

**PRINCIPALITE DE MONACO**

**RAPPORT D'EXAMEN ET D'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN  
D'ACTION INTERNATIONAL DE MADRID  
SUR LE VIEILLISSEMENT**

**PERIODE 2012-2017**

<b>PARTIE I – PRESENTATION GENERALE NATIONALE.....</b>	<b>2</b>
<b><i>Chapitre I - Situation nationale du vieillissement .....</i></b>	<b>5</b>
<b>Section 1 - Présentation des indicateurs démographiques nationaux favorisant une meilleure compréhension du développement du pays en rapport avec la problématique du vieillissement.....</b>	<b>5</b>
<b>Section 2 - Présentation des principaux indicateurs sociaux et économiques mettant en lumière la problématique du vieillissement et facilitant les analyses quantitatives.....</b>	<b>6</b>
<b>Section 3 - Brève description de la situation sociale, économique et politique afin de replacer la problématique du vieillissement dans son contexte.....</b>	<b>8</b>
<b><i>Chapitre II - Méthodologie applicable.....</i></b>	<b>10</b>
<b>PARTIE II – ACTIONS RECENTES ET OBJECTIFS A VENIR .....</b>	<b>11</b>
<b><i>Chapitre I - Actions nationales et progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan de Madrid.....</i></b>	<b>11</b>
<b>Section 1 - Encourager une vie professionnelle plus longue et maintenir la capacité de travail des seniors (objectif 1) .....</b>	<b>11</b>
<b>Section 2 - Promouvoir la participation, la non-discrimination et l'inclusion des personnes âgées dans la société (objectif 2).....</b>	<b>14</b>
<b>Section 3 - Promouvoir et sauvegarder la dignité, la santé et l'indépendance dans l'âge avancé (objectif 3).....</b>	<b>15</b>
<b>Section 4 - Maintenir et renforcer la solidarité entre les générations (objectif 4) .....</b>	<b>17</b>
<b>Section 5 - Coopération régionale .....</b>	<b>19</b>
<b><i>Chapitre II - Conclusion et priorités pour l'avenir.....</i></b>	<b>19</b>

## **PARTIE I – PRESENTATION GENERALE NATIONALE**

### ***Introduction***

***Pays : Principauté de Monaco***

***Auteur du rapport : Département des Affaires Sociales et de la Santé***

***Coordonnées du point focal national sur le vieillissement : Dr Dominique DE FURST – Médecin-Inspecteur de Santé Publique, Chef de la Division de Santé, Direction de l'Action Sanitaire, 48 boulevard d'Italie, MC 98000 MONACO – dass@gouv.mc - +377.98.98.92.56***

***Principaux textes en vigueur ou en cours d'adoption relatifs aux politiques en matière de vieillissement :***

- Loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un Office d'assistance sociale (voir annexe p 25) ;
- Loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées (voir annexe p 27) ;
- Ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944 portant création d'une Caisse de compensation des services sociaux de la Principauté de Monaco (voir annexe p 35) ;
- Ordonnance-loi n° 675 du 2 décembre 1959 relative aux prestations sociales des retraités (voir annexe p 37) ;
- Ordonnance souveraine n° 1.857 du 3 septembre 1958 relative à l'organisation et au fonctionnement de la médecine du travail (voir annexe p 39) ;
- Ordonnance souveraine n° 5.095 du 14 février 1973 sur l'organisation et le fonctionnement du Centre hospitalier Princesse Grace (voir annexe p 43) ;
- Ordonnance souveraine n° 231 du 3 octobre 2005 portant création d'un Service des prestations médicales de l'Etat (voir annexe p 47) ;
- Ordonnance souveraine n° 841 du 18 décembre 2006 portant création du Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (voir annexe p 49) ;
- Ordonnance souveraine n° 904 du 8 janvier 2007 portant création de la prestation d'autonomie (voir annexe p 51) ;
- Ordonnance souveraine n° 3.425 du 29 août 2011 portant création d'un Centre de Gérontologie Clinique dénommé « Centre Rainier III » (voir annexe p 55) ;
- Ordonnance souveraine n° 5.353 du 8 juin 2015 relative à la formation des aidants familiaux (voir annexe p 57) ;
- Ordonnance souveraine n° 5.640 du 14 décembre 2015 portant création d'une Direction de l'Action sanitaire (voir annexe p. 59) ;
- Ordonnance souveraine n° 5.641 du 14 décembre 2015 portant création d'une Direction de l'Action et de l'Aide Sociales (voir annexe p. 61) ;
- Ordonnance souveraine n° 5.743 du 3 mars 2016 relative à l'Aide Médicale de l'Etat (voir annexe p 63) ;

- Arrêté ministériel n° 2015-383 du 8 juin 2015 relatif à l'attribution du statut d'aidant familial (voir annexe p 65) ;

Durant la période de référence, les réalisations les plus marquantes ont été :

- *L'ouverture du Centre de Gérontologie Clinique Rainier III en février 2013 :*

Le Centre Rainier III est la pièce maîtresse du vaste projet gérontologique mis en place par le Gouvernement Princier depuis 2003. Rattaché au Centre Hospitalier Princesse Grace, il comporte dix niveaux (22 400m<sup>2</sup> au total) et comprend 210 lits répartis en quatre services : le service de gériatrie aigüe, auquel est adossé l'unité mobile de gériatrie ; le service des soins de suite et de réadaptation gériatrique ; le service des soins de longue durée, et l'unité cognitivo-comportementale destinée plus spécifiquement à la prise en charge des patients souffrants de troubles de type Alzheimer et autres démences.

- *La restructuration de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) en fin d'année 2015:*

Afin de renforcer la qualité du service rendu aux administrés, deux Directions distinctes ont été créées. Chacune est organisée autour de missions bien spécifiques : missions de santé publique pour la Direction de l'Action Sanitaire (DASA) et missions sociales pour la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales (DASO).

- *L'élaboration d'une législation globale en matière de handicap :*

La loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées fixe, d'une part, les règles de reconnaissance du statut de personne handicapée ainsi que les droits liés à ce statut en matière de santé, d'insertion sociale (emploi, accueil en milieu scolaire, accessibilité...) ou dans le domaine financier. Elle reconnaît, d'autre part, le statut d'aidant familial pour toute personne qui, au sein de sa famille, seule ou en complément de l'intervention d'un professionnel, apporte une aide quotidienne à un proche attributaire du statut de personne handicapée et fixe également les droits qui

y sont liés, notamment en matière de protection sociale, d'aménagement des horaires de travail ou dans le domaine financier.

- *La mise en place de l'Aide médicale de l'Etat :*

Cette aide consiste en une couverture médicale de base et à la prise en charge des frais engagés en cas de maladie, de maternité, d'invalidité ou de décès, pour le demandeur ainsi que, le cas échéant, pour ses ayants droits. Conformément aux dispositions de l'ordonnance souveraine n° 5.743 du 3 mars 2016 relative à l'aide médicale de l'Etat, cette prestation s'adresse à toute personne de nationalité monégasque ou résidant dans la Principauté de manière stable et régulière depuis cinq ans au moins, dont les ressources financières ne dépassent pas un certain plafond, et qui ne bénéficie d'aucune prise en charge au titre des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie ou maternité à Monaco ou en dehors du territoire de la Principauté.

Les défis actuels sont notamment :

- *Le financement de la dépendance :*

Le financement de la dépendance est un défi majeur des prochaines décennies et le Gouvernement Princier est bien conscient de la problématique que constitue l'augmentation constante des charges financières qui y sont liées.

Plusieurs réunions multilatérales, comprenant notamment des représentants du Gouvernement Princier et de la société civile, ont déjà été organisées et le seront encore à l'avenir, afin d'étudier les différentes pistes de réflexion envisagées en matière de financement de la dépendance.

- *Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes:*

Le maintien à domicile le plus long possible est un but central des politiques menées en matière de vieillissement, en raison notamment de son impact positif sur l'état de santé des individus et des coûts liés au financement s'avérant plus faibles, comparativement à ceux liés à l'hospitalisation ou au placement en établissement spécialisés. Toute la filière gérontologique tourne autour de cet axe du maintien à domicile. La Principauté de Monaco est ainsi le pays européen dans lequel les aînés sont le plus longtemps maintenus à domicile, avec une moyenne de 84 ans<sup>1</sup>. Le but est de poursuivre en ce sens en améliorant encore la qualité et l'éventail des prestations offertes.

\*

---

<sup>1</sup> Données communiquées par le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco (CCGM).

Il est à noter que l'approche participative recommandée aux fins de rédaction du rapport national a été retenue dans la mesure où les entités jouant un rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques liées au vieillissement ont été consultées et ont pu mettre en lumière, à la fois les résultats positifs des actions actuellement menées, mais également proposer des pistes de réflexion quant à l'amélioration des processus.

## **Situation nationale du vieillissement**

### **Présentation des indicateurs démographiques nationaux favorisant une meilleure compréhension du développement du pays en rapport avec la problématique du vieillissement.**

Les multiples spécificités de la Principauté doivent être présentées afin de comprendre les enjeux tous particuliers que pose la question du vieillissement de la population.

Ces spécificités apparaissent tout d'abord en matière territoriale, puisque la Principauté de Monaco s'étend sur 202,7 hectares (soit un peu plus de 2km<sup>2</sup>). L'exiguïté du territoire entraîne une importante problématique liée à la rareté des terrains disponibles pour la construction, notamment de nouveaux logements

Les spécificités locales se présentent également en matière démographique. La population se porte en 2015 à 38 400 habitants<sup>2</sup>. L'évolution de la population a été de +1,9% par rapport à l'année précédente. Sur ce total, environ 23,5% de la population résidant à Monaco est de nationalité monégasque (soit environ 9 050 individus), contre 28,2% de français et 18,6% d'italiens.

Par ailleurs, il est utile d'ajouter que chaque jour, près de 43 000 travailleurs pendulaires, domiciliés en dehors de Monaco, font le déplacement en Principauté. Ces personnes sont ainsi affiliées aux caisses sociales monégasques s'agissant de la couverture de la maladie mais aussi de la retraite tant qu'elles sont en activité. Une fois retraitées, elles sont prises en charge, pour leur assurance maladie, par les caisses sociales du pays dans lequel elles vivent.

En 2015, l'indice synthétique de fécondité s'élevait à 2,6%<sup>3</sup>. Il est à noter que ces données ne concernent que la population de nationalité monégasque et non les étrangers résidant et donnant naissance en Principauté. Ce chiffre, légèrement plus élevé que dans les pays voisins, s'explique notamment par les conditions de vie favorables des femmes de nationalité monégasque.

S'agissant de la pyramide des âges, la Principauté de Monaco doit faire face au phénomène du vieillissement démographique, généralisé à tous les pays

---

<sup>2</sup> Donnée publiée par l'Institut Monégasque de la Statistique et des Etudes Economiques (IMSEE) suite à une actualisation faite sur la base des données migratoires et démographiques collectées par les services de l'Etat et de la Commune, et notamment sur la base du dernier recensement de la population, réalisé en 2008. Il est à noter qu'un recensement est actuellement en cours (juin-juillet 2016), mais dont les résultats ne sont pas encore connus à la date de rédaction du présent rapport.

<sup>3</sup> Source Institut Monégasque de la Statistique et des Etudes Economiques (IMSEE).

développés. La part des personnes âgées de 65 ans et plus s'élève en effet à 23,6% de la population<sup>4</sup>, contre 18,8% en France<sup>5</sup>. De plus, l'espérance de vie ne cesse de s'allonger pour atteindre, s'agissant des nationaux, 85 ans en 2015 (contre 84,1 ans en 2005<sup>6</sup>), ce constat met en avant la problématique plus particulière de la gestion de la dépendance des personnes âgées. Toutes les personnes âgées ne seront toutefois pas confrontées à la dépendance. Il est difficile de disposer de tendances claires sur une période longue de l'évolution de la dépendance à chaque âge ou d'une connaissance précise des différents déterminants de la dépendance et de leur évolution.

Cependant, une étude initiée par le Gouvernement Princier indique qu'à l'horizon 2030, soit dans moins de 15 ans, la population dépendante concernée serait d'environ 1 020 personnes, contre 565 en 2011, pour un coût global de 15,6 millions d'euros, contre 5,4 millions d'euros aujourd'hui<sup>7</sup>.

### **Présentation des principaux indicateurs sociaux et économiques mettant en lumière la problématique du vieillissement et facilitant les analyses quantitatives**

Le Gouvernement Princier poursuit une politique volontariste de développement de l'économie et de l'emploi à Monaco qui profite directement à un large bassin de population.

L'activité économique dynamique de Monaco a ainsi des effets bénéfiques dans les pays voisins, sans parler de l'influence internationale de nombreuses entreprises installées en Principauté. Effets bénéfiques sur la consommation et la richesse des régions depuis Cannes jusqu'à Gênes. Effets bénéfiques, dans un contexte difficile, sur la situation de l'emploi dans toutes les communes voisines jusqu'à plusieurs dizaines de kilomètres.

Par le brassage de talents et de profils à haut potentiel, les entreprises monégasques contribuent donc au progrès de tout un bassin de population. Chaque jour, des milliers de salariés viennent rejoindre la population locale pour participer au développement de l'économie. Dans ce contexte, les Monégasques disposent de dispositifs de priorité nationale qui leur permettent, à profil équivalent, d'être embauché de préférence à un étranger afin de pouvoir travailler dans leur propre pays. Sous réserve de respect de ces dispositifs de priorité nationale, les salariés étrangers sont les bienvenus à Monaco dans un cadre de travail réglementé qui leur permet de bénéficier de régimes monégasques favorables.

Soucieux de faciliter le développement de l'emploi, le Gouvernement Princier investit en permanence dans une optique d'éco-responsabilité pour faciliter le déplacement quotidien d'une telle population en provenance des régions voisines. Une politique ambitieuse de « mobilité douce » a conduit à l'achat de matériel ferroviaires, à l'interconnexion des tarifications dans les entreprises de transport, à l'équipement des voies d'accès et de parkings, la mise à disposition de cycles, ...

<sup>4</sup> Source Institut Monégasque de la Statistique et des Etudes Economiques (IMSEE).

<sup>5</sup> Source Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

<sup>6</sup> Source Institut Monégasque de la Statistique et des Etudes Economiques (IMSEE).

<sup>7</sup> Etude réalisée par le Cabinet SPAC Actuaire en 2011.

Dans ce contexte, il convient également de préciser que la Principauté de Monaco met en œuvre une politique active en faveur des aînés.

Ainsi, instituée en 1949, l'Allocation nationale de vieillesse est gérée par le Service d'Actions Sociales de la Mairie de Monaco. Elle est servie aux personnes de nationalité monégasque ayant des ressources insuffisantes afin de leur assurer un revenu mensuel minimum. L'ouverture du droit à cette allocation est fixée à 60 ans. Les bénéficiaires reçoivent également une "allocation chauffage" versée au mois de mars et décembre, ainsi que des tickets-service distribués quatre fois par an.

L'Allocation spéciale de retraite est quant à elle destinée aux personnes de nationalité monégasque ayant atteint l'âge de 60 ans, qui ont exercé une activité professionnelle, à Monaco ou à l'étranger, qui ne leur ouvre pas droit au versement d'une retraite. Les demandes sont instruites par la Caisse Autonome des Retraites. L'allocation est versée par la Mairie.

S'agissant plus particulièrement des personnes âgées dépendantes, une prestation d'autonomie a été mise en place afin de permettre aux personnes âgées de faire face au coût induit par la perte d'autonomie, aussi bien à leur domicile qu'en établissement.

L'Ordonnance souveraine n°904 du 8 janvier 2007 a porté création de la prestation d'autonomie, en permettant de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la population en perte d'autonomie.

Le droit est ouvert à toute personne résident à Monaco ou à la résidence du Cap Fleuri et remplissant les conditions suivantes :

- Etre âgé de plus de 60 ans et présenter un manque ou une perte d'autonomie liée à son état physique ou mental ;
- Etre âgé de moins de 60 ans et présenter des troubles cognitifs occasionnant une perte d'autonomie identique à celle liée à l'âge.

Il s'agit d'une prestation financière allouée sur sa demande au bénéficiaire en fonction de son degré de perte d'autonomie (GIR) déterminé à l'aide de la grille AGGIR et plus globalement de l'évaluation gériatologique standardisée à partir du constat des activités effectuées ou non en autonomie par la personne.

Ce dispositif a pour objet de financer une partie du plan d'aide personnalisé élaboré par le Centre de Coordination Gériatologique de Monaco et approuvé par le bénéficiaire sur la base de ses revenus. Le paiement de la prestation est effectué par l'Office de Protection Sociale (O.P.S.).

Le but est d'assurer au bénéficiaire une prise en charge globale adaptée à ses besoins. La somme est utilisée pour régler directement les prestataires (auxiliaires de vie, aides ménagères...) employés par la personne ou mis à sa disposition par la Mairie, les associations ou encore l'établissement d'accueil permanent ou temporaire.

## **Brève description de la situation sociale, économique et politique afin de replacer la problématique du vieillissement dans son contexte**

Au sein du Gouvernement Princier, les questions relatives aux personnes âgées relèvent plus particulièrement du Département des Affaires Sociales et de la Santé.

Deux Directions contribuent à l'élaboration et la mise en œuvre de ces politiques : la Direction de l'Action Sanitaire et la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales.

Par souci d'efficacité, pour se rapprocher du terrain et donc pour améliorer la qualité du service rendu aux administrés, les missions de l'ancienne Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) ont été réparties, depuis le début de l'année 2016, au sein de ces deux nouvelles directions.

Créée par l'Ordonnance Souveraine n° 5.641 du 14 décembre 2015, la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales (DASO) comprend quatre divisions : la Division de l'inclusion sociale et du handicap, la Division enfance et famille, la Division de l'Aide sociale financière et, par ailleurs, le Foyer de l'enfance Princesse Charlene.

La DASO est chargée de toutes missions relatives à l'action ainsi qu'à l'aide sociales, et notamment :

- d'accueillir, d'informer et d'orienter les administrés sur les dispositifs d'actions et d'aides sociales mis en œuvre en Principauté ;
- d'assurer l'accueil, l'hébergement ou le logement d'urgence des familles ou de leurs membres et, plus généralement, de toute personne dont le besoin le nécessite ;
- de prêter son concours à l'exécution des décisions rendues par les cours et tribunaux de la Principauté, notamment en matière de protection de l'enfance ;
- d'instruire les demandes d'aides et de prestations en matière sociale et de handicap servies par l'Etat ou pour son compte, y compris en procédant, le cas échéant, aux vérifications et enquêtes nécessaires à l'appréciation de la situation des demandeurs ;
- d'accomplir toutes missions et actions en matière de handicap ; d'effectuer les vérifications ou enquêtes nécessaires soit préalablement à la délivrance d'agréments ou d'autorisations, soit à la demande des autorités administratives ou judiciaires compétentes ;
- d'assurer la réception et le contrôle des délibérations de la Commission administrative de l'Office de protection sociale ;
- d'instruire les demandes relatives à l'aide médicale de l'Etat ;
- de contribuer à l'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires dans les domaines de l'action, de l'aide et de la protection sociales, du handicap et de la protection de l'enfance ;
- de veiller à l'application de la législation et de la réglementation ainsi qu'au suivi des conventions internationales dans les domaines précités.



Instaurée par l'Ordonnance Souveraine n° 5.640 du 14 décembre 2015, la Direction de l'Action Sanitaire (DASA) comprend quant à elle cinq divisions : la Division de santé, la Division de produits de santé, la Division de sécurité sanitaire et alimentaire, l'Inspection médicale des scolaires et l'Inspection médicale des sportifs dite « Centre médico-sportif ».

Elle est chargée d'un grand nombre de missions, à savoir :

- assurer la prévention et le dépistage des maladies, ainsi que la veille sanitaire ;
- procéder aux inspections techniques qui requièrent l'intervention de médecins-inspecteurs, de pharmaciens-inspecteurs, ou de vétérinaires-inspecteurs ;
- contribuer à l'élaboration et à l'application des plans d'urgence, ainsi qu'à la gestion des crises sanitaires ;
- contribuer à l'élaboration de la politique de santé publique ;
- assurer une planification de l'offre de soins au regard des besoins de la population ;
- contribuer à l'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires dans les domaines sanitaires et de la médecine vétérinaire ;
- effectuer les vérifications ou enquêtes nécessaires soit préalablement à la délivrance d'agrément ou d'autorisations, soit à la demande des autorités administratives ou judiciaires compétentes ;
- veiller à l'application de la législation et de la réglementation ainsi qu'au suivi des conventions internationales dans les domaines sanitaires et de la médecine vétérinaire ;
- émettre un avis sur toute question relevant de sa compétence en application des dispositions réglementaires relatives au Centre Hospitalier Princesse Grace ;
- assurer le contrôle administratif, technique et financier du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, du Centre Médico-Psychologique, de l'Unité de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, du Centre de Coordination Gériatrique de Monaco, du Centre « Speranza-Albert II », du Centre Monégasque de Dépistage et du Centre de coordination prénatale et de soutien familial ;
- accomplir toutes autres actions nécessaires en matière d'hygiène publique et de prévention sanitaire.

