	5.069	5.001	4.900	4.584	4.151

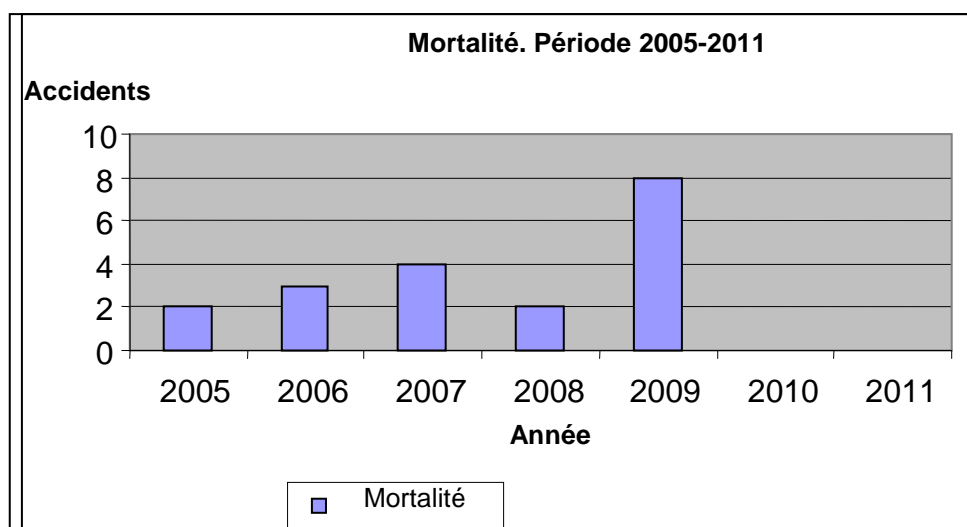
(*) Données du site web de la CASS mises à jour en mai 2012

(**) Données du Service de l'Inspection du Travail



On observe que les accidents ainsi que les taux d'incidence, qu'il s'agisse des accidents dans leur ensemble ou avec un arrêt de travail, ont diminué progressivement depuis 2006 jusqu'aux chiffres de 8 847 accidents au total et 4 151 accidents avec arrêt de travail pour 100 000 travailleurs en 2012. La tendance à la baisse que l'on constatait dans le rapport précédent se confirme donc.

Concrètement, les taux d'incidence ont été réduits de 25% en 5 ans. On note une accélération de la diminution des taux à partir de 2009, qui marque le moment de la publication de la Loi 34/2008 : de 2005 à 2008 la diminution est de l'ordre de 10%, tandis qu'entre 2008 et 2011 la diminution des taux se situe aux alentours des 15%. Le ratio entre les accidents avec et sans arrêt de travail reste pratiquement le même tous les ans : sur le nombre total d'accidents, environ 50% s'accompagnent d'un arrêt de travail.

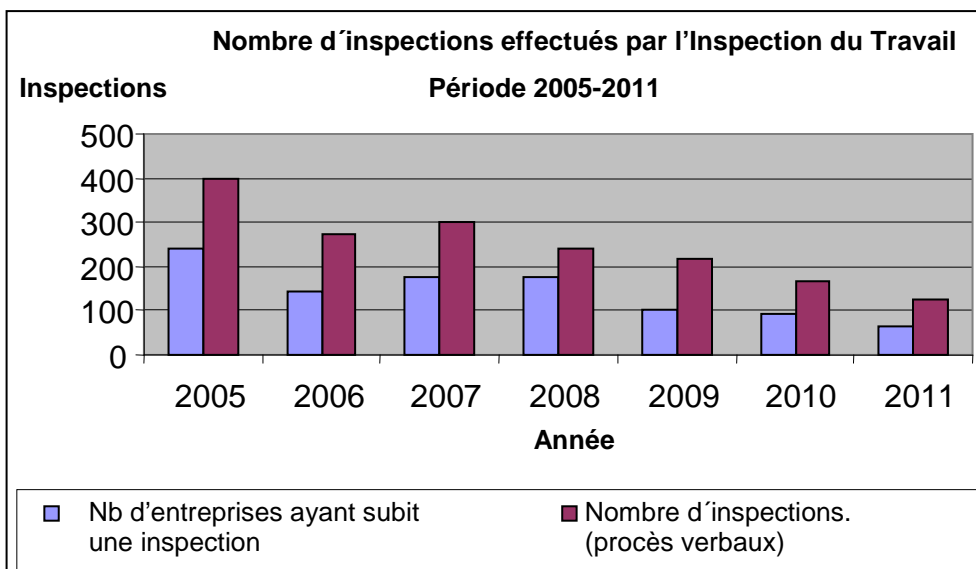


En 2009, un accident du travail sans précédent s'est produit dans le pays, au cours duquel 5 personnes ont trouvé la mort. Si l'on prend en compte cette circonstance exceptionnelle, les chiffres concernant le nombre d'accidents mortels ne sont pas si différents de ceux des années précédentes (4 accidents mortels). Il faut souligner que pendant deux années consécutives (2010 et 2011) on n'a enregistré aucun accident mortel dans le pays, ce qui ne s'est jamais produit dans les 10 dernières années.

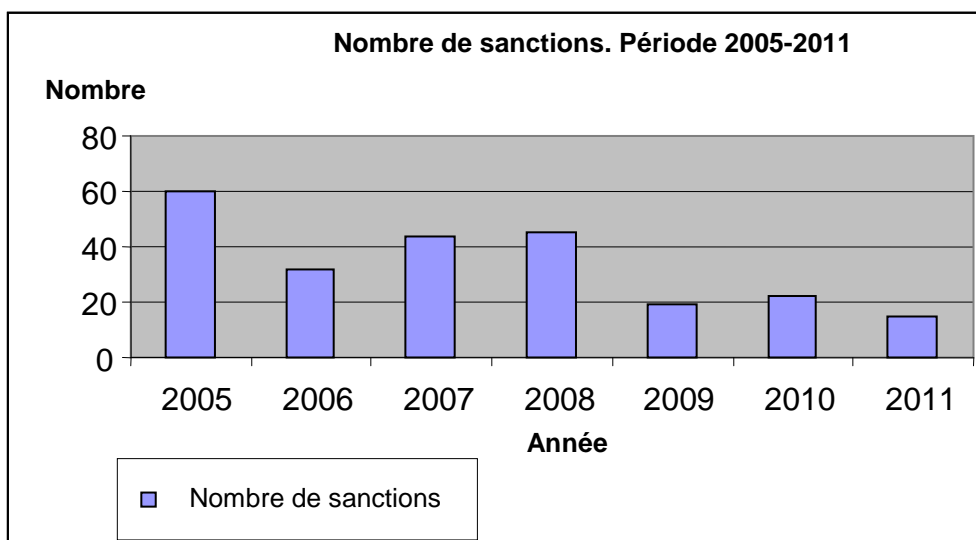
Cette période sans accidents mortels a été enregistrée un an après la publication de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail.

Données sur le nombre d'inspections et de sanctions

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de sanctions	60	32	44	45	19	22	15
Montant total des sanctions	30.008,84	14.555,72	18.896,23	17.055,72	20.355	40.109	24.854
Montant moyen par sanction	500,15	454,87	429,46	379,02	1071,31	1823,14	1656,93
Nombre total d'inspections	398	274	300	341	219	166	126
Lieux de travail inspectés	243	142	177	176	100	92	67



Le nombre d'inspections et de sanctions a diminué car les inspections, qui ont suivi l'entrée en vigueur de la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail, et les enquêtes sur les accidents graves sont chaque fois plus complexes. Par ailleurs, les inspecteurs se sont chargés de la diffusion de la loi. Il a également fallu concentrer des efforts sur le déploiement réglementaire et chercher la meilleure façon de rendre la loi applicable (accréditations des entreprises de service externe de prévention, registres professionnels, présentations, consultations...). Les inspecteurs du travail spécialisés dans la sécurité ont aussi apporté un soutien important à l'Administration. Des tâches complexes ont du être menés à terme étant donné les nouveautés introduites par la loi et le temps qu'il a fallu pour les ajuster au contexte du pays.



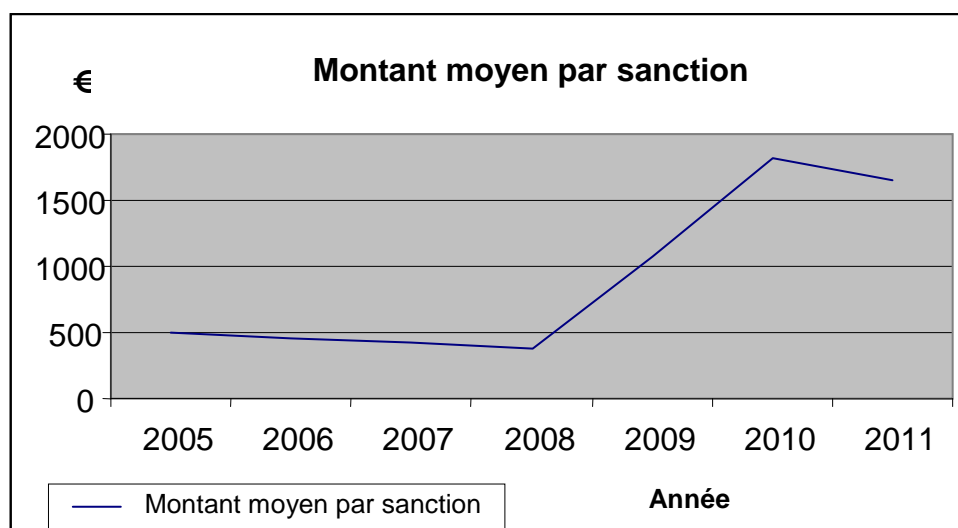
Toutes ces tâches ponctuelles ont eu pour conséquence une diminution du temps consacré à effectuer des inspections, mais en contrepartie un gros travail a été réalisé afin de diffuser, d'informer et de rendre possible l'application de la loi. De plus, ce temps passé à d'autres tâches que les inspections a porté ses fruits, la preuve en est que bien que le nombre d'inspections ait diminué, le nombre d'accidents tout comme les

taux d'incidence ont baissé, et aucun accident mortel ne s'est produit (2 dernières années), de telle sorte qu'au lieu de miser sur le pouvoir de dissuasion des sanctions, on a agi sur la prise de conscience et l'information des entreprises.

Il est évident que cette diminution sera ponctuelle et que, malgré la complexité des inspections découlant de la nouvelle législation, le nombre d'inspections devra être plus élevé dans les prochaines années qu'il ne l'a été en 2011.

On constate une augmentation très importante du montant moyen des sanctions infligées, qui a augmenté de plus de 400%. Cette augmentation est due au fait que la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail prévoit des sanctions bien plus élevées et dissuasives que l'ancien Règlement du Travail. Il s'agit là d'un facteur de plus parmi ceux ayant contribué à la réduction du nombre d'accidents.

Les sanctions infligées en matière de sécurité et de santé au travail sont en grande majorité dues à des lacunes dans les mesures de sécurité. On espère que lorsque la Loi 34/2008 du 18 décembre 2008 relative à la sécurité et à la santé au travail entrera totalement en vigueur en avril 2013 et lorsque les réglementations d'application seront publiées, des sanctions pourront être infligées pour d'autres manquements (en relation avec l'action de prévention de l'entreprise, la formation...).



Le Service de l'Inspection du Travail ne dispose pas de données statistiques concernant le nombre de travailleurs couverts par les inspections. Ce nombre est difficile à évaluer car les inspections effectuées pour contrôler la sécurité et la santé au travail se concentrent sur les chantiers de construction et qu'il s'avère compliqué de savoir exactement combien de personnes y travaillent. Par exemple, en 2011, 67 lieux de travail ont été inspectés, pour un total de 126 inspections. Les lieux de travail peuvent être de petits chantiers comme de grandes structures ou des complexes immobiliers, de telle sorte qu'il y a des chantiers où le nombre de travailleurs peut être de 3 ou 4 personnes, tandis que d'autres peuvent employer jusqu'à 50 travailleurs.

Réponse directe aux questions soulevées dans les conclusions du Comité des Droits Sociaux

*Selon le rapport, le nombre d'accidents du travail, qui était de 5 267 en 2005, a augmenté en 2006 (5 395) avant de reculer, en 2007, à 4 980. Le taux d'incidence des accidents du travail était d'environ 10 400 pour 100 000 personnes en activité en 2005 et 2006 ; il a été ramené à 9 637 en 2007. Une même courbe est observée pour le nombre d'accidents ayant entraîné un arrêt de maladie (2 470 en 2005, 2 587 en 2006 et 2 333 en 2007), ainsi que pour le taux d'incidence de ces accidents (4 893 pour 100 000 personnes en activité en 2005, 5 013 en 2006 et 4 515 en 2007). Il apparaît dans le rapport que c'est dans le secteur du bâtiment que le taux d'incidence des accidents du travail est le plus élevé. Le rapport fait par ailleurs état de deux accidents mortels en 2005, trois en 2006 et deux en 2007. **Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des données chiffrées concernant les maladies professionnelles.***

Le 4 novembre 2009, la réglementation dressant la liste des maladies professionnelles et la procédure de reconnaissance de celles-ci a été publiée. Cette réglementation prévoit que le Département du Travail doit être informé de tous les cas de maladie professionnelle reconnus par la CASS. Cependant, depuis la publication de la réglementation, seuls 3 cas de maladies professionnelles ont été recensés, en 2011.

Le Service d'inspection du travail est régi par une loi du 24 juillet 1984 portant création dudit Service et définissant son fonctionnement et ses compétences, ainsi que par la loi n° 8/2003 du 12 juin 2003 relative aux contrats de travail, qui entend renforcer l'efficacité de ses contrôles. Il peut intervenir de sa propre initiative ou à la demande de l'une des parties à un litige. Il visite les lieux de travail et contrôle les documents pertinents, et établit un procès-verbal à l'issue de chaque visite. Lorsqu'il constate une infraction mineure qui ne porte pas directement préjudice aux travailleurs, il adresse à l'employeur ou au salarié concerné une injonction l'invitant à y remédier. Sont constitutifs d'une infraction particulièrement grave le refus de laisser le Service d'inspection accéder à un lieu de travail, la falsification de documents pertinents, et autres agissements comparables. A titre exceptionnel, le Service d'inspection a la faculté d'ordonner l'arrêt immédiat des activités dès lors qu'il constate l'existence d'un danger grave ou imminent qui pourrait porter atteinte à l'intégrité physique des travailleurs. Le code pénal prévoit un certain nombre d'infractions liées à la santé et la sécurité au travail, notamment le non-respect de mesures de sécurité entraînant un risque pour la vie, la santé et la sécurité des travailleurs. Des visites de contrôle sont effectuées après chaque accident du travail et les inspecteurs peuvent, si nécessaire, joindre leur rapport au dossier judiciaire soumis aux tribunaux. Les inspecteurs du travail sont également chargés de suivre les procédures de sanction intentées pour cause d'infraction à la réglementation du travail.

Le rapport précise que, dans le but d'améliorer l'efficacité du Service d'inspection, les visites de contrôle visent plus particulièrement les secteurs où le taux d'accidents graves est le plus élevé (c.-à-d. le secteur du bâtiment), ainsi que les entreprises où l'on enregistre le plus grand nombre d'accidents.

*D'après le rapport, le nombre total d'inspections, qui était de 398 en 2005, a baissé en 2006 (274) pour remonter ensuite en 2007 (300) – chiffre qui englobe les visites préventives (visites initiales et visites de contrôle destinées à vérifier que les mesures de sécurité jugées nécessaires lors du premier passage ont bien été prises) et les visites effectuées à la suite d'un accident. Le nombre d'entreprises visitées a oscillé entre 243 en 2005 et 177 en 2007. Le rapport précise que la quasi-totalité des inspections a concerné le secteur du bâtiment. **Le Comité demande ce qui est entrepris s'agissant des autres secteurs que celui du bâtiment. Il souhaite également que le prochain rapport fournisse le nombre d'employés couvert par les inspections.***

*S'agissant du système de sanctions, il apparaît dans le rapport qu'il a actuellement pour cadre le Règlement du travail (Titre XI) adopté le 12 juillet 1978 et modifié pour la dernière fois en 1980. Un projet de loi sur la santé et la sécurité au travail, qui devrait également couvrir les sanctions, est en cours d'élaboration. L'article 132 du Règlement du travail prévoit des amendes plus ou moins élevées selon la gravité de l'infraction. La qualification de la gravité de l'infraction prend en compte plusieurs éléments tels que la dangerosité de l'activité, les conséquences potentielles de l'absence de mesures préventives, le nombre de travailleurs concernés, ainsi que la conduite de l'employeur quant à l'observance des normes en vigueur. Le nombre de dossiers de sanctions administratives ouverts à la suite d'un non-respect des conditions de travail sur le plan de la santé et de la sécurité est tombé de 60 en 2005 à 44 en 2007, et le nombre d'infractions a oscillé entre 166 en 2005 et 121 en 2007. Etant donné le caractère obsolète de la législation actuellement applicable, **le Comité demande à être tenu informé de l'avancement du***

nouveau texte de loi qui devrait être adopté en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que de l'impact de ce dispositif important sur les activités du Service d'inspection du travail - en particulier pour ce qui concerne ses pouvoirs de sanction.

Etant donné que le secteur du bâtiment continue d'être celui qui enregistre le plus grand nombre d'accidents du travail, et les plus graves, le Service de l'Inspection du Travail a continué à se concentrer sur le contrôle de ce secteur d'activité. Cette concentration des efforts se voit encore plus justifiée par le fait que ces dernières années c'est le seul secteur d'activité qui a connu des accidents mortels.

Il faut également prendre en compte que le secteur des entreprises en Andorre est composé de petites entreprises (en 2010 environ 75% des entreprises employaient moins de 5 travailleurs et la moyenne des travailleurs par entreprise était de 6) exerçant en général des activités à faible risque (secteur tertiaire). C'est la raison pour laquelle le Service de l'Inspection du Travail juge plus approprié de se concentrer sur les secteurs d'activité entraînant le plus d'accidents graves et sur les lieux de travail englobant le plus de travailleurs (chantiers de construction) car plusieurs entreprises se retrouvent sur le même lieu de travail et la coordination et la coopération y sont indispensables. Les inspections en matière de sécurité et de santé au travail dans des entreprises employant peu de personnes et où les risques professionnels sont très faibles et sans gravité sérieuse sont en général moins fructueuses.

Malgré tout, sachant que les secteurs d'activité présentant peu de risques ne peuvent être exempts de tout contrôle, la proportion des accidents ayant déclenché une enquête dans ces secteurs a augmenté. Concrètement, avant 2007, les accidents en dehors des secteurs d'activité les plus dangereux (construction, travaux annexes de construction et industrie) représentaient moins de 10% du total des accidents, tandis que depuis 2007 la proportion a augmenté jusqu'à représenter entre un quart et un cinquième des accidents (il s'agit essentiellement du secteur hôtelier, de la restauration et des boutiques).

Ceci étant, il faut préciser que le Département de l'Industrie effectue des contrôles dans divers établissements du pays. Concrètement, des contrôles sont effectués sur les installations électriques, les installations de gaz, les appareils de levage, les appareils à pression (chaudières à vapeur...), les dépôts d'hydrocarbures, les appareils (certifications CE...). Ces contrôles sont effectués par les inspecteurs du Département ou par des entreprises d'inspection et de contrôle dûment accréditées, et contribuent indirectement à veiller aux conditions de sécurité et de santé au travail, puisque l'environnement de travail est ainsi contrôlé, ainsi que les appareils ou les installations que les employés devront éventuellement utiliser. De plus, certains de ces contrôles sont périodiques.

En ce qui concerne le nombre de travailleurs couverts par les inspections, la réponse a été donnée au point 2 de l'article 3§3 : le Service de l'Inspection du Travail ne dispose pas des données statistiques permettant de déterminer le nombre de travailleurs couverts par les inspections.

Les conséquences découlant de l'entrée en vigueur de la Loi 34/2008 n'ont pas pu être entièrement évaluées étant donné que la loi n'est pas encore pleinement en vigueur vu que, comme expliqué précédemment, il a été décidé que l'entrée en vigueur serait échelonnée et progressive. De plus, le déploiement réglementaire n'a pas encore eu lieu.

Malgré cela, il est certain qu'à partir de l'apparition de la loi en 2009, on a constaté une accélération de la diminution du taux de sinistralité, et qu'il ne s'est produit aucun accident mortel ces deux dernières années (voir graphiques et tableaux statistiques du point 2 de l'article 3§3). L'adaptation progressive à la loi de la part des entreprises est donc un facteur qui a entraîné une amélioration des conditions de travail en matière de sécurité et de santé au travail.

La diminution du taux de sinistralité et des sanctions est aussi la conséquence du fait que les sanctions sont maintenant bien plus dissuasives : la Loi 34/2008 prévoit des amendes de 30 à 1000 € pour les infractions légères, de 1101 à 10 000 € pour les infractions graves, et de 10 001 à 100 000 € pour les infractions lourdes. De plus, la loi établit que les entreprises qui auront été sanctionnées pour deux infractions lourdes ou plus en moins d'un an ne pourront ni être engagées directement ni participer à aucun concours ou appel d'offres de l'Administration publique durant un an à compter de la deuxième sanction. Cette inhabilité devra être rendue publique par le biais du BOPA. De fait, on peut observer dans le tableau statistique du point 2 de l'article 3§3 qu'entre 2008 et 2011 le montant moyen des sanctions infligées a augmenté de plus de 400%.

Article 3. Paragraphe 4.

Création de services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement de prévention et de conseil.

1) Description du cadre juridique général. Spécifier la nature, les raisons et la portée de chaque réforme.

Le cadre juridique général a été décrit dans l'introduction du présent document. Concrètement, les questions concernant la santé au travail sont réglementées par l'article 19 de la Loi 34/2008 relative à la sécurité et à la santé au travail. Cependant, cet article n'entrera en vigueur que le 21 avril 2013. À compter de cette date, chaque travailleur aura droit à une surveillance médicale. Les travailleurs devront donner leur consentement, sauf les travailleurs exerçant une profession pour laquelle cette surveillance médicale est indispensable afin de vérifier si l'état de santé du travailleur ne peut constituer un risque pour lui-même, pour les autres travailleurs ou pour les personnes extérieures à son travail.

La loi prévoit la protection de la vie privée et de la dignité du travailleur, et la confidentialité des données. L'entreprise ne sera informée que des conclusions relatives à la capacité ou non du travailleur à exercer son activité professionnelle, ce qui, conjointement avec l'article 30 de la loi, offrira une garantie de protection aux travailleurs aux capacités réduites.

L'article 30, qui réglemente les mesures à prendre pour la protection des travailleurs particulièrement sensibles (ayant un handicap de quelque type que ce soit, provisoire ou permanent), est en vigueur depuis le 21 avril 2009 et oblige les entreprises à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de ces travailleurs.

Enfin, on dispose depuis le 4 novembre 2009 d'une réglementation énumérant la liste des maladies professionnelles et les procédures de reconnaissance de celles-ci.

2) Mesures prises (règlements administratifs, plans d'action, projets, etc.) pour mettre en application le cadre juridique

Le point 2 du paragraphe 3§1 contient déjà des éléments de réponse à cette question.

Même si de façon générale l'obligation de surveillance médicale établie dans l'article 19 n'entrera en vigueur que le 21 avril 2013, les articles 30, 31 et 32 de la loi établissent que la protection des travailleurs particulièrement sensibles (c'est-à-dire avec un handicap physique, psychologique ou sensoriel, provisoire ou permanent), doit entrer en vigueur immédiatement.

À la date du 31 décembre 2011, on comptait neuf entreprises de service externe de prévention dûment accréditées, ayant toutes une spécialisation en surveillance médicale, avec les infrastructures adéquates pour mener à bien cette activité. L'application des articles 30, 31 et 32, ainsi que la mise en conformité à l'article 19 quand celui-ci entrera en vigueur, sont ainsi assurées.

