Rapport sur les stratégies

pour la protection sociale et l'inclusion sociale

FRANCE

22 Septembre 2006

SOMMAIRE

Partie 1 – Vue d'ensemble commune **4**

1.1 Aperçu de la situation démographique, économique et sociale de la France **4**
1.1.1 Les évolutions démographiques **4**
1.1.2 La croissance économique et l'emploi **5**
1.1.3 L'évolution de la pauvreté et des inégalités de revenus **6**
1.2 Approche stratégique générale **8**
1.3 Messages généraux **13**

Partie 2 – Plan national d'action pour l'inclusion sociale **15**

2.1 Défis clés, objectifs prioritaires et objectifs chiffrés **15**
2.2 Objectifs politiques prioritaires **18**
2.2.1 Favoriser l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées **18**
2.2.2 Intervenir pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes **28**
2.2.3 Développer l'offre de logement social et d'hébergement de qualité **35**
2.3 Bonne gouvernance **42**

Partie 3 – Rapport national de stratégie pour les pensions **49**

3.1 Suivi du rapport de 2005 **49**
3.1.1 Mesures visant à assurer l'adéquation des retraites **49**
3.1.2 Mesures visant à assurer la viabilité des retraites **50**
3.1.3 Mesures visant à assurer la modernisation des retraites **51**

Partie 4 – Stratégie nationale pour les soins de santé et de longue durée **53**

4.1 Résumé : soins de santé et de longue durée **53**
4.2 Soins de santé **55**
4.2.1 Brève description du système de soins de santé **55**
4.2.2 Politiques prioritaires pour l'accès aux soins de santé **57**
4.2.3 Politiques prioritaires pour la qualité des soins de santé **59**
4.2.4 Politiques prioritaires pour la gouvernance et la soutenabilité financière des soins de santé **61**
4.3 Soins de longue durée **63**
4.3.1 Description du système de soins de longue durée **63**
4.3.2 Politiques prioritaires pour l'accès aux soins de longue durée **64**
4.3.3 Politiques prioritaires pour la qualité des soins de longue durée **67**
4.3.4 Politiques prioritaires pour la soutenabilité financière des soins de longue durée **69**

ANNEXES (Document séparé)
Annexes statistiques
Annexes thématiques
Bonnes pratiques

AVANT-PROPOS

La rédaction du rapport sur les stratégies pour la protection sociale et l'inclusion sociale est le résultat d'un travail interministériel qui a donné lieu à plusieurs consultations avec les acteurs concernés, notamment le Comité du dialogue social pour les questions européennes et internationales ainsi que le Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et le Conseil national de l'insertion par l'activité économique pour le volet inclusion du rapport.

Une attention particulière a été accordée à la cohérence du présent rapport avec le Plan national de réforme 2005-2008 et son rapport de suivi pour 2006 .

PARTIE 1
VUE D'ENSEMBLE

1.1 Aperçu de la situation démographique, économique et sociale en France

Les années écoulées depuis le début de la présente décennie ont été marquées par des évolutions importantes dans les domaines démographique, économique et social.

1.1.1 Les évolutions démographiques

Dans ce domaine, la France se caractérise par une situation relativement atypique en Europe (*cf. tableau 1 en Annexe 1.1*). Alors que l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établissait en 2004 à 1,5 enfants par femme dans l'ensemble de l'Union européenne, la France, avec 1,9 enfants par femme, se situe au deuxième rang des États membres. Contrairement à ce qui avait pu être observé au cours de la décennie quatre-vingt dix, ce haut niveau de fécondité semble robuste à la conjoncture économique. Il est permis de penser que l'effort que la France consacre au soutien aux familles sous formes de prestations en nature et en espèces – prestations sociales et fiscales – contribue de façon décisive à cette position.

La France réalise également de bonnes performances en matière d'espérance de vie à la naissance. Elle se classait en effet en 2003 au second rang des États membres de l'Union européenne pour l'espérance de vie des femmes, avec 82,9 années contre 81,2 en moyenne européenne. Pour les deux sexes, la progression a été presque identique, de l'ordre de 2,5 années entre 1993 et 2003. Cependant, l'écart persistant en niveau entre la longévité des hommes et celle des femmes peut, dans une certaine mesure, refléter les traits caractéristiques du système de santé français, qui obtient d'excellents résultats en termes de performances curatives – ce qui pourrait expliquer le haut niveau de l'espérance de vie féminine -, alors que persistent des marges de progrès en matière de prévention des comportements à risque, des consommations addictives et des maladies graves, et par suite de mortalité masculine avant 65 ans qui reste relativement élevée.

Au cours des toute dernières années, les tendances de la mortalité en France ont connu d'amples fluctuations. En 2003, le nombre de décès a augmenté de + 17 000 - sur un total de 540 000 en moyenne depuis le début de la décennie -, en conséquence de la canicule intervenue en août qui a provoqué une augmentation des décès de personnes âgées. L'année 2004 a ensuite enregistré une forte baisse, qui s'explique en partie par le fait qu'une proportion importante des décès de 2003 liés à la canicule seraient intervenus en 2004 en l'absence de cet épisode, et n'ont donc été anticipés que de quelques mois. Cependant, les données provisoires portant sur l'année 2005 montrent que le nombre de décès s'établit au-dessous de la tendance des quinze dernières années, ce qui permet de penser que les mesures prises en 2004 en matière d'amélioration de l'équipement des institutions d'hébergement des personnes âgées ont produit de premiers effets sur la mortalité au très grand âge.

Cette progression de l'espérance de vie va concourir, avec l'effet de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées au lendemain de la seconde guerre mondiale, à la dégradation progressive du ratio de dépendance démographique, soit le rapport entre la

population âgée de 65 ans et plus et celle âgée de 20 à 64 ans *(cf. tableau 2)*. Selon le scénario de référence des projections les plus récentes mobilisées dans le cadre d'un exercice de projection des charges futures de retraite réalisé au printemps 2006, ce ratio est promis à un doublement entre 2010 à 2050 (six personnes âgées de 65 ans et plus pour une âgée de 20 à 64 ans, contre trois aujourd'hui).

1.1.2 La croissance économique et l'emploi

Depuis le début de la présente décennie, la France a connu une croissance de son produit intérieur brut de + 1,5 % en moyenne par an en termes réels (*cf. tableau 3*). Modeste eu égard au rythme observé au cours des années 1995 – 2000 (+ 2,8 % en moyenne par an), cette croissance s'est cependant avérée légèrement supérieure à celle de l'ensemble de la zone euro (+ 1,4 % en moyenne par an entre 2000 et 2005). Pour 2006, le Gouvernement français prévoit le retour à une croissance économique comprise entre 2 % et 2,5 %, qui semble atteignable au vu des résultats des premiers mois qui font état d'une croissance en rythme annualisé de + 2,2 %.

Malgré cette croissance économique modeste, l'emploi a continuellement progressé au cours des années récentes (*cf. tableau 4*). Même l'année 2003, marquée par une activité économique atone, a vu une stabilisation de l'emploi. En 2005, les créations nettes d'emploi se sont élevées à + 99 000 environ, des emplois essentiellement féminins et à temps partiel[1]. Le taux d'emploi des femmes en France atteint 56,9 % en 2005 ; il se rapproche de l'objectif que le Conseil européen de Lisbonne a fixé pour cet indicateur à l'horizon 2010, qui est d'atteindre 60 %. Cette progression de l'emploi a bénéficié en 2005 d'une augmentation du nombre des emplois aidés dans le secteur non marchand. Cependant, le trait marquant des évolutions de l'emploi depuis une quinzaine d'années est la fin du déclin de l'emploi peu qualifié, dont la part dans l'emploi total s'est stabilisée à partir des années quatre-vingt dix, sous l'effet des politiques d'allégement des charges sociales supportées par les employeurs sur les plus basses rémunérations.

Ces évolutions de l'emploi favorables sur le plan quantitatif ont toutefois eu pour contrepartie une certaine augmentation des emplois de moindre qualité. Ainsi, les formes particulières d'emploi – intérim, contrats à durée déterminée, contrats d'apprentissage, stages et contrats aidés – représentent 13,6% de l'emploi salarié en 2005, soit une proportion plus élevée qu'en 2004 (13,3%) et 2003 (12%). Selon la définition européenne, 5,4% des personnes en emploi la majeure partie de l'année vivaient dans un ménage pauvre en 2003.

Globalement, le taux d'emploi de la population âgée de 15 à 64 ans a très légèrement reculé. Cependant l'évolution est plus favorable pour les travailleurs les plus âgés : le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans a légèrement progressé en 2005 : à 37,9 %, il est supérieur de 3,2 points à son niveau de 2002 (*cf. tableau 5*).

Dans un contexte où, à la veille de l'arrivée à l'âge de la retraite des premières générations du « baby-boom », la population active continue à progresser de façon importante, ce n'est qu'à partir du 2ème trimestre 2005 que le nombre de chômeurs a pu amorcer une baisse . Ce mouvement semble toutefois robuste, puisque le chômage est redescendu à la fin juillet 2006 à 8,9 % de la population active, alors qu'il atteignait plus de 10% un an auparavant. Toutes les classes d'âge bénéficient de la baisse du chômage, même si, en niveau, la probabilité de

[1] INSEE, *Premiers résultats de l'enquête sur l'emploi 2005.*

connaître un épisode de chômage reste deux fois et demie plus élevée pour les 15 – 24 ans que pour l'ensemble de la population.

1.1.3 L'évolution de la pauvreté et des inégalités de revenus

Les données statistiques les plus récentes relatives aux revenus des ménages, à la pauvreté et aux inégalités portent sur l'année 2003. Pour cette année, le seuil de pauvreté monétaire retenu au niveau européen – 60 % de la médiane de la distribution des revenus par unités de consommation – s'établissait à 768 euros par mois pour une personne seule. 12 % des ménages français disposaient ainsi de ressources inférieures à ce seuil de pauvreté, soit un proportion stable par rapport à 2002 (*cf. tableau 6*). Cependant, sous un seuil de ressources jusqu'à ce jour utilisé en France - 50 % du revenu médian par unité de consommation -, la pauvreté monétaire aurait légèrement augmenté entre 2002 et 2003, de 5,9% à 6,3 % de l'ensemble des ménages

Pour la période la plus récente, il est possible d'approcher les tendances de la pauvreté au moyen des données publiées trimestriellement sur le nombre de bénéficiaires du principal minimum social, le revenu minimum d'insertion (RMI). En 2004 et 2005, le nombre d'allocataires du RMI a continué à progresser, respectivement de + 8,5 % et de + 4,7 % en glissement annuel. Au contraire, les données relatives au premier trimestre 2006 font apparaître, pour la première fois depuis 2002, une diminution de – 0,8 %, qui peut être imputée à la diminution régulière du nombre des demandeurs d'emploi depuis la mi-2005. Cependant, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'Allocation de Parent Isolé[2] demeure soutenue : +3,8% en 2005, +3,3% en 2004, +3,6% en 2003.

Lorsque l'on considère les évolutions sur longue période, on constate que l'incidence de la pauvreté a reculé d'un tiers depuis une trentaine d'années. Cette tendance globale reflète en réalité deux phénomènes distincts : d'un côté, la pauvreté a très fortement reculé parmi les retraités jusqu'au milieu des années quatre-vingt dix, pour atteindre au seuil de 50 % du revenu médian le taux de 3,6 % en 2001 ; à l'inverse, elle a connu une progression lente mais régulière parmi les salariés et les chômeurs, pour lesquels elle atteignait 4,5 % des individus en 2001. Ainsi, alors qu'à la fin des « Trente Glorieuses » c'est principalement parmi les personnes âgées que se concentrait la pauvreté monétaire, les retraités sont aujourd'hui davantage protégés du risque de pauvreté que les personnes actives.

L'évolution des inégalités de niveau de vie en France se marque par une grande stabilité au cours des dernières années. Lorsque l'on compare, à l'aide de l'indicateur dit « rapport inter-quintile », le niveau de vie au-dessus duquel on dénombre les 20 % d'individus les plus favorisés et celui au-dessous duquel se trouvent les 20 % d'individus aux ressources les plus faibles, on constate que le ratio entre ces deux bornes s'établissait à un niveau à peine supérieur à 2 en 2003. Ainsi mesurées, les inégalités de niveau de vie paraissent orientées en baisse lente mais régulière.

Il est vrai que cet indicateur global ne rend pas compte de façon complète des enjeux auxquels sont actuellement confrontés les politiques sociales en France. D'une part, certains groupes restent en effet exposés à des risques de situations défavorisées. Les jeunes ont ainsi connu au cours de la première partie des années quatre-vingt dix un appauvrissement absolu – c'est-à-dire une diminution du niveau des générations successives âgées de 18 à 29 ans -, et si ce

[2] 98,5 % de femmes en 2004

phénomène semble s'être interrompu depuis une dizaine d'années, il subsiste des difficultés importantes d'accès des jeunes à l'emploi. Le taux de chômage des moins de trente ans était encore près du double du taux de chômage de l'ensemble de la population (17,3 %, contre 9,8 % en 2005), avec des niveaux beaucoup plus élevés dans le cas des jeunes faiblement qualifiés ou issus de l'immigration. D'autre part, certains éléments du niveau de vie connaissent sur la période récente des évolutions préoccupantes, comme le coût du logement locatif. Si le parc de logement social permet de contenir le taux d'effort des ménages qu'il accueille, parmi lesquels un tiers de ménages pauvres pour lesquels ce taux d'effort ne dépasse pas 10 % en moyenne, la situation est plus défavorable pour les ménages pauvres hébergés dans le parc locatif privé, l'effort net de ces ménages dépassant 25 %.

La réduction régulière des inégalités de niveau de vie en France semble tenir au rôle redistributif important et croissant de la fiscalité et du système de protection sociale. En France, les dépenses de protection sociale représentaient en 2004 29,1 % du produit intérieur brut (*cf. tableau 7*), soit davantage qu'en moyenne dans les quinze premiers États membres de l'Union européenne, avec un poids important des dépenses de retraites – compte tenu du caractère essentiellement public de la fourniture de pensions en France (*cf. tableau 8*)-, de santé, et en faveur de la maternité et de la famille. Diverses mesures ont été prises depuis le début de la présente décennie qui ont contribué à cet accroissement du pouvoir redistributif des transferts sociaux et fiscaux : réforme des barèmes des aides au logement et de la taxe d'habitation, aménagement des taux d'imposition sur le revenu les plus bas, création et développement de la « prime pour l'emploi » - un crédit d'impôt en faveur des ménages percevant de faibles revenus d'activité -, aménagement des aides aux familles ayant de jeunes enfants[3]. En 2006 doit entrer en vigueur une réforme importante des aides versées aux personnes qui cessent de percevoir une allocation d'assistance pour occuper un emploi : versement d'une prime de retour à l'emploi et d'un complément mensuel pendant un an après la reprise d'emploi.

La France d'outre-mer connaît une situation sociale difficile que le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion illustre particulièrement (20,1 % de la population des départements d'outre-mer contre 3,6 % en métropole). En dépit de leur dynamisme économique, ces territoires souffrent d'un cumul de handicaps liés à l'éloignement, la faible industrialisation, le décalage structurel entre la croissance économique, celle de d'emploi et celle de la population active du fait notamment de l'arrivée massive sur le marché du travail d'une population jeune, combinée à l'inversion des flux migratoires. Pour faire face à cette situation, la politique ultramarine menée par la France s'appuie, outre sur les mesures de droit commun, sur des outils spécifiques complémentaires : dispositif particulier de prise en charge des bénéficiaires du RMI (agences d'insertion), mesures favorisant le retour à l'emploi (allocation de retour à l'activité, contrats d'insertion par l'activité, contrats d'accès à l'emploi), aides aux entreprises pour stimuler l'embauche (exonérations totales ou partielles de charges sociales pour certaines catégories d'activité), amélioration de la protection sociale (majoration du plafond de ressources de la CMUC).

1.2 - Approche stratégique générale

[3] Les aides à la scolarité, les minima sociaux et les aides au logement sont fortement concentrés sur les ménages les plus pauvres. La contribution des aides aux logement à la réduction des inégalités de niveau de vie est à cet égard particulièrement important (près de 19,4%), à égalité avec l'ensemble des minima sociaux (18,4%).

Comme le préconisent les conclusions du Conseil européen de printemps de mars 2005, la croissance et l'emploi doivent être au service de la cohésion sociale. Le modèle social français est fondé sur la recherche du plein emploi de qualité et d'une plus grande cohésion sociale et territoriale qui sont deux vecteurs essentiels de croissance. Il convient d'assurer la pérennité de ce modèle en développant l'emploi et en redressant les comptes sociaux de manière à pouvoir créer de nouvelles marges d'action.

a) Les priorités françaises pour retrouver des marges de manœuvre budgétaires pour faire face au choc du vieillissement de la population et favoriser davantage les politiques d'avenir, sont présentées dans le Rapport de suivi 2006 du *Programme national de réformes français*. Dans ce contexte, le 1er axe stratégique pour la sécurité sociale est de **redresser les comptes des régimes pour assurer la viabilité à long terme du modèle social français.** Au cours de la période récente, la France a engagé des réformes de grande ampleur dans le domaine des retraites (2003) et de l'assurance maladie (2004*).* Les premiers résultats de cette politique déterminée peuvent d'ores et déjà être constatés avec une réduction du déficit du régime général de sécurité sociale de 11,9 Md€ à 11,6 Md€ en 2005 et une prévision de déficit de 10,3 Md€ pour 2006. Cet effort est appelé à se poursuivre : la *Conférence nationale des finances publiques* a assigné aux finances sociales un double objectif d'une croissance limitée à un niveau de 1% en volume sur l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale et d'un retour vers l'équilibre du régime général de sécurité sociale en 2009.

En matière de dépenses de santé, si les efforts des dernières années ont permis de ralentir fortement le rythme d'évolution des dépenses, le rythme «tendanciel» demeure élevé. C'est pourquoi, de nombreuses mesures de la réforme de 2004 visent, progressivement et durablement, à responsabiliser les patients comme les offreurs de soins et à rendre l'allocation des ressources plus efficiente (favoriser dans tous les secteurs un meilleur usage des soins, lutter contre la consommation excessive de médicaments, contre les abus et les fraudes, poursuivre la mise en place d'une tarification à l'activité dans les établissements de santé, améliorer le contrôle de gestion et les systèmes d'information…).

