
POLITIQUES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS SOCIALES EN EUROPE

Étude de cas comparative sur les minima sociaux,
les prestations handicap et la prise en charge de la dépendance

*Sous la direction de
Denis STOKKINK*

*Avant-propos par
Catherine COUPET, PDG du groupe Up*

ÉTUDES & DOSSIERS | MARS 15

Affaires sociales

POLITIQUES DE VERSEMENT
DES PRESTATIONS SOCIALES EN EUROPE

Étude de cas comparative sur les minima sociaux,
les prestations handicap et la prise en charge de la dépendance
en Belgique, Bulgarie, Espagne, France, Italie, Pologne, Portugal,
République tchèque, Roumanie, Slovaquie

Sous la direction de Denis STOKKINK

Avant-propos par Catherine COUPET, Présidente Directrice Générale du groupe Up

COMPRENDRE POUR AGIR



Le **groupe Up**, créateur du Chèque Déjeuner® en 1964, défend et concrétise des valeurs humaines en proposant des solutions innovantes pour réduire les inégalités, lutter contre la précarité et améliorer la qualité de vie des populations. Ces solutions optimisent le pilotage et la gestion des aides sociales, dynamisent l'économie locale et créent du lien social. Fort d'un modèle de gouvernance coopératif, le groupe Up est aujourd'hui présent dans 14 pays et est n°3 mondial sur le marché des titres de services à vocation sociale et culturelle.

www.up-group.coop



Fondé par l'économiste belge Denis Stokkink en 2002, **POUR LA SOLIDARITÉ - PLS** est un European think & do tank indépendant engagé en faveur d'une Europe solidaire et durable. POUR LA SOLIDARITÉ se mobilise pour défendre et consolider le modèle social européen, subtil équilibre entre développement économique et justice sociale.

L'équipe POUR LA SOLIDARITÉ – PLS, dotée de solides compétences en recherche, conseil, coordination de projets européens et organisation d'événements, œuvre dans l'espace public aux côtés des entreprises, des pouvoirs publics et des organisations de la société civile avec comme devise : *Comprendre pour Agir.*

www.pourlasolidarite.eu

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION GÉNÉRALE	4
PARTIE I : LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE : CONTEXTE ET ENJEUX	5
I. De Bismarck et Beveridge aux 4 modèles de protection sociale en Europe	5
1. Bismarck et Beveridge : les précurseurs	5
2. Le modèle social corporatiste-conservateur	8
3. Le modèle social libéral anglo-saxon	8
4. Le modèle social social-démocrate	8
5. Le modèle social méditerranéen	9
II. Enjeux européens	10
1. La protection sociale comme fondement de la souveraineté nationale au sein de l'Union européenne	10
2. La stratégie sociale européenne pour la décennie 2010	11
3. La méthode ouverte de coordination : vers une harmonisation sociale ?	13
III. Politiques sociales européennes : Revenu minimum garanti, inclusion sociale des personnes handicapées et dépendance-vieillesse	15
1. Vers un revenu minimum garanti européen ?	15
2. Les politiques européennes d'inclusion sociale des personnes handicapées : vers une convergence entre les grandes stratégies internationales	17
3. La prise en charge de la dépendance-vieillesse dans l'Union européenne	18
PARTIE II : MINIMA SOCIAUX, PRESTATIONS HANDICAP ET PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE PAR PAYS	20
I. BELGIQUE	20
II. BULGARIE	25
III. ESPAGNE	31
IV. FRANCE	37

V.	ITALIE	43
VI.	POLOGNE	49
VII.	PORTUGAL	54
VIII.	RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	60
IX.	ROUMANIE	65
X.	SLOVAQUIE	70
CONCLUSION		75
BIBLIOGRAPHIE		76

AVANT-PROPOS

Véritables instruments de solidarité et de cohésion sociale, piliers du modèle social européen, les systèmes nationaux de protection sociale font face à de nouveaux défis communs : allongement de l'espérance de vie, évolution des structures familiales, persistance d'un chômage élevé, croissance tendancielle de l'exclusion...

Soucieux des enjeux sociaux et économiques majeurs qui se dessinent dans une période de crises persistantes et un contexte de difficile résolution des équations budgétaires, le groupe Up entend contribuer aux réflexions et échanges européens sur la recherche d'efficacité des politiques publiques et l'optimisation du versement et de l'utilisation des prestations sociales.

Émetteur de titres de services à vocation sociale et culturelle depuis 1964, le groupe coopératif Up développe, aujourd'hui dans 11 pays européens, des solutions informatiques et des titres spéciaux de paiement contribuant à un meilleur pilotage des politiques sociales en faveur des personnes en situation de fragilité, d'accès aux services à la personne, aux loisirs, aux vacances ou encore à la culture.

Son expertise repose sur un éventail complet de solutions techniques de gestion des prestations sociales pour les différents acteurs : les financeurs de prestations (entreprises, collectivités, organismes sociaux), les structures de services, d'aide et de soins à domicile, les structures médico-sociales. Elles permettent de garantir l'effectivité de l'aide apportée et d'assurer une qualité de services aux bénéficiaires.

Le groupe Up a souhaité confier la réalisation de cette étude à son partenaire *POUR LA SOLIDARITÉ*. Elle met en perspective les politiques stratégiques de l'Union européenne au regard des défis actuels et dresse un état des lieux des systèmes de versement des prestations sociales dans dix Etats européens.

En publiant cette étude, le groupe Up souhaite ainsi réaffirmer son attachement et son engagement à défendre et promouvoir notre modèle de solidarité européen en portant des valeurs fortes de responsabilité et de solidarité qui trouvent une traduction concrète dans ses activités depuis 50 ans.

Catherine COUPET, Présidente Directrice Générale du groupe Up

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les systèmes de protection sociale sont issus de la volonté des États de protéger les individus des conséquences financières, des risques et des aléas de la vie. Instruments de solidarité et de cohésion sociale, ils résultent d'une longue histoire qui témoigne d'un souci collectif envers les personnes vulnérables et des liens qui se sont tissés entre les membres d'une même société.

Tous les pays européens disposent aujourd'hui de systèmes assurant de manière plus ou moins généreuse un filet de sécurité, notamment lorsque les personnes sont confrontées à une absence de ressources ou à une diminution de celles-ci.

Aujourd'hui, la viabilité de ces systèmes est considérée comme un enjeu européen commun et, bien que les politiques de protection sociale soient un domaine de compétence nationale, les États membres de l'Union européenne se sont accordés sur les pistes prioritaires que sont la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale des personnes défavorisées.

Dans un contexte de crise budgétaire, le défi à relever est celui de l'optimisation du versement et de l'utilisation des prestations sociales. Pour atteindre les objectifs d'équité et de cohésion sociale, la recherche de l'efficacité des politiques publiques devra se faire au bénéfice à la fois des populations et d'une meilleure gestion des dépenses publiques.

La présente étude se concentre sur les dispositifs de protection sociale à destination des individus qui, en raison d'une carence de travail, d'un handicap et d'un départ à la retraite, nécessitent de bénéficier de la solidarité nationale pour couvrir des frais ponctuels ou compenser un manque de revenus.

4

Cette étude est divisée en deux parties.

La **première partie** revient sur les origines de la protection sociale en Europe, influencées par les travaux d'Otto von Bismarck et de Lord William Beveridge, et détaille les différents modèles-types de protection sociale communément identifiés en Europe. Ensuite, sont présentés les enjeux actuels au niveau européen et les stratégies de l'Union européenne, en particulier quant aux problématiques du revenu minimum et des prestations liées au handicap et au vieillissement.

La **deuxième partie** est constituée de fiches pratiques sous forme de tableaux reprenant les informations essentielles concernant les dispositifs de protection sociale en matière de revenu minimum et dans les domaines du handicap et de la prise en charge des personnes âgées. Pour chaque pays, une bonne pratique est en outre identifiée et fait l'objet d'une courte présentation dans un encart spécifique. Celles-ci ont tantôt trait aux transferts monétaires, aux prestations en nature ainsi qu'aux formes hybrides.

Dix pays européens sont présentés à savoir la Belgique, la Bulgarie, l'Espagne, la France, l'Italie, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie et la Slovaquie.

PARTIE I : LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE : CONTEXTE ET ENJEUX

D'après la Commission européenne, la protection sociale peut être définie au sens large comme « *les mesures et actions qui visent à : augmenter la capacité de tous les individus, mais surtout des groupes pauvres et vulnérables, à échapper à la pauvreté ou à éviter d'y tomber, et à mieux gérer les risques et les chocs et à fournir un niveau de sécurité sociale plus élevé, grâce à la sécurité des revenus et à l'accès aux services essentiels tout au long des périodes d'activité et d'inactivité ainsi que des périodes de besoin au cours de la vie.* »¹

I. De Bismarck et Beveridge aux 4 modèles de protection sociale en Europe

1. BISMARCK ET BEVERIDGE : LES PRECURSEURS

La protection sociale est bien antérieure à l'Union européenne. Ses fondations ont été creusées par deux hommes à deux époques différentes : Bismarck et ses lois sociales à la fin du 19^{ème} siècle et le rapport Beveridge durant la Seconde Guerre mondiale.

Durant les années 1880, **Bismarck** fit voter plusieurs **lois sociales** sous la pression d'un parti social-démocrate toujours plus fort et influent dans la classe ouvrière pour « *faire sortir de la catégorie des pauvres, en les contraignant à s'entraider dans le cadre **d'assurances sociales**, les personnes ne percevant pas un revenu suffisant pour souscrire une assurance privée par la constitution d'un patrimoine tout en étant en mesure de se constituer une prévoyance du fait d'une activité professionnelle exercée pendant une période relativement longue* » : en **1883 pour l'assurance maladie**, en **1884 pour l'assurance accidents du travail** et en **1889 pour les assurances invalidité et vieillesse**. Ainsi naissait le **premier système d'assurance sociale obligatoire**.² Tout d'abord exercé par l'État, le contrôle des assurances sociales, financées par les cotisations des employés et employeurs, fut délégué aux **partenaires sociaux**. Les réformes de Bismarck ont influencé de nombreux pays à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle dont l'Autriche, la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède mais aussi le Royaume-Uni.

Lord Beveridge publia un rapport en 1942 s'intitulant *Social Insurance and Allied Services* qui mettait en exergue le **principe d'universalité** et proposait d'instaurer un **système généralisé et uniformisé de prestations sociales**, financé par des contributions forfaitaires et délivrant des prestations forfaitaires, dont le principe est le **maintien du revenu**. Afin d'éliminer totalement la pauvreté, l'ensemble des citoyens devait être couvert par le système qui, quel que soit le risque réalisé, verserait à tous une prestation de même montant. Ce principe d'universalité devait être renforcé par l'organisation même du système, qui devait être unifié dans un seul service public, placé sous l'autorité directe du

¹ Commission européenne, Communication au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, *La protection sociale dans la coopération au développement de l'Union européenne*, COM(2012) 446 final, 2012, pp.3-4.

² Palier Bruno, *Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France, une perspective institutionnelle comparée*, 1997, pp.148-149.

gouvernement. »³ Le rapport Beveridge met en avant le « *compromis keynésien* », qui sera le ciment des Trente Glorieuses en Europe de l'Ouest : l'alliance de la croissance économique, de la recherche du plein-emploi et d'une forte protection sociale. Ce rapport influença tout aussi bien la Grande-Bretagne que la Belgique, la France, les Pays-Bas, les pays scandinaves ou les pays du sud de l'Europe.

Le tableau suivant résume les caractéristiques de ces deux grands modèles :

Modèle bismarckien	Modèle beveridgien
<ul style="list-style-type: none"> - Principe de solidarité entre les travailleurs - Gestion par les partenaires sociaux (employeurs et salariés) au sein de caisses autonomes de l'État. Structuration par secteurs d'activités professionnelles. Fragmentation du système (plusieurs caisses, plusieurs régimes) - Assurances sociales obligatoires - Prestations en espèces contributives, proportionnelles aux revenus, financées par des cotisations sociales professionnelles des employeurs et des salariés qui conditionnent l'ouverture des droits : redistribution horizontale (jeunes vers les personnes âgées, travailleurs vers les chômeurs, etc.) plutôt que verticale (riches vers les pauvres) <p><u>Objectif principal</u> : maintien du niveau de vie des travailleurs grâce à la couverture des risques sociaux compensant les revenus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Principe de solidarité nationale étendue mais minimale - Unité : système national d'assurances sociales unifié et géré par l'État (gouvernement et fonctionnaires) : politique sociale - Universalité : fourniture de prestations et services à l'ensemble des citoyens couvrant l'ensemble des risques sociaux de subsistance - Uniformité : Prestations sociales forfaitaires (<i>flat rate</i>) financées par l'impôt (citoyenneté) : même montant de cotisations pour tous pour un même montant de prestations (taux bas pour les deux). - Épargne personnelle afin de souscrire à des assurances volontaires (risques particuliers) <p><u>Objectif principal</u> : lutte contre la pauvreté et couverture des besoins sociaux primaires par le maintien du revenu de l'ensemble de la population.</p>

Sources : Palier, *Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe, une perspective institutionnelle comparée*, 1997, p. 150.
 Pascal Glémain, *Analyse économique des politiques sociales en Europe*, cours de master 2 MDESS IPSA UCO-ESSCA, 2012-2013, p.19.
 Lucie Paquy, sous la responsabilité scientifique de Patrice Bourdelais, *Les systèmes européens de protection sociale : une mise en perspective*, Paris : DREES, Série Mire, 2004, pp. 17-19.

La protection sociale a donc connu un **fort développement** dans toute l'Europe **après la Seconde Guerre mondiale**. « *Ainsi, les seules dépenses d'assurance sociale, collectives et obligatoires de l'Europe de l'Ouest sont passées en moyenne de 9,3% du Produit Intérieur Brut (PIB) en 1950 à 19,2% en 1974. [...] les dépenses sociales (entendues dans un sens large, incluant les dépenses de logement et d'éducation) étant passées de 10 à 20% du PIB à plus du quart voire du tiers du PIB selon les pays en fin de période.* »⁴

À partir des deux modèles précédents, les pays européens ont mis en place leurs propres systèmes de protection sociale dans une grande diversité. On peut remarquer que la France a tenté après la Seconde Guerre mondiale d' « *atteindre les objectifs de Beveridge avec les méthodes de Bismarck* ». ⁵ Ainsi, aucun pays européen n'est parfaitement bismarckien ou beveridgien.

Toutefois, on peut mettre en évidence **plusieurs modèles de protection sociale** en Europe : **libéral** dans les pays anglo-saxons et d'Europe centrale et orientale, **corporatiste-conservateur** en Europe

³ *Ibid.*
⁴ Palier Bruno, *Les évolutions de la protection sociale*, 2005, p.3.
⁵ Palier Bruno, *op.cit.* (1997), p. 150.

continentale et occidentale, **social-démocrate** dans les pays scandinaves et le modèle **familialiste** des pays du sud de l'Europe. Aucun pays n'est, cependant, la stricte copie du modèle social correspondant, mais a aussi été influencé par les autres conceptions.

Le tableau suivant met en évidence les différents modèles de protection sociale et leurs différences en référence à différents paramètres.

<u>Modèles de protection sociale</u>	Libéral	Corporatiste-conservateur	Social-démocrate	Familialiste
Pays concernés :	Irlande, Pays d'Europe centrale et orientale, Royaume-Uni	Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas	Danemark, Finlande, Suède	Espagne, Grèce, Italie, Portugal
Référence historique :	Beveridge	Bismarck	Beveridge	Voie intermédiaire
Objectifs :	Lutter contre la pauvreté et le chômage	Maintenir le revenu des travailleurs face aux risques sociaux	Assurer un revenu égal à tous	Voie intermédiaire
Conditions d'accès fondées sur :	Le besoin, la pauvreté	Le statut, l'emploi	La citoyenneté, la résidence	La citoyenneté, le travail
Principe de fonctionnement :	Sélectivité	Contributivité (Emploi)	Universalité	Contributivité (Emploi) Universalité
Technique :	Politiques sociales ciblées	Assurances sociales	Redistribution égalitaire	Assurances sociales
Nature des prestations :	Service national de santé gratuit ; Forfaitaires, sous condition de ressource	Proportionnelles aux salaires	Services sociaux gratuits ; Forfaitaires	Proportionnelles aux salaires ; Service national de santé gratuit
Mode de financement :	Impôt (Assurance marchande)	Cotisations sociales	Impôt	Cotisations sociales
Mode de gestion :	État central	Partenaires sociaux	État décentralisé	Partenaires sociaux ; État

Sources : Paquy, *Les systèmes européens de protection sociale : une mise en perspective*, 2004, pp.115,117, sur base de : Bruno Palier, *Les différents modèles de protection sociale et leur impact sur les réformes nationales*, in : Christine Daniel, Bruno Palier (eds), *La protection sociale en Europe, Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 2001, pp.35,38-40 ; Palier, *Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France, une perspective institutionnelle comparée*, 1997, p.154.

Cependant, il ne faut pas réduire le modèle social européen à la protection sociale publique ; d'autres acteurs ont aussi une importance : la famille, notamment dans les pays méditerranéens, les entreprises, mais aussi les organisations de l'économie sociale. Édith Archambault utilise le terme d'« **Europe sociale partenariale** », afin de mettre en évidence les coopérations entre les États-providence et les organisations non lucratives actives dans les services sociaux.⁶ « On peut donc dire que le partenariat entre secteur sans but lucratif, État central ou local et caisses de sécurité sociale est une forme de

⁶ Archambault Édith, *Y a-t-il un modèle européen du secteur sans but lucratif ?*, 2001, pp.71-72.

l'Europe sociale. »⁷ En effet, ce sont l'éducation, la santé et les services sociaux qui sont à financement public prédominant dans presque tous les pays d'Europe occidentale. Le travail bénévole et le financement privé gardent une place importante dans le fonctionnement de ces organisations.⁸

2. LE MODELE SOCIAL CORPORATISTE-CONSERVATEUR

L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, les Pays-Bas et la France appartiennent au modèle corporatiste-conservateur, dans lequel les aides sociales sont souvent **proportionnelles aux salaires** et gérées par les **partenaires sociaux**. Dans ces pays, le secteur associatif est important et organisé autour d'organisations puissantes, souvent anciennes, très institutionnalisées et fédérées selon leur appartenance idéologique, religieuse, politique ou syndicale. Elles sont quasi-publics, c'est-à-dire intégrées aux États-providence selon le **principe de subsidiarité**. Les Églises ont aussi un statut quasi-public (ex: impôt en Allemagne pour les religions permettant de financer les services sociaux fournis par les associations).⁹ Ainsi, Caritas, organisation catholique à but non lucratif, est le premier employeur en Allemagne. «*Selon le principe de subsidiarité, l'État ne produit un service collectif que si une unité de moindre taille (région, collectivité locale, association, famille) n'a pas répondu au besoin social.* »¹⁰ En effet, ces pays sont marqués par une forte tradition de **décentralisation** ; les régions et les municipalités jouent un rôle essentiel dans la distribution de services sociaux, l'État et la sécurité sociale restant les financeurs essentiels.

3. LE MODELE SOCIAL LIBERAL ANGLO-SAXON

Au Royaume-Uni, en Irlande et dans les PECO, la lutte contre la pauvreté et le chômage est engagée par l'**État**, non par les partenaires sociaux. Il fournit des **prestations uniformes forfaitaires** sous condition de revenu et sans lien proportionnel avec les cotisations sociales afin de couvrir les besoins de base des personnes démunies. Les autres prestations de protection sociale sont prises en charge par des **assurances privées** et les régimes de protection sociale d'entreprise. Les pouvoirs publics locaux tissent des relations étroites avec les organisations de volontaires, cœur du secteur associatif britannique, sous forme de financements contractuels. Les PECO, qui ont adopté des régimes de protection sociale libérale, ont un modèle social beaucoup moins développé que celui des pays anglo-saxons et leur économie sociale croît, mais reste peu conséquente.

4. LE MODELE SOCIAL SOCIAL-DEMOCRATE

Dans les pays scandinaves, l'**État** prend en charge les prestations sociales, car la protection sociale est considérée comme un **droit uniforme** pour tous les citoyens. La redistribution est égalitaire : les droits aux prestations sociales ne sont fonction du statut de travailleur, comme dans le modèle corporatiste-conservateur, mais découlent de la **citoyenneté**. Le secteur public central et local joue le rôle essentiel aux dépens des mécanismes de marché ; les aides sociales sont de la compétence de l'État-providence qui fournit des prestations forfaitaires de haut niveau à la différence du modèle libéral. En Suède, en Finlande et au Danemark, les organisations sans but lucratif sont donc très peu présentes dans les domaines sociaux et sanitaires mais les organisations sont fédérées par champ d'intervention et bouchent les carences des États-providence ; on parle de **subsidiarité inversée**.¹¹

⁷ *Idem*, p.75.

⁸ *Ibid.*

⁹ Archambault Edith, *op.cit.* (2001), p.79.

¹⁰ Archambault Édith, *Le bénévolat en France et en Europe*, 2005, p.28.

¹¹ Archambault Edith, *op.cit.* (2001), pp.80-81.

5. LE MODELE SOCIAL MEDITERRANEEN

Dans les pays méditerranéens, la place de la **famille** y est beaucoup plus importante que dans les autres modèles : elle joue le rôle principal de **redistribution** des revenus. Le modèle de protection sociale publique est marqué par la **fragmentation** : des assurances sociales obligatoires fournissent des garanties de revenu et d'autres prestations reposent sur la citoyenneté. Ces pays possèdent quelques caractéristiques : les retraites représentent la plus grande part de leurs dépenses sociales (faible développement des politiques familiales et de l'indemnisation du chômage) et il existe une grande hétérogénéité des différents régimes d'assurances sociales professionnels en faveur des fonctionnaires. Un filet de sécurité garantissant un revenu minimum a été mis en place progressivement et récemment. En Italie, en Espagne, au Portugal et en Grèce, de nombreuses organisations caritatives liées aux Églises sont prééminentes; elles se sont progressivement sécularisées et fournissent de nombreux services sociaux et sanitaires grâce à d'importants financements publics. La place primordiale laissée à la famille ainsi que les autres formes d'entraide persistantes font que le bénévolat associatif reste peu développé. De plus, les **mouvements coopératifs et mutualistes** y sont conséquents.¹²

¹² Archambault Edith, *op.cit.* (2001), p.81.

II. Enjeux européens

1. LA PROTECTION SOCIALE COMME FONDEMENT DE LA SOUVERAINETE NATIONALE AU SEIN DE L'UNION EUROPEENNE

« Cette pluralité de références limite toute harmonisation sociale communautaire. Elle induit plus un travail de coordination des différents régimes, en vue de garantir la spécificité de chacun de ceux-ci, tout en facilitant la mobilité des travailleurs. Elle ne peut, en aucun cas, déboucher sur un système de protection sociale à l'échelle de l'Union européenne. La protection sociale demeure l'apanage des États membres. Ces derniers ne sont pas disposés à renoncer à leur souveraineté en la matière, tant celle-ci irrigue des questions fondamentales pour la vie quotidienne de leurs citoyens – la famille, l'emploi, la protection sociale et le niveau de vie. »

Source : Richard Yung, *L'Europe sociale, état des lieux et perspectives*, Commission des affaires européennes du Sénat de la République française, n° 413, 2009, p.8.

10

La protection sociale est un parfait exemple de l'application du **principe de subsidiarité** introduit en 1992 dans l'article 5 du Traité de Maastricht instituant la Communauté européenne. L'Union européenne peut intervenir dans les domaines qui n'appartiennent pas à sa compétence exclusive, uniquement si les objectifs de l'action envisagée peuvent être mieux mis en œuvre au niveau communautaire. Dans l'article 153 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) actuellement en vigueur, il est précisé que la protection sociale n'appartient pas aux compétences exclusives de l'Union qui se cantonne à la **coordination des systèmes nationaux**. L'unanimité au Conseil européen est de mise sur des décisions concernant les principes fondamentaux de leurs systèmes de sécurité sociale qui restent de la totale **compétence des États membres**.

Depuis le Traité de Rome (articles 48 à 51), la législation sociale européenne s'est avant tout concentrée sur le fait de favoriser la **mobilité et la libre-circulation des travailleurs** au sein de la Communauté économique européenne, puis de l'Union européenne, afin de parfaire le marché commun.¹³ « *La libre circulation des travailleurs n'est optimale que si elle répond à deux critères : la reconnaissance à l'échelle de l'Union européenne des qualifications professionnelles obtenues au sein d'un État membre et la coordination des régimes de protection sociale.* » Suite au règlement 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille au sein de la Communauté européenne¹⁴, une grande étape a été franchie après l'entrée en vigueur en mai 2010 de deux règlements¹⁵ qui garantissent la **préservation des droits des citoyens européens** dans toute l'UE. Ils concernent les branches suivantes de la sécurité sociale : maladie, maternité, accidents du travail, maladies professionnelles, prestations familiales, d'invalidité, de chômage, de retraite et de décès.

¹³ Idem, p.10.

¹⁴ Europa, Synthèses de la législation de l'UE, Les régimes de sécurité sociale et la libre circulation des personnes: règlement de base).

¹⁵ Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et inclusion, Législation de l'UE.

2. LA STRATEGIE SOCIALE EUROPEENNE POUR LA DECENNIE 2010

2.1. LE PAQUET « INVESTISSEMENTS SOCIAUX » DE LA COMMISSION EUROPEENNE : UNE STRATEGIE POUR LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE

En février 2013, la Commission européenne a adopté une communication sur les **investissements sociaux**, indispensables à la croissance et à la cohésion sociale des États membres. Elle donne la priorité à la **modernisation** des systèmes de protection sociale, afin que les ressources financières des politiques sociales soient utilisées de façon plus **efficace** et **efficace** à budget constant ou réduit en période de crise budgétaire.¹⁶ Elle contient des conseils et une assistance aux États membres dans le but de mettre en œuvre des modèles d'investissement social.

La Commission européenne définit l'investissement social comme l'**investissement « dans les personnes en adoptant des mesures pour renforcer leurs compétences et leurs capacités et leur permettre de participer pleinement au monde du travail et à la société. Les domaines prioritaires sont l'éducation, des services de garde d'enfants de qualité, les soins de santé, la formation, l'aide à la recherche d'emploi et la réinsertion. »**¹⁷ Le but premier des investissements sociaux est de permettre, avant tout aux enfants, aux jeunes, aux demandeurs d'emploi, aux femmes, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux personnes sans-abri, de **participer de façon plus active** à l'économie, au marché du travail et à la société aujourd'hui et dans le futur. Au final, les employeurs devraient disposer d'une main d'œuvre active plus nombreuse, plus qualifiée et en meilleure santé, ce qui bénéficiera, selon la Commission européenne, à l'ensemble de la société (plus grande productivité, taux d'emploi plus élevé, meilleure santé, plus grande inclusion sociale, plus grande prospérité pour tous).

Les contraintes budgétaires de chaque État membre sont définies comme les limites des politiques sociales. La Commission promeut, entre autres, des **mesures sociales préventives** pour éviter des dépenses supplémentaires de soins et concentrer les ressources financières sur les personnes qui en ont le plus besoin.

2.2. LA STRATEGIE DE CROISSANCE EUROPE 2020

En mars 2010, la Commission européenne a publié une communication, intitulée « *Europe 2020 : stratégie pour la croissance de l'Union européenne* » ; elle est primordiale car elle définit le socle fondamental des perspectives et politiques européennes à l'horizon 2020. Cette stratégie se découpe en **trois grands axes** : une **croissance intelligente** (pour « *développer une économie fondée sur la connaissance et l'innovation* ») ; **durable** (pour « *promouvoir une économie plus efficace dans l'utilisation des ressources, plus verte, et plus compétitive* ») ; **inclusive** (pour « *encourager une économie à fort taux d'emploi favorisant la cohésion sociale et territoriale* »). Dans cette idée, elle dresse cinq objectifs pour 2020 (emploi, recherche et développement, changement climatique et énergies renouvelables, éducation et lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale) dont les deux suivants : un emploi pour 75% des 20-64 ans et la réduction d'au moins 20 millions du nombre de personnes touchées ou menacées par la pauvreté et l'exclusion sociale.¹⁸

¹⁶ Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et inclusion, *Investissements sociaux: la Commission encourage vivement les États membres à mettre l'accent sur la croissance et la cohésion sociale.*

¹⁷ Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et inclusion, *Investissement social.*

¹⁸ Commission européenne, *Europe 2020- Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive*, 2010, p. 4.

Une des sept initiatives de la Stratégie Europe 2020 est la **Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale** qui doit aider les États membres à atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté cité précédemment. La Plateforme se concentre sur cinq domaines d'action privilégiés : (1) des mesures portant sur l'éventail complet des politiques (marché du travail, revenu minimum garanti, soins de santé, etc.), (2) une **meilleure utilisation des fonds** de l'Union pour soutenir l'inclusion sociale dans le cadre du Fonds social européen, (3) la promotion de la fiabilité des données concernant l'efficacité ou non des innovations en matière de politique sociale, (4) un partenariat avec la société civile, (5) la **coordination renforcée** des politiques des États membres (Comite de la protection sociale).¹⁹

Les objectifs de la Stratégie Europe 2020 se déclinent en **objectifs nationaux**. Le tableau ci-dessous résume ces objectifs concernant la réduction de la population menacée de pauvreté et d'exclusion sociale et le taux d'emploi. Ils sont fixés par rapport à l'année de référence 2008.

	Population menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2008 (en millions et %) ²⁰	Population menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2011 (en millions et %)	Objectifs de réduction de la population menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2020 (millions)	Taux d'emploi en 2008 ²¹	Taux d'emploi en 2011	Objectifs de taux d'emploi en 2020
UE à 27	116 23,5%	119,6 24,2%	-20	65,8%	64,3%	75%
Belgique	2,3 20,8%	2,3 21%	-0.38	62,4%	61,9%	73,2%
Bulgarie	2,88 38,2%	3,7 49,1%	-0.26	64%	58,5%	76%
Espagne	10,5 22,9%	12,4 27%	-1.5	64,3%	57,7%	74%
France	11,4 18,6%	11,8 19,3%	-1.6	64,8%	63,8%	75%
Italie	15,2 25,3%	-	-2.2	58,7%	56,9%	67-69%
Pologne	11,4 30,5%	10,2 27,2%	-1.5	59,2%	59,7%	70%
Portugal	2,77 26%	2,6 24,4%	-0.2	68,2%	64,2%	74%
République tchèque	1,6 15,3%	1,6 15,3%	-0.03	66,6%	65,7%	75%
Roumanie	9,4 44,2%	8,6 40,3%	-0.58	59%	58,5%	70%
Slovaquie	1,1 20,6%	1,1 20,6%	-0.17	62,3%	59,5%	72%

On peut observer que la crise économique européenne éloigne de nombreux pays des objectifs de la stratégie Europe 2020, notamment les pays profondément enlisés dans des crises sociales comme l'Espagne ou la Bulgarie. D'autres résistent comme la Belgique, la France, la République tchèque, la Slovaquie et la Roumanie.

¹⁹ Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et Inclusion, *Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.

²⁰ Personne menacée de pauvreté ou d'exclusion sociale : personne confrontée à au moins une des trois formes d'exclusions suivantes : à risque de pauvreté, en situation de privation matérielle sévère ou vivant dans des ménages à très faible intensité de travail.

²¹ Taux d'emploi : proportion de la population en âge de travailler qui est en activité : Eurostat, Statistics explained, *Statistiques sur l'emploi*.