Une coordination étroite entre ces deux Directions est nécessaire pour assurer le traitement des dossiers relatifs à l'aide des personnes âgées dépendantes, notamment dans le cadre, par exemple des demandes de travaux à réaliser au domicile afin d'aménager ce dernier de manière à répondre aux besoins spécifiques liés à la perte d'autonomie des personnes âgées (remplacement de la baignoire par une douche, installation d'une rampe, agrandissement d'une ouverture ou d'un accès...).

Dans ce cas, la demande est formulée directement par l'intéressé ou son entourage auprès de la Direction de l'Action Sanitaire. Le dossier est ensuite adressé au Centre de Coordination Gérontologique de Monaco pour recueillir un avis médical. Le médecin-gériatre, accompagné d'un ergothérapeute du Centre Hospitalier Princesse Grace (CHPG) se rend au domicile, en présence du demandeur, et émet des préconisations. Le calcul du ticket modérateur, c'est-à-dire la somme restant à la charge du bénéficiaire après déduction du montant de la prestation, est effectué par la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales.

### **Méthodologie applicable**

Une approche participative ascendante a été retenue aux fins de rédaction du présent rapport.

En effet, comme il a été exposé, les entités jouant un rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques liées au vieillissement ont été consultées : la filière gériatrique (Centre de Gérontologie Clinique Rainier III et Centre de Coordination Gérontologique de Monaco), services administratifs (Direction du Travail, Direction de l'Action Sanitaire, Direction de l'Action et de l'Aide Sociale), ainsi que l'Office de la Médecine du Travail.

Les différents objectifs de la Déclaration de Vienne ainsi que les termes du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement ont été rappelés afin que les mesures prises conformément à ces objectifs soient mises en avant dans leurs communications.

Il a été demandé aux entités de fournir des informations quantitatives, qu'elles soient transversales ou longitudinales, telles que l'impact de l'ouverture du Centre de gérontologie clinique Rainier III sur la prise en charge des personnes dépendantes ou l'évolution du nombre de personnes concernées par le phénomène de dépendance.

Des informations qualitatives ont également été sollicitées, notamment quant aux limites et possibilités d'amélioration des politiques actuelles. Des pistes d'orientations stratégiques, portant sur la priorisation des actions et la proposition de nouvelles politiques et mesures ont parfois émanées de ces consultations, et seront étudiées avec le plus grand intérêt.

Il en est ressorti que l'intégralité des orientations prioritaires préconisées par le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement adopté en 2002 et applicables à un pays tel que la Principauté de Monaco sont mises en œuvre, que ce soit en matière de participation et d'implication des personnes âgées au sein de la société (participation sociale, économique, culturelle et politique), en matière de lutte contre la marginalisation et la paupérisation, ou encore en matière de promotion de la santé physique, mentale et du bien-être.

S'agissant plus particulièrement des 4 objectifs principaux de la Déclaration de Vienne de 2012, ceux-ci sont également largement mis en œuvre. En effet, les possibilités de prolongement de la durée de travail, de flexibilité des

horaires, mais aussi les différentes missions de l'Office de la Médecine du Travail (OMT) en matière de prévention et d'intervention, permettent d'encourager une vie professionnelle plus longue et de maintenir la capacité de travail des personnes âgées (objectif 1).

La promotion de la participation, de la non-discrimination et de l'inclusion des personnes âgées dans la société (objectif 2) est le fondement même de toute action et politique publique en lien avec le vieillissement.

Peut être citée à titre d'exemple l'action du CCGM visant au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. La promotion et la sauvegarde de la dignité, de la santé et de l'indépendance des aînés (objectif 3) est pleinement assurée par les différents centres de soins et d'hébergement des personnes âgées qui, grâce à du matériel médical de pointe et des équipes spécialisées, veillent au bien-être physique et mental des individus pris en charge.

Par ailleurs, une attention toute particulière est portée afin de maintenir et renforcer la solidarité entre les générations (objectif 4), élément essentiel du lien et de la cohésion sociale, notamment grâce au soutien par l'Etat de plusieurs associations et l'organisation d'évènements.

Enfin, l'accueil en Principauté de Monaco de la 3<sup>ème</sup> Réunion de Haut niveau des Petits Etats d'Europe, les 11 et 12 octobre 2016 sur le thème « *Santé et développement durable : les atouts des Petits Etats* » démontre l'implication profonde du pays en matière de coopération internationale.

## **PARTIE II – ACTIONS RECENTES ET OBJECTIFS A VENIR**

### **Chapitre I - Actions nationales et progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan de Madrid**

#### **Section 1 - Encourager une vie professionnelle plus longue et maintenir la capacité de travail des seniors (objectif 1)**

*« Faire la transition vers une retraite plus flexible et offrir des incitations pour rester plus longtemps dans la population active selon les besoins et les aspirations de l'individu »*

En la matière, la réglementation monégasque fixe l'âge de départ à la retraite à taux plein à 65 ans. Pour autant, les salariés ont la possibilité de poursuivre leur activité au-delà de cet âge, en cumulant ainsi le versement de leur pension de retraite et une rémunération en qualité de salarié.

*A contrario*, le salarié mais aussi le fonctionnaire a la possibilité de bénéficier d'une retraite anticipée et de quitter le monde du travail avant l'âge légal de départ. Dans ce cas, la pension de retraite sera proratisée. Les statistiques démontrent que la Principauté enregistre un certain nombre de salariés continuant de travailler au-delà de 65 ans, même si cela reste encore marginal. Ainsi, sur une population d'environ 55 000 salariés, seuls sont dénombrés 312 travailleurs entre 65

et 69 ans, et 66 entre 70 et 74 ans<sup>8</sup>. De plus, il est à noter que la tendance est à l'augmentation, certes faible mais continue, du nombre de séniors actifs ces dernières années.

En effet, à titre d'exemple, le taux d'emploi des femmes appartenant au groupe d'âge des 70 à 74 ans est passé de 0,09% en 2010 à 0,12% en 2015<sup>9</sup>. Cela s'explique notamment par la possibilité pour un salarié ayant débuté sa carrière jeune de demander la liquidation de sa pension de retraite avant l'âge légal, s'il remplit les conditions d'affiliation au régime. De ce fait, les salariés âgés de plus de 70 ans sont encore très peu nombreux (moins de 1% de la masse salariale).

Aucune limite d'âge n'est par ailleurs fixée par la réglementation monégasque s'agissant des professions libérales, qui ont la possibilité de poursuivre leur activité selon leurs souhaits.

L'âge de départ à la retraite est donc flexible. Il en va de même s'agissant du temps de travail. Ainsi, la réglementation nationale permet de conclure un contrat de travail avec un employeur, en fixant un nombre d'heure par semaine compris entre deux heures au minimum et trente-neuf heures au maximum.

De plus, la loi n° 1.429 du 4 juillet 2016 relative au télétravail, permet à tout salarié lié par un contrat de travail à une entreprise installée en Principauté d'exercer jusqu'à deux tiers de son temps de travail en dehors des locaux de ladite entreprise, généralement à son domicile.

Cette loi constitue une avancée majeure au regard des spécificités monégasques, notamment s'agissant de l'exiguïté du territoire et du flux massif de travailleurs pendulaires. D'un point de vue social, les télétravailleurs résidant en France pourront toujours être assujettis à la législation sociale monégasque et donc affiliés à la Caisse de Compensation des Services Sociaux, pendant toute la durée de leur activité. L'amélioration des conditions de travail pour ces résidents étrangers va ainsi de pair avec le maintien d'une protection sociale avantageuse.

Ceci combiné, il n'est pas rare de voir des retraités poursuivre une activité réduite, que ce soit auprès de leur précédent employeur ou d'autres entreprises, et de cumuler le salaire ainsi perçu et leur pension de retraite.

*« Promouvoir et soutenir les saines habitudes de vie et le bien-être au travail, action préventive et lutte contre les maladies non-transmissibles, assurer des conditions de travail sûres et saines, y compris des mesures de conciliation appropriées comme des régimes flexibles de temps de travail, à travers toute la carrière »*

Cela étant, l'allongement de la durée de la vie active nécessite que les politiques publiques accordent une attention toute particulière à la promotion et au soutien des saines habitudes de vie et du bien-être au travail, à la prévention et la lutte contre les maladies non-transmissibles, au respect de conditions de travail

---

<sup>8</sup> Source Office de Médecine du Travail (OMT).

<sup>9</sup> Source Office de Médecine du travail (OMT).

sûres et saines, et veillent à l'instauration de mesures de conciliation appropriées entre la vie professionnelle et la vie familiale, et ce, à travers toute la carrière.

C'est pourquoi un suivi médical continu des salariés est prévu et réalisé par l'Office de la Médecine du Travail (OMT) qui convoque dès l'embauche puis à échéance régulière les travailleurs. Elle est particulièrement sensibilisée au suivi des populations plus âgées qui présentent des besoins et des risques spécifiques.

La médecine du travail de la Principauté a pour fondement même de promouvoir une vie professionnelle la plus longue possible en participant au maintien, chez les travailleurs, de leurs capacités physiques et mentales optimales. Les actions de prévention de la santé pour l'OMT s'harmonisent autour de deux axes : la réalisation d'entretien et d'examens médicaux systématiques, et les interventions directement sur le milieu de travail.

La réalisation de ces entretiens et examens est faite par une équipe de 13 médecins, 3 infirmières et 12 auxiliaires médicaux. Il s'agit ici de promouvoir et soutenir les saines habitudes de vie, le bien-être au travail et de lutter contre les maladies non-transmissibles. Plusieurs types d'actions sont réalisés :

- une mission de dépistage des maladies, avec des tests de plus en plus nombreux proportionnellement à l'âge de la personne. Il est vrai que ce dépistage précoce est crucial pour élever le niveau sanitaire d'une population. Des tests sont ainsi réalisés sur la fonction visuelle et auditive, des électrocardiogrammes peuvent être pratiqués, tout comme des bilans sanguins ou des explorations fonctionnelles. A titre d'exemple, le dépistage du cancer colorectal est proposé depuis plus de dix ans en Principauté, aux travailleurs de 50 ans et plus.

- une mission de gestion des aptitudes et des capacités de travail, afin d'éviter au mieux la dégradation de la santé et proposer des aménagements de postes de travail le cas échéant. Il existe logiquement une sur-représentation des salariés de 55 ans et plus dans les inaptitudes ou restrictions d'activité à leur poste de travail (29% des demandes de reclassement en entreprise pour inaptitude concernent les salariés de plus de 55 ans, qui ne représentent pourtant que 12% de la population salariée active)<sup>10</sup>.

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte à son travail ou dans l'impossibilité d'exercer certaines tâches, le médecin aide l'entreprise à modifier le poste de travail ou à reclasser le salarié.

Enfin, des conseils sont prodigués en relation avec le mode de vie au travail et dans la vie courante, s'agissant notamment des bonnes postures, de l'alimentation, de la gestion du stress ou de l'activité sportive.

Les interventions sur le lieu de travail, deuxième volet d'intervention de l'OMT, sont quant à elles assurées, en plus des 13 médecins, par 1 ingénieur en risques professionnels, 1 ergonome et 1 assistante de prévention en santé au travail. Leur but est d'assurer des conditions de travail plus sûres et plus saines grâce à des

---

<sup>10</sup> Source Office de la Médecine du Travail de Monaco (OMT).

activités d'études des conditions de travail (ex : mesurage des ambiances de travail telles que les poussières, le bruit, les produits chimiques ou l'éclairage) et des activités de conseils et de sensibilisation.

### **Promouvoir la participation, la non-discrimination et l'inclusion des personnes âgées dans la société (objectif 2)**

*« Faciliter la participation des personnes âgées dans la vie politique, économique, culturelle et sociale »*

La promotion de la participation des personnes âgées dans la société doit prendre forme, pour être globale et efficace, dans tous les secteurs de la vie courante, que ce soit du point de vue économique, politique, culturel ou social.

Cette mission d'inclusion se traduit plus particulièrement dans les missions menées par le Centre de coordination gérontologique de Monaco (CCGM).

En effet, la rédaction des plans d'aide élaborés par le CCGM (tels qu'exposés supra) repose sur une évaluation des besoins bio-psycho-sociaux et environnementaux de la personne.

L'évaluation est ainsi effectuée par un médecin gériatre, au domicile, afin d'évaluer les besoins de la personne dans son environnement de vie habituel.

L'objectif prioritaire de ces plans est le maintien de l'autonomie afin que l'individu puisse poursuivre son projet de vie de la manière la plus normale et autonome possible.

Dans ce sens, les aides préconisées prennent, entre autres, en considération les besoins d'interaction sociale, dont le bénéfice préventif sur le déclin cognitif est prouvé par les études scientifiques.

Aussi ont été mises en place plusieurs mesures telles que l'intervention d'une auxiliaire de vie pour les sorties, la création d'un système de transport pour personnes à mobilité réduite (Mobi bus) et d'un restaurant social (A Pignata). Les personnes âgées sont également orientées vers les différents clubs du troisième âge de la Principauté (Club « Le temps de vivre », Union des retraités monégasques, Œuvres de sœur Marie...).

Dès l'apparition de troubles cognitifs, à un stade modéré de la maladie jusqu'aux stades les plus sévères, les séniors peuvent également se rendre au Centre Speranza-Albert II, centre d'accueil de jour thérapeutique.

Ils sont reçus une à deux journées par semaine, par groupe homogène de vingt personnes afin d'éviter les phénomènes de projection entre une personne légèrement atteinte et une autre l'étant plus lourdement. Le Centre est devenu un maillon incontournable, reconnu par les professionnels du secteur et les familles.

En effet, la journée d'accueil devient vite un repère pour les hôtes. Souvent arrivés en situation de renoncement et de replis sur eux-mêmes du fait de

troubles cognitifs et de situations d'échec, des effets bénéfiques se font rapidement sentir : regain de confiance et d'intérêt pour le monde extérieur, meilleure communication, amélioration de la prise des repas et de l'image de soi... Les aidants habituels au domicile apprécient également ce temps de repos.

### **Promouvoir et sauvegarder la dignité, la santé et l'indépendance dans l'âge avancé (objectif 3)**

*« Elaborer des méthodes et technologies novatrices pour un soutien fiable, abordable et sécuritaire et les soins des personnes âgées à domicile »*

Cet objectif de promotion et de sauvegarde de la dignité, de la santé et de l'indépendance des personnes âgées passe notamment par l'élaboration de méthodes et de technologies novatrices pour proposer un soutien fiable, abordable et sécuritaire, ainsi que les soins des personnes âgées à leur domicile.

En effet, le maintien des personnes âgées dépendantes au domicile le plus longtemps possible est une priorité des politiques publiques en la matière.

Cela permet de sauvegarder la qualité de vie de ces personnes qui peuvent alors conserver leurs habitudes, leurs activités quotidiennes et profiter de la présence de leur entourage familial. Les impacts sur la santé physique et mentale sont importants. Plusieurs entités jouent un rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées. La Mairie de Monaco offre notamment des services tels que la livraison de repas et l'installation de la téléalarme. Le Centre Hospitalier Princesse Grace a quant à lui mis en place un service de toilettes à domicile (TAD) car il s'est avéré que les besoins de la population âgée ne parvenaient pas à être satisfaits par les infirmiers libéraux de la Principauté.

La personne en perte d'autonomie, ou son entourage, peut faire appel à l'équipe pluridisciplinaire du Centre de coordination gérontologique. Dans le processus ainsi déclenché, le demandeur est considéré comme acteur principal et son entourage comme partenaire. Le plan d'aide proposé par le CCGM sera exposé et peut faire l'objet de négociations avec le bénéficiaire. Le suivi régulier au domicile par l'équipe et le lien étroit avec la filière gérontologique hospitalière permettent une continuité et une réévaluation rapide de l'accompagnement, amené à évoluer en fonction de l'éventuelle dégradation de l'état du bénéficiaire.

En cas de doute ou d'alerte concernant l'état cognitif de la personne, un test et une évaluation complète peuvent être effectués par le biais du Centre de Coordination Gérontologique de Monaco ou du Centre mémoire. Là encore, le malade est placé au cœur du dispositif puisque son information et son consentement sont toujours recherchés. Des réflexions autour de l'annonce du diagnostic ont été menées afin de ne pas perdre de vue le patient et son entourage. L'annonce doit ainsi être faite de manière explicite en tenant compte de la personnalité du patient et de l'aidant principal et peut être réalisée en plusieurs fois, afin notamment de limiter les impacts psychologiques sur l'aidant.

Des infirmières, psychologues et assistantes sociales sont également présentes car participent au contexte global de soins. Cette réactivité permet à

l'intéressé et son entourage d'anticiper sur les décisions à venir et d'être informé sur les services et aides pouvant être sollicités.

Ouvert en septembre 2006, et donc après dix années de fonctionnement, plus de 2 000 personnes ont été rencontrées par les équipes du CCGM et plus de 4 500 évaluations gériatriques ont été réalisées. Ce guichet unique qu'est le CCGM permet de centraliser les informations médico-sociales et son rôle de coordination apporte une prise en considération holistique du sujet en perte d'autonomie.

Enfin, il convient de rappeler les aides suivantes accordées aux personnes âgées :

- Carte de bus gratuite pour les plus de 60 ans (sous la condition d'être de nationalité monégasque ou résident à Monaco) ;

- Carnet spectacle pour les plus de 60 ans (sous la condition d'avoir exercé une activité professionnelle à Monaco pendant dix ans au moins et être titulaire d'une pension de retraite ouverte au titre de cette activité).

*« Accorder une attention particulière aux mesures préventives, au diagnostic précoce et au traitement, soins, en particulier soins à long terme, et la protection sociale des personnes ayant la maladie d'Alzheimer ou autres démences, tout en assurant leur dignité et leur non-discrimination dans la société »*

Cependant, lorsque la dépendance s'accroît, le maintien à domicile n'est pas toujours possible. Une prise en charge en établissement spécialisé est alors nécessaire.

C'est à ce titre qu'a été ouvert, en février 2013, le Centre de gérontologie clinique Rainier III (CRIII) en Principauté. Cette structure, dotée de 210 lits, est consacrée aux personnes âgées dépendantes ou présentant des troubles neurologiques et comprend :

- un service de gériatrie aigüe qui accueille les malades en provenance du domicile ou des urgences, voir d'autres services du CHPG, pour des séjours programmés ou non, en lien direct avec les structures du maintien à domicile, l'équipe mobile de gériatrie et les autres éléments de la filière hospitalière ;

- une unité de soins de suite et de réadaptation qui est une unité d'accueil temporaire pour personnes âgées nécessitant un suivi médical après une intervention en médecine ou en chirurgie, afin de faciliter le retour à domicile ou la réorientation ;

- une unité cognito-comportementale qui est une unité sécurisée d'hospitalisation complète pour des séjours de courte ou moyenne durée des malades en décompensation psychique aigüe ou dont l'hospitalisation est impossible dans un secteur conventionnel ;



- les unités d'hospitalisation de soins de longue durée pour accueillir des patients en perte d'autonomie importante, atteints par des maladies chroniques ou en fin de vie, nécessitant des soins médico-techniques importants au cours d'une hospitalisation de longue durée ;

- les consultations gériatriques qui permettent d'obtenir un avis spécialisé rapide, une orientation au sein des filières de soins, une évaluation de la dépendance, la programmation d'un bilan, et de préparer le passage en institution. L'évaluation gérontologique standardisée est utilisée ;

- le Centre mémoire qui permet la réalisation de tests à visée diagnostique, neuropsychologique, d'imagerie médicale, de bilans biologiques et la mise en place d'une prise en soins et d'accompagnement précoces par une équipe pluridisciplinaire comprenant gériatres, psychiatres, neurologues, neuropsychologues, orthophonistes, ergothérapeutes...

Le Centre s'attache à proposer une offre de soins adaptée et graduée aux besoins en santé. La sécurité et la continuité des soins y sont assurées par des équipes médicales et soignantes pluridisciplinaires et une garde médicale sur place.

Le plan de soins personnalisé a pour but de préserver, maintenir ou restaurer l'autonomie du patient : aide à la marche, encourager le fait de manger et de boire seul, respecter les heures de réveil et de coucher, respecter l'intimité et la confidentialité, proposer des activités adaptées...

La réflexion et la mise en place de thérapies non-médicamenteuses tiennent une place importante dans la prise en charge des troubles psychologiques et du comportement du patient atteint de troubles cognitifs.