Dans le domaine des retraites, la réforme a pour principal objectif de préserver la capacité financière des régimes légaux en répartition à servir, à l'horizon 2020, des pensions adaptées aux besoins des assurés. La surveillance de cet objectif et l'adaptabilité du système de pensions est assurée par des rendez-vous quadriennaux, dont le premier est prévu en 2008.

Parallèlement, il s'agit de continuer à offrir **un haut niveau de protection, dans un souci d'équité et de cohésion sociale**. De ce point de vue, les prochaines années verront la montée en puissance de plusieurs mesures issues de la réforme de 2003 (revalorisation progressive des pensions des salariés les plus modestes, alignement progressif de la durée d'assurance des fonctionnaires sur celle des salariés du privé, réduction progressive, dans le sens de la neutralité actuarielle, de la minoration applicable en cas de carrière incomplète et retraite anticipée accordée aux assurés ayant commencé à travailler très jeune et accompli une longue carrière professionnelle. En matière d'accès aux soins, le prochain renforcement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire devrait limiter encore le renoncement aux soins pour motifs financiers. L'amélioration de la situation financière de l'assurance maladie permet en outre une meilleure prise en compte du progrès médical et technique pour garantir à chacun des soins de qualité. La systématisation de la prévention décidée par la loi de 2004 sur la santé publique, centrée sur la personne, va permettre d'agir sur les comportements et d'être mieux adaptée aux différents âges de la vie et aux populations cibles. Enfin, la mise en œuvre des grandes réformes dans le domaine de la dépendance et du handicap (2004 et 2005) , le *Plan*

Vieillissement et solidarités 2004/2007 et le *Plan solidarité Grand Age* qui lui succède, les récentes annonces de la Conférence de la famille pour améliorer le statut des aidants familiaux sont autant d'étapes vers une protection plus élevée et plus solidaire de ces personnes.

Le 3ème axe stratégique vise à **renforcer la qualité et l'accessibilité de l'offre de soins de santé et de soins de longue durée et à poursuivre son adaptation aux besoins de la population, (« dépenser mieux pour soigner mieux »).** La qualité et l'accessibilité des soins constituent un enjeu majeur dont le principal défi est la démographie des professions de santé et la médicalisation équitable des zones géographiques conformément au plan ambitieux décidé en 2006. Les prochaines années vont aussi voir mieux répartie sur le territoire et se développer sur la base du *Plan Solidarité Grand Age*, tant quantitativement (création de places) que qualitativement (médicalisation accrue), l'offre en matière d'établissements pour personnes âgées. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3ème génération se mettent en place en prenant en compte les besoins particuliers de certains secteurs (santé mentale par exemple). L'adaptation de l'offre devra se faire également progressivement via la mise en place des nouveaux dispositifs pour les personnes dépendantes et handicapées et de manière générale par une meilleure association des représentants des usagers.

Par ailleurs, la France se trouve confrontée depuis plusieurs décennies à ce qui est parfois appelé une pauvreté disqualifiante[4]. Cette notion se réfère au fait que les personnes confrontées à la pauvreté ne constituent, ni une masse homogène sur un territoire circonscrit, ni un groupe marginal et résiduel, mais une population croissante vivant hors de la sphère productive et dépendant pour l'essentiel de revenus des politiques sociales. Cette forme de pauvreté renvoie à un processus qui touche des franges de la société auparavant intégrées, lorsque le marché de l'emploi était suffisamment dynamique et ouvert. Habitant fréquemment, dans des quartiers situés à la périphérie des grandes villes, où se concentrent mise à l'écart géographique et relégation sociale, ces personnes se heurtent à un ensemble de difficultés : logement, santé, participation à la vie sociale…qui ne leur permettent plus d'exercer pleinement l'ensemble de leurs droits et de leurs devoirs de citoyens. En effet, socialement disqualifiées, elles doivent surmonter tant la méfiance des bailleurs lorsqu'il s'agit d'accéder à un logement que celle des banques lors de l'ouverture d'un compte ou d'une demande de prêt. De même, elles participent peu à la vie de la cité[5], cumulant pauvreté monétaire et isolement social. La dégradation de la situation de vie de plusieurs millions de personnes [6]ne peut avoir qu'un impact fort sur l'ensemble de la société, créant un sentiment d'insécurité et présentant un danger pour sa cohésion, qu'il s'agit de combattre par une politique active de prévention et de lutte contre la pauvreté et de lutte contre l'exclusion.

Aucun facteur n'expliquant à lui seul la situation de précarité et de pauvreté dans laquelle vivent ces personnes et par ce que l'on est en présence de mécanismes d'interaction complexes entre les différents types de difficultés auxquelles elles se heurtent, **les politiques mises en œuvre doivent apporter des réponses globales et intégrées, mobilisant tous les acteurs et décideurs nationaux et locaux.** C'est ainsi que depuis 2005, le Plan de cohésion sociale rassemble les services de l'État, les collectivités locales, les partenaires sociaux et les associations autour des trois axes prioritaires :

[4] Serge PAUGAM, Les formes élémentaires de la pauvreté, Paris, PUF, 2005.
[5] Seuls 18,8% des chômeurs de plus d'un an participent en France à la vie associative
[6] 7,2 millions (seuil 60% du revenu médian)des personnes vivant en France en 2003 se situaient sous le seuil de pauvreté

- **La bataille pour l'emploi**, engagée depuis 2004, a pour objectif de créer les conditions optimales pour l'accès et le retour à l'emploi de ceux qui en sont éloignés, notamment de ceux qui présentent des fragilités tant professionnelles que sociales : par un développement de l'offre, une meilleure organisation des services de l'emploi, une valorisation financière du travail, une sécurisation des parcours et un accompagnement individualisé adapté, une politique volontariste en faveur de l'emploi des seniors et un renforcement des moyens consacrés à l'insertion des jeunes.

- **La relance d'une politique du logement** constitue la réponse à un défi majeur pour la cohésion de la société française, celui du mal logement : par une mobilisation foncière et un accroissement significatif de l'offre, notamment de logements sociaux, - tout en veillant au respect de la mixité sociale - , un soutien au parc privé, une amélioration des procédures de prévention des expulsions et le développement du logement intermédiaire et de l'hébergement pour les publics marginalisés.

- **La politique d'égalité des chances** constitue un élément essentiel de la cohésion sociale entre les populations et entre les territoires : par un repérage et un accompagnement le plus en amont possible des jeunes présentant à divers égards des risques de désocialisation, une dynamisation de la politique d'accueil et d'intégration des personnes immigrées, la recherche d'un meilleur équilibre entre les territoires, le développement d'une synergie entre les services chargés d'informer et d'accompagner les populations en difficulté, la mobilisation des acteurs locaux.

En matière d'égalité des chances, un accent particulier est mis sur les questions d'**égalité entre les hommes et les femmes**. Si l'égalité des droits est désormais acquise, des progrès restent à faire en matière d'égalité réelle. Pour cela, la politique conduite repose sur une double entrée à la fois intégrée et spécifique. Intégrée, car il convient de prendre en compte les besoins respectifs des hommes et des femmes dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques sectorielles, et spécifique, pour réduire des inégalités de fait qui nécessitent encore des mesures positives en faveur des femmes. Qu'il s'agisse de la vie politique ou vie économique, le déséquilibre subsiste entre femmes et hommes. Enfin, 10 % des femmes sont encore chaque année victimes de violences conjugales et des jeunes filles subissent encore des mutilations sexuelles et des mariages forcés.

b) Les politiques en matière de protection sociale et d'inclusion sociale participent largement au développement de la croissance et de l'emploi, outre la contribution indispensable à la politique de réduction du déficit des finances publiques (cf. supra).

Par exemple, le nombre d'emplois créés et maintenus par l'allègement des cotisations sociales en faveur des emplois les moins qualifiés est estimé à 800 000. D'une manière générale, la France réfléchit actuellement à un autre mode de financement de la protection sociale, reposant sur une assiette élargie au delà des seuls revenus d'activité, pour que ce financement soit à la fois plus juste et plus favorable à l'emploi. Il s'agit de concourir à la compétitivité, de préserver le financement pérenne de la protection sociale tout en favorisant l'emploi. Un groupe de travail a fait des premières propositions le 29 mai, actuellement en cours de concertation.

Les politiques de protection sociale et d'inclusion sociale tendent aussi à assurer plus de croissance et, en conséquence un financement plus sûr et durable d'un haut niveau de

protection sociale et de cohésion sociale : adaptation des règles d'ouverture des droits à la sécurité sociale qui joue un rôle majeur dans la souplesse du marché du travail et sécurisation des parcours professionnels, encouragement au retour à l'emploi, notamment de ceux qui en sont le plus éloignés, accompagnement de l'insertion des jeunes, meilleure conciliation de la vie professionnelle et familiale grâce à une politique familiale active, développement des services à la personne par la loi de 2005 et amélioration de la qualification des travailleurs de ce secteur ainsi que prolongation de la vie active qui est l'un des objectifs principaux de la réforme des retraites de 2003.

L'augmentation de la durée d'assurance de référence, nécessaire pour bénéficier d'une pension complète, est à cet égard déterminante. D'ici 2008, les principaux régimes auront une référence commune (40 années) qui évoluera ensuite en fonction de l'espérance de vie et que la loi fixe d'ores et déjà à 41 annuités en 2012. La réforme de 2003 est aujourd'hui amplifiée par le Plan d'action concerté pour l'emploi des seniors 2006-2010 dont l'objectif est de parvenir à une augmentation du taux d'emploi des 55-64 ans de l'ordre de 2 points par an sur la période 2006-2010 afin d'atteindre un taux de 50 % à horizon 2010, conformément à l'objectif européen.

L'amélioration de la situation de l'emploi est indispensable à la préservation du système social dans son ensemble : l'évolution des recettes est principalement corrélée à celle des revenus professionnels dont l'augmentation contribue ainsi à la progression et au dynamisme des recettes. La réforme de 2003 sur les retraites est, par exemple, fondée sur la capacité de l'économie française à réduire le chômage et à réorienter vers les retraites une partie des ressources ainsi rendues disponibles, sans augmentation globale des prélèvements obligatoires.

c) Depuis l'initiation d'une politique globale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, qui suppose la **mobilisation de nombreux acteurs** dont les personnes en difficulté elles-mêmes, le contexte politique et administratif a évolué dans le sens d'un renforcement de la territorialisation des politiques publiques, dans l'objectif d'apporter des réponses de proximité aux citoyens. Dans le même temps, de nouveaux outils d'observation et d'évaluation ont été mis en place : depuis 2004, les pouvoirs publics ont initié diverses expérimentations en matière d'**évaluation participative**, propres à intégrer le point de vue des personnes en difficulté. Ces pratiques sont particulièrement précieuses à double titre : par ce qu'elles apprennent du vécu des personnes et de leur appréhension des politiques publiques qui les concernent ; par ce qu'elles redonnent de valeur citoyenne aux personnes participant à ces exercices Ainsi, une « **nouvelle gouvernance** » se construit peu à peu à laquelle la France est très attachée car elle permet de mieux valoriser le capital humain engagé dans la lutte pour l'inclusion sociale. Cette démarche participe à la sauvegarde du modèle social français bâti autour des notions de solidarité et de protection des personnes vulnérables.

Dans le domaine de la protection sociale, la bonne gouvernance est une préoccupation ancienne en France comme en témoignent par exemple la *Commission des comptes de la sécurité sociale*, les *conventions de gestion d'objectifs* entre l'État et les caisses de sécurité sociale ou encore *l'Objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM*). Ce mouvement a été renforcé par les récentes réformes dont les effet vont se produire dans les années à venir. La procédure de la *loi* annuelle *de financement de la sécurité sociale* vient d'être rénovée en 2005 afin de rendre les comptes sociaux plus lisibles, de les présenter dans une perspective pluriannuelle et de renforcer les pouvoirs du Parlement qui se prononcera désormais également sur les équilibres prévisionnels. Une démarche par objectifs et résultats

est également introduite avec des programmes de qualité et d'efficience présentant un diagnostic de situation, des objectifs retracés à partir d'indicateurs. Elle sera effective en 2007. Enfin la recherche d'une bonne gouvernance se traduit aussi par une politique déterminée de simplification des règles, des procédures et de l'organisation : d'ores et déjà une dizaine d'ordonnances de simplification ont été adoptées. Une nouvelle série est en cours d'élaboration.

Les réformes récentes en matière de retraites, d'assurance maladie, de dépendance et de handicap ont clarifié les rôles respectifs de l'État, des caisses *(Union des caisses d'assurance maladie, Caisse nationale de solidarité autonomie*) et des collectivités locales. Elles ont renforcé les outils de la réflexion collective et partagée (renforcement du rôle du *Conseil d'orientation des retraites*, création du *Haut Conseil de l'assurance maladie*). Elles ont également cherché à mettre en place des instruments efficaces et réactifs de pilotage : les rendez-vous quadriennaux de réexamen des résultats en matière de retraite, le *comité d'alerte* destiné à identifier de manière précoce d'éventuels dérapages des dépenses de maladie et à les corriger rapidement. On peut également citer la *Haute autorité de la Santé,* organe indépendant, chargée d'évaluer le service attendu et rendu par les actes, produits et prestations, d'élaborer et diffuser des recommandations de bon usage et de bonnes pratiques et d'évaluer les structures et les professionnels de santé. Enfin, des outils de libre choix de l'âge de la retraite, de responsabilisation des assurés et des professionnels de santé ont été mis en place. Du point de vue de la gouvernance des organismes eux-mêmes, l'accent est mis sur le renforcement de la performance des caisses de sécurité sociale, notamment dans le cadre de conventions d'objectifs et de gestion, renforcement qui constitue l'un des principaux enjeux des politiques de protection sociale.

La pratique de l'évaluation des politiques sociales ne cesse de se développer. Plusieurs grandes lois sociales adoptées récemment prévoient la réalisation d'évaluations avant leur reconduction. On peut ainsi citer les cas :

- de la loi de lutte contre les exclusions, qui a été évaluée à deux reprises en 2001 et en 2004 ; l'évaluation de 2004 s'est traduite par un programme d'action présenté par le Premier ministre en juillet 2004, portant sur la promotion des actions et des métiers de la lutte contre l'exclusion, l'accès aux droits fondamentaux et l'hébergement des personnes en difficulté ;
- de la loi instaurant la CMU complémentaire en 2000 qui prévoit un suivi annuel du dispositif ;
- de la réforme des retraites de 2003, qui prévoit plusieurs étapes – 2008, 2012, 2016 – précédées de travaux d'expertise et de concertation menés notamment par le *Conseil d'orientation des retraites* ;
- de la loi de santé publique de 2004 qui prévoit une évaluation tous les cinq ans préalable à la fixation de nouveaux objectifs dans ce domaine.

La pratique en France est de distinguer l'évaluation et la concertation. L'évaluation est généralement confiée à des membres des corps de contrôle de l'administration ou à des personnalités reconnues pour leur compétence dans les domaines évalués et dont l'indépendance est un gage de rigueur méthodologique indispensable à l'appréciation des résultats des politiques. La concertation est organisée dans des instances regroupant selon les cas parlementaires, partenaires sociaux et autres acteurs de la société civile, universitaires et chercheurs, administrations, dont le but est de favoriser la confrontation des points de vue sur les objectifs à l'aune desquels juger ces politiques.

1.3 - Messages généraux

Les messages généraux au sein desquels vont se poursuivre les stratégies en matière d'inclusion sociale, de retraites, de santé et de soins de longue durée sont les suivants :

- **Redresser les comptes sociaux pour assurer la viabilité à long terme du modèle social français :** poursuivre le redressement des comptes est une des priorités pour résorber le déficit public et maintenir le modèle social français sans pour autant accroître le coût du travail ; paradoxalement on note un engagement renforcé des employeurs dans les couvertures complémentaires laissées à leur initiative dans des proportions nettement plus importantes que les prélèvements sociaux obligatoires.

- **Poursuivre et développer des réponses globales visant à agir simultanément sur tous les éléments qui favorisent l'inclusion sociale en prenant en compte l'ensemble des droits fondamentaux** que sont l'accès au droit et à la justice, l'éducation, l'emploi, le logement, la santé, la lutte contre les discriminations, l'intégration des personnes immigrées, la culture et les loisirs. La mobilisation de tous est un point essentiel de la réussite de cette politique : elle suppose la mise en synergie des acteurs et, notamment, l'expertise des personnes en situation de pauvreté

- **Continuer à contribuer activement au développement de l'emploi** par un allègement des charges sociales pour les bas salaires, une politique familiale résolument orientée vers une facilitation de l'accès à l'emploi, des règles d'ouverture des droits aux prestations (y compris aux pensions) de mieux en mieux compatibles avec l'évolution des emplois des hommes et des femmes et des modalités de libre choix de l'âge de départ à la retraite.

- **Rompre autant que possible avec les logiques d'assistance et développer le capital humain** en promouvant le retour à l'emploi, le développement de l'autonomie, notamment financière, et l'exercice de l'ensemble des droits et devoirs des citoyens.

- **Veiller à ce que tous accèdent à des prestations adaptées à leurs besoins, garantir l'avenir de notre système par répartition, et offrir à tous des soins de qualité :** Maintenir un haut niveau de prestations de retraite et de santé pour l'ensemble de la population tout en veillant, par des mesures appropriées de solidarité et de redistribution, à ce que tous (les plus malades, les plus démunis, ceux dont la carrière professionnelle est partielle…) voient leurs besoins satisfaits dans un cadre assurant l'équité et la cohésion sociale et anticipant les ruptures afin de prévenir les risques de pauvreté et d'exclusion sociale. Continuer à améliorer durablement la qualité et la sécurité des régimes et assurances de 2ème et 3ème pilier par l'application des réglementations prudentielles et les incitations sociales et fiscales.

- **Poursuivre une politique familiale active, au service des choix familiaux :** Conforter et améliorer nos résultats démographiques en poursuivant une politique qui vise essentiellement à permettre à chacun, et en tout premier lieu aux femmes, de concilier vie professionnelle et vie familiale.

