

FRANCE

1. Situation et tendances clés

La croissance du PIB, modeste en 2005 (1,2%), s'est sensiblement améliorée en 2006 avec une estimation à 2,2% et une progression des créations d'emploi dans le secteur marchand. Cette évolution inclut cependant un essor des emplois de moindre qualité, intérim, contrats à durée déterminée ou d'apprentissage, stages et contrats aidés (représentant 13,6% de l'emploi salarié en 2005). Le nombre de travailleurs pauvres s'élève à 1,933 million en 2003. Le taux d'emploi (63,1% en 2005) n'a quasiment pas progressé depuis 2002 et enregistre même un léger déclin pour les hommes entre 2002 (69,5%) et 2005 (68,8%). Seul le taux d'activité féminine, en progression régulière (57,6% en 2005), se rapproche des objectifs de Lisbonne. Aux deux extrémités de la pyramide des âges, la principale amélioration concerne les 55-64 ans dont le taux d'emploi (37,9% en 2005) a nettement augmenté depuis 2000 (+8 points) pour des raisons essentiellement démographiques. La progression du taux d'emploi des jeunes (30,1% en 2005) est en revanche limitée au cours de la période (+1,5 point). La France conserve un taux de chômage élevé (9,7% en 2005), certes en baisse régulière de juin 2005 à juillet 2006 où il atteint 8,9%. Le taux de chômage des femmes est supérieur d'environ 2 points. Le chômage de longue durée est sensiblement identique aux données de 1999 (4% en 2005). Le risque de pauvreté touche 13% de la population totale. La part des dépenses de protection sociale dans le PIB est stable (31,2% en 2004) avec un poids important des dépenses de retraites, (43,6% du total), et des dépenses de santé (30%). La démographie française se caractérise par un taux de fécondité relativement élevé (1,92) et une espérance de vie à la naissance supérieure à la moyenne communautaire (76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes en 2004) alors que l'espérance de vie en bonne santé est en dessous de la moyenne de l'UE¹ (respectivement 60,6 ans et 63,9 ans en 2003). La mortalité infantile est de 3,9/1000 en 2004, inférieure à la moyenne de l'UE et en baisse progressive depuis 1970 (18,2). Le ratio de dépendance démographique devrait croître moins fortement que la moyenne européenne en passant de 25,3% en 2005 à 47,9% en 2050.

2. Approche stratégique globale

Le rapport met en exergue le modèle social français dans lequel la recherche d'un plein emploi de qualité et une plus grande cohésion sociale seraient des vecteurs essentiels pour la croissance. Sa dimension stratégique est nettement plus affirmée que dans les plans précédents avec trois grands axes cohérents par rapport aux objectifs transversaux européens : redresser les comptes des régimes sociaux pour viabiliser à terme le modèle social français et maintenir un niveau élevé de protection sociale, renforcer la qualité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de l'offre de soins de santé et de longue durée, poursuivre une stratégie globale et intégrée d'inclusion sociale fondée essentiellement sur les volets emploi (avec un accent mis sur l'insertion de groupes cibles, notamment les jeunes), logement et égalité des chances (approche transversale). L'interaction entre les politiques de protection et d'inclusion sociale et le développement de la croissance et de l'emploi est évoquée, qu'il s'agisse des mesures en faveur de l'emploi des moins qualifiés, des seniors ou des femmes ou de la prolongation de la vie active visée par la réforme des retraites de 2003. L'accent est mis sur l'évolution de la gouvernance des politiques sociales et le *mainstreaming*. Dans un contexte marqué, en matière d'égalité des chances, par le problème du chômage et l'exclusion des minorités visibles, l'égalité hommes/femmes, n'est pas un axe stratégique en soi.

¹ Moyenne UE de 64,5 et 66 pour les hommes et les femmes respectivement en 2003

Néanmoins, cette thématique est plus largement traitée que dans les plans précédents et les données statistiques en annexe sont le plus souvent sexuées.