3. LA METHODE OUVERTE DE COORDINATION : VERS UNE HARMONISATION SOCIALE ?

Un **Comité de la protection sociale consultatif** (CPS) a été créé officiellement par des décisions du Conseil en 2000 et en 2004 afin de faire coopérer les États membres et la Commission dans le domaine de la protection sociale. Ce comité est aussi appelé « **MOC sociale** » du nom de la **méthode ouverte de coordination** (MOC) qui a été instituée dans le cadre de la stratégie de Lisbonne en 2000 pour faciliter la coopération entre les États membres de l'UE.

Dans le cadre de la Stratégie Europe 2020, le CPS concentre son travail sur trois volets²² :

- **L'inclusion sociale et professionnelle** : lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;
- La réforme des pensions et des **systèmes de retraite** : revenu adéquat, conséquences budgétaires du vieillissement, allongement de la vie professionnelle, accessibilité aux régimes privés et par capitalisation ;
- Les **soins de santé** et soins de longue durée : garantir l'accès aux soins de santé, introduction de mesures de prévention, favoriser la qualité de façon viable financièrement.

Une MOC définit des **objectifs communs de convergence** et met en place une série d'instruments²³ (statistiques, indicateurs, lignes directrices) permettant d'établir des comparaisons de performance des États membres, ce qui facilite la mise en valeur des bonnes pratiques. Dans la MOC, l'évaluation des politiques nationales est faite par d'autres États membres (*peer pressure*). Les textes approuvés et les comparaisons faites entre les pays ont pour but d'influencer les États à agir dans un sens précis (*soft law*).²⁴ Le benchmarking est au centre de l'organisation de la MOC d'après la logique de « *naming/blaming/shaming* » qui met en porte-à-faux les États jugés les plus éloignés des objectifs communs et met en avant les bonnes pratiques des pays jugés en avance par rapport à ces mêmes objectifs.²⁵ Toutefois, la méthode ouverte de coordination ne comprend aucun aspect contraignant pour les États membres et leur action dépend uniquement de leur bonne volonté. Si les objectifs fixés ne sont pas atteints, aucune sanction n'est prévue.

Afin d'aider les décideurs politiques dans leurs engagements, des **indicateurs de pauvreté** ont été construits par le Comité de protection sociale, afin qu'ils servent d'instruments de mesure des tendances sociales européennes et d'analyse des politiques publiques mises en place. Les trois principaux indicateurs européens permettent d'établir une vision multidimensionnelle du risque de pauvreté et d'exclusion sociale :

- Le taux de risque de pauvreté : « *part des personnes ayant un revenu disponible équivalent (après transferts sociaux) inférieur au seuil de risque de pauvreté, fixé à 60% du revenu disponible équivalent médian national après transferts sociaux* »²⁶ ;
- Le taux de privation matérielle : « *mesure la part de la population incapable de couvrir les dépenses liées à au moins trois des neuf éléments suivant: paiement du loyer, d'un emprunt*

²² Conseil de l'Union européenne, *Approbation de l'avis du Comité de la Protection Sociale sur la relance de la MOC sociale dans le cadre de la stratégie Europe 2020*, 2011, pp.3,7-9.

²³ La Commission européenne coordonne un système d'information mutuelle sur la protection sociale (Mutual Information System on Social Protection – MISSOC) qui regroupe toutes les données nécessaires afin de comparer les différents systèmes de sécurité sociale européen.

²⁴ Europa, Synthèses de législation, *Glossaire: Méthode ouverte de coordination*.

²⁵ Hassenteufel Patrick, *Quelle européanisation des systèmes de santé ?*, 2013, p.52.

²⁶ Eurostat, Statistics explained, *Glossaire: Taux de risque de pauvreté*.

hypothécaire ou des factures d'eau/gaz/électricité; chauffage adapté du logement; dépenses imprévues; consommation régulière de viande ou d'une autre source de protéines; vacances; téléviseur; réfrigérateur; voiture; téléphone.

- L'indicateur des personnes vivant dans des ménages à faible niveau d'intensité de travail : « part des personnes vivant dans un ménage dont le niveau d'intensité de travail est inférieur à 0,20. L'intensité de travail d'un ménage correspond au rapport entre, d'une part, le nombre de mois ouverts par tous les membres du ménage en âge de travailler durant l'année prise comme référence pour le calcul du revenu et, d'autre part, le nombre total de mois qui auraient pu, en théorie, être ouverts par les membres du ménage. »²⁷

Chaque État membre possède donc des objectifs nationaux en relation avec la stratégie européenne. Ces objectifs nationaux et les moyens mis en œuvre pour les atteindre se retrouvent dans les **Programmes nationaux de réforme**. Les États membres fournissent complémentirement un **Rapport social national** élaboré dans le cadre de la MOC sociale qui reprend les objectifs et les politiques menées²⁸.

²⁷ Eurostat, Statistics explained, *Glossaire: Personne vivant dans un ménage à faible niveau d'intensité de travail*.

²⁸ Conseil de l'Union européenne, *op.cit.* (2011), p.4.

III. Politiques sociales européennes : Revenu minimum garanti, inclusion sociale des personnes handicapées et dépendance-vieillesse

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

Article 1 – Dignité humaine : La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée.

Article 34, 3 : Afin de lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, l'Union reconnaît et respecte le droit à une aide sociale et à une aide au logement destinées à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, selon les modalités établies par le droit communautaire et les législations et pratiques nationales.

Comme nous l'avons vu précédemment, en vertu du principe de subsidiarité, la protection sociale, l'aide sociale et la santé publique sont de la compétence des États membres mais l'UE peut mener des actions qui soutiennent et complètent les actions nationales. Nous allons étudier plus précisément son action dans trois domaines sociaux : le revenu minimum garanti, l'inclusion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap et la dépendance-vieillesse.

1. VERS UN REVENU MINIMUM GARANTI EUROPEEN ?

15

Le revenu minimum garanti²⁹ est un instrument de lutte contre les inégalités par le bas de l'échelle sociale, contre la pauvreté, et favorise l'accès des citoyens à l'exercice de leurs droits fondamentaux. Il est donc un véritable **investissement social** qui facilite l'**insertion sociale et professionnelle** des personnes en situation de pauvreté. En outre, depuis le Traité de Lisbonne, la Charte des Droits Fondamentaux de l'UE, énonçant notamment des droits et des principes en matière d'aides sociales, bénéficie de la même valeur juridique que les traités européens. Cette Charte considère l'aide sociale minimum comme un droit à une vie digne pour tous les citoyens européens. Dans ce cadre, plusieurs institutions européennes se sont saisies de cette question.

1.1. LA RECOMMANDATION DE LA COMMISSION EUROPEENNE RELATIVE A L'INCLUSION ACTIVE DES PERSONNES EXCLUES DU MARCHE DU TRAVAIL

La recommandation³⁰ promeut une stratégie globale et intégrée en faveur de l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail, combinant 3 piliers³¹ :

²⁹ Pour en savoir plus, Cadic Pol, *Un revenu minimum garanti européen ? Enjeux et opportunités*, Working paper, Think Tank européen Pour la solidarité, juin 2013.

³⁰ Commission européenne, *Recommandation du 3 octobre 2008 relative à l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail*.

³¹ Europa, Synthèses de la législation de l'UE, *Inclusion active des personnes exclues du marché du travail*.

- **Un complément de ressources adéquat** : les États membres devraient reconnaître le droit fondamental de la personne à des ressources et prestations suffisantes dans le cadre d'un dispositif global et cohérent de lutte contre l'exclusion sociale;
- **Des marchés du travail favorisant l'insertion** : les États membres devraient apporter une aide efficace aux personnes dont la situation leur permet de travailler pour trouver, retrouver et conserver un emploi correspondant à leurs capacités professionnelles;
- **l'accès à des services de qualité** : les États membres devraient garantir un soutien social approprié aux personnes concernées pour promouvoir l'inclusion économique et sociale.

Cette recommandation rappelle donc le respect de la dignité humaine comme un principe fondateur de l'UE. Toutefois, cette stratégie doit prendre en compte les contraintes budgétaires et économiques inhérentes à l'introduction de tels dispositifs.

1.2. LA RESOLUTION DU PARLEMENT EUROPEEN SUR LE ROLE DU REVENU MINIMUM DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET LA PROMOTION D'UNE SOCIETE INCLUSIVE EN EUROPE

Dans cette résolution³², le Parlement européen fait référence aux textes précédents et presse les États membres d'introduire ou d'améliorer leurs systèmes de **revenu minimum garanti** en portant le seuil à **60% du revenu médian** de chaque État membre. Le salaire minimal se doit aussi d'être toujours supérieur au seuil de pauvreté. Au Portugal, le salaire minimum après impôts se trouve en-dessous de ce seuil ce qui n'est pas acceptable. Tous les États membres doivent ainsi établir un seuil de revenu minimum dans une stratégie générale qui comporte différentes garanties : éducation gratuite, santé, formation tout au long de la vie.

1.3. AVIS ADOPTE PAR LE COMITE ECONOMIQUE ET SOCIAL EUROPEEN SUR LE REVENU MINIMUM EUROPEEN ET LES INDICATEURS DE PAUVRETE

Récemment, le Comité économique et social européen (CESE) a voté un avis³³ qui met en exergue le fait que dans la conjoncture sociale actuelle en Europe, **l'instauration d'un revenu minimum européen** « contribuera à assurer la **cohésion économique, sociale et territoriale**, à protéger les droits fondamentaux de la personne, à garantir un équilibre entre les objectifs d'ordre économique et d'ordre social et à redistribuer équitablement les ressources et les revenus ». Il propose à cet effet l'adoption d'une **directive-cadre** sur un revenu minimum adéquat (adapté à chaque État membre) et la création d'un fonds européen approprié pour financer cette mesure. Le CESE insiste aussi sur l'évaluation de l'impact social (pauvreté et exclusion sociale) des politiques d'austérité actuellement menées dans l'UE.

³² Parlement européen, *Résolution du Parlement européen du 20 octobre 2010 sur le rôle du revenu minimum dans la lutte contre la pauvreté et la promotion d'une société inclusive en Europe*.

³³ Comité économique et social européen, *Avis du CESE: Revenu minimum européen et indicateurs de pauvreté*.

2. LES POLITIQUES EUROPEENNES D'INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES : VERS UNE CONVERGENCE ENTRE LES GRANDES STRATEGIES INTERNATIONALES

En adhérant à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, à la Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées, mais aussi au Plan d'action du Conseil de l'Europe 2006-2015, les États européens convergent en matière d'adaptation de leurs politiques aux grandes stratégies internationales pour l'insertion des personnes handicapées.

2.1. LA CONVENTION DES NATIONS UNIES RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES

Adoptée le 13 décembre 2006, la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)³⁴ propose une nouvelle approche du handicap qui est une avancée majeure pour la promotion des droits de l'homme et de **l'égalité de traitement** en Europe et dans le monde. La CDPH oblige les gouvernements (la signature d'une convention dans le cadre des Nations Unies constitue un engagement contraignant pour les États signataires) à défendre les droits des personnes handicapées, de les protéger contre la discrimination et de favoriser leur intégration au sein de la société.

La CDPH vient donc compléter les traités internationaux existants concernant les droits de l'homme, elle précise les obligations et les devoirs qui incombent juridiquement aux États de respecter et de garantir l'égalité des droits aux personnes handicapées. Elle identifie également les domaines dans lesquels les adaptations s'imposent pour que les personnes handicapées puissent exercer leurs droits. Elle indique notamment les normes minimales qui devraient être universellement applicables à tous et qui constituent la base d'un cadre d'action cohérent.

17

2.2. LA STRATEGIE DE L'UNION EUROPEENNE 2010-2020 EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

La « Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves » vise à améliorer leur **inclusion sociale**, leur bien-être et le plein exercice de leurs droits³⁵. Elle est fondée sur la mise en application effective de la CDPH.

Afin de favoriser l'inclusion des personnes handicapées, la Commission européenne a identifié huit domaines d'**action conjointe** entre l'UE et les États membres : accessibilité, participation, égalité, emploi, éducation et formation, protection sociale, santé et action extérieure à l'UE. La mise en œuvre de la stratégie repose sur l'engagement commun des institutions de l'UE et de ses États membres, dont les actions visent à :

- Sensibiliser la société aux problématiques liées au handicap, et à promouvoir les droits des personnes handicapées ;

³⁴ Le texte complet de la Convention est disponible sur: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

³⁵ Commission européenne, *Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées: un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves*, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au CESE et au Comité des régions du 15 novembre 2010.

- Développer les possibilités de financement européen ;
- Améliorer la collecte et le traitement des données statistiques ;
- Assurer le suivi de la mise en application de la convention des Nations Unies dans les États membres et au sein des institutions européennes.

3. LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE-VIEILLESSE DANS L'UNION EUROPEENNE

Le **vieillissement de la population** et la prise en charge de la dépendance sont des thématiques communes à tous les États membres. Selon un rapport de la Commission européenne, la population âgée de plus de 65 ans représentera d'ici 2060 près d'**un tiers de la population européenne**³⁶. L'UE a donc été amenée à s'intéresser à cette tendance qui affecte, de manière grandissante, les budgets nationaux et donc les déficits publics des États membres. Les dépenses sociales en matière de dépendance constituent en effet le deuxième poste le plus important après les retraites.

Il n'y a pas de définition commune de la dépendance au niveau européen. Chaque État membre utilise des définitions variables qui se réfèrent à des degrés de dépendance établis au niveau national. Le Conseil de l'Europe définit pour sa part la dépendance comme « *l'état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie* »³⁷. Selon Eurostat, la part de la population dépendante pourrait passer de 25,39% en 2008 à **38 % en 2030** et à **53,47% en 2060**. En tant que telle, la question de la dépendance n'est donc pas limitée à une tranche d'âge particulière bien qu'elle concerne plus spécifiquement les personnes âgées, plus exposées aux maladies dégénératives et chroniques.

Dans le cadre général de la stratégie Europe 2020, l'idée dominante est de transformer les effets économiques négatifs du vieillissement inéluctable de la population européenne en **atouts pour la croissance** économique de l'UE. Ainsi, il est considéré que les services aux personnes âgées constituent un secteur dans lequel la **création d'emplois non dé-localisables** sera potentiellement importante ; ces « emplois blancs » constituant par ailleurs un facteur d'inclusion directe et indirecte dans le marché du travail en permettant une meilleure **conciliation entre vie privée et vie professionnelle**³⁸. L'objectif de l'UE est de réduire les situations de dépendance des personnes âgées grâce aux **politiques de vieillissement actif** qui visent à améliorer les possibilités d'emploi et les conditions de travail des personnes âgées, afin de les aider à jouer un rôle actif dans la société et à encourager le vieillissement en bonne santé³⁹.

À l'appui de ce concept, un groupe de pilotage, associant des représentants des États membres et des régions, des entreprises, des professionnels des soins de santé et des services sociaux, des organisations de personnes âgées et de patients, ainsi que d'autres groupes d'intérêt, s'est réuni en mai 2011 afin de réfléchir à la mise en place d'un « **partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé** »⁴⁰. L'année 2012 proclamée « *Année européenne du*

³⁶ Commission européenne, « *The 2009 Ageing report : Underlying Assumptions and Projections Methodologies*, 2008.

³⁷ Comité des ministres du Conseil de l'Europe, Recommandation n° R(98)9 relative à la dépendance, 18 septembre 1998.

³⁸ Pour la Solidarité et Groupe Chèque Déjeuner, *Les services à la personne en Europe : regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir*, janvier 2012, p 35.

³⁹ Décision n° 940/2011/UE du Parlement européen et du Conseil du 14 septembre 2011 relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012), art. 2.

⁴⁰ Commission européenne, *Vieillir actif et en bonne santé: l'UE crée un groupe pour piloter l'innovation*, 2 mai 2011.

vieillessement actif » a témoigné de l'attention particulière portée par les institutions de l'UE à ce domaine qui exige une approche multidimensionnelle.

L'UE encourage ainsi le développement d'un domaine d'étude particulier, la **gérontechnologie** (ou gérontotechnologie), qui couvre des dimensions variées comme la santé, le logement, la mobilité, la communication, les loisirs et le travail des personnes âgées. Les résultats des recherches s'adressent notamment aux ergonomes, constructeurs de logements, ingénieurs, professionnels de santé, etc. et ont pour but l'instauration d'un environnement de vie adapté.

D'autres initiatives sont développées au niveau européen et notamment le programme commun « *Assistance à l'autonomie à domicile* » (AAD). AAD est un programme visant à encourager la **recherche sur l'utilisation des TIC**, le développement de produits et de services qui permettent aux personnes âgées de « *bien vieillir dans la société de l'information* » c'est-à-dire de vivre le plus possible de manière autonome.

PARTIE II : MINIMA SOCIAUX, PRESTATIONS HANDICAP ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE PAR PAYS

I. BELGIQUE

	UE27	Belgique
Taux de risque de pauvreté ⁴¹ (après transferts sociaux).	16,9% (2011)	15,3% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté ⁴²	8.9% (2011)	4,2% (2011)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) ⁴³ En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	10.797 (2011)
PIB/habitant ⁴⁴ en SPA	100 (2012)	119 (2012)
Taux de croissance du PIB ⁴⁵ (Réel en volume)	-0.4 (2012)	-0,1 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) ⁴⁶ 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale	0,307 (2011)	0,263 (2011)

La Belgique est un État fédéral composé d'entités fédérées, les Communautés et les Régions. La sécurité sociale proprement dite est une **matière fédérale**.

En Belgique, trois fonctions principales sont assurées par la sécurité sociale. Tout d'abord, l'on reçoit un **revenu de remplacement** en cas de perte de salaire (chômage, pension, incapacité de travail). Ensuite, on touche un **supplément au revenu** en cas de « charges sociales » tels que des frais de maladie ou l'éducation d'enfants. Enfin, on perçoit des prestations d'**aide sociale** en cas d'absence de tout type de revenu.

L'ensemble du système de sécurité sociale classique est reparti entre **trois régimes**, un pour les travailleurs salariés, un pour les travailleurs indépendants et un dernier pour les fonctionnaires.

La sécurité sociale classique est composée de **7 branches** : Les pensions de retraite et de survie ; le chômage ; l'assurance contre les accidents du travail ; l'assurance contre les maladies professionnelles ; les prestations familiales ; l'assurance maladie-invalidité et les vacances annuelles.

En parallèle, il existe des régimes résiduaux faisant partie de l'**aide sociale** et qui comprennent : le revenu d'intégration (l'ex minimum de moyens d'existence) et l'aide sociale au sens strict; la garantie de ressources aux personnes âgées (la "grapa") ; les prestations familiales garanties et les allocations aux personnes handicapées⁴⁷.

⁴¹ Eurostat, *En 2011, 24% de la population était menacée de pauvreté ou d'exclusion sociale*, 3 décembre 2012, p. 2, (site Internet).

⁴² Eurostat, *Taux de risque de pauvreté au travail*, tableaux (source EU-SILC).

⁴³ Eurostat, *Seuil du risque de pauvreté*, tableaux (source EU-SILC).

⁴⁴ Eurostat, *PIB par habitant en SPA*, tableaux (source EU-SILC).

⁴⁵ Eurostat, *Taux de croissance du PIB réel – en volume*, tableaux.

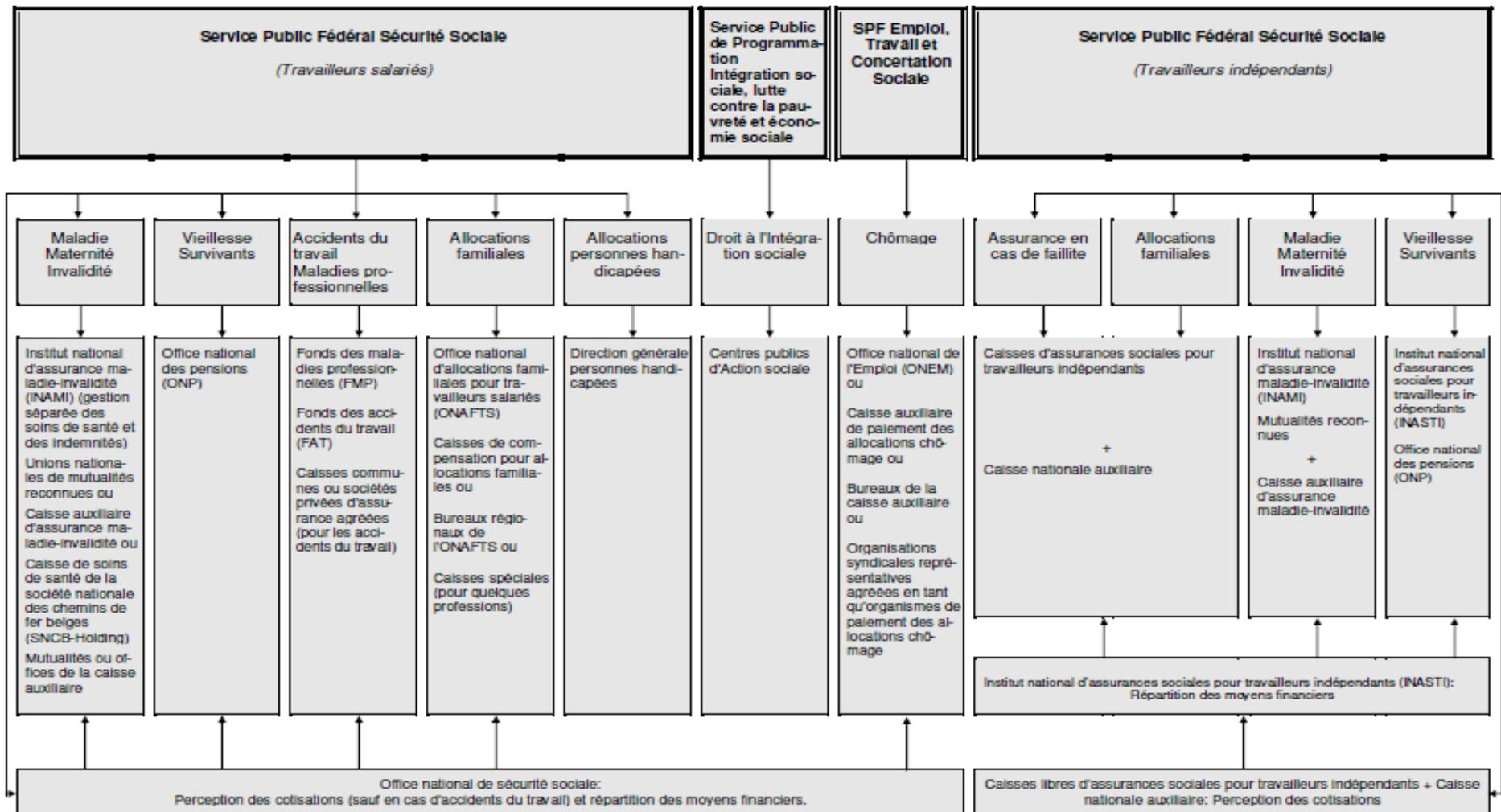
⁴⁶ Eurostat, *Coefficient de Gini du revenu disponible équivalent*, tableaux (source EU-SILC).

⁴⁷ « Sécurité Sociale en bref », via : <http://www.securitesociale.fgov.be/fr/over-de-fod/sociale-zekerheid-kort/sociale-zekerheid-kort.htm>

Organisation de la protection sociale

Belgique

1/1/2013



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U R S	<p>Au niveau fédéral, le Service Public Fédéral de Programmation (SPF) Intégration sociale et lutte contre la pauvreté et économie sociale prépare et met en œuvre la politique fédérale pour garantir les droits sociaux fondamentaux. Les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS), organismes dépendants du niveau communal sont responsables des prestations de l'aide sociale. Ceux-ci s'attaquent à l'intégration sociale et interviennent financièrement auprès des personnes démunies. Ainsi, ils sont au cœur de la politique de lutte contre la pauvreté en Belgique.</p>	<p>Les politiques en faveur des personnes en situation de handicap relèvent en grande partie de la sécurité sociale, qui est une compétence du Service Public Fédéral (SPF). Deux structures d'orientation existent au niveau fédéral : Le Conseil national supérieur des personnes handicapées (CSNPH) et le Belgian Disability Forum (BDF), qui est le relais entre les associations belges (asbl) et les institutions européennes.</p> <p>Au niveau régional/communautaire, les politiques sont menées essentiellement via des institutions spécifiques telles que le service PHARE en Région bruxelloise.</p>	<p>L'Office national des Pensions (ONP) est en charge de l'examen des demandes des GRAPA⁴⁸. La demande d'allocation APA doit quant à elle se faire auprès du bourgmestre de la commune de la personne.</p> <p>L'institut national d'assurances maladie-invalidité (INAMI) est une institution publique fédérale de sécurité sociale, sous la tutelle du Ministre des Affaires sociales. Il gère l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités et finance les services de soins paramédicaux prestés par les services de proximité⁴⁹.</p> <p>Il n'existe pas en Belgique de fédération nationale ou même régionale de services à la personne mais certaines fédérations se sont organisées autour de types d'activités et de services prestés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruxelles : La commission communautaire française exerce la compétence législative pour la politique des personnes âgées concernant les institutions francophones et la Communauté flamande le fait pour les institutions néerlandophones. - Flandre : Le ministre du Bien-être, de la santé et de la famille est en charge. - Wallonie : La Communauté française a transféré l'exercice de la politique du troisième âge à la Région wallonne pour la partie francophone de la Région. La Communauté germanophone reste compétente pour la région de langue allemande.

⁴⁸ Site Internet Belgium.be, *Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)*.

⁴⁹ Selor, *L'Institut National d'Assurance-Maladie Invalidité (INAMI)*.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">D E S C R I P T I O N</p>	<p>Bien que le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté (2012) l'inscrive comme objectif, le revenu minimal d'intégration reste pour l'instant sous le seuil de pauvreté.</p> <p>Les Centres publics d'action sociale complètent le plus souvent le revenu d'intégration avec des aides sociales. Mais ces aides varient d'un CPAS à l'autre et introduisent donc une certaine insécurité pour les allocataires sociaux.</p>	<p>Le SPF Sécurité Sociale établit une reconnaissance de handicap, par le biais d'un pourcentage d'invalidité, qui permet à la personne en situation de handicap de bénéficier d'avantages sociaux et fiscaux.</p> <p>Est reconnue handicapée la personne dont les possibilités d'emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution d'au moins 30% de leur capacité physique ou d'au moins 20% de leur capacité mentale et l'évaluation est réalisée par un bureau régional pluridisciplinaire.</p> <p>Les personnes peuvent bénéficier de l'allocation de remplacement des revenus et de l'allocation d'intégration si certaines conditions sont remplies.</p> <p>Dans le cas des enfants, l'évaluation du handicap de l'enfant peut donner droit aux allocations familiales supplémentaires.</p>	<p>La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est un dispositif d'aide financière pour les personnes âgées ne disposant pas de ressources suffisantes.</p> <p>L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) est accordée à la personne handicapée âgée qui, en raison de la réduction de son autonomie, doit supporter des frais supplémentaires. L'APA peut donc être un complément à la GRAPA.</p> <p>Alors que la GRAPA et l'APA sont des dispositifs d'aide financière établis et gérés par l'État fédéral, la Communauté flamande a mis en place une assurance dépendance complémentaire qui n'a pas d'équivalent en Fédération Wallonie-Bruxelles.</p> <p>Le système des titres-services existe depuis 2004 et permet de promouvoir les emplois et services de proximité. Les objectifs premiers sont la création d'emplois et la lutte contre le travail au noir. Le titre-service permet aux utilisateurs de payer une entreprise agréée pour l'aide de nature ménagère⁵⁰. Mis en place par l'Etat au sein du Ministère fédéral de l'emploi, la compétence en matière de gestion et de contrôle de ce dispositif va être, dès 2014, attribuée aux Régions fédérées, en vertu de l'accord sur la 6ème réforme de l'État.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">L E G I S L A T I O N</p>	<p>Art. 23 de la Constitution belge se référant à la dignité humaine entendue entre autres comme un ensemble de droits sociaux et économiques, un droit au développement culturel et social et un droit à l'aide sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conformément à la directive européenne 2000/78/CE, la Belgique a adopté une législation nationale de lutte contre les discriminations fondées sur l'âge, l'orientation sexuelle, les convictions philosophiques et religieuses et le handicap. - Elle a également adopté la loi Anti-discrimination du 10 mai 2007, qui interdit les discriminations fondées notamment sur le handicap. - La Constitution belge a intégré depuis 2013 un article garantissant « <i>le droit de bénéficier, en fonction de la nature et de la gravité de son handicap, des mesures qui lui assurent l'autonomie et l'intégration sociale et professionnelle ainsi que la participation à la vie en société</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Bruxelles : Décret du 27/05/1999 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile. - Flandre : Décret du 22/10/2006 relatif aux services de proximité et décret du 13/03/2009 sur les soins résidentiels et de proximité. - Wallonie : Le cadre légal wallon actuel qui régit la reconnaissance de ces services et leur subventionnement par le gouvernement régional est le décret du 6/12/2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées.

⁵⁰ « Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale », <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=651>

Bonnes pratiques

Les chèques culture et sport : Une partie du budget des CPAS est destinée à promouvoir, au sein de la population, les activités culturelles et sportives. Il s'agit d'une aide octroyée par les CPAS afin de permettre aux personnes avec peu de moyens financiers (toute personne bénéficiant d'un service ou d'une aide du CPAS, ou, par demande selon les cas particuliers) de participer à la vie culturelle et sociale ainsi qu'à des activités sportives. C'est dans ce but qu'ont été inventés les 'chèques culture' et les 'chèques sport', permettant aux personnes de faire du sport et de participer à certaines activités culturelles. Si le CPAS a une collaboration avec l'association (asbl) nommée 'Article 27', il pourra également proposer des « chèques Article 27 » permettant de visiter des musées, d'assister à des pièces de théâtre, à des concerts, et à un tas d'autres événements etc⁵¹.

Les chèques-taxis: Les chèques-taxis ont été mis en place par la Région de Bruxelles-Capitale. Ils ont une valeur universelle telle des chèques-repas. Ce moyen de paiement à bord des taxis revêt un caractère social qui permet aux personnes à mobilité réduite et à faibles revenus d'utiliser le taxi comme moyen de transport. Pour pouvoir en bénéficier il faut être domicilié à Bruxelles et soit être handicapé à 66% (avec certaines conditions), soit avoir plus de 75 ans (avec certaines conditions)⁵².

⁵¹ Site Internet de la Région Bruxelles-Capitale, *Qu'est-ce que l'aide pour la participation sociale, sportive et culturelle ?*

⁵² Site de Bruxelles Mobilité : <http://www.bruxellesmobilite.irisnet.be/articles/taxi/un-taxi-la-portee-de-tous>

II. BULGARIE

	UE27	Bulgarie
Taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux).	16,9% (2011)	22.3% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	8.2% (2011) 7.4% (2012)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	3.436 (2011)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	47 (2012)
Taux de croissance du PIB (Réal en volume)	-0.4 (2012)	0.8 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale	0.307 (2011)	0.35 (2011); 0.336 (2012)

En termes relatifs, la Bulgarie est l'un des pays de l'UE où l'impact des prestations sociales a été le plus faible⁵³. En effet, cet État a des **dispositions très limitées, partielles ou fragmentaires**, qui sont restreintes à certaines catégories très étroites de personnes et ne couvrent qu'une partie des personnes dans le besoin⁵⁴.

La Bulgarie compte, de ce fait, une série de défis à relever dans le domaine de l'inclusion sociale de certains groupes cibles et de la pauvreté⁵⁵. Dans le contexte de l'adhésion de la Bulgarie à l'UE, la **lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale** est devenue l'une des principales priorités du gouvernement bulgare.