- **Améliorer l'efficience de notre système :** Rendre plus efficient notre système social tant au niveau national que local par une orientation affirmée de renforcement de la

performance et notamment de veiller à l'adaptation des ressources et à l'efficacité de leur recouvrement. Simplifier les régimes, les dispositifs et les procédures à l'égard des assurés sociaux et des employeurs comme des personnes handicapées et dépendantes. Poursuivre une action résolue de lutte contre les abus et les fraudes et d'amélioration du service rendu aux bénéficiaires.

PARTIE 2
PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION SOCIALE

2-1 – Défis clés, objectifs prioritaires et objectifs chiffrés

Défis clés et objectifs prioritaires

En dépit des efforts engagés, la France se trouve confrontée à de nombreux défis qui appellent une réponse forte et coordonnée, dans la durée. Ces défis, identifiés tant au niveau national que par la Commission européenne sont :

- un chômage encore important malgré une baisse significative depuis un an : 8,9% en juillet 2006, soit 2 100 000 demandeurs d'emploi
- des difficultés d'apprentissage des savoirs de base et des risques de décrochage dès le collège ;
- des difficultés d'insertion pour les jeunes : en dépit d'une nette amélioration du taux d'insertion, plus de 20 % des jeunes actifs de moins de 25 ans sont au chômage ;
    - une offre de logements sociaux déficitaire : non-couverture des besoins de logement estimée entre 400 000 et 500 000 unités ;
    - une forte ségrégation territoriale dans les villes et les agglomérations où sont situés des quartiers sensibles ;
    - la persistance d'attitudes discriminatoires et racistes ;
    - un travail à poursuivre pour l'intégration des personnes immigrées.

En accord avec la stratégie de Lisbonne, le Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005, a commencé à apporter des réponses à ces situations, en mettant plus particulièrement l'accent sur :

- la création de conditions innovantes et durables du développement de l'emploi qui privilégient le retour à l'activité de tous et la sortie des logiques d'assistance. Ainsi, le Plan et la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 ont permis la rénovation du Service public de l'emploi (SPE) et le renforcement d'un accompagnement plus individualisé des demandeurs d'emploi en difficulté. La relance de la formation en apprentissage répond à la demande de jeunes qui présentent des difficultés d'insertion dans l'emploi. La réorganisation des contrats aidés et la création du contrat d'avenir directement accessible aux titulaires de minima sociaux font déjà sentir leurs effets positifs sur le chômage puisque depuis plusieurs mois celui-ci est en baisse constante. Les mesures de renforcement du secteur de l'insertion par l'activité économique ainsi que les aides à la création d'entreprises par des demandeurs d'emploi participent également à ce mouvement.

- le renforcement de la prévention des risques d'exclusion, qu'il s'agisse des dispositifs relatifs au logement ou à l'égalité des chances, notamment en direction des enfants et des jeunes présentant le plus de risque d'échecs. Ainsi, ce sont 250 000 logements locatifs sociaux nouveaux et 400 000 réhabilitations qui ont été programmés pour une période qui s'étend jusqu'en 2011, auxquels s'ajoute pour les cinq ans à venir la remise à disposition de 300 000 logements privés. Par ailleurs, il a été procédé à une inflexion forte de la politique de l'éducation dans les petites classes en faveur du développement des apprentissages

fondamentaux afin d'apporter une réponse à l'une des causes principales de l'échec scolaire et des difficultés rencontrées par certains jeunes au moment de leur insertion dans le monde du travail. De même, le programme de réussite éducative permet de mobiliser les moyens nécessaires pour résoudre, dès qu'elles sont repérées, les difficultés éducatives des enfants et des adolescents.

- la consolidation de la mobilisation de tous les acteurs de la lutte contre l'exclusion avec la réunion d'une conférence nationale, en juillet 2004, suivie d'un comité interministériel de lutte contre l'exclusion qui ont permis de renforcer les échanges entre les différents acteurs institutionnels, associatifs, élus, partenaires sociaux…, afin de dégager de nouvelles pistes de progrès. En outre, la prise en compte de l'expression directe des personnes en situation d'exclusion a été encouragée grâce à diverses initiatives, dans le but d'apporter des réponses plus adéquates aux besoins des populations vulnérables, notamment en matière d'accès aux droits.

Forte des avancées déjà obtenues, **la France s'engage pour les trois années à venir à poursuivre ses efforts en faveur d'une croissance sociale soutenue, en mettant l'accent sur :**

- l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées : en accroissant l'offre d'insertion et d'emploi ; en sécurisant les parcours afin que les revenus d'activité soient toujours privilégiés aux revenus d'assistance et en levant les freins à l'emploi ;

- l'insertion sociale et professionnelle des jeunes et plus particulièrement ceux qui sont confrontés à des discriminations et à des difficultés d'intégration et ceux qui habitent dans les quartiers sensibles : en offrant une formation initiale adaptée, en facilitant l'insertion professionnelle et sociale et en développant la lutte contre les discriminations et les politiques d'intégration ;

- le développement de l'offre de logement social et d'hébergement : en augmentant les constructions, en améliorant l'accès aux logements et en prévenant les expulsions, en offrant des formules de logements adaptés, en fluidifiant les parcours de logement et en consolidant dans la durée des réponses d'hébergement de qualité.

Indicateurs

Depuis 2001, une annexe statistique accompagne chacun des plans nationaux d'action pour l'inclusion sociale. Il en est de même pour le rapport national de stratégie 2006-2008. Fidèle à l'approche française de la lutte contre l'exclusion, l'élaboration des indicateurs de suivi et d'évaluation des plans nationaux d'actions privilégie volontairement une démarche large et englobante, avec plusieurs niveaux d'indicateurs, et une approche la plus multidimensionnelle et interministérielle possible. En contrepartie, elle aboutit à un nombre élevé d'indicateurs, dont certains sont déclinés suivant plusieurs axes. Ce parti pris reflète ainsi la volonté d'appréhender à la fois des aspects assez bien connus de la protection sociale et de la redistribution, des politiques de l'emploi et du logement, mais aussi des aspects moins connus de l'action contre l'exclusion, relatifs par exemple à la situation de certains groupes sociaux. L'orientation reste cependant davantage centrée sur la mesure des résultats auprès de la population générale ou des bénéficiaires des principaux dispositifs, que sur l'activité administrative et les efforts consentis au titre des différents secteurs d'intervention. Par ailleurs, un nombre suffisamment étendu d'indicateurs ont été regroupés pour composer un

ensemble pertinent et neutre vis-à-vis des normes sociales, plutôt que de recourir aux indicateurs composites, notamment en agrégeant des données hétérogènes. Le choix des indicateurs a été de partir des « acquis » de la démarche européenne, notamment de reprendre et de décliner les indicateurs généraux de résultat définis par le sous-groupe indicateurs du CPS, et de les compléter par des indicateurs de condition de vie, des indicateurs d'environnement économique et des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des politiques spécifiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. A chaque fois que possible, les indicateurs ont été déclinés par sexe et âge mais aussi, selon les cas, par configurations familiales, quintiles de revenus ou groupe de CSP.

Bien qu'un important travail ait déjà été réalisé par la France en matière d'indicateurs sur l'inclusion sociale, le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion(CILE), le 12 mai 2006, a décidé de poursuivre les travaux engagés en 2005/2006 par l'Observatoire national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (ONPES). Il s'agit de constituer un tableau de bord composé d'indicateurs dits centraux sur l'exclusion. L'Observatoire n'a pas fait le choix de créer un indicateur synthétique en raison des problèmes méthodologiques et du caractère multidimensionnel de la pauvreté et de l'exclusion, mais de retenir 11 indicateurs dont les données sont disponibles[7]. Ils ont été choisis en fonction de leur lisibilité immédiate et de leur simplicité. Ils retracent les principaux facteurs de la pauvreté et de l'exclusion. Ils sont également compatibles avec les indicateurs de Laeken. Ces travaux serviront de base à l'exercice arrêté lors du CILE et qui sera largement concerté avec les représentants de tous les acteurs concernés : professionnels de la statistique et des études, administrations, associations, partenaires sociaux…

Lors du CILE 2006, il a également été décidé de fixer des objectifs de résultat présentant un enjeu fort pour les politiques publiques, assortis d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces objectifs chiffrés devront prendre en compte les différentes dimensions de la pauvreté, dans les domaines de l'accès aux droits (revenus, emploi, formation, santé, logement), pour les deux sexes.

Ces travaux ne seront entamés qu'en fin d'année 2006, ne rendant pas possible la détermination lors de cette livraison d'objectifs chiffrés. Ils pourraient faire l'objet d'une communication complémentaire ultérieure.

Informations budgétaires

En revanche, les travaux conduits depuis un an avec les différents ministères participant aux politiques d'inclusion sociale dans le cadre de la rédaction commune du Document de Politique Transversale (DPT) Inclusion sociale 2006, permettent une évaluation des crédits accordés par l'Etat à ces politiques. Il ressort que l'effort global était estimé en 2006 et en 2007, à plus de 33 milliards d'euros[8].

2-2 – Objectifs politiques prioritaires

[7] 4 indicateurs relèvent de la mesure de la pauvreté, 2 portent sur les minima sociaux, 4 relèvent de la mesure de l'exclusion et 1 est un indicateur d'inégalité de revenus.
[8] Cf. évaluation des crédits par programmes et actions participant au DPT inclusion sociale jointe en annexe.

2-2-1 Favoriser l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées.

La situation française se caractérise par un chômage en baisse significative et constante depuis un an mais qui reste élevé, un nombre important de personnes en situation précaire ainsi que des disparités sociales notables au niveau des territoires : relégation urbaine, régions industrielles en crise, isolement en milieu rural.
L'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont les plus éloignées[9]- chômeurs de longue durée, bénéficiaires de minima sociaux, jeunes en difficulté d'insertion (cf. partie 2.2.2), personnes cumulant des difficultés sociales et professionnelles-, constitue une priorité absolue. Les objectifs poursuivis par la France depuis trois ans sont de : réduire le chômage ; augmenter le taux d'activité et intégrer certains publics en but à des difficultés graves d'insertion. Dés lors, il a été décidé de déployer l'action publique dans trois directions : développer l'offre d'activités et d'emplois, notamment, en s'assurant de l'intégration des publics en difficultés aux dispositifs généraux ; inciter à la sortie des logiques d'assistance et à la reprise d'emploi en sécurisant les parcours professionnels ; faciliter la participation au marché du travail par une levée des obstacles à l'entrée, au retour ou au maintien dans l'emploi.

- Développer l'offre d'activités et d'emplois pour les personnes qui en sont les plus éloignées

Les allégements de cotisations sociales patronales sur les bas salaires qui concernent un public plus large que celui des personnes les plus éloignées de l'emploi et qui a été progressivement étendus depuis 1993, constituent l'un des piliers de la politique en faveur de l'emploi en France. Les exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires visent à réduire le coût des travailleurs peu qualifiés afin de limiter leur exposition au chômage, sans abaisser leur rémunération. Il apparaît nécessaire de poursuivre cet effort en privilégiant les petites entreprises dont le développement économique est facteur d'emplois nouveaux. C'est pourquoi, à partir de juillet 2007, les dernières cotisations patronales au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés seront supprimées. Dans le même temps, des mesures d'incitation à la protection complémentaire pour les salariés des très petites entreprises seront développées.

Différentes mesures ont également été prises pour encourager les emplois dans certains secteurs tels l'hôtellerie, les cafés et les restaurants ou les services à la personne, qui employant plus de 1 300 000 personnes, constituent le secteur de l'économie française le plus créateur d'emplois. Il s'agit de répondre à une forte demande non satisfaite des familles, notamment pour mieux concilier vie professionnelle et vie familiale, tout en valorisant un gisement d'emplois considérables pour des personnes en difficulté, grâce aux contrats aidés et à la généralisation de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Le développement de ce secteur s'appuie sur des réductions de charges et d'impôt et sur le Chèque emploi service universel (CESU) qui permet aux entreprises de cofinancer ces services. La gestion de la montée en charge de ce secteur a été confiée à l'Agence nationale des services à la personne. Des accords-cadres ont été signés entre l'Etat et cinq fédérations nationales d'employeurs, comportant un plan de recrutement de 35 000 salariés entre 2005 et 2007. De même en zone rurale, des projets concrets ont pu se mettre en place, en 2006, grâce à un accord entre un

[9] En 2005, 42,5 % des chômeurs, soit 1,2 million de personnes, étaient au chômage depuis plus d'un an et 21,6 % des chômeurs, soit 600 000 personnes, l'étaient depuis plus de deux ans. Fin 2005, le nombre d'allocataires du RMI s'établissait à 1,3 million d'allocataires.

grand réseau d'assurance, la caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA) et des associations intervenant en milieu rural auprès de personnes en difficulté.

La création du Contrat nouvelles embauches (CNE) en juillet 2005 constitue aussi une réponse à la nécessité de sécuriser les très petites entreprises afin qu'elles procèdent dans de meilleures conditions à des embauches à durée indéterminée. Ses règles de rupture sont aménagées pendant les deux premières années à compter de sa conclusion, dans le même temps, de nouvelles garanties pour le salarié sont prévues afin de favoriser le retour rapide à l'emploi en cas de cessation du contrat. Au terme d'une période de deux ans, le contrat est soumis au régime de droit commun applicable au contrat à durée indéterminée. Le CNE a rencontré un grand succès auprès des entreprises. Le cumul des embauches en CNE depuis sa création est estimé fin juillet 2006 à 584 000. Le recours au CNE est particulièrement fort dans le bâtiment, l'industrie, le commerce et les services aux particuliers.

Pour mieux répondre aux besoins d'emploi des publics qui en sont le plus éloignés, et notamment les bénéficiaires des minima sociaux, la gamme des contrats d'insertion a été simplifiée, en retenant deux critères : le degré d'exclusion professionnelle et le statut de l'employeur. Le Contrat Initiative Emploi (CIE) offre un outil souple pour convaincre les employeurs privés d'embaucher des personnes en difficultés. Le Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CAE) suit la même logique pour l'embauche par des organismes non marchands. Ces nouveaux outils s'appuient sur une logique de déconcentration permettant aux préfets de région d'adapter les aides en fonction de la situation locale de l'emploi et des caractéristiques des personnes embauchées. Cette marge de manœuvre permet d'accroître l'incitation à l'embauche de publics prioritaires, nécessitant un accompagnement renforcé ou victime d'une image peu favorable auprès des employeurs.
Par ailleurs, le Contrat d'Insertion Revenu Minimum d'Activité (CI-RMA) pour le secteur marchand et le Contrat d'Avenir (CA) pour le secteur non marchand, étendus en 2006 à l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux (RMI, ASS, API, AAH[10]), activent les revenus d'assistance. Cette logique d'activation permet à l'employeur de bénéficier d'une aide équivalente à l'allocation RMI pour une personne isolée. Afin d'assurer la continuité de cette politique, les crédits destinés aux CA ont été programmés jusqu'en 2009. A partir de la fin de l'année 2006, l'employeur d'un bénéficiaire de l'ASS depuis plus de deux ans et âgé de plus de 50 ans bénéficiera, dans le cadre d'un CA, d'une « prime de cohésion sociale ».
Les chiffres de prescriptions indiquent que les contrats du plan de cohésion sociale se sont progressivement imposés. Depuis la création de ces dispositifs en avril 2005, près de 70 000 CA et 300 000 CAE ont été prescrits. En revanche, le CI-RMA connaît un démarrage plus lent. Pour ce dernier, des innovations spécifiques mises en œuvre récemment, notamment la possibilité de conclure des CI-RMA sous la forme de contrat de travail temporaire, devraient permettre un véritable décollage. Pour améliorer encore ces contrats, un travail spécifique sera mené sur les formations offertes aux bénéficiaires de ces dispositifs et sur l'adéquation aux besoins des outils actuellement existants tels que la VAE.

Toujours dans l'objectif de simplifier l'architecture des contrats aidés, des expérimentations seront menées dans certains départements volontaires. Fondées sur l'utilisation d'une procédure juridique innovante, créée par la loi constitutionnelle du 28 mars 2003, elles permettront de donner aux acteurs locaux de nouvelles marges de manœuvre juridique pour innover et mieux adapter les contrats créés au niveau national aux réalités locales.

[10] RMI : revenu minimum d'insertion ; ASS : allocation de solidarité spécifique ; API : allocation de parent isolé ; AAH : allocation adulte handicapé

Afin de faciliter l'accès au marché du travail aux femmes et de leur garantir des emplois de qualité, des déclinaisons locales de l'accord cadre entre l'ANPE et le Ministère de la Parité et de l'égalité professionnelle, du 19 janvier 2005, sont en cours de signature. Il s'agit notamment de renforcer les moyens de lutte contre le chômage des femmes en favorisant leur embauche dans des secteurs où elles sont peu représentées par la méthode de recrutement par simulation et en promouvant leur accès aux prestations de service d'accompagnement de la création d'entreprise. Par ailleurs, en fonction du contexte local[11], il s'agit de proposer un objectif de progression de l'accès des femmes aux contrats aidés ou aux formations en lien direct avec l'emploi marchand.

Dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon, outre les dispositifs nationaux en vigueur pour favoriser l'accès et le retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées, il existe depuis 1995 un dispositif spécifique, le Contrat d'Accès à l'Emploi (CAE-DOM). Il propose une solution d'insertion durable dans le secteur marchand à un public varié dont, notamment, certains bénéficiaires de minima sociaux (RMI, ASS, AAH) ainsi qu'aux jeunes de dix-huit à vingt-six ans sans formation et à ceux sortant d'un contrat « nouveaux services, emplois-jeunes ». Les aides proposées aux employeurs sont très incitatives. Il existe également le Contrat d'Insertion par l'Activité (CIA) réservé aux allocataires du RMI et à leurs conjoints.