3. Inclusion sociale

3.1 Tendances clés

Le taux de pauvreté pour l'ensemble de la population était à 13% en 2004 (14% pour les enfants et les femmes). Ce taux atteint 26% avant transferts (44% hors prestations de retraites et de survie). Les revenus nets de l'assistance sociale représentent 78,6% du seuil de pauvreté pour une personne seule, 81,7% pour un parent isolé avec deux enfants et 69,9% pour un couple avec deux enfants. Selon des sources nationales, la pauvreté administrative (bénéficiaires des minima sociaux) s'est accrue en 2004 et 2005 avec l'augmentation des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) dont le taux de sortie du dispositif a diminué au cours des années récentes. Le chômage reste un problème majeur avec deux catégories très exposées : les 15-24 ans (22,7% de chômeurs en 2005), et la population immigrée (15% pour les hommes et 22% pour les femmes, avec des niveaux très supérieurs pour les non-ressortissants communautaires, y compris à caractéristiques égales avec le reste de la population). En 2005, 10,9% des adultes (9,5% des enfants) vivent dans des ménages sans emploi. L'échec scolaire touche encore 12,6% des jeunes (14,6% des garçons) en 2005.

3.2 Principaux défis et priorités

Le rapport retient trois priorités conformes aux objectifs européens et aux principaux défis identifiés dans le rapport conjoint 2006 : l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées, l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, notamment ceux qui sont confrontés à la discrimination, le logement social et l'offre d'hébergement. Ces deux dernières problématiques nourrissent l'actualité sociale depuis l'automne 2005. L'apport du plan de cohésion sociale est souligné, notamment en matière d'emploi avec la rénovation du service public de l'emploi, le renforcement de l'accompagnement, l'accent sur l'apprentissage ou la refonte des contrats aidés qui participent largement à la baisse du taux de chômage depuis un an. Plusieurs mesures sont cependant trop récentes pour apprécier leur contribution réelle, dans la durée, aux objectifs poursuivis. Sont également mentionnés le succès du "contrat nouvelles embauches" (CNE) et l'essor des emplois de services à la personne, à nuancer, dans le premier cas, par les effets d'aubaine et dans le second, par la fréquence des temps partiels contraints.

Les dispositifs de suivi et d'évaluation ont été renforcés notamment par le regroupement d'instances pour améliorer les synergies ou la création d'agences permettant de nouveaux partenariats : l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) figure parmi les bonnes pratiques présentées, son pendant en matière sociale sera l'Agence nationale pour la cohésion sociale en 2007. L'effort global de l'Etat en faveur des politiques d'inclusion sociale est estimé aussi bien en 2006 qu'en 2007 à plus de 33 milliards d'euros. Le rapport mentionne ponctuellement la contribution du FSE. Une réflexion est en cours pour déterminer des objectifs chiffrés et sexués de résultat en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. A ce stade, le rapport inclut quelques objectifs de résultat visant le plus souvent la mise en place de dispositifs plutôt que les effets attendus. On relèvera cependant l'objectif clairement affiché d'augmenter le taux d'emploi des seniors de 2 points par an pour atteindre 50% en 2010.

3.3 Mesures politiques

Favoriser le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées constitue la première priorité avec trois axes, en premier lieu le développement de l'offre d'activité via des mesures classiques comme les allègements de cotisations sociales patronales (leur suppression en 2007 au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés). Une évaluation des résultats eu égard aux coûts serait intéressante. Les dispositifs engagés sont poursuivis tels le CNE, l'encouragement de l'emploi dans certains secteurs, la validation des acquis de l'expérience (VAE) ou les nouveaux contrats aidés. Si ces derniers ont un succès indéniable, il semble que ce soit principalement dans le secteur non-marchand. Un travail nécessaire sur la formation dans le cadre de ces dispositifs sera effectué ainsi que sur la VAE pour s'assurer qu'elle bénéficie aussi aux personnes les plus éloignées de l'emploi. L'accent est également mis sur le secteur de l'insertion par l'activité économique (qui a reçu du FSE 30 M€ par an en 2000-2006). Le dispositif en faveur de la création d'entreprises sera renforcé (avec une mention particulière des femmes) en matière d'accompagnement après démarrage de l'activité. Le plan pour l'emploi des seniors 2006-2010 (doté de 10 M€) constitue la véritable nouveauté dans cet éventail de mesures. Le développement de l'égalité salariale est toujours affiché comme un objectif. Une évaluation est prévue en 2008. La professionnalisation des emplois de services à la personne est en revanche peu traitée. Le second axe met l'accent sur la sortie des logiques d'assistance et la reprise d'emploi avec le réaménagement des mécanismes d'intéressement et la prime pour l'emploi, fortement revalorisée en 2006 et 2007 mais dont l'impact serait très modéré sur la reprise d'activité. Le troisième axe vise la suppression des obstacles à l'accès à l'emploi. Sont mises en avant des mesures existantes d'accompagnement (avec une participation du FSE pour l'appui social individualisé de 12 M€ par an en 2000-2006), la réorganisation des services de l'emploi, la priorité d'accès aux structures d'accueil des jeunes enfants pour les bénéficiaires de minima sociaux, les actions en matière d'illettrisme, santé, mal-logement, surendettement et contre les discriminations à l'emploi liées au sexe, à l'âge, au handicap ou à l'origine ethnique. Une coopération est prévue entre les services d'accueil des populations immigrées et l'ANPE.