La préservation de cette autonomie s'inscrit dans une démarche plus globale. Ainsi, un groupe de réflexion éthique a été instauré en 2014 et permet d'échanger sur des thèmes à connotation éthique, liés à la prise en charge des personnes atteintes de démence notamment et pour lesquelles il paraît important de mettre en place une réflexion afin d'assurer leur dignité et leur non-discrimination.

Les préconisations qui en sont issues peuvent être utilisées afin de faire évoluer ou créer des recommandations ou des protocoles hospitaliers.

#### **Maintenir et renforcer la solidarité entre les générations (objectif 4)**

*« Promouvoir et renforcer le dialogue et l'apprentissage intergénérationnel par toutes les parties prenantes, y compris les gouvernements, les ONG, le secteur privé, les médias et le grand public »*

Dans ce cadre, de nombreuses actions sont prévues en Principauté de Monaco.

Cela se traduit notamment par des actions d'information dans les classes primaires ou l'organisation d'expositions d'œuvres picturales et de photographies pour sensibiliser le grand public dans une démarche positive afin de changer le regard sur la vieillesse.

Lors de l'exposition « Empreinte de Vie », réalisée en 2013, il s'agissait de privilégier la relation individuelle entre un soignant et une personne atteinte de démence en créant un temps de rencontre.

Lors de l'échange, la personne était invitée à s'exprimer sur son histoire de vie et les faits marquants. Le soignant, animateur de l'entretien, devait adapter les techniques d'entretien afin de favoriser l'échange tant sur le fond que sur la forme et établir un climat de confiance propice à l'expression. Au terme de la rencontre, une synthèse était faite et validée par l'intéressé. Tous deux devaient alors imaginer une photographie pouvant symboliser l'histoire de vie ou le fait marquant (aire de jeu pour l'enfance, façade de bâtiment pour la famille, ballon de rugby pour le sport, plats cuisinés pour les réunions de famille...).

L'ensemble des photographies a été exposé dans les jardins du Casino de Monte-Carlo grâce aux partenaires comme l'Association Monégasque pour la recherche contre la maladie d'Alzheimer et la Société des Bains de Mer. L'intensité des échanges est restée longtemps dans les mémoires des binômes et a rappelé aux personnes qu'elles n'étaient pas seulement des « malades » mais qu'elles étaient aussi porteuses d'une histoire qui leur est propre et qu'il est intéressant et utile de partager. Certaines, en situation de replis ou de renoncement, ont retrouvé une certaine capacité d'expression verbale. Ce projet a également été une source d'enseignement importante dans la pratique soignante.

Le projet intergénérationnel « Ça pousse », rassemblant des patients du Centre Rainier III et les enfants de la crèche du Centre Hospitalier Princesse Grace, s'avère lui aussi particulièrement intéressant. Il est connu que la vie végétale provoque chez les enfants et les aînés enthousiasme voire émerveillement, d'autant plus lorsqu'ils sont acteurs du « donner la vie » : planter, jardiner, aider à pousser... Ces rencontres poursuivent différents objectifs, certains propres à chaque groupe d'âge, d'autres communs aux enfants comme aux seniors : rencontre et discussion avec l'autre, découverte ou redécouverte des capacités motrices, imaginatives, narratives... Pour que ces rencontres soient positives, il convient de bien veiller au choix des participants qui doit se porter sur des patients dont l'état physique et psychologique soient compatibles avec le projet. Les capacités motrices et cognitives doivent être adaptées afin d'éviter des situations d'échec et de rejet. Le patient doit également être capable de s'exprimer pour rendre le dialogue possible. Le temps des séances ne doit pas dépasser 45 minutes car les deux publics présentent une capacité d'attention limitée.

Au-delà de l'intérêt thérapeutique pour la personne âgée, il s'agit bien de placer le projet d'animation et de rencontre dans des domaines variés et parfois inattendus, de permettre une communication via les médias et donc indirectement de positionner ou repositionner le senior dans la dynamique de la société.

La gastronomie est également un thème rassembleur. Ainsi, des repas à thème ainsi que des goûters festifs sont régulièrement proposés dans les différents établissements de soins et d'accueil.

Enfin, depuis deux ans, une comédie musicale a été créée avec les enfants d'un groupe scolaire et les hôtes du Centre Speranza-Albert II.

### **Coopération régionale**

*« Activités entreprises par la Principauté de Monaco pour renforcer la coopération entre les états membres de la CEE dans le domaine du vieillissement »*

La Principauté de Monaco a accueilli les 11 et 12 octobre 2016 la 3<sup>ème</sup> Réunion de Haut niveau des Petits Etats d'Europe, ayant pour thème « Santé et développement durable : les atouts des Petits Etats ». Sept sessions de travail ont été organisées, avec pour thème :

- Session 1 : « Vers une Europe durable, équitable et en meilleure santé ». Cette session concernera Santé 2020 et les Objectifs de développement durable.

- Session 2 : « Santé et développement durable : mesure de progrès dans les Petits Etats à travers le réseau d'information sanitaire des Petits Pays » ;

- Session 3 : « Résilience : présentation et intérêt » ;

- Session 4 : « Réactivité des Petits Etats à la santé des femmes au cours de la vie ». Cette session est liée à la Stratégie de la santé des femmes qui sera présentée au 66<sup>ème</sup> Comité régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;

- Session 5 : « La communication concernant Santé 2020 et les Objectifs de développement durable » ;

- Session 6 : « Soins centrés sur la personne pour de meilleurs résultats en termes de santé ».

- Session 7 : « La durabilité tout au long de la vie ».

La clôture des travaux a pris pour thème « Initiative des Petits Etats : la voie à suivre », a lancé les préparatifs pour 2017 et a annoncé la 4<sup>ème</sup> Réunion de Haut niveau des Petits Etats d'Europe.

### **Conclusion et priorités pour l'avenir**

Grâce à une implication forte et constante du Gouvernement Princier depuis de nombreuses années, la Principauté de Monaco a su se doter d'une législation moderne, protectrice des droits des personnes vieillissantes ou véritablement âgées, handicapées ou dépendantes.

Au-delà de cette réglementation au sens strict, un accent tout particulier est mis sur la prise en charge globale, sociale et médicale, de ces individus.

Différentes structures institutionnalisées, largement coordonnées entre elles, ont pour vocation de permettre aux personnes âgées de rester impliquées au maximum dans la société et de préserver et encourager le plus haut niveau d'autonomie possible, notamment grâce au maintien à domicile.

Lorsque cette vie en société ne demeure plus possible, l'accueil se fait au sein d'établissements modernes, dotés de matériels à la pointe de la technologie et d'équipes pluridisciplinaires spécialement formées.

Ainsi, qu'il s'agisse de la réglementation liée au travail ou au développement constant de la protection sociale, à la prise en charge au quotidien sur le lieu de vie ou des soins médicaux plus lourds dispensés en établissements, tout est mis en œuvre pour que les personnes âgées résidant à Monaco bénéficient d'une qualité de vie optimale, dans le respect de leurs droits fondamentaux et de leur dignité.

Cependant, des améliorations sont toujours possibles. C'est pour cela que plusieurs projets sont déjà en chantier.

Il s'agit tout d'abord de reculer encore l'âge moyen de départ des personnes âgées vers des établissements de soins. La généralisation du maintien à domicile, lorsque cela reste envisageable dans des conditions de vie et de sécurité satisfaisantes, doit demeurer une priorité. En ce sens, l'élargissement de l'éventail des prestations offertes en la matière pourrait être une piste d'action.

Par ailleurs, la Résidence du Cap Fleuri, établissement de type EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) disposant d'une capacité d'accueil de 88 lits et pouvant également accueillir des patients présentant des troubles cognitifs de type démence au sein d'une unité protégée, est actuellement en cours de restructuration pour une totale modernisation.

De plus, la Principauté de Monaco projette à l'avenir d'aménager dans le bâtiment de la Résidence du Cap Fleuri une unité de séjour pour les handicapés mentaux vieillissants qui ont besoin d'une prise en charge spécifique.

De manière générale, la priorité doit demeurer la prise en charge individualisée, pour chaque type de dépendance, et ce quel que soit le stade d'évolution de la maladie.

Afin de favoriser la diffusion des bonnes pratiques, l'OMS présentera, lors de la 7<sup>ème</sup> Session de la 3<sup>ème</sup> Réunion de Haut niveau des Petits Etats d'Europe, une publication reprenant la thématique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à domicile ou en structures d'accueil. Des études de cas concrètes viendront à l'appui.

Le rôle des institutions internationales dans l'échange de connaissances entre les différents Etats est en effet primordial.

## LISTE DES ACRONYMES

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
CAMTI	Caisse d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Indépendants
CCGM	Centre de Coordination Gérontologique de Monaco
CCSS	Caisse de Compensation des Services Sociaux
CHPG	Centre Hospitalier Princesse Grace
CRIII	Centre de gérontologie clinique Rainier III
DASA	Direction de l'Action Sanitaire
DASO	Direction de l'Action et de l'Aide Sociale
DASS	Direction de l'Action Sanitaire et Sociale
EBE	Excédent Brut d'Exploitation
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
IMSEE	Institut Monégasque de la Statistique et des Etudes Economiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMT	Office de la Médecine du Travail
PIB	Produit Intérieur Brut
TAD	Toilettes A Domicile
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée

## **Annexes**

<b>Loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un Office d'assistance sociale</b>	<b>p. 25</b>
<b>Loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées</b>	<b>p. 27</b>
<b>Ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944 portant création d'une Caisse de compensation des services sociaux de la Principauté de Monaco</b>	<b>p. 35</b>
<b>Ordonnance-loi n° 675 du 2 décembre 1959 relative aux prestations sociales des retraités</b>	<b>p. 37</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 1.857 du 3 septembre 1958 relative à l'organisation et au fonctionnement de la médecine du travail</b>	<b>p. 39</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 5.095 du 14 février 1973 sur l'organisation et le fonctionnement du Centre hospitalier Princesse Grace</b>	<b>p. 43</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 231 du 3 octobre 2005 portant création d'un Service des prestations médicales de l'Etat</b>	<b>p. 47</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 841 du 18 décembre 2006 portant création du Centre de Coordination Gériatrique de Monaco</b>	<b>p. 49</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 904 du 8 janvier 2007 portant création de la prestation d'autonomie</b>	<b>p. 51</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 3.425 du 29 août 2011 portant création d'un Centre de Gériatrie Clinique dénommé « Centre Rainier III »</b>	<b>p. 55</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 5.353 du 8 juin 2015 relative à la formation des aidants familiaux</b>	<b>p. 57</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 5.640 du 14 décembre 2015 portant création d'une Direction de l'Action sanitaire</b>	<b>p. 59</b>
<b>Ordonnance souveraine n° 5.641 du 14 décembre 2015 portant création d'une Direction de l'Action et de l'Aide Sociale</b>	<b>p. 61</b>
<b>Ordonnance n° 5.743 du 3 mars 2016 relative à l'Aide Médicale de l'Etat</b>	<b>p. 63</b>
<b>Arrêté ministériel n° 2015-383 du 8 juin 2015 relatif à l'attribution du statut d'aidant familial</b>	<b>p. 65</b>

<b>Pyramide des âges selon le sexe</b>	<b>p. 67</b>
<b>Répartition sectorielle du PIB 2014</b>	<b>p. 69</b>
<b>Répartition des salariés du secteur privé selon le lieu de résidence</b>	<b>p. 71</b>
<b>Rapport d'activité de l'Office de la Médecine du Travail</b>	<b>p. 73</b>
<b>Statistiques sur le vieillissement actif</b>	<b>p. 75</b>





## **Loi n. 335 du 19/12/1941 portant création d'un office d'assistance sociale**

**Article 1er .- (Modifié par la loi n° 1.279 du 29 décembre 2003 )**

Il est institué, sous la dénomination de « office de protection sociale », un établissement public régi par les dispositions de la loi n° 918 du 27 décembre 1971 .

Cet établissement public a pour mission d'assurer des prestations sociales et de procéder au versement d'allocations financières, pour le compte de l'État, dans des conditions déterminées par ordonnance souveraine, au bénéfice des personnes dont la situation ou les ressources le justifient.

**Article 2 .- (Modifié par la loi n° 1.279 du 29 décembre 2003 )**

L'office de protection sociale est administré par une commission administrative dont la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par ordonnance souveraine.

Outre l'administration de l'établissement, cette commission assume la mission prévue par la loi n°32 du 15 juin 1920 sur les pupilles de l'orphelinat.

**Article 3 .- 52(Abrogés par la loi n° 1.279 du 29 décembre 2003 ).**

## **Loi n. 1.279 du 29/12/2003 modifiant certaines dispositions de la loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un office d'assistance sociale**

**Article 1er .- 2 .- (Voir les articles 1er et 2 de la loi n° 335 du 19 décembre 1941 ).**

**Article 3 .-** L'office de protection sociale peut, s'il y a lieu, exercer son recours, avec le bénéfice à son profit et de plein droit de l'assistance judiciaire, soit contre les bénéficiaires de prestations ou d'allocations si on leur reconnaît ou s'il leur revient des ressources suffisantes, soit contre toutes personnes ou sociétés tenues de l'obligation d'assistance, notamment contre les membres des familles des bénéficiaires désignés par les articles 174, 175, 176 et 181 du Code civil et dans les termes de l'article 177 du même code.

Ce recours ne peut être exercé que jusqu'à concurrence de cinq années de secours.

**Article 4 .-** Les actes intéressant l'office de protection sociale sont exempts de droits de timbre et d'enregistrement.

**Article 5 .-** Les articles 3 à 52 de la loi n 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un office d'assistance sociale sont et demeurent abrogés.



**Loi n. 1.410 du 02/12/2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées**  
**Journal de Monaco du 12 décembre 2014**

**Titre - PREMIER Dispositions générales**

**Chapitre - Ier De la définition du handicap**

**Article 1er .-** Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison soit d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs de ses fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, soit d'un trouble de santé invalidant.

**Chapitre - II Du statut de personne handicapée**

**Section - I De la commission d'évaluation du handicap**

**Article 2 .-** Est instituée une commission d'évaluation du handicap qui a notamment pour missions :

- 1) d'émettre un avis sur l'attribution du statut de personne handicapée après avoir apprécié si le demandeur présente un handicap au sens de l'article premier, ainsi que son taux d'incapacité ;
- 2) d'émettre un avis sur l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale ou de l'allocation aux adultes handicapés et de leurs éventuels compléments visés au titre VI ;
- 3) d'émettre un avis sur l'établissement d'un plan d'aide à la compensation du handicap préconisant les mesures qu'elle estime nécessaires dans l'intérêt de la personne handicapée ;
- 4) d'émettre un avis sur la nécessité d'une orientation vers un établissement médico-social adapté ;
- 5) d'émettre un avis sur la délivrance de la carte de stationnement pour personne handicapée instituée par l'article 48 et de la carte de priorité pour personne handicapée instituée par l'article 50 ;
- 6) de proposer, le cas échéant, à la personne handicapée de saisir la commission d'orientation des travailleurs handicapés instituée par l'article 26 ;
- 7) d'émettre un avis sur l'attribution du statut d'aidant familial institué par l'article 16.

**Article 3 .-** La commission d'évaluation du handicap est présidée par un médecin-inspecteur de la direction de l'action sanitaire et sociale désigné par le directeur de l'action sanitaire et sociale.

Sa composition est, pour le reste, fixée par ordonnance souveraine.

**Article 4 .-** Les règles de fonctionnement de la commission d'évaluation du handicap, et notamment l'organisation des examens médicaux nécessaires, sont fixées par ordonnance souveraine.

**Section - II De l'attribution du statut de personne handicapée**

**Article 5 .-** Tout Monégasque ou toute personne régulièrement domiciliée dans la Principauté, ou son représentant légal, peut adresser, au directeur de l'action sanitaire et sociale, une demande en vue de l'attribution du statut de personne handicapée.

Sa demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin et de tout autre document permettant d'apprécier la nature et l'importance du handicap.

**Article 6 .-** Le demandeur et, le cas échéant, son ou ses représentants légaux peuvent être entendus par la commission d'évaluation du handicap. Il peut être accompagné de son médecin.

Dans son avis, la commission évalue le handicap du demandeur et estime son taux d'incapacité.

Le président de la commission peut solliciter l'avis de toute personne susceptible d'éclairer utilement les travaux de la commission.

**Article 7 .-** Le statut de personne handicapée peut être attribué dès lors que le demandeur présente un handicap au sens de l'article premier et que son taux d'incapacité est au moins égal à 50 %.

La décision d'attribution est prise par le directeur de l'action sanitaire et sociale sur avis de la commission d'évaluation du handicap.

**Article 8 .-** La situation de l'attributaire du statut de personne handicapée est réexaminée au moins tous les cinq ans par le directeur de l'action sanitaire et sociale, après avis de la commission d'évaluation du handicap.

Ce réexamen peut également être réalisé, en cas d'éléments nouveaux, à la demande de l'attributaire.

**Article 9 .-** En cas de recours hiérarchique à l'encontre de la décision prise par le directeur de l'action sanitaire et sociale en vertu de l'article 7 ou 8, le Ministre d'État sollicite l'avis d'un ou plusieurs médecins spécialistes n'ayant pas siégé lors de la délibération de la commission d'évaluation du handicap préalable à ladite décision.

**Article 10 .-** Pour l'application de la présente loi, l'expression « statut de personne handicapée » désigne l'ensemble des règles régissant, en raison de leur handicap tel que défini à l'article premier, les personnes faisant l'objet d'une décision d'attribution prise par le directeur de l'action sanitaire et sociale en application de l'article 7, ainsi que les droits, avantages et obligations y afférents.

## **Titre - II De la santé**

**Article 11 .-** Toute personne handicapée dispose des mêmes droits et libertés que ceux reconnus aux autres patients, notamment en matière de consentement.

**Article 12 .-** Toute personne handicapée a accès, dans des conditions tarifaires identiques, aux mêmes établissements de santé et à la même qualité de soins que les autres patients.

**Article 13 .-** Lorsqu'un attributaire du statut de personne handicapée ne peut bénéficier d'aucun droit auprès d'une assurance maladie obligatoire au titre d'un régime de sécurité sociale monégasque ou étranger en tant qu'assuré ou ayant droit, il peut solliciter sa prise en charge, ainsi que le cas échéant celle de ses ayants droit, au titre de l'aide médicale gratuite servie par l'office de protection sociale dans des conditions prévues par ordonnance souveraine.

Le droit à l'aide médicale gratuite lui permet de bénéficier également du versement des prestations familiales par l'office de protection sociale, selon les conditions prévues par la loi n° 595 du 15 juillet 1954, modifiée.

## **Titre - III De l'accueil et de la scolarité de l'enfant handicapé**

**Article 14 .-** Tout mineur de moins de six ans présentant un handicap et régulièrement domicilié dans la Principauté doit pouvoir être accueilli soit au sein d'un établissement, service ou structure d'accueil collectif des enfants de moins de six ans, soit, le cas échéant, au sein d'un établissement spécifique ou adapté.

**Article 15 .-** Il est satisfait à l'obligation scolaire du mineur présentant un handicap en lui donnant une éducation en milieu scolaire ordinaire ou, à défaut, soit une éducation spéciale déterminée en fonction de ses besoins particuliers au sein d'un établissement ou service de santé, médico-social ou spécialisé, soit une instruction dans la famille dans les conditions prévues par la loi n° 1.334 du 12 juillet 2007, modifiée.

## **Titre - IV De l'aidant familial**

### **Chapitre - Ier De l'attribution du statut d'aidant familial**

**Article 16 .-** Le statut d'aidant familial peut être attribué à toute personne qui, au sein de sa famille, seule ou en complément de l'intervention d'un professionnel, apporte une aide quotidienne à un proche, attributaire du statut de personne handicapée.

La demande d'attribution du statut d'aidant familial est adressée au directeur de l'action sanitaire et sociale par l'attributaire du statut de personne handicapée ou par son représentant légal, ou concomitamment à la demande d'attribution de ce statut.

Le statut d'aidant familial est attribué, selon les modalités fixées par arrêté ministériel, par le directeur de l'action sanitaire et sociale sur avis de la commission d'évaluation du handicap, après examen de la nature et de l'importance des besoins, ainsi que des éléments de fait pouvant démontrer que l'aide effectivement apportée dépasse le cadre habituel de l'entraide familiale.

Une ordonnance souveraine détermine les conditions dans lesquelles une formation peut être proposée à tout aidant familial qui en fait la demande.

**Article 17 .-** L'aidant familial qui ne peut bénéficier d'aucun droit auprès d'une assurance maladie obligatoire au titre d'un régime de sécurité sociale monégasque ou étranger en tant qu'assuré ou ayant droit, peut solliciter sa prise en charge, ainsi que le cas échéant celle de ses ayants droit, au titre de l'aide médicale gratuite servie par l'office de protection sociale dans des conditions prévues par ordonnance souveraine.