Pour répondre aux besoins des publics les plus fragilisés sur le marché du travail qui peuvent nécessiter un passage par un emploi d'insertion avant leur retour à un emploi classique, les structures d'insertion par l'activité économique (SIAE)[12] offrent des possibilités d'activité dans le cadre d'un sas, sous un statut de salarié avec un accompagnement social et professionnel adapté, dans le secteur marchand ou non marchand, sous forme de production de biens et de services ou de mise à disposition auprès d'entreprises classiques, de collectivités locales, d'organismes de l'économie sociale et solidaire et de particuliers. Les Plans locaux d'insertion par l'emploi (PLIE)[13],financés par les collectivités locales, l'Etat et le FSE, concourent également à cet objectif en permettant la construction de parcours d'insertion adaptés et la mobilisation et le développement de l'offre d'insertion. Afin d'offrir aux acteurs la visibilité nécessaire à la consolidation et au développement de l'offre d'insertion par l'activité économique, des moyens importants ont été programmés entre 2005 et 2009. A ces crédits nationaux, les fonds européens apportent une contribution essentielle au développement de ces initiatives en France, avec notamment près de 30 millions d'euros d'aides annuelles octroyées aux entreprises d'insertion pour la programmation 2000 – 2006. Pour autant, ces structures aux marges du social et de l'économique restent financièrement fragiles. Aussi, la consolidation de ce secteur passe par une diversification des sources de financement. Dans cet objectif, il est prévu de mieux faire connaître l'apport des SIAE auprès des employeurs publics et privés. En parallèle, un travail spécifique de sensibilisation des donneurs d'ordre publics sera mis en œuvre en vue de développer l'accès des SIAE aux marchés publics. Compte tenu de la complexité des procédures, ce travail s'accompagnera d'une capitalisation des bonnes pratiques et de formations destinées à familiariser les acteurs aux techniques de l'appel d'offre. Au-delà des aspects financiers, cette réforme a également pour but de multiplier les passerelles entre l'IAE et le secteur marchand « classique » dans l'optique d'un renforcement du partenariat entre les deux sphères, susceptible d'offrir des

[11] L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) note dans son rapport 2005 que « le déficit de participation à la vie économique des femmes des plus de 25ans vivant dans les ZUS demeure important et leur taux d'activité reste inférieur de plus de 10 points à celui des autres citadins ».

[12] En 2004, 4000 SIAE (associations intermédiaires, entreprises d'insertion, entreprises de travail temporaire d'insertion, chantiers d'insertion) emploient 300 000 salariés

[13] 193 PLIE en 2003 suivent le parcours de 123 000 personnes

débouchés vers l'emploi durable aux salariés en insertion. La commercialisation de la production est également un moyen de valoriser le travail réalisé par les salariés en insertion, en rappelant sa contribution au développement économique. Dans le même temps, une réforme est en cours d'élaboration pour que cette hausse des moyens s'accompagne d'une amélioration du pilotage stratégique de l'IAE. Les comités départementaux de l'insertion par l'activité économique (CDIAE) seront recentrés sur ce rôle de pilotage, dans une démarche partenariale associant à la fois les collectivités locales (principalement les conseils généraux) et l'ANPE. Au niveau national, ce travail de terrain sera complété par l'installation définitive d'un Centre national d'appui et de ressources (CNAR IAE) spécifiquement dédié à l'IAE, capable de soutenir le développement de l'IAE par des actions d'ingénierie, en appui du CNAR financement qui apporte déjà à l'heure actuelle une expertise financière spécifique aux SIAE.

La création d'entreprise représente une alternative à l'emploi salarié que n'hésitent pas à saisir de nombreux chômeurs puisque près de 100 000 chômeurs ont ainsi retrouvé ainsi un emploi par l'initiative économique dont 72 000, les plus en difficulté, ont bénéficié des aides d'Etat et créé 1,2 emploi salarié. L'action de l'Etat a été particulièrement soutenue dans ce domaine avec, dans le domaine législatif : la loi pour l'initiative économique du 1er août 2003 et la loi en faveur des PME du 2 août 2005. Les aides apportées aux créateurs sont essentiellement de deux ordres : une exonération de cotisations sociales et le maintien, pour une durée déterminée, de certains minima sociaux, dans le cadre de l'Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'une entreprise (ACCRE) et l'attribution d'une aide financière dans le cadre du dispositif Encouragement au développement d'entreprises nouvelles (EDEN). Dès 2007, le dispositif sera renforcé par des mesures d'extension de ces aides, de simplification d'octroi, de coordination des moyens offerts et de renforcement de l'accompagnement dans la durée et notamment après le démarrage de l'activité. L'amélioration du suivi doit augmenter le taux de survie des entreprises à 3 ans et accroître le taux d'emplois ainsi crées dans la période. D'autre part, les personnes qui apportent leur soutien à des chômeurs ou des titulaires de certains minima sociaux (RMI, AAH, API) pour créer ou reprendre une entreprise, peuvent désormais bénéficier d'une réduction d'impôt spécifique. Enfin, les Zones Franches Urbaines (ZFU) qui soutiennent la création d'entreprises dans les quartiers défavorisés, sont passées de 85 à 100 en 2006 tandis que les exonérations de charges liées à l'embauche de personnes issues de ces quartiers ont été étendues à l'ensemble des ZFU jusqu'en 2011. La création et la reprise d'entreprises par les femmes vont également être développées. Il s'agit à la fois de promouvoir les projets portés par des femmes auprès des organismes bancaires et des partenaires économiques, de renforcer la connaissance de l'entrepreneuriat féminin, de développer l'accompagnement des femmes qui entreprennent et de faire grandir l'esprit d'entreprise chez les femmes.

S'agissant des seniors, l'objectif est d'augmenter le taux d'emploi des 55-64 ans, pour parvenir à 50 % en 2010. L'accord des partenaires sociaux sur l'emploi des seniors signé le 9 mars 2006 est porteur d'innovations fécondes. A la suite de la négociation, une phase de concertation s'est ouverte de manière formalisée afin d'aboutir à un plan d'action concerté État-partenaires sociaux. Le **«** plan pour l'emploi des seniors 2006-2010 »**,** doté d'un budget total de 10 millions d'euros**,** est structuré autour de quatre axes : faire évoluer les mentalités, encourager le maintien sur le marché du travail des seniors, via notamment la suppression de la contribution Delalande, faciliter le retour à l'emploi, via la création d'un CDD de 18 mois renouvelable une fois, et mieux aménager les fins de carrière.

- Inciter à la sortie des logiques d'assistance et à la reprise d'emploi

Réduire efficacement la pauvreté, inciter à la reprise d'emploi et sortir de l'enfermement des minima sociaux les personnes qui en bénéficient constitue un des principaux objectifs de la France en matière d'inclusion sociale. Les mesures adoptées par la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 et la loi retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux du 23 mars 2006 s'efforcent de « rendre l'emploi financièrement plus attrayant pour les individus notamment ceux qui font partie des tranches de revenus les plus basses en modifiant les systèmes de prestations sociales et les systèmes fiscaux de manière à éviter le problème des trappes à chômage, à l'inactivité et à la pauvreté »[14]. Dans le même temps, il convient de rendre plus équitable l'attribution des droits connexes et de renforcer les démarches d'insertion, notamment par une amélioration de l'accompagnement personnalisé des allocataires.

Les mécanismes dits d'intéressement, qui maintiennent de façon temporaire le versement de minima sociaux pour les personnes qui reprennent un emploi ont, notamment, pour objectif de permettre aux bénéficiaires de voir leurs revenus s'accroître significativement. Toutefois, depuis la création de cette disposition de nombreuses critiques se sont élevées, dénonçant sa complexité et son opacité pour les usagers[15]. La faible attractivité des mécanismes d'intéressement tient également aux taux marginaux effectifs d'imposition très dissuasifs à long terme et à la chronologie des revenus particulièrement heurtée à court terme qu'ils imposent. Or, l'imprévisibilité des ressources d'un trimestre à l'autre fragilise ces ménages qui ont déjà des budgets très serrés, l'instabilité de leur situation étant accrue par le fait que l'intéressement concerne essentiellement des emplois à temps très partiel, à durée déterminée et faiblement rémunérés. La part des allocataires en intéressement reculant depuis plusieurs années, il devenait urgent de procéder à une réforme de fond du dispositif. La loi retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux du 23 mars 2006 a répondu à cette attente par la création d'un mode de financement forfaitaire plus simple, financièrement attractif, propre à favoriser la sortie de la précarité et commun au RMI, à l'API et à l'ASS. Destiné à encourager prioritairement la reprise d'emploi d'une durée suffisante pour assurer l'autonomie financière des salariés, le nouveau mode de financement – une prime de retour à l'emploi - s'applique aux allocataires qui reprennent un emploi d'une durée supérieure à 78 heures par mois, et qui, de ce fait, quittent les dispositifs d'assistance. Il est prévu que près de 80 % des allocataires du RMI seront concernés. Dans tous les cas, pour que la reprise d'emploi soit encouragée dès la première heure travaillée, les salariés qui reprennent un emploi d'une durée inférieure à 78 heures reçoivent un intéressement proportionnel à leur temps de travail. En outre, de même que pour l'ASS, une prime forfaitaire, versée mensuellement en faveur des titulaires du RMI et des allocataires de l'API reprenant une activité professionnelle ou un stage de formation rémunéré s'ajoute à la prime de retour à l'emploi.
A partir de 2007, de nouveaux modes d'intéressement pour les bénéficiaires du RMI seront expérimentés dans des départements volontaires.

La Prime pour l'emploi (PPE), instituée par le décret du 29 août 2005, vise également à encourager la reprise ou le maintien de l'activité pour les travailleurs aux revenus modestes.

[14] Rapport de recherche du centre d'études de l'emploi , Jean-Claude BARBIER, Analyse comparative de l'activation de la protection sociale en France, Grande-Bretagne, Allemagne et Danemark, Paris, 2006
[15] parmi les allocataires de l'ASS, quatre bénéficiaires potentiels de l'intéressement sur dix en ignorent l'existence et l'impact du dispositif s'avère particulièrement faible pour les bénéficiaires de l'API, car la reprise d'activité se heurte pour ces derniers à la question cruciale de la garde des enfants.

Notamment, elle peut atténuer la perte de prestations sociales qui suit parfois la reprise d'un emploi. Pour être plus efficace le dispositif initial a été modifié à plusieurs reprises pour devenir un véritable complément de rémunération pour les bas revenus : majoration de son montant (538 € en 2005/714 € en 2006/940 en 2007), mensualisation de son versement et ciblage sur les trois minima sociaux : RMI, API, ASS. Versée sous forme de crédit d'impôt, elle concerne aujourd'hui 9 millions de foyers.

- Faciliter l'accès au marché du travail par une levée des obstacles et un renforcement de l'accompagnement

Les personnes très éloignées de l'emploi rencontrent des difficultés d'ordre social (logement, santé, surendettement, difficultés familiales, garde d'enfant, mobilité…) qui se surajoutent à leurs difficultés au regard de l'emploi et constituent autant de freins à leur insertion professionnelle. Par conséquent, les actions d'accompagnement doivent intégrer la double dimension sociale et professionnelle, et offrir un accompagnement global permettant de traiter l'ensemble des difficultés rencontrées. C'est le cas, notamment du dispositif Appui social individualisé (ASI), géré par les services d'action sociale de l'Etat en région et département en liaison avec le SPE, qui offre une palette d'interventions allant de l'accueil et de l'écoute, à l'aide aux démarches, au soutien psychologique et à l'accompagnement vers et dans l'emploi. En 2004, 75000 personnes ont bénéficié de ce dispositif, cofinancé par les crédits du FSE[16]. A partir de 2007, le dispositif va être recentré sur les publics les plus en difficultés ne disposant d'aucun accompagnement et étroitement articulé aux politiques d'emploi du Plan de cohésion sociale.

Obstacles liés à l'accès à l'emploi

Les modifications apportées à l'organisation et au fonctionnement SPE, intervenues depuis 2005, répondent à un objectif d'optimisation des moyens mis au service des demandeurs d'emploi. Elles se sont poursuivies avec la signature en mai 2006 d'une convention tripartite Etat, ANPE et UNEDIC qui vise à simplifier les démarches, principalement avec la mise en place d'un dossier unique pour chaque demandeur d'emploi dont le contenu sera accessible à tous les opérateurs habilités. L'accord prévoit également de nouvelles modalités d'accompagnement par l'ANPE : le projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) qui permet de déterminer rapidement, de façon individualisée quelles sont les prescriptions nécessaires au retour à l'emploi. Fin juillet 2006, environ 1 030 000 demandeurs d'emploi étaient dotés d'un PPAE. En outre, différents parcours-types de recherche d'emploi, établis en fonction de la distance à l'emploi, seront mis en place à partir de la fin 2006. Chaque demandeur d'emploi sera ainsi positionné dans un parcours auquel sera attachée une offre de services spécifique. Constatant également que trop d'offres d'emploi recueillies par l'ANPE ne sont pas satisfaites, alors que des demandeurs d'emploi ont des aptitudes ou des compétences proches de celles requises par l'employeur, le gouvernement a décidé de mettre en place des «Actions préparatoires au recrutement », destinées aux demandeurs d'emploi non indemnisés et consistant en une formation d'adaptation au poste de travail en entreprise[17].

Afin de faciliter l'accès à l'emploi des personnes habitant dans les quartiers de la politique de la ville, des Equipes Emploi Insertion (EEI) assurent un appui de proximité aux chômeurs ne fréquentant pas les services publics de l'emploi. Ces 70 équipes pluridisciplinaires permettent

[16] La programmation jusqu'en 2006 prévoyait un abondement du FSE de 12M€ par an.
[17] Ce dispositif sera également proposé aux jeunes accompagnés dans le cadre du CIVIS.

d'assurer des permanences continues au sein des quartiers, elles organisent un relais efficace avec les structures de l'agglomération (ANPE, missions locales, PLIE, ASSEDIC, services sociaux, structures d'appui aux projets). Par ailleurs, l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU) a adopté une charte d'insertion qui intègre dans le programme national de rénovation urbaine la question de l'insertion des habitants des zones urbaines. Cette charte fait l'objet d'une déclinaison au niveau local dans laquelle figurent des objectifs d'insertion des habitants des ZUS, en proportion des opérations ayant reçues le soutien de l'ANRU.

L'extension de la Validation des acquis de l'expérience (VAE), devrait permettre à un nombre croissant de personnes l'accès à une qualification reconnue, tremplin souvent nécessaire à un retour à l'emploi. En dépit d'une augmentation très sensible du nombre de titres et diplômes obtenus par VAE (+35% entre 2004 et 2005), la VAE reste insuffisamment connue malgré une demande très forte entre autres dans les métiers des services à la personne et de la santé. C'est pourquoi le gouvernement a lancé le 27 juin 2006 un Plan de développement de la VAE, avec l'objectif de 60 000 certifications délivrées dès 2006. Il prévoit également une campagne d'information nationale, une simplification des démarches administratives et une garantie de prise en charge des frais engagés par les jurés salariés. Plusieurs mesures prises à l'occasion du CILE 2006 visent plus spécifiquement les publics les moins qualifiés. En effet, il apparaît que ces publics sont sous informés de leurs droits et des possibilités offertes par la VAE et qu'ils ne demandent pas spontanément à en bénéficier. De plus, leurs acquis, jugés comme insuffisants sont peu valorisés dans le cadre de la procédure. Ces constats sont préoccupants alors même que près de 40 % de la population active en France est sans aucun diplôme, ce qui ne veut pas dire sans compétences. Afin de remédier à cette situation, il a été décidé d'intégrer la VAE aux interventions du SPE en matière de politiques d'emploi sur la base de contractualisation avec les conseils régionaux et de développer des expérimentations en région afin de construire des parcours complets avec un référent unique pour les publics les moins autonomes.

Obstacles d'ordre social

De natures diverses, les obstacles d'ordre social peuvent représenter un frein majeur à toute recherche active d'emploi ou d'accès à l'emploi.

Ainsi, compte tenu de la fragmentation des territoires d'habitat et d'emploi et du développement d'horaires atypiques qui ne correspondent pas aux horaires des services des transports collectifs, les problèmes de mobilité constituent un obstacle, qu'il s'agisse de l'absence d'infrastructures de transports notamment en zones rurales, de problèmes financiers liés à l'obtention du permis de conduire ou à l'achat d'un véhicule (41 % des bénéficiaires du RMI déclarent que le coût des transports est une contrainte qui limite leur recherche d'emploi) ou des difficultés d'autonomie des personnes. Des aides à la mobilité sont versées par l'ANPE et l'UNEDIC. Par ailleurs, la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires, qui postule qu'en cas de carence de l'offre de transports il y a possibilité de faire appel à des particuliers ou des associations, devrait permettre de développer les actions associatives déjà initiées en la matière, avec le souci de les pérenniser (transport à la demande, covoiturage, prêt de véhicules, auto-écoles sociales…).

Les charges familiales peuvent également rendre plus difficile le retour, principalement des femmes, sur le marché du travail. Ainsi, 81 % des allocataires de l'API qui ne recherchent pas

d'emploi le justifient par des problèmes de garde d'enfants[18]. C'est pourquoi, la loi retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux institue une priorité d'accès aux établissements et services d'accueil de jeunes enfants de moins de six ans en faveur des enfants des bénéficiaires du RMI, de l'API et de l'ASS exerçant une activité, lorsque ceux-ci sont seuls ou ont un conjoint exerçant lui-même une activité.

L'enquête nationale Information et Vie Quotidienne (IVQ) coordonnée par l'INSEE et menée à la fin de l'année 2004 a fait apparaître que **parmi les seules personnes ayant été scolarisées en France, 9 % peuvent être considérées comme en situation d'illettrisme (soit 3 100 000 personnes)**. Parmi elles, 57% occupent un emploi, 11% sont au chômage. L'enquête révèle également que parmi les allocataires du RMI, 26% sont en situation d'illettrisme. La maîtrise des savoirs de base constitue donc un enjeu majeur en termes de constructions de parcours vers l'emploi et la qualification. Le programme Insertion, réinsertion, lutte contre l'illettrisme (IRILL) piloté par la DGEFP vise précisément à inscrire les personnes dans une démarche d'insertion, d'adaptation ou de progression professionnelle durables, par le développement de la maîtrise des apprentissages fondamentaux. Parmi les 25 000 personnes formées sur le dispositif en 2005, 18% étaient bénéficiaires du RMI, environ 12% des bénéficiaires d'autres minima sociaux, et près de 5% des salariés en contrats aidés.