Accréditer des entreprises en tant que services externes de prévention disposant de toutes les spécialités, surveillance médicale incluse, fut une tâche complexe, pour deux raisons : d'abord parce que peu d'entreprises effectuent cette action de prévention, vu que celle-ci ne sera obligatoire que le 21 avril 2013, et par conséquent des entreprises de service de prévention se sont vue contraintes à effectuer des investissements qu'elles ne pourront pas rentabiliser dans l'immédiat ; ensuite parce que le pays ne disposait pas de suffisamment de personnes ayant le diplôme adéquat pour développer cette spécialité, puisqu'on a dû accorder trois autorisations exceptionnelles à des professionnels étrangers. À la date du 31 décembre 2011, le pays compte quatre professionnels habilités et on étudie la possibilité d'engager plus de professionnels spécialisés en médecine du travail.

Bien que ce soit la CASS qui effectue la gestion des maladies professionnelles, la réglementation stipule que le Service de l'Inspection du Travail doit être informé. De fait, un protocole interne a été mis en place afin de préciser comment cette information doit être transmise. Si le Service de l'Inspection du Travail vient à soupçonner une quelconque infraction ou manquement, une enquête sera ouverte.

3) Données statistiques

Depuis l'entrée en vigueur de la Réglementation établissant la liste des maladies professionnelles, trois maladies au total ont été portées à la connaissance du Service de l'Inspection du Travail durant l'année 2011. En 2010 aucune n'a été recensée.

Nous ne disposons pas de données statistiques concernant les activités relatives à la surveillance médicale.

Réponse directe aux questions soulevées dans les conclusions du Comité des Droits Sociaux

Le rapport indique que les textes en vigueur ne prévoient pas de services de médecine du travail. Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 3§4, tous les salariés doivent avoir accès à des services de médecine du travail dans toutes les branches d'activité économique et toutes les entreprises, lesdits services pouvant être communs à plusieurs entreprises. Si des services de médecine du travail ne sont pas institués pour toutes les entreprises, il appartient aux pouvoirs publics d'élaborer une stratégie en consultation avec les organisations d'employeurs et les syndicats en vue d'atteindre le résultat escompté.

*Le Comité appréciera si des progrès suffisants ont été accomplis. Le rapport ajoute toutefois que le projet de loi sur la santé et la sécurité au travail actuellement en préparation prévoit d'imposer aux entreprises l'obligation de veiller à ce que des services compétents assurent une surveillance médicale régulière de tous les salariés. **Le Comité souhaite être informé des faits nouveaux en la matière.***

Comme indiqué précédemment, la surveillance de la santé est réglementée par l'article 19 de la Loi 34/2008 et entrera en vigueur le 21 avril 2013. Par conséquent, à compter de cette date, chaque entreprise, quel que soit son secteur d'activité, devra assurer régulièrement une surveillance médicale de ses employés en fonction des risques que comporte le lieu de travail où ils exercent leur activité.

Comme indiqué précédemment, étant donné le manque de professionnels ayant une formation spécifique en médecine du travail, trois médecins en provenance d'Espagne ont été autorisés à exercer cette spécialité afin de mettre en place la surveillance médicale. Ces trois médecins, auxquels s'ajoute un médecin du pays titulaire de cette spécialité, portent à quatre le nombre de personnes habilitées à réaliser la surveillance médicale. Ces professionnels travaillent sous contrat avec des entreprises de service externe de prévention. De fait, disposer d'un centre médical suffisamment équipé et d'un médecin spécialiste de la médecine du travail fait partie des conditions requises pour être accrédité en tant que service externe de prévention. À la date du 31 décembre 2011, le pays comptait neuf entreprises accréditées en tant que services externe de prévention.

À notre connaissance, aucune entreprise ne dispose de son propre département de médecine du travail. Par ailleurs, la loi n'autorise pas les entreprises à s'organiser pour se partager les services de plusieurs centres de médecine du travail, vu qu'elles doivent toujours dépendre d'un seul et unique service de prévention, interne ou externe. Cette circonstance a été portée à la connaissance des organisations de travailleurs et patronales par le biais du texte de loi.

Une réglementation destinée à renforcer et à réglementer plus précisément la surveillance médicale est également en attente d'être adoptée par le Gouvernement.

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

Article 11, paragraphe 1.

Éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;

La politique générale de santé est décrite dans la Loi Générale sur la Santé de 1989 et modifiée par la Loi 1/2009 qui stipule les bases à caractère normatif et d'organisation du système de santé.

Objectifs généraux du système de santé :

- a) Promotion et amélioration de la santé de l'ensemble de la population.
- b) Prévention des maladies à l'aide de programmes spécifiques destinés aux populations à risque
- c) Contrôle et amélioration des conditions d'hygiène et de salubrité en milieu général, de travail et domestique.
- d) Éducation sanitaire individuelle et collective, destinée à favoriser l'acquisition et le développement de règles de vie saines.
- e) Assistance sanitaire de qualité, obligeant à veiller à une coordination fonctionnelle pleine et totale entre les services publics et privés, et à promouvoir une utilisation efficace et efficiente de ces services
- f) Rétablissement physique et psychologique du malade

Structure et organismes du système de santé :

Le système de santé se configure comme un système mixte dans lequel cohabitent les structures publiques et privées qui mènent à terme des activités relatives à l'hygiène, la santé publique et l'assistance sanitaire individuelle et collective.

Les organismes qui constituent le système de santé sont :

- Le Gouvernement : aménagement et programmation de tous les domaines ayant trait à la santé et à l'exécution en matière d'hygiène et de santé publique. Cette dernière mission est habituellement effectuée par le ministère responsable en matière de santé, tout en respectant les compétences attribuées aux *comuns* (municipalités).
- La Caisse Andorrane de la Sécurité Sociale (CASS) : recouvrement des cotisations des assurés et financement des services sanitaires reçus par ses bénéficiaires et offerts par les fournisseurs de services de l'Andorre ou des régions voisines qui ont signé des conventions avec la CASS.
- Le Service Andorran d'Attention Sanitaire (Service Andorran d'Attention Sanitaire) (SAAS) : gestion des services de santé financés publiquement (hôpital, centres d'attention primaire, transport sanitaire, santé mentale).

Prestations de santé et accès au système de santé

L'État garantit les services de santé publique et les prestations assistantielles nécessaires à la promotion de la santé, à la prévention de la maladie et au diagnostic et à la guérison des personnes.

Prestations de santé publique

Les prestations de santé publique ont un caractère universel et s'adressent à toute la population sans distinction aucune.

Ces prestations incluent des activités de promotion de la santé, prévention et surveillance des maladies en insistant tout spécialement sur les maladies transmissibles et sur les facteurs de risque des maladies chroniques.

Sont également menés à terme des activités de surveillance de santé environnementale, sécurité alimentaire et de l'eau de consommation, contrôle des médicaments et des produits sanitaires.

Dans le deuxième et le troisième paragraphe sont précisés tous les programmes de santé publique.

Prestations d'assistance

Le Gouvernement régule l'exercice professionnel libre et programme certains services d'assistance :

- *Assistance primaire*, avec une action coordonnée des professionnels sanitaires et non sanitaires dans le but d'introduire une dimension pluridisciplinaire dans l'attention sanitaire. Dans ce sens, depuis 2003, les

travailleurs sociaux et les infirmières travaillent conjointement dans les centres d'attention primaire.

Données 2011

- Nombre de médecins traitants : 42
- Nombre d'infirmières attention primaire : 41
- Nombre de centres attention primaire : 11

- *Assistance spécialisée* : en régime d'exercice libre, hospitalière, hôpital de jour et hospitalisation à domiciles.

Données 2011

- Nombre de lits d'hôpital en 2011 : 1 hôpital avec 160 lits
- Nombre de spécialistes chirurgicaux : 37
- Nombre de spécialistes année 2011 : 80
- Médecins qui exercent à l'hôpital : 79.2%
- Nombre d'infirmières hôpital : 253
- Moyenne occupation lits : 85.79 %
- Moyenne de séjours hospitaliers: 5.6
- Nombre de dentistes : 52

- Aides spécifiques en *réhabilitation* en milieu hospitalier et extrahospitalier
 - Nombre de physiothérapeutes (2011) : 73.
 - L'hôpital dispose d'un service de réhabilitation formé par des médecins spécialistes en réhabilitation, physiothérapeutes et thérapeutes occupationnels. Le service dispose d'une unité de développement infantile destiné aux enfants en âge pédiatrique (0-14 ans) avec un problème au niveau du développement ou avec un haut risque de souffrir des troubles du développement, dans le but de donner une orientation diagnostique et thérapeutique et un soutien aux familles.

- *Le diagnostic par l'image* en régime ambulatoire et d'hospitalisation

Données 2011 :

Il existe 3 centres de diagnostic par l'image, dont un à l'intérieur de l'hôpital.

L'on dispose des équipements nécessaires pour réaliser la plupart des procédés diagnostics (Rx ; TAC, RMN, Échographes, mammographes, endoscopes...)

- *L'assistance pharmaceutique*

Données 2011 :

- Nombre de Pharmacies : 58
- Nombre de pharmaciens : 79, pharmaciens spécialistes en pharmacie hospitalière et spécialistes en microbiologie et parasitologie compris.

- *L'assistance dans des cas urgents*, la régulation assistantielle de base en heures nocturnes et jours fériés

Il existe un service d'urgences à l'hôpital. Étant donnée la situation géographique de la ville du Pas de la Casa, celle-ci possède un autre service d'urgence. En 2009, le service d'urgences de l'hôpital a accueilli un total de 37.789 patients.

Il existe également un service de permanences médicales d'attention primaire et de pharmacie qui couvre les 24 h de la journée tous les jours de l'an. Les dentistes couvrent des permanences les week-ends et les jours fériés en horaire de jour.

Les services urgents, aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers, et le transport sanitaire, sont régulés par un seul centre régulateur à partir de critères de triage.

- *Le transport sanitaire normal et d'urgences*

En 2006 est intervenu une réforme du service de transport sanitaire. La nouvelle réglementation prévoit une organisation du service fondée sur la régulation médicale. Un centre régulateur unique au pays déclenche et coordonne tous les services de transport sanitaire internes et externes, selon l'état du patient qui est classé en différents niveaux de triage. Le règlement fixe les conditions de personnel, techniques et d'équipement et prévoit également l'élaboration de protocoles de transfert et d'attention ainsi que la

spécialisation des techniciens en transport sanitaire et leur formation continue.

Les programmes sanitaires accordent la priorité aux groupes à risque et des mesures spécifiques sont stipulées pour la protection de :

– *la santé maternelle et infantile,*

Données 2011

- **Nombre de gynécologues : 8 gynécologues privés (on entend par privé ceux qui exercent en tant que profession libérale) 7 (gardes d'hôpital)**
- **Nombre de pédiatres : 7 privés (16 pédiatres de garde)**
- **Nombre de sages-femmes : 14**
- **Nombre d'accouchements : 739**

– *La santé mentale,*

Le centre de santé mentale est rattaché au SAAS et il est le responsable de l'attention de santé mentale aussi bien des personnes hospitalisées que de celles en régime ambulatoire.

Il dispose de programmes de centre de jour, hôpital de jour, groupes bipolaires, troubles limite de la personnalité, appartements sous tutelle, consultations externes, admission hospitalière et urgences.

L'on compte sur des professionnels psychiatres, psychologues, psychologues infantiles, travailleurs sociaux, infirmières et nutritionnistes.

Le plus gros de l'activité se concentre sur les consultations externes, le service de soins ambulatoires du centre de santé mentale a atteint un total de 12 050 visites (2009).

Données 2011

- **Nombre de lits psychiatrie : 12**
- **Nombre de psychiatres privés : 2**

– *Les personnes âgées*

Données 2011

- **Nombre de centres socio-sanitaires : 1 publique, 1 privée.**
- **Nombre de résidences personnes âgées : 1 publique, 1 privée.**
- **Nombre de lits personnes âgées publics : 112.**

- Nombre de lits socio-sanitaire : 167.

Accès aux prestations de santé

L'accès aux services assistantiels est garanti par l'existence de services sanitaires suffisamment nombreux pour répondre aux besoins de la population. La qualité et la sécurité de l'attention est appropriée mais il n'existe pas de références ni de conditions techniques préalablement définies.

Les prestataires de services peuvent être publics (SAAS) ou privés (professionnels en exercice libéral). Le système garantit également l'accès à des prestataires étrangers, notamment ceux qui offrent des services spécialisés qui n'existent pas dans le pays. La population peut choisir le fournisseur sans aucune régulation spécifique.

Cette liberté d'accès aux professionnels de la santé est appréciée par la population ainsi que par certains professionnels. Néanmoins le manque de critères pour accéder aux prestataires entraîne une utilisation peu rationnelle des services sanitaires, ne favorise pas l'image du médecin traitant, provoque des listes d'attente chez les spécialistes et encourage une surconsommation services de santé avec le coût qui en résulte.

Financement

Le système de financement suit le modèle de sécurité sociale. Les personnes salariées cotisent à la CASS (une partie par le salarié et l'autre par l'employeur). La CASS collecte les cotisations et finance les services à hauteur de 75% dans le secteur ambulatoire y compris les médicaments ou de 90% dans le domaine hospitalier. Les personnes non salariées peuvent cotiser volontairement et ont droit aux mêmes prestations de santé (hormis l'arrêt pour congé maladie). Les personnes qui ne cotisent pas doivent assumer le coût des dépenses sanitaires à moins qu'elles ne contractent une assurance privée. Un nombre important de personnes salariées ont, en outre, une assurance privée complémentaire.

Ce système permet que la population soit consciente du coût des prestations et n'en abuse pas comme elle pourrait le faire si elles étaient gratuites, mais au cours des dernières années et en raison de l'augmentation du coût de nombreuses prestations sanitaires, notamment diagnostiques et pharmacologiques, la valeur du ticket modérateur peut être la cause de difficultés d'accès aux prestations de santé pour les personnes les plus défavorisées.

La CASS peut arriver à prendre en charge 100% du coût des prestations dans des cas déterminés évalués individuellement (maladies de longue durée, traitements spécifiques d'un coût élevé, situation spécifique de la personne).

Le Gouvernement, a travers des prestations directes ou indirectes, prend en charge les dépenses sanitaires des personnes ne disposant pas de couverture sanitaire ni de ressources économiques pour y faire face.

PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

En 2006, fut initié le Plan Stratégique de Santé (PSS) dans le but d'exposer et de mener à terme les réformes nécessaires pour garantir que le système de santé réponde aux besoins actuels et futurs de la population. Les nouveaux défis résultant du vieillissement de la population, les changements de patrons épidémiologiques avec une augmentation des maladies chroniques en rapport avec les styles de vie, l'accroissement préoccupant de la dépense sanitaire et les problèmes de démographie professionnelle, entre autres ont rendu nécessaire une révision du système sanitaire actuel et l'introduction d'améliorations.

Concrètement la réforme proposée expose les changements suivants :

- Le renforcement du ministère de la santé afin qu'il mène à terme les actions d'organisation, planification et contrôle du système, moyennant :
 - Réformes législatives
 - Passation de contrats avec les prestataires et avec la sécurité sociale
 - La création d'un portefeuille de produits et de services sanitaires médicalement utiles
 - La définition des priorités de santé parmi lesquelles sont comprises différentes actions de santé publique.
 - La création d'un plan de services sanitaires selon des itinéraires cliniques et le travail en réseau
 - L'amélioration de l'équité, en proposant des systèmes de financement différents (maladies à 100%, tiers payeur,..)
 - Un plan de qualité de l'attention sanitaire : en favorisant les systèmes d'accréditation et l'évaluation de pratiques professionnelles
 - Planification de la démographie professionnelle et motivation en faveur de la formation continue.

Ces premiers résultats sont encourageants et nous permettent de confirmer que le PSS est devenu un modèle indispensable d'amélioration de notre système de santé et s'est révélé être un outil essentiel pour que, avec la participation des professionnels et des habitants, on puisse structurer durant les prochaines années (horizon 2012) un ensemble de mesures nécessaires à l'amélioration des services d'assistance et de

santé publique d'Andorre, de façon à placer définitivement les citoyens au centre du système, en leur fournissant des services et des produits sûrs et de qualité, de façon efficiente et efficace.

Le Plan stratégique de santé d'Andorre (PSS) a été finalement adopté en 2008, et publié en mai 2009, et contient ce qui suit :

I. LE CONTEXTE

II. DIAGNOSTIC : POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DU SYSTÈME DE SANTÉ ANDORRAN

III. OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

IV. PROPOSITIONS DU PLAN STRATÉGIQUE SUIVANT LES FONCTIONS DU SYSTÈME

• PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

PLANIFICATION

Identifier les besoins de la population

1. Définir les priorités de santé

Organiser les services

2. Élaborer un Plan de Services
3. Établir des critères d'autorisation
4. Créer un portefeuille de services

Ressources humaines

5. Planifier les ressources humaines dans le domaine de la santé

ÉVALUATION

6. Évaluer les services et les pratiques professionnelles

• PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ

Service Andorran de Soins de Santé (SAAS - *Servei Andorrà d'Atenció*

***Sanitària*)**

7. Élaborer un Plan d'Entreprise SAAS
8. Établir la contractualisation interne dans le SAAS
9. Étudier le nouveau système de financement du SAAS

Professionnels

10. Définir les droits et les devoirs des professionnels
11. Favoriser la formation continue
12. Reconnaître légalement les collèges professionnels

• FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

13. Clarifier le rôle de chaque financeur
14. Réguler le recours à l'assistance étrangère
15. Améliorer l'équité financière du système
16. Renforcer le contrôle de l'activité des prestataires
17. Aligner la définition des dépenses de santé sur le modèle de l'OCDE

V. AUTRES INSTRUMENTS

• INSTRUMENTS JURIDIQUES

Contrats

18. Définir la procédure de contractualisation
19. Signer les contrats entre les parties

Le contrat entre le Ministère et le SAAS
Le contrat entre le Ministère et la CASS
Le contrat entre le Ministère et les professionnels de la santé

Loi Générale sur la Santé

20. Proposer une modification de la Loi Générale sur la santé

- **SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE**

21. Développer un système d'information sanitaire intégral

- **COOPÉRATION SANITAIRE**

22. Renforcer et formaliser la coopération sanitaire

- **FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ DU**

GOUVERNEMENT

23. Adapter l'organisation et le fonctionnement du département de la santé aux nouvelles responsabilités

- **VIABILITÉ FINANCIÈRE**

Le diagnostic de la situation actuelle (données 2007) a mis en évidence que bien que les bases du système de santé soient encore valables, il faut y introduire des améliorations afin d'en garantir l'efficacité, la qualité et l'équité ; tels sont les défis que nous devons affronter dans les prochaines années.

Ainsi, les points positifs du système sont les suivants :

- Le système de santé et l'organisation des soins de santé sont fondés sur la solidarité et l'accessibilité.
- Dans l'ensemble, le système de santé répond aux besoins de la population.
- L'implication d'acteurs et de structures publics et privés confère au système un caractère mixte.
- Les indicateurs de santé, mesurés en termes de mortalité, morbidité et espérance de vie, sont comparables à ceux de la grande majorité des pays industrialisés.
- L'offre de soins de santé répond aux particularités épidémiologiques et géographiques de la population, avec un centre hospitalier et des services de soins ambulatoires en médecine générale et spécialisée assurés par des professionnels de santé compétents.
- Les listes d'attente pour des soins de santé sont pour la plupart de quelques jours, tout au plus de quelques semaines.
- Le coût global des dépenses dues aux services de santé n'est guère élevé, et seule une part relativement faible de ces dépenses est à la charge des ménages.
- Les coopérations transfrontalières avec les régions voisines sont satisfaisantes et permettent d'améliorer l'offre en soins de santé de qualité proposée aux Andorrans.
- Il existe des programmes bien définis de surveillance, prévention et contrôle des maladies.
- La sécurité alimentaire et la qualité de l'eau de consommation sont assurées par la législation et par les programmes de surveillance adéquats.

Par contre, le système présente quelques lacunes :

- Il n'existe pas de véritable gouvernance du système de santé susceptible de prévoir une définition des priorités et une planification des services de santé.
- Il n'existe pas de système d'information sanitaire global permettant de connaître la situation sanitaire du pays aussi bien en ce qui concerne l'état de santé de la population que l'utilisation des services, leur qualité et le coût de la santé pour les usagers et le système.

- La population utilise massivement les ressources de santé de l'étranger, sans qu'aucune raison ne le justifie dans la plupart des cas.
- Il a été mis en évidence que les rôles des acteurs principaux (Gouvernement, CASS, SAAS) sont mal définis, surtout en ce qui concerne les fonctions de planification des services et l'administration du système, et qu'on a du mal à articuler les exercices public et privé.
- Le financement des services par la CASS répond plus à des critères économiques qu'à des impératifs de santé.
- Le système de sécurité sociale ne propose pas de couverture universelle, étant donné qu'elle est liée essentiellement à l'activité professionnelle.
- Les dépenses de santé ont considérablement augmenté ces dernières années sans que nous disposions de données permettant d'en examiner les raisons et d'en mesurer l'impact.
- Le système de financement ne garantit pas l'équité. 75% des dépenses sont couvertes par la CASS, mais les 25% qui restent sont à la charge des assurés, ce qui peut constituer un problème pour les personnes en situation de précarité. Les personnes non couvertes par la CASS (environ 8%) n'ont aucune garantie de protection financière en cas de maladie.
- Le financement à l'acte des structures de services de santé est inflationniste, et ce sans lien avec le niveau d'activité, de qualité, ni avec un quelconque fait qui les empêcherait de mener correctement à terme les fonctions de représentativité et de contrôle de la profession qui leur incombent.
- Il n'existe ni des réglementations établissant les droits et les devoirs des professionnels, les conditions d'exercice, les guides des bonnes pratiques, ni un système d'accréditation et d'évaluation des pratiques professionnelles garantissant la qualité des prestations.
- En général la répartition des professionnels et des services d'assistance sur le territoire est libre et ne répond à aucun processus de planification.
- La législation pharmaceutique est obsolète, difficile à appliquer et en décalage avec la réglementation internationale régissant ce secteur.
- La coopération sanitaire ne suit pas de dispositif conventionnel officialisé susceptible d'en garantir la continuité et l'évaluation périodique.

Article 11, paragraphe 2.

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 ;

Plan National Contre la toxicomanie (PNCD)

En juin 2004 fut approuvé le décret sur le Plan national contre la toxicomanie pour répondre à un problème de santé publique et qui, de ce fait, exige une réponse au niveau institutionnel en l'abordant d'un point de vue à la fois global et intégral.

La prévention est considérée la stratégie préventive la plus importante pour faire face à ces problèmes. Des programmes de prévention ont été organisés, dans le cadre scolaire et familial, dans un contexte d'éducation pour la santé comme stratégie principale. Des

actions préventives ont également été menées à terme dans le cadre réglementaire et policier. Dans ce sens, la réduction de l'offre et la lutte contre le blanchiment d'argent sont considérées comme deux stratégies de prévention.

En ce qui concerne le domaine scolaire, il convient de souligner le fait de disposer d'un programme préventif qui fait déjà partie du programme scolaire des trois systèmes éducatifs de l'Andorre. Dans ce sens, tous les enfants d'entre 8 et 18 ans reçoivent une intervention préventive le long de leur scolarité. Afin de renforcer le travail de prévention qui est fait dans les écoles, des ateliers sont réalisés, qui s'adressent aux familles en vue de diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection des familles.

Dernièrement, un processus de révision de l'éducation pour la santé à l'école intégrant ces questions vient d'être initié.

Nous travaillons également au niveau communautaire, par le biais des animateurs de centres de loisirs, avec des groupes de jeunes.

Au niveau réglementaire l'on veille au respect des décrets qui régulent certains aspects de la vente et consommation de produits de tabac et d'alcool.

Le PNCD contemple la réduction de l'offre comme une autre stratégie comprise dans le cadre de la prévention, qui se structure en un développement normatif pour contrôler l'offre illicite dans le domaine international et national.

Des actions d'information et de sensibilisation sont également menées à terme, adressées aux différents professionnels et à la population en général en insistant tout spécialement sur la consommation de tabac et d'alcool, considérés les drogues les plus consommées et celles qui provoquent le plus de mal aussi bien au niveau social que sanitaire.

Nous travaillons avec des organismes non gouvernementaux sur des projets de réduction des risques liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues dans le cadre des sorties nocturnes.