Dans ce cas, il bénéficie également du versement des prestations familiales par l'office de protection sociale, selon les conditions prévues par la loi n° 595 du 15 juillet 1954, modifiée.

**Article 18 .-** L'aidant familial peut être embauché par la personne majeure, attributaire du statut de personne handicapée, à laquelle il apporte son aide conformément aux dispositions de la loi n° 629 du 17 juillet 1957, modifiée, dont la procédure d'urgence prévue par le troisième alinéa de son article 3 est applicable de plein droit.

## **Chapitre - II Du congé de soutien familial**

**Article 19 .-** Tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans chez le même employeur a le droit de bénéficier d'un congé de soutien familial non rémunéré dès lors qu'il est attributaire du statut d'aidant familial.

Le congé de soutien familial est d'une durée de trois mois. Il peut être renouvelé, sans pouvoir excéder la durée d'un an.

**Article 20 .-** La demande d'un congé de soutien familial doit être présentée à l'employeur, au plus tard un mois avant le début du congé sollicité, par lettre recommandée avec avis de réception postal.

L'interruption du travail pendant ce congé suspend le contrat de travail durant la période correspondante.

**Article 21 .-** Pendant la durée légale du congé de soutien familial, le salarié conserve ses droits d'ancienneté dans l'entreprise.

Cette période est assimilée à du temps de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés annuels.

**Article 22 .-** L'employeur ne peut résilier le contrat de travail du salarié à compter de la date de notification visée à l'article 20 et jusqu'au terme d'une période de quatre semaines suivant le congé de soutien familial.

Toutefois, l'employeur peut résilier ce contrat s'il peut justifier soit d'une faute grave et indépendante de la prise du congé de soutien familial, soit de la cessation ou de la réduction de l'activité de l'entreprise.

Le licenciement effectué pour l'une des causes mentionnées au précédent alinéa et le non-renouvellement du contrat de travail à durée déterminée du salarié arrivé à échéance, pendant la période visée au premier alinéa, sont préalablement soumis à l'examen de la commission de débauchage et de licenciement instituée par l'article 8 de la loi n° 629 du 17 juillet 1957, modifiée.

En tout état de cause, la résiliation du contrat de travail par l'employeur ne peut prendre effet ou être notifiée pendant la période du congé de soutien familial.

**Article 23 .-** La méconnaissance des dispositions de l'article 22 entraîne la nullité du licenciement et l'obligation pour l'employeur de verser au salarié, indépendamment de tous autres dommages et intérêts, le montant du salaire qu'il aurait perçu pendant la période couverte par la nullité.

## **Chapitre - III De l'aménagement des horaires de travail**

**Article 24 .-** L'aidant familial d'une personne attributaire du statut de personne handicapée peut solliciter de son employeur les aménagements de ses horaires de travail nécessaires à l'accompagnement de cette personne.

**Article 25 .-** L'employeur ne peut refuser ces aménagements que lorsqu'ils sont de nature à perturber le fonctionnement normal de l'entreprise.

La demande doit être présentée par écrit à l'employeur qui doit y répondre dans les mêmes formes dans les quinze jours suivant la réception de celle-ci.

## **Titre - V Du travail**

### **Chapitre - Ier Du statut de travailleur handicapé**

#### **Section - I De la commission d'orientation des travailleurs handicapés**

**Article 26 .-** Est instituée une commission d'orientation des travailleurs handicapés qui a notamment pour missions d'émettre un avis :

- sur l'attribution du statut de travailleur handicapé ;
- sur les possibilités d'insertion professionnelle du travailleur handicapé et sur les mesures propres à assurer sa mise en œuvre, notamment son accès à la formation professionnelle ;
- sur les caractéristiques de l'emploi que le travailleur handicapé peut occuper, notamment en ce qui concerne les conditions de travail et les horaires ;

- sur l'orientation du travailleur handicapé en milieu ordinaire ou, le cas échéant, vers un établissement adapté à l'emploi de personnes ayant le statut de travailleur handicapé.

**Article 27 .-** La commission d'orientation des travailleurs handicapés est présidée par un médecin-inspecteur de la direction de l'action sanitaire et sociale désigné par le directeur de l'action sanitaire et sociale.

Sa composition est, pour le reste, fixée par ordonnance souveraine.

**Article 28 .-** La commission d'orientation des travailleurs handicapés transmet, lorsqu'elle l'estime nécessaire, ses conclusions et préconisations à l'office de la médecine du travail.

Outre la saisine prévue à l'article 30, l'avis de la commission peut également être sollicité par le directeur de l'action sanitaire et sociale et par la commission prévue par l'article 6 de la loi n° 1.348 du 25 juin 2008 .

**Article 29 .-** Les règles de fonctionnement de la commission d'orientation des travailleurs handicapés, et notamment l'organisation des examens médicaux nécessaires, sont fixées par ordonnance souveraine.

## **Section - II De l'attribution du statut de travailleur handicapé**

**Article 30 .-** Tout attributaire du statut de personne handicapée en application de la présente loi, ou son représentant légal, peut adresser, au directeur de l'action sanitaire et sociale, une demande en vue de l'attribution du statut de travailleur handicapé.

Cette demande peut également être adressée, au directeur de l'action sanitaire et sociale, par tout attributaire du statut de personne handicapée en application de sa loi nationale ou de la loi de son lieu de résidence, ou par son représentant légal, à condition que cet attributaire justifie de l'exercice d'une activité professionnelle en Principauté.

**Article 31 .-** Le demandeur et, le cas échéant, son représentant légal peuvent être entendus par la commission d'orientation des travailleurs handicapés.

Le président de la commission peut solliciter l'avis de toute personne susceptible d'en éclairer utilement les travaux.

**Article 32 .-** Le statut de travailleur handicapé peut être attribué au demandeur attributaire du statut de personne handicapée en application de la présente loi, dont les possibilités d'exercer ou de conserver une activité professionnelle sont manifestement réduites par son handicap.

Le statut de travailleur handicapé peut également être attribué au demandeur qui est attributaire du statut de personne handicapée en application de sa loi nationale ou de la loi de son lieu de résidence et dont les possibilités de conserver une activité professionnelle en Principauté sont manifestement réduites par son handicap.

La décision d'attribution du statut de travailleur handicapé est prise par le directeur de l'action sanitaire et sociale sur avis de la commission d'orientation des travailleurs handicapés.

En cas de recours hiérarchique à l'encontre de la décision prise en vertu de l'alinéa précédent, le Ministre d'État sollicite l'avis d'un médecin du travail n'ayant pas siégé lors de la délibération de la commission préalable à ladite décision.

**Article 33 .-** Pour l'application de la présente loi, l'expression « travailleur handicapé » désigne l'ensemble des règles régissant, en raison de leur handicap, les personnes faisant l'objet d'une décision d'attribution prise par le directeur de l'action sanitaire et sociale en application de l'article 32, ainsi que les droits, avantages et obligations y afférents.

## **Chapitre - II De l'emploi**

**Article 34 .-** Une personne handicapée ne peut, en raison de son handicap, faire l'objet d'aucune différence injustifiée de traitement, notamment en matière de recrutement, de rémunération, de formation et de promotion professionnelle.

Le travailleur handicapé est soumis aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur pour l'emploi qu'il occupe.

**Article 35 .-** L'employeur doit prendre, en fonction des besoins résultant d'une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre au travailleur handicapé d'accéder à l'emploi dans les conditions préconisées par la commission d'orientation des travailleurs handicapés ou de le conserver dans des conditions satisfaisantes.

**Article 36 .-** Le refus de prendre les mesures visées à l'article 35 n'est pas constitutif d'une différence injustifiée de traitement lorsque les charges ou inconvénients consécutifs à leur mise en œuvre par

l'employeur sont disproportionnés en dépit de l'aide financière susceptible d'être allouée en application de l'article suivant.

**Article 37 .-** Une aide financière peut être consentie par l'État aux employeurs afin de faciliter l'accès du travailleur handicapé à l'emploi.

Cette aide consiste notamment en une contribution au paiement des travaux nécessaires pour l'adaptation des locaux ou du matériel de travail.

Les modalités et les conditions relatives à cette aide sont définies par arrêté ministériel.

**Article 38 .-** Le travailleur indépendant attributaire du statut de travailleur handicapé peut également solliciter l'aide financière de l'État visée à l'article précédent.

**Article 39 .-** L'employeur peut solliciter de l'office de protection sociale le remboursement d'une partie de la rémunération brute versée au travailleur handicapé, lequel ne peut excéder 85 % du salaire minimum de référence fixé par arrêté ministériel.

### **Chapitre - III De l'aide par le travail**

**Article 40 .-** Le travailleur handicapé employé dans un établissement adapté à l'emploi de personnes ayant le statut de travailleur handicapé a la qualité de salarié.

Le nombre d'heures d'activité d'un travailleur handicapé dans un établissement adapté à l'emploi de personnes ayant le statut de travailleur handicapé ne peut être inférieur au nombre d'heures minimal prévu au titre du régime des prestations dues aux salariés en cas de maladie, accident, maternité, invalidité et décès.

Le début et la fin d'activité du travailleur handicapé au sein d'un établissement adapté à l'emploi de personnes ayant le statut de travailleur handicapé font l'objet d'une décision du directeur de l'action sanitaire et sociale sur avis de la commission d'orientation des travailleurs handicapés.

**Article 41 .-** L'office de protection sociale rembourse à l'établissement adapté à l'emploi de personnes ayant le statut de travailleur handicapé 85 % de la rémunération versée au travailleur handicapé.

## **Titre - IV Des garanties de ressources**

### **Chapitre - Ier De l'allocation d'éducation spéciale et de son complément**

**Article 42 .-** Toute personne qui assume la charge, au sens de la législation sur les prestations familiales, d'un enfant attributaire du statut de personne handicapée perçoit, en complément des allocations familiales, une allocation d'éducation spéciale dont le montant varie suivant le contenu du plan d'aide à la compensation du handicap.

### **Chapitre - II De l'allocation aux adultes handicapés et de son complément**

**Article 43 .-** Tout attributaire du statut de personne handicapée a droit à une garantie de ressources minimales, sous forme d'une allocation aux adultes handicapés, dès lors que ce minimum ne peut lui être assuré en application d'autres dispositions législatives ou réglementaires et qu'il ne peut bénéficier de l'allocation d'éducation spéciale. Le montant de l'allocation est calculé compte tenu de la composition du foyer et de l'ensemble de ses ressources, y compris les éventuelles indemnités perçues dans le cadre de la législation relative à l'invalidité et aux accidents du travail, dans des conditions et selon des modalités fixées par arrêté ministériel.

Lorsque le foyer est composé du seul attributaire, le montant de l'allocation lui assure un minimum de ressources mensuelles équivalent à 85 % du salaire minimum de référence net.

**Article 44 .-** Un complément à l'allocation aux adultes handicapés est attribué sous condition de ressources afin de permettre la mise en application des mesures préconisées par le plan d'aide à la compensation du handicap.

### **Chapitre - III De l'allocation logement**

**Article 45 .-** L'attributaire du statut de personne handicapée de nationalité monégasque ou résidant régulièrement, depuis au moins trois ans, dans la Principauté peut, sous condition de ressources, bénéficier d'une allocation logement dont le montant tient compte, le cas échéant, de celui qu'elle perçoit au titre d'une autre prestation ayant la même finalité.

### **Chapitre - IV Disposition commune**

**Article 46 .-** Les conditions d'attribution et les modalités de calcul des allocations prévues par le présent titre, de leurs plafonds, de leurs majorations et de leurs compléments sont fixées par arrêté ministériel.

## **Titre - VII De l'accessibilité**

### **Chapitre - Ier Des transports**

## **Section - I Des moyens de transport collectif adaptés**

**Article 47 .-** Dans un délai de dix ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi, tous les services de transport collectif doivent être adaptés aux personnes handicapées. En cas d'impossibilité technique avérée ou de coûts d'une disproportion manifeste, les prestataires de ces services doivent mettre en œuvre les moyens permettant aux personnes handicapées de les utiliser.

## **Section - II Des cartes de stationnement, de transport et de priorité**

**Article 48 .-** Une carte de stationnement pour personnes handicapées est délivrée à tout attributaire du statut de personne handicapée dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % à condition que son handicap réduise de manière importante sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou impose qu'il soit accompagné par une tierce personne dans ses déplacements.

Cette carte permet à son titulaire et au tiers qui l'accompagne d'utiliser les places réservées et aménagées à cet effet. Elle permet, dans les mêmes conditions, de bénéficier des autres dispositions qui peuvent être prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement.

L'usage indu de la carte de stationnement pour personnes handicapées est puni de l'amende prévue au chiffre 2 de l'article 29 du Code pénal .

**Article 49 .-** Une carte de transport public gratuit, accompagnée, le cas échéant, d'un dispositif spécifique adapté aux déficients visuels, est délivrée à tout attributaire du statut de personne handicapée.

**Article 50 .-** Une carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » est délivrée à tout attributaire du statut de personne handicapée dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou lorsque son incapacité rend la station debout pénible.

Cette carte permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et manifestations accueillant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente

**Article 51 .-** La demande de délivrance de l'une des cartes prévues par le présent chapitre est adressée au directeur de l'action sanitaire et sociale par l'attributaire du statut de personne handicapée ou par son représentant légal, ou concomitamment à la demande d'attribution de ce statut.

Ces cartes sont délivrées, à titre définitif en cas de handicap de nature irréversible ou, dans les autres cas, pour une durée déterminée qui ne peut excéder cinq années, par le directeur de l'action sanitaire et sociale, après avis de la commission d'évaluation du handicap, selon les modalités fixées par arrêté ministériel.

À titre exceptionnel, elles peuvent être délivrées pour une durée déterminée qui ne peut excéder trois mois à une personne ne pouvant bénéficier du statut de personne handicapée.

## **Chapitre - II De la voirie**

**Article 52 .-** Les autorisations d'occupation du domaine public peuvent être assorties de prescriptions visant à organiser la chaîne du déplacement.

La chaîne du déplacement est constituée du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics, des systèmes de transport et de leurs interfaces.

**Article 53 .-** Un plan d'accessibilité organisant le déplacement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire de la Principauté, sous réserve des contraintes topographiques, environnementales et urbanistiques, est mis à la disposition du public.

## **Chapitre - III De l'accès des animaux d'assistance**

**Article 54 .-** L'accès aux transports, aux lieux publics, aux locaux ouverts au public, ainsi qu'à ceux permettant une activité professionnelle, formatrice ou éducative, est autorisé aux animaux éduqués en vue de l'assistance aux personnes handicapées.

## **Titre - VIII Dispositions pénales**

**Article 55 .-** Toute différence injustifiée de traitement commise à l'égard d'une personne, que ce soit en raison de son handicap ou, s'il s'agit d'une personne morale, de celui de ses membres, est punie d'un emprisonnement de 10 jours à 2 ans et de l'amende prévue au chiffre 3 de l'article 26 du Code pénal , ou de l'une de ces deux peines seulement, lorsqu'elle consiste : 1

- 1) à refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;
- 2) à refuser d'embaucher, à sanctionner, à licencier une personne, ou à lui refuser un stage ou une formation.

Les dispositions du précédent alinéa ne s'appliquent pas aux distinctions opérées entre les personnes lorsqu'elles sont objectivement justifiées par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but sont



appropriés.

**Article 56 .-** Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 4-4 du Code pénal , des infractions définies à l'article précédent. Les peines encourues par les personnes morales sont :

- 1) l'amende prévue pour les personnes physiques dont le maximum peut être porté au quintuple ;
- 2) les peines mentionnées aux chiffres 1, 3, 4 et 8 de l'article 29-4 du Code pénal .

**Article 57 .-** *(Voir l'article 16 de la loi n° 1.299 du 15 juillet 2005 )*.

**Article 58 .-** *(Erratum publié au Journal de Monaco du 26 décembre 2014)*

*(Voir l'article 24 de la loi n° 1.299 du 15 juillet 2005 )*.

**Article 59 .-** *(Voir l'article 25 de la loi n° 1.299 du 15 juillet 2005 )*.

**Article 60 .-** *(Voir l'article 44 de la loi n° 1.299 du 15 juillet 2005 )*.

**Article 61 .-** *(Voir l'article 419 du Code pénal )*.



# Ordonnance-Loi n. 397 du 27/09/1944 portant création d'une caisse de compensation des services sociaux de la Principauté de Monaco

Vu la loi n° 278 du 2 octobre 1939, donnant délégation temporaire du pouvoir législatif ;

Vu la loi n° 393 du 3 juillet 1944 renouvelant la délégation du pouvoir législatif donné à l'autorité souveraine ;

**Article 1er .-** La présente ordonnance-loi a pour objet de garantir, dans les formes et conditions prévues ci-après, aux salariés monégasques et aux salariés étrangers régulièrement admis à travailler dans la Principauté, des allocations pour charges de famille, des prestations diverses en cas de maladie, maternité, accident non survenu à l'occasion du travail, invalidité prématurée, décès ainsi que des pensions de retraite .

**Article 2 .-** Il est institué, pour assurer le service des allocations, prestations et pensions visées à l'article précédent, une « caisse de compensation des services sociaux » dont le fonctionnement et les attributions seront réglés par ordonnance souveraine.

**Article 3 .-** Tous les employeurs occupant habituellement des ouvriers ou des employés de quelque âge que ce soit, de l'un ou l'autre sexe, dans une profession industrielle, commerciale, financière, libérale, ou comme gens de maison, sont tenus de s'affilier à la caisse de compensation des services sociaux instituée à l'article précédent, en vue de répartir entre eux les charges résultant des allocations, prestations et pensions prévues par la présente ordonnance-loi, sous les réserves et dans les conditions déterminées ci-après.

**Article 4 .-** Cette caisse comporte les services suivants :

- \* 1° Service des allocations familiales et du salaire unique ;
- \* 2° Service des prestations en cas d'accident, de maladie, de maternité et de décès ;
- \* 3° (3° abrogé implicitement par la loi n° 455 du 27 juin 1947 )

Service des pensions de retraite.

**Article 5 .-** Les allocations, prestations et retraites sont dues aux salariés, à leurs conjoints ou à leurs enfants selon les modalités qui seront fixées par ordonnance souveraine.

Les taux desdites allocations, prestations et retraites seront fixés par arrêté ministériel. Ils pourront toujours être révisés.

**Article 6 .-** Les allocations, prestations et pensions sont incessibles et insaisissables sauf pour le paiement des dettes alimentaires prévues par les articles 172, 177, 178, 180 et 282 du Code civil et les articles 10, 13 et 29 de l'ordonnance du 3 juillet 1907 sur le divorce et la séparation de corps.

**Article 7 .-** L'employeur est tenu de justifier à toute réquisition, aux agents chargés de l'application de la présente ordonnance-loi, de son affiliation à la caisse de compensation des services sociaux et de justifier du paiement régulier de ses cotisations.

**Article 8 .-** Exceptionnellement et dans les conditions qui seront réglées par ordonnance souveraine, pourront être dispensés de l'affiliation à la caisse de compensation les employeurs qui auront institué, pour leur personnel, des services sociaux accordant des avantages au moins égaux à ceux prévus par la présente ordonnance-loi et par les ordonnances souveraines et arrêtés ministériels qui seront pris pour son application.

Lesdits employeurs seront considérés comme contrevenant aux dispositions de l'article 3 s'ils ne sont pas en mesure de justifier aux agents chargés de l'application de la présente ordonnance-loi du fonctionnement régulier de leurs services particuliers.

**Article 9 .-** Les dispositions de la présente ordonnance-loi ne sont pas applicables aux divers services de l'État ou de la commune, ni aux services directement ou indirectement rattachés au gouvernement dans lesquels des régimes particuliers ont été institués.

**Article 10 .-** L'introduction des services d'allocations, prestations et pensions ne pourra, en aucun cas, être une cause déterminante de la réduction des salaires. Toute stipulation contraire est de plein droit nulle et de nul effet.

**Article 11 .-** Les dispositions de la présente ordonnance-loi, des ordonnances souveraines et des arrêtés ministériels qui seront pris pour son application, ne porteront pas atteinte aux usages ou accords particuliers qui assureraient des avantages plus grands aux ouvriers ou employés, dans les services des allocations, prestations ou pensions.

**Article 12 .-** Les personnes visées à l'article 3 et les employeurs dispensés de l'affiliation à la caisse, qui auront contrevenu aux dispositions de la présente ordonnance-loi et des ordonnances souveraines et arrêtés ministériels qui seront pris pour son application, seront passibles d'une demande de 16 à 200 francs.

En cas de récidive l'amende sera portée au double.

Les pénalités prévues ci-dessus sont indépendantes des dommages-intérêts auxquels le contrevenant pourrait être condamné envers les ouvriers, employés ou pensionnés qu'il a occupés, pour des allocations, prestations ou pensions dont ceux-ci auraient été frustrés. Ces dommages-intérêts ne pourront être inférieurs au montant de ces allocations, prestations ou pensions.