Les problèmes de santé sont souvent cités comme freins à la reprise d'emploi : 48 % des allocataires du RMI déclarent qu'ils sont empêchés dans leur recherche d'emploi par des problèmes de santé[19]. Si la création de la CMU et de la CMU-C[20] a représenté une avancée considérable en matière d'accès aux soins et à la santé, des efforts restent à faire pour lever les réticences de certains professionnels de santé, et principalement de médecins spécialistes à l'encontre d'allocataires de la CMU.De même, l'inaptitude à certains postes, la souffrance psychosociale résultant d'un chômage prolongé, les « stigmates de la pauvreté », les problèmes dentaires ou visuels non corrigés, représentent autant d'obstacles lourds à la reprise d'un emploi. Des articulations entre les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et les actions du Service public de l'emploi (SPE) seront recherchées en vue d'une inscription au titre des Plans régionaux de santé publique (PRSP) et. pourront faire l'objet de financements dans le cadre des Groupements régionaux de santé publique (GRSP), créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Le mal-logement constitue également un frein puissant à une re-insertion professionnelle. Diverses mesures du Plan de cohésion sociale et du CILE 2006 essaient d'y répondre, qu'il s'agisse de mesures relevant de l'offre de logements, de la prévention des expulsions ou de la lutte contre l'habitat indigne. (cf. partie sur le logement).

Si le surendettement n'est pas en soi un obstacle à l'emploi, il représente une difficulté supplémentaire lorsqu'il s'agit de réintégrer la vie professionnelle. Plusieurs dispositions législatives sont intervenues ces dernières années tant pour développer la prévention et que pour renforcer la protection du consommateur et pour améliorer le traitement des situations de

[18] Aujourd'hui le réseau des caisses d'allocations familiales qui verse l'allocation de parent isolé met en place une offre de service en direction des bénéficiaires et/ou primo-demandeurs de cette prestation. L'objectif poursuivi est d'apporter une information complète quant au mode de calcul de la prestation, aux services et équipements auxquels la famille pourrait prétendre (halte garderies, centres sociaux, lieux d'accueil enfant parent...).

[19] Chiffres extraits du n°320 d'*Etudes et résultats* de la DREES, « Les trajectoires professionnelles des bénéficiaires de minima sociaux », juin 2004.

[20] 1 700 000 bénéficiaires de la CMU en 2005, près de 4 800 000 bénéficiaires de la CMUC

surendettement avérées. Afin de rendre pleinement effectives ces mesures, il est nécessaire maintenant de renforcer l'accompagnement social des personnes fragiles. Une suite de préconisations a été retenue par le CILE 2006 : soutenir des actions d'information, faire du moment du retrait du dossier de surendettement le moment clé de l'initiation à l'accompagnement avec la remise d'un document d'information indiquant les lieux d'accueil et proposer une orientation systématique sur un service social de proximité ou une association, développer l'offre de formation initiale et continue des travailleurs sociaux et des associations et élaborer un accord national en faveur de l'accompagnement des ménages surendettés décliné par un plan d'action local associant toutes les parties concernées.
Par ailleurs, la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 a créé le Fonds de cohésion sociale (FCS) qui a pour objet de garantir des prêts soit à des chômeurs ou titulaires de minima sociaux créant leur entreprise soit à des personnes physiques ou morales à des fins sociales. Ce micro crédit appelé social vise les publics traditionnellement tenus à l'écart du crédit classique. Le FCS garantira sur 5 ans 73 millions d'euros de microcrédit. Il vient d'être étendu aux jeunes de 18 à 25 ans pour les aider à faire face aux « dépenses liées à l'entrée dans la vie active », et notamment celles pour accéder au logement.

Certaines populations se trouvent confrontées à des difficultés d'insertion spécifiques dues aux phénomènes de discriminations. Si elles ont accès à l'ensemble des politiques publiques de droit commun, elles bénéficient aussi de mesures spécifiques nécessitées par leur situation particulière.

Dans son rapport annuel pour 2005, la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité (HALDE), autorité administrative indépendante, ayant pour mission de traiter les réclamations individuelles et promouvoir l'égalité, signale que 45 % des plaintes ont concerné une discrimination dans l'emploi[21].

Parmi les motifs de discrimination qui font obstacle à l'insertion professionnelle, sont particulièrement concernés :
- le handicap : le dispositif d'insertion des personnes handicapées a connu une réforme d'ensemble en 2005, avec pour objectifs de faire reculer le chômage, faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi et améliorer l'intégration professionnelle en milieu ordinaire. Il pose le principe d'un droit universel à compensation, incite les entreprises à rendre leurs locaux accessibles, renforce l'obligation d'emploi en milieu ordinaire et l'étend aux employeurs publics ;
- l'âge : les travailleurs de plus de 50 ans (les seniors) sont moins souvent formés que les travailleurs plus jeunes et connaissent le plus souvent, lorsqu'ils se retrouvent au chômage, de grandes difficultés de retour à l'emploi. L'accord des partenaires sociaux et le « plan pour l'emploi des seniors 2006-2010 » devraient lever ces obstacles (cf.. plus haut).
- l'origine ethnique, réelle ou supposée qui touche aussi bien des Français de longue date (en particulier les personnes originaires des départements et territoires d'outre-mer et les gens du voyage) que les immigrés et les personnes issues de l'immigration, y compris celles qui sont de nationalité française : les accords de partenariat entre l'Etat et les acteurs du monde économique, se développent dans le but de provoquer une prise de conscience du phénomène de discrimination à l'embauche, d'aider les entreprises à modifier leurs pratiques de recrutement, tout en impliquant les partenaires sociaux . Dans ce cadre, les engagements pris par le syndicat patronal des entreprises de travail temporaire (PRISME) aux termes d'un accord signé en février 2005 avec le Premier ministre, et la charte déontologique dont s'est

[21] 40 % relèvent de la discrimination raciale ; Les plaintes fondées sur le sexe représentent 6,2 % des saisines, 50 % de ces dernières émanent des hommes.

dotée cette branche professionnelle, constituent un précédent encourageant qu'il convient de reproduire.

Il a également été mis au point, fin 2004, par de grandes entreprises, une « charte de la diversité » par laquelle les signataires (plus de 600 entreprises, de toutes tailles, en juin 2006) s'engagent à favoriser le recrutement et la promotion de collaborateurs issus notamment des quartiers « sensibles », dans lesquels les victimes de discriminations à l'embauche sont souvent sur-représentées.

Le secteur de l'insertion par l'activité l'économique, qui contribue à l'insertion professionnelle d'un nombre important de personnes issues de l'immigration s'est mobilisé avec l'appui de l'État et du FASILD pour la prévention et la lutte contre les discriminations et pour l'égalité des chances et spécifiquement sur les problèmes de gestion de la diversité culturelle. Dans le même esprit, un accord cadre a été signé en 2003 entre le FASILD et l'État en vue de favoriser l'intégration des femmes immigrées et issues de l'immigration et pour prévenir et combattre les phénomènes de double discrimination.

La population dite en France des « gens du voyage » rencontre des difficultés importantes d'ordre économique et social qui sont souvent aggravées par des comportements discriminants à son égard en matière d'emploi, de logement, d'éducation, de santé, de citoyenneté…Ces difficultés contribuent au maintien d'un taux d'analphabétisme important et de conditions de vie très précaires pour la partie la plus démunie de cette population. Pour la France, la réponse à apporter aux problèmes de cette population se situe dans leur accès au droit commun, conformément à son modèle républicain, et notamment dans le cadre des politiques de lutte contre l'exclusion. Toutefois, celui-ci ne fait pas obstacle à la mise en œuvre de mesures ciblées pour son insertion dans la société. Sur le plan de l'emploi, une aide financière publique est apportée aux associations qui mènent des actions de développement de l'insertion économique de gens du voyage (reconnaissance des savoir-faire, nouvelles activités économiques) et d'accès au micro-crédit.

Parallèlement aux actions de lutte contre les discriminations, il convient de poursuivre une politique d'accueil et d'intégration des personnes immigrées et issues de l'immigration. [22]

Outre les dispositifs de droit commun mobilisés en faveur des personnes immigrées, et face à un taux de chômage élevé : 19,0 % (toutes origines confondues) contre 9,4 % pour les personnes de nationalité française (2004)[23], il s'agit de consolider le dispositif public d'accueil des nouveaux migrants mis en place depuis 2003, fondé sur la signature, désormais obligatoire, d'un « contrat d'accueil et d'intégration » (CAI), dont la loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration vient de préciser le contenu et les effets. Faciliter l'accès du migrant au marché du travail est un des objectifs de la politique d'accueil, que traduit la coopération établie entre les plates-formes spécialisées de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), où sont reçus tous les nouveaux migrants, et les services de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE). Cette coopération doit se poursuivre et s'amplifier. De plus, le comité interministériel à l'intégration (CII), composé d'une vingtaine de ministres, réunit le 24 avril 2006 a notamment mis l'accent, en matière d'emploi ou d'employabilité sur la priorité de l'apprentissage du français, non seulement par les primo-arrivants[24], mais encore par tous les immigrés, quelle que soit l'ancienneté de leur arrivée en France[25] et sur la mobilisation des dispositifs généraux facilitant l'accès à l'emploi

[22] L'objet de la politique d'intégration dépasse la problématique spécifique de l'accès et du retour à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées ; elle vise à créer les conditions facilitant leur insertion économique, sociale et culturelle. Il est toutefois souligné que le fait d'être immigré ou issu de l'immigration n'entraîne *pas ipso facto* l'exclusion ou le risque d'exclusion, même s'il est constaté une fragilité plus grande de ces populations, que traduisent notamment les statistiques du chômage des étrangers rappelées *supra*.

[23] 30,9 % pour les Turcs, 26,5 % pour les personnes originaires du Maghreb, 31,0 % pour celles venues des pays d'Afrique subsaharienne

[24] dont les compétences linguistiques acquises dans le cadre des formations prescrites au titre du CAI seront sanctionnées à partir de 2007 par un diplôme reconnu par l'Etat (le « diplôme initial de langue française » (DILF) créé par l'Education nationale)

[25] dont l'Etat prendra en charge les formations jusqu'au niveau du « diplôme d'étude de la langue française » (DELF)

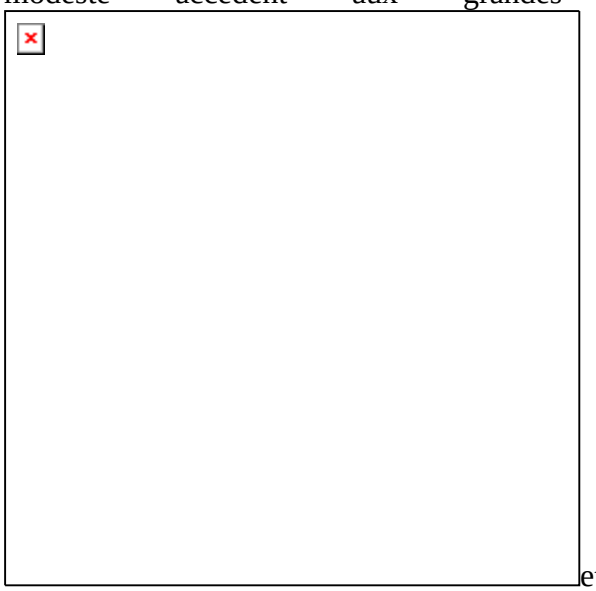
(« charte de la diversité » ; aide à la création d'entreprise par les femmes ; formation et parrainage des jeunes etc…).

2-2-2 Intervenir pour l'insertion sociale et professionnelle des jeunes

Les événements que la France a connu dans les banlieues à l'automne 2005 traduisent le malaise d'une partie de la jeunesse marquée par un contexte de chômage, de précarité et de difficultés liées à des inégalités sociales et des discriminations. En effet, il ne suffit pas que les jeunes adoptent les règles et valeurs de la société pour qu'ils soient acceptés par celle-ci et accèdent au monde du travail. L'environnement économique difficile et le niveau élevé (22 %) du chômage des jeunes actifs[26] ont compliqué leur insertion professionnelle et l'entrée dans leur vie d'adulte autonome. Les jeunes qui échouent à s'intégrer sont souvent confrontés à un processus cumulatif, commençant par l'échec scolaire et pouvant aller dans certains cas jusqu'à la marginalisation, voire l'exclusion sociale. Chaque année, environ 150 000 jeunes[27] quittent le système éducatif sans diplôme ou avec le seul brevet, dont 60 000 sans avoir dépassé le niveau du collège ou la première année de CAP ou de BEP. Enfin, trop de jeunes et d'élèves se heurtent à des difficultés du fait de leurs origines, couleur de peau, lieu d'habitat, ou d'une faiblesse des réseaux relationnels dans le monde du travail pour accéder à un stage ou à un premier emploi.

- Anticiper l'échec et le décrochage scolaire

Si les difficultés de scolarité touchent des enfants et des adolescents de tous milieux et territoires, néanmoins, dans les zones urbaines sensibles (ZUS), le retard scolaire est de plus de 10 points supérieurs à la moyenne nationale dès le CE2. Cet écart important perdure dans les mêmes proportions jusqu'à la 3ème. Par ailleurs, trois fois moins d'élèves d'origine modeste accèdent aux grandes écoles qu'il y a dix ans,



et, à plus de 80 %, la trajectoire scolaire et professionnelle des enfants issus de milieu ouvrier ou employé reste identique à celle de leurs parents.

---

[26] En 2005, le taux de chômage des jeunes femmes (15-24 ans) est de 24,6 % (contre 10,9 % pour la population des femmes) et de 21,4 % chez les jeunes hommes (contre 9 % pour la population masculine totale). En 2004, dans les ZUS, les taux de chômage étaient de 40,8 % pour les jeunes femmes et 36,2 % pour les jeunes hommes.

[27] En 2004, 12,5 % des jeunes de 18-24 ans sont « sortants précoces ».

Initié dans le cadre du Plan de cohésion sociale, le programme de réussite éducative, est un des leviers majeurs du rétablissement de l'égalité des chances. Il a pour objectif, sur cinq ans, d'accompagner, de l'école maternelle jusqu'au terme de la scolarité obligatoire, 200 000 enfants et adolescents présentant de graves difficultés. Les actions proposées cherchent à intégrer au soutien scolaire « classique » toutes celles qui traitent de problèmes qui influencent très directement la réussite à l'école[28]. L'enjeu de la montée en charge de ce nouveau dispositif porte sur le changement des pratiques professionnelles, la coordination de l'ensemble des acteurs, la mise en place d'un vrai suivi individuel des enfants repérés, tout en réservant une place particulière aux familles. Dès 2006, grâce à la présence d'enseignants supplémentaires (1000) et d'assistants pédagogiques (3000), de nouvelles modalités de prises en charge des élèves pourront être développées. En outre, une meilleure coordination des actions engagées par les équipes de réussite éducative sera recherchée avec les établissements situés en ZUS et les réseaux «ambition réussite ». Ceux-ci, au nombre de 249, sont formés par 249 collèges, sélectionnés sur la base de critères nationaux et objectifs[29]et 1600 écoles de leur secteur correspondant. Ils sont dotés de moyens renforcés.
La prévention de l'exclusion scolaire réclame également un soutien des parents. C'est la raison pour laquelle la loi pour l'égalité des chances du 31 mars 2006 a créé un contrat de responsabilité parentale. Confié aux conseils généraux, en liaison avec les services académiques, il définit des objectifs pour les parents et décrit le dispositif d'action sociale à mettre en œuvre. Si le contrat n'est pas respecté, certaines allocations peuvent alors être suspendues. De manière complémentaire, le projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, en cours de discussion au Parlement, permettra de généraliser, dans le cadre de proximité que constitue la commune, les instances de dialogue entre les maires et les familles et d'organiser un accompagnement parental afin d'apporter conseil et soutien à la fonction éducative des parents. Parallèlement, le nombre de médiateurs de ville qui assurent un lien entre les familles et l'ensemble des institutions publiques présentes dans les quartiers va être doublé entre 2006 et 2007. En outre, une charte de déontologie des femmes-relais-médiatrices sociales et culturelles a été finalisée, à titre d'expérimentation. Elle permet la reconnaissance d'une fonction qui n'est pas encore assez professionnalisée.

Le renforcement des dispositifs d'orientation scolaire et universitaire et une prise en considération anticipée des perspectives d'insertion professionnelle sont une condition déterminante pour améliorer l'accès des jeunes vers l'emploi. Les dispositifs actuels doivent être améliorés afin de mieux anticiper les difficultés des jeunes, notamment lors de leur passage de l'enseignement secondaire aux études supérieures. A cet effet, un service public de l'orientation sera mis en place à la rentrée universitaire 2006/2007. Il assurera une continuité dans l'accompagnement vers l'insertion professionnelle de l'élève ou de l'étudiant, de la fin du collège à la troisième année de l'université.

Egalement dans l'optique de promouvoir une véritable égalité des chances à toutes les étapes de la scolarité, les élèves boursiers des classes de troisième qui obtiennent la mention « bien » ou « très bien» au diplôme national du brevet, ou qui se sont distingués dans leurs efforts pour réussir au collège, notamment ceux scolarisés dans les établissements de l'éducation prioritaire, se voient discernés une bourse au mérite[30] et peuvent choisir leur futur lycée. Pour les étudiants, une allocation pour l'installation étudiante (ALINE) sera versée, à partir de 2007, à tous les boursiers qui touchent pour la première fois une allocation logement. Elle concernera près de 80 000 étudiants. En outre, 100 000 étudiants des grandes écoles et

[28] En 2005, 226 projets de réussite éducative et 10 projets liés à un internat de réussite éducative ont été labellisés. En 2006, outre la reconduction des projets retenus en 2005, 40 nouveaux projets ont été labellisés au 29 juin 2006 et 66 sont en cours d'instruction
[29] part des familles défavorisées, retard scolaire à l'entrée au collège, faibles résultats aux évaluations en 6e
[30] montant annuel de 800 euros ; le nombre de ces bourses passera de 30 000 à 100 000 à la rentrée 2006.

universités vont pouvoir s'engager comme tuteur de 100 000 élèves de l'éducation prioritaire, en privilégiant particulièrement les collèges et, de manière complémentaire, une démarche de promotion de l'égalité des chances sera engagée dans des universités[31] volontaires, qui passera par une détection précoce des étudiants en difficulté, un partenariat avec les établissements d'enseignement secondaire et un rapprochement du monde de l'entreprise. De même, afin de faciliter l'accès aux stages aux jeunes issus de l'immigration, une opération expérimentale « objectifs stages » sera mise en place à partir de 2007. Elle concernera les élèves de ZEP, qu'ils soient en troisième ou en formation professionnelle. Le dispositif reposera sur un "contrat de confiance" entre des établissements scolaires et des entreprises locales partenaires.