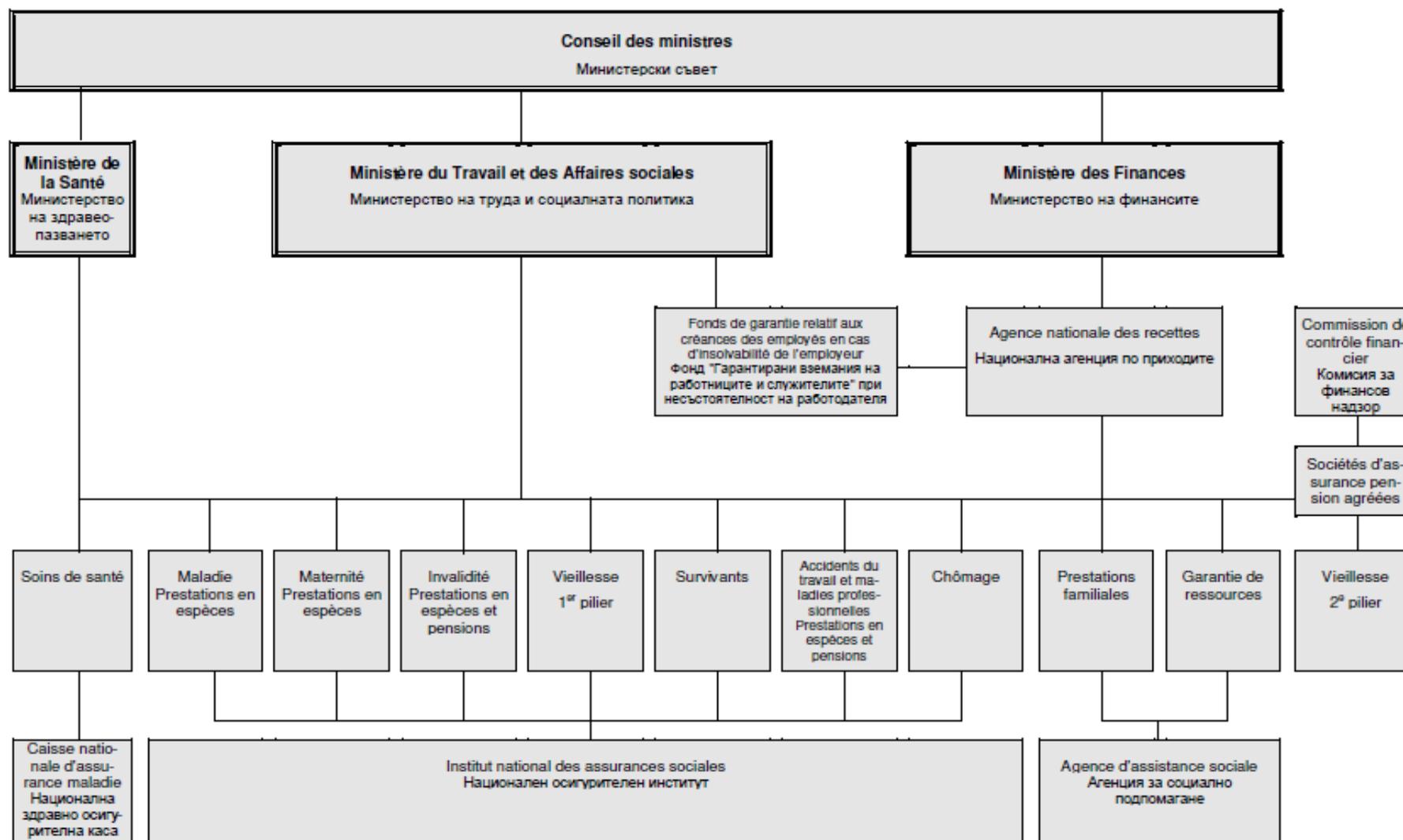
Aujourd'hui, la protection sociale du pays est composée des régimes d'**assurance sociale** classiques basés sur les cotisations, de la **sécurité sociale non contributive** et de l'**aide sociale**, avec le système de services sociaux. On prévoit des programmes spécifiques d'aide sociale et de soins, la création d'emplois pour les groupes défavorisés, des allocations familiales pour enfants, etc. C'est le budget de l'État qui finance le régime de sécurité sociale non contributif et celui d'aide sociale. L'**Institut national d'assurance** gère l'assurance sociale publique. Celle-ci prévoit des indemnités en espèces, des prestations et des pensions en cas d'incapacité de travail temporaire, de maternité, de réduction temporaire de la capacité de travail, de chômage, d'invalidité, de vieillesse et de décès⁵⁶.

⁵³ Eurostat, Statistiques sur la répartition des revenus.

⁵⁴ Frazer Hugh and Marlier Eric, *Minimum Income Schemes Across EU Member States*, 2009.

⁵⁵ Conseil des ministres de la République de Bulgarie, *National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion in Bulgaria 2008-2010*, 2008.

⁵⁶ MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Bulgarie*, juillet 2012.



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U R S	<p>Le Ministère du travail et de la politique sociale s'occupe de la politique relative à l'assurance sociale publique, aux régimes de pension et à l'aide sociale.</p> <p>Le Ministère de la santé s'occupe de la politique relative aux soins de santé.</p> <p>L'Agence nationale des recettes fixe, contrôle et collecte les impôts et les cotisations aux assurances sociales.</p> <p>L'Institut national des assurances sociales organise l'affiliation à l'ensemble des régimes d'assurance publique pour les prestations en espèces.</p> <p>La caisse nationale d'assurance maladie a commencé à passer des contrats avec des prestataires de santé le 1er juillet 2000.</p> <p>L'Agence pour l'emploi prend des mesures visant à favoriser le retour à l'emploi des chômeurs, indépendamment de leur affiliation à l'assurance.</p> <p>L'Agence d'assistance sociale organise les activités relatives aux garanties de ressources, à l'aide sociale et aux prestations familiales⁵⁷.</p>	<p>L'Agence des personnes handicapées a été créée en 2005, afin de mettre en œuvre les différentes activités relatives à l'insertion de ces personnes⁵⁸. C'est l'organe exécutif de la politique de l'État pour l'intégration des personnes handicapées, sous la juridiction du Ministère de l'Emploi et de Politique Sociale.</p> <p>Diverses institutions et autorités définissent et mettent en œuvre des politiques nationales sur la vie professionnelle et l'inclusion sociale des personnes handicapées en Bulgarie : La Commission sur la politique sociale et d'emploi de l'Assemblée Nationale Bulgare, l'Agence pour l'emploi, l'Agence pour l'assistance sociale, l'Inspection du travail,; les Conseils municipaux et leurs administrations, les organisations nationales représentant les salariés, les organisations d'employeurs et les ONG pour les personnes handicapées⁵⁹.</p>	<p>Ces dernières années, le processus de décentralisation (réforme législative de 2003) a engendré une diversification des services notamment grâce à l'implication de la société civile dans la mise en œuvre des politiques à destination des personnes âgées. Les municipalités soustraient en effet fortement la fourniture des services sociaux à des opérateurs privés. Ces opérateurs (entreprises ou ONG) doivent être enregistrés auprès de l'Agence de l'Assistance Sociale, qui supervise par ailleurs la qualité et l'effectivité de l'ensemble des services sociaux⁶⁰.</p> <p>La sous-traitance auprès des ONG est une tendance constante mais freinée par le manque de confiance envers le secteur associatif, généralement dépendant des fonds publics et ayant de faibles capacités.</p> <p>En réaction, le gouvernement bulgare a initié des discussions portant sur la mise en place d'une stratégie nationale en faveur des ONG, dont le but est d'accroître la transparence du secteur. Les ONG seraient ainsi obligées d'être inscrites dans un registre spécifique « Intérêts Publics » pour pouvoir bénéficier des subventions de l'Etat⁶¹.</p>

⁵⁷ *Ibid*, p.5.

⁵⁸ MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Bulgarie*, 2012, p.5

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *idem*, p. 5

⁶¹ *idem*, pp. 3-4

D E S C R I P T I O N	<p>La Bulgarie a des politiques de revenu minimum limitées⁶².</p> <p>Les personnes ne disposant pas des moyens nécessaires pour subvenir à leurs besoins de base et ayant besoin d'aide pour réintégrer le marché du travail et la société peuvent, sur base d'un droit discrétionnaire, percevoir des allocations d'aide sociale mensuelles d'un montant différentiel. Ces allocations sont octroyées sous conditions de ressources et leur versement est organisé au niveau central. Le revenu minimum différentiel est un pourcentage du revenu minimum garanti de BGN 65 (33€) par mois. Il existe, selon les catégories de personnes, différents taux appliqués au minimum garanti pour déterminer le montant du minimum différentiel garanti⁶³. Le salaire minimum aujourd'hui en Bulgarie est, quant à lui, de 310 BGN (158,97 EUR)⁶⁴.</p>	<p>Régime d'assurance sociale contributif des personnes actives, avec des prestations liées aux revenus.</p> <p>L'amélioration de l'intégration sociale des personnes en situation de handicap, au marché du travail, est un problème fondamental en Bulgarie, conduisant à des phénomènes connexes, tels qu'une croissance de la pauvreté. Seules 5% des personnes handicapées en âge de travailler ont un travail en Bulgarie.</p> <p>Cela s'explique par le fait que le développement socio-économique du pays, très controversé et dynamique au cours des vingt dernières années de la transition, aurait eu un impact négatif sur le statut social des personnes handicapées. En outre, un environnement non adapté aux difficultés physiques de ces personnes peut compromettre leur insertion au marché du travail et leur inclusion sociale active.</p> <p>Enfin, pendant de nombreuses années, les politiques gouvernementales ont privilégié l'assistance et la lutte contre la pauvreté au détriment de programmes ayant pour objectif une intégration effective des personnes handicapées au sein de la société.</p>	<p>La situation socioéconomique de la Bulgarie des deux dernières décennies a eu un fort impact sur le statut social des personnes âgées. La demande en services sociaux pour les personnes dépendantes a augmenté et la constitution d'un réseau efficace de protection sociale est l'une des priorités du gouvernement bulgare⁶⁵.</p> <p>Le secteur de l'aide à domicile peut donc être considéré comme un secteur en construction. Longtemps sous-estimé et dévalorisé, ce secteur est généralement synonyme d'économie parallèle et d'emplois non-déclarés⁶⁶. Les évolutions législatives des dernières années ont pour objectifs de stimuler son développement dans un cadre juridique clair et de professionnaliser les intervenants. Les autorités locales ont conscience de l'intérêt de développer de nouveaux services créateurs d'emplois tandis que les ONG en profitent pour apporter leur créativité dans la mise en place de nouveaux types de services au sein de secteurs délaissés par les autorités publiques.</p>
--	---	---	---

⁶² Pour la Solidarité, « Revenu minimum en Europe », Avril 2010.

⁶³ Base de données des tableaux comparatifs MISSOC.

⁶⁴ LPG Bulgarie « *Les salaires en Bulgarie* ».

⁶⁵ Krastanova Elena, *More and better jobs in home-care services - Bulgaria*, 2013, p.19.

⁶⁶ Vladimirova Katia, *Le développement des services à la personne en Bulgarie*, 2008, p.1.

<p>L E G I S L A T I O N</p>	<p>Loi sur l'assistance sociale de 1998.</p> <p>Décret du Conseil des ministres n° 6 du 15/01/2009, relatif à la fixation du nouveau montant mensuel du Revenu minimum garanti.</p> <p>Règlement n°RD-07-5 du Ministère du Travail et de la politique sociale du 16/05/2008 relatif aux conditions et procédure d'octroi de l'allocation spécifique de chauffage.</p> <p>Décret n° 128 du Conseil des ministres du 25/05/2009 relatif à la détermination du nouveau montant de la Pension sociale de vieillesse⁶⁷.</p>	<p>La Stratégie nationale pour l'égalité des chances des personnes handicapées 2008-2015 vise à améliorer leur qualité de vie, la non-discrimination, l'égalité des chances ainsi que leur participation pleine et active au sein de toutes les sphères de la vie publique⁶⁸.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Code de l'assurance sociale de 1999, modifié en 2003. - Code du travail de 1986. - Loi sur l'insertion des personnes handicapées de 2004. - Loi sur l'assistance sociale de 1998. 	<ul style="list-style-type: none"> - Code de l'assurance sociale de 1999, modifié en 2003. - Loi sur le Budget des assurances sociales pour 2012. <p>Les soins de longue durée sont régis par diverses lois : la Loi sur l'aide sociale, la Loi sur la santé et la Loi sur l'assurance-santé qui fournit une base juridique pour les services rendus dans le cadre du système national obligatoire d'assurance maladie⁶⁹.</p>
---	---	--	--

⁶⁷ Base de données des tableaux comparatifs MISSOC.

⁶⁸ PODKREPA, Confédération du travail Bulgarie, *Rapport national synthétique Bulgarie – Projet ORA, Statut et problèmes des personnes handicapées en Bulgarie - Pour une participation active et inclusion adéquate au marché du travail*.

⁶⁹ Bratanova Asya, Karsheva Siana, *Closing the gap – in search for ways to deal with expanding care needs and limited resources*, 2011, p. 1.

Bonne pratique

*En tant qu'entreprise sociale, la **Coopérative Chernimorka**⁷⁰ a comme objectif principal de fournir des emplois aux personnes handicapées, vivant dans la ville de Burgas et dans la région. Chernimorka produit des vêtements pour enfants et assure des emplois pour des personnes handicapées, en particulier pour des femmes. La Coopérative emploie 100 personnes, dont 80 sont des femmes et 57% des personnes handicapées. Grâce à l'appui européen, fourni par le Programme de préadhésion PHARE (personne handicapée autonomie recherchée) et le FSE, la Coopérative a commencé à se moderniser et à ajuster son environnement de travail aux nécessités de ces personnes. L'objectif premier est de donner un emploi aux personnes handicapées et de les aider lors de leur intégration sociale, en insistant sur l'intégration des femmes handicapées.*

⁷⁰ PODKREPA Confédération du travail Bulgarie, *op.cit.*, pp. 24-25.

III. ESPAGNE

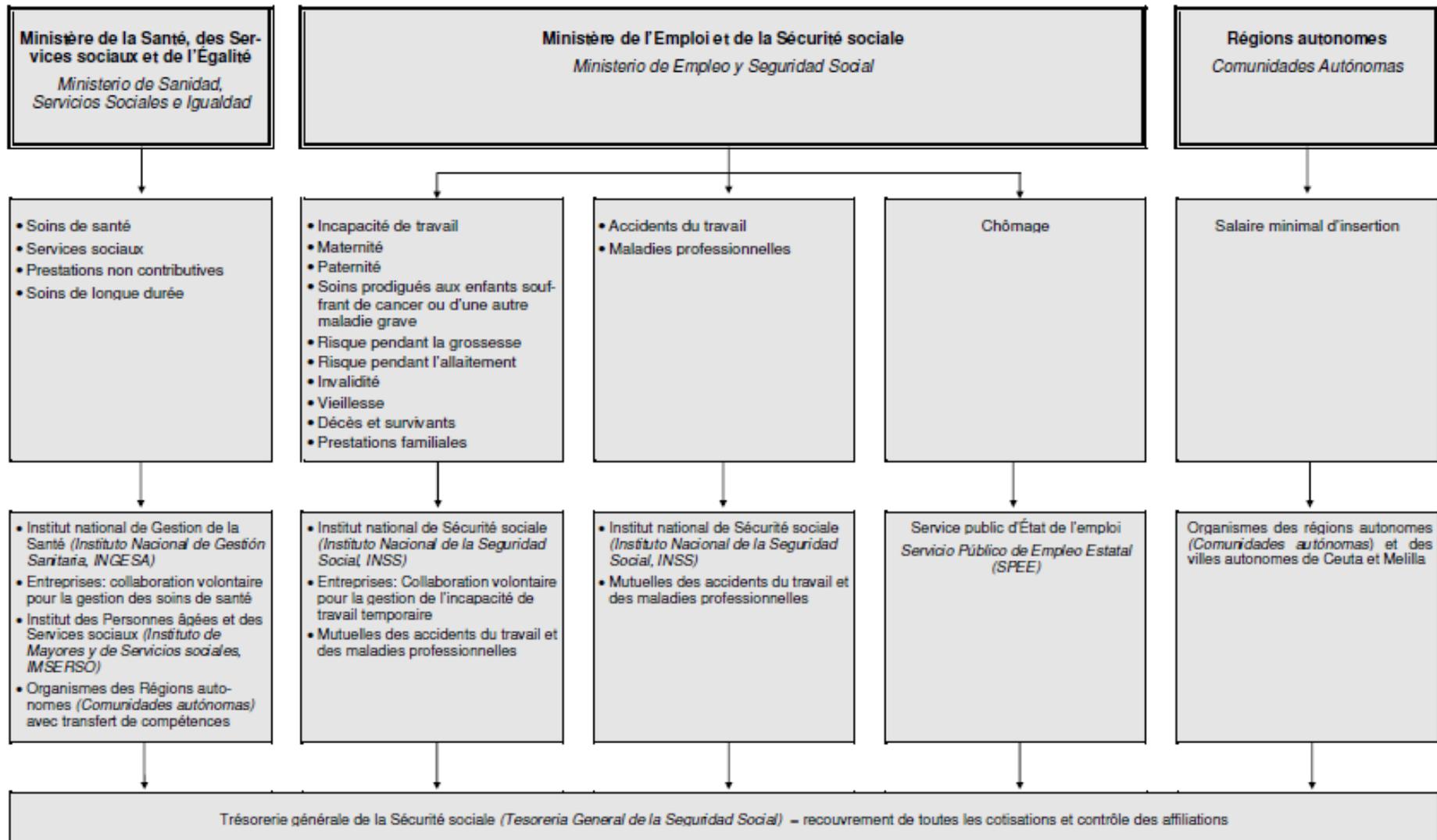
	UE27	Espagne
Taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux).	16,9% (2011)	21,8% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	12,3% (2011)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	7.392 (2012)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	99 (2011) 97 (2012)
Taux de croissance du PIB (Réel en volume)	-0.4 (2012)	-1,6 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale	0,307 (2011)	0,35 (2012)

Le système espagnol de sécurité sociale est fait de **deux niveaux de protection**:

- 1) Le **système contributif** avec un **régime général** et **trois régimes spéciaux** pour les travailleurs indépendants, les mineurs employés dans les mines de charbon et les gens de mer.
- 2) Le **système non contributif**, pour les personnes qui se trouvent dans une situation de besoin et dont les revenus sont inférieurs à un niveau établi par la loi. Ces personnes peuvent avoir droit aux prestations même si elles n'ont jamais cotisé ou si elles n'ont pas cotisé suffisamment longtemps pour avoir droit aux prestations versées dans le cadre du système contributif. Les prestations non contributives comprennent les soins médicaux, les pensions de vieillesse et d'invalidité, les prestations spéciales d'assistance en cas de chômage, les allocations familiales, et l'allocation de maternité non contributive.

De plus, certaines catégories limitées de personnes peuvent bénéficier d'une **assistance sociale supplémentaire** de la part de l'État ou des collectivités locales. Cette assistance s'adresse en priorité aux personnes âgées et handicapées⁷¹.

⁷¹ MISSOC, Vos droits en matière de sécurité sociale en Espagne, juillet 2012, p.4



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U R S	<p>L'Institut national de sécurité sociale est chargé de la gestion et de l'administration des prestations en espèces de l'assurance sociale, c'est-à-dire les pensions de vieillesse et d'invalidité, les pensions de survivants, les indemnités de maladie et de maternité et les prestations familiales et de l'attribution du droit à l'assurance santé.</p> <p>Au niveau territorial, la gestion des prestations en espèces est assurée par les directions provinciales qui disposent d'un réseau de centres urbains et locaux établis en fonction de l'importance de la population.</p> <p>La Trésorerie générale de sécurité sociale, service commun de la sécurité sociale, est chargée de l'inscription des entreprises, de l'immatriculation, de l'affiliation et de la radiation des travailleurs.</p> <p>Le Service Public d'État de l'emploi est compétent en matière d'emploi, de formation, de reconversion professionnelle et de versement de prestations de chômage. À l'échelon territorial l'institut national de l'emploi dispose de 52 directions provinciales.</p> <p>les mutuelles d'accident du travail et des maladies professionnelles (MATEPSS), sont des associations (asbl) autorisées par le Ministère du travail et de la sécurité sociale⁷².</p> <p>L'Association Espagnole des Services à la Personne (AESP) s'attache à garantir la qualité et l'universalité des services proposés en promouvant la professionnalisation d'un secteur actuellement fortement caractérisé par le travail au noir. Par ailleurs, l'AESP prône auprès des autorités publiques espagnoles pour l'adoption d'une politique de promotion des Services à la personne. Elle propose deux mesures fondamentales : La création d'une Agence Nationale des Services à la Personne et la création d'une Commission Permanente de concertation pour les différents services à la personne⁷³.</p>	<p>L'Institut des personnes âgées et des services sociaux gère, aux côtés des Communautés autonomes, les prestations destinées aux personnes âgées et handicapées, ainsi que les services sociaux et les régimes de soins de longue durée.</p> <p>Les prestations de dépendance sont financées par l'État, les Communautés autonomes, les organismes locaux et la participation des bénéficiaires le cas échéant. Les prestations familiales sont aussi financées à partir de la fiscalité.</p>	<p>L'Institut des personnes âgées et des services sociaux s'occupe de la gestion et de l'administration des services complémentaires des prestations du système de sécurité sociale, les prestations d'assistance et les pensions non-contributives qui visent principalement les personnes âgées ou handicapées.</p> <p>De manière générale, les autorités publiques sont responsables des droits et de l'offre des services de même que de l'attribution des ressources. Ces offres de services peuvent combinaison des intervenants publics et privés⁷⁴. L'on remarque également une forte présence de structures de l'économie sociale composé d'organisations sans but lucratif dans les services sociaux et de santé. Elles agissent en collaboration avec les administrations publiques et participent activement à la lutte contre l'exclusion sociale des personnes dépendantes.</p> <p>Les secteurs des soins et des services sociaux sont exclusivement gérés au niveau des communautés autonomes.</p>

⁷² Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS, *Le régime espagnol de sécurité sociale (salariés)*, (site Internet)

⁷³ Pour la Solidarité et Groupe Chèque Déjeuner, *Les services à la personne en Europe : regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir*, 2012, p. 26.

⁷⁴ Duran Jessica, *op.cit.*, p. 15.

<p>D E S C R I P T I O N</p>	<p>L'Espagne a développé un réseau complexe de politiques restrictives dont l'application concerne essentiellement les situations d'urgence et ayant pour groupe cible les personnes les plus précarisées. Les personnes qui remplissent les conditions de résidence en Espagne mais qui ne peuvent pas prétendre à des prestations du régime d'assurance peuvent, si leurs ressources ne dépassent pas un certain plafond, bénéficier de prestations non contributives.</p> <p>Il existe un revenu minimum destiné à lutter contre la pauvreté et à assurer les besoins de base. Toutefois ce revenu est géré directement par les 17 communautés autonomes et ses conditions d'attribution ne sont pas uniformes. Il existe donc plusieurs types de revenus minimaux selon les régions ayant différents noms (<i>Renta Básica, Renta Mínima de Inserción</i>, etc.). Les prestations ne sont pas discrétionnaires et les montants varient en fonction de différents facteurs⁷⁵.</p>	<p>L'Espagne serait l'un des pays dotés de la législation la plus avancée de l'UE en matière de handicap, mais bien que la scolarisation des enfants en primaire soit bonne, cela n'est malheureusement pas toujours le cas plus tard. En effet, dans le monde du travail, le taux d'emploi est seulement de 28%. Malgré la crise qui touche le pays, nous observons une certaine progression de l'emploi des personnes handicapées⁷⁶. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les entreprises qui emploient des travailleurs handicapés peuvent bénéficier de réductions sur les cotisations de sécurité sociale⁷⁷.</p> <p>Le système national de santé dispense des soins de santé et des médicaments aux personnes handicapées, notamment des programmes de rééducation, des traitements et des conseils psychologiques, des programmes d'éducation, de rééducation au travail ou d'insertion professionnelle.</p> <p>En ce qui concerne l'accessibilité, de sérieux efforts ont été réalisés (feux de signalisation sonores, autobus publics équipés de rampes, ascenseurs au sein d'édifices publics, etc.). Les personnes handicapées d'au moins 33% ne pouvant pas utiliser les transports publics, ont droit à une allocation de mobilité ou une indemnité.</p>	<p>En Espagne, les personnes de 65 ans et plus représentent 17,5% de la population et le taux de dépendance vieillesse (nombre de 65 ans et plus sur nombre de 15-64 ans) est de 25,2%⁷⁸. Les communautés autonomes possédant le plus de personnes dépendantes sont la Catalogne et l'Andalousie.</p> <p>Avant la promulgation de la Loi sur la dépendance en 2006, l'Espagne se situait bien en-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de dépenses totales pour les soins de dépendance⁷⁹. En outre, les premières lois sur les services sociaux ne furent votées qu'au début des années 80. Il en résulte que les services sociaux espagnols sont moins développés que la moyenne européenne⁸⁰.</p>
---	---	---	---

⁷⁵ Base de données des tableaux comparatifs MISSOC.

⁷⁶ Demon Valérie, *La législation espagnole sur le handicap est très avancée*.

⁷⁷ MISSOC, *op.cit.*, p. 17.

⁷⁸ Source : Eurostat (taux de dépendance vieillesse).

⁷⁹ Réseau européen des Services à la personne à finalité sociale, *op.cit.*, p. 32-35.

⁸⁰ Duran Jessica, *More and better jobs in home-care services – Spain*, 2013, p. 23.

<p>L É G I S L A T I O N</p>	<p>Loi générale sur la sécurité sociale approuvée par le Décret royal législatif n° 1/94 du 20/06/1994, avec les modifications ultérieures.</p> <p>Décret royal 8/2008 du 11/01 concernant les prestations destinées aux personnes de nationalité espagnole se trouvant dans une situation de besoin et qui résident à l'étranger ou qui sont de retour en Espagne⁸¹.</p>	<p>Depuis 2003, le pays a une législation en matière d'égalité des personnes handicapées composée de lois, ordonnances, décrets et plans d'action, ainsi que certaines lois complémentaires dans certaines régions⁸². Les principales sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi de 1986 sur l'intégration scolaire a permis de mettre en place du personnel compétent dans les écoles afin de recevoir des enfants handicapés. Cela a permis à 97% des enfants handicapés de se scolariser, souvent au sein d'établissements classiques, ou dans des centres spécialisés. - Loi générale sur la sécurité sociale approuvée par le Décret royal législatif n° 1/94 du 20/06/1994. 	<p>La récente loi sur la dépendance régit la « <i>promotion de l'autonomie personnelle et l'assistance aux personnes en situation de dépendance</i> ». Cette loi permet à toutes les personnes, âgées ou présentant un handicap, d'être prises en charge par les administrations publiques, elle garantit un accès aux services sociaux publics et aux prestations économiques adaptés à leurs besoins⁸³. Les communautés autonomes doivent inclure les dispositions de cette loi dans leur organisation sociale propre, le processus est en voie d'achèvement. De ce fait, la Loi sur la dépendance ne sera totalement appliquée qu'en juillet 2015.</p>
--	---	--	---

⁸¹ Base de données des tableaux comparatifs MISSOC.

⁸² Site Internet d'Egalité Handicap en Espagne.

⁸³ Réseau européen des Services à la personne à finalité sociale, *op.cit.*, p.32.

Bonne pratique

L'exemple de la téléassistance à Barcelone⁸⁴ : La ville a mis en place un service de téléassistance gratuit pour les personnes âgées vivant seules, considérant qu'il s'agit du système le plus efficace mais aussi le moins coûteux de prévention pour des personnes en limite de dépendance, permettant de les maintenir à leur domicile tout en garantissant un suivi en cas de besoin. De plus, ce système permet de répondre à la demande de la majeure partie de ces personnes de rester chez elles le plus longtemps possible et de recenser de manière plus précise les besoins de cette partie de la population. Aujourd'hui, le centre de téléassistance géré par Agrupacio Mutua et Asispa offre une assistance à 40 000 personnes de plus de 75 ans ou entrant dans des critères médicaux ou sociaux définis. L'âge moyen des personnes suivies est de 82 ans, avec 75% de femmes.

⁸⁴ Pour la Solidarité, *L'exemple de la téléassistance à Barcelone*.

IV. FRANCE

	UE27	France
Taux de risque de pauvreté (après transferts sociaux).	16,9% (2011)	14,0% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	7,6% (2011) 8,0% (2012)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	10.834 (2011) 11.217 (2012)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	108 (2012)
Taux de croissance du PIB (Réel en volume)	-0.4 (2012)	0.0 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale	0,307 (2011)	0,308 (2011) 0,305 (2012)

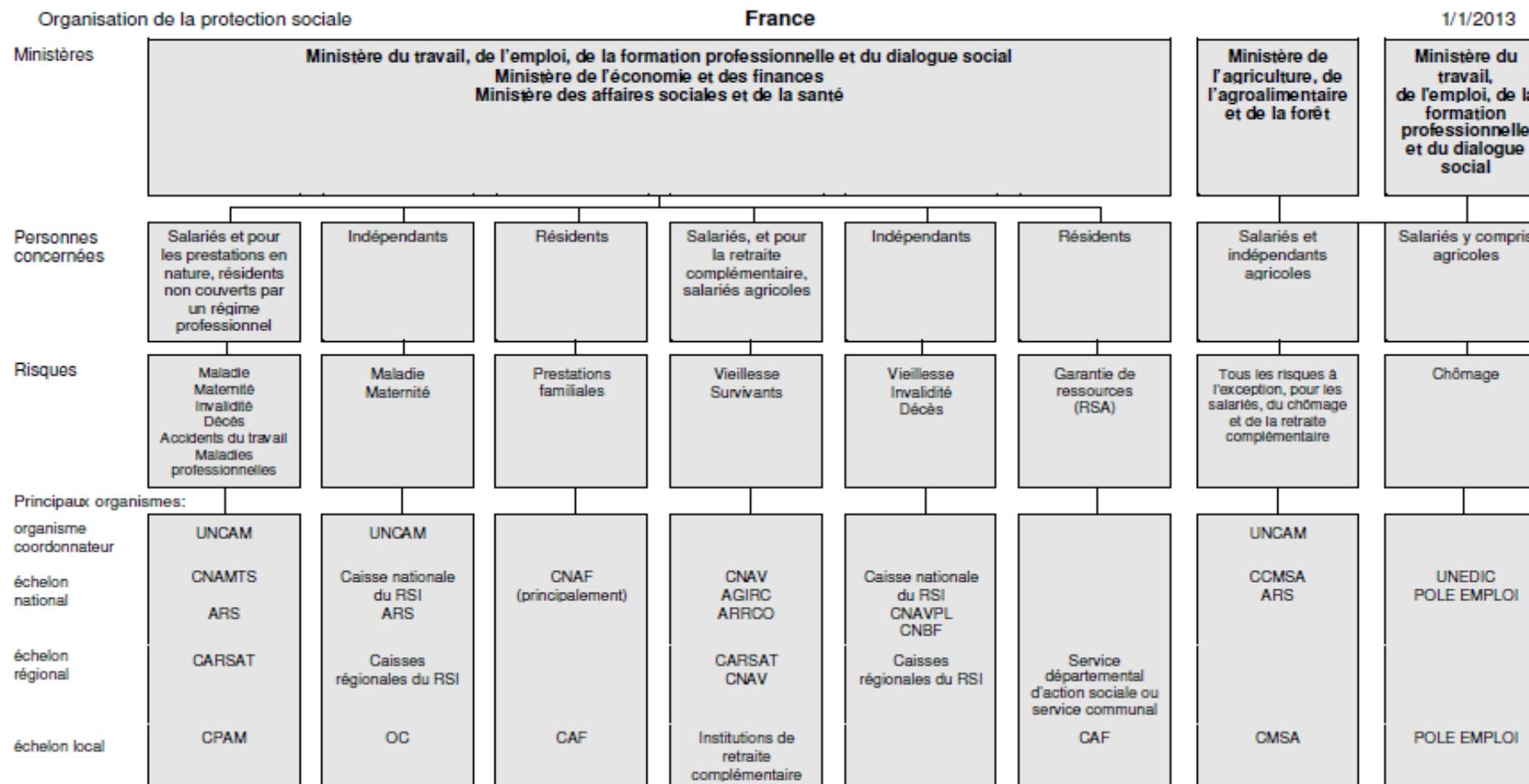
Le système français de protection sociale est constitué d'un **ensemble de régimes légaux** dont le **régime général** qui avait vocation à protéger l'ensemble de la population. Ce régime général repose sur une **hiérarchie d'organismes** locaux, régionaux et nationaux, structurés **par nature de risque** (4 branches), **gérés paritairement** et placés sous la tutelle des ministères chargés de la sécurité sociale (Ministère des affaires sociales et de la santé ; Ministère de l'économie et des finances et Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social).