L'observatoire andorran des drogues, agirait comme un système de surveillance permanent et devrait permettre d'avoir une vision plus réelle du phénomène, connaître l'état actuel de la consommation et sa tendance et pouvoir adapter les programmes et les moyens existants aux besoins détectés.

L'unité de conduites de dépendances est un service qui s'occupe du traitement et de la réhabilitation des personnes ayant des dépendances. L'unité dispose de programmes pour le traitement de l'alcoolisme, du tabagisme et des drogues d'abus y compris le programme d'entretien avec de la méthadone.

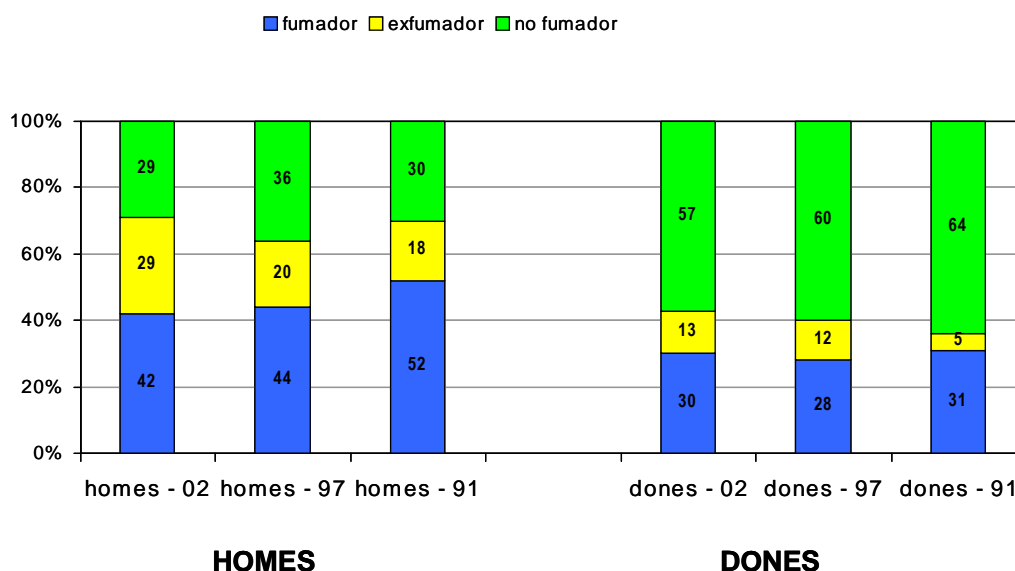
Actuellement, l'Andorre s'est donné comme objectif de procéder à des modifications de sa législation dans le but de garantir une plus grande protection vis-à-vis du tabagisme passif environnemental. Ces modifications entreront en vigueur en 2012.

Les chiffres sur la consommation de tabac et d'alcool au niveau de la population, ainsi que sur son évolution, sont issus des enquêtes de santé effectuées par l'Andorre et sont les suivants :

CONSOMMATION DE TABAC

La figure montre la distribution des fumeurs en fonction du sexe, dans l'enquête actuelle et les précédentes. Dans ce cas, sont considérés comme fumeurs et ex-fumeurs les fumeurs réguliers aussi bien qu'occasionnels (moins d'une cigarette par jour). On note une augmentation du nombre d'ex-fumeurs, chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes ce pourcentage augmente au détriment du nombre de fumeurs actuels, tandis que chez les femmes le pourcentage de fumeuses actuelles se maintient constant alors que le nombre de non fumeuses diminue.

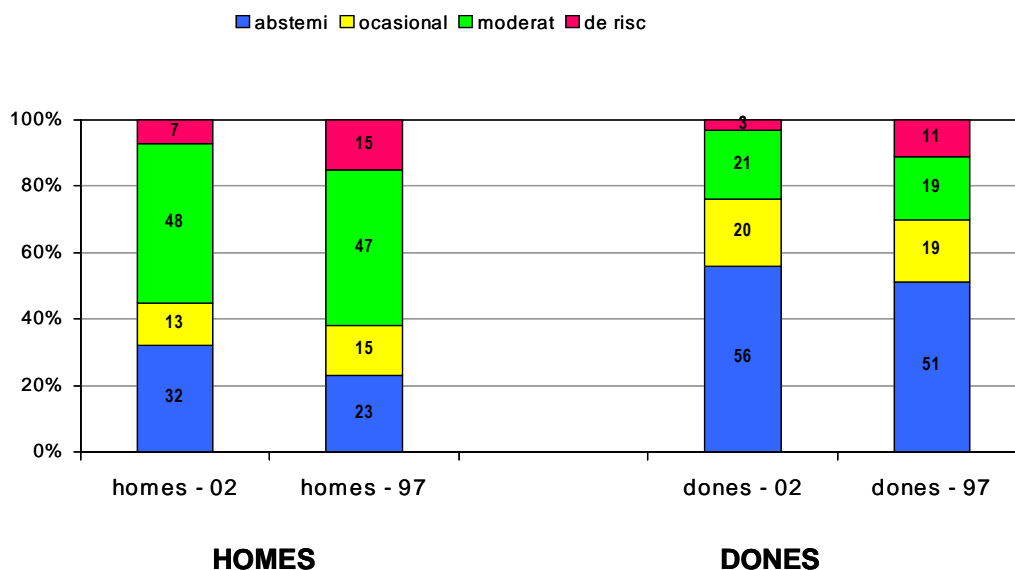
Consommation de tabac en fonction du sexe. Enquêtes 2002, 1997 et 1991. Pourcentages.



CONSOMMATION D'ALCOOL

En ce qui concerne l'enquête de 2002, 32% des hommes et 56% des femmes déclarent ne pas boire d'alcool. 7% des hommes et 3% des femmes sont au-dessus du seuil de risque (40 g/jour pour les hommes et 20 g/jour pour les femmes). La figure montre la consommation d'alcool en fonction du sexe dans l'enquête actuelle et celle de 1997. On note une diminution importante du nombre de buveurs à risque, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (il faut tenir compte du fait que l'époque à laquelle l'enquête a été menée a changé également).

Consommation d'alcool en fonction du sexe. Enquêtes 2002 et 1997. Pourcentages.



Nutrition et exercice physique

Durant les années 2004 et 2005, le Ministère responsable de la santé, a réalisé la 1ère Enquête Nutritionnelle de l'Andorre (ENA04).

Les résultats de cette enquête prouvent que s'il est vrai que la situation en Andorre n'est pas alarmante, il est quand même nécessaire de promouvoir des styles de vie sains, en particulier en matière d'habitudes alimentaires et la pratique d'activité physique en suivant les stratégies et les recommandations de l'OMS, afin de prévenir certaines maladies chroniques étroitement liées à ces facteurs.

Ce fait a conduit à l'élaboration d'un document cadre qui définit la Stratégie Nationale pour la Nutrition, le Sport et la Santé (ENNES) que le Gouvernement approuva le 14 novembre 2007.

Cette stratégie fut présentée conjointement par les départements de Santé, Éducation et Sports et vise, à un horizon 2012, le développement de nombreuses actions destinées à sensibiliser, informer et éduquer la population sur la nécessité d'adopter des conduites conduisant à améliorer les styles de vie dans le but d'améliorer l'état de santé de la population.

Tout au long de ces années, les actions de ce plan stratégique se sont centrées sur l'information et l'éducation de la population, à travers la diffusion d'un ensemble de publications destinées à la population générale et à des groupes d'âge déterminés, proposant des conseils pratiques sur les habitudes alimentaires et l'activité physique, et également à travers l'organisation annuelle de conférences allant dans le même sens. En ce qui concerne les actions destinées à sensibiliser et à promouvoir les modes de vie sains, mentionnons la célébration annuelle de la Journée du Sport pour tous (*Dia de l'Esport per a tothom*), qui a vu son nombre de participants augmenter progressivement. On a aussi mis en place de petites campagnes publicitaires télévisées et radiodiffusées.

“Consulta jove” (Consultation jeune)

La “Consulta jove” est un service gratuit d’attention anonyme et individualisée destiné aux jeunes et adolescents du pays qui a les objectifs suivants :

- Répondre aux inquiétudes et aux questions des jeunes et adolescents sur sexualité et les thèmes qui s’y rattachent.
- Fournir une information fiable sur des moyens de protection et pratiques sans risque afin d’éviter les grossesses adolescentes et la contagion de maladies à transmission sexuelle.
- Faciliter l'accès à l’attention sanitaire de forme gratuite et anonymement pour autant que cela soit possible.

La “Consulta Jove” travaille en étroite collaboration avec les médecins d’attention primaire et les gynécologues du pays. Elle offre également la possibilité de demander gratuitement et anonymement une analyse, lorsque le jeune le demande, pour savoir s’il y a infection d’HIV ou d’hépatite ou pour savoir s’il y a grossesse.

Les problèmes qui vont plus loin que l’information ou la demande d’analyse sont orientés vers les professionnels sanitaires du pays. Le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement assume le coût des visites réalisées par les professionnels sanitaires lorsque celles-ci leur ont été adressées à la “Consulta Jove”.

En marge de la consultation individualisée dans les centres de santé ou dans les écoles d’enseignement secondaire et baccalauréat, les infirmières responsables de ce programme réalisent des activités d’éducation sexuelle dans les écoles.

1- Cadre juridique :

Milieu atmosphérique :

Loi sur la contamination atmosphérique et les bruits, approuvée par le Parlement lors de sa séance du 30 décembre 1985.

Cette loi a pour objet la prévention, la surveillance et la correction des activités et situations de contamination atmosphérique et de contamination acoustique.

L’on entend par contamination atmosphérique, la présence dans l’air de matières ou de formes d’énergie impliquant risque, dommage ou nuisance pour les personnes et les choses.

L’on entend par contamination acoustique, les émissions de sons dépassant les niveaux admissibles conformément à ce que stipule la loi.

Les décrets suivants développent les obligations de la Loi :

- Décret d’approbation du Règlement de contrôle de la contamination atmosphérique, du 25 septembre 2002, modifié le 25 février 2009 pour l’adapter aux directives européennes.

- Règlement de contrôle de la contamination acoustique, du 3 mai 1996

Entre autres :

- En 2009, entrée en vigueur de la Convention de Vienne et du Protocole de Montréal sur la couche d'ozone
- En 2011, entrée en vigueur de la Convention sur le changement climatique

Règlement à travers lequel est régulée la gestion des déchets provenant de la viande du 26 juillet 2007.

Les activités agropastorales, les activités de prestation des services d'assistance vétérinaire et en général les activités de fabrication, élaboration, transformation et commercialisation de viandes et de produits provenant de la viande, sont à l'origine de toute une série de déchets (cadavres d'animaux, parties anatomiques et tissus animaux et, en général, des sous-produits d'origine animale non destinés à la consommation humaine) qui de par leur nature et caractéristiques peuvent propager de nombreux agents pathogènes et devenir, sous certaines circonstances, des foyers majeurs d'insalubrité.

Ce Règlement recueille la régulation concrète de la gestion de ces déchets de manière à ce qu'elle soit efficace et intègre et en responsabilise toutes les parties impliquées depuis les propres centres producteurs, en passant par les gestionnaires qui prêtent les services de ramassage et de transport jusqu'aux centres de traitement et/ou élimination, afin de minimiser et éviter des risques pour la santé publique, la santé animale et, en général, la contamination de l'environnement.

- Règlement d'accès à l'information dans le domaine des déchets du 7 mai 2008.
- Règlement du processus d'exportation des déchets du 21 mai 2008.

2- Règlements, plans et programmes :

Déchets :

Le **Plan national de déchets** est le document fondamental qui définit les principes fondamentaux de la gestion moderne des déchets de la Principauté d'Andorre et l'instrument stratégique qui oriente et guide la politique du Gouvernement quant aux déchets. L'on y stipule le fait obligatoire de réviser, tous les cinq ans, les objectifs de ce Plan et pour cela est créée la Commission de Coordination et Développement du Plan.

Le **Plan national des déchets** fut approuvé pour la première fois en 2001 et il en est à présent à sa troisième période quinquennale (2012-2016). Le document actuel a été approuvé en décembre 2011 suite à la révision des premiers plans et le réajustement des objectifs fixés quant au pourcentage de recyclage, de réutilisation et d'évaluation.

Les actuelles installations de gestion des déchets comportent un Centre de Traitement Thermique avec récupération d'énergie, des déchetteries communales, et l'ensemble de conteneurs installés dans les rues pour faciliter le ramassage sélectif du verre, du papier carton et des emballages, ainsi que 5 déchetteries de gestion communale et un Centre de Tri qui permet le recyclage des emballages domestiques.

Milieu atmosphérique :

Le Gouvernement de l'Andorre, conscient de la nécessité de préserver la qualité de l'air, approuve périodiquement une **stratégie de surveillance, communication et protection du milieu atmosphérique** de l'Andorre. Actuellement la stratégie en vigueur est celle qui couvre la période 2012-2016.

Paysage :

En 2011, le Gouvernement de l'Andorre a approuvé la Stratégie Nationale du Paysage qui marque 7 objectifs de qualité pour les paysages de l'Andorre et une vingtaine d'actions à réaliser dans les 3 prochaines années pour aller dans le sens de ces objectifs.

Programme de Santé Maternelle et Infantile

Le programme de Santé Maternelle et Infantile, dépendant du SAAS, a comme objectif s'occuper de la femme en âge fertile en prenant soin des femmes enceintes et l'attention durant la période immédiatement postérieure à l'accouchement aussi bien en ce qui concerne la mère que le nouveau-né.

Durant la grossesse les femmes subissent des tests médicaux totalement gratuits : 1 analyse et 4 échographies

Dans le cadre du programme des classes pour préparer l'accouchement sont organisées.

En 2010, 739 femmes ont donné la vie, dont 719 ayant été suivies médicalement, ce qui représente une couverture de 95,23% ; 427 d'entre elles étaient primipares et 312 multipares.

Les interventions les plus fréquentes du PMI sont l'aide à l'allaitement maternel, l'éducation en nutrition infantile, les soins post-accouchement, les soins aux nouveau-nés.

Le programme permet de détecter des problèmes concernant les difficultés économiques, des logements non appropriés, des problèmes psychosociaux (changement de rôle, maltraitances, problèmes physiologiques (lésions cutanées, manque de confort, difficultés au niveau de l'allaitement)

Service Santé Scolaire

Le service de santé scolaire est actuellement inscrit au Service Andorran d'Attention Sanitaire. Il réalise des examens de santé scolaire à tous les scolaires du pays de 4, 6 et 11 ans et aux scolaires que arrivent pour la première fois au pays âgés entre 5 et 14 ans, il effectue un contrôle individualisé du carnet de vaccinations des scolaires situés dans ces mêmes tranche d'âge et des enfants des garderies, il collabore dans différents programmes de prévention et promotion de la santé du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, comme le Programme de Prévention et Contrôle de la Tuberculose en Andorre (PPCTA), el Programme de Vaccins et les Campagnes de vaccinations des enfants et des jeunes en âge scolaire.

Les examens de santé et le contrôle de vaccins couvrent chaque année une population d'environ 2.000 élèves et ils consistent, notamment, en la détection précoce de problèmes sensoriels, de l'appareil locomoteur et de la bouche. Les enfants à qui est détecté un problème sont dirigés vers le pédiatre ou le médecin traitant qui confirment ou non le problème.

En 2010 furent réalisés 2117 examens de santé aux enfants de 4, 6 et 11 ans. Parmi ceux-ci 142 étaient des élèves nouvellement arrivés au pays et d'entre 5 et 14 ans.

Plan oncologique

À la suite d'une analyse exhaustive sur la situation du cancer en Andorre le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement donna la priorité à la mise en marche de deux actions, l'une préventive, et l'autre destinée à disposer de données relatives à la situation de la maladie dans le pays. En même temps, le Ministère demanda au Service Andorran d'Attention Sanitaire de veiller au développement d'une attention, l'attention oncologique de qualité.

À la fin de l'année 2007, et comme activité préventive, fut mis en fonctionnement le **Programme populationnel de détection précoce du cancer du sein**. Préalablement à ce déploiement, l'on procéda à une analyse de la situation, qui consista à définir les caractéristiques du programme et à le concevoir en tenant compte de tous les circuits et procédés. Différents professionnels du pays participèrent à la réalisation de cette tâche, regroupés en un comité directeur et conseillés par l'*Institut Català d'Oncologia (ICO)*.

Le Programme de détection précoce du cancer du sein offre la possibilité, à toutes les femmes d'entre 50 et 69 ans recensées en Principauté d'Andorre, à se faire faire une mammographie gratuite tous les deux ans, avec une qualité technique et professionnelle maximum. Il prévoit également le suivi des cas pour lesquels sont détectés des anomalies.

Le Programme débuta en octobre 2007, par une preuve pilote invitant à un groupe réduit de la population cible à participer au programme, dans le but de tester et évaluer le programme conçu, avant de l'élargir à l'ensemble de la population cible, et pouvoir ainsi détecter et corriger les éventuels problèmes.

Actuellement, et conformément au déploiement qui avait été prévu, le programme couvre l'ensemble de la population cible.

Une autre action également prioritaire est le développement du *Registre populationnel de cancer de l'Andorre*. Pour mener à terme ce projet, diverses phases ont été prévues. La première, de déploiement, actuellement déjà opérationnelle, consiste à disposer d'un registre hospitalier du cancer. Au jour d'aujourd'hui les données du registre de la mortalité sont intégrées à ce registre. À l'avenir, l'on travaillera à l'intégration du reste de sources d'information.

SIDA

Nous travaillons dans différents projets pour la prévention du SIDA et la non discrimination des personnes affectées.

L'objectif général est de faciliter de l'information, sensibiliser, prévenir et diffuser les mesures qui existent pour éviter la contagion du VIH-SIDA entre les adolescents et les jeunes.

Les objectifs spécifiques concrets sont : promouvoir et favoriser des habitudes saluaires et éduquer pour la santé comme un processus de formation, responsabilisation de l'individu afin qu'il acquiert les connaissances, les attitudes et les habitudes fondamentales pour la défense et la promotion de la santé individuelle et collective.

Responsabiliser le jeune et le préparer pour qu'il adopte, autant que possible, un style de vie sain des conduites positives de santé.

Encourager la participation des jeunes à la conception et à l'exécution des programmes de prévention.

Briser les préjugés nés de la désinformation et qui provoquent des attitudes de marginalisation vis-à-vis des personnes malades.

Durant l'année 2011, le Ministère de la Santé et du Bien-être a initié une campagne de prévention sur le Sida-VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement. Cette campagne fournit des informations relatives à la prévention, aux symptômes et aux conduites à adopter. Elle a pu compter sur la collaboration des collègues officiels de médecins, infirmières et sages-femmes du Service Andorran de Soins de Santé, de la « Consulta Jove » et des établissements de boîtes de nuit de la Principauté, et les informations sont disponibles sur le web.

Depuis 2004 l'Andorre dispose d'un protocole de surveillance du VIH-Sida basé sur un système de déclaration individuelle, non nominative et confidentielle à partir de laquelle est conçu un registre des cas qui permet d'obtenir les données d'incidence, de prévalence, d'identifier et de suivre les facteurs de risque les plus fréquents dans les cas d'infection et de connaître la situation et l'évolution des cas.

Article 11, paragraphe 3.

Prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents

Plan de surveillance de la santé publique

Le Département de la santé est responsable de la surveillance de la santé publique, dans ce sens et en ce qui concerne la surveillance des maladies transmissibles, celle-ci se fait dans le cadre législatif en vigueur, qui stipule par loi l'obligation des médecins de déclarer ces maladies, soit de manière numérique ou nominale en fonction de chaque maladie.

En ce qui concerne la surveillance le laboratoire de référence de l'Andorre est celui du "*Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III*", en Espagne.

En marge de ce que stipule le cadre législatif, il convient de souligner que pour certaines maladies de déclaration numérique, il existe des programmes de surveillance spécifique qui permettent d'obtenir davantage d'informations de chaque cas, comme âge et sexe ou autres. Un exemple de ce genre de surveillance est celle menée à terme, chaque saison, pour la grippe, de façon à ce que durant la saison grippale un suivi quotidien de la situation soit effectué et que les données soient publiées via le site web www.grip.ad.

Nous disposons également d'un Programme spécifique pour la Prévention et le Contrôle de la Tuberculose (PPCT) dont l'objectif général est de réduire l'incidence de la maladie et la prévalence de l'infection tuberculeuse. Afin de mener à bien cet objectif, le programme prévoit différents types d'actions : les unes, destinées à réduire l'incidence de la maladie tuberculeuse, se basent sur la détection des individus infectés afin d'intervenir pour briser la chaîne épidémiologique de la maladie, évitant ainsi son apparition, et les autres, destinées à faire diminuer la prévalence de l'infection tuberculeuse, se centrent sur la détection précoce des cas et le suivi de ceux-ci afin de finaliser correctement le traitement prescrit.

Un autre aspect qui a été incorporé est le système d'information microbiologique, auquel participent, volontairement, tous les laboratoires d'analyses cliniques du pays.

Cette surveillance est complétée par l'analyse des statistiques vitales, l'analyse de différents problèmes de santé ou aspects qui y ont trait, (enquêtes, calcul de la couverture de vaccins, analyses de la morbidité hospitalière, registre de cancer...) qui contribuent à déterminer les actions prioritaires en matière de santé publique.

Protection et sécurité de l'eau

Le plan de protection et de sécurité de l'eau a pour but de veiller afin que la population approvisionnée par les systèmes qui distribuent l'eau destinée à la consommation humaine, reçoive de l'eau sûre et apte à la consommation, qui soit de leur confiance.

Cet objectif s'appuie sur la législation de référence en vigueur : Loi sur le régime juridique de la police et protection des eaux, du 31 juillet 1985 ; Loi générale sur la santé, du 20 mars 1989 (BOPA N° 6 de 10.4.1989) et *Règlement relatif aux critères*

sanitaires de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine du 17 octobre 2007 (BOPA N° 88 du 24.10.2007).

Conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'on identifie et évalue que les gestionnaires prennent des mesures préventives et correctrices en adoptant des systèmes de barrières multiples et d'évaluation de dangers et points critiques de contrôle (APPCC), en consolidant une stratégie effective de gestion des risques associés à leur activité.

À l'effet de matérialiser l'objectif principal, le programme comporte deux lignes d'action :

1. Surveillance sanitaire des approvisionnements en eau :

Vérification de l'existence des conditions requises hygiéniques et sanitaires minima au niveau des infrastructures qui configurent les réseaux d'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine, ainsi que le fonctionnement auquel ils sont soumis. Description des éléments qui font l'objet de surveillance et du procédé adopté lors des inspections :

- Inspection sanitaire des systèmes d'approvisionnement en eau pour la consommation humaine
- Inspection sanitaire de citernes ou réservoirs mobiles destinés au transport d'eau pour la consommation humaine.

2. Surveillance de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

- Vérification que les entités fournisseuses réalisent pour l'eau qu'ils distribuent, les contrôles stipulés par la réglementation en vigueur.
- Moyennant des échantillons propres, vérification de la qualité de l'eau dans toutes les zones d'approvisionnement recensées en Andorre.
- Réalisation de campagnes spécifiques auprès de collectifs particulièrement sensibles: centres d'enseignement, résidentiels, ou d'autres à déterminer.

Sécurité alimentaire

Le système National de Surveillance et Contrôle Alimentaire est un Plan intégral d'action en Sécurité alimentaire et son origine remonte à l'accord du 20 mars 2000, qui fut le moment où furent supprimés les points d'Inspection Sanitaire Frontalière pour s'adapter aux principes et aux normes que stipulait le Protocole sur questions vétérinaires et les décisions du Comité Mixte. Il consiste en une fréquence déterminée d'inspections et contrôles des établissements pour vérifier qu'ils respectent les conditions technico sanitaires et d'hygiène, stipulées dans la réglementation sanitaire en vigueur.