Les écoles et établissements scolaires doivent être également les lieux privilégiés de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes. Suite à la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005 et dans le cadre d'une coopération interministérielle, des actions seront mises en œuvre dans trois directions. Tout d'abord, il s'agit de mieux prendre en compte dans l'orientation la question de la mixité en corrigeant les discriminations liées au sexe dans la représentation sociale des métiers et, en ce sens, faciliter l'accès des jeunes filles aux métiers scientifiques et techniques [32] tout en encourageant l'accès des garçons aux métiers où ils sont peu représentés. Un autre axe de travail consiste à sensibiliser les élèves et l'ensemble de la communauté éducative à l'égalité entre les sexes ; l'éducation des jeunes au respect de l'autre, et plus précisément au respect de l'autre genre, fait pleinement partie des missions du système éducatif. Enfin, il sera veillé à ce que les manuels scolaires ne reproduisent pas les stéréotypes culturels relatifs aux rôles respectifs des hommes et des femmes dans la vie familiale et professionnelle.

- Développer l'offre d'emploi

Les ordonnances de juillet 2005 puis les dispositions votées le 13 avril 2006, sont venues renforcer les mesures du Plan de cohésion sociale, prises en faveur de l'embauche des jeunes.

Afin d'aider au recrutement de jeunes, des plates-formes de vocation ont été mises en place par l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) dès 2005. Elles favorisent par la méthode de recrutement par simulation l'insertion de jeunes peu qualifiés dans les métiers en tension ou porteurs[33]. Fin 2005, 50 plates-formes avaient été créées. Dans la continuité de cette mobilisation, un plan à destination des jeunes sans emploi dans les quartiers en difficulté a permis d'organiser 39 000 entretiens entre décembre 2005 et mai 2006. Près des trois quarts du public visé (52 726 jeunes) ont été reçus et se sont vus offrir une solution : formation, mise en relation, emploi.

En outre, a été instauré un crédit d'impôt (1000€ puis dégressivité en fonction des revenus d'activité du foyer fiscal) pour les jeunes de moins de 26 ans qui s'insère dans un emploi de secteurs en tension (bâtiment, l'hôtellerie, commerce, restauration, l'alimentation, agriculture…etc.).

[31] En 2004, sur les 1,3 million d'étudiants inscrits à l'université, 32 % sont issus de la CSP « professions libérales, cadres supérieurs » ; 13 % sont issus de la CSP « employés » ; 11 % sont issus de la CSP « ouvriers ».
[32] augmentation de 20 % de la proportion de jeunes filles dans les filières scientifiques générales et technologiques d'ici 2010
[33] Elles peuvent également s'adresser aux adultes en difficulté d'insertion pour lesquels le recrutement par simulation constitue une réelle opportunité d'insertion dans ces métiers

Le Contrat jeune en entreprise (CJE)[34] qui permet aux entreprises de bénéficier d'un allègement de charges supplémentaires par rapport aux contrats existants, encourage l'emploi de jeunes en contrat à durée déterminée (CDI) dans le secteur marchand. Depuis sa création en 2002, plus de 260 000 jeunes ont été embauchés en CJE, la moitié d'entre eux avaient quitté le système scolaire sans obtenir leur diplôme (CAP, BEP ou BAC). Avant l'embauche, le quart était au chômage et un sur six sortait d'un contrat de formation en alternance. Comme le CIVIS, le CJE a vu récemment son public élargi à de nouvelles catégories (jeunes résidents des ZUS ou chômeurs de longue durée).

Le plan de cohésion sociale a entendu également favoriser la mixité sociale dans la fonction publique grâce au dispositif Parcours d'accès à la fonction publique territoriale, hospitalière et d'État (PACTE)[35] qui prévoit le recrutement hors concours de jeunes issus des quartiers sensibles dans les différentes fonctions publiques, sortis du système éducatif sans qualification, ou dont la qualification est inférieure au baccalauréat.

Dans les quartiers défavorisés, en complément des mesures déjà existantes, des « groupes solidarité emploi » seront créés à partir de fin 2006[36] qui auront pour mission de concentrer les moyens de la politique de l'emploi en direction des jeunes les moins qualifiés et de renforcer la mobilisation des acteurs locaux.

Outre mer, le dispositif Soutien à l'emploi des jeunes diplômés créé en 2004, vise à faciliter leur intégration (BAC+2 et au-delà) dans les petites entreprises de moins de 20 salariés, grâce à une aide de l'État attribuée à celles-ci pour le recrutement de ce public, sous contrat à durée indéterminée et sur des emplois correspondant à son niveau de formation.

La mobilisation des entreprises se fait également à partir d'accords nationaux telle la charte de la diversité signée, le 13 juin 2006, entre le Conseil national des missions locales et 10 grandes entreprises qui se sont engagés sur une politique de diversité et d'égalité des chances.

- Développer l'apprentissage et la construction d'un parcours d'insertion

Le développement de l'apprentissage[37], soutenu par les régions et qui a connu une relance en 2005 va se poursuivre en fin 2006/2007 par l'instauration progressive d'un pourcentage de jeunes en formation en alternance dans les entreprises de plus de 250 salariés[38], les employeurs qui n'atteignent pas ces seuils verront augmenter le taux de leur taxe d'apprentissage[39], ainsi que par la mise en œuvre de l'apprentissage junior, un nouveau parcours de formation offert aux 14-16 ans qui choisissent de préparer directement leur entrée dans la vie professionnelle. Ces élèves, le plus souvent mal à l'aise au sein de l'organisation pédagogique du collège, ont néanmoins un projet personnel et professionnel déterminé. Pendant toute la durée de leur formation, ils feront l'objet d'un suivi attentif et le parcours dans lequel ils s'engagent sera particulièrement sécurisé car choisi, adapté (projet pédagogique personnalisé), réversible (droit à la reprise de formation en collège à la demande de l'élève), et accompagné (tutorat).

[34] Appelé aussi dispositif de soutien à l'emploi des jeunes en entreprises (SEJE)
[35] PACTE concernera 20 000 jeunes
[36] 100 premiers groupes créés dans les 100 zones franches. En 2007, les 750 ZUS seront concernées.
[37] L'objectif du plan de cohésion sociale est d'atteindre a à 500 000 apprentis en 2009 ; on comptait 382 000 apprentis en mars 2006.
[38] 1 % de l'effectif annuel moyen pour 2006, 2 % en 2007 et 3 % les années suivantes
[39] il sera porté à 0,6 %, contre 0,5 % actuellement.

Les contrats de professionnalisation qui vous permettent d'accéder à une qualification reconnue, en alliant des périodes d'enseignement général, technologique et professionnel à l'exercice en entreprise d'activité en rapport avec la qualification visée, se sont substitués aux contrats de qualification à la suite de l'accord interprofessionnel sur la formation tout au long de la vie signé en 2003. En 2005, ce sont près de 115 000 contrats de professionnalisation qui ont été conclus.

En outre, la conclusion d'accords de partenariat avec des chambres consulaires et des chambres des métiers permettront de faciliter l'accès à l'apprentissage des jeunes qui pourraient être en but à des attitudes discriminatoires. Ainsi, les parcours de formation professionnelle n'intègrent pas encore suffisamment l'exigence de mixité femmes/hommes qu'impose l'évolution de la société actuelle. L'apprentissage et la formation professionnelle en sont les vecteurs privilégiés et doivent contribuer à une évolution rapide, se traduisant par le fait que tous les métiers sont réellement ouverts aux femmes et aux hommes[40]. La loi relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes du 23 mars 2006 invite tous les partenaires de la formation professionnelle à mieux prendre en compte l'exigence de représentation équilibrée des femmes et des hommes dans l'ensemble des dispositifs mis en place.

Mesure centrale du plan de cohésion sociale pour les jeunes, le Contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS)[41] a été conçu pour accompagner les jeunes vers l'emploi afin de répondre à l'objectif de trouver une solution active pour 800 000 jeunes rencontrant des difficultés particulières d'insertion dans l'emploi, soit sortis prématurément du système scolaire, soit appelés à en sortir sans qualification. Mis en place en mai 2005, le dispositif a poursuivi sa montée en charge au premier trimestre 2006 avec 185 000 jeunes en CIVIS, dont la moitié est sans qualification. La loi du 21 avril 2006 sur l'accès des jeunes à la vie active en entreprise a réformé et amélioré cette mesure en étendant son accès aux jeunes diplômés de l'enseignement supérieur particulièrement éloignés de l'emploi. Un « parcours d'accès à la vie active » doit être proposé aux jeunes dans un délai de 3 mois après la conclusion du contrat tandis que l'accompagnement peut être poursuivi pendant un an après l'accès à l'emploi. Les jeunes en CIVIS bénéficient de la protection sociale et lorsqu'ils sont majeurs, ils peuvent bénéficier d'une allocation pendant les périodes où ils ne perçoivent aucun autre revenu ou allocation (900 euros par an maximum ; 300 euros maximum par mois). En outre, il est prévu un développement du CIVIS en faveur des jeunes sous main de justice qui leur permettra de bénéficier d'un accompagnement personnalisé débutant avant la sortie de détention pour les jeunes incarcérés ou dès le début de l'intervention éducative en milieu ouvert. 6000 jeunes effectuant des peines de moins d'un an seront concernés chaque année. Ils pourront bénéficier dans ce cadre d'actions de lutte contre l'illettrisme, de remise à niveau, ou de santé.

Le service civil volontaire complète ces différents dispositifs pour des jeunes connaissant une série de difficultés, de l'échec scolaire à la marginalisation sociale en les aidant à intégrer différents corps de métier : défense, police, environnement, santé, culture, et secteur associatif. On distingue : « Cadets de la République » destiné aux jeunes qui veulent travailler dans la police nationale ou la sécurité publique et « Défense-deuxième chance »[42], mis en

[40] La part des filles dans l'apprentissage est de 30,2 % (source DEP)
[41] Fin 2005, environ 111 000 jeunes âgés de 16 à 25 ans et sortis du système scolaire étaient titulaires d'un contrat d'insertion dans la vie sociale.).
[42] En juin 2006 4 centres sont ouverts (450 jeunes volontaires). Le déploiement est prévu sur l'ensemble du territoire d'ici fin 2007 (avec 50 centres).

œuvre depuis septembre 2005 dans le but d'expérimenter un nouveau mode d'accompagnement à l'emploi, composé d'une formation triple – comportementale, scolaire et pré-professionnelle – dans un objectif d'accès à l'emploi, principalement dans des secteurs en pénurie de main d'œuvre (bâtiment, travaux publics, restauration, transports, sécurité, etc.). Sous la forme de l'internat, ce programme s'appuie sur l'expérience d'anciens militaires, et bénéficie de la compétence d'enseignants de l'Éducation nationale et de formateurs pour l'aspect professionnel. La loi du 30 mars 2006 pour l'égalité des chances a confié la mise en œuvre et la gestion du service civil volontaire à l'Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

Il s'agit également de susciter, repérer, soutenir et accompagner les initiatives dans le domaine de création d'activités et d'entreprises des jeunes des quartiers et notamment de ceux issus de l'immigration grâce au développement des coopérations entre les réseaux des missions locales et de celui des boutiques de gestion. Ce rapprochement permet de valoriser la réussite socio-économique des jeunes des quartiers qui contribuent également au développement local et à créer pour certains du lien social.
Lors de leur contact avec l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), les nouveaux migrants de 16-18 ans, bénéficiant du Contrat d'accueil et d'intégration (CAI) et des prestations associées à sa signature, se verront désormais proposer, en fonction de leur situation, soit la poursuite de leur scolarisation, soit un accompagnement vers l'emploi. Il est prévu à cette fin de développer la coordination avec les services départementaux de l'Éducation nationale et les missions locales.

- Faciliter l'insertion professionnelle des jeunes par une levée des obstacles

L'accès à l'information juridique

L'accès au droit, tendant à l'information juridique sur les droits et obligations dans divers domaines (emploi, logement, lutte contre les discriminations), constitue pour les jeunes une dimension fondamentale de leur inclusion sociale, notamment pour ceux habitant dans les quartiers de la politique de la ville. Il s'avère que les jeunes, et notamment ceux en grande difficulté, ne fréquentent pas les dispositifs d'accès au droit existants, qui concernent essentiellement un public adulte. Il est constaté par ailleurs que les acteurs intervenant auprès des jeunes n'identifient pas, le plus souvent, la dimension juridique des problèmes qu'ils exposent, et que, lorsque cette dimension juridique est identifiée, ces acteurs rencontrent des difficultés pour déterminer vers quel intervenant il convient d'orienter le jeune. Afin de proposer des solutions et des recommandations, des outils, centrés sur le travail en réseau entre les divers intervenants et sur l'amélioration de l'accompagnement des jeunes, ont été transmis aux 82 Conseils Départementaux de l'Accès au Droit (CDAD), organes chargés de définir une politique locale d'accès au droit. Des actions de formation en direction des acteurs qui interviennent auprès des jeunes, seront également proposées pour leur permettre une meilleure identification des problèmes juridiques. Il a été prévu à cet égard lors du CILE du 12 mai 2006 de créer, sous l'impulsion des CDAD, des plates-formes partenariales d'accès au droit en direction des jeunes, aux fins de développer ce travail en réseau et le suivi des jeunes pour ce qui concerne la prise en charge de leurs difficultés d'ordre juridiques. L'objectif est de créer 10 plates-formes d'ici fin 2007.

L'accès au logement

Qu'ils soient en insertion, en apprentissage ou en situation de premier emploi, les jeunes ont des difficultés pour accéder à un premier logement. C'est pourquoi, le comité interministériel au développement de l'offre de logements (CIDOL) du 22 juin 2006 a décidé des mesures visant à augmenter la production de petits logements destinés particulièrement aux jeunes, dans le parc public comme dans le parc privé, sur la base d'études territorialisées des besoins de logements ainsi que la création de résidences sociales à destination des jeunes, qu'ils soient en mobilité professionnelle, en insertion, apprentis, en formation en alternance. L'objectif porte sur 500 logements supplémentaires par an, sur la durée du plan de cohésion sociale. Afin de veiller à la réalisation effective de ces mesures et d'améliorer la coordination entre les multiples acteurs intervenant en faveur du logement des jeunes, chaque préfet devra élaborer dans son département et avec les principaux responsables du logement des jeunes un « plan logement des jeunes ». En outre, un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs nationaux sera institué et remettra des propositions en fin 2006, notamment sur les questions de mobilité professionnelle, formation en alternance, etc. Il comprendra notamment les associations d'élus concernés et les organismes intervenant en faveur du logement des jeunes. A la suite de ces travaux, des accords cadre pourront être signés. Parallèlement, le Fonds de cohésion sociale (FCS) sera mobilisé dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités locales, les missions locales, les réseaux bancaires agréés et les associations accompagnant les jeunes en insertion professionnelle, en subsidiarité des dispositifs d'aide existants : LOCA-PASS, FSL, Fonds d'aide aux jeunes (FAJ), Fonds pour l'insertion professionnelle des jeunes (FIPJ). Le recours au micro-crédit social garanti par le FCS permettra l'achat de petits équipements et de mobilier, le financement des primes d'assurances obligatoires, etc…

L'accès à la santé et aux soins

L'environnement social et culturel des enfants, des adolescents et des jeunes adultes emporte des incidences fortes sur la santé, notamment pour les publics en difficulté sociale. Les enquêtes présentées dans la « Stratégie d'action santé des enfants et des jeunes » du Ministère chargé de la santé corroborent le constat du rapport de l'Observatoire des ZUS (ONZUS) sur les enfants scolarisés. La surcharge pondérale apparaît ainsi cinq fois plus chez les élèves de CM2 issus de familles ouvrières que chez les enfants issus de familles de cadres. Le besoin de soins bucco-dentaires chez les enfants et les adolescents reste élevé : à 11 ans, 40% des enfants ont au moins une carie active selon une enquête de l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie Ile de France. Enfin, les jeunes adultes (16-25 ans) en cours d'insertion professionnelle, issus de familles en difficulté, présentent des difficultés de santé accrues, autant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de condition de vie, que de comportements. Un ensemble de mesures a été retenu dans le cadre de la « Stratégie d'action santé des enfants et des jeunes », en décembre 2005. Il s'agit de renforcer la formation en éducation à la santé des professionnels en contact avec les jeunes ; généraliser l'examen bucco-dentaire de prévention obligatoire à 6 et 12 ans ; développer des actions de prévention, faciliter l'accès à la consultation de prévention 12/13 ans pour des jeunes issus de familles en situation de précarité, favoriser la mise en synergie des actions en faveur des jeunes en difficulté en établissant des chartes de partenariat en éducation à la santé entre l'éducation nationale et les intervenants extérieurs, notamment dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé Publique(PRSP)/ des programmes santé en milieu scolaire, en formalisant un accord cadre de partenariat en santé publique entre les ministères de la santé et de l'agriculture (pour les établissements scolaires du secteur agricole), d'une part, entre les ministères de la santé et de la justice (pour les jeunes pris en charge par les services de la protection judiciaire de la jeunesse), d'autre part . Il convient aussi de promouvoir un changement des pratiques relatives à la santé des jeunes en insertion, dans le cadre d'une charte nationale inter-

partenariale entre les services de l'Etat et le Conseil national des missions locales. Le nombre d'Ateliers Santé Ville, qui visent spécifiquement l'accès aux soins dans les quartiers en difficulté et l'élaboration participative de plans locaux de santé publique, sera doublé sur 2006 et 2007 dans les quartiers défavorisés.