Le régime général de sécurité sociale est financé principalement par des **cotisations et contributions assises sur les rémunérations**. Ces cotisations et contributions sociales représentent 80% du financement du régime général.

En 2011, 14,3% de la population avaient des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (60% du revenu médian)⁸⁵. Au cours de ces dernières années, la part de la population active a progressé au sein de ce groupe. Les personnes bénéficiant d'au moins un des minima sociaux en France sont 3,7 millions en 2011⁸⁶. Parmi eux, 43% touchent le Revenu de Solidarité Active socle (RSA socle). La part des prestations sociales non contributives dans le revenu global des ménages est de 43% pour les 10% de la population les plus pauvres, 22% pour le deuxième décile, 13% et 8% pour les troisième et quatrième déciles.

⁸⁵ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - Insee, « *Taux de pauvreté en France* », mis à jour en septembre 2013.

⁸⁶ Labarthe Julie, Lelièvre Michèle (sous la dir.), *Minima sociaux et prestations sociales, Ménages aux revenus modestes et redistribution*, édition 2013.



Le recouvrement des contributions et cotisations de sécurité sociale et d'assurance chômage est effectué: pour les salariés par les URSSAF placées sous la tutelle de l'ACOSS; pour les commerçants, industriels et artisans par le RSI (pour tous les risques); pour les professions libérales par les URSSAF (AF, CSG, CRDS), par les sections professionnelles (vieillesse et invalidité) et par le RSI (maladie et maternité). Dans l'agriculture, les CMSA recouvrent les cotisations pour les exploitants et les salariés. Pour les salariés, les cotisations de retraites complémentaires sont versées auprès d'AGIRC et d'ARRCO.

ACOSS: Agence centrale des organismes de sécurité sociale; AGIRC: Association générale des institutions de retraite des cadres; ARRCO: Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés; ARS: Agence régionale de santé; CAF: Caisse d'allocations familiales; Caisse Nationale du RSI: Caisse nationale du Régime social des Indépendants; CARSAT: Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail; CCMSA: Caisse centrale de mutualité sociale agricole; CMSA: Caisse de mutualité sociale agricole; Caisses régionales du RSI: Caisses régionales du Régime social des Indépendants; CNAF: Caisse nationale d'allocations familiales; CNAMTS: Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés; CNAV: Caisse nationale d'assurance vieillesse; CNAVPL: Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales; CNBF: Caisse nationale des barreaux français; CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie; OC: Organisme conventionné; UNCAM: Union nationale des caisses d'assurance maladie qui regroupe les 3 principaux régimes d'assurance maladie; UNEDIC: Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce; URSSAF: Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
ACTEURS	<p>Les régimes français de sécurité sociale forment cinq grands blocs: le régime général ; les régimes spéciaux de salariés ; le régime agricole ; les régimes des indépendants et les régimes de chômage.</p> <p>Le régime général est organisé en quatre branches: la branche maladie, maternité, invalidité et décès ; la branche accidents du travail et maladies professionnelles ; la branche vieillesse et la branche famille.</p> <p>Le tissu associatif français est extrêmement dense et intervient auprès des publics fragilisés. En effet, ce sont les associations qui ont été les premiers moteurs du développement des services sociaux, en réponse à des besoins émergents de la population. Si par la suite, la prise en charge des services a été en partie transférée à l'Etat, les associations continuent d'y jouer un rôle important. Elles représentaient, en 2007, 45% du secteur. Les autres acteurs français sont les structures publiques, les entreprises commerciales et les structures mutualistes⁸⁷.</p>	<p>L'État central définit la législation applicable aux personnes handicapées au travers d'une politique interministérielle. Il est directement responsable du financement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), mais aussi du paiement des auxiliaires de vie scolaire qui accompagnent les enfants handicapés à l'école.</p> <p>La Sécurité Sociale⁸⁸ intervient au niveau l'assurance-maladie. La branche Famille⁸⁹ de la sécurité sociale verse une prestation destinée aux parents avec un enfant handicapé à charge⁹⁰.</p> <p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁹¹ contribue au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie.</p> <p>Au niveau local, la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est un lieu unique d'accueil et d'information, en charge de la mise en œuvre du projet de vie, de l'orientation des personnes handicapées, de l'attribution des prestations de compensation, et de la délivrance du statut de travailleur handicapé.</p> <p>Sur la question de l'emploi, Cap emploi est un réseau national de 118 Organismes de Placement Spécialisés visant à favoriser l'embauche dans les entreprises⁹². Les établissements et services d'aide par le travail sont des organisations médico-sociales de travail protégé visant l'insertion au sens large.</p>	<p>La France vit le processus du vieillissement de sa population d'une façon particulière. Contrairement à la plupart des pays européens, son taux de natalité est resté élevé en même temps que l'espérance de vie croît. Elle devrait être l'un des rares États membres de l'UE à voir sa population augmenter d'ici le milieu du siècle. « <i>L'Europe vieillit en maigrissant. La France, phénomène exceptionnel, vieillit en grossissant</i> »⁹³.</p> <p>Ce sont les associations qui ont été les premiers moteurs du développement des services sociaux, en réponse à des besoins émergents de la population. Si par la suite, la prise en charge des services a été en partie transférée à l'Etat, les associations continuent d'y jouer un rôle important. Elles représentaient, en 2007, 45% du secteur.</p> <p>Les autres acteurs français sont les structures publiques (en particulier les Centres communaux d'action sociale), les entreprises commerciales (essentiellement pour des publics non fragiles) et les structures mutualistes.</p>

⁸⁷ Pour la Solidarité, *op.cit.*, p. 18-29.

⁸⁸ Site Internet du service public de la Sécurité sociale : <http://www.securite-sociale.fr>.

⁸⁹ Site Internet de Vie publique, *Sécurité sociale : missions et objectifs de la branche Famille*.

⁹⁰ Site Internet des Caisses d'allocations familiales, *L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh)*, fiche détaillée.

⁹¹ Site Internet de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : <http://www.cnsa.fr>

⁹² Site Internet de Cap emploi : <http://www.capemploi.net>

⁹³ Broussy Luc, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France : année zéro !*, janvier 2013, p. 7.

D E S C R I P T I O N	<p>Le Revenu de Solidarité Active (RSA) complète les ressources pour atteindre le seuil du revenu garanti. Il est composé d'un montant forfaitaire barémique (en fonction de la composition familiale) et d'une fraction du revenu professionnel des membres du ménage (62%)⁹⁴. Les foyers dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire touchent le RSA socle (minimum social de 499,31€/mois en 2014), ceux qui perçoivent un revenu d'activité le voient complété par cette fraction du revenu professionnel (le RSA activité). L'éligibilité au RSA repose sur une condition de ressources qui tient compte de toutes les personnes composant le foyer.</p> <p>Les bénéficiaires du RSA touchent une aide au logement spécifique, qui se substitue aux autres dispositifs existants. Cette aide spécifique est calculée de manière forfaitaire selon la composition du foyer (59,15 €/mois pour une personne seule, à 118,30€ pour deux personnes et 146,39€ pour trois personnes ou plus).</p> <p>L'allocation de solidarité spécifique (ASS) peut être attribuée, sous certaines conditions d'activité antérieure et de ressources, à certains demandeurs d'emploi de 50 ans et plus (483,30€/mois maximum).</p> <p>L'allocation temporaire d'attente (Ata) est susceptible d'être versée sous certaines conditions par Pôle emploi aux demandeurs d'asile et à certaines catégories de ressortissants étrangers (340,5€/mois).</p>	<p>La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), et en particulier la Commission des Droits et Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) sont celles qui attribuent le certificat d'invalidité et qui reconnaissent la qualité de travailleur handicapé. Deux aides financières sont accordées aux personnes handicapées : l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la prestation de compensation du handicap (PCH) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'AAH, financée par l'État et versée par les caisses d'allocations familiales (CAF), vise à assurer un revenu d'existence aux personnes handicapées, pour leurs dépenses de la vie courante (790,18€/mois maximum). L'AAH est donc soumise entre autres à une condition de ressources⁹⁵. - La PCH est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) aides animalières. Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement.. Attribuée par les conseils généraux, la PCH est versée sans condition de ressources⁹⁶. 	<p>Les services à la personne (SAP) en France constituent un secteur d'activité en pleine expansion (avec un potentiel de création d'emplois important)⁹⁷. Les pouvoirs publics ont aidé au développement des activités de SAP par le biais de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réduction des coûts en agissant sur les taux de prélèvements sociaux et sur les règles fiscales, notamment la TVA ; - Le subventionnement, c'est-à-dire la prise en charge partielle du coût par les finances publiques que ce soit au titre des politiques sociales ou, de manière plus générale, les subventions à certaines activités (réduction fiscale aux ménages utilisateurs de SAP, etc.) <p>L'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) a été créé en 2011 pour renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie de 60 ans et plus en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante. Cette allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte. Les départements (Conseils Généraux) sont en charge de l'attribution et de la gestion de cette prestation sociale. Certains ont d'ailleurs fait récemment le choix de verser l'APA sous forme de CESU (Chèque Emploi Service Universel), permettant de garantir la destination de l'utilisation de l'allocation.</p>
--	---	---	--

⁹⁴ Service.Public.fr, Site officiel de l'administration française, *Revenu de solidarité active (RSA)*, septembre 2013.

⁹⁵ Service.public.fr, site Internet de l'administration française, *Conditions d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé*.

⁹⁶ Service.public.fr, site Internet de l'administration française, *Conditions de recevabilité de la prestation de compensation du handicap*.

⁹⁷ Pour la Solidarité et Groupe Chèque Déjeuner, *Les services à la personne en Europe : regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir*, janvier 2012.

<p>L E G I S L A T I O N</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revenu de solidarité active (RSA): code de l'action sociale et de la famille, article L. 262-2 et suivants. - Allocation de solidarité spécifique, (ASS): code du travail, article L. 5423-1 et suivants. - Allocation temporaire d'attente (ATA): code du travail, article L. 5423-8 et suivants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Loi 75-534 du 30 juin 1975⁹⁸ d'orientation en faveur des personnes handicapées qui assure l'accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. - Avec la loi du 11 février 2005, l'intégration professionnelle devient un élément de leur citoyenneté et le projet professionnel partie intégrante de leur projet de vie. La spécificité française pour cette politique est l'obligation d'emploi de personnes handicapées dans les entreprises privées et publiques à hauteur de 6% du personnel⁹⁹. - Allocation pour adulte handicapé (AAH): code de la sécurité sociale, article L. 821.1. 	<p>Le terme « services à la personne » a été consacré par la loi du 26 juillet 2005 dite loi Borloo¹⁰⁰. Ce plan mis en place à partir de 2005 a pour finalité de développer l'emploi en permettant aux personnes d'accéder plus facilement à ces services.</p> <p>Pour la majeure partie d'entre eux, ces services se font au domicile des personnes ou en milieu ouvert. Le Chèque emploi service universel (CESU) a également été créé dans le cadre du plan Borloo dans le but de favoriser les services à la personne.</p>
--	---	---	--

⁹⁸ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, via <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/loi30juin75.pdf>

⁹⁹ Fédération Bruxelloise des Entreprises de Travail Adapté, Kaliopi Lolos, *La représentation institutionnelle des ETA*, (site Internet).

¹⁰⁰ Réseau européen des Services à la personne à finalité sociale, *op.cit.*, p. 12.

Bonne pratique

Le développement du CESU préfinancé¹⁰¹ : Grande innovation sociale et économique de la loi relative au développement des services à la personne, le CESU préfinancé, commercialisé depuis 2006, est un titre spécial de paiement permettant de régler l'intervention d'un prestataire ou d'un salarié en emploi direct, dédiée à l'accès aux SAP : garde d'enfants, soutien scolaire, aides ménagères mais aussi prestations d'assistance à la dépendance des personnes âgées ou handicapées ayant besoin d'une aide à domicile. Nominatif, il fonctionne sur les modèles des autres titres prépayés: titre-restaurant, chèque-vacances. Un dispositif qui est plébiscité par les financeurs de prestations sociales et leurs administrés avec le CESU Social, mais aussi les employeurs et leurs salariés avec le CESU RH. Le CESU RH a été distribué à 647 000 bénéficiaires en 2014 : salariés, agents, entrepreneurs individuels, dirigeants sociaux. Le CESU RH demeure un instrument qui participe activement à la conciliation vie privée/vie professionnelle des salariés, profitant en majorité aux ménages à revenus modestes et essentiellement utilisé pour la garde d'enfants (71%). Le CESU Social est quant à lui en grande majorité (85%) utilisé par les Conseils Généraux dans le cadre de leur politique publique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées et handicapées (APA et PCH). En 2014, 28 Conseils Généraux ont choisi le CESU Social pour aider près de 300 000 bénéficiaires à hauteur de 444 millions d'euros de prestations sociales départementales. Depuis sa mise en place, ce dispositif a prouvé son efficacité en permettant une économie qui approche les 150 millions d'euros depuis 2009, dont 42 millions d'euros sur les dépenses 2013. Autant d'économies maîtrisées qui ont permis d'optimiser les dépenses et de financer la montée de la prise en charge de ces personnes.

¹⁰¹ Décembre 2014, Etude réalisée par Ultra Violet pour l'APE CESU www.apecesu.org

V. ITALIE

	UE27	Italie
Taux de risque de pauvreté Après transferts sociaux.	16,9% (2011)	19,6% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	10,7% (2011)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) en standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	9308 (2011)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	99(2012). 100 (2011)
Taux de croissance du PIB réel en volume	-0.4 (2012)	- 2,5 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale.	0,307 (2011)	0,319 (2011)

Le régime italien de sécurité sociale protège contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès (survivants), les accidents du travail et maladies professionnelles, le chômage et les prestations familiales. Mais l'Italie se caractérise dans l'Union européenne par le fait qu'elle ne dispose d'aucun dispositif de revenu minimum garanti au niveau national. Par ailleurs, il existe de fortes disparités régionales, du nord au sud, quant aux capacités institutionnelles pour la mise en œuvre des politiques sociales.

Le pays compte 9,56 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté dont la moitié vit dans une pauvreté absolue¹⁰². Le risque de pauvreté est plus grand dans les régions du Sud de l'Italie. Les enfants sont particulièrement touchés, 30% d'entre eux vivant sous le seuil de pauvreté. Le taux chez les personnes âgées est de 22%, un chiffre comparable avec le taux des autres personnes adultes¹⁰³.

Le système italien est financé par les cotisations des travailleurs et des employeurs de même que par l'impôt. Le service national de santé (Servizio Sanitario Nazionale- SSN), géré au niveau régional, est financé par les résidents par le biais des impôts généraux.

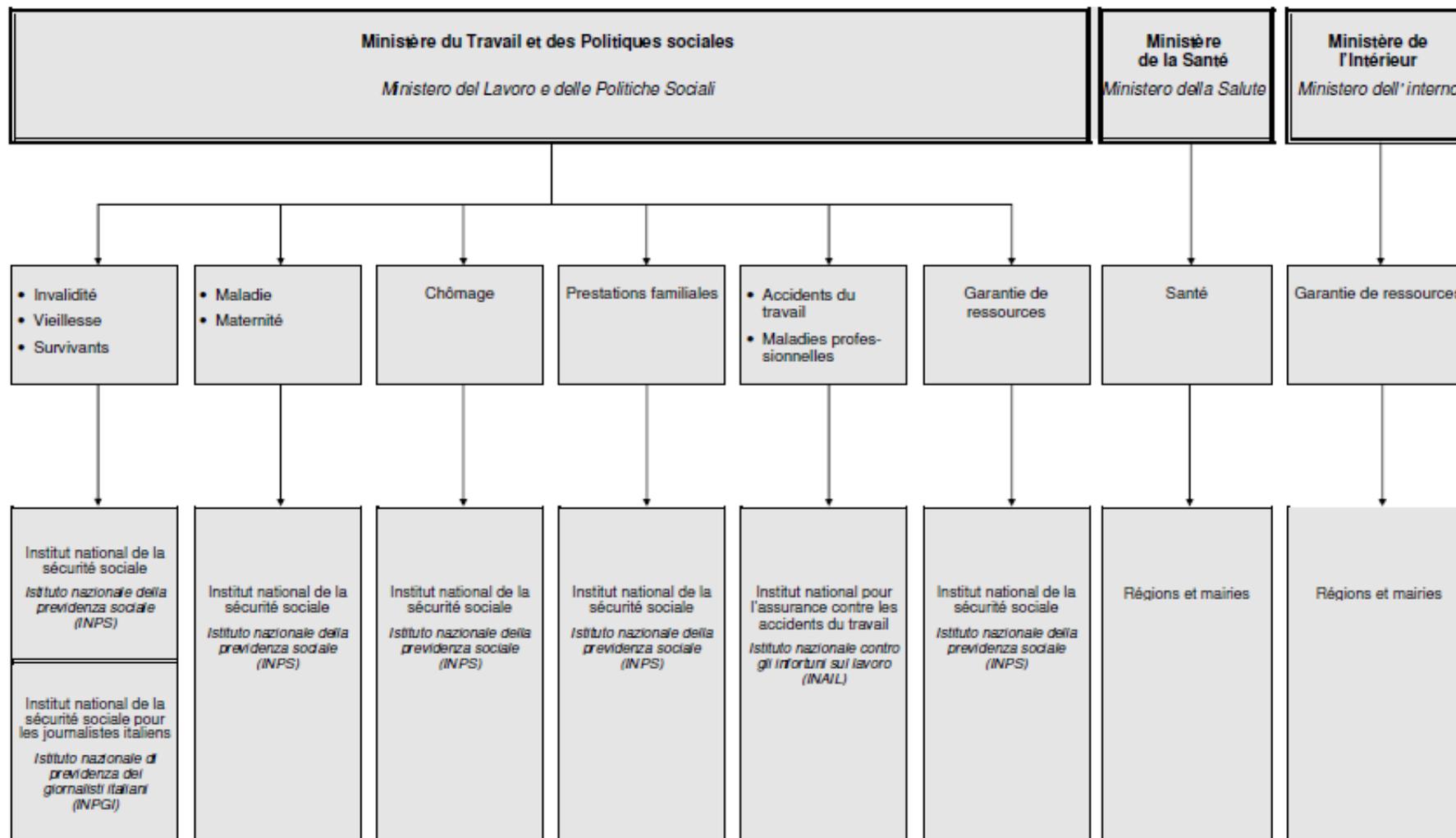
¹⁰² Agence France-Presse Rome, *L'Italie compte plus de neuf millions de pauvres*, le 17 Juillet 2013, (site Internet).

¹⁰³ Baldini Massimo, *La pauvreté en Italie : quelques éléments de cadrage*, juin 2011, p. 76.

Organisation de la protection sociale

Italie

1/1/2013



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
ACTEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Le Ministère du Travail et des politiques sociales gère l'Institut National de Sécurité Sociale et l'Institut National d'Assurance contre les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles. - L'Institut national de la sécurité sociale fournit les moyens financiers pour la protection sociale des travailleurs et des familles en difficulté. - Les régions ont une compétence législative exclusive dans les domaines de la formation et l'emploi, du logement et l'urbanisme, etc. Chaque région définit sur son territoire les politiques sociales, d'où des disparités importantes entre régions¹⁰⁴. - Les domaines de la santé, l'éducation, la protection des travailleurs, etc. sont du ressort conjoint de l'État et des régions¹⁰⁵. - L'État se charge de déterminer le niveau essentiel de services et est responsable des politiques d'immigration et d'assurances sociales (pensions et allocations de chômage)¹⁰⁶. - Il existe une institution de coordination verticale entre les trois niveaux de pouvoirs : <i>Unified State-Regions Conférence</i> mais la répartition des compétences demeure complexe¹⁰⁷. 	<p>L'Italie est un État pionnier dans l'inclusion des personnes handicapées dans la société, en particulier dans le système scolaire. Le concept de réseau de service implique une pluralité d'acteurs dans la planification et la gestion des services : les régions, les provinces, les communes, organismes non lucratifs à utilité sociale, unités sanitaires locales, les fondations, les entités de promotion sociale et associations, les organisations de bénévoles et les coopératives. La responsabilité des objectifs en matière d'assistance socio-sanitaire incombe à l'État qui délègue la mise en œuvre de la prise en charge aux régions et communes, elles-mêmes épaulées par les associations de volontaires.</p> <p>La gestion du système est dévolue aux 200 Entreprises sanitaires locales (ASL) du pays, sous la tutelle des régions. Les ASL ont un rôle majeur dans l'évaluation et la reconnaissance des handicaps, la prise en charge des aides techniques et la coordination des interventions sanitaires, sociales et scolaires au niveau local¹⁰⁸. Au niveau de la société civile, la Fédération nationale des associations de personnes handicapées représente les 5 associations les plus importantes d'Italie. Il existe aussi un Conseil national du handicap (CND).</p>	<p>En Italie, les soins de longue durée sont caractérisés par une importante fragmentation institutionnelle ; les sources de financement, la gouvernance et le management étant répartis entre les autorités locales et régionales.</p> <p>Dans le secteur des services à la personne, les coopératives sociales de type A, reconnues d'utilité publique et à caractère social, sont les premiers fournisseurs de services par rapport aux institutions publiques et aux entreprises de type privées lucratives. « <i>Des initiatives portées par des bénévoles se développent afin de mettre en place des services concernant la réhabilitation et l'assistance aux personnes défavorisées, l'insertion professionnelle des handicapés, la réinsertion des toxicomanes, l'assistance aux mineurs ayant des difficultés familiales et l'assistance aux personnes sans domicile fixe</i> »¹⁰⁹.</p> <p>L'Italie a une longue tradition de coopératives sociales. La conception même du rôle de l'État va évoluer, passant d'un État omniprésent avec un quasi-monopole des services sociaux, à un État garant de la création d'un réseau de services pour tous faisant une place aux usagers et aux coopératives dans la gestion de ces services. C'est ce que l'on appelle le développement du « privé social » par opposition au secteur « privé lucratif » Le secteur public affiche donc un intérêt grandissant vis-à-vis des coopératives¹¹⁰. La coopération</p>

¹⁰⁴ Commission européenne, *Ibid.*

¹⁰⁵ Strati Filippo, *Op.cit.*, p. 12.

¹⁰⁶ Commission européenne, *Joint report ont Social protection and Social Inclusion*, 2010, p.232.

¹⁰⁷ Strati Filippo, *Op.cit.*, p. 12.

¹⁰⁸ *Ibid.*, pp. 14-15.

¹⁰⁹ Pezzini Enzo, « Coopératives sociales italiennes », Alternatives Economiques Poche n° 022 - janvier 2006

¹¹⁰ Pour la Solidarité, *op.cit.*, p. 76-77.

			<p>sociale a connu un grand essor, notamment car elle supplée aux carences de l'Etat-providence, inapte à répondre aux besoins sociaux grandissant des citoyens¹¹¹.</p>
<p>D E S C R I P T I O N</p>	<p>Il n'existe pas de dispositif de revenu minimum garanti au niveau national en Italie¹¹². Un dispositif fut expérimenté dans quelques régions entre 1999 et 2004 mais ne fut jamais généralisé à l'ensemble du pays. La confédération générale italienne du travail (CGIL) estimait pourtant que ce dispositif remplissait ses fonctions de lutte contre la pauvreté et l'exclusion¹¹³. Aujourd'hui un réseau composé d'une trentaine d'associations de la société civile milite pour un revenu minimum garanti en Italie. Des aides ponctuelles ont été accordées en 2008 et 2009 sous la forme de bonus forfaitaires.</p> <p>Au niveau régional, huit régions italiennes ont actuellement un dispositif de revenu minimum. D'un montant se situant entre 500 et 600€/mois, leurs conditions d'octroi varient selon les régions¹¹⁴.</p> <p>Certaines municipalités, en vertu de leur autonomie législative, accordent sous condition de résidence, une allocation s'apparentant à un revenu minimum garanti. Ici également, les dispositifs varient fortement d'une ville à l'autre. En général, ces mesures concernent des catégories sociales spécifiques et les groupes les plus démunis en sont généralement exclus.</p>	<p>Deux types de prestations en espèces existent : l'allocation d'invalidité pour les personnes handicapées qui travaillent de manière réduite, et la pension d'invalidité dans les cas d'impossibilité totale et permanente de travailler¹¹⁵. Par ailleurs, une indemnité d'accompagnement est versée pour compenser les surcoûts liés au handicap. Les enfants de parents à faibles revenus ont droit à une indemnité dite « de présence » durant la scolarité. D'autres avantages existent sous la forme de mesures fiscales ou d'exemptions de frais.</p> <p>Au niveau de l'emploi, plusieurs mesures facilitent l'intégration des personnes handicapées (ex : congés pour soins, quota dans les entreprises, etc.). Selon le niveau d'invalidité, elles ont droit à la retraite anticipée et à 2 mois par an de cotisations-retraite fictives. Les parents d'enfants handicapés bénéficient d'avantages quant à l'emploi (réduction du temps de travail, etc.).</p>	<p>Selon les estimations de l'Institut national des statistiques italien, dans 30 à 40 ans, 1/3 de la population aura de plus de 65 ans en Italie¹¹⁶. Les premières vagues de réformes des systèmes de santé et sociaux débutent dans les années 70, notamment avec les régions qui deviennent des administrations publiques plus autonomes et la régionalisation des services de santé. Au cours des années 1990, de grandes réformes ont été introduites en Italie afin de réduire les déficits budgétaires et améliorer les finances publiques. Trois grandes tendances se sont manifestées : une période de rationalisation qui visait la réduction des dépenses publiques et l'augmentation des recettes, une période de privatisation et la période actuelle axée sur la décentralisation. La décentralisation des compétences et des missions va participer à la constitution d'un système élargi de gouvernance au sein duquel le territoire local, prestataire et en charge de la conception des services sociaux, devient un espace d'interaction entre divers acteurs.</p>

¹¹¹ Pezzini Enzo, *op. cit.*

¹¹² Frazer Hugh and Marlier Eric, *op.cit.*, p. 16.

¹¹³ Yerochewski Carole, *Italie : Berlusconi supprime le RMI*, mars 2003, (site Internet).

¹¹⁴ Informations complémentaires sur <http://www.redditagarantito.it/#/home>

¹¹⁵ MISSOC, *Vos droits à la sécurité sociale en Italie*, juillet 2012, p. 14.

¹¹⁶ Pour la Solidarité, *Active ageing and intergenerational solidarity : findings, issues and perspectives*, 2011, p. 74.

<p>L E G I S L A T I O N</p>	<p>Décret Législatif n° 112 du 31 mars 1998 sur le transfert des fonctions législatives et des compétences administratives de l'Etat aux Régions et aux organismes locaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge du handicap relève d'un droit constitutionnel depuis 1947¹¹⁷ et va au-delà de l'aspect médical en intégrant la dimension sociale du handicap¹¹⁸. - Le cadre législatif est érigé par la loi cadre sur la réforme de l'assistance (328/2000). Elle introduit l'assistance comme un droit et garantit un niveau minimal d'assistance sur l'ensemble du territoire. - La loi 328/2000 reconnaît le rôle spécifique du tiers secteur dans la planification et la gestion des services et fait explicitement référence aux services d'aide à domicile¹¹⁹. - L'Agence nationale Italia Lavoro, dépendant du Ministère de l'Emploi, a mis en œuvre un programme de développement des services à la personne qui tend à la création d'emploi et la lutte contre le travail au noir¹²⁰. 	<p>La régulation des services à la personne est à la fois présent dans le cadre législatif national et fragmentée en fonction des territoires locaux¹²¹.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 155 du 23 avril 1981. - Loi n° 638 du 11 novembre 1983. - Décret Législatif n° 503 du 30/12/1992. - Loi n° 335 du 8/8/95 réforme des pensions. - Loi n° 243 du 23 août 2004 sur la promotion des pensions complémentaires. - Loi n° 247 du 24 décembre 2007 sur les finances et la réforme des pensions. - Loi n° 133 du 6/08/2008 sur la suppression des restrictions au cumul pensions-travail. - Loi n° 122 du 30/07/2010 concernant les mesures urgentes en matière de stabilisation financière et de compétitivité économique. - Loi n° 214 du 22/12/2011 sur les mesures urgentes pour stimuler la croissance et l'équité, destinées à la consolidation de la dette publique.
--	--	---	--

¹¹⁷ Art. 38 de la Constitution : « *Tout citoyen inapte au travail et dépourvu de moyens de vivre a droit à l'assistance sociale. Les travailleurs ont le droit de recevoir les moyens adaptés à leurs besoins dans les cas (...) de handicap (...); les invalides et handicapés ont droit à l'éducation et à l'insertion professionnelle* ».

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 8.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ Pour la Solidarité, *op.cit.*, p. 75.

¹²¹ Réseau européen des Services à la personne à finalité sociale, *op.cit.*, p.23.

Bonne pratique

La « carte sociale »¹²² : Cette carte fait partie intégrante du système de protection sociale italien. La « carte sociale » est une carte d'achats prépayée mensuellement et gérée par les autorités nationales. Elle permet de régler les achats alimentaires dans les magasins conventionnés et les factures de gaz et d'électricité¹²³. Elle est universelle (italiens, résidents UE, résidents non-UE en situation légale) et attribuée sous la condition d'avoir un emploi dont le revenu annuel est très bas. Elle concerne environ 1.3 million de personnes. Son montant est de 40€ par mois (+ 25€ pour le lait maternel et les couches pour bébés) et la carte est re-créditée automatiquement tous les deux mois.

¹²² Correale Christine, *Surmonter la crise : la recette du gouvernement italien*, 03/12/2008.

¹²³ Strati Filippo, *op.cit.*, p.16.