Objectifs :

- Protéger la santé publique nationale
- Évaluer et gérer les risques associés à la consommation d'aliments, moyennant l'identification et la caractérisation de possibles dangers ;

- Promouvoir et garantir l'instauration de systèmes d'autocontrôle aux entreprises alimentaires, à travers des systèmes reposant sur l'APPCC ;
- Élever le niveau de santé individuel et collectif de la population moyennant la modification d'aptitudes et de conduites relatives aux pratiques et aux habitudes alimentaires (ENES : *Estratègia Nacional de Nutrició, Esport i Salut* –Stratégie Nationale de Nutrition, Sport et Santé-) ;
- Protéger le droit des citoyens à recevoir une information claire et précise, à travers l'étiquetage des aliments qu'ils consomment ;
- Garantir que les viandes obtenues de l'Abattoir National de l'Andorre sont aptes à la consommation humaine ;
- Garantir la diffusion, la connaissance et l'application de ces Bonnes Pratiques de Manipulation des aliments

Au cours de ces contrôles officiels, toute une série d'activités sont menées à terme, qui consistent en :

- Inspection des conditions sanitaires des locaux, installations équipements et ustensiles ;
- Inspection des processus d'élaboration, transformation, stockage, conservation, distribution, transport et vente ou service d'aliments et/ou produits alimentaires ;
- Contrôle de l'hygiène du personnel manipulateur, vérification des pratiques hygiéniques et de la formation reçue en matière de manipulation d'aliments ;
- Contrôle de la présence de fléaux : vérifier si les établissements disposent de plans pour prévenir l'apparition et la propagation de fléaux ;
- Prélèvement d'échantillons d'eau, aliments et superficies afin d'évaluer la qualité sanitaire des produits et l'efficacité des programmes de nettoyage et désinfection appliqués ;
- Registre des contrôles sanitaires, émission de documentation officielle (certificats sanitaires officiels pour l'exportation d'aliments et/ou produits alimentaires, etc.) et communication des résultats de l'inspection à l'autorité sanitaire compétente et autres organes de l'Administration susceptibles d'être concernés ;
- Inspection vétérinaire des viandes obtenues de l'Abattoir National de l'Andorre.

Réglementation en vigueur

- Protocole sur des questions vétérinaires complémentaire à l'Accord en forme d'échange de notes entre la Principauté d'Andorre et la Communauté Économique Européenne du 13 novembre 1997 (BOPA N° 74 du 10.12.1997 et BOPA N° 5 du 4.2.1998).
- Loi portant régulation des aliments et produits alimentaires réfrigérés, congelés et ultra congelés du 25 avril 1984.
- Loi portant régulation des droits du consommateur et sa protection du 31 juillet 1985.
- Règlement d'application de la Décision 2/1999 du Comité Mixte CE-Andorre, régulant les échanges, importations et exportations d'animaux vivants et des produits d'origine animale destinés à la consommation humaine du 7 juin 2000 (BOPA N° 35 du 28.6.2000).

- Règlement portant régulation des activités alimentaires du 12 juillet 2000 (BOPA N° 38 du 19.7.2000).
- Règlement stipulant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles du 17 juillet 2002 (BOPA n° 56 du 24.7.2002).
- Règlement stipulant les normes relatives aux manipulateurs d'aliments du 6 novembre 2002 (BOPA N° 86 du 13.11.2002).
- Règlement portant modification du Règlement portant régulation des activités alimentaires du 30 avril 2003 (BOPA N° 37 du 7.5.2003).
- Règlement stipulant les conditions techniques et hygiénico-sanitaires pour les activités de fabrication, élaboration, distribution, commercialisation et service de plats préparés du 27 avril 2005 (BOPA n° 39 du 4.5.2005).
- Réglementation relative à la détection de la trichine dans les viandes fraîches provenant de porcs domestiques engraisés et abattus pour une autoconsommation familiale et les sangliers tués dans l'exercice de la chasse du 28 septembre 2005 (BOPA N° 80 du 5.10.2005).
- Décision 1/2005 du Comité Mixte Andorre-CE du 10 octobre 2005 (BOPA N°89 du 26.10.2005).
- Réglementation relative aux critères sanitaires de la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine du 17 octobre 2007 (BOPA N° 88 du 24.10.2007).
- Loi 1/2009 du 23 janvier 2009 portant modification de la Loi générale sur la santé (BOPA N° 11 du 11.02.2009).
- Réglementation établissant les normes d'hygiène spécifiques aux aliments d'origine animale (BOPA N° 88 du 09.12.2009).
- Réglementation établissant les principes, les dispositions et les procédures générales relatifs à la sécurité alimentaire (BOPA N° 88 du 09.12.2009).
- Réglementation relative à l'hygiène des aliments (BOPA N° 88 du 09.12.2009).
- Réglementation établissant les normes spécifiques concernant l'organisation des contrôles officiels de produits d'origine animale (BOPA N° 88 du 09.12.2009).
- Réglementation relative aux contrôles officiels effectués afin de garantir l'exécution de la législation alimentaire et la réglementation relative à la santé et au bien-être des animaux (BOPA N° 88 du 09.12.2009).

Programme de vaccins

Le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, avec la participation des professionnels de la santé, a travaillé en vue d'harmoniser les vaccinations infantiles et faciliter au maximum l'accessibilité à la population. En 1988, fut approuvé le premier Plan de vaccinations, avec le premier calendrier officiel de vaccinations. Depuis des actualisations périodiques ont eu lieu des deux, en maintenant l'objectif général de diminuer ou éradiquer les maladies infectieuses vaccinables.

Dans ce sens, durant l'année 2006, le Département de santé initia une profonde évaluation du programme qui compta avec la collaboration de tous les collectifs professionnels du pays impliqués dans la vaccination, et le conseil de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et qui signala la nécessité de modifier et adapter la réglementation en vigueur. Fruit de cette évaluation, durant le mois de juin 2007 fut approuvé le *Décret portant modification du Règlement régulant le Plan de vaccinations systématiques obligatoires*, auquel ont été incorporées des améliorations quant à la

fourniture de vaccins, à leur traçabilité moyennant un achat centralisé, et de mécanismes furent créés afin de diminuer le risque que ne se produisent, sans être détectées, des ruptures dans la chaîne du froid qui pourraient mettre en cause l'efficacité du vaccin. Des mécanismes de surveillance ont également été prévus, comme la notification et le suivi d'éventuels effets contraires. À travers ce Règlement fut également créé le Consell Assessor de Vacunes -Conseil Conseiller de Vaccins-, dont la principale fonction consiste à apporter un soutien technique au Plan de vaccinations.

La dernière mise à jour du calendrier vaccinal officiel pour les enfants a été effectuée en 2010. Ce calendrier est décrit ci-dessous :

Age	Vaccins
0 mois	HB
2 mois	DTPa + IPV + Hib + HB / MCC
3 mois	Prevenar 13
4 mois	DTPa + IPV + Hib / MCC
5 mois	Prevenar 13
6 mois	DTPa + IPV + Hib + HB
15 mois	ROR / Prevenar 13
18 mois	DTPa + IPV + Hib / MCC
5 ans	DTPa /ROR
15 ans	dTpa HB (jusqu'en 2014)

HB	hépatite B
DTPa	diphtérie, tétanos, coqueluche
IPV	vaccin inactivé contre la poliomyélite
Hib	haemophilus influenzae de type B
MCC	vaccin conjugué contre le méningocoque C
Prevenar13	vaccin pneumococcique conjugué 13-valent
ROR	Rougeole – Oreillons – Rubéole
dTpa	diphtérie de l'adulte, tétanos, coqueluche de l'adulte

Depuis 2002, le Ministère de la Santé et du Bien-être organise une campagne de vaccination annuelle contre la grippe saisonnière, dans le but de faire vacciner les groupes à risque de la population d'Andorre pour réduire la morbi-mortalité provoquée par la grippe.

En 2011, le Conseil Consultatif des Vaccins (*Consell Assessor de Vacunes*) a rendu publiques les recommandations relatives à la vaccination des adultes, dans le but d'harmoniser les critères en matière de vaccination des personnes adultes et de faciliter la tâche des professionnels chargés de vacciner la population comme il convient. L'Andorre dispose donc actuellement de recommandations vaccinales à destination des adultes sains et d'autres destinées aux adultes présentant un facteur de risque associé, professionnel, dû à une maladie ou autres.

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 ;
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 ;
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.”
- c)* 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 ;
- d)* 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.”

Article 12, paragraphe 1.

1. Établir ou maintenir un régime de sécurité sociale

La Caisse Andorrane de la Sécurité Sociale (ci après CASS) est une organisation créée par une norme publique, mais jouissant de personnalité juridique et d'autonomie financière. La CASS fut instituée avec l'Ordonnance n° 4 du Parlement (Consell General de les Valls) les 12 juillet 1966, publié le 7 novembre 1967, créant un régime de sécurité sociale andorrane, auquel seraient affiliés, avec un caractère obligatoire, tous les résidents en Andorre exerçant une quelconque activité, et avec un caractère

volontaire les assurés autonomes ou non salariés. Le Système de Sécurité Sociale fut instauré en décembre 1967, et le 1^{er} avril 1968 le régime de sécurité sociale entra en vigueur.

La Loi 17/2008 du 3 octobre 2008 relative à la sécurité sociale, est entrée en vigueur à partir du 1er novembre 2009. Elle stipule que la CASS est une entité parapublique ayant pour mission d'assurer la gestion administrative, technique et financière du système andorran de sécurité sociale, sous le contrôle du Gouvernement. Le fonctionnement de la CASS est régi par cette loi et ses normes d'application.

La structure organisationnelle de la CASS comprend le Conseil d'Administration, le directeur et le personnel qui en assure le fonctionnement. Cette structure est établie dans les articles 43 à 65 de la Loi 17/2008 du 3 octobre 2008 relative à la sécurité sociale. Le Conseil d'Administration est le plus grand organe de représentation et d'administration de la CASS. Il se compose de :

4 membres nommés par le Gouvernement, proposés respectivement par :

- Le ministre chargé de la politique de la santé
- Le ministre chargé de la politique sociale
- Le ministre chargé de la politique du travail
- Le ministre des finances

Le Gouvernement a tout pouvoir de révoquer et de remplacer, à quelque moment que ce soit, les membres qu'il a lui-même nommés.

- 2 membres élus représentant le collège électoral des salariés et assimilés
- 1 membre élu représentant le collège électoral des retraités
- 1 membre élu représentant le collège électoral des entrepreneurs et des personnes effectuant une activité pour leur propre compte.

Les personnes suivantes participent également aux réunions mais sans prendre part au vote :

- le/la directeur/directrice général/e
- l'intervenant/e délégué/e par le Gouvernement
- le/la secrétaire du Conseil d'Administration
- toute autre personne désignée par le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par mois.

Le système andorran de sécurité sociale est structuré en 3 branches :

a) La branche générale

- i. Prestations de remboursement
- ii. Prestations d'incapacité temporaire
- iii. Prestations de maternité
- iv. Prestations de paternité
- v. Prestations liées aux risques durant la grossesse
- vi. Prestations d'invalidité
- vii. Prestations de capital décès
- viii. Pensions d'orphelins

- b) **La branche retraites**, qui couvre la perte de revenus découlant de la cessation du travail ou de l'activité économique due à l'âge, comprend :
 - i. Pensions de retraite
 - ii. Pensions de veuvage temporaires et à vie
- c) **La branche des prestations familiales**, qui couvre certains besoins financiers de la famille :
 - i. Allocations familiales pour enfants à charge
 - ii. Allocations de naissance ou d'adoption

Le système de sécurité sociale comprend les régimes suivants :

- **Régime général**
- **Régimes spéciaux**

Toute personne affiliée à un régime ne peut être affiliée à un autre. Il est impossible de renoncer à l'un des droits figurant dans la Loi 17/2008 du 3 octobre 2008 relative à la sécurité sociale.

Régime général

Le régime général comprend :

- b) Les salariés et assimilés
- c) Les personnes menant une activité pour leur propre compte
- d) Les retraités.

Régimes spéciaux

Les régimes spéciaux découlent de situations ou d'activités qui de par leur nature ou leurs spécificités doivent être intégrées dans le système de sécurité sociale mais ne peuvent faire partie du régime général.

Il s'agit :

- a) Des orphelins de père et mère et des autres personnes dont la tutelle ou la garde est confiée à l'État
- b) Des personnes invalides
- c) Des assurés volontaires à la branche des retraites
- d) Des assurés ayant-droit salariés dont les revenus sont inférieurs au salaire minimum
- e) Des préretraités
- f) Des étudiants de 25 à 30 ans
- g) Des personnes enregistrées auprès du Servei d'Ocupació (Pôle emploi) et ne recevant pas d'indemnités financières pour chômage involontaire.

Les assurés peuvent être adhérents ou ayant-droit.

Assurés adhérents

- Personnes cotisant à la sécurité sociale, que ce soit dans le cadre :
 - Du régime général
 - Des régimes spéciaux

Assurés ayant-droit

- Sont à la charge de l'assuré adhérent
- Sont sans activité professionnelle ou à but lucratif, sauf exceptions :
 - Article 223. Assurés volontaires à la branche des retraites.
 - Article 224. Assurés ayant-droit salariés dont les revenus sont inférieurs au salaire minimum
- Résident légalement en Andorre
- Sont compris dans les catégories suivantes :
 - Le conjoint(e) d'un assuré adhérent
 - Les enfants de l'assuré adhérent ou de son(a) conjoint(e) ayant-droit, à condition qu'ils aient moins de 18 ans
 - Les personnes totalement à la charge de l'assuré adhérent ou de son(a) conjoint(e), à condition qu'elles aient moins de 18 ans
 - Le mineur se voyant attribuer un tuteur par décision de justice ou dont la garde est confiée à une personne physique n'étant ni le père, ni la mère, à condition dans ce dernier cas qu'il ne soit pas à la charge de ses parents.
 - Le fils ou la fille d'un assuré adhérent, âgé(e) de plus de dix-huit ans, ne travaillant pas et s'occupant d'un ou de plusieurs frères et sœurs plus jeunes
 - Les personnes considérées comme inaptes et placées sous tutelle ou sous curatelle
 - Le petit-fils ou la petite-fille d'un assuré adhérent lorsqu'il est à la charge du fils ou de la fille âgé(e) de moins de 18 ans de ce dernier
 - Le statut d'assuré ayant-droit est maintenu jusqu'à l'âge de 25 ans, tant que les personnes dont le paragraphe précédant exige qu'elles aient moins de 18 ans font des études dans un établissement d'enseignement reconnu et n'exercent aucune profession de façon régulière.

2. 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;

1- Prestations de remboursement

Les prestations de remboursement sont régies par les articles 132 à 141 de la Loi 17/2008. Les assurés se bénéficient de ces prestations dans les cas suivants :

- Couverture des dépenses de santé effectuées auprès de chacun des professionnels de santé, conformément au système de nomenclature.
- Couverture des frais d'hospitalisation, pour le séjour et les actes de santé effectués dans le centre hospitalier durant la période d'hospitalisation.
- Couvertures des frais d'internement, pour le séjour comme pour les actes de santé effectués.
- Frais de déplacement et/ou de logement du malade et d'un accompagnant, suivant les conditions établies réglementairement.

Qui a droit à ces prestations :

1. Les salariés, s'ils remplissent les conditions requises par l'art. 99 de la Loi.
 - Le salaire global mensuel sur lequel est prélevée la cotisation du salarié doit être égal ou supérieur au salaire mensuel minimum officiel.
 - Le salarié, s'il n'est pas concerné par les articles 223 bis (étudiant de 25 à 30 ans) et 224 (assuré ayant-droit salarié dont les revenus sont inférieurs au salaire minimum) doit compléter la cotisation avec un montant qui, ajouté à la cotisation versée par la ou les entreprise(s), permette d'arriver à cette base minimum.
2. Les personnes effectuant une activité professionnelle à leur propre compte.
3. Les personnes affiliées à l'un des régimes spéciaux, quel qu'il soit.
4. Les personnes bénéficiaires de prestations économiques et de pensions de la CASS ou du Gouvernement.
 - Les personnes bénéficiaires d'une pension de retraite doivent avoir cumulé, au minimum, 500 points.
 - Les personnes bénéficiaires d'une pensions de veuvage à vie si le défunt conjoint avait cumulé, au moment de son décès, 500 points au minimum.
5. Les assurés ayant-droit.

Les conditions pour percevoir les prestations de remboursement sont les suivantes :

- Etre affilié à la sécurité sociale.
- Etre en activité ou en situation assimilée à une activité professionnelle au moment où la contingence ou la situation couverte par la sécurité sociale se produit, sauf législation contraire.

Les salariés percevant un salaire inférieur au salaire minimum et assurant eux-mêmes le complément de cotisation ont droit aux prestations de remboursement, conformément à l'article 99. La base de cotisation est constituée par le salaire réel.

Lorsque le salarié peut avoir le statut d'assuré ayant-droit conformément à l'article 224, il est affilié à un régime spécial et dans ce cas il n'est pas nécessaire de compléter la cotisation, et la base de cotisation est constituée par le salaire réel.

Les travailleurs indépendants doivent être en activité ou dans une situation assimilée à une activité professionnelle au moment où la situation couverte par la sécurité sociale se produit, et être à jour dans le paiement de leurs cotisations.

Si, au moment de la demande, le travailleur est en activité mais n'est pas à jour dans le paiement de ses cotisations,

- aucun document de prise en charge ne pourra être établi, et
- les prestations seront perçues rétroactivement une fois le règlement des cotisations effectué,
- sans préjudice des majorations imposées.

Si les prestations sont la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il n'est pas nécessaire d'être passé par des périodes de cotisation préalables et les prestations sont perçues dès le premier jour.

Si les prestations sont la conséquence d'une maladie non professionnelle.

- Il faut avoir cotisé 25 jours avant d'effectuer une 1^è demande de remboursement.

- Si l'assuré a cotisé plus de 25 jours et moins de 12 mois, il doit avoir cotisé 15 jours pendant le mois précédant la demande de prestation.
- Si l'assuré a cotisé 12 mois ou plus et moins de 36 mois, il doit avoir cotisé 10 jours pendant les 2 mois précédant la demande de prestation.
- Si l'assuré a cotisé 36 mois ou plus et moins de 60 mois, il doit avoir cotisé durant une période de 5 jours pendant les 3 mois précédant la demande de prestation.
- Si l'assuré a cotisé pendant 60 mois ou plus, les prestations sont assurées dès le 1er jour.

Les prestations de remboursement sont définies conformément à un système de nomenclature qui se base sur les tarifs de responsabilité et les pourcentages et modalités de remboursement.

Les frais découlant de prestations effectuées ou prescrites en conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont pris en charge à 100% des tarifs de responsabilité et toujours en accord avec la nomenclature des actes de santé en vigueur.

Les frais découlant de prestations effectuées ou prescrites en conséquence d'un accident non professionnel ou d'une maladie non professionnelle sont pris en charge suivant les pourcentages suivants :

- Les frais de santé correspondants aux actes effectués ou prescrits par chacun des professionnels de santé :
 - 75% des tarifs de responsabilité, conformément à la nomenclature
 - De 30% à 75% des tarifs de responsabilité, conformément à la nomenclature, pour les frais découlant du coût des médicaments, des produits d'orthopédie et autres produits de santé spécifiques (les médicaments sont payés conformément au prix affiché sur la vignette)
 - De 50% à 75% des tarifs de responsabilité, conformément à la nomenclature, pour les frais découlant des actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle
 - 90% des tarifs de responsabilité, conformément à la nomenclature, pour les frais d'hospitalisation et d'internement, pour le séjour comme pour les actes de santé effectués durant l'hospitalisation

Les actes médicaux effectués par des professionnels ou dans des établissements de santé non conventionnés sont remboursés à hauteur de 33% des tarifs de responsabilité.

Lorsque l'acte de santé a été effectué dans des conditions d'urgence justifiée dans une zone géographique où ne se trouve aucun professionnel de santé conventionné, le remboursement s'effectue dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'un professionnel de santé établi en Andorre et ayant signé une convention avec la CASS.

Les frais découlant de l'accident ou de la maladie survenu avant ou après la date de cessation du travail ou de la fin de l'activité professionnelle sont remboursés pendant la durée de la maladie ou des conséquences de l'accident, et tant que la personne concernée réside en Andorre, dans les limites suivantes :

- a) 60 jours si l'assuré a cotisé moins de 6 mois.
- b) 90 jours si l'assuré a cotisé entre 6 et 36 mois.
- c) 120 jours si l'assuré a cotisé plus de 36 mois.

Les prestations de remboursement des frais de maternité réglementées dans l'article 142 de la Loi comprennent :

- a) Le règlement des frais d'accouchement correspondant aux honoraires du médecin ou de la sage-femme.
- b) Le remboursement des frais de séjour hospitalier ou en clinique.
- c) La couverture des frais médicaux, de médicaments, d'hospitalisation pouvant éventuellement survenir à la suite de l'accouchement.
- d) Les examens prénataux définis réglementairement.
- e) Les frais découlant de l'état de santé du nouveau-né pendant son séjour à la clinique ou à l'hôpital.

Les frais de maternité sont pris en charge à 100% des tarifs de responsabilité et conformément à la nomenclature des actes de santé en vigueur.

2- Prestations d'incapacité temporaire

Les pourcentages pour le paiement des prestations économiques sont les suivants :

Prestations journalières		
Pour maladie professionnelle ou accident du travail		
Jusqu'au 30 ^e jour	66%	du trentième de la base de calcul
À partir du 31 ^e jour inclus	80%	
Pour maladie non professionnelle et accident non professionnel		
Jusqu'au 30 ^e jour	53%	Du trentième de la base de calcul
À partir du 31 ^e jour inclus	70%	

Le paiement des prestations s'effectue à partir :

Maladie professionnelle ou accident du travail	Du 1 ^{er} jour d'émission du certificat médical initial.
Maladie non professionnelle ou accident non professionnel	Du 4 ^e jour après l'émission du certificat médical initial.
Qui effectue le paiement	C'est la CASS qui effectue le paiement des prestations d'incapacité temporaire.

- La base de calcul est définie dans les articles 121, 147, 148 et 149 de la Loi 17/2008
- Salariés

La base de calcul est constituée par le salaire global mensuel moyen sur les douze derniers mois travaillés précédant la date de la réalisation du risque assuré. Si le salarié a travaillé moins de 12 mois avant la réalisation du risque, la base de calcul est constituée par le salaire global mensuel moyen sur la période durant laquelle il a effectivement travaillé. La base de calcul journalière s'obtient en divisant par 30 la base de calcul mensuelle.

Si l'assuré ne justifie d'aucune période déclarée durant les 12 mois précédents, la base de calcul sera constituée par le salaire global moyen de l'ensemble des salariés sur lequel les cotisations à la CASS ont été prélevées l'année précédant immédiatement la date de la réalisation du risque.

– Travailleurs exerçant une activité à leur propre compte

La base de calcul est constituée par le salaire global moyen de l'ensemble des salariés sur lequel les cotisations à la CASS ont été prélevées l'année précédant immédiatement la date de la réalisation du risque.

Les prestations économiques réglées par la CASS ne sont pas revalorisées en 2012 lorsque leur montant, une fois déduites les cotisations de l'assuré, est égal ou supérieur à 2000 euros par mois.

À partir de 12 mois, la prestation d'incapacité temporaire ne peut être prolongée que sur décision expresse de la CASS, après qu'elle a effectué ou fait effectuer au préalable les contrôles médicaux qu'elle juge nécessaires pour prendre la décision pertinente, en prenant en compte les indications du médecin ou du dentiste traitant. Les prolongations sont accordées pour des périodes maximales de 6 mois, renouvelables jusqu'à un maximum de 3 ans à partir de la date d'expédition du certificat médical.

La CASS accorde des prolongations uniquement dans le cas où il est prévu que l'assuré puisse reprendre son activité, sans préjudice du fait que durant l'une de ces prolongations le rétablissement puisse être reporté avec, le cas échéant, la reconnaissance d'une invalidité.

En cas d'accident non professionnel ou de maladie non professionnelle, il n'est possible de bénéficier de la prestation d'incapacité temporaire pour une durée supérieure à 12 mois que si l'on justifie d'une cotisation à la branche générale de 24 mensualités dans les 5 années précédant la date d'interruption ou de fin de l'activité professionnelle, ou bien de son statut d'assuré ayant-droit à la charge d'un assuré adhérent ayant cotisé à la branche générale durant cette même période.

3- Capital décès

Les articles 176 à 178 de la Loi 17/2008 stipulent que le capital décès est une somme versée à la famille ou à toute autre personne ayant assumé les frais liés aux obsèques du défunt assuré.