La seconde priorité vise l'insertion sociale et professionnelle des jeunes avec des mesures pour prévenir l'échec scolaire par l'accompagnement de 200 000 enfants et adolescents en graves difficultés (le programme de réussite éducative, cité comme une bonne pratique, constitue à ce stade un objectif), le doublement des médiateurs entre les familles et les institutions publiques, le renforcement des dispositifs d'orientation scolaire et universitaire, de nouveaux mécanismes de bourse et de tutorat. Il s'agit en second lieu de développer l'offre d'emploi : aux dispositifs existants (contrats jeunes en entreprises, mécanismes spécifiques d'accès à la fonction publique dont les résultats sont encore très limités) s'ajoutera une mobilisation renforcée des moyens de la politique de l'emploi en faveur des jeunes les moins qualifiés des quartiers défavorisés. Le troisième axe vise l'essor de l'apprentissage et la construction de parcours d'insertion : augmentation des jeunes en alternance dans les entreprises de plus de 250 salariés, apprentissage "junior" pour les 14-16 ans, poursuite des contrats de professionnalisation et du contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) étendu en 2006 aux jeunes diplômés particulièrement éloignés de l'emploi, service civil volontaire orienté sur les métiers en tension. Enfin, la levée des obstacles à l'insertion repose aussi sur des actions d'information juridique, l'accès au logement, à la santé, aux loisirs. Peu de mesures intègrent spécifiquement la dimension de genre alors que les jeunes filles sont plus souvent victimes du chômage. Les seules mesures véritablement sexuées concernent l'accès à l'apprentissage et la diversification des choix d'orientation scolaire. Cependant, les précédentes mesures de ce type ne semblent pas avoir fait l'objet d'une analyse d'impact.

Développer l'offre de logement social et d'hébergement de qualité constitue la troisième priorité dans le cadre du plan de cohésion sociale et du pacte national pour le logement. Si la relance de la construction est indéniable (avec un objectif de 100 000 logements sociaux en 2006 - 500 000 en 2005-2009), les associations craignent néanmoins que cet effort bénéficie surtout aux classes moyennes. Plusieurs mesures doivent permettre un meilleur accès et le maintien dans le logement. Le droit opposable au logement, demande récurrente des associations, sera expérimenté au niveau local dans les agglomérations de plus de 50 000 habitants, selon des modalités non précisées. La lutte contre l'habitat indigne, citée comme une bonne pratique, constitue un objectif avec une amorce de réalisation. Elle est renforcée avec la création d'un fonds d'aide au relogement d'urgence (20 M€ sur cinq ans). Le développement de formules de logements adaptés et du dispositif d'accueil pour les catégories les plus précarisées est prévu et la problématique des gens du voyage et des femmes immigrées prise en compte. La double discrimination est traitée sous l'angle de l'accès à un logement distinct pour faciliter la séparation des ménages polygames, l'octroi des prestations familiales à la mère et un accès à la formation.