VI. POLOGNE

	UE27	Pologne
Taux de risque de pauvreté Après transferts sociaux.	16,9% (2011)	17,7% (2011)
Taux de risque de pauvreté au travail	8.9% (2011)	11,1% (2011)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	4924 (2011)
PIB/habitant en SPA.	100 (2012)	67 (2012)
Taux de croissance du PIB. Réel en volume	-0.4 (2012)	1,9% (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus). 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale.	0,307 (2011)	0,311 (2011)

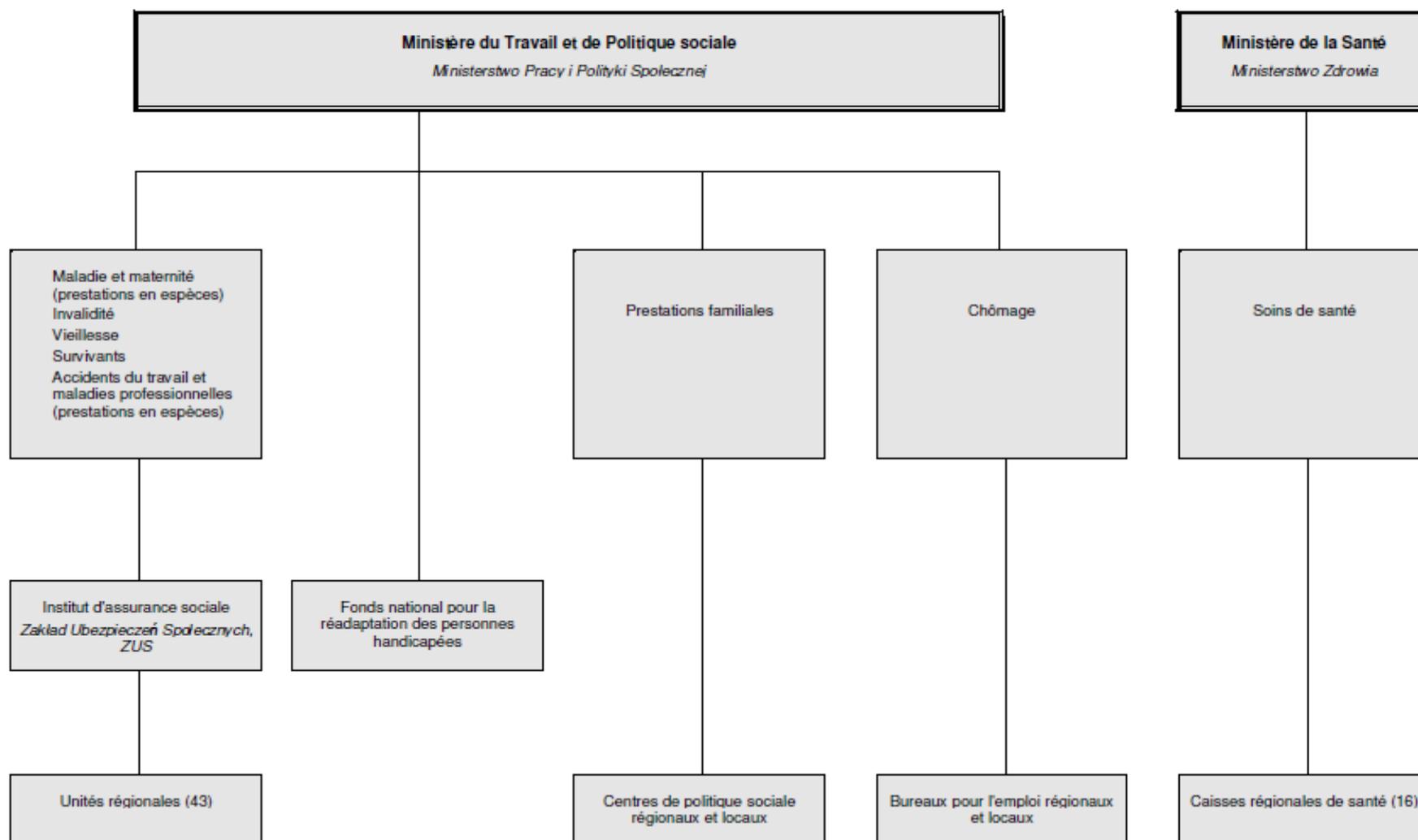
Le régime de protection sociale est organisé par une **loi sur la protection sociale** qui prend en charge tous les risques : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage et prestations familiales. L'assurance peut être obligatoire ou volontaire. Le régime obligatoire d'assurance pension et d'assurance accidents du travail concerne toutes les personnes travaillant dans le pays ainsi que celles qui reçoivent une prestation chômage ou de maternité et se trouvent en congé parental. L'assurance maladie couvre aussi obligatoirement les salariés et les membres de coopératives agricoles, alors que les non-salariés peuvent y adhérer de façon volontaire. Les bénéficiaires sont les personnes qui résident en Pologne.

Le Ministère du Travail et de la Protection sociale et le Ministère de la Santé sont en charge de la protection sociale en Pologne. Quatre institutions organisent légalement, administrativement et financièrement la protection sociale : (1) **L'institut d'Assurances sociales** (*Zakład Ubezpieczeń Społecznych* - ZUS) sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Protection sociale : principale organisation de la protection sociale polonaise notamment responsable du recouvrement des cotisations destinées aux différents fonds d'assurance et de la répartition des cotisations du système de santé aux 16 caisses régionales de santé et à la caisse de l'assurance sociale agricole et, à l'aide de ses services régionaux, de distribution des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité, invalidité, vieillesse, survivants et de l'assurance accident du travail-maladies professionnelles ; (2) le **Fonds national de la santé** (*Narodowy Fundusz Zdrowia* - NFZ) : fourniture des prestations en nature de maladie et de maternité via ses 16 caisses régionales de santé ; (3) les **Bureaux du travail locaux et régionaux** : transfert des allocations de chômage et aide et conseils aux demandeurs d'emploi ; (4) les **Centres communautaires de politique sociale** : fourniture des prestations familiales¹²⁴.

¹²⁴ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS, *Le régime polonais de sécurité sociale*, (site Internet).

Organisation de la protection sociale

Pologne



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U S	<p>Le système est financé au niveau national¹²⁵. L'organisation de cette prestation est du ressort de l'administration centrale et locale qui agissent en coopération avec les associations, les fondations, l'église catholique et d'autres églises et groupes religieux, les syndicats, les employeurs, les personnes physiques et morales.</p> <p>Les centres d'assistance sociale du lieu de résidence administrent les demandes.</p>	<p>La Pologne a l'un des taux de handicap le plus haut d'Europe. En effet, un polonais sur dix de la population active souffrirait d'une invalidité certifiée. Comme dans d'autres pays européens, le taux de chômage des personnes handicapées a tendance à être plus haut que ceux des autres travailleurs. Alors qu'ils représentent 10% de la population, leur part dans l'emploi n'est que de 3,8%. En outre, Seuls 38% des personnes handicapées en âge de travailler ont un emploi, mais l'on remarque également certains progrès. On observe, par exemple, un essor récent significatif de la législation nationale antidiscriminatoire¹²⁶.</p> <p>Le Fonds national pour la Réadaptation des Personnes handicapées (PFRON) contrôle l'accès de ces personnes à l'emploi et à la réadaptation. Les mesures de réadaptation et d'emploi sont payées par les amendes aux employeurs ne respectant pas les quotas d'embauche des personnes handicapées.</p> <p>Le Forum polonais des personnes handicapées est un organisme national regroupant les organisations représentatives des intérêts des personnes handicapées.</p>	<p>Le taux de dépendance vieillesse est de 19,4% en Pologne, ce qui se situe en-dessous de la moyenne européenne. Toutefois, ce taux ne devrait faire qu'augmenter en raison d'une forte émigration qui provoque une baisse de la population active. Alors qu'en 2008, les plus de 65 ans représentaient 13,5% de la population, des prévisions pressentent qu'ils représenteront 36,2% de la population polonaise en 2060.¹²⁷</p> <p>Le financement du vieillissement est réparti entre le Fonds national de santé (NFZ), le budget de l'Etat pour les soins médicaux et les instances locales dans le cadre de l'assistance sociale.</p> <p>Les aidants professionnels (à travers les ONG) et familiaux occupent une place très importante. 30% des habitants affirment en effet travailler bénévolement pour s'occuper d'un proche pendant plus de 20 h/semaine (comme en République tchèque).</p>
D E S C R I P T I O N	<p>Le revenu minimum est accordé aux résidents permanents dès l'âge de 18 ans et en dernier recours. Il peut s'agir d'une aide périodique, renouvelable et dont la durée varie au cas par cas, ou d'une aide permanente. L'aide périodique est attribuée lorsque les revenus sont inférieurs au critère légal ou en cas d'incapacité temporaire de travailler, tandis que l'aide permanente s'adresse aux personnes en incapacité totale de travailler. Le montant est calculé en fonction des revenus, notamment professionnels et immobiliers, de la personne et de son ménage.</p> <p>Le cas échéant, cette aide sociale peut être complétée par les allocations de retraite et de chômage¹²⁸.</p>	<p>Il existe une pension d'invalidité totale (environ 192€/mois) et une autre d'invalidité partielle (environ 147€/mois). Il existe également une pension sociale mensuelle (de 161€) pour les adultes dont l'invalidité a commencé avant l'âge de 18 ans. Enfin, des suppléments de soins médicaux sont accordés aux personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité.</p> <p>Les employeurs d'un minimum 25 salariés à temps plein doivent respecter un quota de 6% de personnes handicapées (les personnes gravement handicapées comptant double ou triple). En cas de non-respect, les employeurs risquent une amende de 40,65% du salaire moyen pour chaque personne non recrutée. L'amende est versée à la Caisse de l'Etat pour la réadaptation des personnes handicapées qui l'utilisera pour financer des programmes de rééducation et de recrutement. Dans le cas d'un licenciement d'un employé devenu invalide, l'employeur doit lui verser une amende d'un montant</p>	<p>Les personnes âgées dépendantes peuvent être prises en charge de différentes manières dans les services de soin : soit elles sont accueillies dans des centres sociaux d'assistance, soit elles ou leurs familles reçoivent des aides financières. Les prestations économiques ne peuvent être accordées aux familles et aux personnes dépendantes que jusqu'à un plafond maximum de revenus. Ces politiques sont coordonnées et organisées par le pouvoir central et mises en œuvre par les institutions locales. Une aide publique est accordée à la personne dépendante (pour des prestataires professionnels) si elle reste chez elle ou à sa famille si un membre renonce à travailler pour s'occuper de cette personne. Les centres d'assistance sociale payent les cotisations d'assurance vieillesse et de retraite pour la</p>

¹²⁵ Wóycicka Irena, *op.cit.*, p. 15.

¹²⁶ Organisation Internationale du Travail, *Pleinement aptes au travail: les travailleurs handicapés en Pologne*, (site Internet).

¹²⁷ Fédération européenne des retraités et personnes âgées - FERPA, *Etude comparative sur la dépendance dans les Etats membres en 2010*, pp.12 et 15.

¹²⁸ MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité social en Pologne*, p. 29.

	<p>Une prestation complémentaire peut être octroyée de façon ponctuelle pour faire face à certaines dépenses considérées comme vitales (nourriture, médicaments, fioul pour chauffage, petites réparations domestiques, funérailles,...)¹²⁹.</p>	<p>équivalent à 15 mois de salaire. Enfin, l'employeur se doit de garantir aux personnes handicapées un poste et un accès adaptés.</p>	<p>personne aidante abandonnant son emploi.</p> <p>Ces prestations financières restent surtout symboliques. La famille de la personne dépendante prend véritablement en charge les soins avec un faible soutien étatique. Ceci aggrave l'accès aux soins de santé de groupes défavorisés tels que les personnes âgées, handicapées ou en situation de pauvreté. Le syndicat Solidarnosc demande que le montant de la prestation délivrée au membre de la famille aidant soit aussi élevé que le salaire minimum.¹³⁰</p>
<p>L E G I S L A T I O N</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Loi sur l'aide sociale (Ustawa o pomocy społecznej) du 12 mars 2004. - Loi sur les prestations familiales (Ustawa o świadczeniach rodzinnych) du 28 novembre 2003. 	<p>On ne trouve pas de définition législative générale du handicap en Pologne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Charte des droits des personnes handicapées (1997), adoptée sous la forme d'une résolution, n'est pas juridiquement contraignante, mais toute législation adoptée après le 1^{er} août 1997, doit en respecter les termes. La Charte impose au gouvernement polonais l'obligation de fournir des informations concernant l'application des droits des personnes handicapées. - La loi sur l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (1997) régit l'insertion sociale et professionnelle ainsi que l'emploi des personnes handicapées et les procédures d'évaluation de l'invalidité. - La loi sur le langage des signes et autres moyens de communication (2011). - Loi sur le régime d'assurance sociale (1998). 	<ul style="list-style-type: none"> - Loi sur les pensions sociales (Ustawa o rencie socjalnej) du 27 juin 2003. - Loi sur l'aide sociale du 12 mars 2004. - Loi du 20 avril 2004 relative au marché du travail : définition de la personne dépendante. - Loi sur les pensions de la caisse d'assurance sociale (Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) du 17 décembre 1998. - Loi sur les services de santé financés par le pouvoir public (Ustawa o Powszechnym Ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia) du 27 août 2004.¹³¹

¹²⁹ Wóycicka Irena, *Poland, minimum Income Schemes – a study of national policies, Peer review in social protection and social inclusion and assessment in social inclusion*, p. 6.

¹³⁰ Fédération européenne des retraités et personnes âgées - FERPA, *op.cit.*, pp.53-55.

¹³¹ Données MISSOC (site Internet) et FERPA, *op.cit.*, pp. 53-54.

Bonne pratique

*Gestion par objectifs dans l'administration de la sécurité sociale*¹³²: L'Institution d'assurance sociale de Pologne (ZUS) a adopté en 2010, un système de gestion par objectifs. L'institution s'est ainsi modernisée et s'est dès lors axée sur la réalisation d'objectifs définis comme prioritaires. La mise en place d'initiatives ayant comme but le renforcement de la confiance des clients dans la ZUS est un exemple d'approche adoptée.

¹³² Association internationale de la sécurité sociale (AISS), via : <http://193.134.194.37/fre/Observatoire/Bonnes-pratiques/Gestion-par-objectifs-dans-l-administration-de-la-securite-sociale>

VII. PORTUGAL

	UE27	Portugal
Taux de risque de pauvreté ¹³³ Après transferts sociaux.	16,9 % (2011)	18 % (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	10,3% (2011) 9,8% (2012)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) en standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16001 (Luxembourg) (2011)	5.750 (2011) 5.736 (2012)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	76 (2012)
Taux de croissance du PIB Réel en volume	-0.4 (2012)	-3,2 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale.	0,307 (2011)	0,342 (2011) 0,345 (2012)

Basé sur le **principe d'universalité**, le système portugais est géré par **l'Institut de la Sécurité Sociale** sous la tutelle du Ministère de la solidarité et de la sécurité sociale. Les soins de santé sont administrés de façon décentralisée dans les régions de santé en fonction de la division administrative du territoire portugais¹³⁴. Au Portugal, l'organisation de la sécurité sociale est composée de trois systèmes : le système de protection sociale du citoyen, le système de prévoyance et le système complémentaire de retraite¹³⁵.

54

Le **système de protection sociale du citoyen** comprend : l'action sociale pour faire face aux situations de pauvreté économique, la solidarité en cas de ressources économiques insuffisantes et la protection de la famille pour compenser l'accroissement des charges familiales en cas de handicap et de dépendance. Le **système de prévoyance** est quant à lui financé par les cotisations des employeurs et des salariés. Il vise la compensation des pertes de revenus dans certaines situations (maternité, invalidité, chômage,...). Le **système complémentaire de retraite** comprend trois piliers (régime public de capitalisation, régime d'initiative collective et d'initiative individuelle).

Les assurances invalidité, vieillesse et survivants, accidents du travail et maladies professionnelles ainsi qu'une partie des assurances maladie-maternité (prestations en espèces) et chômage sont financées par les **cotisations sociales**. Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité et les prestations familiales sont financées par **l'impôt**.

¹³³ L'ensemble des données contenues dans ce tableau provient d'Eurostat.

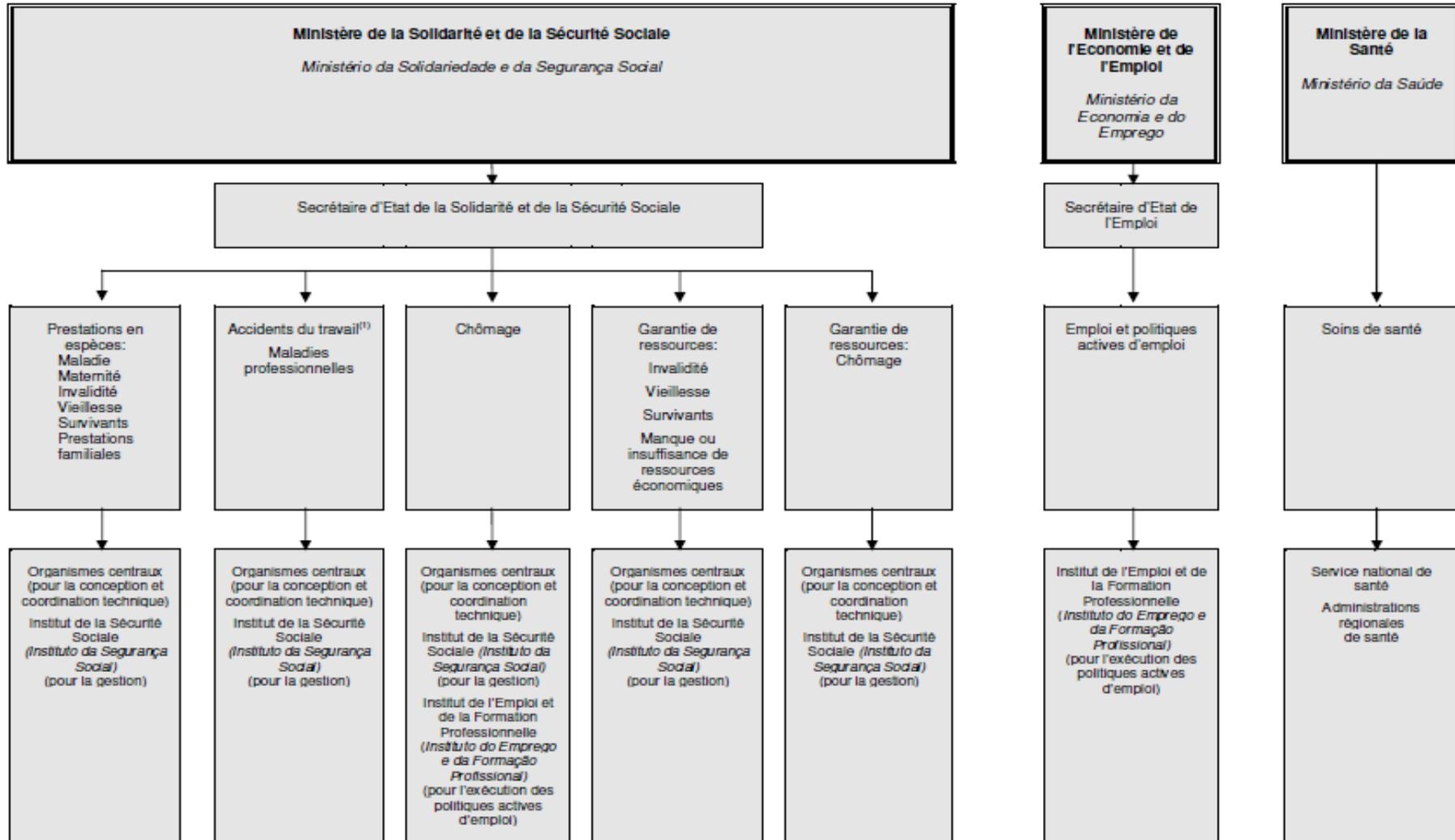
¹³⁴ MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale au Portugal*, pp.4-5.

¹³⁵ Loi n°4/07 du 16 janvier 2007

Organisation de la protection sociale

Portugal

MISSOC – www.missoc.org
1/1/2013



⁽¹⁾Compagnies d'assurances privées supervisées par le Ministère des Finances pour les accidents du travail.

	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U R S	<p>Le dispositif de revenu minimum est géré au niveau national. La décision d'octroi du revenu minimum est du ressort de l'Institut de sécurité sociale via le bureau compétent du lieu de résidence du demandeur¹³⁶.</p>	<p>Au niveau national, l'Institut national de réhabilitation (INR, I.P.) est l'organisme public du Ministère du Travail et de la solidarité sociale chargé du handicap, en partenariat avec d'autres entités publiques et des ONG.</p> <p>Au niveau de la société civile, la <i>Confederação Nacional dos Organismos de Deficientes</i> (CNOD) regroupe 35 ONG (2 fédérations et 33 associations) représentant les intérêts des personnes souffrant de tous types de handicap. Financées par le budget annuel de l'Institut national de réhabilitation, les ONG nationales et locales organisent des activités et fournissent des services pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et des familles¹³⁷.</p>	<p>Le secteur est fondé depuis les années 1980 sur un partenariat privé-public axé sur le financement public des Institutions Privées de Solidarité Sociale (sans but lucratif). Les accords financiers font l'objet de négociations annuelles avec le Ministère de la santé et le Ministère du travail et de la solidarité sociale (Ordonnance n° 101/2006 du 6 juin 2006). Depuis 2006, un « Réseau National pour des soins en continu intégrés » est mis en place avec les structures de services existantes.</p> <p>Dans chaque région, les services sociaux sont fournis par le Ministère du travail et de la solidarité sociale, sauf à Lisbonne où la <i>Santa Casa da Misericórdias</i> a conservé ce rôle.</p> <p>En général, les services sociaux et médicaux sont fournis par le secteur non-marchand (les IPSS) subsidié par l'Etat et par les <i>Misericórdias</i>¹³⁸. La famille joue un rôle central dans la fourniture des soins aux personnes âgées.</p>

¹³⁶ MISSOC, *op.cit.*, p. 33.

¹³⁷ Campos Pinto Paula, *Portugal, Profil national*, p. 1.

¹³⁸ Joël *et al.*, *op.cit.*, p.1.

D E S C R I P T I O N	<p>Le revenu social d'insertion (<i>rendimento social de inserção</i>) est attribué aux personnes non couvertes par le régime contributif, ne possédant pas de bien immobilier et résidant légalement au Portugal, sans condition de nationalité. Cette aide en espèces est simultanément fournie avec un contrat d'insertion. Elle est payée sous la forme d'une allocation différentielle en fonction de la composition et de l'ensemble des revenus du ménage du demandeur. Il est accordé pour une période d'une année et n'est renouvelable que sur demande et sur présentation de pièces justificatives¹³⁹.</p> <p>Le revenu social d'insertion est cumulable avec d'autres prestations sociales liées à des situations particulières (grossesse, enfant à charge, dépendance...) ¹⁴⁰. Le montant du revenu minimum représente un tiers du salaire minimum¹⁴¹.</p>	<p>L'invalidité est compensée par deux types de pension : la pension d'invalidité relative qui peut être cumulée avec un emploi dans la limite d'un certain plafond de revenus, et la pension d'invalidité absolue en cas d'incapacité totale de travailler¹⁴².</p> <p>Au niveau des prestations de soins de longue durée, les prestations en nature sont fournies sous la forme de soins à domicile, de soins semi-résidentiels ou de soins en résidence¹⁴³. Un supplément de dépendance en espèces est attribué aux personnes qui nécessitent l'aide permanente d'une tierce personne¹⁴⁴.</p>	<p>Au Portugal, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a doublé ces quarante dernières années. En 2006, ce groupe représentait 17% de la population totale, chiffre qui devrait passer à 32% d'ici 2050¹⁴⁵.</p> <p>Les principaux services fournis sont les centres de jour, les services à domicile y compris médicaux, les maisons de soins infirmiers pour personnes très dépendantes. Les soins en établissement et les résidences adaptées sont deux types de solutions existantes mais beaucoup moins développés¹⁴⁶.</p> <p>Le « Supplément pour dépendance » est une aide financière directe et mensuelle accordée sur base du niveau de dépendance (niveau 1 ou 2). Il existe par ailleurs des déductions fiscales (de 25 à 85 %) pour les familles qui prennent en charge le coût des soins et des services de leurs ascendants¹⁴⁷.</p>
---	---	--	---

¹³⁹ *Id.*, pp. 31-33.

¹⁴⁰ Horusitsky Patrick *et al.*, *Un panorama des minima sociaux en Europe*, p. 6.

¹⁴¹ *Id.*, p. 10.

¹⁴² CLEISS, *Le régime portugais de sécurité sociale*, (site Internet).

¹⁴³ MISSOC, *op.cit.*, p. 34.

¹⁴⁴ *Id.*, p. 35.

¹⁴⁵ Joël Marie-Eve *et al.*, *The long-term care system for the elderly in Portugal*, p.3.

¹⁴⁶ *Id.*, p. 2.

¹⁴⁷ *Id.*, p. 3.

<p>L E G I S L A T I O N</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revenu social d'insertion (<i>rendimento social de inserção</i>): Loi n° 13/03 du 21 mai 2003, republiée dans une version consolidée par le Décret-loi n° 133/2012 du 27 juin 2012. - Supplément extraordinaire de solidarité (<i>complemento extraordinário de solidariedade</i>): Décret-loi n° 208/01 du 27 juillet 2001. 	<p>Le Portugal a ratifié la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et son Protocole facultatif en 2009. L'art.71 de la Constitution portugaise dispose que «<i>Les citoyens porteurs d'un handicap physique ou mental jouissent pleinement des droits et sont assujettis aux devoirs contenus dans la Constitution</i>».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 38/2204 du 18 août 2004 relative à la prévention du handicap et à la réinsertion, à la réadaptation et à la participation des personnes handicapées ; - Loi n° 46/2006 du 28 août 2006 contre la discrimination ; - Décret-loi n° 163/2008 du 8 août 2006 sur l'accessibilité des espaces, des installations et des bâtiments publics, ainsi que d'habitation et des lieux environnants ; - Loi n° 33/2008 du 22 juillet 2008 sur l'accessibilité de l'information ; - Décret-loi n° 464/80 du 13 octobre 1980 sur la pension sociale d'invalidité et de vieillesse ; - Décret-loi n° 265/99 du 14 juillet 1999 sur le Supplément de dépendance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supplément solidaire pour personnes âgées (<i>complemento solidário para pessoas idosas</i>): Décret-loi n° 232/05 du 29 décembre 2005, modifié plusieurs fois; Décret réglementaire n° 3/06 du 6 février 2006. - Décret-Loi n°265/99 sur le supplément dépendance pour les personnes pensionnées nécessitant l'aide permanente d'un tiers. - Pension sociale d'invalidité et de vieillesse (<i>pensão social de invalidez e de velhice</i>): Décret-loi n° 464/80 du 13 octobre 1980.
--	---	---	---

Bonne pratique

Le programme « Por favor, não caia » (Ne tombez pas s'il vous plait) : Mis en œuvre entre octobre 2010 et août 2011 dans 35 centres de jour situés dans les Açores et impliquant quelque 1.000 personnes âgées, a montré un impact positif sur l'amélioration de l'agilité des participants. Le programme consistait à inviter les personnes âgées à faire quelques exercices physiques simples suivis d'une séance de kinésithérapie deux fois par semaine, et une séance mensuelle d'exercice dans l'eau. En outre, des réunions sur les soins nutritionnels et les soins de santé étaient organisées chaque mois. Cette initiative fut contrôlée par une équipe de scientifiques et les résultats furent présentés lors de conférences nationales et internationales. Les autorités publiques souhaitent étendre cette initiative à d'autres régions portugaises¹⁴⁸. En effet, il est considéré que ce projet a permis de lutter contre l'isolement et l'exclusion sociale des personnes âgées tout en apportant des avantages en termes de santé.

¹⁴⁸ Ribeiro Mendes Fernando, Annual Social Report 2012 – Portugal, pp. 28-29.

VIII. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

	UE27	République tchèque
Taux de risque de pauvreté Après transferts sociaux.	16,9 % (2011)	9,8% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	4,0% (2011) 4,5% (2012)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) en standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	5.915 (2011) 6.106 (2012)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	79 (2012)
Taux de croissance du PIB Réel en volume	-0.4 (2012)	-1.0 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale.	0,307 (2011)	0,252 (2011) 0,249 (2012)

La **sécurité sociale** concerne la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, la couverture en cas de maladie/maternité, d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que l'assurance chômage et les prestations familiales. Tous les travailleurs salariés sont obligatoirement couverts pour tous les risques. À l'inverse, les travailleurs indépendants ne sont pas automatiquement couverts pour les prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité mais peuvent souscrire à une assurance volontairement. Par ailleurs, ceux-ci ne sont pas couverts pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles.

60

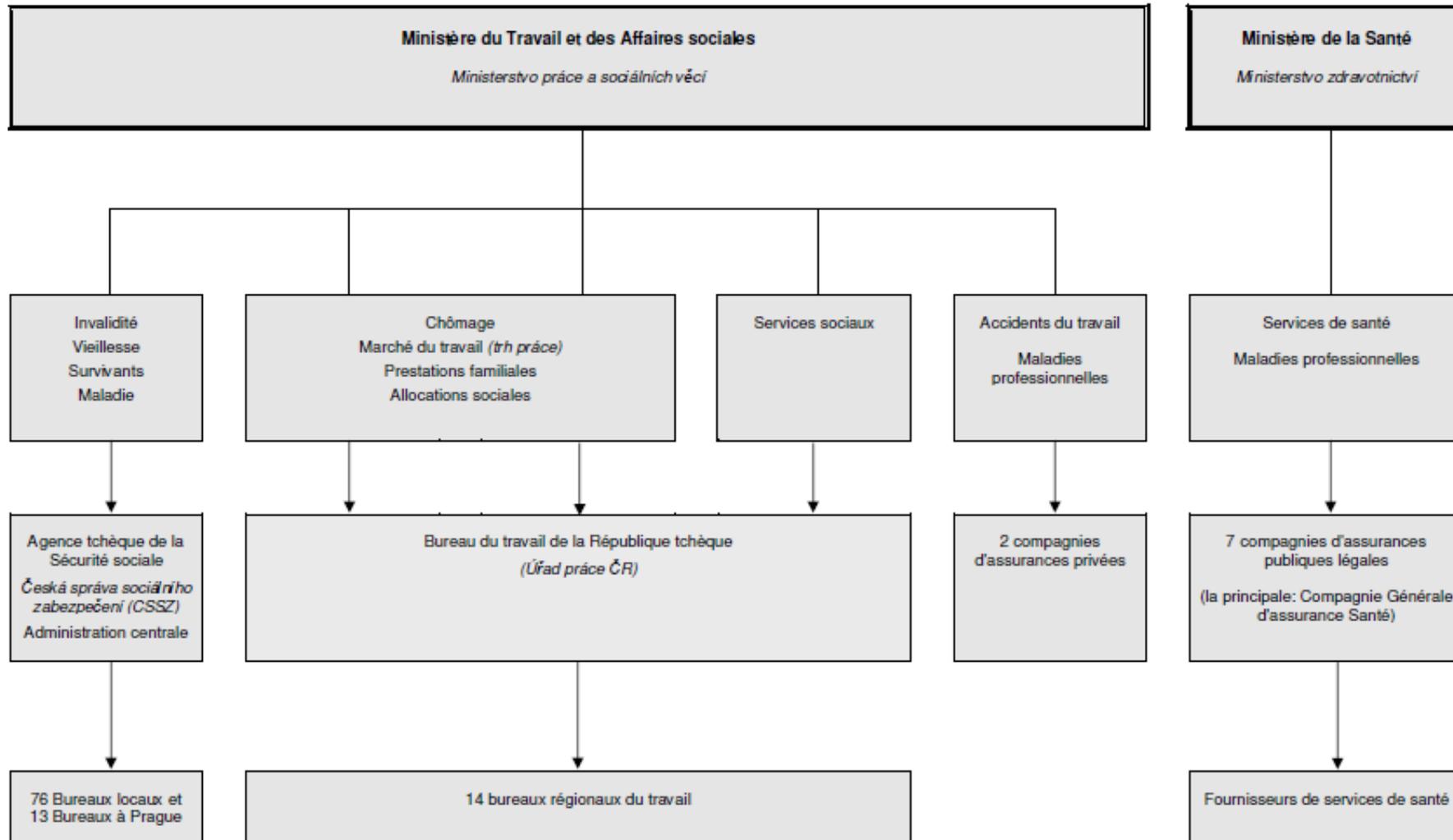
L'**Administration tchèque de Sécurité Sociale** (*Česká Správa Sociálního Zabezpečení - CSSZ*) perçoit les cotisations, fixe et sert les prestations en espèces des assurances vieillesse, invalidité, survivants, et maladie-maternité. Le financement du régime est en grande partie assuré par les **cotisations salariales et patronales**. S'agissant de l'assurance soins de santé, une partie de celle-ci est financée par les cotisations et l'autre par les impôts. Les prestations familiales relèvent d'un **régime universel non contributif**¹⁴⁹.