La personne décédée doit être en activité en tant que :

- Salarié ou assimilé, ou
- Travailleur exerçant une activité à son propre compte.

Si le décès est la conséquence d'un accident non professionnel ou d'une maladie non professionnelle, il faut avoir cotisé à la branche générale durant les 25 jours précédant la date de la réalisation du risque sauf :

- Si la personne a cotisé entre 25 jours et moins de 12 mois (1 an) = 15 jours de cotisation durant le mois précédant la réalisation du risque.
- Si la personne a cotisé entre 12 mois (1 an) et moins de 36 mois (3 ans) = 10 jours de cotisation durant les 2 mois précédant la réalisation du risque.
- Si la personne a cotisé entre 36 mois (3 ans) et moins de 60 mois (5 ans) = 5 jours de cotisation durant les 3 mois précédant la réalisation du risque.
- 60 mois ou plus = aucune contrainte de cotisation.

Si le décès est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il n'y a aucun pré-requis concernant la cotisation.

Le capital décès est versé à la personne ayant assumé les frais liés aux obsèques du défunt assuré.

Ne peuvent en bénéficier les entrepreneurs et les personnes morales dont l'activité est liée aux services funéraires, ou ayant une obligation légale ou conventionnelle de payer ces frais.

Le montant du capital décès correspond aux coûts justifiés des obsèques, pour un montant maximum équivalent à 3 fois le salaire global moyen de l'ensemble des salariés sur lequel les cotisations à la CASS ont été prélevées l'année précédant immédiatement la date de la réalisation du risque.

Le versement du capital décès implique l'extinction de la dette.

Si plusieurs personnes ont assumé les frais d'obsèques, le capital décès sera versé à la ou les personne(s) qui indiqueront sous justificatif avoir pris en charge les frais d'inhumation ou d'incinération.

4- Prestations d'invalidité

- La pension d'invalidité découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle telle que prévue dans les articles 162 à 165 de la Loi 17/2008 est la situation qui se produit lorsqu'un assuré subit une réduction totale ou partielle et probablement définitive de sa capacité de travail à la suite d'un dommage sur son intégrité physique consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle. Aucune période de cotisation préalable de quelque type que ce soit n'est requise.

Le taux de la pension est calculé à partir de barèmes techniques prenant en compte l'élément objectif – altération de l'intégrité corporelle suivant la nature de la maladie ou de l'accident – et l'élément professionnel – perte de revenus subie par l'assuré en comparant les salaires avant et après l'accident ou la maladie. L'élément professionnel ne peut accroître le pourcentage de l'élément objectif de plus de 25%.

Une fois le taux fixé, la personne a droit à un capital ou à une pension.

- Degré d'invalidité inférieur à 10% = 3 fois la base de calcul, conformément à l'article 121 de la Loi 17/2008 et ses règlements d'applications.
 - Degré d'invalidité compris entre 10% et 40% = base de calcul actualisée (art. 121), 50% du taux d'invalidité défini.
 - Degré d'invalidité compris entre 41% et 60% = base de calcul actualisée (art. 121), 75% du taux d'invalidité défini.
 - Degré d'invalidité supérieur à 60% = base de calcul actualisée (art. 121), 100% du taux d'invalidité défini.
- L'invalidité découlant d'une maladie non professionnelle telle que prévue dans les articles 166 à 170 de la Loi 17/2008 est la situation résultant d'une détérioration prématurée de l'organisme, médicalement prouvée, découlant d'une maladie non professionnelle ou d'un accident non professionnel et probablement définitive, entraînant une réduction d'au moins 60% de sa capacité de travail.

L'assuré doit remplir les conditions suivantes :

Salariés ou assimilés	Travailleurs exerçant une activité à leur compte
Être en activité ou dans une situation assimilée à une activité.	Être en activité au moment où la situation assurée se produit et être à jour dans le paiement de ses cotisations.
	Être à jour dans le paiement des cotisations.
Lorsque la base de cotisation est inférieure au seuil minimal et que l'assuré verse le complément, conformément à l'art. 99, il a droit aux prestations de remboursement et aux autres prestations et pensions économiques de la branche générale. La base de cotisation est constituée par le salaire réel.	Si l'assuré est en activité mais n'est pas à jour dans le paiement de ses cotisations, aucun document de prise en charge ne pourra être établi et les prestations dues seront perçues rétroactivement une fois le règlement des cotisations effectué, sans préjudice des majorations imposées.

Avant l'émission du dernier certificat médical (arrêt de travail) pour incapacité temporaire, l'assuré doit avoir cotisé :

- entre 50 et 64 ans = 96 mois (8 ans)
- entre 21 et 49 ans = $\text{âge} \times 3 - 54$ = nombre minimum de mois
- moins de 21 ans = 1 mois

Le taux est déterminé à l'aide de barèmes techniques prenant en compte :

- L'état général de la personne et son âge
- Ses facultés physiques et mentales
- Ses aptitudes
- Sa formation professionnelle

La classification est la suivante :

Catégorie A : l'assuré n'a pas besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les activités essentielles de la vie.

Catégorie B : l'assuré a besoin d'une tierce personne pour effectuer les activités essentielles de la vie, pour :

- Préparer et consommer ses repas
- Se déplacer
- Assurer son hygiène personnelle
- S'habiller
- Se déshabiller

Le montant de la prestation est le suivant :

Catégorie A

Groupe 1

L'assuré peut exercer son activité professionnelle habituelle ou un équivalent = 30% de la base de calcul actualisée (art. 121 de la Loi 17/2008)

Groupe 2

L'assuré ne peut exercer son activité professionnelle ou un équivalent = 50% de la base de calcul actualisée (art. 121 de la Loi 17/2008)

Groupe 3

L'assuré ne peut exercer aucune activité professionnelle = 75% de la base de calcul actualisée (art. 121 de la Loi 17/2008)

Catégorie B

90% de la base de calcul actualisée (art. 121 de la Loi 17/2008)

Les prestations d'invalidité sont :

	Salariés ou assimilés	Travailleurs exerçant une activité à leur compte
Cotisations prises en compte en tant que périodes requises pour le calcul de la base de calcul	Les cotisations correspondant aux situations d'incapacité temporaire, de maternité, de paternité et de risque durant la grossesse sont comptabilisées à l'effet des périodes de cotisation exigées.	Les cotisations correspondant aux situations d'incapacité temporaire et de maternité sont comptabilisées à l'effet des périodes de cotisations exigées.

Pension d'invalidité incompatible avec une activité professionnelle	Incompatible avec le groupe A3 et la catégorie B.	
Conditions pour que la pension soit compatible avec une activité professionnelle	Pension d'invalidité + activité = le salaire ne peut être supérieur au salaire global mensuel, revalorisé en fonction de l'IPC, que l'assuré touchait avant la pathologie invalidante.	Pension d'invalidité + activités indépendantes = cumulés, les revenus ne peuvent être supérieurs au salaire global mensuel moyen, revalorisé en fonction de l'IPC, des salariés pour l'année précédant la pathologie invalidante.
Compatibilité de la pension d'invalidité avec d'autres pensions	Oui, sauf la pension de retraite.	
Conditions pour une compatibilité avec d'autres pensions d'invalidité	<p>Compatible avec la perception d'une autre pension d'invalidité, à partir du moment où les deux pensions ne sont pas destinées à réparer un même préjudice.</p> <p>Lorsque l'assuré perçoit deux pensions d'invalidité ou plus, le montant reçu correspondant à la somme des différentes pensions ne peut dépasser 100% de la base de calcul de la pension la plus élevée.</p>	

- Lorsque l'assuré atteint les 65 ans, il a l'obligation de faire valoir ses droits à la retraite.
- Si la pension de retraite est inférieure à la pension d'invalidité, la retraite est augmentée jusqu'à égaler la pension d'invalidité.
 - Si l'assuré a droit au capital retraite, le montant de la pension d'invalidité devient le montant de la pension de retraite, et il ne perçoit pas le capital retraite.

5- Pension de veuvage

La pension de veuvage est réglementée par les articles 179 à 188 de la Loi 17/2008. Le droit à percevoir cette pension découle d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, auquel cas aucune période de cotisation n'est requise, ou bien d'une maladie non professionnelle ou d'un accident non professionnel, auquel cas il faut attester que le défunt a cotisé un certain nombre de mois :

- Moins de 30 ans = 36 mois (3 ans) de cotisation sur les 48 derniers mois (4 ans)
- 30 ans ou plus = 60 mois (5 ans) de cotisation sur les 72 derniers mois (6 ans)

Les périodes durant lesquelles l'assuré défunt a été inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès du Servei d'Ocupació (Pôle Emploi) sont comptabilisées en tant que périodes de cotisation effectives. Les cotisations à la branche générale des personnes de plus de 65 ans ne percevant aucune pension et ne cotisant qu'à la branche générale ne seront pas comptabilisées.

Qui a droit à une pension de réversion à la mort de l'assuré défunt :

- L'époux survivant
- Le conjoint de fait (concubin(e))
- Union précédente, par mariage ou union de fait
 - si l'ex-époux ou conjoint de fait a 55 ans,
 - s'il a été uni par mariage ou par union de fait à l'assuré défunt,
 - s'il y a eu une séparation, un divorce ou la fin de l'union de fait et
 - si le conjoint survivant ne s'est pas remarié ou ne se trouve pas dans une nouvelle union de fait

– *Allocation temporaire de veuvage*

L'époux ou le conjoint de fait survivant âgé de moins de 55 ans a droit à une allocation temporaire de veuvage. Celle-ci est octroyée pour une durée limitée en fonction de la base de calcul du défunt.

La base de calcul des salariés et des travailleurs à leur compte se trouve dans l'article 121 de la Loi 17/2008.

Salariés ou assimilés	Travailleurs à leur compte	Pluriactivité. Personne exerçant une activité salariée et une activité indépendante
<p>⇒ Salaire global mensuel moyen des 12 derniers mois travaillés précédant la date de la réalisation du risque.</p> <p>⇒ Si l'assuré n'a pas travaillé durant tous les mois lors des 12 mois précédant la réalisation du risque, uniquement les mois effectivement travaillés.</p> <p>⇒ Si aucune période n'est déclarée = salaire global moyen sur lequel l'ensemble des salariés a cotisé à la CASS.</p>	<p>⇒ Salaire global moyen sur lequel l'ensemble des salariés a cotisé à la CASS.</p>	<p>⇒ La base de calcul est la somme des bases de calcul en tant que salarié et en tant que travailleur à son compte.</p>

La base de calcul découlant de la mort d'un retraité est la quote-part de la pension de retraite qu'il percevait au moment de son décès.

Le bénéficiaire a le droit de percevoir 50% de la base de calcul. Il faut tenir compte de l'obligation de percevoir chaque mois au minimum 60% du salaire minimum officiel et au maximum 120% du salaire minimum officiel.

La durée de l'allocation est de :

- 30 mois (2 ans et demi) si la personne a moins de 30 ans
- 54 mois (4 ans et demi) si la personne a entre 30 et 45 ans
- 60 mois (5 ans) si la personne a entre 45 et 55 ans

Aucune cotisation à la CASS n'est prélevée sur l'allocation temporaire de veuvage.

– *Pension de veuvage à vie*

Les veufs et veuves de 55 ans ou plus touchent une pension de réversion à vie égale à la moitié de la pension de retraite du défunt. Si le défunt avait droit au capital retraite, le veuf ou la veuve a le droit de percevoir la moitié du capital qui devait échoir au défunt. Des cotisations sont prélevées sur les pensions de réversion à vie. Le pourcentage de cotisation est de 10%, distribué de la manière suivante : 3% sont à la charge de la personne bénéficiaire, et 7% sont pris en charge par la CASS. Le paiement s'effectue par le prélèvement sur la pension de la somme que le bénéficiaire est dans l'obligation de payer.

La pension de veuvage prend fin dans les cas suivants :

- Mariage ou formalisation d'une union stable avec un conjoint de fait
- Mort du bénéficiaire

Compatibilité de la pension de réversion avec :

- Tous les revenus découlant de l'activité professionnelle du conjoint survivant.
- Toutes les pensions économiques versées par la sécurité sociale.

– *Pension de réversion suite à 'un accident du travail ou une maladie professionnelle*

Si le défunt est décédé suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et que l'époux survivant ou la personne avec laquelle il formait une union de fait a plus de 55 ans, celle-ci peut choisir entre

- toucher une pension à vie égale à la moitié de la pension de retraite que touchait ou à laquelle aurait pu prétendre le défunt au moment de sa retraite, et
- toucher pour une durée de soixante mois une somme mensuelle correspondant à 50% de la base de calcul, avec comme montant minimum 60% et comme montant maximum 120% du salaire minimum officiel.

– *Complément non contributif à la pension de réversion à vie*

Il s'agit de la partie non contributive de la pension de réversion, c'est-à-dire de la différence entre la pension minimum et la pension de réversion revenant au veuf / à la veuve. Les veufs / veuves de 55 ans ou plus doivent percevoir, au minimum, une pension de réversion égale à 50% du salaire minimum officiel. Le financement est à la charge du budget du Gouvernement.

– *Pension d'orphelins*

On droit à une pension d'orphelin les jeunes âgés de moins de 18 ans :

- Dont le parent est l'assuré défunt.
- Dont le parent est l'époux survivant, les enfants faisant partie de l'union matrimoniale ou de fait s'ils vivaient avec l'assuré défunt et dépendaient de lui économiquement et qu'ils ne touchent aucune autre pension d'orphelins provenant du géniteur qui ne faisait pas partie de cette union matrimoniale ou de fait. Dans ce dernier cas, si le mineur perçoit une pension d'orphelin et/ou une pension alimentaire incompatible, il n'y aura pas droit.

Les personnes suivantes ont droit à une pension d'orphelin si elles ont entre 18 et 25 ans et remplissent les conditions décrites ci-après :

- Elles suivent des études dans un établissement d'enseignement reconnu et ne touchent pas de revenus réguliers issus d'un travail salarié ou d'une activité professionnelle dont le montant serait égal ou supérieur, sur une moyenne annuelle, au salaire minimum officiel.
- Elles sont handicapées et ne touchent pas de pension de solidarité (Loi relative à la garantie des droits des personnes handicapées) ni de pension découlant de la situation de handicap ailleurs qu'en Andorre.

Si ces personnes ne remplissent plus les conditions requises, elles perdent leur droit à percevoir une pension d'orphelin.

Pour y avoir droit, le défunt doit avoir rempli les conditions générales s'appliquant aux salariés ou aux travailleurs indépendants. Lorsque le défunt ne remplit pas ces conditions mais a cotisé à la branche générale au minimum 12 mois (un an) sur les 18 derniers mois (un an et demi) avant son décès, les périodes durant lesquelles l'assuré défunt a été inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès du *Servei d'Ocupació* (Département de l'Emploi) seront comptabilisées en tant que périodes effectives de cotisation. Les cotisations à la branche générale des personnes âgées de 65 ans ou plus ne recevant pas de pension de la part de la CASS et ne cotisant qu'à la branche générale ne seront pas comptabilisées.

Le montant est équivalent à 30% du salaire minimum officiel. Le décès du père et de la mère peut générer deux pensions d'orphelins, si les deux remplissent les conditions requises par la Loi 17/2008 du 3 octobre 2008 relative à la sécurité sociale.

Lorsqu'il existe à la fois un bénéficiaire de la pension de réversion temporaire et un ou plusieurs bénéficiaires de pensions d'orphelins, ou plusieurs bénéficiaires de pensions d'orphelins, la somme des montants des pensions respectives ne peut être supérieure à 100% de la pension ou du salaire que percevait l'assuré défunt – ou des deux si celui-ci percevait l'une et l'autre – ou de la base de cotisation des assurés travailleurs à leur compte si le défunt faisait partie de cette catégorie. Dans le cas où la somme serait supérieure à ces 100%, le montant des pensions serait réduit proportionnellement.

Les causes d'extinction de la pension sont les suivantes :

- a) Atteindre l'âge maximum fixé pour chaque cas.
- b) Etre adopté.
- c) Mort du bénéficiaire.

La pension d'orphelin est compatible avec tous les autres revenus découlant du travail salarié ou de l'activité professionnelle de la personne bénéficiaire tant que celle-ci n'a pas atteint les 18 ans. Elle est également compatible avec la perception par le bénéficiaire de prestations d'incapacité temporaire, de maternité, de paternité, de pensions d'invalidité ou de veuvage.

6- Prestations de retraite

L'article 195 de la Loi prévoit les conditions suivantes pour faire valoir le droit à un capital retraite :

- Avoir 65 ans révolus
- Avoir cotisé à la branche retraite :
 - Entre 13 (1 an et un mois) et 84 mois (7 ans) en Andorre
 - Entre 85 (7 ans et un mois) et 144 mois (12 ans) en Andorre, à partir du moment où au minimum 60% de ces cotisations ont été versées dans des périodes autres que lors des 15 années précédant immédiatement la date de demande de la prestation.

Le paiement du capital retraite consiste à rendre à l'assuré ses cotisations actualisées en fonction de l'IPC. Pour actualiser les mensualités antérieures à 1998, c'est la moyenne des IPC français et espagnol qui s'applique.

– Pension de retraite

L'article 196 de la Loi prévoit les conditions suivantes pour faire valoir le droit à la pension :

- Avoir 65 ans révolus
- Avoir cotisé à la branche retraite :
 - Entre 85 (7 ans et un mois) et 144 mois (12 ans) en Andorre, à partir du moment où au minimum 60% de ces cotisations mensuelles ont été versées dans les 15 années précédant immédiatement la date de demande de la prestation.
 - Plus de 144 mois (plus de 12 ans) en Andorre
 - Avoir effectué plus de 480 cotisations mensuelles (40 ans), conformément à l'art. 202 (Pension de retraite avant 65 ans)

La pension se calcule en multipliant le nombre de points acquis par la valeur du point de retraite.

	PART SALARIALE			PART PATRONALE			TOTAL
	Santé	Retraite	Total	Santé	Retraite	Total	
A	3%	2,5%	5,5%	7%	7,5%	14,5%	20%
	30 euros	25 euros	55 euros	70 euros	75 euros	145 euros	200 euros
B	3%	5 %	8%	7%	7,5%	14,5%	22,5%
	30 euros	50 euros	80 euros	70 euros	75 euros	145 euros	225 euros
C	3%	7,5%	10,5%	7%	7,5%	14,5%	25%
	30 euros	75 euros	105 euros	70 euros	75 euros	145 euros	250 euros

Classe A : 100 euros / 17,179 euros = **5,82 points par mois**

Classe B : 125 euros / 17,179 euros = **7,28 points par mois**

Classe C : 150 euros / 17,179 euros = **8,73 points par mois**

Prix de vente du point = valeur des points de retraite permettant de fixer le montant de la pension au moment de la retraite.

L'article 202 de la Loi prévoit que si l'assuré a 58 ans révolus et a effectué plus de 480 cotisations mensuelles en Andorre, il peut faire valoir ses droits à la retraite. La pension est réduite conformément à des coefficients techniques :

Age	Coefficient
58	0,51
59	0,58
60	0,65
61	0,72
62	0,79
63	0,86
64	0,93
65	1,00

Le pourcentage acquis au moment de la retraite s'applique à vie.

Lorsque l'assuré atteint les 65 ans, il lui est possible de reporter sa retraite de 7 ans s'il a cotisé 84 mensualités (7 ans) dans les 10 ans précédant immédiatement le moment où il atteint les 65 ans, et il continue à cotiser à la branche générale et de retraite jusqu'au moment de la prise de retraite effective. Dans ce cas, la retraite est augmentée suivant les coefficients techniques suivants :

Âge	Coefficient
65	1,00
66	1,04
67	1,08
68	1,12
69	1,16
70	1,20
71	1,24
72	1,28

Afin d'illustrer ces explications et d'en montrer l'impact sur la population, nous vous présentons les chiffres et les graphiques suivants :

Evolution du nombre de pensionnés suivant le type de pension¹

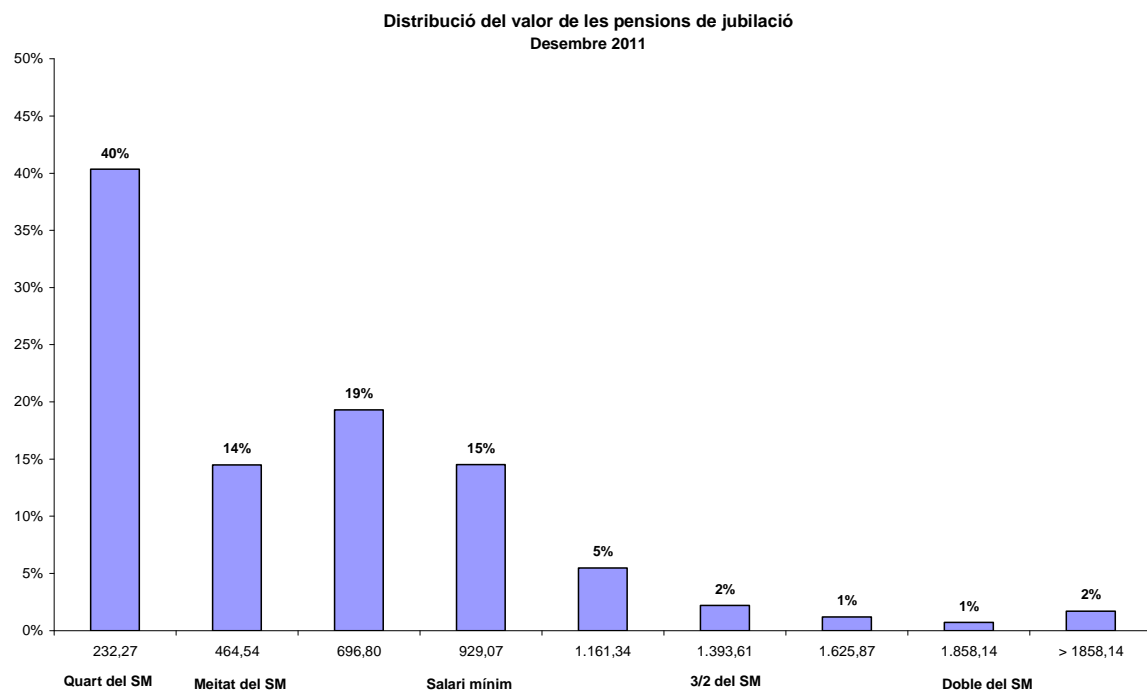
		2009		2010		2011		VAR 2010/09		VAR 2011/10	
		Nombre Pensionnés	Nouveaux Pensionnés	Nombre Pensionnés	Nouveaux Pensionnés	Nombre Pensionnés	Nouveaux Pensionnés	Nombre Pensionnés	Nouveaux Pensionnés	Nombre Pensionnés	Nouveaux Pensionnés
INV. MALADIE	TOTAL	1.016	123	1.106	161	1.185	109	9%	31%	7%	-32%
INV. ACCIDENT TRAV.	TOTAL	539	56	578	86	654	92	7%	54%	13%	7%
	Pensions	524	41	570	76	645	83	9%	85%	13%	9%
	Capital	18	18	10	10	9	9	-44%	-44%	-10%	-10%
Total Invalidité		1.529	176	1.659	239	1.814	199	9%	36%	9%	-17%
REVER. ORPH	TOTAL	377	79	394	76	401	71	5%	-4%	2%	-7%
REVER. ASCENDANTS	TOTAL	2	0	2	0	2	0	0%	-	0%	-
Total Réversion autres		379	79	396	76	403	71	4%	-4%	2%	-7%
TOTAL GÉNÉRALE	BRANCHE	1.908	255	2.055	315	2.217	270	8%	24%	8%	-14%
RETRAITE	TOTAL	6.771	619	7.108	590	7.467	683	5%	-5%	5%	16%
	Pensions	6.770	618	6.961	440	7.237	452	3%	-29%	4%	3%
	Anticipée	2	2	20	18	44	24	900%	800%	120%	33%
	Age normal	6.763	611	6.931	416	7.166	412	2%	-32%	3%	-1%
	reportée	5	5	10	6	27	16	100%	20%	170%	167%
	Capital	1	1	150	150	231	231	14900%	14900%	54%	54%
INV/VIEILLESSE	TOTAL	1.560	131	1.511	2	1.453	0	-3%	-98%	-4%	-100%
Total vieillesse		8.331	750	8.618	592	8.920	683	3%	-21%	4%	15%
REVER.	TOTAL	2.462	201	2.540	160	2.651	178	3%	-20%	4%	11%

¹ Le total peut être différent de l'addition des parties, puisqu'un même pensionné peut avoir différents types de pension en vigueur pendant la période.