3.4 Gouvernance

Le rapport est essentiellement le fruit d'un travail interministériel. Trois instances consultées sont signalées dont le Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) et le Conseil national de l'insertion par l'activité économique. Il a été précédé d'une conférence nationale (avril 2006) préparée par des réunions territoriales thématiques impliquant de nombreux acteurs. Le renouvellement du pilotage par l'Etat se poursuit avec des objectifs ambitieux pour la période 2006-2008. L'évaluation systématique des nouvelles mesures est annoncée ainsi que la création d'un groupe de suivi du rapport 2006-2008 au sein du CNLE et la poursuite du travail engagé sur les indicateurs de suivi, déjà très complets. Un débat parlementaire sur le plan inclusion, très largement méconnu, est prévu ainsi que sa diffusion auprès des acteurs. L'évaluation par les usagers sera développée et l'approche intégrée confortée via les mécanismes existants au niveau interministériel et le document de politique transversale, le maintien d'une conférence nationale et de réunions territoriales. Le chantier le plus novateur réside dans l'annonce d'une mise en cohérence des dispositifs au niveau local avec des commissions départementales qui auraient un rôle de coordination et participeraient à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des objectifs et indicateurs du plan. Ce souci de cohérence apparaît aussi dans le vœu d'intégrer les actions d'insertion et d'inclusion dans des projets locaux de développement durable.

4. Pensions

En 2004, les personnes âgées ont joui d'un niveau de vie relatif proche de celui de la population générale (90 %), tandis que le risque de pauvreté parmi les personnes âgées (16 %) a été légèrement plus élevé que celui affectant la population âgée de moins de 65 ans. Cette augmentation du taux d'emploi des travailleurs âgés s'est ralentie et stabilisée à un niveau relativement bas de 37,9 % en 2005.

Le rapport 2006 sur la viabilité considérait la France comme un État membre à moyen risque en ce qui concerne la viabilité des finances publiques, en raison notamment de la mauvaise situation budgétaire actuelle, mais aussi compte tenu des effets de la promulgation des réformes des retraites. Selon les projections budgétaires réalisées par le groupe de travail sur le vieillissement, les dépenses publiques affectées aux retraites devraient augmenter de 1,9 point de pourcentage entre 2004 et 2050, alors que selon les projections du sous-groupe «indicateurs» (SGI), les taux de remplacement théoriques devraient diminuer à l'avenir. Dans le cas d'un travailleur prenant sa retraite à 65 ans après 40 ans de service rémunéré à un

salaires moyens, le taux de remplacement net diminuera de 80 % en 2005 à 63 % en 2050 (le taux de remplacement brut passant de 66 % à 49 %). Pour maintenir des taux de remplacement adéquats, la réforme vise néanmoins à accroître la période assurée au-delà de 40 ans, conformément aux augmentations de l'espérance de vie.

Le Rapport conjoint 2006 a mis en relief les récents progrès dans la réforme des retraites, tout en soulignant l'importance capitale de nouvelles améliorations de la situation de l'emploi des travailleurs âgés.

La réforme de 2003 a considérablement amélioré le financement du système de retraite pour les décennies à venir. Elle a préservé l'architecture de base du système actuel tout en contribuant à le rendre plus équitable à l'égard des affiliés des différents régimes. Bien qu'à l'heure actuelle, l'adéquation des prestations ne constitue pas un problème majeur, les projections actuelles indiquent une diminution du taux de remplacement à l'avenir et les niveaux des retraites devront dès lors être étroitement surveillés, en particulier ceux des couches les plus vulnérables de la population. Un taux de remplacement net de 85 % a toutefois été fixé comme objectif à partir de 2008 pour les retraites les plus modestes (personnes rémunérées au salaire minimum) et sera réexaminé en 2008.

Les mesures incitant à prolonger la vie active ont été encore renforcées en 2006 dans le cadre d'un plan d'action national pour l'emploi des personnes âgées (notamment le mécanisme de la surcote et de meilleures possibilités de combiner emploi et retraites), ce qui constitue une nouvelle avancée vers la garantie de la viabilité financière à long terme du système de retraite. Malgré les hausses enregistrées récemment, le taux d'emploi des personnes âgées reste bas et de nouvelles mesures seront nécessaires, notamment pour réduire le nombre de départ prématurés du marché du travail. Les réformes actuelles ne pourront être pleinement efficaces qu'à condition de s'accompagner d'une stratégie durable d'accroissement de la participation des travailleurs âgés au marché du travail et d'une augmentation de l'emploi en général. La réforme de 2003 prévoit des révisions quadriennales, dont la première, prévue pour 2008, devrait entraîner une nouvelle augmentation d'un an du nombre d'années de cotisation requises pour l'obtention d'une retraite complète, qui passera de 40 à 41 ans entre 2009 et 2012 pour les salariés des secteurs public et privé.