**Article 13 .-** Sera puni d'une amende de 16 à 500 francs et d'un emprisonnement de 6 jours à 3 mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque se rendra coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des allocations, prestations ou pensions qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y a lieu.

En cas de récidive ces peines seront portées au double.

**Article 14 .-** L'actif de la caisse interprofessionnelle de compensation pour allocations familiales et allocations de salaire unique sera intégralement versé à l'actif de la caisse de compensation des services sociaux.

Toutes dispositions contraires à celles de la présente ordonnance-loi sont et demeurent abrogées.

## **Ordonnance-loi n. 675 du 02/12/1959 relative aux prestations sociales des retraités**

Vu l'ordonnance constitutionnelle du 5 janvier 1911, modifiée par les ordonnances des 18 novembre 1917, 12 juillet 1922, 17 octobre 1944 et 16 janvier 1946 ;

Vu Notre ordonnance n° 1.933 du 28 janvier 1959 qui suspend temporairement les ordonnances susvisées en tant qu'elles concernent le pouvoir législatif de la commune et qui transfère au Conseil d'État, à titre consultatif, les attributions conférées au Conseil national ;

**Article 1er .-** Les personnes bénéficiant directement ou indirectement d'une pension de retraite, en vertu soit de la loi n° 455 du 27 juin 1947, soit d'un régime particulier de retraite, ont droit sous réserve des dispositions prévues à la présente ordonnance-loi :

\* 1° aux prestations familiales dans les conditions édictées pour les salariés par la loi n° 595 du 15 juillet 1954 ;

\* 2° ( *Loi n° 753 du 9 août 1963* )

Et, si elles résident habituellement à Monaco ou dans le département français limitrophe, aux prestations en nature instituées par l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, en cas de maternité, de maladie ou d'accident dans les conditions définies par l'ordonnance souveraine n° 92 du 7 novembre 1949, à l'exclusion toutefois des prestations afférentes au séjour et au traitement en clinique ou dans un établissement privé lorsque l'admission et le séjour sont prescrits en vue du traitement d'une maladie chronique, dont les manifestations et l'évolution ne requièrent pas un traitement actif.

Les thérapeutiques neuro-psychiatriques dont la liste est limitativement fixée par ordonnance souveraine, ne peuvent ouvrir droit aux prestations en nature lorsqu'elles sont appliquées en clinique.

**Article 2 .-** Le montant des prestations familiales varie proportionnellement au nombre de mois de travail salarié pris en considération pour le calcul de la retraite, le montant maximum correspondant à trois cent soixante mois de travail.

**Article 3 .-** Au décès du retraité, les prestations visées à l'article 1 revenant à l'orphelin sont dues aussi longtemps que ce dernier jouit du droit à pension prévu par les articles 4 et 5 de la loi n° 455 sous réserve toutefois des dispositions des articles 5, 6 et 10 ci-après.

**Article 4 .-** Les prestations de maternité ne sont dues à la veuve du salarié ou du retraité, titulaire d'une pension de réversion, par application des dispositions de l'article 3 de la loi n° 455, que pour les enfants issus de son union avec lui.

**Article 5 .-** Le retraité ou son ayant droit qui peut bénéficier à un titre quelconque de prestations familiales ou médicales en vertu des dispositions d'une législation étrangère ne peut prétendre au bénéfice des prestations attribuées au titre de la présente ordonnance-loi.

Lorsqu'une pension de retraite, liquidée à l'étranger, comporte des allocations ou majorations de rente pour enfants à charge, le montant des unes et des autres est déduit de celui des prestations prévues par la présente ordonnance-loi.

**Article 6 .-** Ne peuvent bénéficier des dispositions de la présente ordonnance-loi :

- les personnes dont le droit à la pension de retraite prévue pour les travailleurs salariés n'a pu s'ouvrir que par l'effet des dispositions relatives à la coordination avec le régime de retraite créé par la loi n° 644 du 17 janvier 1958 pour les travailleurs indépendants ;

- les personnes qui exercent une activité professionnelle ; toutefois, celles travaillant exclusivement à Monaco en qualité de salarié peuvent en bénéficier dans les conditions déterminées par l'ordonnance souveraine n° 1.923 du 16 janvier 1959 .

**Article 7 .-** La charge des prestations familiales visées au chiffre 1 de l'article premier incombe, sous réserve des dispositions prévues à l'article 9, à la caisse de compensation des services sociaux ; toutefois, l'employeur ayant organisé un service particulier d'allocations assume la charge de celles revenant aux retraités dont l'activité principale s'est exercée au sein de son entreprise.

**Article 8 .-** ( *Loi n° 1.038 du 26 juin 1981 ; Loi n° 1.102 du 12 juin 1987 ; Loi n° 1.168 du 5 juillet 1994* )

La charge des prestations visées au chiffre 2° de l'article 1er incombe, sous réserve des dispositions prévues à l'article 9, à la caisse de compensation des services sociaux.

L'employeur ayant organisé un service particulier de prestations assume la charge de celles revenant aux retraités dont l'activité principale s'est exercée dans son entreprise.

**Article 9 .-** ( *Loi n° 1.028 du 1er juillet 1980* )

La charge des prestations revenant aux personnes visées au premier alinéa de l'article 1 et dont l'activité principale s'est exercée au service d'un employeur qui n'adhère pas à la caisse autonome des retraites incombe à cet employeur jusqu'à ce que ces personnes aient atteint l'âge de soixante-cinq ans.

Il en est de même pour l'employeur qui, bien qu'adhérant à la caisse autonome des retraites, est tenu, en vertu d'une convention collective de travail ou d'un règlement intérieur, de servir une pension de retraite avant l'âge de soixante-cinq ans pour ceux de ses salariés qui bénéficient d'une telle anticipation.

**Article 10 .-** La charge et le service des prestations familiales ou médicales auxquelles peut prétendre le retraité ou son ayant droit exerçant exclusivement une activité à Monaco sont assurés dans les conditions prévues par l'ordonnance souveraine n° 1.923 du 16 janvier 1959, relative à la coordination des divers services sociaux.

**Article 11 .-** L'activité principale est déterminée, aux effets des dispositions prévues aux articles 7, 8, 9 et 10 par référence à la durée effective du travail accompli au cours des diverses périodes d'activité salariée.

**Article 12 .-** Les allocations et prestations dues, par les services ou les régimes particuliers en vertu des dispositions qui précèdent ne peuvent être inférieures à celles du régime général.

**Article 13 .-** Les dispositions de la présente ordonnance-loi ne s'appliquent pas aux personnes qui relèvent des services sociaux de l'État et de la commune.

**Article 14 .-** Une ordonnance souveraine déterminera les modalités d'application de la présente ordonnance-loi.

**Article 15 .-** Les dispositions de la présente ordonnance-loi seront applicables à dater du premier jour du mois qui suivra celui de sa promulgation.

La loi n° 465 du 6 août 1947, la loi n° 613 du 11 avril 1956 et, par voie de conséquence, les ordonnances n° 3.732 du 28 juillet 1948 et 1.361 du 17 juillet 1956 seront abrogées à compter de la même date.

# **Ordonnance n. 1.857 du 03/09/1958 relative à l'organisation et au fonctionnement de la médecine du travail**

Vu la loi n° 637, du 11 janvier 1958, sur la création, l'organisation et le fonctionnement d'un office de la médecine du travail ;

## **Titre - Ier DE LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE DE L'OFFICE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

**Article 1er .-** Le comité directeur de l'office de la médecine du travail, prévu par l'article 3, de la loi n° 637, du 11 janvier 1958, placé sous la présidence du conseiller de gouvernement pour l'intérieur, est composé, dans la proportion d'un tiers pour chacune des parties, de représentants respectivement du gouvernement, des employeurs et des salariés.

Les membres de ce comité sont désignés par arrêté ministériel pour une période de trois ans.

### **Article 2 .- ( Ordonnance n° 4.577 du 5 novembre 1970 )**

Le comité directeur se réunit au moins une fois par an. Il est, en outre, convoqué toutes les fois que les besoins de l'office l'exigent par son président, soit d'office, soit à la requête du Ministre d'État, soit à la demande de la moitié de ses membres.

Il ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres assiste à la séance. Les décisions sont prises à la majorité absolue des membres présents. En cas de partage égal de voix, celle du président est prépondérante.

Les procès-verbaux sont approuvés par le comité directeur. Les décisions définitives qui y sont mentionnées deviennent alors immédiatement exécutoires.

En cas d'urgence, le comité peut cependant demander à son président de faire mettre à exécution ces décisions avant même l'approbation visée ci-dessus.

### **Article 3 .- ( Ordonnance n° 4.577 du 5 novembre 1970 )**

L'exécution des décisions du Comité Directeur est assurée par le secrétaire nommé par ordonnance souveraine, sur proposition du président du comité.

À ce titre, le secrétaire est directeur de l'office, chargé de l'administration, du fonctionnement et de la gestion financière ; il le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile.

### **Article 3 bis .- ( Ordonnance n° 4.577 du 5 novembre 1970 ; modifié par l'ordonnance n° 14.965 du 27 juillet 2001 )**

Les opérations de l'office font l'objet d'un état prévisionnel annuel, préparé par le directeur et soumis au comité directeur pour approbation avant le 1er janvier de l'exercice.

Les recettes comprennent les cotisations acquittées par les employeurs ainsi que les produits du fonds de réserve et des investissements y afférents.

Les dépenses comprennent tous les frais de fonctionnement et notamment :

- \* a) les frais de personnel : traitement, indemnités et allocations ainsi que les charges sociales y afférentes ;
- \* b) les frais spéciaux médicaux : examens complémentaires, fournitures, produits pharmaceutiques ;
- \* c) les frais de gestion générale : entretien des locaux, chauffage, éclairage, acquisition et entretien des meubles et matériel de bureau, fournitures de bureau.

### **Article 3 ter .- ( Ordonnance n° 4.577 du 5 novembre 1970 )**

Seul le directeur a qualité pour ordonner les dépenses régulièrement autorisées concernant la gestion de

l'office ; il peut, en cas d'absence momentanée ou d'empêchement, se faire suppléer dans ses fonctions par un agent de l'office à qui il délèguera ses pouvoirs.

**Article 3 quater .- ( Ordonnance n° 4.577 du 5 novembre 1970 )**

Un compte rendu sur le fonctionnement de l'office et les opérations effectuées ainsi que les comptes d'administration, de gestion, et tous autres documents justificatifs nécessaires, sont préparés par le directeur et soumis à l'approbation du comité directeur.

Le directeur n'assiste pas aux délibérations et aux opérations de vote relatives à la reddition de ses comptes.

**Article 3 quinquies .- ( Ordonnance n° 4.577 du 5 novembre 1970 )**

Le comité directeur désigne, chaque année, un expert-comptable agréé, chargé d'exercer les fonctions de commissaire aux comptes et notamment, de vérifier la matérialité des écritures comptables et d'établir le bilan annuel.

**Article 4 .- ( Ordonnance n° 3.210 du 23 juin 1964 )**

La couverture des charges de l'office est assurée par des cotisations assises et recouvrées conformément aux règles suivies en la matière par la caisse de compensation des services sociaux.

. Toutefois, la contribution des employeurs qui ont organisé un service particulier de services sociaux peut être déterminée contractuellement avec le comité directeur de l'office de la médecine du travail.

La caisse de compensation des services sociaux a qualité pour recouvrer les sommes revenant en principal, intérêts et majorations, à l'office de la médecine du travail.

**Article 5 .- ( Ordonnance n° 3.210 du 23 juin 1964 )**

Le taux de la cotisation des employeurs visés au 1er alinéa de l'article 4 résulte du rapport entre les charges supportées par l'office, déduction faite des cotisations versées par les services particuliers de services sociaux, et la masse des salaires soumis à cotisation.

Il est fixé annuellement par le comité directeur de l'office en fonction des résultats de l'exercice précédent.

Pour le premier exercice, il sera déterminé d'après l'évaluation prévisionnelle des dépenses.

**Article 6 .- Les médecins du travail sont liés par un contrat passé avec le président du comité directeur :**

Aucune des clauses insérées dans ce contrat ne devra être contraire aux prescriptions du Code de déontologie médicale.

Ces médecins doivent exercer personnellement leurs fonctions.

Ils sont soumis, quant à leur responsabilité civile, aux règles générales qu'édicte le Code civil.

**Article 7 .- Les médecins du travail peuvent être consultés sur toutes les questions d'organisation technique de l'office de la médecine du travail.**

Ils établissent, dans les formes et conditions prévues par un arrêté ministériel, des rapports qui sont adressés au président du comité directeur.

## **Titre - II DES ATTRIBUTIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL ET DES OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS ET DES SALARIÉS**

### **A. - VISITES D'EMBAUCHAGE**

**Article 8 .- ( Ordonnance n° 14.716 du 18 janvier 2001 )**

Tout salarié est obligatoirement tenu, préalablement à son embauchage, de se soumettre à l'examen médical prévu au paragraphe premier de l'article 2 de la loi n° 637 du 11 janvier 1958 susvisée.

Cet examen a pour objet de déceler :

\* 1° S'il est atteint d'affections pathologiques, en particulier d'une affection contagieuse ou dangereuse pour la collectivité ;

\* 2° S'il est médicalement apte au travail envisagé.



Le médecin du travail donnera, en outre, s'il y a lieu, son avis sur les activités qui lui paraîtraient les plus compatibles avec l'état physiologique du salarié.

Si moins de trois mois après une visite médicale à l'issue de laquelle l'aptitude au travail a été reconnue le salarié change d'employeur, il n'aura pas à subir un nouvel examen, s'il doit travailler dans les mêmes conditions, à moins toutefois qu'il n'appartienne à une profession pouvant être à l'origine d'une maladie professionnelle.

Les salariés relevant de professions comportant des risques particuliers sont soumis à des analyses et examens médicaux spécifiques. Pour chaque profession concernée, un arrêté ministériel déterminera la nature et les conditions de réalisation de ces analyses et examens médicaux.

Les modalités de prise en charge de ces analyses et examens spécifiques seront fixées par arrêté ministériel.

**Article 9 .-** Au moment de l'embauchage, le médecin du travail établit :

- une fiche de visite destinée à l'employeur qui devra être conservée par celui-ci pour être présentée à toute réquisition de l'inspecteur du travail ;
- une fiche médicale, toutes dispositions étant par ailleurs prises pour assurer le secret médical et l'inviolabilité du fichier détenu par le médecin ;
- une fiche, spécialement instituée pour être remise, sur sa demande, au salarié.

Les fiches médicales ne pourront être communiquées qu'aux médecins-conseils des services sociaux qui seront tenus de fournir aux médecins de l'office tous renseignements sur l'état de santé des salariés et de leurs ayants droit.

Les modèles de fiches de visite médicale et spéciale, visées ci-dessus, seront fixés par un arrêté ministériel.

## **B. – EXAMENS PÉRIODIQUES DES SALARIÉS**

**Article 10 .-** ( *Ordonnance n° 14.716 du 18 janvier 2001* )

Tout salarié doit obligatoirement au moins une fois par an se soumettre à un examen médical.

Le salarié de moins de 18 ans doit se prêter à cet examen tous les trois mois au moins.

Les salariés effectuant des travaux dangereux dont l'énumération sera donnée par arrêté ministériel, les femmes enceintes, les mères d'enfants âgés de moins de deux ans, les mutilés et les invalides feront de surcroît l'objet d'une surveillance particulière.

Pour ces cas spéciaux, le médecin restera seul juge de la fréquence des examens à pratiquer.

La nature et la périodicité des analyses et examens médicaux spécifiques auxquels doivent se soumettre les salariés relevant de professions comportant des risques particuliers seront fixées par arrêtés ministériels.

Les modalités de prise en charge de ces analyses et examens spécifiques seront fixées par arrêté ministériel.

## **C. – VISITES DE REPRISE DE TRAVAIL**

**Article 11 .-** Si un salarié interrompt son travail soit en raison d'une maladie professionnelle, soit pour cause de maladie non professionnelle provoquant une absence qui excède une durée de trois semaines, soit encore pour des absences répétées, il doit obligatoirement, avant toute reprise de son activité, se soumettre à un examen médical.

Celui-ci a pour objet, d'une part, de déterminer s'il existe un rapport entre la maladie et les conditions dans lesquelles le salarié travaille, et, d'autre part, d'apprécier s'il ne convient pas d'envisager pour l'intéressé un autre genre de travail.

## **D. – EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

**Article 12 .-** En cas de nécessité, le médecin du travail pourra lors de l'embauchage exiger des examens complémentaires ; ceux-ci seront effectués aux frais de l'office.

Il pourra en être de même à l'occasion des examens périodiques.

**Article 13 .-** ( *Ordonnance n° 2.580 du 18 juillet 1961* )

Le temps nécessité par les examens médicaux, y compris les examens complémentaires, sera rémunéré comme temps de travail alors même qu'il serait pris en dehors de l'horaire de travail.

**Article 13-1 .- ( Ordonnance n° 6.755 du 8 février 1980 ; modifié par l'ordonnance n° 5.830 du 9 mai 2016 )**

Toute contestation portant sur une décision d'un médecin du travail peut être déférée à une commission médicale qui statue en dernier ressort.

Cette commission est composée :

- d'un Médecin-Inspecteur de Santé Publique désigné par le Directeur de l'Action Sanitaire, qui la préside ;
- du médecin du travail intéressé ;
- du médecin traitant du salarié.

La réclamation doit, à peine de forclusion, être introduite par le salarié ou son mandataire dans un délai de quinze jours francs à compter de la date où il a eu connaissance de la décision ; elle est adressée au secrétaire de l'Office qui doit provoquer la réunion de la commission dans les quinze jours francs suivants.

## **E. – SURVEILLANCE DE L'HYGIÈNE DES ENTREPRISES**

**Article 14 .-** Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur et des délégués du personnel en ce qui concerne notamment :

- \* 1° La surveillance de l'hygiène générale de l'entreprise, en particulier du point de vue propreté, chauffage, éclairage, vestiaires, lavabos, cantine, eaux de boissons, etc. ;
- \* 2° L'hygiène des ateliers et la protection des ouvriers contre les poussières, les vapeurs dangereuses et les accidents. Le médecin pourra prescrire les prélèvements et analyses des produits nocifs qui seront effectués, aux frais de l'entreprise, par un laboratoire agréé par le ministre d'État ;
- \* 3° La surveillance de l'adaptation des salariés aux postes de travail ;
- \* 4° L'amélioration des conditions de travail, notamment les constructions et aménagements nouveaux, l'adaptation des techniques de travail à la physiologie humaine, l'élimination des produits dangereux, l'étude des rythmes de travail.

**Article 15 .-** L'employeur est tenu de prendre en considération les avis du médecin du travail.

En cas de difficulté, il est fait appel à l'inspecteur du travail.

## **F. – SOINS MÉDICAUX**

**Article 16 .-** Toute entreprise doit être en mesure d'assurer des soins de première urgence dans les meilleures conditions et le plus bref délai aux travailleurs victimes d'un accident ou pris d'un malaise.

**Article 17 .-** Les entreprises doivent, à cet effet, posséder une ou plusieurs boîtes de secours dont la composition sera fixée par le médecin du travail suivant l'importance du personnel et la nature des risques.

**Article 18 .-** Les établissements industriels dont les conditions de travail comportent un risque de suffocation, d'asphyxie ou d'électrocution, doivent être équipés d'un matériel de sauvetage et de réanimation.

Le personnel sera mis au courant de son utilisation et familiarisé avec les procédés de respiration artificielle.

## **Titre - III PÉNALITÉS**

**Article 19 .-** Les infractions aux dispositions de la présente ordonnance seront punies des peines prévues à l'article 8 de la loi n° 637 du 11 janvier 1958 .

## **Ordonnance n. 5.095 du 14/02/1973 sur l'organisation et le fonctionnement du Centre hospitalier Princesse Grace**

Vu la Constitution du 17 décembre 1962 , notamment son article 68 ;

Vu la loi n° 127 du 15 janvier 1930 constituant l'hôpital en établissement public autonome ;

Vu la loi n° 918 du 27 décembre 1971 , sur les établissements publics, notamment ses articles 7, 18 et 19 ;

Vu Notre ordonnance n° 2.962 du 16 février 1963 , portant création d'un comité supérieure de la santé publique ;

Vu Notre ordonnance n° 5.055 du 8 décembre 1972 , sur les conditions d'administration et de gestion administrative et comptable des établissements publics.

**Article 1er .-** Créé sous forme d'établissement public par la loi n° 127 du 15 janvier 1930 , le « Centre hospitalier Princesse Grace » est régi par les dispositions de la loi n° 918, du 27 décembre 1971 , sur les établissements publics et par celles prises en application de cette dernière ; il est soumis, en outre, pour son administration et sa gestion, aux dispositions particulières fixées par la présente ordonnance.