VEUVAGE	À vie	2.453	192	2.500	128	2.567	135	2%	-33%	3%	5%
	Temporaire	9	9	41	32	85	44	356%	256%	107%	38%
Total Réversion veuvage		2.462	201	2.540	160	2.651	178	3%	-20%	4%	11%
TOTAL	BRANCHE	9.821	949	10.136	750	10.488	865	3%	-21%	3%	15%
TOTAL PENSIONNES		11.614	1.202	12.142	1.061	12.642	1.133	5%	-12%	4%	7%

Tableau 1 : Nombre de pensionnés suivant le type de pension 2009-2011 – Source : CASS

Distribution des pensions de retraite, total



Graphique 2 : Distribution suivant le montant des pensions de retraite – Source : CASS

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

3.1- Depuis 2009 et jusqu'à aujourd'hui, la sécurité sociale a développé un cadre réglementaire autour de la Loi 17/2008 avec l'adoption de plusieurs réglementations parmi lesquelles :

- Le Décret du 28-10-2009 approuvant la Réglementation établissant la liste des maladies professionnelles et la procédure pour les reconnaître.

- Le Décret du 4-11-2009 approuvant la Réglementation relative aux prestations familiales qui régit les procédures de demande et d'obtention des prestations familiales établies au titre V du Livre Troisième de la Loi 17/2008, à savoir les allocations familiales pour enfants à charge et l'allocation familiale de naissance ou d'adoption.

- Le Décret du 17-02-2010 approuvant la réglementation régissant les compléments non contributifs aux pensions de réversion à vie et aux pensions de retraites. Dans le cas où le montant de la pension de réversion ou de retraite serait inférieur au montant de la pension minimale, le Gouvernement prendrait à sa charge la différence, appelée part non contributive.

- Le 29 décembre 2011, la Loi 25/2011 est venue modifier la Loi 17/2008 afin d'adapter la réglementation à la conjoncture socio-économique actuelle. La modification de la Loi établit :

- La création d'un nouveau régime spécial dans lequel sont inclus les étudiants dont l'âge est compris entre 25 et 30 ans. Ce régime prévoit la possibilité pour les étudiants de cette tranche d'âge de cotiser à la branche générale afin d'avoir le droit de bénéficier des prestations de remboursement. Le montant des cotisations prend comme base 55% du salaire mensuel minimum officiel.

- La création d'un autre régime spécial pour les chômeurs inscrits au *Servei d'Ocupació* (Département de l'emploi) et ne percevant pas d'allocations chômage, afin qu'ils puissent cotiser à la branche générale et avoir droit aux prestations de remboursement. Dans ce cas, la base de calcul pour la cotisation correspond au salaire mensuel minimum officiel.

- Que les périodes durant lesquelles l'assuré a été inscrit au Département de l'emploi sont comptabilisées pour avoir droit aux prestations de réversion et d'orphelins.

- La disposition additionnelle de la Loi prévoit une cotisation réduite spécifique en fonction des revenus et des bénéfices de l'activité effectuée par les travailleurs à leur compte, et dans tous les cas pendant les premières années, afin de favoriser ainsi la création de nouvelles entreprises.

3.2.- Il faut souligner l'élargissement progressif du nombre d'assurés ayant droit à une prise en charge à 100% des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. Actuellement, ont droit à une prise en charge à 100% des tarifs de responsabilité :

- Les assurés adhérents ayant subi un accident du travail ou une maladie professionnelle reconnus par la CASS pour les frais découlant de prestations prescrites en conséquence de ceux-ci.
- Prestations de maternité : les assurées remplissant les conditions générales pour avoir droit aux prestations de remboursement.
- Les bénéficiaires d'une pension d'orphelins.
- Les personnes percevant une pension de solidarité réglementée par la Loi relative à la garantie des droits des personnes handicapées.
- Les personnes bénéficiant de cette pension conformément au Décret d'approbation de la Réglementation relative à l'assistance sociale, au travail et à la sécurité sociale des personnes handicapées du 17 novembre 2004.
- Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité suite à un accident non professionnel ou une maladie non professionnelle :
 - › Bénéficiaires d'une pension d'invalidité de catégorie A groupe 3
 - › Bénéficiaires d'une pension d'invalidité de catégorie B
- Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
 - › Bénéficiaires présentant un degré d'invalidité de 4 (l'assuré voit sa capacité à exercer une activité professionnelle diminuée de plus de 60%)
- Les bénéficiaires d'une pension de retraite dont les revenus mensuels moyens, comptabilisés annuellement, sont égaux ou inférieurs au salaire mensuel minimum.
- Les personnes dont les revenus sont inférieurs ou égaux au salaire mensuel minimum ou, si elles font partie d'un noyau familial, quand les revenus de ce noyau familial ne dépassent pas :
 - le salaire minimum augmenté de 70% s'il s'agit d'un couple marié ou d'une union de fait.
 - s'il s'agit d'un couple marié ou d'une union de fait avec des enfants de 18 ou 25 ans, le montant antérieur augmenté de 50% du salaire mensuel minimum par enfant (les enfants ayant entre 18 et 25 ans doivent suivre des études dans un établissement reconnu et ne pas travailler de façon régulière).
 - si le noyau familial se compose d'un père ou d'une mère, d'un grand-père ou d'une grand-mère, ou d'un parent par le sang, avec des mineurs de 18 ou 25 ans suivant les conditions requises, le salaire mensuel minimum est augmenté de 70% pour chacun d'entre eux.
- Les mineurs placés sous la protection du Gouvernement suite à une décision de justice.
- Les personnes reconnues inaptes et placées sous la curatelle ou la tutelle du Gouvernement ou d'autres organismes de tutelle affiliés ou fondés par le Gouvernement.
- Les personnes mineures dont le handicap a été reconnu conformément à la Loi relative à la garantie des droits des personnes handicapées.
- Les personnes touchant une pension de retraite à partir de 65 ans et qui percevaient auparavant :
 - une pension de solidarité (handicap),
 - une pension d'adulte handicapé,
 - une pension d'invalidité suite à une maladie non professionnelle ou un accident non professionnel de groupe 3 catégorie A, ou de catégorie B (ou leur équivalent dans la législation antérieure) ou

- une pension d'invalidité suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un degré d'invalidité de 4 (ou son équivalent dans la législation antérieure).

ont le droit de continuer à être remboursées à 100% du tarif de responsabilité tant que, dans les cas de pension d'invalidité, perdure la situation d'invalidité ayant généré la pension.

On droit à des prestations de remboursement allant jusqu'à 100%

- Les assurés souffrant d'une ou de plusieurs des pathologies de la liste suivante :
 1. Diabète nécessitant un traitement à l'insuline
 2. Insuffisance respiratoire chronique grave
 3. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
 4. Hépatite chronique B et C
 5. Tuberculose
 6. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
 7. Cardiopathie ischémique
 8. Cardiopathies héréditaires complexes
 9. Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
 10. Psychose
 11. Périartérite noueuse (PAN), lupus érythémateux systémique (LES), sclérodermie systémique, maladie intestinale inflammatoire, arthrite rhumatoïde, sclérose en plaques et autres maladies auto-immunes graves
 12. Transplantations, hémodialyse et suivi de greffe d'organe
 13. Tumeur maligne, maladie maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Les assurés à qui l'on a diagnostiqué une pathologie pour laquelle le ministère responsable de la santé a rendu publique l'organisation des soins d'attention. Le Décret du 16-11-2011 a publié une liste des médicaments particulièrement coûteux et des actes médicaux se rapportant à certains traitements pour lesquels la Caisse Andorrane de Sécurité Sociale rembourse jusqu'à 100% des tarifs de responsabilité. La CASS prend en charge à 100% des tarifs de responsabilité les médicaments et tous les actes établis dans la nomenclature relative aux traitements par dialyse, chimiothérapie et radiothérapie. Cette réglementation établit une liste des médicaments particulièrement coûteux que la CASS prend en charge à 100%.

- Les assurés nécessitant des actes de santé ou des produits de santé particulièrement coûteux.

Article 12, paragraphe 4.

Prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens en vue d'assurer l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties et les ressortissants d'autres parties, la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, la totalisation des périodes

Pour des raisons de proximité géographique entre l'Andorre, l'Espagne, la France et le Portugal, et du nombre de ressortissants de ces pays déplacés en principauté d'Andorre, l'État Andorran a signé des conventions de sécurité sociale avec ces pays voisins.

- La dernière convention de Sécurité Sociale entre la Principauté d'Andorre et le Royaume d'Espagne date du 9 novembre 2001, est en vigueur depuis le 1er janvier 2003.

- La dernière convention de Sécurité Sociale signée entre la Principauté d'Andorre et la République française est en vigueur depuis le 30 juin 2003.

- La convention de Sécurité Sociale entre la Principauté d'Andorre et la République portugaise du 2 octobre 1987 est en vigueur depuis 1990.

Ces conventions internationales sont applicables aux travailleurs qui sont ou ont été soumis aux législations de sécurité sociale de l'une ou des deux parties contractantes, et également aux membres de leurs familles et survivants. Parmi les principes et droits reconnus par ces textes internationaux de sécurité sociale figurent :

- Le principe d'égalité de traitement qui consiste en ce que les travailleurs nationaux d'un État qui exercent légalement une activité salariée ou pour leur compte dans le territoire d'un autre État sont soumis et bénéficient de la sécurité sociale dans les mêmes conditions que les travailleurs ressortissants de cet État.
- Ces conventions prévoient la conservation des droits acquis et le paiement de prestations à l'étranger, ce qui veut dire que les prestations reconnues aux personnes qui résident dans un autre État sont versées aux mêmes conditions et avec la même extension que les ressortissants de la partie contractante.
- Les trois conventions prévoient le principe de la totalisation des périodes d'assurance, qui stipule que les Parties doivent tenir compte, quand cela sera nécessaire, des périodes d'assurance accomplies et des cotisations versées conformément à la législation de l'autre partie contractante comme s'il s'agissait de périodes accomplies ou de cotisations versées conformément à leur propre législation, pour autant qu'ils ne se superposent pas.

Ce principe de totalisation de périodes, présent dans les trois conventions, serait appliqué dans tous les cas sauf que l'assuré accrédite moins d'un an de cotisation dans l'une des parties, comme le contemplent les conventions française et espagnole de sécurité sociale.

L'article 21 de la Convention Hispano-andorrane de sécurité sociale dit ce qui suit :

“1. Nonobstant ce que stipule l'article 20, paragraphe 2, lorsque la durée totale des périodes d'assurance accomplies sous la législation d'une partie contractante n'atteint pas un an et, conformément à la législation de cette partie le droit à prestations n'est pas acquis, l'institution de cette partie ne reconnaît aucune prestation pour ladite période. Si nécessaire, les périodes susdites seront prises en considération par l'institution de l'autre partie contractante pour la reconnaissance du droit et la détermination du montant de la pension selon sa propre législation, bien qu'elle ne doit pas appliquer ce que stipule la lettre b) du paragraphe 2 de l'article 20.

2. Nonobstant ce que stipule le paragraphe précédent, lorsque les périodes accréditées dans les deux parties seront inférieures à un an, celles-ci devront être totalisées en accord avec l'article 20, paragraphe 2, si avec cette totalisation est acquis le droit aux prestations sous la législation de l'une ou des deux parties."

L'article 11 de la convention Franco-andorrane prévoit :

"Lorsque les périodes d'assurance accomplies sous la législation d'un des deux États sont inférieures à un an, aucune prestation n'est due au titre de cette législation, sauf si, en vertu de cette seule période, un droit est acquis dans cet État.

Néanmoins, ces périodes sont prises en considération pour l'ouverture et le calcul des droits au regard de la législation de l'autre État, dans les conditions de l'article 8, à moins qu'il n'en résulte une diminution de la prestation due au titre de la législation de cet État."

Dans la Convention signée avec le Portugal il n'existe aucun article stipulant une limitation du paiement de prestations par les assurés n'accréditant pas une période inférieure à un an.

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

Article 13, paragraphe 1.

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

La Constitution de la Principauté d'Andorre, approuvée en référendum le 14 mars 1993 reconnaît, dans son article 30 le droit des personnes à la protection de la santé et à percevoir des prestations pour répondre à d'autres nécessités personnelles. Ainsi l'État garantira un système de sécurité sociale.

Les personnes qui sont hors du système de sécurité sociale et qui ne disposent pas de ressources suffisantes, et qui ne sont pas en mesure de se les procurer soit par leurs propres moyens soit à travers d'un organisme tiers sont protégés par l'État, en assurant une assistance sociale et médicale moyennant le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, à travers le Département de Bien-être et Famille.

À cet effet **la Loi Générale sur la Santé du 20 mars 1989** et modifiée par la Loi 1/2009 dans son 8 point b prévoit que le Gouvernement assumera les dépenses des personnes andorranes et des résidents dans le pays, légalement et effectivement, qui prouvent ne pas disposer de ressources économiques, ni d'autres possibilités de protection sociale.

Cette évaluation sera réalisée soit par les travailleurs sociaux du domaine sanitaire après une étude sociale préalable, soit par les travailleurs sociaux du Département de Bien-être et Famille. Les ressources utilisées seront la prise en charge des prestations et la dépense sanitaire, à la charge du budget du Service Andorran d'Attention Sanitaire (SAAS).

En cas de traitement médical de longue durée, et après une évaluation préalable des services médicaux et sociaux, il est possible de bénéficier d'une pension d'attention sociale accordée par le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, qui fait que l'utilisateur dispose de couverture sanitaire à travers le système de la sécurité sociale andorrane (à la charge du budget de l'État) et, en même temps, de revenus économiques pour répondre aux besoins de base de la vie quotidienne.

Au niveau de la principauté d'Andorre le problème de manque de couverture sanitaire détecté par les services d'attention sociale durant les années 2008 à 2010 a été le suivant:

Usagers des services d'attention sociale	2008	2009	2010
Manque de couverture sanitaire	33	34	31

Les pensions d'attention sociale accordées par le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement durant les années 2008 à 2010 dans le but d'offrir à leurs bénéficiaires une couverture sanitaire et garantir des revenus économiques minima furent :

Usagers des services d'attention sociale	2008	2009	2010
Pensions d'attention sociale accordées	24	29	41

Article 13, paragraphe 2.

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

La Constitution de la principauté d'Andorre, la Loi Générale sur la Santé, le Plan National de Services Sociaux garantissent à tout moment les droits des personnes non protégées à un traitement égalitaire devant de la société, en luttant contre l'exclusion sociale et la marginalisation, à cet effet le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement dispose d'une équipe de 14 professionnels dans le domaine l'attention sociale qui, distribués dans toutes les paroisses andorranes, veillent à la garantie des droits des personnes, et après une évaluation préalable et un diagnostic de la situation, proposent le plan de travail et le traitement social le plus approprié à la personne, toujours dans le respect de ses droits.

Article 13, paragraphe 3.

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 ;

Le Plan National d'Attention Social 2008-2011, approuvé en 16 juin 2008, à travers les principes d'action reposant sur la coresponsabilité, la solidarité, la subsidiarité, la participation, la prévention, l'autonomie, l'optimisation de ressources, stipule la

création des services sociaux comme un ensemble de réseaux d'attention, programmes et prestations adressées à la prévention, au traitement et à l'intégration de tous les citoyens, en particulier en vue d'aider les personnes, familles et/ou groupes qui se trouvent dans une situation de nécessité spéciale. Leurs domaines d'action sont :

- La famille,
- L'enfance,
- La jeunesse,
- La vieillesse,
- Les handicaps,
- L'égalité entre l'homme et la femme,
- L'indigence,
- L'immigration,
- La délinquance,
- La toxicomanie et la maladie du sida.
- L'exclusion sociale
- L'urgence sociale.

Ainsi, le réseau d'attention sociale primaire du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, est le niveau de base d'attention adressé à toute la population, à caractère public ouvert, d'action globale et polyvalente, divisée par paroisses (pour respecter le principe de proximité), il garantit le conseil et l'aide personnelle en tous genres afin de prévenir, éliminer ou alléger l'état de nécessité à caractère personnel et familial, soit à travers le traitement direct ou moyennant la dérivation vers des réseaux spécialisés, publics ou privés.

Durant la période 2008-2011 les dossiers traités par le réseau d'attention sociale primaire au niveau national furent :

Dossiers traités	2008	2010	2011
Total	990	1561	2075

Article 13, paragraphe 4.

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.

Le 23 février 2011, le Gouvernement andorran a adopté une nouvelle Réglementation régissant les prestations d'assistance sociale qui, tout en garantissant les mêmes droits que la réglementation précédemment en vigueur, réduit à 0 an le temps de résidence effective pour bénéficier des prestations financières destinées à couvrir les besoins fondamentaux, répondre aux situations de précarité sociale, prévenir les situations de marginalisation, éviter l'exclusion, assurer la socialisation et le soutien scolaire des enfants et permettre l'accès aux programmes, aux actions et aux services d'assistance sociale.

Article 14.- Droit au bénéfice des services sociaux

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

Article 14, paragraphe 1.

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 ;

L'objectif du Plan national de services sociaux du 26 avril 1995, consiste à mettre en place des principes d'action et un système organisé d'actions en vue de réguler les services sociaux de la Principauté d'Andorre comme un ensemble de réseaux d'attention, de programmes et de prestations destinées à la prévention, au traitement et à l'intégration de tous les citoyens.

Le Plan national de services sociaux structure les services sociaux en :

- Réseaux d'attention : primaire et spécialisée.
- Programmes sociaux
- Prestations d'assistance sociale

Le réseau d'attention sociale primaire est le niveau de base d'intervention, à travers des services sociaux de base situés dans chaque paroisse du territoire national. Ce réseau dispose de 12 travailleurs sociaux.

Le réseau d'attention sociale spécialisée, est formé par les centres et les services, dont les activités vont dans le sens de la prévention, le diagnostic, le traitement et l'insertion des personnes, familles ou groupes ayant des nécessités sociales spécifiques.

Les centres et les services spécialisés peuvent être gérés par des entités privées ou par des entités à caractère public ou parapublique et une action concertée par le Gouvernement est établie avec ces actions, services et programmes que réalisent les entités civiques andorranes pour autant qu'elles s'adaptent aux principes et utilisent des méthodes appropriée de travail social.

Tout au long des années 2006 et 2007, le Gouvernement andorran, avec le soutien technique du Centre de Recherche Sociologique d'Andorre (CRES) a développé un processus participatif, en plusieurs sessions de travail, faisant intervenir tous les organismes associatifs travaillant dans le domaine des services sociaux en Andorre, afin d'analyser la situation, de déterminer les besoins sociaux du pays, et d'élaborer un ensemble de propositions d'action dans ce domaine. Ainsi le Gouvernement pu adopter le Plan National de Services Sociaux 2008-2011, qui détermine le modèle des services

sociaux du pays, en fixe les principes de base, définit les aspects organisationnels, les projets et les programmes existants. Il convient également d'un Plan des Équipements et des Services qui devront être développés dans le pays et détaille le calendrier d'application de celui-ci, ainsi que la méthodologie de révision et d'évaluation du Plan.

Ainsi, l'Andorre a approuvé par décret le 16 juin 2008 le Plan National d'Action Sociale 2008-2011 qui structure l'action en 4 axes :

- Prévention,
- Proximité et communauté,
- Société active,
- Caractère socio-sanitaire,

Ce plan énonce aussi le droit aux prestations publiques. L'article 3.3 alinéa b définit comme étant des prestations économiques les aides matérielles données par l'administration publique aux personnes individuelles ou aux familles afin de leur offrir des moyens économiques qui leur permettent de couvrir leurs besoins de base, de surmonter des situations de marginalisation et d'exclusion sociale mais aussi de promouvoir leur autonomie. Les prestations sociales ont pour finalité de garantir l'accès aux programmes, activités et services de l'action sociale.

Les prestations sont régulées par le Décret 19/11/2008 d'approbation du Règlement régulateur de prestations économiques de l'action sociale, il substitue l'ancien règlement qui datait de l'année 1996. Ce règlement a subi une première modification le 16 septembre 2009 afin d'y inclure, pour la première fois, une prestation pour les personnes ayant perdu leur emploi. Le 25 novembre 2009 une nouvelle modification a été faite. Celle-ci supprime la condition de 6 mois de résidence pour avoir accès aux prestations sociales aux victimes de violence de genre et à leurs enfants.

Le Ministère de la Santé et du Bien-être social travaille pour réduire le temps de résidence nécessaire pour l'obtention de ces prestations.

Cependant, les ressortissants étrangers résidants légalement en Andorre continuent à être soumis à une condition de durée de résidence, même si elle a été réduite.

Le Règlement régulateur de prestations économiques de l'action sociale a subi une dernière modification, le 16 février 2011, qui réduit les périodes de résidence requis. Par exemple :

- Pour les prestations sociales au logement sont requis de 5 ans à 3 ans de résidence.
- Pour les aides à la socialisation, au renforcement scolaire, aux crèches et à la garde d'enfants à domicile sont requis de 6 mois à 0 mois.
- Pour les aides à la précarité pour première nécessité sont requis de 7 ans à 0 ans

Toutefois, les ressortissants étrangers résidant légalement en Andorre, peuvent avoir accès aux prestations sociales, sans condition de temps de résidence, moyennant l'application de l'article 23 du *Règlement régulateur des prestations de l'action sociale relatif aux prestations exceptionnelles*. A la date du 27 septembre 2010 et pour l'année 2010 ont été accordées 106 prestations exceptionnelles sur l'ensemble des prestations sociales accordées ce qui représente un 28%.