5. Santé et soins de longue durée

5.1 Santé

Description du système: Le système français de santé repose sur des principes de solidarité et d'universalité : il couvre l'ensemble de la population sur une base prioritairement professionnelle et, depuis 2000, subsidiairement résidentielle. Financés de manière mixte (cotisations sociales et impôt), les régimes de base couvrent environ $\frac{3}{4}$ de la dépense de soins mais offrent une prise en charge meilleure pour les personnes souffrant d'affections de longue durée. Les personnes défavorisées bénéficient d'une couverture maladie complémentaire gratuite (CMUC). Une large partie de la population (92%) souscrit une assurance complémentaire santé dans un cadre professionnel ou personnel. Le principe de base est le remboursement aux assurés des frais de santé qu'ils ont payés mais le règlement direct des frais (le "tiers payant") par les caisses d'assurance maladie ou les assureurs complémentaires est possible, c'est la règle pour l'hospitalisation. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) réunissant les principaux régimes d'assurance maladie préexistants (général, agricole et personnes indépendantes) a été créée en 2004. Elle est chargée de la

fixation des taux de remboursements dans la limite d'une fourchette fixée par l'Etat et de l'inscription des actes et des prestations au remboursement. Les caisses d'assurance maladie sont associées à la détermination des objectifs annuels de dépenses votés par le Parlement et présentent à cet effet chaque année des prévisions de dépenses et de recettes qui sont prises en compte pour la détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. L'Etat détermine en général les prix, notamment la tarification des établissements de santé et des médicaments remboursables. Les établissements de santé et les médecins indépendants sont rémunérés sur la base d'une "tarification à l'activité". Les médecins employés dans les hôpitaux publics sont payés sur une base salariale.

Accès: Les personnes à faibles revenus bénéficient de mécanismes complémentaires tels qu'une prise en charge systématique, à 100% des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais, dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Les foyers dont les ressources sont légèrement supérieures aux conditions d'accès à la CMUC bénéficient d'une aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé sous forme de crédit d'impôt, dont le seuil sera porté de 15 à 20% du plafond de la CMU en 2007 afin d'augmenter le nombre de bénéficiaires. Toutefois, des contrastes importants persistent entre les groupes sociaux en matière d'accès aux soins, notamment à la médecine spécialisée, aux auxiliaires médicaux et aux soins optiques et dentaires. Des disparités géographiques de l'offre de soins sont observables au niveau local. Des mesures spécifiques, dont les primes facilitant l'installation des médecins généralistes dans les zones déficitaires, ont été prises. Depuis 2004, une responsabilisation accrue des patients a été mise en place : en vue d'améliorer la coordination des soins et d'éviter des actes redondants, l'incitation à désigner un médecin traitant, l'établissement progressif d'un dossier médical personnel informatisé avec des clauses pénalisantes (moindre prise en charge des tarifs dans les cas de soins "hors parcours de soins", de non présentation du dossier médical personnel ou de dépassements de tarifs par les médecins traitants), ont été introduits. Les dépenses de santé directement supportées par les patients (non couvertes par le régime de base, ni par la CMUC, ni par les assureurs complémentaires) sous forme d'un "ticket modérateur" représentent environ 10% des dépenses totales.

Qualité: L'évaluation de la qualité des pratiques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques a été renforcée et relève de la Haute autorité de santé (HAS). Ses principales missions ont trait à la synthèse des connaissances en matière d'évaluation (technologique, pratiques professionnelles, formation à l'audit clinique...) et à l'élaboration de recommandations ("recommandations pour la pratique clinique", références médicales, conférences de consensus sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques). La HAS est également responsable de la procédure d'accréditation des établissements de santé (procédure renouvelable au moins tous les 5 ans) La formalisation des stratégies de santé publique via des plans thématiques nationaux déclinés à l'échelon régional (cancer, maladies chroniques ...) contribue à l'amélioration des standards de qualité. Le choix du prestataire de santé est libre, y compris le spécialiste, et il y a peu de listes d'attente. Les droits du patient ont graduellement été renforcés (notamment droit à un consentement libre et éclairé, à l'accès direct au dossier médical), au travers des reformes législatives comportant des mesures visant à améliorer la qualité du système (obligation de formation continue des médecins, évaluation des pratiques professionnelles, amélioration du fonctionnement des juridictions des ordres des professions médicales et développement de réseaux de santé). Les dispositifs de prévention ont été renforcés afin de promouvoir une culture de santé publique et de prévention.