Le contrôle de l'État sur l'établissement est assuré sous l'autorité du ministre d'État.

**Article 2 .-** ( *Ordonnance n° 5.817 du 20 mai 1976 ; Ordonnance n° 7.566 du 24 décembre 1982 ; Ordonnance n° 11.819 du 2 janvier 1996 ; remplacé par l'ordonnance n° 15.400 du 25 juin 2002 ; par l'ordonnance n° 126 du 25 juillet 2005* )

Le Centre Hospitalier Princesse Grace est administré par un Conseil d'Administration composé de 17 membres désignés dans les conditions ci-après et nommés conformément aux dispositions de l'article premier de l'ordonnance souveraine n° 5.055 du 8 décembre 1972 :

- Le Président de l'Ordre des médecins ou son représentant désigné au sein de l'Ordre ;
- Le Président de la Commission médicale d'établissement ou son représentant désigné au sein de la Commission ;
- Un Professeur agrégé de médecine ou de chirurgie, exerçant au Centre hospitalier Princesse Grace, proposé par la Commission médicale d'établissement ;
- Un représentant élu des praticiens hospitaliers selon les modalités fixées par arrêté ministériel ;
- Trois fonctionnaires désignés par le Ministre d'État ;
- Le Président du Conseil économique et social ou son représentant désigné au sein du Conseil ;
- Deux représentants élus par les personnels titulaires selon les modalités fixées par arrêté ministériel ;
- Le Secrétaire du Comité technique d'établissement ;
- Six personnalités proposées en raison de leurs compétences dont trois par le Ministre d'État, deux par le Conseil national et une par le Conseil communal, ces deux assemblées pouvant les proposer indifféremment en leur sein ou en dehors de celui-ci.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration est fixée à trois ans.

L'ordonnance souveraine portant nomination des membres du Conseil d'administration nommera également le Président et le Vice-Président de l'assemblée, choisis au sein de cette dernière.

Dans les conditions et en la forme prévues par l'article premier de l'ordonnance souveraine n° 5.055 du 8 décembre 1972 , un Commissaire du Gouvernement ainsi qu'un Commissaire du Gouvernement suppléant seront délégués auprès du conseil d'administration du Centre hospitalier Princesse Grace.

**Article 3 .-** Le conseil d'administration se réunit et délibère dans les conditions fixées aux articles 2 et 3 de Notre ordonnance n° 5.055 du 8 décembre 1972 , susvisée ; son président est tenu de le réunir au moins une fois par mois.

**Article 4 .-** ( *Ordonnance n° 7.516 du 22 novembre 1982 ; Ordonnance n° 8.616 du 6 mai 1986 ; Ordonnance n° 11.208 du 14 mars 1994 ; Ordonnance n° 12.061 du 9 octobre 1996 ; Ordonnance n° 176 du 9 septembre 2005 ; Ordonnance n° 962 du 7 février 2007* )

La gestion administrative et la gestion comptable de l'établissement sont respectivement assurées par un directeur et un agent comptable nommés et agissant dans les conditions fixées aux articles 4, 5 et 6 de Notre ordonnance n° 5.055, du 8 décembre 1972 , susvisée.

Le Directeur est secondé par un Directeur Délégué et par cinq Directeurs Adjoints, fonctionnaires de l'État mis par ce dernier à la disposition de l'établissement et nommés à leurs fonctions par ordonnance souveraine.

**Article 5 .-** ( *Ordonnance n° 7047 du 20 mars 1981 ; ordonnance n° 11.819 du 2 janvier 1996 ; remplacé par l' ordonnance n° 14.647 du 14 novembre 2000* )

Le conseil d'administration et le directeur sont assistés pour l'accomplissement de leur mission par une commission médicale d'établissement qui est obligatoirement consultée sur le budget ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux.

La commission médicale d'établissement comprend tous les chirurgiens, médecins et praticiens spécialisés, chefs de service nommés par l'établissement ou engagés à titre contractuel, le pharmacien et le chirurgien-dentiste, ainsi qu'un représentant des médecins adjoints, ce dernier élu par ses confrères dans les mêmes conditions que le président.

Le président et le vice-président sont élus parmi les membres de la commission pour une période de trois ans, au scrutin secret, à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier tour et à la majorité relative au second tour ; le mandat du président et du vice-président peut être renouvelé. Il y a incompatibilité entre les fonctions de président et vice-président de la commission médicale d'établissement et celles du président et vice-président de l'ordre des médecins.

Le vice-président est habilité à remplacer le président dans le cadre de ses attributions résultant des textes en vigueur.

La commission médicale d'établissement se réunit et délibère dans les mêmes conditions que celles prévues aux alinéas 1 et 2 de l'article 2 de Notre ordonnance n° 5.055 du 8 décembre 1972 , susvisée ; son président est tenu de la réunir au moins une fois l'an, ou si le conseil d'administration, le directeur ou le commissaire du gouvernement le demandent.

Les délibérations de la commission sont rapportées dans des procès-verbaux signés du président et du secrétaire de séance ; des copies certifiées conformes de ces procès-verbaux sont adressées au directeur de l'établissement qui doit obligatoirement les soumettre au conseil d'administration.

La commission médicale d'établissement peut former en son sein un comité permanent présidé par son président et comprenant un chirurgien, un autre praticien spécialisé et deux médecins élus comme indiqué à l'alinéa 2 ci-dessus ; elle décide de l'étendue de la délégation qu'elle consent au comité, sans que cette délégation puisse porter sur les questions pour lesquelles l'avis de la commission médicale d'établissement elle-même sera expressément requis.

**Article 6 .-** Sous l'autorité du directeur, le fonctionnement de l'établissement est assuré par :

- \* a) des chirurgiens, médecins, médecins spécialistes, biologistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et internes en chirurgie, médecine ou pharmacie ;
- \* b) des surveillantes congréganistes ;
- \* c) des agents administratifs, comptables et techniques.

Jusqu'à la publication des ordonnances souveraines fixant conformément aux dispositions de l'article 17 de la loi n° 918, du 27 décembre 1971 , les statuts de chacune des catégories d'agents visés par les lettres « a » et « c », les statuts qui leur sont actuellement applicables demeureront en vigueur.

Des aumôniers du culte catholique sont attachés à l'établissement et assurent l'exercice de ce culte dans le respect absolu de la liberté de conscience.

**Article 7 .-** ( *Remplacé par l' ordonnance n° 2.441 du 6 novembre 2009 ; remplacé par l' ordonnance n° 3.425 du 29 août 2011 ; modifié par l' ordonnance n° 6.161 du 24 novembre 2016* )

**Le Centre Hospitalier Princesse Grace comporte notamment :**

- des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale et obstétricale ;
- des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation ;
- une unité de radiophysique et de radioprotection, dénommée « division de radiophysique et de radioprotection ;
- un Centre de Gérontologie Clinique dénommé «Centre Rainier III» et des maisons de retraite dénommées « Résidence du Cap-Fleuri » et « A Qietúidine ».

**Article 8 .-** Les dispositions de l'article 5 de Notre ordonnance n° 2.962, du 16 février 1963 , celles de Nos ordonnances n° 2.963, du 16 février 1963 , n° 4.382, du 8 décembre 1969 et n° 4.759, du 5 août 1971, ainsi que toutes dispositions contraires à la présente ordonnance sont abrogées.



**Ordonnance n. 231 du 03/10/2005 portant création d'un Service des prestations médicales de l'État**  
**Journal de Monaco du 7 octobre 2005**

Vu la Constitution ;

Vu l'ordonnance n° 16.605 du 10 janvier 2005 portant organisation des départements ministériels ;

**Article 1er .-** Il est créé au Département des Affaires sociales et de la Santé un Service des prestations médicales de l'État placé sous l'autorité du Conseiller de Gouvernement pour les Affaires sociales et la Santé.

**Article 2 .-** Le Service des prestations médicales de l'État est chargé :

- de gérer les prestations accordées par l'État au titre de l'assurance maladie, et maternité, de l'assurance accident du travail, de l'assurance invalidité, des prestations familiales et autres avantages sociaux y afférents ;
  
- d'instruire pour le compte de la Commune les dossiers des prestations accordées par celle-ci au titre de l'assurance maladie, et maternité, de l'assurance invalidité, des prestations familiales et autres avantages sociaux y afférents ;
  
- d'assurer le secrétariat des commissions médicales de l'État et de la Commune ;
  
- d'effectuer pour certains établissements publics, les décomptes de remboursement des prestations médicales en nature qu'ils attribuent.





**Ordonnance n. 841 du 18/12/2006 portant création du Centre de  
Coordination Gériatologique de Monaco**  
Journal de Monaco du 22 décembre 2006

Vu l'ordonnance n° 3.509 du 1er mars 1966 créant une direction de l'Action sanitaire et sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance n° 16.605 du 10 janvier 2005 portant organisation des départements ministériels ;

**Article 1er .-** Il est créé au Ministère d'Etat, Département des Affaires Sociales et de la Santé, un Centre de Coordination Gériatologique placé sous l'autorité de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale.

**Article 2 .-** Le Centre de Coordination Gériatologique de Monaco est chargé :

- d'administrer le réseau de santé gériatologique ;
- d'accueillir, d'écouter et d'informer les personnes âgées et leur famille ;
- d'effectuer l'évaluation gériatologique des personnes âgées ;
- de promouvoir les actions d'éducation du patient âgé et de sa famille ;
- de mettre en place les actions de santé publique destinées aux personnes âgées ;
- d'organiser la formation des professionnels du réseau.
- d'évaluer les besoins médico-sociaux nécessaires pour répondre à la demande de prestations des personnes âgées.

**Article 3 .-** Le réseau de santé gériatologique visé à l'article précédent fédère l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée afin :

- de favoriser un accès aux soins plus rationnel ;
- de coordonner les soins et d'organiser leur continuité ;
- d'assurer une prise en charge plus rapide, protocolisée et centrée sur le patient ;
- d'organiser la complémentarité et la coopération entre les structures sanitaires, les établissements publics et privés, le secteur libéral, les structures médico-sociales.

**Article 4 .-** Pour adhérer au réseau de santé gériatologique, à titre individuel ou au titre de représentant d'un organisme concerné par la prise en charge des personnes âgées, chaque professionnel doit s'engager à respecter la Charte du réseau de santé gériatologique dont le modèle peut être consulté au Centre de Coordination Gériatologique.



# Ordonnance n. 904 du 08/01/2007 portant création de la prestation d'autonomie

Journal de Monaco du 12 janvier 2007

Vu la loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un Office d'Assistance Sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance n° 16.605 du 10 janvier 2005 portant organisation des Départements Ministériels ;

Vu Notre ordonnance n° 841 du 18 décembre 2006 portant création du Centre de Coordination Gérologique de Monaco ;

## Article 1er .- (Remplacé par l'ordonnance n° 1.479 du 17 janvier 2008 )

La personne âgée de plus de soixante ans, domiciliée en Principauté ou à la résidence du Cap Fleuri et présentant un manque ou une perte d'autonomie liée à son état physique ou mental a droit à une prestation d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

La prestation d'autonomie peut également être accordée, sur proposition du médecin coordinateur du Centre de coordination gérontologique, à la personne de moins de soixante ans présentant des troubles cognitifs occasionnant une perte d'autonomie identique à celle liée à l'âge.

## Article 2 .- (Modifié par l'ordonnance n° 1.461 du 27 décembre 2007 )

La Prestation d'Autonomie est une prestation en nature allouée sur sa demande à la personne âgée, en fonction de son degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de l'outil A.G.G.I.R (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) à partir du constat des activités effectuées ou non en autonomie par la personne.

La Prestation d'Autonomie peut également être accordée, sur proposition du médecin coordinateur du Centre de coordination gérontologique, à la personne de moins de soixante ans présentant des troubles cognitifs occasionnant une perte d'autonomie identique à celle liée à l'âge.

Lorsque le demandeur réside à son domicile, la présence d'un membre de la famille ou du médecin traitant lors de la visite de l'équipe médico-sociale du Centre de Coordination Gérologique est obligatoire.

**Article 3 .-** La participation du bénéficiaire à la prise en charge du montant de la Prestation d'Autonomie est proportionnelle au ticket modérateur calculé à partir de ses ressources.

Ce ticket modérateur varie linéairement à partir de 0 % pour des ressources inférieures à 80 % du salaire minimum garanti en Principauté, et jusqu'à 90 % à partir d'un revenu égal au plafond carte rose de la Caisse de Compensation des Services Sociaux pour une personne seule.

Les ressources prises en compte pour la détermination du ticket modérateur sont celles correspondant au douzième des revenus annuels de toute nature dont dispose le foyer : pensions, revenus immobiliers et financiers, aides sociales, contributions alimentaires, diminuées des dépenses de logement, savoir :

- du loyer et des charges locatives plafonnés selon les dispositions de l'Allocation Nationale Logement ;

- ou des charges d'hébergement comprises dans la facturation de l'établissement d'accueil.

Toutes les ressources déclarées doivent être justifiées.

## Article 4 .- (Modifié par l'ordonnance n° 1.461 du 27 décembre 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-171 du 11 mars 2015 )

Les plafonds mensuels des plans d'aide spécifiques à chaque niveau de dépendance sont les suivants :

Niveau G.I.R.	1	2 avec troubles cognitifs	2 sans troubles cognitifs	3 avec troubles cognitifs	3 sans troubles cognitifs	4 avec troubles cognitifs	4 sans troubles cognitifs	5 et 6 avec troubles cognitifs
	4.020,00 €	3.518,00 €	1.719,00 €	3.015,00 €	1.508,00 €	1.558,00 €	1.156,00 €	503,00 €

Afin de faciliter leur retour au domicile, les personnes âgées peuvent bénéficier en sortie d'hospitalisation et pour une seule période de un mois, du plafond maximum, quelque soit leur niveau G.I.R.

S'ajoutent à la Prestation d'Autonomie :

1 - pour les personnes résidant à domicile, une participation au coût d'achat de certains matériels est fixée, à compter du 1er janvier 2015, dans les limites suivantes :

Niveau G.I.R.	1	2 avec troubles cognitifs	2 sans troubles cognitifs	3 avec troubles cognitifs	3 sans troubles cognitifs	4 avec troubles cognitifs	4 sans troubles cognitifs	5 et 6 avec troubles cognitifs
	704,00 €	704,00 €	704,00 €	503,00 €	503,00 €	302,00 €	302,00 €	302,00 €

Ces sommes sont allouées à l'occasion de l'attribution de la Prestation d'Autonomie ou de chaque aggravation du degré de perte d'autonomie constatée par le Centre de Coordination Gérontologique de Monaco, chaque somme étant réduite de celle accordée au stade précédent. Le ticket modérateur demeure applicable.

2 - pour les personnes résidant en établissement d'accueil, dont les avoirs bancaires sont inférieurs à un montant fixé par l'arrêté ministériel visé à l'article 10 de la présente ordonnance, une somme complémentaire calculée de telle sorte que la personne âgée puisse disposer d'un revenu d'au moins 20% du revenu plancher utilisé pour le calcul du ticket modérateur s'agissant d'une personne seule et 30 % pour un couple.

**Article 5 .- (Modifié par l' ordonnance n° 1.461 du 27 décembre 2007 )**

La Prestation d'Autonomie, calculée conformément aux dispositions qui précèdent, est arrondie à la dizaine d'euros supérieure.

Elle est diminuée, le cas échéant, des indemnités de "tierce personne" perçues par les bénéficiaires dans le cadre des législations relatives aux personnes handicapées, à l'invalidité et aux accidents du travail.

Elle est affectée mensuellement au règlement direct des prestataires intervenant dans le cadre du plan d'aide personnalisé établi par l'équipe médico-sociale du Centre de Coordination Gérontologique de Monaco s'agissant des personnes vivant au domicile ou, pour les personnes accueillies en établissement, à celui du coût de la dépendance compris dans la tarification.

Lorsque son montant mensuel est inférieur à cinq fois le salaire horaire minimum garanti en Principauté, le versement de la Prestation d'Autonomie est effectué trimestriellement.

Au domicile, la Prestation d'Autonomie est affectée prioritairement au règlement des auxiliaires de vie et des aides ménagères membres du réseau de santé gérontologique, employées par le bénéficiaire ou mises à sa disposition par un service d'aide à domicile.

Les membres de la famille autres que le conjoint, embauchés conformément aux dispositions de la loi n° 629 tendant à réglementer les conditions d'embauchage et de licenciement en Principauté, afin d'accomplir les tâches incombant à l'auxiliaire de vie et/ou à l'aide au foyer, sont considérés comme prestataires de services au regard de la présente ordonnance et peuvent percevoir directement le montant de la prestation d'autonomie relative à leur intervention calculée sur un tarif horaire équivalent à deux fois le salaire de base.

**Article 6 .-** Lorsque les deux membres d'un couple peuvent bénéficier de la Prestation d'Autonomie, deux demandes séparées doivent être effectuées et font l'objet de deux instructions distinctes.

Dans cette situation les revenus pris en compte au titre de chaque époux seront ceux du couple divisés par 1,7.

**Article 7 .-** Les dossiers de demande doivent être retirés puis déposés au Centre de Coordination Gérontologique de Monaco contre récépissé.

Un accusé de réception précisant la date d'enregistrement du dossier, celle fixée pour l'évaluation au domicile ainsi que la liste des justificatifs manquants, est adressé dans les dix jours suivant le dépôt.

L'évaluation au domicile doit être effectuée en présence d'un membre de la famille ou du médecin traitant.

L'ouverture du droit est fixé à la date d'enregistrement.

La notification de la Prestation d'Autonomie allouée est ensuite adressée dans le délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement.

En cas de désaccord, le demandeur dispose d'un délai de dix jours à compter de la notification pour présenter une demande de révision auprès du Ministre d'Etat. Cette demande doit être dûment motivée.

En cas de dossier incomplet, le versement de la Prestation d'Autonomie peut être effectué à titre provisoire, sur la base des éléments fournis, durant une période maximale de trois mois. Si le dossier demeure incomplet

au-delà de ce délai, la Prestation d'Autonomie peut être calculée sur la base du ticket modérateur le plus élevé, une récupération des versements excédentaires étant éventuellement effectuée sur les montants alloués ultérieurement.

**Article 8 .-** Le règlement de la Prestation d'Autonomie est effectué par l'Office de Protection Sociale.

**Article 9 .-** Un réexamen et une révision éventuelle de la Prestation d'Autonomie, sont effectués annuellement après, pour les personnes résidant à leur domicile, la visite de l'équipe médico-sociale du Centre de Coordination Gériatrique de Monaco.

**Article 10 .-** Un arrêté ministériel pris sur proposition de la Commission Administrative de l'Office de la Protection Sociale fixe au 1er janvier de chaque année, l'indexation de la Prestation d'Autonomie et de ses compléments.



**Ordonnance n. 3.425 du 29/08/2011 portant création d'un Centre de Gériatrie Clinique dénommé « Centre Rainier III »**  
**Journal de Monaco du 2 septembre 2011**

Vu la loi n° 127 du 15 janvier 1930 constituant l'hôpital en établissement public autonome ;

Vu la loi n° 918 du 27 décembre 1971 sur les établissements publics ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 5.055 du 8 décembre 1972 sur les conditions d'administration et de gestion administrative et comptable des établissements publics, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 5.095 du 14 février 1973 sur l'organisation et le fonctionnement du Centre Hospitalier Princesse Grace, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 7.464 du 28 juillet 1982 portant statut du personnel de service du Centre Hospitalier Princesse Grace, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 13.839 du 29 décembre 1998 portant statut des praticiens hospitaliers au Centre Hospitalier Princesse Grace, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 13.840 du 29 décembre 1998 portant statut des personnels médicaux intervenant ponctuellement au Centre Hospitalier Princesse Grace, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 13.841 du 29 décembre 1998 portant règlement relatif à l'activité des assistants au Centre Hospitalier Princesse Grace, modifiée ;

**Article 1er .-** Est créé, au Centre Hospitalier Princesse Grace, sous la dénomination «Centre Rainier III», un Centre de Gériatrie Clinique.

La Direction du Centre de Gériatrie Clinique est assurée par le Directeur du Centre Hospitalier Princesse Grace. Il est assisté, dans cette mission par un Directeur-adjoint, plus particulièrement chargé d'assurer la gestion administrative du Centre de Gériatrie Clinique.

Le Centre de Gériatrie Clinique est placé sous le contrôle du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Princesse Grace, dans les conditions fixées par l'ordonnance souveraine n° 5.095 du 14 février 1973, modifiée, susvisée.

**Article 2 .-** Le Centre de Gériatrie Clinique a pour mission d'accueillir des personnes âgées relevant de l'une des prises en charge suivantes :

- 1) long séjour ;
- 2) soins de suite gériatrique ;
- 3) soins de courte durée gériatrique ;
- 4) pathologie de type Alzheimer.