La République tchèque comptait en 2009 le plus bas taux de personnes en risque de pauvreté après transferts de l'Europe des 27 avec 8,6% de sa population¹⁵⁰. Le risque de pauvreté des travailleurs n'était alors que de 3,2% (également le plus faible de l'UE-27).

La situation n'est pourtant pas idyllique, le taux de risque de pauvreté n'indique en effet que les personnes dont le revenu est inférieur à 60% du revenu médian, or ce revenu est déjà faible en République tchèque. On voit également que certaines situations familiales sont particulièrement problématiques : 40% des ménages d'une personne ou monoparentaux sont en risque de pauvreté.

¹⁴⁹ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - CLEISS, *Le régime tchèque de sécurité sociale*, (site Internet) .

¹⁵⁰ Parlement européen, *The role of minimum income for social inclusion 2007-2010*, 2011, p.12.



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U R S	<p>L'aide sociale est organisée de façon centralisée (un système uniforme d'information doit permettre une approche intégrée à travers toute la République). Les 14 bureaux régionaux du travail sont responsables des versements et des réponses aux demandes via formulaire-type (ils se chargent de l'évaluation des besoins). L'aide sociale est financée par la fiscalité.</p> <p>La République tchèque connaît un réseau très actif d'associations agissant contre la pauvreté.</p>	<p>Le Ministère du Travail et des affaires sociales coordonne les politiques nationales en la matière (y compris pour l'éducation). Depuis 2011, le Gouvernement mène des réformes législatives touchant les personnes handicapées (emploi, prestations sociales et services sociaux). Tous les ministères sont ainsi responsables de la mise en œuvre du Plan national instituant l'égalité des opportunités pour les personnes handicapées 2010-2014. Un conseil national du handicap appuie le Gouvernement en formulant des recommandations sur les textes adoptés¹⁵¹. Il défend et fait respecter les droits des personnes handicapées en collaborant avec l'administration centrale, les autorités locales et la société civile¹⁵².</p> <p>Les politiques d'inclusion en matière de scolarisation sont assez récentes et des dispositions sont prises actuellement pour offrir aux élèves un plan d'éducation personnalisé mais les aides financières ne sont pas garanties pour les établissements¹⁵³.</p>	<p>Les aides institutionnalisées proviennent de deux systèmes : soins de santé et services sociaux dépendant au premier chef du Ministère de la Santé et du Ministère du Travail et des affaires sociales. Les gouvernements locaux et régionaux sont en charge des unités d'urgences, des institutions de soins de longue durée et d'environ 50% des hôpitaux du pays. Ces niveaux local et régional organisent et délivrent les allocations sociales et sont responsables des prestations sociales, de leur évaluation et de leur contrôle.</p> <p>Un Conseil gouvernemental pour les personnes âgées et le vieillissement de la population existe depuis 2006 pour préparer une politique de réponse au vieillissement.</p> <p>Les ONG, amenées à être des intermédiaires entre les autorités locales et les utilisateurs, représentent 38% des fournisseurs de services sociaux.</p>
D E S C R I P T I	<p>L'aide sociale et la garantie de ressources minimales sont réglées par une loi de 2006, qui crée un système d'aide en cas de besoin matériel. La durée sur laquelle peuvent être perçues les différentes allocations qui découlent de ce système est illimitée¹⁵⁴ mais les conditions sont très contraignantes de sorte que leur nombre est assez faible avec seulement 3% de la population en 2009¹⁵⁵. Ces prestations sont ainsi limitées aux personnes à faibles revenus et qui ne</p>	<p>En 2007, les autorités recensaient 1 million de personnes handicapées, soit 10% de la population totale. Cependant, l'OCDE pointe un manque de données fiables quant aux taux d'emploi et d'éducation.</p> <p>Le montant des prestations d'invalidité est fixé en fonction du taux d'invalidité reconnu (3 degrés prédéfinis). L'allocation d'invalidité consiste en un montant de base et un montant en fonction du nombre d'années d'affiliation au régime d'assurance. Sous certaines conditions, il est</p>	<p>La République tchèque voit sa population vieillir rapidement. En 2010, son taux de dépendance (nombre de personnes de plus de 65 ans sur nombre de personnes de 15 à 64 ans) était de 21,6%. Les soins apportés aux personnes âgées en situation de dépendance sont prioritairement et majoritairement le fait de leur famille. En 2005, le Ministère du travail et des affaires sociales tchèque estimait à 80% le nombre de prise en charge de personnes âgées dépendantes dans leur famille. De plus récents chiffres montrent que la part des personnes âgées faisant appel</p>

¹⁵¹ Čulík Stefan, Ministre du travail et des affaires sociales de la République tchèque, discours à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, 18 juillet 2013.

¹⁵² Šiška Jan, *République Tchèque Profil national*, 2011, p.1.

¹⁵³ Šiška Jan, *Inclusive education for young disabled people in Europe: trends, issues and challenges*, 2011, p. 59-65

¹⁵⁴ Parlement européen, *op.cit.* (2011), p. 99.

¹⁵⁵ Frazer Hugh et Marlier Eric, *op.cit.*, p. 25.

O N	<p>peuvent faire progresser ces revenus par leurs propres moyens. Le principe qui sous-tend l'attribution de ces aides est celui de « toutes les personnes qui travaillent doivent être mieux loties que celles qui ne travaillent pas ou qui évitent de travailler »¹⁵⁶ ; la volonté de travailler est une condition sine qua non pour se voir appliquer cette loi.</p> <p>- L'Allocation pour vivre est un revenu périodique destiné à couvrir les besoins élémentaires (à l'exclusion du coût du logement). Il correspond à la différence entre le minimum d'existence/minimum de subsistance (le coût de la vie moins celui du logement) et les revenus. Depuis janvier 2009, les personnes sans emploi qui n'effectueraient pas 20 heures de travaux d'utilité publique par mois ne bénéficient plus que du revenu minimum de subsistance (moins généreux que celui d'existence). Celles travaillant plus de 30 heures bénéficient d'une prime¹⁵⁷.</p> <p>- L'aide immédiate extraordinaire est ponctuelle et est attribuée aux personnes en situation précaire. Son montant est adapté à son objet¹⁵⁸. Elle peut être sollicitée pour faire face aux dépenses scolaires, au risque d'exclusion sociale (sortie de prison, addiction), suite à un évènement extraordinaire (incendie, etc.), etc.¹⁵⁹.</p>	<p>possible de simultanément percevoir une allocation d'invalidité et de travailler¹⁶⁰.</p> <p>Au niveau de l'inclusion sur le marché de l'emploi, des instruments orientés vers l'employeur ont été mis en place tels qu'un quota obligatoire de 4%, un abattement fiscal, des avantages sur les marchés publics et autres soutiens financiers directs de l'État¹⁶¹.*</p>	<p>à une aide informelle pour leurs activités quotidiennes à l'extérieur du domicile est de 46,7% (10,6% pour les soins personnels). Au contraire, le taux des personnes âgées qui requièrent une aide formelle (soins personnels ou infirmiers) à domicile est un des plus bas d'Europe avec seulement 0,6%.</p> <p>En République tchèque, il n'existe pas de système de soins de longue durée en tant que tel. La prise en charge des personnes âgées nécessitant ces soins dépend à la fois du secteur médical et du secteur social. Les personnes en situation de dépendance profitent toutes, sans distinction de catégories (handicap physique ou mental, maladie de longue durée et groupes vulnérables), de ces deux types de services.</p> <p>Concernant le pan social de la prise en charge, la législation régissant les services à la personne est limitée aux domaines de la dépendance et du handicap. La Loi sur les services sociaux¹⁶² définit quatre niveaux de dépendance. C'est de ce niveau que dépend celui des aides qui seront accordées. L'allocation de dépendance, versée par l'État, varie en fonction de l'âge et des aptitudes d'autonomie qui sont évaluées par un médecin (de 31 à 466€/mois). Les prestations en espèces sont privilégiées et l'allocation de dépendance est utilisée par les bénéficiaires pour payer des soins médicaux¹⁶³.</p>
--------	--	--	--

¹⁵⁶ Ministère du Travail et des Affaires sociales de République tchèque.

¹⁵⁷ Parlement européen, *op.cit.* (2011), p. 30.

¹⁵⁸ MISSOC, *ibid.*

¹⁵⁹ Ministère du Travail et des Affaires sociales de République tchèque.

¹⁶⁰ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS, *Le régime tchèque de sécurité sociale*, (site Internet).

¹⁶¹ INTEGRA, *Eléments du premier guide: thématique traitées: aspects juridiques, aides, subsides et bonnes pratiques*, p. 1.

¹⁶² Loi n° 108/2006 Coll. Services sociaux et le décret d'application n° 505/2006.

¹⁶³ MISSOC, *Vos droits à la sécurité sociale en République Tchèque*, 2012, p. 30.

L E G I S L A T I O N	<ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 111/2006 sur l'Aide en cas de besoin matériel. - Loi n° 110/2006 sur le Minimum vital et le Minimum d'existence. - Décret gouvernemental n°409/2011 sur la revalorisation des montants du Minimum vital et du Minimum d'existence. 	<p>La République tchèque a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées en 2007 mais n'a pas de définition législative générale du handicap en tant que telle. Néanmoins, sa Loi générale sur l'égalité de traitement et la protection contre les discriminations inclut explicitement les personnes handicapées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 155/1995 sur l'assurance pension de base ; Loi n° 48/1997 sur l'assurance maladie publique et Loi n° 435/2004 sur l'emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 155/1995 sur l'assurance pension de base. - Loi n° 426/2011 sur l'épargne pension.
---	---	---	--

Bonne pratique

Préparation à la vie adulte et au marché de l'emploi¹⁶⁴: Axé sur la participation active des jeunes handicapés, le partenariat entre l'ONG Rytmus et l'école spéciale n°6 de Prague est destiné à accompagner la transition entre la scolarité et la vie active. Un plan individuel est mis en place et un suivi est organisé avec les jeunes, les conseillers, les professeurs et les parents afin de rencontrer les attentes des jeunes handicapés, l'objectif étant de les rendre les plus indépendants possibles. Les activités sont par exemple des petits travaux de bureautique.

¹⁶⁴ European Network on inclusive education & disability (IncluD-ed), *Good practices from around Europe*, 2012, p.10

IX. ROUMANIE

	UE27	Roumanie
Taux de risque de pauvreté après transferts sociaux	16,9% (2011)	22.2% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8.9% (2011)	19% (2011)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	2.134 (2011)
PIB / habitant en SPA	100 (2012)	49 (2012)
Taux de croissance du PIB réel en volume	-0.4 (2012)	0.7 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus). 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale	0.307 (2011)	0.332 (2011)

En Roumanie, le **régime général des assurances sociales** vise toutes les personnes exerçant une activité professionnelle salariée ou non-salariée et couvre contre les risques habituels, à savoir : la vieillesse, la maladie-maternité (prestations en espèces), les accidents du travail et maladies professionnelles, l'invalidité, le décès. La **Caisse nationale des pensions publiques** (*Casa Nationala de Pensii Publice*) placée sous la tutelle du [Ministère du travail, de la Famille et de la Protection sociale](#), administre et gère le système public des assurances sociales (invalidité, vieillesse et survivants, accidents du travail et maladies professionnelles).

Les prestations familiales sont financées sur le budget de l'État à l'exception de la prime de naissance qui est financée sur les budgets locaux. Tous les autres risques sont financés en majeure partie par des **cotisations versées par les employeurs et les assurés** (salariés, travailleurs indépendants, chômeurs).

En termes relatifs, la Roumanie est l'un des pays de l'UE où l'impact des prestations sociales a été le plus faible. Le pays compte par ailleurs l'un des niveaux de salaires les plus bas d'Europe. C'est ainsi l'un des pays de l'UE où le risque de pauvreté est le plus important (30,6%)¹⁶⁵. Il affecte particulièrement les jeunes (25% contre 19% en Europe) et les personnes âgées comptent parmi les personnes les plus pauvres de l'Europe (on observe notamment une répartition inégale des retraites)¹⁶⁶.

Les instances européennes soutiennent activement le pays pour poursuivre ses efforts dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale des personnes les plus vulnérables¹⁶⁷.

¹⁶⁵ Eurostat : Statistiques sur la répartition des revenus.

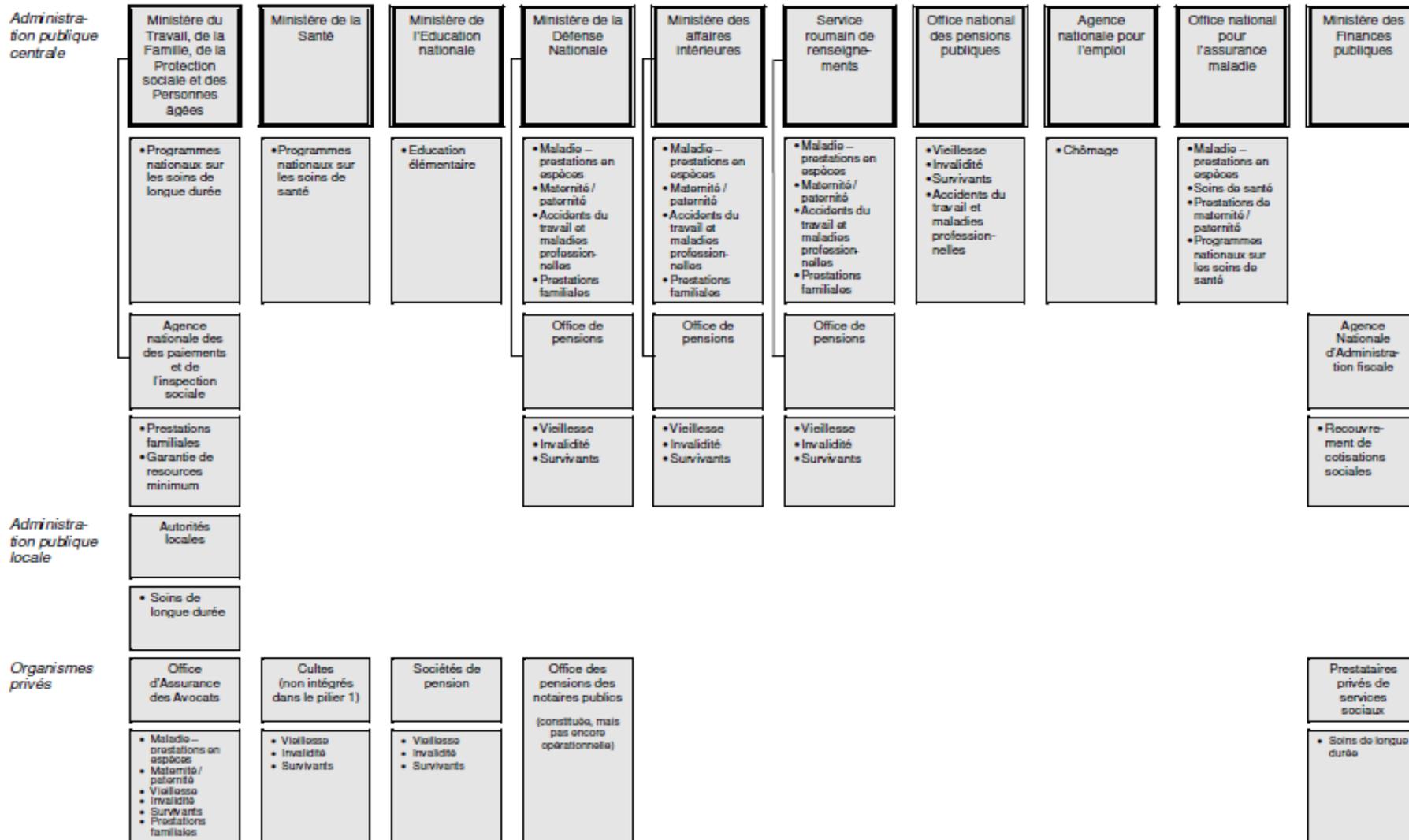
¹⁶⁶ Rosioru Felicia, *Âge et pauvreté en Roumanie*, 2010.

¹⁶⁷ Gouvernement roumain, *Strategic National Report Regarding Social Protection and Social Inclusion in Romania (2008-2010)*, septembre 2008.

Organisation de la protection sociale

Roumanie

1/1/2013



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
A C T E U R S	<p>Le régime d'assistance sociale est piloté par le gouvernement, universel, financé par le Budget de l'État, fournissant à la fois des prestations en espèces et en nature.</p> <p>La Caisse nationale des pensions publiques administre le système public des assurances sociales. Des sociétés de pension privées gèrent les fonds de pension privés (2nd pilier). L'Agence nationale des paiements et de l'inspection sociale gère les prestations familiales. La Caisse nationale d'assurance maladie garantit la mise en œuvre des politiques élaborées par le gouvernement en matière de soins de santé.</p>	<p>Diverses institutions et autorités définissent et mettent en œuvre des politiques nationales sur la vie professionnelle et l'inclusion sociale des personnes handicapées en Roumanie, telles que le Ministère de la Santé Publique ; le Ministère de l'Education, de la Recherche, de la Jeunesse et du Sport ; le Ministère de l'Emploi, de la Famille et de la Protection Sociale ; la Direction Générale pour la Protection des Personnes en Situation de Handicap ; la Direction générale Protection de l'Enfant ; l'Organisation Nationale des Personnes ayant un handicap de Roumanie ou encore la Ligue pour la promotion et la défense des droits des personnes ayant un handicap de Roumanie.</p>	<p>Les actions relatives à la protection des personnes dépendantes et à la gestion du financement de la dépendance relèvent de l'échelon national. La gestion des soins et services aux personnes âgées est du ressort des comtés et des communes, en accord avec la législation et les lignes directrices du gouvernement national. Les prestations de soins de longue durée sont déterminées par le Ministère du travail, de la famille et de la solidarité sociale en coopération avec le Ministère de la santé.</p> <p>Les comtés et les localités sont responsables de la création et du développement des services sociaux de base aux personnes âgées notamment dans les maisons de retraite et les centres spécialisés¹⁶⁸. Toutefois, il faut souligner que le modèle culturel roumain repose principalement sur les solidarités familiales¹⁶⁹. Le pays compte également un large réseau de fondations, d'ONG et d'associations caritatives assurant plus de la moitié des prestations sociales publiques¹⁷⁰.</p>

¹⁶⁸ Agence de développement local Langhe Monferrato Roero, *op.cit.*, p 29.

¹⁶⁹ Zoderiu Elena, *op.cit.*, p.1782.

¹⁷⁰ Fédération européenne des retraités et personnes âgées, *ibid.*

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">D E S C R I P T I O N</p>	<p>La Roumanie a des politiques de revenu minimum simples et inclusives, ouvertes à tous ceux n'ayant pas suffisamment de moyens pour subvenir à leurs besoins¹⁷¹. Dans le cadre de l'aide sociale, un revenu minimum est de ce fait assuré aux personnes résidant dans le pays. Si le revenu mensuel net du foyer est inférieur au revenu minimum garanti, une allocation différentielle est versée. Le montant garanti varie en fonction du nombre de personnes composant le foyer : de 125 RON (28€) pour 1 personne à 465 RON (104€) pour 5 personnes.</p> <p>Les prestations prises en compte comprennent l'aide sociale, l'allocation de chauffage à l'énergie thermique, l'allocation pour le gaz naturel et l'allocation pour les combustibles solides ou pétroliers¹⁷².</p> <p>Enfin, les soins de santé sont dispensés gratuitement à l'ensemble de la population roumaine dans le cadre d'un régime universel. Bénéficient des prestations, l'assuré et les membres de sa famille à charge, ne disposant pas de revenus.¹⁷³</p>	<p>Dans le contexte de l'économie roumaine, les chances réelles de trouver un emploi pour les personnes handicapées sont limitées et le pourcentage global de personnes handicapées qui travaillent reste, de ce fait, très faible. Ces personnes souffrent d'une série de désavantages sur le marché du travail, dus principalement aux mentalités générées par le manque d'information mais ces dernières années, un changement dans la pensée sociale s'est produit grâce aux pressions exercées par l'UE dans ce domaine. Néanmoins, la loi actuelle n'incite pas les employeurs à leur embauche. À cela, s'ajoute le manque de formations et de services d'accompagnement afin de trouver un emploi adéquat.</p> <p>Cependant, les personnes handicapées bénéficient d'une protection spéciale puisque l'État met en œuvre une politique nationale d'égalité des chances, de prévention et de traitement du handicap, pour permettre la participation effective des personnes handicapées dans la vie de la communauté, tout en respectant les droits et les obligations revenant aux parents et aux tuteurs. Il est par exemple possible de bénéficier d'un accès libre et égal dans toute institution d'enseignement habituel.</p> <p>Par ailleurs, si la personne handicapée adulte et incapable de travailler n'a pas d'autres revenus propres, elle peut bénéficier, chaque mois, d'une aide spéciale revenant à 50% du salaire minimum brut de base en Roumanie¹⁷⁴.</p>	<p>Ce n'est qu'en 2001 qu'à vue le jour la loi sur le système national d'assistance sociale (actualisée en 2006) et la première loi spécifique concernant les services sociaux pour les personnes âgées¹⁷⁵. En Roumanie, le secteur des services à la personne ne constitue alors pas encore un « marché » au sens traditionnel du terme. Les raisons sont multiples : sur les questions de dépendance, la solidarité familiale est largement répandue ce qui conduit les aidants familiaux - souvent les femmes, ayant un taux d'emploi relativement faible (en 2010, 52%) - à assumer les liens et l'accompagnement en dehors d'un système reconnu.</p> <p>Certains services à la personne, et notamment ceux qui relèvent davantage du confort, se sont naturellement développés en zone urbaine : en l'absence de dispositifs fiscaux dédiés, ils génèrent l'accroissement d'une économie informelle difficile à mesurer et sont de fait nécessairement limités face une demande qui ne peut être solvabilisée par des aides ou prestations.</p> <p>Par ailleurs, le pays souffre d'un déficit important en termes de services institutionnalisés. Pour les personnes âgées dépendantes, les soins à domicile sont l'option de soins la plus courante en raison du confort familial mais surtout des moindres coûts par rapport aux soins en établissement¹⁷⁶.</p> <p>Toutefois, il est à signaler que le secteur des services sociaux est en pleine rénovation. Depuis l'entrée dans l'UE, et sous l'impulsion de la méthode ouverte de coordination, l'État prend des mesures pour remédier aux problèmes de carence et de sous-financement des services sociaux. La Roumanie se situe donc actuellement dans une période de réforme profonde de son système de protection sociale.</p>
--	---	---	--

¹⁷¹ Pour la Solidarité, *Revenu minimum en Europe*, avril 2010.

¹⁷² Base de données des tableaux comparatifs MISSOC (site Internet).

¹⁷³ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS, *Le régime roumain de sécurité sociale*.

¹⁷⁴ Art. 8 de la loi no. 53/1992 concernant la protection spéciale des personnes ayant un handicap.

¹⁷⁵ Agence de développement local Langhe Monferrato Roero, *Elderly never lonely – Equal treatment and human dignity for elderly people*, 2006, p 26.

¹⁷⁶ Popa Daniela, *Long-term care in Romania*, 2010, p.2.

L E G I S L A T I O N	<ul style="list-style-type: none"> - Loi 416 du 18 juillet 2001 sur le Revenu minimum garanti. - La loi 47/2006 portant sur la création du système national d'assistance sociale. - Ordonnance d'urgence 70 du 31 août 2011 sur les mesures de protection sociale pendant la saison froide. 	<p>La Stratégie nationale pour la protection, l'intégration et l'inclusion sociale des personnes handicapées dans la période 2006-2013, vise à promouvoir leur intégration sociale en tant que citoyens actifs capables de contrôler leur vie ; à soutenir les familles et à augmenter le taux d'emploi des personnes handicapées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La loi 435-XVI/2006 et la loi 448/2006 sur la protection des personnes handicapées, qui définit de la même manière les personnes handicapées et les personnes âgées (n'ont plus la capacité d'effectuer leurs activités quotidiennes, en raison d'une maladie)¹⁷⁷. 	<p>Actuellement, les services de soins de longue durée comprennent les services médicaux et sociaux, chacun réglementé par différents organismes et législations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La loi 17/ 2000 sur l'aide sociale pour les personnes âgées. - La loi 95/ 2006 sur la réforme de la santé fixe les motifs de la réforme nationale du système de soins de santé et établit le système d'assurance sociale de la santé nationale. - Le Décret 318/2003 fait référence aux normes concernant l'organisation et le fonctionnement des services de soins à domicile ainsi que pour l'octroi d'autorisations pour ceux qui offrent ces services ; et le décret 246 /2006 qui établit les normes de qualité minimales pour les services de soins à domicile et les centres d'hébergement pour les personnes âgées en termes d'organisation et d'administration, de ressources humaines, d'accès aux services, de prestation de services, de droits et d'éthique.
---	---	--	---

Bonne pratique

Le programme d'octroi d'indemnités de chauffage aux ménages a connu une augmentation de 8% des bénéficiaires durant l'hiver 2006-2007 par rapport à la période 2003-2004, atteignant ainsi 1,5 millions de personnes. Un nouveau système d'octroi des allocations de chauffage domestique a alors été appliqué. Celui-ci est plus souple et vise à l'amélioration de la qualité de vie des personnes défavorisées. Ainsi, pour les utilisateurs de chauffage centralisé avec un certain revenu mensuel par membre de la famille, une allocation mensuelle est accordée au moyen d'un pourcentage de compensation de la valeur réelle de la facture d'énergie thermique.

¹⁷⁷ Fédération européenne des retraités et personnes âgées, *La dépendance dans les Etats membres*, p. 40.

X. SLOVAQUIE

	UE27	Slovaquie
Taux de risque de pauvreté Après transferts sociaux.	16,9% (2011)	13,0% (2011)
Taux de travailleurs menacés de pauvreté	8,9% (2011)	6,3% (2011) 6,2 % (2012)
Seuil de risque de pauvreté (60% du revenu médian) En standard de pouvoir d'achat (SPA)	De 2.134 (Roumanie) à 16.001 (Luxembourg) (2011)	5.314 (2011) 5.744 (2012)
PIB/habitant en SPA	100 (2012)	73 (2011) 75 (2012)
Taux de croissance du PIB Réel en volume	-0,4 (2012)	+ 1,8 (2012)
Coefficient de Gini (indice d'inégalité de revenus) 0 = égalité parfaite ; 1 = inégalité totale.	0,307 (2011)	0,257 (2011) 0,253 (2012)

Le régime de protection sociale du pays couvre tous les risques et comprend **quatre branches** : L'assurance des soins de santé, l'assurance de sécurité sociales (les deux principales), l'aide sociale des États aux familles et l'assistance sociale¹⁷⁸.

70

Les prestations en nature sont attribuées au titre de la résidence et les autres prestations le sont au titre de l'activité professionnelle. Généralement, les mêmes conditions et montants de prestations sont appliqués aux travailleurs salariés et aux indépendants, sauf en ce qui concerne les accidents du travail, les maladies professionnelles, et le risque chômage pour les indépendants¹⁷⁹.

Le financement du régime slovaque de protection sociale est assuré par les **cotisations des employeurs et des travailleurs**. Les prestations familiales sont entièrement financées par l'impôt et celles en nature sont sous la compétence du Ministère de la Santé. Le régime d'assurance santé est obligatoire¹⁸⁰. Toutes les prestations en espèces sont de la compétence du Ministère du Travail, des affaires sociales et de la famille.

En Slovaquie, l'emploi est considéré comme le principal voire unique facteur d'inclusion sociale mais l'intégration des différentes politiques dans le domaine de l'inclusion sociale reste problématique.

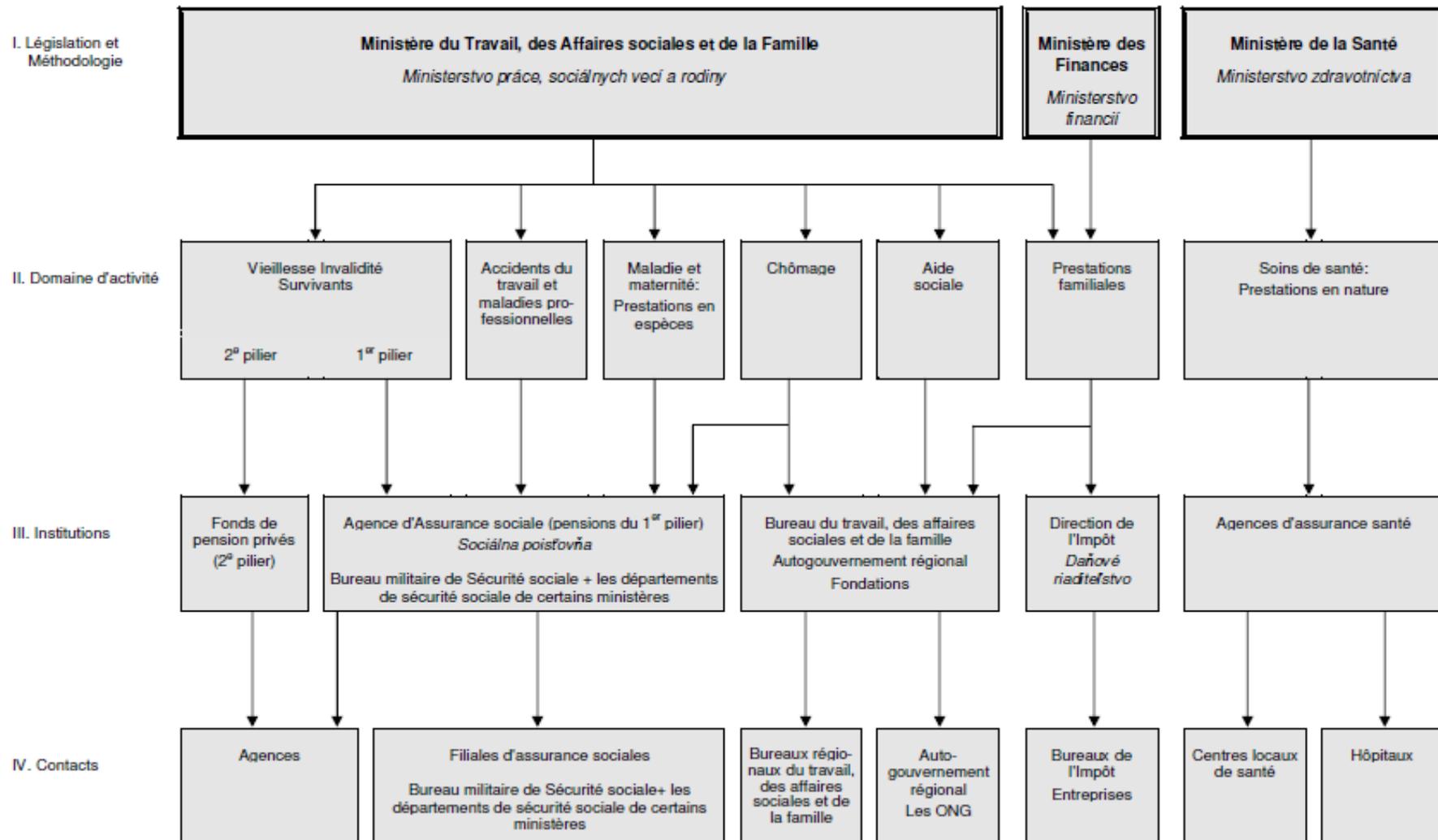
¹⁷⁸ Council of Europe, « MISSCEO, Système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe », 2002, p. 48

¹⁷⁹ « Le régime slovaque de sécurité sociale », http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_slovaquie_salaries.html

¹⁸⁰ MISSOC, *La protection sociale dans les États membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et en Suisse - L'organisation de la protection sociale: Organigrammes et descriptions*, 2013, p. 63.