Viabilité à long terme: Le principal défi est le décalage entre les recettes et les dépenses de santé. Les charges augmentant plus vite que les recettes, le déficit de la CNAM qui s'élevait à 11,6 Mds € en 2004 a commencé à se réduire en 2005 (8 Mds €) sous l'effet des mesures prises. Un comité d'alerte a été institué pour veiller au respect de l'objectif national de dépenses. En cas de dérive pressentie supérieure à 0,75 point de dépenses, le comité alertera les autorités et les caisses nationales afin de prendre des mesures correctives. La dépense totale dédiée à la santé représentait 10% du PIB soit 3016 PPP\$ par tête, en 2004. En 2004, la partie publique correspondait à 76,5% de cette dépense. Selon les projections 2006 de l'EPC/EC, les dépenses publiques de santé et de soins devraient augmenter de 1,8 point de pourcentage du PIB d'ici à 2050 sous l'effet du vieillissement démographique. La régulation des dépenses par le ticket modérateur pouvant être atténuée par le recours très répandu à une assurance complémentaire santé, des modes de régulation plus "médicalisés" ont été établis (l'appréciation du "service médical rendu" modulant le taux de prise en charge, la promotion du bon usage des soins avec des effets positifs pour la consommation des antibiotiques et le recours accru aux génériques). Les prix des médicaments sont révisés régulièrement et le médicament générique est promu. La convention médicale de 2005 a visé une économie de 1 Md € notamment dans les domaines où la consommation de soins est nettement supérieure par rapport à d'autres pays (psychotropes, antibiotiques). Une participation forfaitaire sur les actes a été introduite. À l'hôpital, la recherche d'économies se focalise sur une rationalisation des politiques d'achats.

5.2 Soins de longue durée

Description du système: Le système repose sur une double prise en charge. D'une part, l'assurance maladie finance les soins fournis par les établissements d'hébergement au profit de leurs résidents handicapés ou dépendants, les unités de soins de longue durée (services hospitaliers pour des patients sans autonomie de vie) et les soins infirmiers pour les résidents à domicile. Les frais des soins sont directement réglés par les caisses d'assurance maladie dans le cadre du "tiers payant". Le tarif "soins" étant couvert par l'assurance maladie, le tarif "hébergement" est à la charge de la personne ou de l'aide sociale si ses ressources sont insuffisantes. L'assurance maladie est le seul financeur de la prise en charge socialisée des soins de longue durée (8% de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie). D'autre part, deux dispositifs essentiellement financés par l'Etat et les collectivités locales offrent des allocations pour faire face aux charges financières liées à la perte d'autonomie, à domicile ou en établissement : prestation de compensation du handicap (PCH), allocation personnalisée d'autonomie (APA pour les personnes âgées dépendantes). Des aides ménagères sont également versées au titre de l'action sociale des caisses d'assurance vieillesse. Les personnes âgées ou handicapées ont aussi recours au système de soins de droit commun, bénéficiant ainsi des mêmes prestations que les autres assurés. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), centralise les fonds issus de la contribution de solidarité autonomie et de la dotation de l'assurance maladie définie dans l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie. La CNSA verse aux départements une contribution au financement de l'APA et de la prestation de compensation et répartit ainsi, entre régions et départements, l'effort de solidarité nationale. Les départements financent la partie dépendance du tarif des établissements et, d'une manière générale, compensent la perte d'autonomie dans le cadre des prestations (APA, PCH).