L'accès à la culture, aux sports et aux loisirs

Faire découvrir aux enfants et adolescents de zones et de milieux défavorisés le patrimoine national à travers les musées et les monuments historiques représente un enjeu fort pour l'inclusion sociale des jeunes en difficulté sociale et professionnelle. « Un passeport loisirs et culture », initié localement dans le cadre d'un quartier en difficulté, sera généralisé à partir de 2007 afin de permettre aux populations les plus modestes d'avoir accès à la culture, aux sports et aux loisirs. D'autre part, l'opération « les portes du temps », activité inspirée par l'idée d'une découverte active du patrimoine en lien avec des artistes intervenants et en partenariat avec des fédérations d'éducation populaires en charge des jeunes dans le cadre des congés scolaires, a été mise en place pendant l'été 2006 sur 18 sites à travers 11 régions. Elle devrait concerner 40 000 enfants et adolescents, les établissements patrimoniaux ciblant leur travail notamment sur les jeunes issus des quartiers sensibles.
Par ailleurs, l'accompagnement et le soutien spécifique par les services de l'Etat d'un millier d'associations locales ont permis en 2006 de faciliter l'accès d'enfants et de jeunes de zones défavorisées (urbaines) à une pratique d'activités sportives, culturelles et de loisirs régulière et encadrée favorisant leur insertion sociale. Cette politique se poursuivra en 2007 et 2008.

2-2-3 Développer l'offre de logement social et d'hébergement de qualité

La France connaît une crise du logement avec un déficit important de logements sociaux. L'Observatoire national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (ONPES) rappelle, dans son rapport 2006, que la « non-couverture des besoins de logement, estimée entre 400 000 et 500 000 unités, pèse de multiples façons sur les ménages pauvres : en les rejetant à la périphérie du marché du logement, en induisant le surpeuplement des logements existants, en maintenant durablement des formes d'habitat précaire et insalubre». L'absence de fluidité dans le parc social se traduit par l'impossibilité pour des couches de plus en plus importantes de la population d'accéder au logement, particulièrement dans les grandes agglomérations à loyers élevés, et contribue à l' « embolisation » du dispositif d'hébergement qui se voit contraint d'accueillir des personnes en capacité financière d'accéder à un logement autonome.

- Développer l'offre de logement social

La loi de programmation pour la cohésion sociale, renforcée par le Pacte national pour le logement de septembre 2005, dont la loi du 13 juillet 2006 constitue le volet législatif, consacre des efforts importants en matière de construction d'habitat social, tout en assurant la mixité sociale conformément aux dispositions de la loi « Solidarité et renouvellement urbains » du 13 décembre 2000.

Depuis deux exercices, des progrès considérables ont été réalisés en matière de construction d'habitat social, grâce à la mise en œuvre de la loi de programmation pour la cohésion sociale : 500 000 logements sociaux nouveaux sur la période 2005-2009. 80 430 ont été construits en 2005, contre 56 426 en 2003, l'objectif de 2006 étant fixé à 100 000. La

progression est de +5 % en 2003, de +41,7 % en 2004, et de +15% en 2005. Pour les quartiers prioritaires, l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU), créée par la loi n° 2003-710 du 1er août 2003, d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, met en œuvre un plan global d'actions : elle intervient sur l'offre nouvelle et la réhabilitation de logements locatifs sociaux, ainsi que sur la démolition de logements inadaptés. Le programme de rénovation urbaine mis en place depuis 2003 est prolongé jusqu'en 2011.

Pour favoriser la libération du foncier nécessaire à la relance de la construction, l'État a montré l'exemple en mobilisant ses propres terrains ainsi que les terrains d'établissements publics inutiles à leur activité. C'est ainsi que des terrains ont été identifiés permettant la mise en chantier de 30 000 logements d'ici fin 2008. L'État appliquera une décote pour permettre la construction de logements sociaux.

Par ailleurs, différentes mesures d'ordre fiscal visant à améliorer la situation du marché du logement social ont été mises en œuvre. De même, plusieurs mesures ont été prises, fin 2005, pour mieux assurer l'équilibre des opérations locatives qui subissent la hausse des coûts du foncier et de la construction : amélioration des prêts aux organismes de logement social, modification du zonage en faveur de 328 communes, modification du taux des Prêts Locatifs Intermédiaires (PLI).

Enfin, des conventions entre l'État et l'Union d'économie sociale du logement détermine les modalités de contribution du 1% logement à ce programme de construction. Il en est de même des conventions entre l'État et l'Union sociale pour l'Habitat.

Le parc privé a fait également l'objet d'une mobilisation. Le budget de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) a été augmenté afin de financer 200 000 logements à loyers maîtrisés et aider à remettre sur le marché 100 000 logements vacants. Un dispositif fiscal incitatif ainsi qu'une sécurisation accrue par le biais de l'ANAH sont proposés aux propriétaires afin de mobiliser davantage de logements à vocation très sociale. De plus, le concept de la «maison à 100 000 €» entre désormais dans une phase opérationnelle. En particulier, une charte a été signée le 8 décembre 2005 avec les professionnels du secteur de la construction et des élus locaux .

- Permettre un meilleur accès et maintien dans le logement

Dans le cadre du Programme de cohésion sociale et du Pacte national pour le logement, il est prévu différentes mesures visant :
-le développement de l'accession à la propriété. A partir du 1er janvier 2007, les prêts à taux zéro (PTZ)[43] seront ouverts à 20 000 ménages supplémentaires du fait du relèvement des plafonds de ressources. Pour la location-accession sociale, 10 000 prêts sociaux seront accordés chaque année.

-le renforcement des Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD)[44]. Ils comprennent désormais explicitement la prévention des expulsions locatives et la lutte contre l'habitat indigne. L'articulation des actions du fonds de solidarité pour le logement (FSL) et du PDALPD est également visée par la loi, afin que les moyens financiers des FSL soient orientés vers le maintien dans le logement et l'accès au logement des personnes et familles visées par le plan départemental. Dans le domaine des

[43] Le nombre de PTZ a doublé en un an, passant à 200 000 en 2006.
[44] créés par la loi du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement, leur pilotage est assuré par l'État et par le département

attributions de logements sociaux, la loi prévoit d'étendre aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) la possibilité, réservée jusque là à l'Etat, de signer avec les bailleurs sociaux un accord collectif triennal pour le logement des personnes et familles visées par le PDALPD ;

- la présence au sein de la commission d'attribution des logements sociaux d'un représentant des associations agrées par le préfet au titre de leur action en faveur du logement des personnes défavorisées. La loi acte également la possibilité pour le préfet de déléguer son droit de réservation de logements sociaux au maire de la commune (ou à l'EPIC) où sont implantés les logements sociaux.

- l'inscription des personnes reprenant une activité après une période de chômage de longue durée parmi les publics figurant à l'article L.441-1 du code de la construction et de l'habitation (personnes mal logées, défavorisées, personnes en situation de handicap, personnes hébergées ou logées temporairement) pour l'attribution prioritaire de logements sociaux ;

- l'accélération de la saisine de la commission de médiation par des demandeurs n'ayant pas reçu de proposition de logements sociaux dans un délai fixé par le préfet, et qualifiés de « super prioritaires » : personnes menacées d'expulsion sans relogement ou hébergées temporairement ou logées dans un taudis ou une habitation insalubre.

- l'interdiction des coupures d'eau, d'électricité et de gaz durant la période hivernale pour les ménages confrontés à de grandes difficultés de paiement de ces fournitures.

En matière de prévention des expulsions, la loi de programmation pour la cohésion sociale prévoit que le locataire dont le bail a été résilié suite à un défaut de paiement du loyer et des charges puisse continuer à bénéficier de l'Aide Personnelle au Logement lorsqu'il a signé avec l'organisme bailleur un protocole d'accord. Ce protocole doit prévoir, du coté du locataire, un paiement régulier du loyer et des charges ainsi qu'un plan d'apurement des dettes, et du coté du bailleur, un arrêt des procédures d'expulsion et un engagement à consentir un nouveau bail au terme du protocole. Le protocole est d'une durée de deux ans avec une prolongation possible d'un an en cas de nouvelle négociation du plan d'apurement des dettes. La loi ENL complète le dispositif en instaurant la possibilité de créer auprès du PDALPD une commission consultative qui est chargée de proposer des avis aux instances décisionnelles concernées (CAF, FSL) en matière d'aides personnelles au logement, d'attribution d'aides financières et d'accompagnement social lié au logement, en faveur des personnes en situation d'impayés de loyer.

Les salariés saisonniers agricoles rencontrent des difficultés spécifiques pour se loger : lourde charge pour les agriculteurs, défaut de logement en zone rurale, ressources modestes des salariés. Un programme d'intérêt général « Opération expérimentale pour le logement des saisonniers agricoles » a été expérimenté dans un département français, avant de faire l'objet d'une modélisation.

Le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion 2006 a retenu une demande ancienne des associations de solidarité : le droit au logement opposable à l'échelon local (dans les agglomérations de plus de 50 000 habitants) va bénéficier d'une expérimentation, confiée au Haut comité pour le logement des personnes défavorisées. Il rendra ses travaux exploratoires en fin 2006.

- Améliorer les conditions de logement

Lutter contre l'habitat indigne[45] constitue le second enjeu pour la France en matière de logement. L'ordonnance du 15 décembre 2005 a rendu plus opérationnel un certain nombre de mesures, en particulier par l'instauration de mécanismes d'urgence pour traiter l'insalubrité, la simplification des procédures en matière de péril et, parallèlement pour sécuriser l'état des équipements communs des immeubles collectifs d'habitation, la facilitation de l'exécution d'office des travaux à la place des propriétaires défaillants, le renforcement de la responsabilité des propriétaires, la sécurisation du droit des occupants (notamment dans les hôtels meublés) et l'amélioration des mécanismes d'hébergement et de relogement des occupants des locaux insalubres ou dangereux. Enfin, l'expropriation des immeubles insalubres ou menaçant ruine est facilitée par la loi.
Les mécanismes opérationnels et financiers pour traiter l'habitat indigne, ouverts par l'Etat et par l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) ont été améliorés pour mieux répondre aux priorités : subventions majorées pour les travaux de sortie d'insalubrité ou de péril et aides adaptées aux copropriétés, subventions aux villes qui exécutent des travaux d'office et lancement d'un programme spécifique pour améliorer l'état des hôtels meublés...
La loi portant engagement national pour le logement a rendu obligatoire le repérage de situations d'habitat indigne dans les programmes locaux de l'habitat et les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées. Les mécanismes opérationnels ont été améliorés dans le cadre du Plan de cohésion sociale : les opérations publiques de résorption de l'habitat insalubre (RHI) sont facilitées par des financements adéquats, et permettent, outre le traitement de locaux inhabitables, le relogement des occupants et la production de logements locatifs sociaux. Les Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat de renouvellement urbain ou de revitalisation rurale doivent traiter l'insalubrité et offrir des logements sociaux privés grâce au conventionnement. Ces opérations ont une efficacité indéniable, mais à moyen terme car elles exigent du temps. Aussi, le CILE 2006 a décidé :

- un plan de communication portant à la fois sur les nouveaux mécanismes mis en place et sur les droits des occupants ;
- le renforcement des moyens du Pôle national de lutte contre l'habitat indigne pour soutenir ce plan d'action ;
- la mise en place d'un Fonds d'aide au relogement d'urgence (FARU)[46], destiné aux communes qui interviennent pour reloger, en urgence, les occupants d'immeubles insalubres ou dangereux ou pour effectuer des travaux interdisant l'accès à ces locaux.

L'ensemble de ces mesures est décliné de manière particulière outre-mer compte tenu d'un contexte local où la crise du logement est exacerbée en raison de contraintes spécifiques où dominent des besoins très importants liés au rattrapage des retards actuels et à une croissance démographique très forte[47] ainsi qu'un revenu moyen peu élevé. L'action de l'Etat se traduit par des aides à la pierre renforcées, d'aménagement urbain et de politique de la ville avec la déclinaison du programme national pour la rénovation urbaine dans les DOM et la politique de résorption de l'habitat insalubre.

- Développer des formules de logements adaptés

[45] on estime à 500 000 environ le nombre de logements indignes en France dont 40%en milieu rural
[46] pour une durée de 5 ans, le FARU est doté de 20M€
[47] 1,6 % par an, quatre fois supérieure en moyenne à celle de la métropole

Les conditions du marché du logement (offre insuffisante et revenus très faibles) ou les caractéristiques de certains publics (grande marginalité, manque d'autonomie, souffrance psychique, maladie mentale…) ne rendent pas toujours possible un accès rapide et direct au logement ordinaire. Toutefois, ces personnes ne relèvent ni de l'hébergement d'urgence ni des structures d'insertion. Par conséquent, il convient de favoriser leur accès au logement adapté, en résidence sociale ou en maison-relais.
Les résidences sociales, créées en 1994 avec pour objectif de répondre aux besoins en logement temporaire des personnes ou familles qui rencontrent des difficultés pour accéder au logement ordinaire, sont aujourd'hui au nombre de 700. Devant les difficultés d'une offre de logement accessible pour les jeunes, il a été décidé, par convention avec l'Union des foyers de jeunes travailleurs et avec la Sonacotra, de faciliter leur accès aux résidences sociales gérées par ces associations. 20 000 places doivent être proposées sur chacun des secteurs sur une période de trois ans.
Le programme « maisons relais », a quant à lui été lancé en 2003, pour répondre à un besoin spécifique en logement de personnes rencontrant des difficultés économiques et sociales, auxquelles s'ajoutent des problématiques personnelles d'isolement et de grande exclusion. L'hôte, en charge de ces structures, a pour mission de recréer du lien social en étant à l'écoute des résidents et en organisant l'ouverture au tissu social de proximité. Le Plan de cohésion sociale a prévu le développement de ce programme avec l'ouverture de 4000 places supplémentaires en trois ans.
Parallèlement, commence à se poser la question du vieillissement des personnes sans domicile fixe, celles accueillies en CHRS qui atteignent l'âge de 60 ans, voire des résidents des foyers de travailleurs migrants et de leur perte progressive d'autonomie. Cette problématique du vieillissement concerne aussi les résidents actuels des maisons-relais dont la moyenne d'age est 49 ans et dont l'état physique est souvent assez dégradé. En conséquence, le CILE 2006 a décidé d'expérimenter l'adaptation de certaines maisons-relais, pour permettre le maintien des personnes accueillies dont l'âge et l'état de santé ne permettent plus de vivre de façon autonome et pour les personnes SDF vieillissantes valides. Par ailleurs, la problématique se pose également pour les personnes souffrant de handicap psychique et pour lesquelles le CILE a également décidé de lancer une expérimentation en créant 100 places en « résidences-accueil » qui reprend le concept « maison-relais » en l'adaptant à la spécificité de ces publics et en offrant un accompagnement social et médico-social.

- Stabiliser une offre d'hébergement adapté, à visée d'insertion

Pour les personnes n'ayant pas accès au logement, pour des raisons qui tiennent à l'insuffisance de l'offre accessible ou à des circonstances de leur vie, une offre d'hébergement adéquate et à visée d'insertion doit être développée.

Depuis 2002, le Gouvernement a réalisé des efforts sans précédent pour renforcer et consolider le dispositif d'accueil et d'hébergement, avec une progression de 40% des places d'hébergement tout dispositif confondu. A ce jour, plus de 91 000 places d'hébergement sont ouvertes toute l'année. Sur la période 2002-2006, les crédits consacrés par l'Etat au dispositif d'hébergement a progressé de 30 %. Au-delà de ces aspects quantitatifs, un référentiel national des prestations d'hébergement et d'insertion a été élaboré et diffusé en 2005 pour clarifier les missions et préciser l'offre de service du dispositif. En septembre 2005, 50 M€ supplémentaires ont été mobilisés pour réaliser la mise aux normes de sécurité dans tous les centres d'hébergement. Ces travaux sont en cours ou programmés.

En dépit de ces efforts, la situation sur le terrain reste difficile puisque le dispositif d'hébergement continue à être à la fois physiquement engorgé du fait du déficit de logements sociaux et de l'absence de perspective pour les familles étrangères en situation irrégulière et inadapté car les publics accueillis dans l'hébergement d'urgence relèvent pour une majorité d'entre eux d'autres solutions que cette forme d'hébergement. C'est le cas notamment des « grands exclus » (30 à 50 % des personnes accueillies) qui doivent relever d'un mode d'hébergement durable de stabilisation, selon une formule en cours d'expérimentation. C'est le cas également d'autres catégories de publics, notamment des « travailleurs pauvres ». En outre, les conditions matérielles d'accueil apparaissent parfois de qualité insuffisante.

C'est pourquoi, le CILE 2006 a décidé d'améliorer le dispositif d'accueil et d'hébergement par un plan triennal, doté de 50M € supplémentaires. Ce nouveau plan répond à trois objectifs :

- Pérenniser à l'année les places ouvertes en hiver. Ce sont donc 5000 places supplémentaires qui seront ouvertes tout au long de l'année, dont 500 dès cette année, 2000 l'an prochain et en 2008, puis 500 en 2009. A terme, seules des capacités exceptionnelles seront mobilisées pour faire face aux conditions climatiques de grand froid. Le but est de sortir de la logique des plans d'hiver et de mettre en œuvre des solutions qui permettent aux personnes de bénéficier d'une insertion durable. A l'horizon 2007, plus de 100 000 places d'hébergement seront mises en œuvre de façon permanente tout au long de l'année, soit une progression des capacités de 14 % ;

- Poursuivre et intensifier l'humanisation des conditions d'hébergement pour rendre les structures plus accueillantes et adapter leurs règles de fonctionnement aux besoins des publics : élargissement des horaires d'ouverture ; transformation de 3000 places d'hébergement d'urgence en places de Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale (CHRS) ; hébergement adapté pour les personnes les plus désocialisées ; développement de solutions de sortie vers du logement temporaire notamment pour les personnes qui disposent d'un contrat de travail ; ouverture de nouvelles places de CHRS dans les Départements d'Outre Mer ;

- Renforcer la veille sociale et les équipes mobiles. Si tous les départements disposent aujourd'hui d'un numéro d'appel « 115 », il est nécessaire d'améliorer, à l'échelle territoriale, un pilotage de l'ensemble des actions en direction des personnes sans domicile. Il s'agit de doter les services de premier accueil des moyens nécessaires en personnel pour compléter les équipes de bénévoles. Au-delà de l'accueil téléphonique, les accueils de jour et les équipes mobiles doivent assurer un meilleur repérage et un véritable accompagnement de ces publics dans la durée. Par ailleurs, il paraît nécessaire d'étendre, autant que de besoin, les ouvertures des accueils le week-end selon une répartition territoriale définie département par département.