Nombre total prestations accordées au 27/09/10: 378

Nombre total de personnes ayant demandé une prestation au 27/09/10: 302

Nombre de prestations exceptionnelles : au 27/09/10: 106

Ainsi, le Gouvernement de l'Andorre, à travers le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement accorda, durant la période 2008 à 2011, des subventions économiques à différentes entités civiques avec des actions dans le domaine des services sociaux de la Principauté d'Andorre, comme:

Entité	Projet	Subvention € 2008
Association AINA de l'église	Colonies de vacances et loisirs jeunesse	30.100,00
Association de Femmes d'Andorre (ADA)	Médiatrice sociale et actes revendicatifs	14.620,00
Association de Femmes Migrantes d'Andorre (ADMA)	Cours de capacitation professionnelle et de travail de la femme	13.674,00
Association membres des familles de malades mentaux	Création Club Social	12.600,00
Association volontaires NNSS de Meritxell	Formation continue	6.460,00
CARITAS	Personnes sans foyer (MOUTE)	32.107,52
TRANA, Sclérose multiple	Activités de diffusion et technique d'intégration sociale	10.300,00
Association des cœliaques d'Andorre	Activités de diffusion et sensibilisation	8.588,00
Association des personnes victimes d'allergies et d'intolérances alimentaires	Activités de diffusion et sensibilisation	5.351,16
Fédération de Seniors	Support des personnes âgées	3.501,80
Association des personnes atteintes d'autisme d'Andorre	Support personnes avec autisme	13.920,00
Association Albatros	Support personnes avec TDA	7.808,25
Croix Rouge andorrane	Activités de volontariat et sensibilisation	13.834,80

Entité	Projet	Subvention € 2009
Association AINA de l'église	Colonies de vacances et loisirs jeunesse	33.750,00
Association de Femmes d'Andorre (ADA)	Médiatrice sociale	14.546,00
Association de Femmes Migrantes d'Andorre (ADMA)	Point d'information et attention aux femmes	11.925,00
Association membres des familles de malades mentaux	Continuité Club Social	50.000,00
Association volontaires NNSS de Meritxell	Formation continue	6.375,00
CARITAS	Personnes sans foyer (MOUTE)	29.039,17
Association Albatros	Support personnes avec TDA	6.581,25
ASSOCIACIÓ DE DIABÈTICS	Activités de soutien	3.420,00
ACEA (Association de malades cœliaques d'Andorre)	Activité de promotion et divulgation	12.667,50
Fédération de Seniors	Fonctionnement	8.197,50
Croix Rouge andorrane	Programme <i>Seny Nit</i>	8.565,00
AUTEA (Association des personnes atteintes d'autisme d'Andorre)	Support personnes avec autisme	7.659,68
Association des personnes victimes d'allergies et d'intolérances alimentaires	Activités de sensibilisation	1.875,00

Entité	Projet	Subvention € 2010
Association AINA de l'église	Colonies de vacances et loisirs jeunesse	45.000,00
Association de Femmes d'Andorre (ADA)	Médiatrice sociale	10.170,00
Association de Femmes Migrantes d'Andorre (ADMA)	Point d'information et attention aux femmes	13.162,50
Association membres des familles de malades mentaux	Continuité Club Social	50.000,00
Association volontaires NNS de Meritxell	Formation continue	7.237,50
CARITAS	Personnes sans foyer (MOUTE)	34.626,92
Association Albatros	Support personnes avec TDA	8.962,50
ASSOCIACIÓ DE DIABÈTICS	Activités de soutien	2.925,00
ACEA (Association de malades cœliaques d'Andorre)	Activité de promotion et divulgation	7.350,00
Fédération de Seniors	Fonctionnement	8.848,12
Croix Rouge andorrane	Programme <i>Seny Nit</i>	8.179,87
AUTEA (Association des personnes atteintes d'autisme d'Andorre)	Support personnes avec autisme	2.627,60
Association des personnes victimes d'allergies et d'intolérances alimentaires	Activités de sensibilisation	727,50

Entité	Projet	Subvention € 2011
Association AINA de l'église	Colonies de vacances et loisirs jeunesse	49.500,00
Association de Femmes d'Andorre (ADA)	Médiatrice sociale	10.170,00
Association de Femmes Migrantes d'Andorre (ADMA)	Point d'information et attention aux femmes	9.872,00
Association membres des familles de malades mentaux	Continuité Club Social	50.000,00
Association volontaires NNS de Meritxell	Formation continue	7.237,50
CARITAS	Personnes sans foyer (MOUTE)	26.422,67
Association Albatros	Support personnes avec TDA	5.512,50
Association de Diabétiques	Activités de soutien	1.762,50
Fédération andorrane de sports adaptés	Activité de promotion et divulgation	4.906,09
Fédération de Seniors	Fonctionnement	8.679,37
Croix Rouge andorrane	Programme <i>Seny Nit</i>	6.843,37
Association des handicapés et des personnes à mobilité réduite (Amida)	Support personnes avec handicaps	2.306,25
Association d'aide et d'orientation pour les accidentés de la route – stop accidents	Activités de sensibilisation	4.665,00

De même, dans le domaine des services sociaux, les administrations locales (*comuns*) avec le soutien du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement a créé son propre réseau de services sociaux :

Services sociaux- Comú de Canillo

La Commission d'Attention Sociale de Canillo a consacré une attention toute spéciale à l'enfance, la jeunesse et aux seniors. Ainsi ont été créés divers services qui prétendent améliorer la qualité de vie des citoyens de la paroisse avec un jardin d'enfants, un lieu de loisirs extrascolaire, des aides au logement pour les jeunes et pour les familles monoparentales et le service d'aides à domicile. Ces services proposent une large tranche horaire afin de donner la priorité aux personnes et à leur environnement immédiat, la famille.

Services sociaux disponibles:

- Service d'Aide au logement

Le Comú de Canillo souhaite entretenir avec les citoyens de la paroisse de Canillo un engagement pour mener une politique plus ambitieuse et généreuse en matière de logement, en facilitant aux collectifs sociaux les moins favorisés l'accès au logement, et appliquer ainsi ce que stipule l'article 33 de la Constitution de la principauté d'Andorre selon lequel il appartient aux pouvoirs publics de développer les conditions nécessaires pour permettre à chacun de jouir d'un logement convenable, dans le cadre des compétences qui leur sont attribuées.

Face à ces défis, et comme première mesure, fut lancée une ligne d'aides destinées à favoriser l'accès au logement, en régime de location, aux jeunes de la paroisse souhaitant s'émanciper, et qui fut étendue aux familles monoparentales. Le tout en étroite collaboration avec les organisations sociales et de jeunes susceptibles de détecter les problèmes les plus habituels chez ces collectifs.

Le motif de ces premières aides réside dans la constatation du manque de loyers et du prix élevé de ceux-ci à Canillo, ce qui rend impossible l'émancipation des jeunes dans leur propre paroisse, les obligeant souvent à se déplacer dans des paroisses voisines.

Le Comú de Canillo, lors sa séance du 17 juin 2004, approuva l'Ordonnance de Concession d'aides pour faciliter l'accès à un logement digne, en régime de location, pour les jeunes et les familles monoparentales de la paroisse de Canillo, rédigée comme suit :

L'objectif consiste à réguler la concession d'aides pour faciliter l'accès à un logement digne, en régime de location, pour les jeunes et les familles monoparentales de la paroisse de Canillo qui permette leur développement personnel et leur intégration au sein de la paroisse.

Cette concession des aides comporte le remboursement de 33% du montant du loyer mensuel, durant la période d'un an et avec renouvellement annuel, jusqu'à un maximum de 5 ans, en fixant des conditions à remplir pour pouvoir obtenir l'aide.

Les personnes intéressées souhaitant recevoir les aides à la location de logement doivent remplir les conditions suivantes :

- 1.- Être âgé entre 18 et 30 ans ou, le cas échéant, être émancipé.
- 2.- Justifier 5 ans de résidence continue dans la paroisse de Canillo.
- 3.- L'unité immobilière louée doit se trouver dans les limites géographiques de la paroisse de Canillo.
- 4.- Le prix du loyer ne peut être supérieur à 463'95.-€. En cas de famille monoparentale le prix du loyer ne peut être supérieur à 618'60.-€
- 5.- Justifier une relation de travail, avec des revenus mensuels non supérieurs à 1.237'20.-€. Dans le cas de familles monoparentales accrédi ter des revenus mensuels de travail non supérieurs à 2.062.-€
- 6.- Destiner l'unité immobilière louée au domicile habituel et permanent, avec obligation de s'enregistrer auprès du recensement communal.

- Service d'Aides à Domicile

L'ordonnance du Service d'Aide à Domicile, fut approuvée par le Comú avec l'objectif d'offrir un service qui fournisse les aides nécessaires pour la vie quotidienne des personnes âgées ou avec un handicap en améliorant leur qualité de vie.

Objectifs :

- Donner un appui pour que les personnes âgées puissent rester dans leur domicile habituel tout en conservant leur qualité de vie
- Promouvoir l'autonomie
- Favoriser la communication et améliorer les habilités sociales.

À travers ce service le Comú permet aux bénéficiaires de recevoir des services ménagers et des soins, de l'assistance pour réaliser des démarches administratives, entre autres.

Qui peut en profiter ?

- Les personnes ayant plus d'un an de résidence à la paroisse de Canillo
- Les personnes âgées de plus de 65 ans ou retraitées
- Les personnes âgées de moins de 65 ans qui en raison d'une maladie ou d'un accident ne peuvent pas être complètement autonomes.
- Toute personne avec un handicap.

Services sociaux- Comú d'Encamp

En juin 2005 fut créé le Département Social, et c'est ce Département du Comú d'Encamp qui reçoit les demandes. En fonction de chaque situation c'est soit le propre Département qui donne une réponse, soit les demandes sont dérivées, ou encore elles font l'objet d'un travail et coordination avec d'autres Services Sociaux. Les demandes présentées par les travailleurs sociaux du Gouvernement qui couvrent l'Attention Sociale Primaire à Encamp sont également évaluées et accordées, en ce qui concerne le paiement fractionné ou bien l'exonération, totale ou partielle, des quotes-parts qui correspondent aux taxes communales, services sportifs, sociaux ou culturels menés à terme dans le cadre de l'Administration Communale, ou avec d'autres entités avec lesquelles ont été passées des conventions de collaboration.

Cadre normatif.

- Décret du Comú sur la création du Département de Social, du 02-08-2005.
- Convention de Collaboration avec la Croix Rouge (Service de Téléassistance). 2007.
- Accord du Conseil du Comú: à partir de 2006, subventions aux Crèches privées et aux Espaces de Loisirs extrascolaires d'Encamp.
- Accord du Conseil du Comú pour l'implémentation du Service d'Aide à Domicile (SAD) 2006.

Services sociaux

Demandes d'information d'usagers, sur les différents services ou démarches de sécurité sociale, difficultés économiques, séparation, santé, etc.

Subventions aux activités sportives des mineurs

Subventions du Comú (Département de la Jeunesse et des Sports), ou du Comú et Gouvernement (accord de collaboration), destinées à couvrir le paiement d'activités ludiques ou sportives d'enfants, offertes par le Département de la Jeunesse et des Sports d'Encamp et Pas de la Casa, en périodes de vacances scolaires ou extrascolaires, durant toute l'année scolaire.

Service d'Aide à Domicile (SAD)

En septembre 2006 le service débuta avec une travailleuse familiale à temps partiel et à la fin de l'année 2007 le SAD dispose de 2 travailleuses familiales.

Les bénéficiaires sont les personnes ne pouvant pas faire face aux besoins basiques ou ayant des problèmes de mobilité ou de santé.

La durée maximum du service est de 2 h par jour (du lundi au vendredi). La Commission Sociale peut prendre en considération une augmentation d'heures de service, dans des cas ponctuels. Le prix varie de 0 € (exonération) à 8 € par service (de 2 heures).

Nature des Services :

- Soutien dans les activités de la vie quotidienne.
- Hygiène personnelle.
- Nettoyage et entretien de la maison.
- Lavage et repassage du linge.
- Aider à faire les achats et préparation des repas.
- Accompagnement ou réalisation de démarches.
- Aide à la relation avec le milieu.

Service de Teleassistance, en collaboration avec la Croix Rouge.

Depuis novembre 2005, le Comú assume, après demande et évaluation sociale préalable, le coût du Programme de Teleassistance de la Croix Rouge, pour les personnes d'Encamp qui ne peuvent assumer la dépense.

Cours et activités ponctuels adressés à la population en général.

Outre l'intérêt de chaque cours en particulier, ceux-ci ont été organisés dans le but d'encourager la communication et la cohésion sociale.

Subventions à des Entités Sociales :

Associació de Gent Gran d'Encamp (Association de Seniors d'Encamp)

Association de personnes allergiques et/ou intolérantes à certains aliments

Croix Rouge

Services sociaux- Comú de La Massana

Cadre normatif ou juridique général :

- Loi Qualifiée de délimitation de compétences des Comuns, du 4 novembre 1993, TITRE II, Article 4. 12 et 14.
- Loi Qualifiée de délimitation de compétences des Comuns, du 4 novembre 1993, TITRE II, Article 4.14.
- Ordonnance du Service d'Aide à Domicile du Comú de La Massana.

- Ordonnance de concession d'aides pour faciliter l'accès à un logement digne, en régime de location, pour pensionnés, jeunes, familles monoparentales et personnes handicapés à la paroisse de La Massana.
- Règlement d'aides sociales du Comú de La Massana.

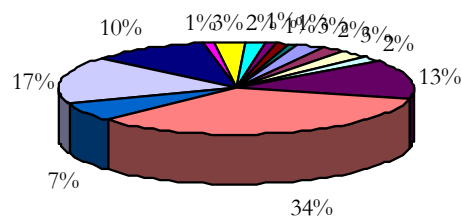
Actions

Le Comú de La Massana, dans son département affaires sociales dispose d'une travailleuse sociale qui développe et garantit l'accès aux différents moyens sociaux de la Paroisse et facilite l'accès aux autres moyens sociaux du Pays à travers le Service d'Information, Orientation et Conseil (S.I.O.A).

Ce service est proposé à tous les citoyens, groupes et entités de la paroisse de la Massana, pour obtenir un meilleur bien-être social et une meilleure qualité de vie, ainsi que pour prévenir et éliminer l'exclusion et la marginalisation sociale. Lorsqu'une situation sort de ses compétences elle est dérivée vers d'autres services sociaux.

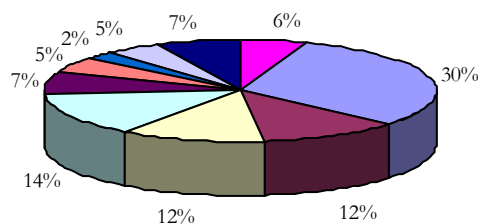
Données statistiques

Depuis sa mise en route, en avril 2007, les motifs des consultations des usagers, sont présentés dans le graphique ci-dessous :



Manca Habilitats Soc	Infancia en risc	Invalidessa
Malaltia mental	Mallatia cron	Ingressos insufi
Laboral	Manca infor	Monomarentalitat
Soledat	Baixa laboral	Incompatibilitat hora fills
Legal	Toxicomania	Dificils rela fam

- Ces consultations furent à l'origine des différentes réponses et actions de la part du département présentées dans le graphique ci-dessous :



Informació i Orient	Ajuts habitatge	Seguiment
Derivació AASP	CASS	Ajuts socials
Suport i Escolta	Derivació Caritas	Derivació altres recursos
Coordinació		

Aides sociales

Leur but est de fournir de l'aide aux personnes en situation de nécessité sociale, qui est évaluée par la Travailleuse Sociale, en vue de faciliter l'accès aux services qui dépendent directement du Comú de la Massana, ou qui ont signé une convention avec le Comú, contribuer à la cohésion sociale de tous les citoyens de la paroisse, en facilitant l'accès aux services communaux dans des situations de besoin spécifiques et/ou répondre à des situations sociales détectées et en prévenir d'autres de situation de risque ou d'exclusion sociale.

Aides au logement de location : Les aides au logement de location sont des aides dont le but est de faciliter l'accès à un logement digne, qui est destiné au logement habituel, en régime de location, par les collectifs les plus vulnérables comme les pensionnés, les jeunes, les familles monoparentales et les personnes handicapées de la paroisse de la Massana, et qui présentent des situations économiques plus défavorisées.

Service d'Aide à Domicile S.A.D

Le service d'aide à domicile est un ensemble d'actions et de moyens menés à terme chez les personnes âgées en situation de manque d'autonomie personnelle, de difficultés ou de problèmes familiaux particuliers. À travers ces actions, l'on prétend maintenir les personnes dans leur environnement dans les meilleures conditions de vie. Il s'adresse aux personnes de plus de 65 ans résidentes dans la paroisse, que vivent seules ou en compagnie de personnes souffrant des handicaps les empêchant de mener une vie autonome, aux personnes de moins de 65 ans handicapées, soit temporairement ou définitivement, avec un degré de dépendance. Le service offre une attention individualisée aux bénéficiaires afin qu'ils puissent préserver et améliorer ses capacités et contribuer à maintenir une qualité de vie. Le Comú prend en charge les dépenses des usagers qui ont besoin de ce service, lorsque ceux-ci ne peuvent pas assumer la dépense de cette aide.

Services sociaux- Comú de Sant Julià de Lòria

Aides économiques :

ACTION	DESCRIPTION
Fonds de Cohésion Sociale, du 18 juillet 1996	Poste budgétaire destiné à faciliter l'accès aux services communaux moyennant des aides économiques, répondant à des situations sociales détectées et prévenir d'autres de risque ou d'exclusion sociale.
Règlement de concession d'aides pour l'acquisition et la location de logement destinée a résidence habituelle pour jeunes, familles monoparentales et pensionnés du 29 décembre 2004	Subvention pour la location d'un logement (montant équivalent à celui résultant de l'impôt locataires payé par le propriétaire) et une subvention à accorder en cas d'achat d'un bien immobilier (montant maximum à accorder équivalent à l'impôt communal sur les Transmissions Patrimoniales).

Convention avec la Croix Rouge Andorrane	Convention de collaboration économique entre le Comú de Sant Julià de Lòria et la Croix Rouge en vue de couvrir le coût du Service Teleassistance à Domicile des citoyens de la paroisse ayant des difficultés pour assumer le coût du service.
--	---

- Services de soutien à l'enfance et à la famille :

ACTION	DESCRIPTION
École des parents	Espace de réflexion et de conseils aux parents d'enfants entre 0 et 3 ans destiné à la prévention de situations de risque.
Projet Heure Temps Devoirs	Ce projet, à caractère préventif, s'encadre dans les activités socioéducatives menées à terme depuis le Comú de Sant Julià de Lòria. Il prétend favoriser un cadre de rencontre hebdomadaire qui permette une relation de confiance entre les enfants avec des difficultés scolaires et les adultes volontaires, créant des références, qui permettent aux jeunes de travailler des modèles et des habitudes de responsabilité et d'organisation.
École Maternelle	Espace qui s'adresse aux enfants de 0 à 3 ans, qui facilite aux familles la conciliation de la vie familiale et le travail.

- Soutien aux entités et volontariat :

ACTION	DESCRIPTION
Règlement de subventions sportives, culturelles et sociales du 4 mai 2005	Doter des ressources économiques et matérielles les entités de volontariat de la paroisse de Sant Julià de Lòria, afin qu'elles puissent disposer des moyens nécessaires au développement de leurs objectifs.
Panel d'entités et associations	Le <i>Panel</i> est créé dans le but de soutenir et encourager le rôle des entités dans le développement de politiques publiques de la paroisse de Sant Julià de Lòria.

Services sociaux- Comú d'Escaldes - Engordany

Cadre normatif ou juridique général :

Règlement d'exonérations fiscales à caractère social, approuvé le 28 décembre 2006, dans le but de réguler la procédure, les conditions et les modalités d'exonération des taxes et impôts, ainsi que l'accès gratuit ou à des prix réduits a différents services communaux et activités pour les familles et les personnes en situation de besoin ; il s'adressait, plus concrètement, à toutes les familles et personnes qui avaient besoin

d'être exonérées de certaines taxes ou de certains impôts communaux qui représentaient pour elles une charge économique considérable par rapport à leurs faibles moyens de subsistance, en modifiant l'ordonnance fiscale pour envisager la possibilité d'exonérations pour ces cas. Par ailleurs, il fut permis à toutes ces familles avec des mineurs, avec des difficultés économiques pour pouvoir accéder à tous ces services et activités organisés par le Comú d'Escaldes-Engordany, de pouvoir y aller gratuitement ou avec une participation économique réduite modifiant, en même temps, l'ordonnance sur les prix publics. Certaines parmi ces activités sont l'école maternelle, l'aide à domicile, les piscines communales, les écoles sportives, les ateliers de l'espace loisirs et les activités d'été pour enfants.

Ordonnance de modification de l'ordonnance fiscale, approuvée le 24 janvier 2008 par le Comú d'Escaldes-Engordany.

L'ordonnance fiscale du 5 mars 2004, 26 octobre 2004, 18 mars 2005, 28 avril 2006, 13 juillet 2006 et 28 décembre 2006 sont modifiées comme suit:

- L'article 2, est libellé comme suit : *“Le Comú d'Escaldes-Engordany pourra exempter du paiement de la taxe sur l'hygiène publique les résidents qui justifient se trouver en situation précaire, selon les conditions et les modalités stipulées dans le Règlement d'exonérations fiscales à caractère social”* ;

- L'article 3 est libellé comme suit : *“Le Comú d'Escaldes-Engordany pourra exempter du paiement de la taxe sur l'éclairage public les résidents qui justifient se trouver en situation précaire, selon les conditions et les modalités stipulées dans le Règlement d'exonérations fiscales à caractère social”* ;

- L'article 8 est libellé comme suit : *“Le Comú d'Escaldes-Engordany pourra exempter du paiement de l'impôt traditionnel du “foc et lloc” les résidents qui justifient se trouver en situation précaire, selon les conditions et les modalités stipulées dans le Règlement d'exonérations fiscales à caractère social”* ;

Ordonnance de modification de l'ordonnance sur les prix publics, approuvée le 24 janvier 2008 par le Comú d'Escaldes-Engordany.

L'ordonnance sur les prix publics du 28 décembre 2006 est confirmée, modifiée et développée comme suit:

- L'article 1er de l'ordonnance sur les prix publics, du 24 janvier 2008, est libellé comme suit : *“Le Comú d'Escaldes-Engordany peut accorder un tarif réduit de 50% ou la gratuité des prix publics stipulés aux paragraphes 5.1 “Écoles Maternelles”, 5.2 “Aide à domicile”, 5.3.1 “Piscines communales”, 5.3.2 “Espace Loisir”, de cette ordonnance en faveur des résidents qui justifient se trouver en situation précaire, selon les conditions et les modalités stipulées dans le Règlement d'exonérations fiscales et aides sociales”* ;

L'ordonnance sur prix publics du 10 février 2006 approuva, dans son article 5, paragraphe 2, les prix suivants fixés par heure de Service d'Aide à Domicile :

1. Usagers revenu élevé : 18,40 €.-
2. Usagers revenu niveau 1 : 7,70 €.-
3. Usagers revenu niveau 2 : 5,90 €.-

4. Usagers revenu niveau 3 : 3,90 €.-
5. Usagers revenu niveau 4 : 2,20 €.-
6. Usagers sans revenus : 0,00 €.-

Ordonnance portant modification de l'ordonnance sur prix publics, approuvée le 9 juin 2006 par le Comú d'Escaldes-Engordany.

L'ordonnance sur prix publics du 10 février 2006 est modifiée, confirmée et développée comme suit: Dans son article 1er l'ordonnance sur prix publics, du 9 juin 2006, modifie l'article 5, paragraphe 2, dans le Service d'Aide à Domicile (SAD), point 1, *Catering Personnes âgées*, fixant le prix à 5 €.-” ;

Ordonnance sur prix publics, approuvée le 28 décembre 2006 par le Comú d'Escaldes-Engordany, est rédigée comme suit : *“Le Comú d'Escaldes-Engordany peut accorder un tarif réduit à hauteur de 50% ou la gratuité des prix publics stipulés aux paragraphes 5.1 “Écoles Maternelles”, 5.2 “Aide à domicile”, 5.3.1 “Piscines communales”, 5.3.2 “Écoles sportives”, 5.3.3 “Activités pour enfants” et 5.3.5 “Activités de loisir” de cette ordonnance en faveur des résidents de la Paroisse d'Escaldes-Engordany qui justifient se trouver en situation précaire, selon les conditions et les modalités stipulées dans le Règlement d'exonérations fiscales et aides sociales” ;*

Le **Règlement d'Aide à Domicile (SAD)** est un service public à caractère social qui s'adresse à toutes les personnes ou familles manquant d'autonomie, ainsi qu'à toutes celles ayant des difficultés de développement ou avec des problèmes familiaux particuliers ; cet ensemble d'actions coordonnées sont principalement menées à terme, à la maison même de l'utilisateur, dans le but de rétablir son bien-être physique, psychique et/ou social, et soulager ainsi aussi bien l'utilisateur que sa famille et en leur apportant soutien personnel, attention et aide à domicile.

L'objectif est de maintenir l'utilisateur dans son milieu et dans les meilleures conditions de vie, et le plus longtemps possible, tout en lui procurant l'attention personnelle nécessaire. Il est également possible de procurer une attention personnelle de manière ponctuelle et/ou urgente.

Le **Service d'Aide à Domicile (SAD)** s'adresse à toutes les personnes de plus de 65 ans, à celles ayant un handicap de haut degré qui ne leur permet pas d'être autonomes, à celles qui souffrent de maladies dégénératives ou à psychomotricité réduite ainsi qu'aux familles déstructurées ; en définitive, toutes les personnes qui doivent être aidées dans leurs activités de tous les jours.

Le SAD est un complément et ne doit, en aucun cas, remplacer la responsabilité de la famille, et seules seront menées à terme les tâches que l'utilisateur ou la famille ne peuvent pas développer, et qui ont été préalablement demandées.

Les objectifs prioritaires du SAD sont les suivants :

- Faciliter et encourager l'autonomie personnelle des usagers.
- Soutien au niveau de l'hygiène et soins personnels.
- Aider au maintien de conditions hygiéniques appropriées.