Les soins dispensés aux patients sont de type hospitaliers.

**Article 3 .-** Un médecin, Chef de Département hospitalier, dirige l'équipe médicale du Centre de Gériatrie Clinique, détermine, en concertation avec cette équipe, les priorités des soins, coordonne l'intervention et le recours aux soins médico-techniques.

Il est également chargé de donner son avis sur les admissions et les sorties des patients au Directeur, qui les prononce.

Avec son équipe, il assure des missions de formation en gériatrie et initie les actions de recherche médicale dans ce domaine.

**Article 4 .-** Le budget du Centre de Gériatrie Clinique est préparé distinctement par le Directeur du Centre Hospitalier Princesse Grace.

**Article 5 .-** Les ressources du Centre de Gériologie Clinique comprennent essentiellement le produit des prix de journées et des frais de séjours. Elles sont complétées en tant que de besoin par une subvention d'équilibre allouée par l'État.

Les dépenses du Centre comprennent les frais de personnel, d'équipement, de produits pharmaceutiques ainsi que toutes autres dépenses nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

Le Centre Hospitalier Princesse Grace établit et gère, en fonction des principes et des règles applicables pour le budget du Centre Hospitalier Princesse Grace et notamment ceux édictés par l'ordonnance souveraine n° 5.095 du 14 février 1973 , modifiée, susvisée, le budget annuel du Centre de Gériologie Clinique.

**Article 6 .-** Le règlement intérieur du Centre de Gériologie Clinique est fixé par arrêté ministériel.

**Article 7 .-** *(Voir l'article 7 de l'ordonnance souveraine n° 5.095 du 14 février 1973 ).*



**Ordonnance n. 5.353 du 08/06/2015 relative à la formation des aidants familiaux**  
**Journal de Monaco du 12 juin 2015**

Vu la loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un Office d'Assistance Sociale, modifiée ;

Vu la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 3.509 du 1er mars 1966 créant une Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 15.091 du 31 octobre 2001 relative à l'action sociale en faveur des personnes handicapées ;

Vu Notre ordonnance n° 5.193 du 30 janvier 2015 relative à la Commission d'évaluation du handicap ;

**Article 1er .- (Modifié par l'ordonnance n° 5.640 du 14 décembre 2015 )**

Tout aidant familial peut solliciter du Directeur de l'Action Sanitaire le bénéfice d'une formation destinée à parfaire l'aide qu'il apporte à un attributaire du statut de personne handicapée.

Le Directeur se prononce sur la demande et désigne le dispensateur de la formation, après avis de la Commission d'évaluation du handicap.

**Article 2 .- La formation proposée à l'aidant familial peut être dispensée par un Service administratif, un établissement public ou toute autre personne physique ou morale disposant des compétences requises à cet effet.**

Cette formation peut porter, notamment, sur l'accompagnement d'un attributaire du statut de personne handicapée dans les actes de la vie quotidienne, sur la prévention des risques ou sur l'information des diverses aides et recours applicables à la situation de l'attributaire du statut de personne handicapée.

**Article 3 .- (Modifié par l'ordonnance n° 5.640 du 14 décembre 2015 )**

La formation dispensée par un service administratif est gratuite. Toute autre formation est à la charge de l'aidant familial.

Toutefois, une aide financière lui est attribuée pour suivre une ou plusieurs formations proposées conformément à la présente ordonnance, dans la limite d'un plafond annuel fixé par arrêté ministériel.

Dans ce cas, la décision du Directeur de l'Action Sanitaire informe l'aidant familial du montant maximum de l'aide qui peut lui être attribuée pour l'année en cours.

**Article 4 .- Les allocations, compléments et majorations versés pour l'application de la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 , susvisée, sont servis par l'Office de Protection Sociale.**

**Article 5 .- L'ordonnance souveraine n° 15.091 du 31 octobre 2001 , susvisée, est abrogée.**

**Article 6 .- Notre Secrétaire d'État, Notre Directeur des Services Judiciaires et Notre Ministre d'État sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance.**



# Ordonnance n. 5.640 du 14/12/2015 portant création d'une Direction de l'Action Sanitaire

Journal de Monaco du 1er janvier 2016

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 538 du 12 mai 1951 portant création et organisation d'un service d'inspection médicale des scolaires et sportifs, modifiée ;

Vu la loi n° 1.330 du 8 janvier 2007 relative à la sécurité alimentaire ; Vu la loi n° 1.334 du 12 juillet 2007 relative à l'éducation ;

Vu la loi n° 1.359 du 20 avril 2009 portant création d'un Centre de coordination prénatale et de soutien familial et modifiant les articles 248 du Code pénal et 323 du Code civil ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 3.509 du 1er mars 1966 créant une Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 3.634 du 8 septembre 1966 fixant les attributions du médecin-inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 6.052 du 26 mai 1977 organisant l'inspection médicale des sportifs, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 16.605 du 10 janvier 2005 portant organisation des Départements ministériels ;

Vu Notre ordonnance n° 841 du 18 décembre 2006 portant création du Centre de Coordination Gériatologique de Monaco ;

Vu Notre ordonnance n° 3.836 du 5 juillet 2012 portant création du Centre Monégasque de Dépistage ;

**Article 1er .-** Il est créé une Direction de l'Action Sanitaire placée sous l'autorité du Conseiller de Gouvernement pour les Affaires Sociales et la Santé.

**Article 2 .-** Outre les compétences qui lui sont attribuées par des dispositions législatives ou réglementaires, cette Direction est chargée de toutes missions relatives à l'action sanitaire, et notamment :

- assurer la prévention et le dépistage des maladies, ainsi que la veille sanitaire ;
- procéder aux inspections techniques qui requièrent l'intervention de médecins-inspecteurs, de pharmaciens-inspecteurs, ou de vétérinaires-inspecteurs ;
- contribuer à l'élaboration et à l'application des plans d'urgence, ainsi qu'à la gestion des crises sanitaires ;
- contribuer à l'élaboration de la politique de santé publique ;
- assurer une planification de l'offre de soins au regard des besoins de la population ;
- contribuer à l'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires dans les domaines sanitaire et de la médecine vétérinaire ;
- effectuer les vérifications ou enquêtes nécessaires soit préalablement à la délivrance d'agréments ou d'autorisations requis en application de dispositions législatives ou réglementaires, soit à la demande des autorités administratives ou judiciaires compétentes ;
- veiller à l'application de la législation et de la réglementation ainsi qu'au suivi des conventions internationales dans les domaines sanitaire et de la médecine vétérinaire ;
- émettre un avis sur toute question relevant de sa compétence en application des dispositions réglementaires relatives au Centre Hospitalier Princesse Grace ;
- assurer le contrôle administratif, technique et financier du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, du Centre Médico-Psychologique, de l'Unité de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, du Centre de Coordination Gériatologique de Monaco, du Centre « Speranza-Albert II », du Centre Monégasque de Dépistage et du Centre de coordination prénatale et de soutien familial ;

- accomplir toutes autres actions nécessaires en matière d'hygiène publique et de prévention sanitaire.

**Article 3 .-** La Direction de l'Action Sanitaire comprend les cinq divisions suivantes :

- Division de santé ;
- Division de produits de santé ;
- Division de sécurité sanitaire et alimentaire ;
- Inspection médicale des scolaires ;
- Inspection médicale des sportifs dite « Centre médico-sportif ».

**Article 4 .-** Dans les textes en vigueur relatifs aux matières énoncées à l'article 2, au sein desquels il est fait mention des termes « Commissaire général à la santé publique », « Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale » ou « Direction de l'Action Sanitaire et Sociale », ceux-ci doivent être considérés comme faisant respectivement référence au « Directeur de l'Action Sanitaire » et à la « Direction de l'Action Sanitaire ».

**Article 5 .-** L'ordonnance souveraine n° 3.509 du 1er mars 1966 , modifiée, susvisée, est abrogée.

**Article 6 .-** Notre Secrétaire d'État, Notre Directeur des Services Judiciaires et Notre Ministre d'État sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance.

**Ordonnance n. 5.641 du 14/12/2015 portant création d'une Direction de l'Action et de l'Aide Sociales**  
**Journal de Monaco du 1er janvier 2016**

Vu la loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un Office d'assistance sociale, modifiée ;

Vu la loi n° 1.280 du 29 décembre 2003 prononçant la dissolution de l'établissement public dénommé « Foyer Sainte-Dévote » ;

Vu la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 3.634 du 8 septembre 1966 fixant les attributions du médecin-inspecteur de l'Action sanitaire et sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 16.605 du 10 janvier 2005 portant organisation des Départements ministériels ;

Vu Notre ordonnance n° 5.640 du 14 décembre 2015 portant création d'une Direction de l'Action Sanitaire ;

**Article 1er .-** Il est créé une Direction de l'Action et de l'Aide Sociales placée sous l'autorité du Conseiller de Gouvernement pour les Affaires Sociales et la Santé.

**Article 2 .-** Outre les compétences qui lui sont attribuées par des dispositions législatives ou réglementaires, cette Direction est chargée de toutes missions relatives à l'action ainsi qu'à l'aide sociales, et notamment :

- accueillir, informer et orienter les administrés sur les dispositifs d'actions et d'aides sociales mis en œuvre en Principauté ;

- assurer l'accueil, l'hébergement ou le logement d'urgence des familles ou de leurs membres et, plus généralement, de toute personne dont le besoin le nécessite ;

- prêter son concours à l'exécution des décisions rendues par les cours et tribunaux de la Principauté, notamment en matière de protection de l'enfance ;

- instruire les demandes d'aides et de prestations en matière sociale et de handicap servies par l'État ou pour son compte, y compris en procédant, le cas échéant, aux vérifications et enquêtes nécessaires à l'appréciation de la situation des demandeurs ;

- accomplir toutes missions et actions en matière de handicap ;

- effectuer les vérifications ou enquêtes nécessaires soit préalablement à la délivrance d'agréments ou d'autorisations requis en application de dispositions législatives ou réglementaires, soit à la demande des autorités administratives ou judiciaires compétentes ;

- assurer la réception et le contrôle des délibérations de la commission administratives de l'Office de protection sociale ;

- instruire les demandes relatives à l'aide médicale de l'État ;

- contribuer à l'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires dans les domaines de l'action, de l'aide et de la protection sociales, du handicap et de la protection de l'enfance ;

- veiller à l'application de la législation et de la réglementation ainsi qu'au suivi des conventions internationales dans les domaines précités.

**Article 3 .-** La Direction de l'Action et de l'Aide Sociales comprend les quatre divisions suivantes :

- Division de l'inclusion sociale et du handicap ;

- Division enfance et famille ;

- Foyer de l'Enfance Princesse Charlène ;

- Division de l'aide sociale financière.

**Article 4 .-** Dans les textes en vigueur relatifs aux matières énoncées à l'article 2, au sein desquels il est fait mention des termes « Commissaire général à la santé publique », « Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale » ou « Direction de l'Action Sanitaire et Sociale », ceux-ci doivent être considérés comme faisant respectivement référence au « Directeur de l'Action et de l'Aide Sociales » et à la « Direction de l'Action et de l'Aide Sociales ».

**Article 5 .-** Notre Secrétaire d'État, Notre Directeur des Services Judiciaires et Notre Ministre d'État sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance.

# Ordonnance n. 5.743 du 03/03/2016 relative à l'Aide Médicale de l'État

## Journal de Monaco du 18 mars 2016

Vu l'ordonnance-loi n° 300 du 16 septembre 1940 sur les allocations de chômage ;

Vu la loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un office d'assistance sociale, modifiée ;

Vu la loi n° 1.279 du 29 décembre 2003 modifiant certaines dispositions de la loi n° 335 du 19 décembre 1941, modifiée, susvisée ;

Vu la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées, notamment ses articles 13 et 17 ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 4.739 du 22 juin 1971 fixant le régime des prestations dues aux salariés, en vertu de l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, en cas de maladie, accident, maternité, invalidité et décès, modifiée ;

Vu Notre ordonnance n° 231 du 3 octobre 2005 portant création d'un Service des Prestations Médicales de l'État ;

Vu Notre ordonnance n° 5.641 du 14 décembre 2015 portant création d'une Direction de l'Action et de l'Aide Sociales ;

Vu l'arrêté municipal n° 2008-4017 du 29 décembre 2008 portant règlement de l'allocation nationale vieillesse ;

**Article 1er .-** Toute personne de nationalité monégasque ou résidant dans la Principauté de façon stable et régulière depuis cinq ans au moins peut bénéficier de l'aide médicale de l'État.

Cette aide consiste en une couverture médicale de base et à la prise en charge des frais définis à l'article suivant et engagés en cas de maladie autre que maladie professionnelle ou accident du travail, de maternité, d'invalidité ou de décès, pour le demandeur ainsi que, le cas échéant, pour ses ayants droit, à condition :

1°) que le demandeur n'ouvre droit, en tant qu'assuré ou ayant droit, à aucune prise en charge au titre des prestations en nature d'un régime d'assurance maladie ou maternité, à Monaco ou en dehors du territoire de la Principauté ;

2°) que le total des ressources du foyer du demandeur, calculé conformément à l'article 3, ne dépasse pas un plafond fixé par arrêté ministériel.

**Article 2 .-** Les frais pris en charge par l'aide médicale de l'État sont ceux visés à l'article 19 de l'ordonnance souveraine n° 4.739 du 22 juin 1971, modifiée, susvisée, dans les conditions prévues aux articles 24 et 25 de ladite ordonnance et sans que le montant pris en charge ne puisse excéder celui des frais exposés.

La participation minimale du bénéficiaire de l'aide médicale de l'État aux frais de traitement peut être limitée ou supprimée, sur décision du Directeur de l'Action et de l'Aide Sociales.

La participation minimale exigée du bénéficiaire de prestations en nature assurées par un régime de sécurité sociale monégasque ou étranger peut être prise en charge par l'Office de Protection Sociale, sur décision du Directeur de l'Action et de l'Aide Sociales, lorsque ce bénéficiaire ne dispose pas d'une assurance complémentaire.

**Article 3 .-** Pour le calcul des ressources visées au chiffre 2 de l'article premier, il est tenu compte du total des ressources dont le foyer du demandeur a disposé au cours des douze derniers mois précédant la demande d'aide médicale de l'État, à l'exclusion des ressources à objet spécialisé dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Sont déduites du total visé à l'alinéa précédent la charge locative réelle supportée pour le logement du foyer, ainsi qu'une somme forfaitaire, correspondant aux charges incompressibles théoriques du foyer, dont le montant est fixé par arrêté ministériel.

**Article 4 .-** Sous réserve du respect des dispositions du chiffre 1 de l'article premier, l'attribution de l'aide médicale de l'État est de droit en faveur des bénéficiaires :

- de l'allocation nationale vieillesse ;

- des allocations de chômage servies en application de l'ordonnance-loi n° 300 du 16 septembre 1940 , susvisée.

Sous réserve du respect des dispositions des chiffres 1° et 2° de l'article premier, l'attribution de l'aide médicale de l'État est également de droit en faveur des attributaires du statut de personne handicapée ou du statut d'aidant familial.

**Article 5 .-** La demande d'aide médicale de l'État est effectuée au moyen d'un formulaire disponible auprès de la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales, qui doit être retourné à cette Direction par le demandeur, accompagné de toutes pièces justificatives nécessaires à l'examen du dossier.

Le contenu du formulaire et la liste des pièces visés à l'alinéa précédent sont fixés par arrêté ministériel.

La Direction de l'Action et de l'Aide Sociales instruit le dossier et procède aux vérifications nécessaires, afin de déterminer si les conditions définies par la présente ordonnance sont remplies.

**Article 6 .-** L'admission à l'aide médicale de l'État est prononcée par le Directeur de l'Action et de l'Aide Sociales, pour une période maximale d'un an, renouvelable.

Le droit est ouvert au premier jour calendaire du mois du dépôt de la demande.

Par dérogation à l'alinéa précédent, en cas d'hospitalisation, le droit est ouvert dès le premier jour de l'hospitalisation.

Le bénéficiaire de l'aide informelle, dans le délai d'un mois, la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales de tout changement de sa situation familiale, personnelle, professionnelle, financière ou de résidence qui serait de nature à faire cesser son droit.

**Article 7 .-** Les dépenses d'aide médicale de l'État sont assurées par l'Office de Protection Sociale.

Le Service des Prestations Médicales de l'État gère les dépenses et procède au décompte des remboursements des prestations médicales en nature assurées par l'Office, conformément aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance souveraine n° 231 du 3 octobre 2005 , susvisée.

**Article 8 .-** Conformément à l'article 3 de la loi n° 1.279 du 29 décembre 2003 , susvisée, l'Office de Protection Sociale dispose, à l'encontre des personnes visées par ledit article, d'un recours en récupération de l'aide médicale de l'État, lequel est exercé dans les conditions fixées par arrêté ministériel.

Le demandeur d'une admission au bénéfice de cette aide est informé de la possibilité d'un tel recours au moment du dépôt de son dossier auprès de la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales.

**Article 9 .-** Notre Secrétaire d'État, Notre Directeur des Services Judiciaires et Notre Ministre d'État sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance.



**Arrêté ministériel n. 2015-383 du 08/06/2015 relatif à l'attribution du statut d'aidant familial**  
**Journal de Monaco du 12 juin 2015**

Vu la loi n° 335 du 19 décembre 1941 portant création d'un Office d'Assistance Sociale, modifiée ;

Vu la loi n° 595 du 15 juillet 1954 fixant le régime des prestations familiales, modifiée ;

Vu la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 3.509 du 1er mars 1966 créant une Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, modifiée ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 5.193 du 30 janvier 2015 relative à la Commission d'évaluation du handicap ;

Vu l'ordonnance souveraine n° 5.353 du 8 juin 2015 relative à la formation des aidants familiaux ;

**Article 1er .-** Peut prétendre à l'attribution du statut d'aidant familial, en application de l'article 16 de la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014, susvisée, l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au quatrième degré inclus ou le conjoint de l'attributaire du statut de personne handicapée.

**Article 2 .-** Toute demande d'attribution du statut d'aidant familial est adressée au Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et est accompagnée des documents suivants :

1° une copie de la carte d'identité ou de la carte de résident du demandeur, ainsi que de celle de l'attributaire du statut de personne handicapée ;

2° une fiche familiale d'état civil du demandeur et, s'il n'apparaît pas sur cette dernière, une fiche familiale d'état civil de l'attributaire du statut de personne handicapée, ou tout autre document équivalent permettant d'attester de la qualité d'ascendant, de descendant ou de collatéral jusqu'au quatrième degré inclus, si le demandeur n'est pas le conjoint de l'attributaire du statut de personne handicapée ;

3° une copie de l'acte de mariage si le demandeur est le conjoint de l'attributaire du statut de personne handicapée ;

4° une copie de la décision d'attribution du statut de personne handicapée pour laquelle le pétitionnaire souhaite se voir reconnaître le statut d'aidant familial, sauf lorsque la demande d'attribution du statut d'aidant familial est effectuée concomitamment à la demande d'attribution du statut de personne handicapée.

Le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale peut en outre demander aux personnes qui prétendent à l'attribution du statut d'aidant familial toute pièce complémentaire permettant d'apporter la preuve des conditions légalement exigées.

**Article 3 .-** L'attributaire du statut d'aidant familial qui sollicite, en application de l'article 17 de la loi n° 1.410 du 2 décembre 2014, susvisée, le bénéfice de l'aide médicale de l'État, ainsi que, le cas échéant, le versement des prestations familiales par l'Office de Protection Sociale, doit justifier, auprès de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, remplir les conditions prévues, respectivement, par la réglementation relative à l'attribution de l'aide médicale de l'État et par la loi n° 595 du 15 juillet 1954, modifiée, susvisée.

**Article 4 .-** L'attribution du statut d'aidant familial est prononcée, pour une durée maximale d'une année, par le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale sur avis de la Commission d'évaluation du handicap, le cas échéant, après vérification, par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, de la situation de l'aidant familial et de celle de l'attributaire du statut de personne handicapée.

Elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

**Article 5 .-** La vérification prévue à l'article précédent a pour objet de permettre à la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de s'assurer que l'aide effectivement apportée par l'aidant familial est en adéquation avec les besoins de l'attributaire du statut de personne handicapée identifiés dans le plan d'aide à la compensation du handicap.

Le refus du demandeur de s'y soumettre entraîne de plein droit l'irrecevabilité de sa demande. L'intéressé est

informé de son droit de la refuser et des conséquences de ce refus.

**Article 6 .-** L'aidant familial informe la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, dans le délai d'un mois, de tout changement de sa situation ou de celle de l'attributaire du statut de personne handicapée qui serait de nature à préjudicier à l'adéquation de l'aide qu'il apporte avec les besoins dudit attributaire ou à affecter les conditions d'exercice de cette aide.