Organisation de la protection sociale

Slovaquie



	REVENU MINIMUM	HANDICAP	DÉPENDANCE
ACTEURS	<p>De manière générale, l'aide sociale en faveur des plus démunis est gérée par le gouvernement régional, les bureaux régionaux du Bureau du Travail, des Affaires sociales et de la Famille, les bureaux municipaux et les ONG.</p> <p>La décentralisation des compétences au niveau régional et local pose néanmoins des difficultés liées à la répartition de celles-ci¹⁸¹.</p>	<p>Les associations représentant les personnes handicapées participent aux négociations des mesures les concernant, notamment par le biais du Conseil national du handicap mais c'est le niveau gouvernemental qui est entièrement responsable de la politique établie au sein d'un Conseil gouvernemental spécifique. La législation en vigueur en la matière est actuellement réformée pour se conformer à la Convention des Nations Unies. Les autorités locales ont en charge l'administration des soins et des services mais ce sont surtout les familles (et en grande majorité les femmes) qui prennent soin des personnes handicapées.</p>	<p>Les soins de longue durée relèvent de la responsabilité conjointe du Ministère du Travail, des Affaires sociales et de la Famille et le Ministère de la Santé, tandis que la fourniture des services sociaux, sont du ressort des municipalités et des régions autonomes.</p> <p>Les administrations locales développent et financent les aménagements liés à ces services comme les infrastructures (centres de jour, établissements de soins) et les transports. Elles organisent aussi les services et les soins infirmiers à domicile ainsi que les foyers pour personnes âgées. Les gouvernements régionaux sont quant à eux responsables de la planification et du financement des services sociaux sur leurs territoires respectifs et des structures spécialisées tels que les centres de réadaptation¹⁸².</p>

¹⁸¹ Kusá Zuzana, Gerbery Daniel, *Assessment of the implementation of the European Commission recommendation on active inclusion - Country Report - Slovak Republic*, 2013, p.10.

¹⁸² Radvanský Marek and Páleník Viliam, *The Long-term Care System for the Elderly in Slovakia*, 2010, p.1-9.

D E S C R I P T I O N	<p>Il existe deux types d'aide aux plus démunis : l'assistance en cas de besoin matériel (en espèces) et la prestation en cas de besoins matériel (en nature).</p> <p>Le premier est un régime universel non contributif financé par l'impôt. C'est un droit subjectif sans condition d'âge ou de nationalité.</p> <p>Le montant de cette assistance varie en fonction du nombre de membres du ménage et est allouée par l'État durant les 24 premiers mois, puis par les municipalités¹⁸³.</p> <p>La prestation en cas de besoin matériel consiste à garantir le minimum vital aux personnes sans revenu à savoir un repas chaud par jour, des vêtements et un logement. Le droit à ces aides est décidé par l'Office du travail de manière autonome¹⁸⁴.</p> <p>Cependant, ces aides ne suffisent pas à garantir une vie décente. En effet, le revenu minimum est ainsi 3 fois inférieur à ce minimum vital et 5 fois inférieur au seuil de pauvreté¹⁸⁵.</p>	<p>Au niveau scientifique, l'État finance deux instituts sur la question du handicap mais il n'existe pas d'enquête nationale fiable concernant la population handicapée¹⁸⁶.</p> <p>Les prestations en espèce versées par l'État (pension d'invalidité) varient en fonction du niveau de handicap mais restent sous le seuil minimum vital. D'autres aides financières plafonnées sont attribuées pour les frais d'assistance personnelle, de soins infirmiers, de matériel médical, de logement, etc. Le nombre de personnes bénéficiaires est cependant faible¹⁸⁷.</p> <p>La politique d'emploi des personnes handicapées est axée sur un système d'obligation d'emploi des personnes handicapées (quota de 3,2% dans les entreprises de plus de 20 salariés). Mais l'État slovaque manque d'instruments de mise en place de services dédiés à l'inclusion des personnes handicapées, notamment en matière de logements adaptés. Aujourd'hui, la plupart d'entre elles vivent dans des institutions spécialisées en marge de la société tout comme les enfants qui sont la plupart de temps éduqués dans des établissements séparés des structures de l'enseignement ordinaire.</p>	<p>Les dernières estimations à long-terme sur le vieillissement démographique montrent que la population de cet Etat sera l'une des plus âgées d'Europe et du monde d'ici 2040¹⁸⁸. La Slovaquie devra dès lors consacrer une grande part de son budget national dans les soins de longue durée et aura besoin d'accroître le nombre de travailleurs dans ce secteur¹⁸⁹.</p> <p>Les services sociaux et médicaux sont fournis de manière formelle en institution ou à domicile. Néanmoins, les soins sont principalement administrés par un membre de la famille ou un proche¹⁹⁰. Une contribution sociale peut être accordée à l'aidant. Le principe de base veut que le patient choisisse librement son prestataire de soins médicaux dans le pays. Pour les services sociaux, le bénéficiaire devra en revanche choisir un prestataire dans sa région de résidence. Les soins infirmiers à domicile, partie intégrante du système de santé, sont essentiellement fournis par les 162 Agences de soins à domicile et infirmiers¹⁹¹.</p> <p>Les prestations de services sont liées au degré d'invalidité et l'évaluation individuelle est menée par un comité local composé de médecins et d'assistants sociaux. Celle-ci détermine le type et le montant de l'aide à accorder aux personnes dépendantes. Au niveau de l'aide financière, les personnes dépendantes reçoivent un complément à leur pension de retraites pour payer les services sociaux. En fonction du degré de dépendance, des aides financières complémentaires sont accordées¹⁹².</p>
---	--	---	--

¹⁸³ European Anti-Poverty Network - EAPN, *Comparative table: State of play in the European Union regarding Minimum Income schemes*, p.22.

¹⁸⁴ MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Slovaquie*, juillet 2012, p.36.

¹⁸⁵ Kusá Zuzana, Gerbery Daniel, *op.cit.* p.12.

¹⁸⁶ Brichtová Lýdia, Hanzelová Eneke, Repková Kvetoslava, *Country profile Slovakia*, 2012, p.1.

¹⁸⁷ Shima I, Rodrigues R, *The implementation of EU social inclusion and social protection strategies in European countries with reference to equality for disabled people*, 2009, p. 16-54.

¹⁸⁸ Bleha - Šprocha - Vaňo: *Prognóza populačného vývoja Slovenskej republiky do roku 2060*, 2013.

¹⁸⁹ Brichtová Lýdia *et al.*, *Filling the gap in long-term professional care through systematic migration policies*, 2013, p.1.

¹⁹⁰ OCDE, *Country notes and highlights about long-term care – Slovak Republic*, 2011, p. 1.

¹⁹¹ Lesovic, Taragelova, Beresova, *Home care in Slovakia*, 2011, p.489.

¹⁹² OCDE, *op.cit.*, p. 2.

L E G I S L A T I O N	<ul style="list-style-type: none"> - Loi sur le minimum vital n° 601/2003. - Loi sur les organismes administratifs nationaux dans les domaines des Affaires Sociales, de la Famille et des Services d'Emploi n° 453/2003. - Loi sur l'assistance aux personnes en situation de besoin matériel n°599/2003. - Loi sur les services d'emploi n°5/2004. 	<p>La Slovaquie ne dispose pas de définition juridique du handicap et n'a rejoint que récemment (2010) la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.</p> <p>Une véritable politique effective en faveur de leur inclusion dans la société est en cours d'élaboration par les autorités slovaques sur la base du « Programme national pour l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées dans tous les domaines de vie » qui fut adopté en 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi n°447/2008 sur les allocations financières pour la compensation de plusieurs handicaps. 	<p>Concernant les « soins de longue durée », les aspects sociaux et médicaux sont strictement divisés. Si les soins médicaux sont légalement encadrés et fournis par l'Etat, ce n'est pas le cas des services sociaux¹⁹³.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décret n°910/2000 sur la politique de santé. - Loi n°576/2004 sur les soins et services de santé liés à la fourniture des soins de santé. - Loi n°578/2004 sur les fournisseurs de soins de santé, le personnel médical et les associations professionnelles ; - Loi n°448/2008 sur les services sociaux, (grands principes de la protection sociale, des soins infirmiers et des soins palliatifs) ; - Programme gouvernemental de prise en charge des personnes défavorisées et sur l'inclusion sociale.
--	--	---	---

Bonne pratique

***Approche intégrée au niveau local**¹⁹⁴ : Les autorités locales de Banská Bystrica développent une approche intégrée d'aide aux personnes handicapées (éducation, emploi, accès à un logement adapté, aux transports et aux loisirs) associant tous les acteurs concernés et en partenariat avec les ONG. Cette approche permet de mieux identifier les besoins spécifiques et favorise une meilleure affectation des ressources contribuant à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leur famille.*

¹⁹³ Radvanský Marek and Páleník Viliam, *The Long-term Care System for the Elderly in Slovakia*, 2010, p.1.

¹⁹⁴ Commission européenne, *Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2008 Inclusion sociale, pensions, soins de santé et soins de longue durée*, janvier 2008, p.15.

CONCLUSION

Les systèmes nationaux de protection sociale font la richesse de l'Europe. Considérés comme des biens publics, les services fournis par les États et leurs collectivités se doivent d'être efficacement gérés pour répondre à leurs missions à destination des populations.

Plus concrètement, les décideurs politiques et les acteurs de la protection sociale doivent relever les défis que sont le **pilotage des aides sociales** et leur opérationnalisation à destination d'un public préalablement ciblé.

Les fiches pratiques présentées dans cette étude ne doivent pas masquer les problèmes rencontrés par les acteurs qui mettent quotidiennement en œuvre les politiques sociales. Les cas de fraudes autant que les cas d'indus non-intentionnels, les cas de non-recours comme les cas de moins-perçu soulèvent des questions sur l'accessibilité et l'effectivité des aides sociales.

A cet égard, l'on relève que les différents États étudiés ont la possibilité de mettre en place plusieurs types d'**instruments** de politiques publiques : les **transferts monétaires** que sont les allocations de sommes d'argent librement utilisables par les bénéficiaires, les **prestations en nature** choisies et planifiées par les acteurs compétents en fonction du rapport coûts/qualités des prestataires de services.

A cela s'ajoute un troisième type d'instruments à mi-chemin entre les deux premiers : les **titres spéciaux de paiement** (sur support chèque, carte, téléphone...) qui permettent à chaque bénéficiaire de choisir ses prestataires dont les services sont financés par l'État et/ou les collectivités régionales et locales. Dans le domaine des aides sociales, ces instruments connaissent actuellement un intérêt croissant de la part des autorités publiques dans l'optique notamment d'une amélioration de la prise en charge ciblée des besoins des bénéficiaires et d'un meilleur contrôle de la destination de l'aide allouée. Ils remplissent en effet plusieurs rôles : création d'emploi, lutte contre l'économie informelle, apport de recettes aux finances publiques, et garantie de la transparence, la bonne utilisation et la sécurisation des aides octroyées.

Le **groupe Up** apporte ainsi son expertise dans la mise en place de dispositifs ciblés d'aide sociale à destination de la population en proposant des solutions informatiques et des titres spéciaux de paiement qui répondent aux besoins d'optimisation des politiques sociales.

BIBLIOGRAPHIE

LES POLITIQUES SOCIALES EN EUROPE PUBLICATIONS

- ARCHAMBAULT EDITH, « *Y a-t-il un modèle européen du secteur sans but lucratif ?* », RECMA, Revue internationale de l'économie sociale, n° 282, 2001.
- ARCHAMBAULT ÉDITH, « *Le bénévolat en France et en Europe* », Pensée plurielle, n° 9, 2005.
- CADIC POL, « *La protection sociale dans l'Union européenne : de l'hétérogénéité d'Après-guerre à la convergence austéritaire* », Working Paper, Pour la Solidarité, 2013.
- CADIC POL, « *Un revenu minimum garanti européen ? Enjeux et opportunités* », http://www.pourlasolidarite.eu/IMG/pdf/Working_paper_revenu_minimum_europ%C3%A9en.pdf, Working paper, Think Tank européen Pour la solidarité, 2013, consulté le 06/01/2014.
- CADIC POL, « *Politiques d'austérité et promotion de l'économie sociale : vers un nouveau modèle social européen ?* », Mémoire de Master 2 Économie solidaire et logiques de marché, Institut Catholique de Paris, septembre 2013.
- COMITE ECONOMIQUE ET SOCIAL EUROPEEN, Avis du CESE: Revenu minimum européen et indicateurs de pauvreté, SOC/482-CES1960-013_00_00_TRA_AC, <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.fr.soc-opinions.26830>, consulté le 06/01/2014.
- COMMISSION EUROPÉENNE, The 2009 Ageing report : Underlying Assumptions and Projections Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), 2008 http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication13782_en.pdf
- COMMISSION EUROPEENNE, Recommandation de la Commission du 3 octobre 2008 relative à l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail [notifiée sous le numéro C(2008) 5737], <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:FR:HTML>, consulté le 05/06/2013.
- COMMISSION EUROPEENNE, Communication de la Commission : Europe 2020- Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive, Bruxelles, 2010.
- COMMISSION EUROPEENNE, Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées: un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions du 15 novembre 2010, COM(2010) 636 final.
- COMMISSION EUROPEENNE, Vieillir actif et en bonne santé: l'UE crée un groupe pour piloter l'innovation, Communiqué de presse IP/11/519, 2 mai 2011, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/519&format=HTML&aged=0&language=fr>
- COMMISSION EUROPEENNE, Communication de la Commission européenne au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, La protection sociale dans la coopération au développement de l'Union européenne, http://ec.europa.eu/europeaid/what/social-protection/documents/com_2012_446_fr.pdf, Bruxelles, COM(2012) 446 final, 2012, consulté le 05/03/2013.
- COMMISSION EUROPEENNE, Décloisonner l'économie et le social, dans : Investissements sociaux, Agenda social n°33, 2013, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=737&langId=en&pubId=7511&furtherPubs=yes>.
- CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation n° R(98)9 du Comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance, Comité des ministres du Conseil de l'Europe, 641ème réunion des Délégués des Ministres, 18 septembre 1998.
- CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE, Approbation de l'avis du Comité de la Protection Sociale sur la relance de la MOC sociale dans le cadre de la stratégie Europe 2020, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/11/st10/st10405.fr11.pdf> , doc. 10405/11, SOC 418, Bruxelles, 2011.

- Décision n° 742/2008/CE du Parlement européen et du Conseil du 9 juillet 2008 sur la participation de la Communauté à un programme de recherche et développement entrepris par plusieurs États membres, visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées par le recours à de nouvelles technologies de l'information et des communications.
- Décision n° 940/2011/UE du Parlement européen et du Conseil du 14 septembre 2011 relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012) Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.
- GLEMAIN PASCAL, « *Analyse économique des politiques sociales en Europe* », cours de master 2 MDESS IPSA UCO-ESSCA, année universitaire 2012-2013.
- HASSENTEUFEL PATRICK, « *Quelle européanisation des systèmes de santé ?* », dans : Coordination de Christiane Crépin, Protection sociale française et Europe, Paris: Caisse nationale des Allocations familiales, Informations sociales, n°175, 2013.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, texte intégral : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
- PALIER BRUNO, « *Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France, une perspective institutionnelle comparée* », Pouvoirs n°82, 1997.
- PALIER BRUNO, « *Les évolutions de la protection sociale* », Fondation Jean-Jaurès, N° 13, 2005.
- PAQUY LUCIE, « *sous la responsabilité scientifique de Patrice Bourdelais, Les systèmes européens de protection sociale : une mise en perspective* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Paris), Série Mire, 2004.
- PARLEMENT EUROPEEN, Résolution du Parlement européen du 20 octobre 2010 sur le rôle du revenu minimum dans la lutte contre la pauvreté et la promotion d'une société inclusive en Europe (2010/2039(INI)), <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0375+0+DOC+XML+V0//FR>, consulté le 05/06/2013.
- PLAKALO SANJIN, « *Orientation socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap : les cas de la France et de la Belgique* », Pour la Solidarité, 2013.
- POUR LA SOLIDARITE, « *Les services à la personne en Europe : regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir* », janvier 2012.
- REIF, « *La politique européenne de la dépendance, Représentation des institutions françaises de sécurité sociale auprès de l'Union européenne* », Dossier d'actualité n°44, juin 2011.
- STOKKINK DENIS, « *Diversité continentale* », Le Monde diplomatique, mars 2011.
- YUNG RICHARD, « *L'Europe sociale, état des lieux et perspectives* », 2009.

SITES INTERNET CONSULTÉS

- Site de l'Union européenne : <http://europa.eu>
- Europa, Synthèses de la législation de l'UE, Les régimes de sécurité sociale et la libre circulation des personnes: règlement de base, http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10516_fr.htm, consulté le 26/07/2013.
- Europa, Synthèses de la législation de l'UE, Coordination des systèmes de sécurité sociale, http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c10521_fr.htm, consulté le 25/07/2013.
- Europa, Synthèses de la législation, Glossaire: Méthode ouverte de coordination, http://europa.eu/legislation_summaries/glossary/open_method_coordination_fr.htm, consulté le 02/04/2013.
- Europa, Synthèses de la législation de l'UE, Inclusion active des personnes exclues du marché du travail, http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_inclusion_fight_against_poverty/em0009_fr.htm, consulté le 05/06/2013.
- Site de la Commission européenne : <http://ec.europa.eu>
- Commission européenne, Emploi, affaires sociales et inclusion, Législation de l'UE, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=867>, consulté le 25/07/2013.
- Commission européenne, Emploi, affaires sociales et inclusion, Comité de la protection sociale,

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=fr>, consulté le 25/07/2013.

- Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et Inclusion, Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=fr>, consulté le 21/11/2013.
- Commission européenne, Objectifs Europe 2020, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/targets_fr.pdf, consulté le 21/11/2013.
- Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et inclusion, Investissements sociaux: la Commission encourage vivement les États membres à mettre l'accent sur la croissance et la cohésion sociale, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=1044&newsId=1807&furtherNews=yes>, 2013, consulté le 13/08/2013
- Commission européenne, Emploi, Affaires sociales et inclusion, Investissement social
- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044&langId=fr>, consulté le 07/08/2013.
- Commission européenne, Europe 2020, Europe 2020 en France, Programme national de réforme, http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-your-country/france/national-reform-programme/index_fr.htm, consulté le 21/11/2013.
- Site de l'agence Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Statistics explained, Glossaire: Taux de risque de pauvreté, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr, Commission européenne, Eurostat, consulté le 29/05/2013.
- Statistics explained, Glossaire: Privation matérielle, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Material_deprivation/fr, Commission européenne, Eurostat, consulté le 29/05/2013.
- Statistics explained, Glossaire: Personne vivant dans un ménage à faible niveau d'intensité de travail, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Persons_living_in_households_with_low_work_intensity/fr, Commission européenne, Eurostat, consulté le 29/05/2013.
- Statistics explained, Statistiques sur l'emploi, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Employment_statistics/fr, Commission européenne, Eurostat, consulté le 21/11/2013.
- Eurostat, En 2011, 24% de la population était menacée de pauvreté ou d'exclusion sociale, Service de presse, Communiqué de presse 171/2012, décembre 2012, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-03122012-AP/FR/3-03122012-AP-FR.PDF, consulté le 21/11/2013.

MINIMA SOCIAUX, POLITIQUES DE HANDICAP ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE PAR PAYS

PUBLICATIONS

-
- AGENCE FRANCE-PRESSE ROME, *L'Italie compte plus de neuf millions de pauvres*, La Presse, le 17 Juillet 2013, via : <http://affaires.lapresse.ca/economie/international/201307/17/01-4671468-litalie-compte-plus-de-neuf-millions-de-pauvres.php>
 - BALDINI MASSIMO, « *La pauvreté en Italie : quelques éléments de cadrage*, in : « Synthèse et statistiques, Politiques sociales et familiales » n°104, juin 2011.
 - CASMAN MARIE-THERESE ET AL., « *Experts du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Acteurs d'innovation au sein des Services Publics Fédéraux belges* », Garant, Anvers/Apeldoorn, 2010.
 - CENTRE POUR L'EGALITE DES CHANCES ET LA LUTTE CONTRE LE RACISME, « *Lutte contre la pauvreté. Contribution au débat et à l'action politique. Rapport bisannuel 2010-2011* », Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, décembre 2011.
 - CINCINNATO SEBASTIANO, NICAISE IDES, « *Belgique. Régimes de revenu minimum : panorama et évaluation. Une étude des politiques nationales, Peer Review in Social Protection and Social Inclusion and Assessment in Social Inclusion* », pour la Commission européenne, avril 2009.
 - COMMISSION EUROPEENNE 2005/842/CE, Décision de la Commission du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général.

- COMMISSION EUROPEENNE, *Joint report on social protection and social inclusion 2010*, Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances, Office des publications de l'Union européenne, 2010.
- COMMISSION EUROPEENNE, *La modernisation de l'enseignement supérieur en Europe: financement et dimension sociale 2011*, Agence exécutive Education, audiovisuel et culture (EACEA P9 Eurydice), 2011, via : http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/131FR.pdf
- CONSEIL DES MINISTRES DE LA REPUBLIQUE DE BULGARIE, *National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion in Bulgaria 2008-2010*, 2008.
- CONSEIL DES MINISTRES DE L'UNION EUROPEENNE, Conclusions du Conseil du 12 mai 2009 concernant un cadre stratégique pour la coopération européenne dans le domaine de l'éducation et de la formation («Éducation et formation 2020») [Journal officiel C 119 du 28.5.2009].
- CORREALE CHRISTINE, *Surmonter la crise : la recette du gouvernement italien*, Le Petit Journal 03/12/2008, via : <http://www.lepetitjournal.com/turin/economie/34138-turin-actu>
- COSIV, Open Society Justice Initiative, European Roma Rights Centre (ERRC), *D.H. and others v. Czech Republic, Submission to the committee of ministers, Council of Europe*, Service de l'exécution des arrêts de la Cour européenne des Droits de l'Homme, juin 2012.
- COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME, *Affaire D.H. et autres c. République tchèque*, 13 novembre 2007, via : <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-83258#%7B%22itemid%22:%5B%22001-83258%22%7D>
- Directive 2009/72/CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 concernant des règles communes pour le marché intérieur de l'électricité.
- Directive 2009/73/CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 concernant des règles communes pour le marché intérieur du gaz naturel
- EUROPEAN ANTI-POVERTY NETWORK (EAPN), *Comparative table: State of play in the European Union regarding Minimum Income schemes*, via: http://www.eapn.eu/images/docs/minimum%20schemes%20comparative%20template%20-%20v4_150709ne.pdf
- EUROPEAN FUEL POVERTY AND ENERGY EFFICIENCY (EPEE), *Rapport détaillé sur les différents mécanismes existants pour lutter contre la précarité énergétique*, 2009, via : http://www.fuel-poverty.org/files/WP3_D8_fr.pdf
- FIALOVÁ JANA, KOVAŘIKOVÁ MARTÉKA, "Discrimination and social exclusion in the Czech Republic", European Social Watch, via: http://www.socialwatch.eu/wcm/Czech_Republic.html.
- FIGUEIREDO LLDA., *Suite donnée à la résolution du Parlement européen sur le rôle du revenu minimum dans la lutte contre la pauvreté et la promotion d'une société inclusive en Europe, adoptée par la Commission le 9 février 2011, A7-0233/2010 / P7-TA-PROV(2010)0375*. http://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.europarl.europa.eu%2Foeil%2Fspdoc.do%3Fi%3D18736%26j%3D0%26l%3Dfr&ei=47SpUu_kDIKWhQeWooHQBQ&usq=AFQjCNFVgILctMxxU7ifo1nmKkSiTYNIKQ&sig2=-xtHpSzsLjnCRIVUgKb_pA&bvm=bv.57967247,d.ZG4
- FRAZER HUGH AND MARLIER ERIC, "Minimum Income Schemes Across EU Member States", 2009, via: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/network-of-independent-experts/2009/>
- GOUVERNEMENT FEDERAL DE BELGIQUE, *Plan fédéral de lutte contre la pauvreté*, 2012, via <http://www.mi-is.be/be-fr/doc/politique-de-lutte-contre-la-pauvrete/second-plan-federal-de-lutte-contre-la-pauvrete>.
- GOUVERNEMENT FEDERAL DE BELGIQUE, *Rapport social national de la Belgique 2012*, via http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/sociale_bescherming/nationaal_sociaal_rapport_2012_belgie_fr.pdf
- GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE TCHEQUE, *Strategy for combating social exclusion for the period 2011-2015*, Agentura pro sociální začleňování, septembre 2011, via http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9307_file1_strategy-for-combating-social-exclusion-for-the-period-2011-2015.pdf
- GOUVERNEMENT ROUMAIN, *Strategic National Report Regarding Social Protection and Social Inclusion in Romania (2008-2010)*, septembre 2008, via : <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Rapoarte-Studii/081208Report2008-2010.pdf>

- GUILLEMOT BLANCHE, GUILPAIN MAXIME, VEBER OLIVIER, « *Evaluation des aides personnelles au logement, Rapport thématique n°1 sur l'efficacité sociale des aides personnelles au logement* », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), RM2012-057A, 2012, via : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-057A_APL_rapport_1_DEF.pdf
- HEINDRICHS BENEDICTE, « *L'influence de l'Union européenne dans les politiques de logement* », Etopia, 2009.
- Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique - *IWEPS, Regards sur la pauvreté et les inégalités en Wallonie*, Working paper de l'Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique, n°16, septembre 2013.
- HORUSITZKY PATRICK, JULIENNE KATIA et LELIÈVRE MICHELE, *Un panorama des minima sociaux en Europe*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats n° 464, février 2006.
- JESSOULA MATTEO, PAVOLINI EMMANUELLE, "Annual National Report 2012 Pensions, health care and Long-term care Italy", Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms (ASISP), 2012, via: http://socialprotection.eu/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=fr_asisp_laender&country=it&__cms_object=8
- KUSÁ ZUZANA, GERBERY DANIEL, "Assessment of the implementation of the European Commission recommendation on active inclusion - Country Report - Slovak Republic", Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et inclusion, 2013.
- LABARTHE JULIE, LELIEVRE MICHELE (sous la dir.), « *Minima sociaux et prestations sociales, Ménages aux revenus modestes et redistribution* », édition 2013, Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), via : http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_minima_sociaux_2013.pdf
- LAZAROVÁ DANIELA, "Roma kids from special schools put Czech education system to shame in Great Britain", Radio Praha, 13 février 2012, via : <http://www.radio.cz/en/section/curraffrs/roma-kids-from-special-schools-put-czech-education-system-to-shame-in-great-britain>
- LUČIVJANSKÝ MICHAL, TOTH CHRISTINA, *Slovakia : new energy law enacted*, Schinherr Legal Insight, 6 août 2012.
- MINISTERE DE L'EGALITE DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT, *Le droit au logement opposable*, Direction générale de l'Aménagement, du Logement et de la Nature, Paris, septembre 2013, via : http://www.territoires.gouv.fr/spip.php?page=pdfjs&id_document=2291
- MISSOC, *La protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et en Suisse - L'organisation de la protection sociale: Organigrammes et descriptions*, Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion ; Système mutuel d'information sur la protection sociale, 2013.
- MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en ... (existe pour tous les EM)*, Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion, juillet 2012.
- OURADOU FREDERIC, « *Les prix de l'énergie dans l'UE : la France moins chère pour l'électricité* », Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de la Mer, Commissariat général au développement durable, Coll. Le point sur... n° 36, décembre 2009, via : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/LPS36.pdf>
- PARLEMENT EUROPÉEN, *The role of minimum income for social inclusion 2007-2010*, Directorate-general for internal policies, IP/A/EMPL/ST/2010-07, janvier 2011, via : <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201106/20110620ATT21867/20110620ATT21867EN.pdf>
- PARLEMENT EUROPÉEN, Résolution du Parlement européen du 20/10/2010, *Role of minimum income in combating poverty and promoting an inclusive society in Europe*, via: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0375+0+DOC+XML+V0//EN>
- POLVERINI FRANCESCA, LAMURA GIOVANNI, "Labour supply in care services", INRCA, 2004.
- POUR LA SOLIDARITE, « *Revenu minimum en Europe* », Working paper, Avril 2010.
- RAPPORT SOCIAL NATIONAL DE LA FRANCE, avril 2012, via http://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FblobServlet%3FdocId%3D7684%26langId%3Dfr&ei=0NuqUubjHMmEhQfWkYcICA&usg=AFQjCNGIHMUS1G7CAi1s-9CAN1a0jfCc4w&sig2=j6TPxNpfACUDU_SMqpvDOQ&bvm=bv.57967247,d.ZG4

- ROSIORU FELICIA, « *Âge et pauvreté en Roumanie*, in *Au bord ou au cœur du projet européen* », Revue Quart Monde N°214, 2010, via : <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=4739>
- SERVICE PUBLIC DE WALLONIE, *Coup d’pouce. Guide des aides pour les personnes démunies*, via : <http://www.wallonie.be/fr/publications/coup-d-pouce-guide-des-aides-pour-les-personnes-demunies> (non-daté).
- SIROVÁTKA TOMÁŠ, *Czech Republic. “Assessment of the situation in the relation to minimum incomes schemes”*, Commission européenne, avril 2009.
- STATEVA MILENA, STOCK LAURA, DR JUNGE KERSTIN ET CASTELLANOS SERRANO CRISTINA, “*Good practices in social inclusion through employment. Learning from Roma integration*”, West London Alliance, The Tavistock Institute, 2013, via: <http://www.tavistock.org/wp-content/uploads/2013/04/Good-Practices-in-Social-Inclusion-through-Employment-Final-Research-Paper.pdf>
- STRATI FILIPPO, “*Assessment of the implementation of the European Commission recommendation on active inclusion - Country Report – Italy*”, Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et inclusion, 2013.
- WOYCICKA IRENA, *Poland, minimum Income Schemes – a study of national policies*, Peer review in social protection and social inclusion and assessment in social inclusion, avril 2009, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9038&langId=en>
- YEROCHEWSKI CAROLE, « *Italie : Berlusconi supprime le RMI* », Alternatives Economiques n° 212, mars 2003, via : http://www.alternatives-economiques.fr/italie---berlusconi-supprime-le-rmi_fr_art_167_18017.html

SITES INTERNET CONSULTÉS :

-
- Article 27 asbl, « *Fonctionnements et partenariats*, http://www.article27.be/article27/index.php?cellule_id=16&page=89#uti (consulté le 18 novembre 2013).
 - Belgium.be, *Alphabétisation*, http://www.belgium.be/fr/formation/formation_permanente/alphabetisation/ (consulté le 18 novembre 2013).
 - Belgium.be, *CPAS*, http://www.belgium.be/fr/famille/aide_sociale/cpas (consulté le 14 novembre 2013).
 - Belgium.be, *Promotion sociale*, http://www.belgium.be/fr/formation/formation_permanente/promotion_sociale/ (consulté le 18 novembre 2013).
 - Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS, *Les systèmes nationaux de sécurité sociale*, existe pour tous les pays européens, via : <http://www.cleiss.fr/docs/regimes/>
 - Comparatif social européen, via : <http://www.eurocompar.eu/datas.php>
 - Dispofi, *Quel montant de prime pour l’emploi cette année ?*, mai 2013, via : <http://www.prime-pour-l-emploi.fr/montant-prime-pour-emploi>
 - Eurostat, *En 2011, 24% de la population était menacée de pauvreté ou d’exclusion sociale*, Service de presse, Communiqué de presse 171/2012, 3 décembre 2012, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-03122012-AP/FR/3-03122012-AP-FR.PDF, consulté le 21/11/2013.
 - Eurostat, *Statistiques sur la répartition des revenus*, via : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Income_distribution_statistics/fr#Principaux_r.C3.A9sultats_statistiques
 - Eurostat, *Personne en risque de pauvreté ou d’exclusion sociale*, via : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion

- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - Insee, *Taux de pauvreté en France*, via : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS04402
- LPG Bulgarie, *Les salaires en Bulgarie*, via : <http://www.lpg-bulgarie.bg/salaires-bulgarie.html>
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (République tchèque) *Living and Subsistence Minimum* via : <http://www.mpsv.cz/en/11854>, (consultation le 25 octobre 2013).
- MISSOC, Base de données des tableaux comparatifs, via : http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch_fr.jsp
- People in need Czech Republic, *Education*, via : <http://www.clovekvtisni.cz/en/social-work/education-9>, consulté le 29 octobre 2013.
- Radio Praha, *S-Card system to be revised*, 21 novembre 2012, via <http://www.radio.cz/en/section/curraffrs/s-card-system-to-be-revised>
- Radio Praha, *S-Card project will take over 5 million crowns to end*, 13 août 2013, via <http://www.radio.cz/en/section/news/news-2013-08-13#3>
- Radio Praha, *Drabek defends S-Cards*, 5 mai 2013, via <http://www.radio.cz/en/section/news/news-2013-05-05#3>
- Radio Praha, *Personal data watchdog to fine ministry over S-Cards*, 25 janvier 2013, via <http://www.radio.cz/en/section/news/news-2013-01-25#5>
- Radio Praha, *Nečas wants S-Card expenses made public*, 14 avril 2013, via <http://www.radio.cz/en/section/news/news-2013-04-14#4>
- Service.Public.fr, Site officiel de l'administration française, *Revenu de solidarité active (RSA)*, septembre 2013, via : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N19775.xhtml>
- Service.Public.fr, Site officiel de l'administration française, *Couverture maladie universelle (CMU) : bénéficiaires et prestations*, octobre 2012, via : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1072.xhtml#OuSAd>
- Service.Public.fr, Site officiel de l'administration française, *Aide personnalisée de retour à l'emploi (APRE)*, mars 2013, via : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F19782.xhtml>
- Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale, *Le SPP IS, c'est quoi ?*, <http://www.mi-is.be/be-fr/spp-is/le-spp-is> (consulté le 14 novembre 2013).
- Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale, *Banque d'expériences de l'action sociale locale*, via : <http://www.unccas.org/banque/default.asp?id=816>
- United Nations Development Programme in Bulgaria, *Social Inclusion and Local Economic Development for Poverty Reduction*, via : http://www.undp.bg/focus_areas.php?id=75
- Werkwinkel, « *Welkom* », http://www.werkwinkel.be/content/_master/site/2& (consulté le 18 novembre 2013).