- Faire en sorte que l'utilisateur puisse demeurer dans son milieu, tout en améliorant sa qualité de vie.
- Prévenir des situations personnelles susceptibles d'entraîner une détérioration physique, psychique et/ou sa marginalisation sociale.
- Éviter et/ou retarder, s'il y avait lieu, l'institutionnalisation de l'utilisateur le plus longtemps possible.
- Soutien à la personne soignante

CROIX ROUGE ANDORRANE

Service Téléassistance à Domicile – TAD (Croix Rouge)

Le Service de Téléassistance à Domicile (TAD) est un service qui permet à une personne d'activer une alarme en cas d'accident ou de difficulté, 24 heures sur 24 les 365 jours de l'année. En appuyant simplement sur un bouton d'un petit appareil suspendu au cou, l'utilisateur, homme ou femme, pourra contacter d'un endroit quelconque de son domicile avec une personne que lui donnera une réponse personnalisée afin de résoudre ainsi la difficulté.

Le service est destiné aux personnes âgées vivant seules ou qui passent des heures seules, malades ou convalescentes en période de récupération ou réhabilitation, femmes avec une grossesse compliquée qui souhaitent se sentir sûres et accompagnées chez elles pour continuer à être autonomes et indépendantes.

L'objectif du Service TAD est que les usagers se sentent sûrs, sans avoir à renoncer à vivre chez eux et dans leur milieu et environnement habituels, favorisant ainsi les relations personnelles et de voisinage. Tout comme apporter un soutien aux familles qui ont à leur charge une personne âgée, un malade chronique, une personne en réhabilitation, etc.

Il sert également à maintenir un contact avec l'utilisateur, remplissant ainsi les fonctions de contrôle quotidien d'activités, alarme quant à la prise de médicaments, agenda de rappel d'activités. Il s'agit non seulement d'un service d'urgences, mais aussi et encore d'un service de soutien et prévention. Ainsi, le TAD facilite la rapide intervention face à une crise personnelle sociale, ou sanitaire, en mobilisant le médecin, les pompiers ou l'ambulance, le cas échéant. Ce service peut être renforcé par le soutien humain des volontaires sociaux: des personnes qui, de manière altruiste, rendent visite à l'utilisateur et peuvent lui proposer de l'aide.

Article 14, paragraphe 2.

“Encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services.”

Le Plan national de services sociaux du 26 avril 1995, et plus tard le Plan National d'Action Sociale 2008-2011, stipulent que le Gouvernement doit réaliser les actions en vue d'encourager et stimuler la collaboration entre entités civiques et la promotion du volontariat.

Dans ce sens, le Gouvernement collabore largement avec les entités civiques Caritas Andorrane et Croix Rouge Andorrane, et l'association de volontaires de l'Hôpital Nostra Senyora de Meritxell, en accordant des subventions destinées à la formation des volontaires et au maintien des coûts de fonctionnement.

Au paragraphe 14.1 l'on observera les subventions accordées au cours des dernières années.

CARITAS ANDORRANE

Cette entité réalise des actions de volontariat qui s'adressent à des personnes âgées et/ou à des malades qui, pour des raisons diverses, ont besoin de soutien et de compagnie, soit au propre domicile de l'utilisateur soit dans des établissements résidentiels (résidence Solà d'Enclar et résidence Cedre).

Caritas Andorrane, effectue une moyenne de 184 accompagnements par an.

CROIX ROUGE ANDORRANE

Les Volontaires Sociaux de La Croix Rouge Andorrane sont ceux qui, à travers des enquêtes périodiques d'évaluation de leur degré de satisfaction du service et de leur qualité de vie en général, détectèrent la nécessité de certains usagers de se communiquer, d'être accompagnés et de réaliser des activités de loisirs.

C'est pourquoi, depuis le printemps 2005, la Croix Rouge Andorrane a organisé toute une série d'activités socioculturelles destinées à tous les usagers du Service de Téléassistance à Domicile.

L'objectif de ces activités est de favoriser et encourager la cohabitation, les relations entre générations et l'intégration dans le milieu social des usagers du Service de Téléassistance à Domicile de la Croix Rouge Andorrane, tout comme promouvoir la culture et les loisirs. Ils réalisent deux fois par an trois sorties thématiques pour visiter différents lieux de la principauté et des environs.

Jusqu'à présent le succès des différentes sorties a dépassé toutes les prévisions, aussi bien au niveau de la participation qu'en ce qui concerne la qualité des sorties. En plus, tous les musées susceptibles d'intéresser les usagers ont été visités; ainsi que quelques églises de la Principauté ; et la visite à les différentes Maisons Régionales.

SUIVI D'USAGERS DU SERVICE DE TAD

Les volontaires sociaux réalisent le suivi des usagers du Service TAD qui en font la demande. Ce suivi consiste à leur faire un appel hebdomadaire et une visite mensuelle. L'objectif des visites, outre le fait de vérifier le correct fonctionnement de l'appareil et

les données de santé et les contacts, est également de détecter d'éventuelles nécessités des usagers et faire le lien avec la société.

CADEAU DE NOËL

Lorsque arrivent les fêtes de Noël, les volontaires sociaux, font un suivi de tous et chacun des usagers, dans le même but de suivi, et profitent de l'occasion pour leur offrir un petit présent. Cette année les usagers reçurent un bonnet et un cache-nez en tissu polaire.

VISITE LE JOUR DE NOËL AUX USAGERS DU TAD

Le 25 décembre un groupe de volontaires sociaux rend visite aux usagers du Service TAD qui sont seuls ce jour-là. Six personnes qui passaient seules le jour de Noël demandèrent que les volontaires sociaux leur rendent visite.

SENY – NIT (Bon sens – Nuit)

Grâce à une subvention du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, le projet *Seny Nit* a vu le jour. Il s'agit d'un programme d'information des risques des drogues, qui s'encadre dans le Plan National d'Aide contre l'Addiction aux Drogues.

La population cible du projet sont les jeunes et adolescents que vivent en principauté d'Andorre. Les personnes qui voyagent en Andorre peuvent, également et indirectement, en bénéficier.

L'objectif de *Seny Nit* est d'offrir des informations aux jeunes afin qu'ils puissent prendre leurs propres décisions quant à la consommation de drogues. Ainsi que faire prendre conscience à la population jeune et adolescente des risques que représente la consommation de drogues pour leur santé, dans le but de prévenir et réduire les risques.

Les objectifs spécifiques, sont :

1. Informer des caractéristiques des drogues les plus consommées par les jeunes et adolescents, ainsi que de leurs conséquences aussi bien à court qu'à long terme.
2. Diffusion du matériel d'information du projet dans les lieux fréquentés par les jeunes et adolescents de la Principauté, ainsi que, dans les diverses Fêtes Patronales des Paroisses.

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

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 actifs de la société, moyennant: des ressources suffisantes pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle; la diffusion des informations concernant les services et les aides existants en faveur des personnes âgées;

-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 particuliers;

-Garantir aux personnes âgées vivant dans une institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution.

PROGRAMME POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LA PARTICIPATION SOCIALE

Le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement a conçu et mène actuellement à terme le Programme pour les personnes âgées et la participation sociale, dans le but d'impliquer les personnes âgées de l'Andorre dans le processus de développement social de notre pays, en vue de promouvoir un vieillissement actif de notre population.

Les principaux destinataires sont les personnes de plus de 65 ans nationaux et/ou résidents au pays et tous les professionnels qui travaillent dans le monde des personnes âgées.

Les objectifs prétendus sont :

1. Favoriser la participation sociale des personnes âgées du pays
2. Promouvoir la solidarité sociale et citoyenne pour tout ce qui a trait aux nécessités sociales des personnes âgées.

La méthodologie utilisée est participative et dynamisante (groupes de travail), avec un niveau d'intervention groupale et communautaire quant à l'application des activités, tout en prévoyant un processus d'accompagnement qui facilite la réalisation du travail quotidien et qui s'adapte aux nouvelles nécessités susceptibles d'être détectées ou qui surgissent au fur et à mesure.

Actions :

- Création de la carte dite *Tarja Magna*,

La *Tarja Magna* fut créée dans le but de donner aux titulaires (personnes âgées de 65 ans, ou de 60 ans en cas d'invalidité totale) des bénéficiaires commerciaux (réductions économiques lors de l'achat de produits et services) ainsi que la gratuité du service de transport public. Actuellement 4.272 personnes bénéficient de ce moyen.

- Création du **Programme de Vacances subventionnées pour les personnes âgées** qui prétend promouvoir un vieillissement actif, et optimiser des opportunités pour le bien-être physique, psychique et mental en vue d'allonger les perspectives de vie, la productivité et la qualité de vie à un âge avancé, en parvenant à un développement personnel et social des personnes âgées. Durant la période 2008 jusqu'à 2011, 2.119 personnes s'en bénéficièrent.

- Création de la **Journée Sportive des Personnes Âgées : Andorra-La Seu**, il s'agit d'une activité conçue pour entraîner afin de participer tous les trois ans aux Jeux Sportifs et Socioculturels. La manifestation a lieu, alternativement, à La Seu d'Urgell et en Andorre.

- Collaboration dans l'organisation des **Rencontres sportives de résidences** qui prétend encourager les habitudes salutaires chez les personnes âgées et favoriser les relations intergénérationnelles.

- Participation à la commémoration de la **Journée internationale des personnes âgées**, le 1er octobre. Soutien et supervision de la prise en charge de la célébration de la journée par la Fédération des Personnes âgées de la Principauté d'Andorre, dans le but de favoriser et encourager les relations interpersonnelles des personnes âgées de toute la Principauté.

- Célébration de la **Festa Magna**, la journée des personnes âgées. Cette célébration entend encourager et favoriser la cohabitation entre les personnes âgées d'autres paroisses (municipalités) et offrir un espace de rencontre pour favoriser les relations interpersonnelles. L'acte consiste en une messe, un déjeuner et un bal. La participation annuelle est de presque 750 personnes.

- Soutien à la Fédération des Personnes âgées et associations pour tous les thèmes chaque fois qu'ils en font la demande.

- Coordination avec le département de Santé pour l'intégration de la perspective d'âge dans la Stratégie Nationale de Nutrition, Sports et Santé.

- Coordination avec l'Agence de Mobilité en vue de commencer des actions concernant la mobilité et la sécurité routière du collectif formé par les personnes âgées. Introduction du concept de personne à mobilité réduite en vue de la planification des transports en commun et de la circulation sur la voie publique en Principauté d'Andorre. Réalisation de diverses réunions en vue d'encadrer les besoins des personnes âgées en tant que piétons et usagers du transport public.

- Coordination avec Andorra Tourisme (Agence en charge de la promotion du Tourisme) pour fournir des données et des informations sur le Programme de Vacances

Subventionnées pour les Personnes âgées pour répondre à une enquête sur le thème du Tourisme Social du Secrétariat Général Ibéroaméricain.

Services et activités pour les personnes âgées proposés par les différents Comuns (Mairies) de la principauté d'Andorre.

-Comú de Canillo

De nombreuses sorties pour les personnes âgées ont été faites aussi en Andorre qu'à l'étranger, avec une augmentation des inscriptions.

En ce qui concerne les différents ateliers, c'est la sixième année que les personnes âgées participent aux activités organisées par le Comú. Actuellement, des cours d'informatique, ont lieu pour les personnes âgées tous les lundis après-midi. Ils pratiquent aussi de la gymnastique à la patinoire Palau de Gel avec l'aide d'un physiothérapeute. Un atelier de travaux manuels, a été mis en place au mois de février 2007. Il s'agit de l'atelier le plus apprécié, et tous les mardis après-midi un grand nombre de personnes âgées se réunit pour réaliser différents travaux manuels comme la peinture sur tissu, la peinture sur bois, la technique du collage etc.

Activités au Foyer

Goûters à l'occasion d'actes et les jours fériés. (Le jour de la castanyada (fête de la Toussaint), ou à l'occasion de la mona (Pâques), et à Noël le Comú invite toutes les personnes âgées de la paroisse à un apéritif.

Activités à l'extérieur

Un travail a été réalisé, peu à peu, avec tout le collectif de personnes âgées de la paroisse pour tenter de favoriser la participation aussi bien aux sorties qu'au centre des seniors. En ce sens, un bon travail a été réalisé, vu le nombre de participants. Depuis deux ans une sortie est organisée à l'intérieur de l'Andorre pour visiter différents musées.

Il existe une grande interaction entre l'association des personnes âgées et le Comú. Tous les ans cette association demande une subvention pour faire face aux diverses dépenses que surgissent le long de l'année. Les activités organisées depuis l'association avec le soutien du Comú consistent à la vente de gâteaux typiques faits par le groupe des femmes et le tirage au sort d'une corbeille à l'occasion de Noël; dont les bénéficiaires servent en partie à la subvention des activités organisées pour les associés des personnes âgées.

-Comú d'Encamp

Le Cafè del Poble est un lieu de réunion pour les seniors Il dispose des services de :

- Cafétéria - bar
- Presse et magazines
- Jeux de table
- Pédicure et manucure

- Célébrations de fêtes populaires le long de l'année, surtout avec des goûters (pour la Toussaint, Noël, Pentecôte, Pâques, etc.)

Accompagnements ponctuels

- Visites Culturelles à des expositions
- Conférences
- Assistance à des concerts

Collaborations Intergénérationnelles

Avec l'École Andorrane :

- Fête de la "Castanyada" (tous les ans à l'occasion de la Toussaint)
- Interprétation par la chorale de l'École Andorrane au Cafè del Poble.
- Conférence de 3 grands-mères aux enfants de l'école (comment elles vivaient, comment était l'école de nos grands parents etc.).

Excursions des Personnes âgées hors de l'Andorre

Durant l'année, à partir du Cafè del Poble, sont réalisées des excursions d'une journée (environ une tous les 2 mois). Un voyage annuel d'une semaine est réalisé en outre. Une destination est choisie entre toutes les paroisses qui participeront au voyage. Des réunions périodiques de coordination ont lieu entre les paroisses qui participent à ces sorties, en vue de la préparation des excursions.

Ateliers habituels : ils se déroulent en suivant le même calendrier que celui de l'année scolaire (de septembre à juin)

Du Cafè del Poble sont organisés différents ateliers et activités, dont certains se déroulent dans l'espace physique du Café (atelier de recyclage, atelier de tapis oriental, atelier de travaux manuels, atelier de la mémoire), d'autres se déroulent au Complexe Sportif (gymnastique, aquagym) ou bien à la Bibliothèque Communale (informatique). Les personnes âgées bénéficient de prix spéciaux (8 €/trimestre) et de la possibilité d'exonérations, après une évaluation sociale préalable.

Atelier de Travaux Manuels

L'activité se déroule au Cafè del Poble, avec une monitrice et un seul groupe d'utilisateurs. La durée est de 3 heures et la fréquence est de 2 jours par semaine.

Atelier de Recyclage

L'activité se déroule au Cafè del Poble, avec une monitrice et un seul groupe d'utilisateurs. La durée est de 3 heures et la fréquence est de 2 jours par semaine.

Atelier de Tapis Oriental

L'activité se déroule au Cafè del Poble, avec une monitrice, une fréquence de 2 jours par semaine, 2 heures chacun.

Atelier de la Mémoire

Il débuta en novembre 2007. L'activité se déroule au Café du Poble, avec un psychologue et une logopède, en 2 groupes (en fonction du niveau), avec une fréquence d'un jour par semaine, d'une heure et demie chacun.

Atelier d'informatique pour Personnes âgées.

Il commença en 2005. Il se déroule dans la bibliothèque communale. La fréquence est de 2 jours par semaine et la durée est d'une heure.

Activités au Complexe Sportif.

- Atelier de gymnastique d'entretien
- Piscine

Ateliers et activités ponctuelles

a) Atelier rire et relaxation : 1 jour par semaine durant 10 semaines consécutives et d'une durée d'1 heure. L'atelier sert à avoir de bons rapports d'une façon amusante et à promouvoir la communication en utilisant des techniques de jeux, massage sensitif, exercices de coordination et de relaxation.

b) Dîner et Bal de Noël pour les personnes âgées de la paroisse. Il se déroula pour la première fois le 17/12/2007, avec l'assistance de 126 personnes.

Programme Potagers des Personnes Âgées

Débuta en mars 2006, et le nombre de parcelles en 2006 fut de 47. Il s'agit d'un projet en vue de promouvoir l'autonomie des personnes âgées, à partir d'une activité physique modérée, simple et utile, réalisée dans un environnement naturel et qui, parallèlement, favorise la communication et les relations sociales. Chaque parcelle a une superficie d'environ 50 m², et elles sont cédées pour l'usage personnel pour un délai non supérieur à 1 an.

Le terrain a été cédé par un particulier de la municipalité et le programme est mené à terme en collaboration, et en coordination, avec la Fondation Julià Reig. L'activité compte également avec la collaboration de 2 travailleurs du Département d'Environnement du Comú. Une fois l'an se déroule une rencontre interparoissiale de jardiniers. D'autre part, la Fondation Julià Reig, organise et subventionne totalement, chaque saison, un voyage d'un jour pour les cultivateurs des potagers de la Principauté.

Ce programme a participé à l'élaboration d'un livre de recettes de cuisine, avec la Fondation Julià Reig. Les cultivateurs des potagers ont élaboré une recette de cuisine, contenant l'un des ingrédients du potager. La Fondation Julià Reig a réalisé un livre qui inclut une recette de chaque cultivateur participant, avec le nom et la photographie correspondante au milieu de son potager. Le livre a été offert à tous les participants.

Parc de réhabilitation pour les personnes âgées en plein air

Inauguré en avril 2006. Jusqu'à ce moment, les parcs publics n'étaient aménagés que pour les enfants. Le Comú d'Encamp, songeant aux personnes âgées, a mis en place dans un espace central, une variété d'éléments, à mi-chemin entre appareils de gymnase et de réhabilitation, pour renforcer la musculature des jambes et des bras, améliorer la circulation de ce collectif.

Les personnes qui ne travaillent plus, disposent de temps libre et ont peu de possibilités de loisirs en plein air, surtout gratuitement. À travers cette initiative, le Comú d'Encamp, offre la possibilité, non seulement de jouir d'installations où réaliser des exercices en plein air, mais aussi d'avoir une vie sociale en compagnie d'autres usagers, le tout en aidant à améliorer leur santé. La préparation du terrain pour pouvoir installer les éléments fut faite par les ouvriers du Comú, tout comme les améliorations de l'espace et l'entretien postérieur. Le coût des 8 éléments a été de 12.926 €.

Cantine des personnes âgées

Depuis avril 2007 ce service est offert à travers une entreprise de restauration, pouvant accueillir 30 personnes. Propose des repas équilibrés dans un espace du centre adapté (Cafè del Poble). Ceci fait que tout en s'alimentant convenablement, les seniors se retrouvent dans un espace de relation sociale. L'objectif est d'aider au maintien des personnes âgées dans leur domicile et environnement habituel, et avec une bonne qualité de vie, le plus longtemps possible.

Le coût pour le Comú est de 9,00 € par repas, mais le prix pour les usagers est de 4,5 € par repas. Il y a la possibilité d'exonération, mais durant la période de référence du rapport aucune demande a été reçue. La fréquence est d'un repas, déjeuner, proposé de lundi à vendredi.

-Comú de La Massana

Création de la Maison Paternelle : lieu de loisirs et de rencontre pour les personnes âgées, où chaque jour sont organisées des activités subventionnées par le Comú de la Massana :

- Conférences sur des thèmes intéressants pour ce collectif.
- Sorties et excursions culturelles.
- Concours sur des thèmes différents
- Exhibitions de bal et gymnastique.
- Classes de chant
- Rencontres et activités conjointes avec les maisons paternelles d'autres paroisses.
- Célébration de fêtes traditionnelles
- Participation au marche de Noël
- Chorale les Orenetes, il s'agit de la chorale des personnes âgées, avec répétitions et participation à des actes différents.
- Cantine subventionné pour les personnes âgées, pensionnés de plus de 60 ans et retraités
- Activités dirigées, sportives et de bal
- Etc.

Activités : il s'agit de différentes activités qui permettent aux personnes âgées d'occuper leur temps libre et favoriser les relations personnelles et qui contribuent à maintenir les capacités physiques et mentales des usagers.

Projet potager et personnes âgées : adressé aux personnes âgées dans le but de promouvoir une meilleure qualité de vie à travers une activité physique, réalisée dans un environnement naturel.

-Comú de Sant Julià de Lòria

Services de soutien à l'autonomie des personnes

Nous nous reportons aux actions décrites dans l'article 13 (aides économiques)

ACTION	DESCRIPTION
Service Foyer de Lòria	Depuis cet équipement sont réalisées de nombreuses activités en vue de promouvoir une vie active de la population plus âgée.
Ordonnance du Service d'Aide à Domicile du 4 mai 2005	Service socio sanitaire qui a pour objectif de faciliter un soutien ponctuel au domicile des personnes souffrant d'un manque d'autonomie.

Données des demandes prises en considération depuis le service d'aide à domicile

TOTAL DEMANDES (2008-2011)	RÉSOLUTIONS FAVORABLES	RÉSOLUTIONS DÉFAVORABLES
41	37	4

Le Règlement de Prestations d'Aide Sociale

Le département de Bien-être et Famille du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, dispose de différentes aides dans le domaine des personnes âgées :

- **Aides afin de permettre aux personnes âgées de ne pas quitter leur domicile**, moyennant des aides économiques qui leur permettent faire face à toutes les dépenses que cela suppose.
- **Aides de collaboration au paiement des séjours dans des résidences pour personnes âgées**, quand ces personnes justifient du manque de ressources et moyens personnels.

Aides pour logement

Le département de Logement du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, dispose également d'aides destinées aux personnes âgées afin de subventionner le paiement du loyer, pour que la précarité économique ne soit pas un motif d'institutionnalisation et d'éloignement de leur milieu.

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

“ 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 adopter 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.”

Le réseau d'attention sociale primaire du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, à travers des travailleurs sociaux situés dans les différentes paroisses de la Principauté d'Andorre a, entre autres, la mission de réaliser une action préventive et de détection des situations de risque social (pauvreté, marginalisation, déscolarisation, diminutions, manque d'autonomie personnelle, conduites asociales, ou autres carences diverses qui affectent la population).

Le Règlement de Prestations d'Aide Sociale mis à jour du 23 février 2011 prévoit la concession d'aides économiques pour lutter contre des situations sociales de pauvreté et marginalisation sociale, pour faire face à des situations urgentes et singulières de personnes avec des difficultés pour survivre.

Durant la période 2008 à 2011 les aides accordées furent :

	2008	2009	2010	2011
Aides à indigents	61	73	144	130

En même temps, dans le cadre de la collaboration du Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement avec d'autres entités civiques du pays, depuis quelques années l'entité Caritas Nationale est subventionnée à hauteur de 100% des dépenses du Programme MOUTE, programme exclusivement consacré à la lutte contre l'indigence et la marginalisation sociale.

Le Programme MOUTE s'adresse à l'insertion sociale et de travail des personnes sans domicile. Aide intégrale en accord avec les nécessités spécifiques du collectif.

Toute personne andorrane ou résident au pays peut bénéficier du programme MOUTE, sans travail, sans logement ou en risque de le perdre, qui se trouve sans moyens pour subsister et avec d'importantes carences personnelles, affectives, familiales et sociales.

Durant la période 2008 à 2011 les personnes comprises dans le programme MOUTE furent :

	2008	2009	2010	2011
Personnes comprises programme MOUTE	10	8	8	6

Les subventions accordées à hauteur de 100% par le Ministère de la Santé, du Bien-être, de la Famille et du Logement, audit programme furent :

Entité	2008	2009	2010	2011
CARITAS (Programme MOUTE)	21.865,08	18.284,81	15.673,00	15.673,00

En plus des situations de pauvreté extrême, le Plan National de Services Sociaux 2008-2011 prévoit également des actions préventives pour les personnes exposées au risque de pauvreté. Ainsi, ces dernières années, le nombre de bénéficiaires a augmenté, ainsi que les sommes destinées à des prestations financières pour couvrir des besoins fondamentaux comprenant les situations de précarité dans l'alimentation, le matériel d'hygiène et de nettoyage et le logement.

	2008	2009	2010	2011
Nombre de prestations	175	230	324	472
Dépenses effectuées	828 857 euros	1 062 692 euros	1 134 767 euros	1 590 655 euros