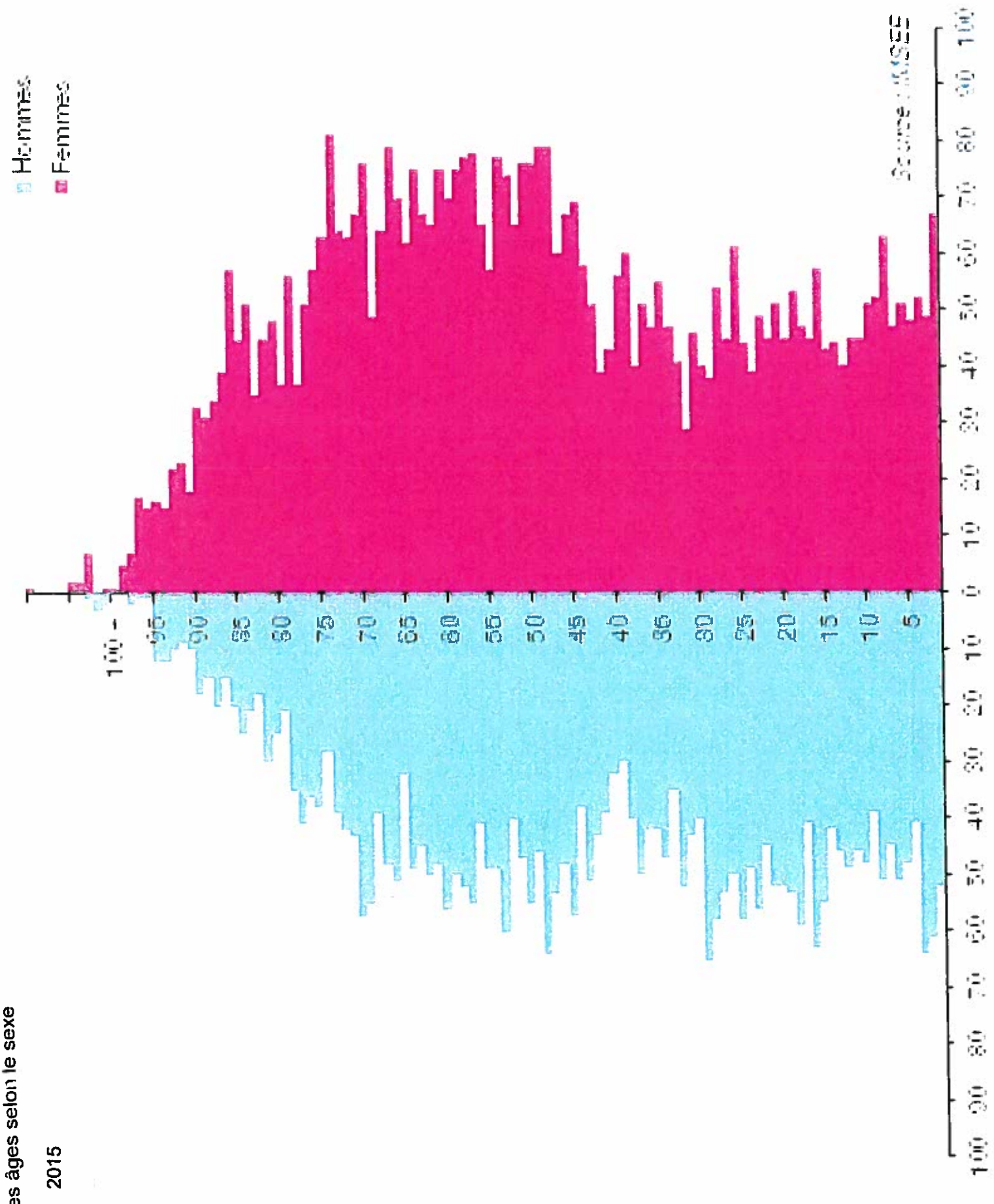
À défaut, le statut d'aidant familial de l'intéressé peut, après qu'il ait été entendu en ses explications ou dûment appelé à les fournir, être révoqué par décision du Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale.

**Article 7 .-** Le plafond de l'aide financière attribuée à l'aidant familial en application de l'article 3 de l'ordonnance souveraine n° 5.353 du 8 juin 2015 relative à la formation des aidants familiaux est fixé à mille euros par an.

**Article 8 .-** Le Conseiller de Gouvernement pour les Affaires Sociales et la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

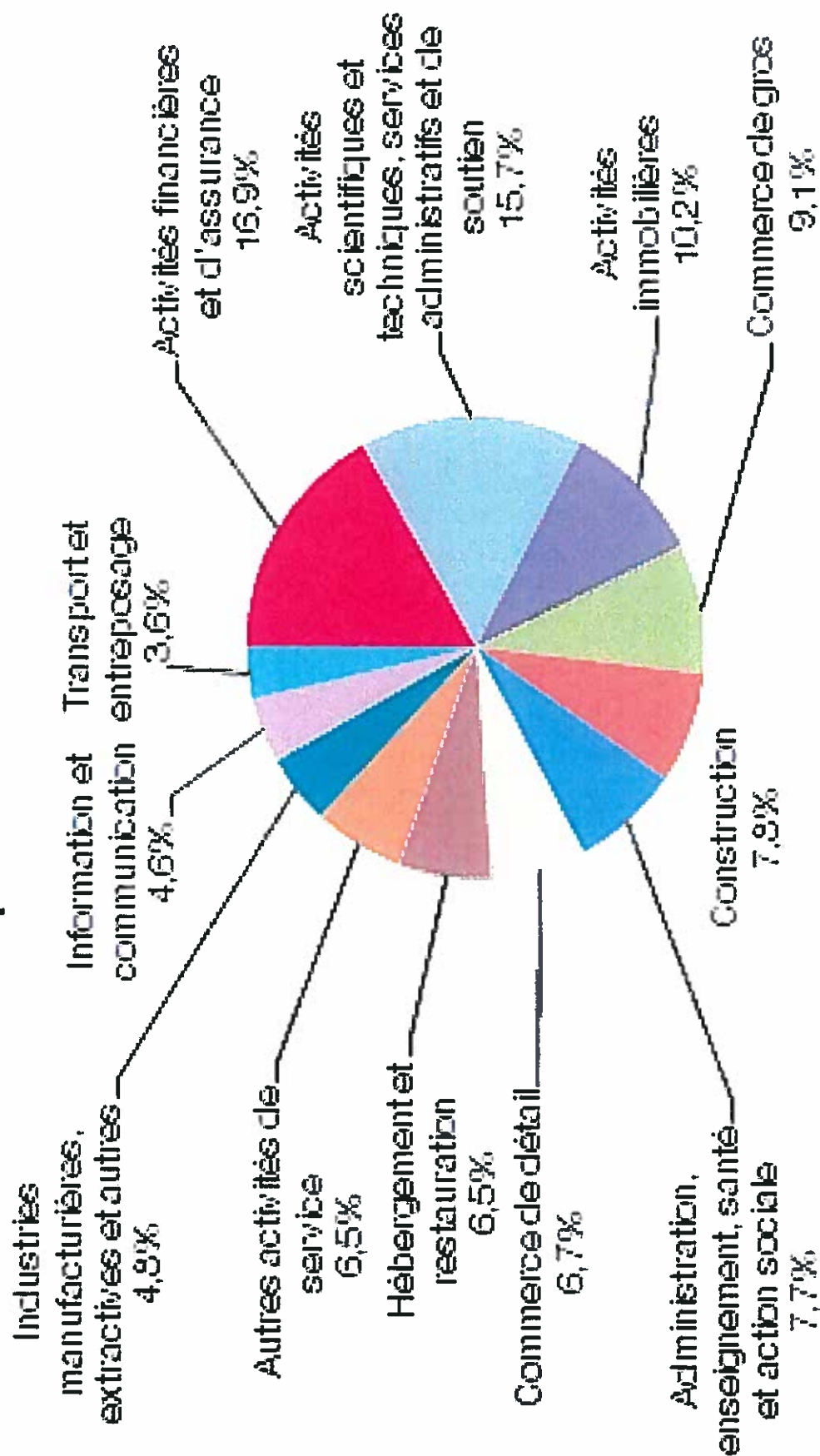
Pyramide des âges selon le sexe

2015





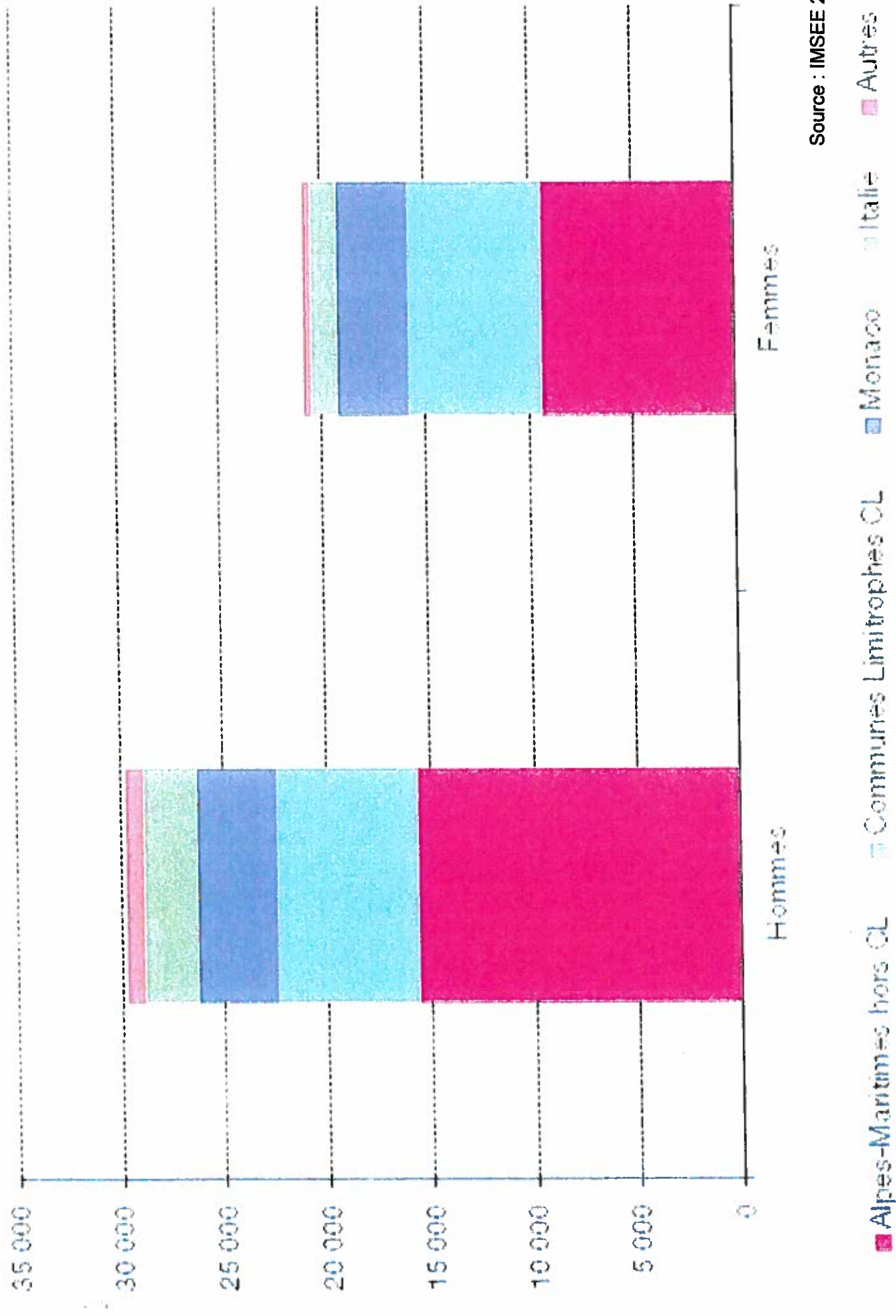
## Répartition sectorielle du PIB 2014



Source : IMSEE



# Répartition des salariés du secteur privé selon le lieu de résidence







## Rapport d'activité de l'Office de Médecine du Travail

Pathologies dépistées de 2012 à 2015	< 55 ans	< 55 ans	>= 55 ans	>= 55 ans	Total
Cardiologie	497	75,19%	164	24,81%	661
Maladies ORL	419	82,81%	87	17,19%	506
Ophthalmologie	228	80,85%	54	19,15%	282
Anomalies métaboliques	207	85,89%	34	14,11%	241
Maladies endocriniennes	152	88,89%	19	11,11%	171
Anomalies biologiques	126	84,00%	24	16,00%	150
Rhumatologie	105	85,37%	18	14,63%	123
Tumeurs Bénignes	88	77,88%	25	22,12%	113
Appareil digestif	56	76,71%	17	23,29%	73
Troubles Psy	46	90,20%	5	9,80%	51
Pneumologie	31	79,49%	8	20,51%	39
Tumeurs malignes	4	50,00%	4	50,00%	8
Autres	153	92,73%	12	7,27%	165
<b>Total</b>	<b>2 112</b>	<b>82,28%</b>	<b>455</b>	<b>17,72%</b>	<b>2 567</b>

Aptitudes annuels moyennes	< 55 ans	< 55 ans	>= 55 ans	>= 55 ans	Total
Apte	20 980	89,36%	2 498	10,64%	23 478
Apte avec recommandations ou restrictions	1 088	79,47%	281	20,53%	1 369
Inaptitude temporaire	427	77,74%	122	22,26%	549
Inaptitude définitive avec demande de reclassement	35	71,07%	14	28,93%	49
Inaptitude définitive sans demande de reclassement	39	82,01%	9	17,99%	47
<b>Total</b>	<b>22 568</b>	<b>88,53%</b>	<b>2 924</b>	<b>11,47%</b>	<b>25 491</b>

Actions de prévention 2012 à 2015	< 55 ans	< 55 ans	>= 55 ans	>= 55 ans	Total
<b>Mode de vie</b>	<b>3529</b>	<b>86,22%</b>	<b>564</b>	<b>13,78%</b>	<b>4093</b>
Pathologie et traitement	1045	86,08%	169	13,92%	1214
Examens complémentaires, dépistages	921	77,07%	274	22,93%	1195
Alimentation, IMC	620	91,99%	54	8,01%	674
Activité physique	429	94,49%	25	5,51%	454
Tabac	369	92,71%	29	7,29%	398
Alcool	87	88,78%	11	11,22%	98
Autre	58	96,67%	2	3,33%	60
<b>Risques au travail</b>	<b>2203</b>	<b>90,92%</b>	<b>220</b>	<b>9,08%</b>	<b>2423</b>
EPI	714	87,29%	104	12,71%	818
Vaccination	648	95,15%	33	4,85%	681
Gestes et postures	425	93,20%	31	6,80%	456
Gestion du stress	139	90,26%	15	9,74%	154
Bruit	126	86,90%	19	13,10%	145
Maladies professionnelles	49	79,03%	13	20,97%	62
Sommeil	41	100,00%	0	0,00%	41
Travail sur écran	32	100,00%	0	0,00%	32
Autre	29	85,29%	5	14,71%	34
<b>Total</b>	<b>5732</b>	<b>87,97%</b>	<b>784</b>	<b>12,03%</b>	<b>6516</b>

Etudes de postes ou Conditions de travail	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Bruit	16	11	20
Ergonomie	31	40	12
Lumière	6	1	4
Ambiance / Ventilation / Chimie	23	16	36
Autres	8	12	9
<b>Nombre d'interventions</b>	<b>84</b>	<b>80</b>	<b>81</b>
<b>Nombre d'entreprises concernées</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>41</b>



## Annex to the Guidelines for National Focal Points on Ageing

### List of suggested statistical indicators on active ageing<sup>1</sup>

UNECE member States are asked to provide an annex with statistical data—if possible for three distinct years in order to observe the dynamics. Please note that most of the suggested indicators refer to the population aged 55 years and older. Attention should be paid to the suggested variables for corresponding indicators: you may use other proxy measures if these variables are not available. Please indicate in the table the actual variable and source used.

#### COUNTRY: MONACO

INDICATOR	Suggested VARIABLE	Possible SOURCE	Year 1 (2005 or close)			Year 2 (2010 or close)			Year 3 (2015 or close)		
			TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE
<b>1. Labour market (older people's contribution through paid activities)</b>											
1.1. Employment rate for the age group 55–59	Same as indicator	Labour Force Survey	N/C	N/C	N/C	7,32%	4,40%	2,93%	8,72%	5,30%	3,42%
1.2. Employment rate for the age group 60–64	Same as indicator	Labour Force Survey	N/C	N/C	N/C	3,01%	1,72%	1,29%	3,44%	2,08%	1,37%
1.3. Employment rate for the age group 65–69	Same as indicator	Labour Force Survey	N/C	N/C	N/C	0,70%	0,42%	0,29%	0,98%	0,57%	0,41%
1.4. Employment rate for the age group 70–74	Same as indicator	Labour Force Survey	N/C	N/C	N/C	0,17%	0,08%	0,09%	0,29%	0,18%	0,12%

<sup>1</sup> This list of indicators is based on the Active Ageing Index methodology and broadly corresponds to the main focus areas of the 2012 Vienna Declaration. For more information, please consult the AAI wiki (<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>) or contact the Secretariat on [ageing@unece.org](mailto:ageing@unece.org).



INDICATOR	Suggested VARIABLE	Possible SOURCE	Year 1 (2005 or close)			Year 2 (2010 or close)			Year 3 (2015 or close)		
			TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE
<b>2. Participation in society (older people's contribution through unpaid activities)</b>											
2.1. Voluntary work by older adults (aged 55+)	Percentage of older population (aged 55+) providing unpaid voluntary work through the organizations	Relevant survey									
2.2. Care to children, grandchildren by older population (aged 55+)	Percentage of older population (aged 55+) who provide care to their children and grandchildren (at least once a week)	Relevant survey									
2.3. Care to older adults by older population (aged 55+)	Percentage of older population (aged 55+) providing personal care to elderly or disabled relatives (at least once a week)	Relevant survey									
2.4. Political participation of older population (aged 55+)	Percentage of older population (aged 55+) taking part in the activities or meetings of a trade union, a political party or political action group	Relevant survey									
<b>3. Independent, healthy and secure living</b>											
3.1. Physical exercise for older adults (aged 55+)	Percentage of people aged 55 years and older undertaking physical exercise or sport almost every day	Relevant survey									

INDICATOR	Suggested VARIABLE	Possible SOURCE	Year 1 (2005 or close)			Year 2 (2010 or close)			Year 3 (2015 or close)					
			TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE			
3.2. Access to health and dental care (for those aged 55+)	Percentage of people aged 55 years and older who report no unmet need for medical and dental examination or treatment during the last 12 months preceding the survey	Relevant survey												
3.3. Independent living arrangements (for those aged 75+)	Percentage of people aged 75 years and older who live in a single household alone or in a couple household	Relevant survey												
3.4. Relative median income (for those aged 65+)	Ratio of the median equivalised disposable income of people aged 65 and above to the median equivalised disposable income of those aged below 65	Income and living conditions statistics / relevant survey												
3.5. No poverty risk (for those aged 65+)	100 – Percentage of people aged 65 years and older who are at risk of poverty (using the 50 per cent of median income threshold)	Income and living conditions statistics / relevant survey												
3.6. No severe material deprivation (for those aged 65+)	100 – Percentage of people aged 65 years and older who are severely materially deprived (having an enforced inability to afford at least 4 out of the 9 selected items)	Income and living conditions statistics / relevant survey												
3.7. Physical safety (for those aged 55+)	Percentage of people aged 55 years and older who are feeling very safe or safe to walk after dark in their local area	Relevant survey												

INDICATOR	Suggested VARIABLE	Possible SOURCE	Year 1 (2005 or close)			Year 2 (2010 or close)			Year 3 (2015 or close)				
			TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE		
3.8. Lifelong learning (for those aged 55-74)	Percentage of people aged 55 to 74 who stated that they received education or training in the four weeks preceding the survey	Labour Force Survey											
<b>4. Capacity and enabling environment for active ageing</b>													
4.1. Life expectancy at age 55	Same as indicator	Demographic statistics: Life Expectancy estimates											
4.2. Healthy life expectancy at age 55	Same as indicator	Healthy life expectancy estimates											
4.3. Mental well-being (for those aged 55+)	An index that measures self-reported feelings of positive happy moods and spirits	Based on WHO ICD-10 measurement											
4.4. Use of ICT by older adults (aged 55-74)	Share of people aged 55 to 74 using the internet at least once a week	ICT Survey or any other relevant survey											
4.5. Social connectedness of older people (aged 55+)	Share of people aged 55 or more that meet socially with friends, relatives or colleagues several times a week or every day	Relevant survey											
4.6. Educational attainment of older people (aged 55+)	Percentage of older persons aged 55 to 74 with upper secondary or tertiary educational attainment	Labour Force Survey / general statistics on educational attainment by age groups											
<b>5. Other indicators (if applicable)</b>													