5.2.2 Accès: Des réformes récentes visent à développer les structures assurant une prise en charge sanitaire adaptée d'ici à fin 2007. Un plan de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées ou dépendantes a été lancé. Pour permettre l'accès aux soins de longue durée, un effort de structuration de l'aide financière à l'autonomie a été mené

avec des résultats positifs (aides financières, réductions d'impôt, choix sur la prestation de compensation en nature ou espèces, aide ménagère...), réduisant les coûts de recours aux soins à domicile et en hébergement. Le problème de solvabilité demeure cependant et des efforts visant une meilleure coordination des sources financières sont nécessaires afin d'assurer une prestation de services uniforme. Le financement de l'aide ménagère par les communes et les caisses d'assurance vieillesse lorsque le niveau de dépendance de la personne est inférieur à celui requis pour bénéficier de l'APA et le chèque emploi service universel (CESU) qui solvabilise davantage les utilisateurs potentiels de services à domicile et peut être préfinancé par un tiers payant sont des exemples des efforts réalisés pour aider les personnes handicapées ou dépendantes.

Qualité: Les établissements et services médico-sociaux, financés par l'assurance maladie, doivent être préalablement autorisés conjointement (Etat, département). Leurs budgets de soins et tarifs sont négociés annuellement. Les droits des usagers ont été renforcés (livret d'accueil, contrat de séjour, projet d'établissement). Des normes d'application volontaires viennent en appui de la politique de qualité (i.e. services aux personnes à domicile). Une augmentation de la formation ainsi que la validation des acquis de l'expérience (VAE), pièce maîtresse de la professionnalisation de ces métiers, répondent au besoin croissant de personnels qualifiés. Les autorités veulent coordonner davantage le secteur sanitaire et le secteur médico-social en lançant un nouveau plan "solidarité grand âge 2007-2012" qui aura pour objectif d'encourager les alternatives à la prise en charge hospitalière et de mieux structurer l'offre dans les territoires à partir d'une filière gériatrique qui coordonnerait les différents intervenants. Un congé de soutien familial, qui offrira aux aidants un cadre juridique protecteur pour leurs emplois mais pas d'indemnisation, sera créée en 2007.

Viabilité à long terme: Les moyens financiers affectés par l'assurance maladie aux soins de longue durée ont augmenté à un rythme supérieur à 7% durant les dernières années (rythme supérieur à celui de l'accroissement des recettes de l'assurance maladie). Des ressources nouvelles sont affectées au financement de la CNSA : la contribution de solidarité autonomie (0,3% sur les salaires en contrepartie d'une journée de travail supplémentaire non rémunérée) et une contribution de 0,3% additionnelle aux prélèvements sociaux effectués sur certains revenus du patrimoine et des placements. Une partie de ces ressources permettra de compléter l'apport de l'assurance maladie pour le financement des structures médico-sociales. Les dépenses à charge des résidents en établissement sont corrélées à l'évolution de la partie hébergement. L'évolution des dépenses (coûts et salaires) étant encadrée par l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie et la CNSA, l'augmentation des ressources est limitée.

6. Défis

- Promouvoir l'inclusion active, en particulier l'accès et le retour durable sur le marché du travail des personnes qui en sont le plus éloignées avec une attention particulière pour l'intégration effective, professionnelle et socio-économique, des minorités visibles, en particulier les jeunes ;
- Résorber la crise du logement, notamment dans les zones urbaines les plus exposées ;
- Assurer l'adéquation des prestations et la viabilité financière des retraites en créant les conditions qui permettront aux travailleurs âgés de prolonger leur activité professionnelle et de réagir favorablement à l'amélioration des mesures d'incitation à l'emploi dans le système des retraites;

- Consolider la soutenabilité financière du système de santé par un approfondissement des réformes visant à assurer une meilleure coordination et intégration du parcours de soins, sur la base d'un pilotage à partir du médecin traitant qui pourrait amener, entre autres, à une rationalisation de la consommation pharmaceutique ainsi qu'une association plus directe de tous les acteurs à l'utilisation plus efficace des ressources ;
- Pour les soins de longue durée, assurer une coordination des différents acteurs de financement afin de réduire le reste à charge pour les personnes, assurant ainsi une meilleure égalité d'accès aux soins de longue durée, et de garantir la solvabilité à long terme du système dont les coûts vont nécessairement augmenter en prenant en compte les évolutions démographiques, le vieillissement de la population et les progrès médicaux et technologiques.