LES DISPOSITIFS DE SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPEES : PUBLICATIONS

-
- BEAUCHER HELENE, « *La scolarisation des élèves en situation de handicap en Europe* », CRID, juillet 2012.
 - BRICHTOVÁ LÝDIA, HANZELOVÁ ENEKE, REPKOVÁ KVETOSLAVA, "*Country profile Slovakia*", Academic Network of European Disability experts (ANED), 2012.
 - CAMPOS PINTO PAULA, *Portugal, Profil national*, Réseau d'études européen des experts dans le domaine du handicap (ANED), 2011, <http://www.disability-europe.net/fr/countries/portugal>
 - COMMISSION EUROPEENNE, *Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2008 Inclusion sociale, pensions, soins de santé et soins de longue durée*, Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, janvier 2008.
 - COMMISSION EUROPEENNE, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions du 15 novembre 2010, *Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées: un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves*, COM(2010) 636 final.

- http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_fr.htm
- CONFEDERATION DES ORGANISATIONS FAMILIALES DE L'UNION EUROPEENNE – COFACE, *Charte européenne de l'aidant familial*,
via : <http://www.cfhe.org/upload/textes%20de%20r%C3%A9%20france/textes%20europ%C3%A9ens/charte%20Aidant%20Familial.pdf>
 - CONSEIL DE L'EUROPE, *Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015*, Rec(2006)5, 5 avril 2006, texte intégral disponible sur <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=986837>
 - ČULIK STEFAN, Discours du Ministre du travail et des affaires sociales de la République tchèque à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, *Droits des handicapés : la conférence des Etats parties à la convention a débattu d'initiatives et processus nationaux de développement tenant compte des personnes handicapées*, Assemblée générale des Nations Unies, Conférence des États parties, Sixième session du 18 juillet 2013.
 - DEMON VALERIE, « *La législation espagnole sur le handicap est très avancée* », La Croix, le 7/06/2011, via : http://www.la-croix.com/Actualite/France/La-legislation-espagnole-sur-le-handicap-est-tres-avancee-_EP_-2011-06-07-622530
 - Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement matière d'emploi et de travail, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2000:303:0016:0016:FR:PDF>
 - EBERSOLD SERGE, « *Inclusive education for young disabled people in Europe: trends, issues and challenges* », Academic Network of European Disability experts (ANED), 2011.
 - EUROPEAN NETWORK ON INCLUSIVE EDUCATION & DISABILITY (IncluD-ed), *Good practices from around Europe*, 2012, <http://www.includ-ed.eu/resource/%E2%80%9Cinclusive-education-disability-good-practices-around-europe%E2%80%9D>
 - FALEK HELENE, « *Tour d'Europe des définitions du handicap* », Revue Etre Handicap Information n°122/123, janvier/février 2013 - <http://www.meimonnisenbaum.com/fr/nos-publications/handicap/id-154-helene-falek-tour-d-europe-definitions-handicap-revue-etre-handicap-information-122-123-janvier-fevrier-2013-#sthash.niX8pAni.dpuf>
 - HAMMARBERG THOMAS, *REPORT*, Commission for Human Rights of the Council of Europe, CommDH (2011)42, 20/12/2011, via : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1885987>
 - INTEGRA, *Éléments du premier guide: thématique traitées: aspects juridiques, aides, subsides et bonnes pratiques*, pour la République tchèque : <http://www.eu-integra.org/fichierspdf/dossier%20Thema%201%20R%C3%A9publique%20Tch%C3%A8que%20FR.pdf> ; pour la Pologne : <http://www.eu-integra.org/fichierspdf/dossier%20Thema%201%20Pologne%20FR.pdf>
 - INSTITUTO DE FORMACIÓN INTEGRAL, *A review of the situation of disabled people and the welfare system in Spain*, Training for vocational rehabilitation services (TRAVORS), 15/01/2009, via: http://www.travors.eu/download_material/subhABOUT%20TRAVORS/ENGLISH%20site/backgroundreport_spain.pdf
 - JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE, *Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées*, <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/loi30juin75.pdf>
 - MADOUCHE MADJID, « *Étude comparative des politiques du handicap dans plusieurs pays européens* », octobre 2006 via : http://www.besancon.fr/gallery_files/site_1/346/9074/13829/etudecomparative.pdf
 - MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES (Espagne), *Plan de acción para las mujeres con discapacidad 2007: Aprobado por el Consejo de Ministros de 1 de diciembre de 2006*, 2007, via : <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/18244/8-4-1/plan-de-accion-para-las-mujeres-con-discapacidad-2007-aprobado-por-el-consejo-de-ministros-de-1-de-diciembre-de-2006.aspx>
 - MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en ...*, Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion, juillet 2012 – Existe pour tous les pays de l'UE.
 - OCDE, *L'inclusion des étudiants handicapés dans l'enseignement tertiaire et dans l'emploi*, Politiques d'éducation et de formation, OECD Publishing, 2011, via: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264111714-fr>

- ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*, 13 décembre 2006, texte intégral disponible sur: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
- ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – OIT, *Pleinement aptes au travail: les travailleurs handicapés en Pologne*, via : http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_088014/lang--fr/index.htm
- PLAKALO SANJIN, « *Orientation socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap : les cas de la France et de la Belgique* », Pour la Solidarité, 2013.
- PODKREPA, Confédération du travail Bulgarie, *Rapport national synthétique Bulgarie – Projet ORA, Statut et problèmes des personnes handicapées en Bulgarie - Pour une participation active et inclusion adéquate au marché du travail*, non daté, http://projetora.eu/wp-content/uploads/2012/10/ORA_Rapport+national+synthetique_Bulgarie_fr-7.pdf.
- Secrétariat général de l'enseignement catholique en communautés française et germanophone de Belgique, *Les politiques d'intégration en Italie*, consulté le 6 novembre sur [http://enseignement.catholique.be/segec/index.php?id=1015&no_cache=1&sword_list\[\]=italie](http://enseignement.catholique.be/segec/index.php?id=1015&no_cache=1&sword_list[]=italie)
- SEGAL P, MAIGNE G, « *La compensation du handicap en Italie* », Inspection générale des affaires sociales, mai 2003.
- SENAT DE BELGIQUE, « *Révision du titre II de la Constitution, en vue d'y insérer un article nouveau permettant de garantir la jouissance des droits et libertés aux personnes handicapées* », document législatif n° 4-1531/3 du 7 janvier 2010, 2007, texte intégral disponible sur <http://www.senat.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=4&NR=1531&VOLGNR=3&LANG=fr>
- SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE, *Aperçu de la politique en faveur des personnes handicapées en Belgique*, 2013, Direction générale Personnes Handicapées, disponible sur <http://www.handicap.fgov.be/sites/handicap.fgov.be/files/explorer/fr/brochure-politique-personnes-handicapees-belgique.pdf>
- SHIMA I, RODRIGUES R, “*The implementation of EU social inclusion and social protection strategies in European countries with reference to equality for disabled people*”, Academic Network of European Disability experts (ANED), 2009.
- ŠIŠKA JAN, “*Report on the employment of disabled people in European countries - Czech Republic*”, Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005, 2007.
- ŠIŠKA JAN, “*République tchèque Profil national*”, Academic Network of European Disability experts (ANED), 2011.
- Université Petrole-Gaz de Ploiesti, Roumanie, *Rapport national synthétique ROUMANIE – projet ORA*, via : http://projetora.eu/wp-content/uploads/2012/10/ORA_Rapport+national+synthetique_RO_Fr-1.pdf
- VELCHE DOMINIQUE, « *L'emploi des personnes handicapées en Europe : où les politiques adoptées traduisent les différences culturelles* », Bulletin scientifique de la MSSH Sciences Sociales et handicap n°4, février 2012.
- VLASCEANU ALEXANDRA, “*Romania Model of good practice: the Early Intervention and Rehabilitation Centre for Children with Disabilities*”, Heart of a Child Foundation Galați, EuroChild Annual Conference, Sofia, 2012, via: http://www.eurochild.org/fileadmin/Events/2012/10_AC_Sofia/Presentations/25_SV_C2_Vlasceanu.pdf

SITES INTERNET CONSULTÉS

- Agence Wallonne pour l'Intégration des personnes handicapées, Les différents niveaux de pouvoir, http://www.awiph.be/AWIPH/handicap_Belgique/niveaux_pouvoir/index.html (consulté le 13 novembre 2013).
- Association des Paralysés de France : www.apf.asso.fr
- Belgium Disability Forum, <http://bdf.belgium.be>
- Caisses d'allocations familiales, *L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh)*, fiche détaillée, <https://www.caf.fr/aides-et-services/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/l-allocation-d-education-de-l-enfant-handicape-aeeh-0>

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : <http://www.cnsa.fr>
- Cap emploi : <http://www.capemploi.net>
- Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS, *Le régime tchèque de sécurité sociale*, http://www.cleiss.fr/docs/CAMPOS_PINTO_Paula/regimes/regime_republique_tcheque_salaries.html#vieillesse
- Groupe Up, *Le chéquier de l'aidant*, <http://www.up-group.coop/fr/nos-expertises/nos-expertises-en-france/aide-aux-populations/action-sociale/chequier-de-l-aidant.html>
- Conseil Handicap National (CHN) : <http://cnhandicap.org>
- Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH) <http://ph.belgium.be/view/fr/csnph.html>
- Direction générale Personnes handicapées (DGPH), <http://handicap.fgov.be>
- Egalité Handicap en Espagne, via : <http://www.egalite-handicap.ch/espagne.html>
- Fédération Bruxelloise des Entreprises de Travail Adapté, *La représentation institutionnelle des ETA*, Kaliopi Lolos via : http://febrap.be/febrap_Donner_un_sens_durable_a_vos_marches.php?id=50
- Fonds des accidents du travail, <http://www.fao.fgov.be>
- Fonds des maladies professionnelles, <http://www.fmp-fbz.fgov.be>
- Handipole, *En savoir plus sur le stage de rééducation professionnelle*, <http://www.handipole.org/spip.php?article881>
- IncluD-ed, *Including children with pervasive developmental disorders (Madrid, Spain)*, Sánchez García Francisco, 09/07/2013, via: <http://www.includ-ed.eu/good-practice/including-children-pervasive-developmental-disorders-madrid-spain>
- Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), <http://www.inami.fgov.be>
- Service.Public.fr, Site officiel de l'administration française, *Conditions de recevabilité de la prestation de compensation du handicap*, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F14202.xhtml#N100BE>
- Service.Public.fr, Site officiel de l'administration française, *Conditions d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé*, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2464.xhtml>
- Service public de la Sécurité sociale (France) : <http://www.securite-sociale.fr>.
- Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis : <http://www.unapei.org>
- Vie publique, *Sécurité sociale : missions et objectifs de la branche Famille* (archive 23 décembre 2009), <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/securite-sociale-missions-objectifs-branche-famille.html>

LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE PUBLICATIONS

-
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT LOCAL LANGHE MONFERRATO ROERO, *Elderly never lonely – Equal treatment and human dignity for elderly people*, 2006, <http://www.lamoro.it/pdf/elderlyneverlonelyguida.pdf>.
 - BLEHA, ŠPROCHA, Vaňo: Prognóza populačného vývoja Slovenskej republiky do roku 2060, INFOSTAT, Výskumné demografické centrum, Bratislava, 2013.
 - BRATANOVA ASYA, KARSHEVA SIANA, *Closing the gap – in search for ways to deal with expanding care needs and limited resources*, Peer review document (Sweden), 2011, via <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8224&langId=en>.
 - BRICHTOVÁ LÝDIA, LAKTIŠOVÁ MICHAELA, MESÁROŠ ŠTEFAN, NÁDAŽDYOVÁ MÁRIA, REPKOVÁ KVETOSLAVA, *Filling the gap in long-term professional care through systematic migration policies (Germany, 23-24 October 2013) In search for win-win solutions in the LTC sector making use of managed migration*, Comment paper – Slovak Republic, Peer review on long-term professional care, 2013.
 - BROUSSY LUC, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France : année zéro !*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, janvier 2013.

- CASMAN MARIE-THERESE, *La question du choix de vie pour les personnes âgées repères sociologiques*, in *L'Observatoire*, n°44, 2006. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/CasmanD44.htm>
- COMMISSION EUROPÉENNE, *The 2009 Ageing report : Underlying Assumptions and Projections Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060)*, Joint Report prepared by
- THE EUROPEAN COMMISSION (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), 2008 http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication13782_en.pdf
- COMMISSION EUROPEENNE, *Vieillir actif et en bonne santé: l'UE crée un groupe pour piloter l'innovation*, Communiqué de presse IP/11/519, 2 mai 2011, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/11/519&format=HTML&aged=0&language=fr>
- COOLS FANNY, sous la dir. de Denis Stokkink, *Services de proximité & nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle*, Pour la Solidarité, septembre 2012
- Décision [742/2008/CE](#) du Parlement européen et du Conseil du 9 juillet 2008 sur la participation de la Communauté à un programme de recherche et développement entrepris par plusieurs États membres, visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées par le recours à de nouvelles technologies de l'information et des communications.
- Décision n° 940/2011/UE du Parlement européen et du Conseil du 14 septembre 2011 relative à l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle (2012) Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.
- DEFOURNY JACQUES, Henry Arnaud, Nassaut, Stéphane, Nyssens, Marthe, « Titre-service: quelles qualités d'emploi et d'organisation de service » In *Regards économiques*, n°69, avril 2009. <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/6393/1/RE691.pdf>
- DEGAVRE, FLORENCE; Nyssens, Marthe, *Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*, Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain, avril 2012.
- DURAN JESSICA, *More and better jobs in home-care services Spain*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), 2013.
- ESTIVAL [LAURENCE](#), *Comment financer la dépendance des personnes âgées ?*, Myeurope.info via <http://fr.myeurop.info/2013/03/12/comment-financer-la-dependance-des-personnes-agees-2503>, 2013.
- Fédération européenne des retraités et personnes âgées, *La dépendance dans les Etats membres*, Etude comparative de la FERPA, 2010 ? http://ferpa.etuc.org/IMG/pdf/brochure_dependance_FR.pdf
- JOEL MARIE-EVE, DUFOUR-KIPPELEN SANDRINE, SAMITCA SANDA, *The long-term care system for the elderly in Portugal*, ENEPRI Research report n° 84, juin 2010.
- KINNA F. ET CHERBONNIER A., *Les soins et l'aide à domicile*, Bruxelles Santé, n°26, juin-juillet-août 2002, <http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxlsante26.pdf>
- KRASTENOVA ELENA, *More and better jobs in home-care services Bulgaria*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), 2013.
- LAASMAN JEAN-MARC, PIRLOT VIVIANE, *Régionalisation des soins et mobilité : le cas de l'assurance dépendance flamande*, XIX Congrès de l'ALASS, Bruxelles, 12 septembre 2008.
- LESOVIC, TARAGELOVA, BERESOVA, *Home care in Slovakia*, Bratisl Lek Listy, 112(9), 2011.
- MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Bulgarie*, Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion, juillet 2012, via : http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Bulgaria_fr.pdf
- MISSOC, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Roumanie*, Commission européenne, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion, juillet 2012, via : http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Romania_fr.pdf
- MOT ESTHER ET AL., *Performance of Long-Term Care Systems in Europe*, ENEPRI/ANCIEN, rapport n°117, décembre 2012.
- OCDE, *Dispositifs de financement public de la dépendance dans les pays de l'OCDE*, dans F. Colombo, et al., *Besoin d'aide ? : La prestation de services et le financement de la dépendance*, OECD Publishing 2011.

- POPA DANIELA, *Long-term care in Romania*, European Network of Economic Policy Research Institutes - ENEPRI research project n° 85, 2010.
- POUR LA SOLIDARITÉ, *Active ageing and intergenerational solidarity : findings, issues and perspectives*, 2011.
- POUR LA SOLIDARITE, *Les services à la personne en Europe : regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir*, janvier 2012.
- RADVANSKÝ MAREK AND PÁLENÍK VILIAM, *The Long-term Care System for the Elderly in Slovakia*, ENEPRI Research Report No. 86/June 2010.
- REIF, *La politique européenne de la dépendance*, Représentation des institutions françaises de sécurité sociale auprès de l'Union européenne, Dossier d'actualité n°44, juin 2011.
- RESEAU EUROPEEN DES SERVICES A LA PERSONNE A FINALITE SOCIALE, *Les services à la personne en Europe, synthèse*, Pour la Solidarité, Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles, DIESIS, SAW-B, Les Cahiers de la Solidarité, Hors-série, Téléchargeable sur http://www.pourlasolidarite.eu/Publications-du-reseau?var_recherche=les%20services%20%E0%20la%20personne%20synthese?lang=fr
- RIBEIRO MENDES FERNANDO, *Annual Social Report 2012 – Portugal*, Analytical Support on the socio-economic impact of social protection reforms – ASISP, février 2012.
- SOWA AGNIESZKA, *The Long-Term Care System for the Elderly in the Czech Republic*, ENEPRI/ANCIEN, rapport n°72, mai 2010.
- VAGAC LUBOS, *Annual National Report 2012, Pensions, Health care and Long-term Care - Slovakia*, Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms (ASISP) mars 2012.
- VLADIMIROVA KATIA, *Le développement des services à la personne en Bulgarie*, Union démocratique des femmes de Bulgarie, Compétences +, 2008.
- ZODIERIU ELENA, *Aspects of Social Care Institutions for the Elderly in Romania*, in Ovidius University Annals, Economic Sciences Series Volume XII, Issue 1 /2012

SITES INTERNET CONSULTÉS

-
- Belgium.be, *Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)*, http://www.belgium.be/fr/emploi/pensions_et_fin_de_carriere/pensions/regles/revenus_garantis_-_grapa/
 - Belgium.be, *Les revenus garantis*, http://www.belgium.be/fr/famille/aide_sociale/seniors/revenus_garantis/
 - Diaconia, *Services for elderly people*, <http://www.diakonie.cz/en/services-and-projects/services-for-elderly-people/> (consulté le 12 décembre 2013).
 - Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
 - OCDE, *Country notes and highlights about long-term care – Slovak Republic*, 2011, <http://www.oecd.org/health/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>
 - ONEM (office national de l'emploi), *Les titres-services*, <http://www.titres-services-onem.be/utilisateurs/> (consulté le 3 décembre 2013).
 - Pour la solidarité, *L'exemple de la téléassistance à Barcelone*, http://www.pourlasolidarite.eu/L-exemple-de-la-teleassistance-a?var_recherche=d%E9pendance?lang=fr (consulté le 3 décembre 2013).
 - Selor, *L'institut National d'Assurance-Maladie Invalidité (INAMI)*, <http://www.selor.be/fr/travailler-dans-ladministration/dans-quel-service-public/institut-national-dassurance-maladie-invalidite-%28inami%29>
 - Service Public Fédéral Sécurité Sociale, « Allocations aux personnes handicapées », http://handicap.fgov.be/fr/vos_droits/alloc_ph/apa.htm

Nous remercions vivement Fanny Cools, Pol Cadic, Hélène Gire, Sophie Pinilla et Fanny Saintes pour leurs contributions.

Cette publication existe au format électronique et peut    tout moment être améliorée par vos remarques et suggestions. N'hésitez pas    nous contacter pour nous en faire part.

Fondé par l'économiste belge Denis Stokkink en 2002, POUR LA SOLIDARITÉ - PLS est un European think & do tank indépendant engagé en faveur d'une Europe solidaire et durable.

POUR LA SOLIDARITÉ se mobilise pour défendre et consolider le modèle social européen, subtil équilibre entre développement économique et justice sociale. Son équipe multiculturelle et pluridisciplinaire œuvre dans l'espace public aux côtés des entreprises, des pouvoirs publics et des organisations de la société civile avec comme devise : Comprendre pour Agir.

ACTIVITÉS

POUR LA SOLIDARITÉ – PLS met ses compétences en recherche, conseil, coordination de projets européens et organisation d'événements au service de tous les acteurs socioéconomiques.

Le laboratoire d'idées et d'actions **POUR LA SOLIDARITÉ – PLS**

1

Mène des travaux de recherche et d'analyse de haute qualité pour sensibiliser sur les enjeux sociétaux et offrir de nouvelles perspectives de réflexion. Les publications POUR LA SOLIDARITÉ regroupées en sein de trois collections « Cahiers », « Notes d'Analyse », « Études & Dossiers » sont consultables sur www.pourlasolidarite.eu et disponibles en version papier.

2

Conseille, forme et accompagne sur les enjeux européens en matière de lobbying et de financements.

3

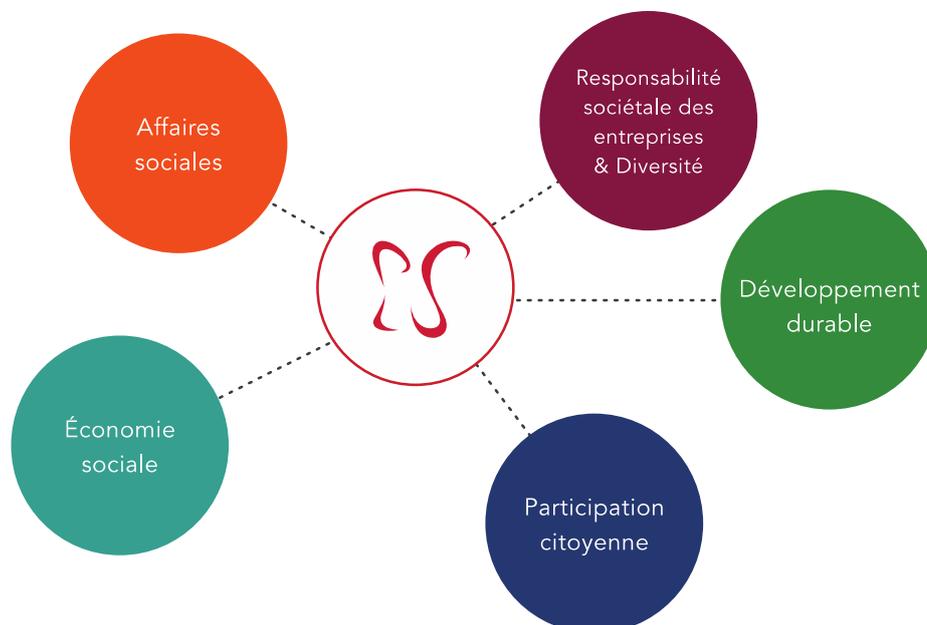
Conçoit et réalise des projets transnationaux en coopération avec l'ensemble de ses partenaires européens.

4

Organise des conférences qui rassemblent dirigeant/e/s, expert/e/s européen/ne/s, acteurs de terrain et offrent un lieu de débat convivial sur l'avenir de l'Europe solidaire et durable.

THÉMATIQUES

POUR LA SOLIDARITÉ – PLS inscrit ses activités au cœur de cinq axes thématiques :



OBSERVATOIRES EUROPÉENS

POUR LA SOLIDARITÉ – PLS réalise une veille européenne thématique et recense de multiples ressources documentaires (textes officiels, bonnes pratiques, acteurs et actualités) consultables via ses quatre observatoires européens :

- www.ess-europe.eu
- www.transition-europe.eu
- www.diversite-europe.eu
- www.participation-citoyenne.eu

COLLECTIONS POUR LA SOLIDARITÉ - PLS

Sous la direction de Denis Stokkink

NOTES D'ANALYSES - *Éclairages sur des enjeux d'actualité*

- *La violence à l'égard des femmes en Belgique : législation, acteurs et données chiffrées.* Victoria Hansen, janvier 2015.
- *ESS et Nations Unies : un rapprochement récent.* Antoine Masquelin, décembre 2014.
- *La violence à l'égard des femmes : état des lieux des législations européennes.* Victoria Hansen, novembre 2014.
- *L'économie circulaire : changement complet de paradigme économique ?* François Sana, novembre 2014.
- *Art et handicap en Communauté française de Belgique : bonnes pratiques.* François Meresse et Sanjin Plakalo, octobre 2014.
- *Les discriminations sur les réseaux sociaux - Partie 2.* François Sana, juillet 2014.
- *Les « Roms » dans l'Union européenne : enjeu d'inclusion sociale.* Estelle Huchet, juillet 2014.
- *L'engagement de personnes issues de l'immigration dans le choix d'un logement décent à Bruxelles.* Marie Leprêtre, juillet 2014.

CAHIERS - *Résultats de recherches comparatives européennes*

- *Le budget participatif : un outil de citoyenneté active au service des communes.* Céline Brandeleer, n°33, octobre 2014.
- *La Transition : un enjeu économique et social pour la Wallonie.* Sanjin Plakalo, n°32, mars 2013.
- *Perspectives des instruments européens pour la réinsertion des détenus : quels moyens pour quels résultats ?* Caroline Benech, Ingrid Dupuis, Marta Gazzola, Miriam Gouverneur, Yoann Zaouche, et al., n°31, mars 2013.
- *Les primo-arrivants face à l'emploi en Wallonie et à Bruxelles.* Elise Dubetz, n°30, septembre 2012.

ÉTUDES & DOSSIERS - *Analyses et réflexions sur des sujets innovants*

- *Habitat et handicap : recommandations pour un habitat dans une société inclusive.* En collaboration avec l'Association des Paralysés de France et l'Université Paris Est Créteil – LIRTES, décembre 2014.
- *Entreprises sociales - Comparaison des formes juridiques européennes, asiatiques et américaines.* Maïté Crama, juin 2014.
- *Habitat et inclusion sociale des personnes en situation de handicap en Europe.* Sanjin Plakalo, décembre 2013.
- *Les enjeux santé & logement en Région bruxelloise.* Rachida Bensliman, septembre 2013.

Affaires sociales

La construction d'un nouveau contrat social implique de promouvoir la participation de tous et toutes aux processus décisionnels, aux projets sociaux communs, rétablir des liens entre la société civile, le marché et l'État, renforcer et créer le sentiment d'appartenance à la société.

Le think & do tank européen POUR LA SOLIDARITÉ - PLS se dédie à renforcer la cohésion sociale de l'Union européenne au travers d'initiatives innovantes liées au handicap, à la protection sociale, à la santé, aux services à la personne, à la pauvreté et aux clauses sociales.

Les États européens disposent chacun de leur propre système national de protection sociale qui vise à protéger les citoyens des conséquences financières des risques de la vie : vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité... Dans cette étude, POUR LA SOLIDARITÉ et le groupe Up comparent les différences nationales en mettant l'accent sur l'efficacité de la gestion des aides sociales, efficacité d'autant plus importante dans un contexte de crise économique et budgétaire.

Composée de deux parties, cette recherche pose dans un premier temps des bases théoriques en revenant sur **les origines de la protection sociale** et en identifiant les différents **modèles-types** présents en Europe. Cette partie aborde également les stratégies développées par l'Union européenne pour faire face aux enjeux actuels.

La deuxième partie examine, quant à elle, les **schémas d'organisation de la protection sociale** dans dix pays européens, à savoir : la Belgique, la Bulgarie, l'Espagne, la France, l'Italie, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie et la Slovaquie.

Plus précisément, ce sont les dispositifs en matière de revenu minimum, de handicap ainsi qu'en matière de vieillissement qui sont étudiés.

Grâce à sa démarche comparative, cette étude revient alternativement sur les trois types d'instruments existant pour la gestion des aides sociales que sont les **transferts monétaires**, les **prestations en nature** et les **titres spéciaux de paiement**. Ces derniers bénéficient aujourd'hui d'un intérêt croissant des autorités publiques pour leur capacité d'optimisation des versements.

Cette nouvelle étude est le produit du savoir-faire de deux acteurs complémentaires. Actuellement engagé dans deux projets européens sur le sujet, [IMPact](#) et [For Quality!](#), et bénéficiant de l'expérience acquise au cours de [nombreuses publications et projets européens](#), POUR LA SOLIDARITÉ – PLS a développé une expertise considérable en matière de services à la personne. Le [groupe Up](#) figure, quant à lui, depuis 1964 parmi les acteurs clés de la mise en place de dispositifs ciblés d'aide sociale.

Collection « Études & Dossiers » dirigée par Denis Stokkink