Par ailleurs, la loi ENL a donné un statut aux Résidences hôtelières à vocation sociale (RHVS). Elles constituent un outil pour réhabiliter des hébergements parfois dangereux, insalubres ou frappés de vétusté, notamment des hôtels meublés. Le concept vise la création d'un secteur d'hôtellerie d'intérêt général répondant aux besoins d'un public à faible revenu, sans difficulté particulière d'insertion dans la société. 5 000 places en résidences hôtelières à vocation sociale devraient être créées afin d'offrir notamment aux personnes en difficulté une véritable alternative au recours à des hôtels meublés à la fois chers et de qualité médiocre.

En matière de logement comme d'emploi, certaines populations sont confrontées à des difficultés spécifiques.

L'accueil, l'hébergement ainsi que l'accès au logement des femmes victimes de violences a fait l'objet d'une relance dans le cadre du plan d'action global pour 2005 – 2007, intitulé « 10 mesures pour l'autonomie des femmes ». Après un travail interpartenarial important, un référent violences/hébergement a été nommé au niveau local avec pour mission de coordonner les efforts tant de l'Etat que des collectivités locales et en lien avec les acteurs associatifs. Les femmes ne pouvant ou ne souhaitant pas toujours bénéficier du dispositif d'éviction du conjoint violent du domicile conjugal mis en place par la loi relative au divorce du 26 mai 2004, il a été décidé d'étendre à leur profit, à titre expérimental, le dispositif d'accueil chez les particuliers à titre onéreux de personnes âgées ou handicapées. De même, au plan pénal, la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, facilite l'éviction de l'auteur des violences du domicile de la victime, conjoint ou concubin, à tous les stades de la procédure, avec en complément, si nécessaire, la possibilité pour le magistrat d'ordonner une prise en charge sanitaire, sociale, ou psychologique. A cet égard, la loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs étend ces mesures à tous les couples, quel que soit leur statut, ainsi qu'aux anciens partenaires, à condition, pour ces derniers, que les violences aient été commises en raison des relations ayant existé entre l'auteur et la victime.

Pour les gens du voyage, la question du logement demeure une question essentielle. La loi du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage dispose que les communes participent à l'accueil des personnes dites gens du voyage et dont l'habitat traditionnel est constitué de résidences mobiles. Dans chaque département, au vu d'une évaluation préalable des besoins et de l'offre existante, notamment de la fréquence et de la durée des séjours des gens du voyage, des possibilités de scolarisation des enfants, d'accès aux soins et d'exercice des activités économiques, un schéma départemental prévoit les secteurs géographiques d'implantation des aires permanentes d'accueil et les communes où celles-ci doivent être réalisées. Les communes de plus de 5 000 habitants figurent obligatoirement au schéma départemental. Il précise la destination des aires permanentes d'accueil et leur capacité et définit la nature des actions à caractère social destinées aux gens du voyage qui les fréquentent. La loi du 5 juillet 2000 introduit également la notion de terrains familiaux qui contrairement aux aires d'accueil, ne sont pas assimilables à des équipements publics. Ils correspondent à un habitat privé qui peut être locatif ou en pleine propriété. Réalisés à l'initiative de personnes physiques ou de personnes morales publiques ou privées, ces terrains familiaux constituent des opérations d'aménagement à caractère privé. Une enquête menée en juin 2006 note qu'au 1er janvier 2006, la quasi-totalité des schémas départementaux d'accueil des gens du voyage, soit 93 sur 96 ont été signés et publiés. Les années 2000, 2001 et 2002 ont été des années d'attente pour une grande partie des élus qui souhaitaient connaître la teneur de leurs obligations avant de s'engager dans la réalisation des aires d'accueil. Aussi, le niveau des réalisations durant ces années a été assez modeste. Depuis 2003, une réelle dynamique s'est enclenchée au plan communal et intercommunal dans de nombreux départements. Il est à noter que des difficultés liées à la mobilisation des terrains, à la révision des documents d'urbanisme ou à la recherche de co-financement peuvent expliquer les retards constatés dans la mise en œuvre des schémas départementaux. Le cumul à fin 2005 des places financées en investissement s'est élevé à 11 796 places en aires d'accueil auxquelles s'ajoutent 59 aires de grand passage, 542 places en petit passage et 92 places en terrain familial pour un montant total de subventions de 119,10 M€ tandis que le cumul des places

réalisées à fin 2005 s'est élevé à 7 735 places réalisées en aires d'accueil, soit 18% des prescriptions des schémas départementaux, 63 aires de grand passage (avec une moyenne de 100 places), 130 places réalisées en terrain familial locatif pour répondre aux besoins de familles sédentaires. L'effort de création d'aires d'accueil pour permettre la libre circulation des gens du voyage doit être poursuivi, toutefois un travail est engagé pour les gens du voyage qui souhaiteraient soit se sédentariser, soit disposer, tout en continuant à voyager quelques mois dans l'année, d'un lieu d'ancrage, une politique d'habitat adapté à leurs besoins. La commission nationale consultative des gens du voyage (CNCGDV), installée depuis mars 2006, a pour mission d'étudier les problèmes spécifiques que connaissent les gens du voyage et de faire au Premier Ministre les propositions de nature à les résoudre, en vue d'assurer une meilleure insertion de cette population dans la communauté nationale. La Commission a adopté un programme de travail pour la période 2006/2007 sur les questions relevant de l'accès aux droits, l'habitat, la scolarisation des enfants, l'insertion professionnelle et l'accès au crédit.

Le Comité interministériel à l'intégration du 24 avril 2006 a souhaité mettre en place des mesures favorisant la décohabitation pour mettre fin aux situations de polygamie. La réussite d'une décohabitation repose sur la capacité des femmes à assumer leur autonomie et toutes les responsabilités qu'elles exerceront seules. C'est pourquoi, les épouses bénéficieront d'un appui à la décohabitation, notamment par un accès prioritaire aux formations linguistiques pour les femmes maîtrisant mal la langue française; le versement des allocations familiales à la femme qui a la charge de l'entretien et de l'éducation des enfants sur un compte bancaire personnel, dès lors qu'elle est en situation de recherche d'un logement à son nom, ainsi que la mise en place d'un accompagnement social spécifique pour la recherche et le maintien dans le logement, l'aide à la recherche d'emploi…

2-3 Bonne gouvernance

Les travaux engagés, en France, depuis le vote de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion, renforcée par la stratégie européenne d'inclusion sociale, ont permis le développement d'instruments d'observation, de coordination et d'évaluation des politiques publiques, en concertation étroite avec les nombreux acteurs de l'inclusion sociale. Ils constituent le cadre de la gouvernance. Aujourd'hui, on s'accorde sur la nécessité de le faire évoluer notamment depuis le développement de la décentralisation des politiques relevant de l'action sociale (2005) et la mise en place de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001 (janvier 2006).

On peut déjà constater que l'État a fait évoluer son organisation avec la création d'agences qui permettent d'associer ses partenaires et gérer l'attribution de subventions avec souplesse. C'est ainsi qu'après la mise en place de l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), L'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ANCSEC) a été créée par la loi égalité des chances du 31 mars 2006. Chargée de mener des actions dans les quartiers de la politique de la ville, elle regroupera des fonds d'État et des fonds européens et sera administrée par un conseil d'administration comportant des représentants de l'État, des collectivités territoriales, d'organisations syndicales et associatives, des associations et personnes qualifiées. Elle sera opérationnelle en janvier 2007. Une nouvelle contractualisation prendra la place des contrats de ville au 1er janvier 2007 : les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Ils

proposeront un projet global de développement visant à accroître mixités sociale et fonctionnelle dans les quartiers en difficulté. A travers ce type de contrats, c'est le regroupement des politiques contractuelles qui est favorisé.

De même, une Maison de la cohésion sociale s'est ouverte en juillet 2006 et regroupe le Conseil national de l'insertion par l'activité économique, le Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ainsi que le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées. Elle permettra le renforcement des synergies entre les principales instances de consultation de l'inclusion sociale.

Dans le même temps les grands réseaux associatifs renforcent leur organisation commune à travers différentes formes de partenariat : groupes de travail, rencontres, prises de positions communes…

De manière à mieux structurer une politique de gouvernance en matière d'inclusion sociale**,** la France s'assigne des axes de progrès, sur la période 2006-2008, dans les quatre directions suivantes :

- **L'amélioration des processus qui composent le cycle de vie des politiques d'inclusion sociale ;**

- **La prise en compte de l'expertise des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion ;**

- **Le développement d'une stratégie intégrée d'inclusion sociale permettant sa prise en compte dans tous les domaines ;**

- **La mobilisation du niveau local autour d'enjeux stratégiques et la mise en cohérence des dispositifs d'inclusion sociale dans les territoires.**

➢ L'amélioration des processus qui composent le cycle de vie des politiques d'inclusion sociale : de l'enrichissement de l'observation et de l'étude des phénomènes d'exclusion (1) à la prise de décision concertée (2) et à l'évaluation des politiques mises en œuvre (3).

(1)Tant dans le domaine de l'observation que dans celui des études et de l'évaluation, de nombreux travaux sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion ont été menés depuis le milieu des années 1970. Toutefois, des axes de progrès sont attendus afin de mieux identifier les enjeux prioritaires par la définition d'objectifs stratégiques facilement compréhensibles s'appuyant sur des indicateurs de suivi et de résultats fixés en concertation. Une territorialisation des indicateurs est également souhaitable. En outre, il convient de systématiser les études d'impact préalables à l'adoption de texte ayant des conséquences sur la vie des personnes en situation de vulnérabilité. Ces travaux sont conduits en lien étroit avec l'Observatoire National de la pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES). Créé par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions[48], l'ONPES est chargé de rassembler, analyser et diffuser les informations et données relatives aux situations de précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale ainsi qu'aux politiques menées en ce domaine. En 2006, l'ONPES a rendu un rapport portant notamment sur les questions relatives à la mesure et

[48] comprend 22 membres : universitaires, personnalités qualifiées et membres de droit.

l'évolution de la pauvreté (cf. partie 2.1) et sur les situations locales de lutte contre la pauvreté. Les services d'études et de statistiques des différents ministères participant aux politiques d'inclusion sociale et les plates formes régionales d'observation sociale inter partenariales mises en place par le ministère chargé de la cohésion sociale apportent leurs expertises à ces exercices. De même, l'Observatoire des Zones Urbaines Sensibles, créé par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003, permet d'avoir une meilleure connaissance des territoires en difficulté, en disposant de données plus riches pour établir un plus grand nombre d'indicateurs. L'objectif est non seulement d'améliorer la visibilité sur ces territoires, mais aussi de mieux en mesurer l'évolution et évaluer les effets des moyens mis en œuvre. Un rapport annuel détaillé sur l'évolution des ZUS est présenté chaque année depuis 2004 au Parlement et donne lieu à un débat national sur la politique de la ville. Cependant, même si le constat s'enrichit de nouvelles observations d'année en année, ce travail pâtit encore du déficit d'informations statistiques infra-communales, notamment dans le domaine social, de l'emploi et de la santé. Il conviendra d'impliquer plus largement les organismes sociaux (maladie, famille, Urssaf) afin de mobiliser plus largement leurs sources d'informations. La production de données plus précises et exhaustives sur les actions conduites doit également être un objectif poursuivi par les agences intervenant dans le domaine de la politique de la ville (ANRU, ANCSEC) dans les développements de leurs systèmes d'informations. Par ailleurs, le Conseil national de l'insertion par l'activité économique (CNIAE) poursuit des études sur l'impact de l'IAE en région basées sur une méthodologie des coûts évités et des richesses produites. Leurs résultats fournissent une piste d'évolution des pratiques administratives digne d'intérêt et qu'il convient d'approfondir.

(2)Les politiques d'inclusion sociale sont largement concertées au sein du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)[49], qui est l'outil privilégié du partenariat entre l'État et les autres acteurs des politiques d'inclusion sociale, assiste de ses avis le Gouvernement sur toutes les questions de portée générale qui concernent la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Afin d'intensifier les travaux de cette instance, des moyens nouveaux ont été dégagés avec la création d'un poste de secrétaire général à temps plein et l'emménagement dans la Maison de la cohésion sociale qui permettra un rapprochement avec deux autres instances consultatives, relevant du logement et de l'insertion par l'activité économique.

En dépit de ces différentes structures institutionnelles porteuses des politiques d'inclusion sociale, la stratégie globale tant nationale qu'européenne est insuffisamment connue, notamment des élus. Aussi, pour la première fois, un débat au Parlement sur l'inclusion sociale sera proposé à l'occasion du dépôt du rapport national de stratégie 2006-2008. Le Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2006-2008 fera également l'objet d'une diffusion large auprès des décideurs nationaux et locaux et des acteurs des politiques d'inclusion sociale.

(3)Depuis 2002, le suivi de la mise en œuvre des politiques adoptées s'effectue au moyen de tableaux de bord élaborés et renseignés par l'administration. En outre, certains dispositifs particulièrement complexes ou mobilisant de nombreux acteurs bénéficient d'une animation et d'un suivi particuliers comme dans le cas du schéma accueil hébergement insertion pour les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou des Pôles d'Accueil en

[49] Comprend 54 membres : représentants du Gouvernement, élus, associations, organisations nationales syndicales de salariés et des organisations nationales d'employeurs, personnalités qualifiées, organismes nationaux sociaux et membres de droit (CNIAE, HCLPD, CNV, ONPES). Le CNLE a vu ses attributions renforcées par la loi du 29 juillet 1998.

Réseau pour l'Accès aux Droits Sociaux(PARADS)[50]. Ces outils s'ajoutent aux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rendus tous les deux ans sur l'évolution de l'application de la loi du 29 juillet 1998, et depuis 2006, aux documents rendus à l'occasion de la conférence nationale de lutte contre l'exclusion et pour l'insertion et des réunions interdépartementales de préparation de la conférence nationale. En outre, de façon expérimentale, des forums locaux ont été organisés en 2005 par des services régionaux et départementaux volontaires de l'administration sociale. Ils répondent au besoin de dresser, avec les personnes en situation de pauvreté et les professionnels qui les accompagnent, un bilan concret de l'inclusion sociale, notamment en ce qui concerne l'accès aux droits fondamentaux[51] (cf. ci-dessous).

Même si les actions engagées récemment vont dans le bon sens, des efforts importants sont encore à produire en matière d'évaluation utilisable pour l'action. Il s'agit notamment de procéder à une évaluation systématique des dispositifs nouveaux (exemples en 2006-2007 : Solde bancaire insaisissable, Maisons-relais, Pôles d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux…) et d'organiser une généralisation, à moyen terme, des pratiques d'évaluation participative portant sur le recueil et la mesure de l'impact des politiques d'inclusion sociale sur la situation de vie des personnes[52]. Des journées d'échanges thématiques permettant de recueillir des exemples de bonnes pratiques sur les différentes thématiques de l'inclusion sociales seront organisées : journée sur la participation des personnes en difficulté aux politiques qui les concernent en septembre 2006, sur PARADS en 2007 …

Dans l'objectif de renforcer la concertation à tous les stades du cycle de vie des politiques d'inclusion, un groupe de suivi du rapport national de stratégie protection sociale/inclusion sociale 2006-2008 (actions relatives à l'inclusion sociale) sera créé au sein du CNLE.

- La prise en compte de l'expertise des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion

La question de la place des usagers dans l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques est au cœur des réflexions de l'administration française. Des initiatives allant dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'expertise des usagers ont déjà été prises dans le cadre de la réforme des établissements sociaux et médicaux sociaux, adoptée en janvier 2002. De même, les foyers hébergeant des travailleurs migrants ouvrent désormais les conseils de concertation aux résidents. En ce qui concerne l'inclusion sociale, l'expérience des forums va se poursuivre en fin 2006 par la tenue d'une journée de sensibilisation proposée aux services de l'État en région et département ainsi qu'aux acteurs associatifs. En 2007, des actions de formation portant sur l'évaluation participative seront proposées par l'École nationale de santé publique, organisme chargé de la formation des cadres de l'administration sanitaire et sociale, avant la généralisation de l'offre de forum locaux en 2008. L'État a également prévu la participation de représentants d'usagers au sein des commissions départementales de

[50] Pour rapprocher les accueils sociaux de leurs usager, les PARADS, prévus dans le Plan de cohésion sociale, adoptent une triple démarche : mieux connaître et repérer les publics en difficulté, s'appuyer sur l'expérience des usagers pour une meilleure analyse des situations de non accès aux droits et dans une perspective de participation citoyenne ; améliorer les procédures de travail et les pratiques de réseau pour éviter que l'accès au droit ne demande des démarches multiples et complexes.

[51] Chacun des groupes est composé de 5 personnes. Les bénéficiaires sont proposées par des associations de solidarité. Dans cet objectif, 10 forums locaux se sont tenus en 2004 durant une journée. La méthode utilisée mobilise un travail en formation séparée le matin, plénière l'après midi. Elle s'appuie sur des techniques d'animation ouvertes et ludiques mais dans un cadre très structuré. Les séquences de travail alternent des temps individuels et collectifs. La méthode utilisée se situe à mi-chemin entre la concertation et la consultation. Cette méthode a été expérimentée avec succès, car elle a mis en œuvre un processus original. Il a été décidé de le tester dans un cadre évaluatif. C'est ainsi que trois forums ont été réalisés en 2005 pour mesurer l'impact, sur et avec les bénéficiaires, de trois dispositifs : dispositif de santé, dispositif d'accueil, hébergement insertion, dispositif d'insertion par l'activité économique.

[52] Le forum peut constituer un outil intéressant car il permet de rassembler une grande diversité d'intervenants, le recueil des préoccupations concrètes des usagers et des professionnels, informe sur le contexte de vie des personnes, sur le niveau et la qualité du partenariat, ouvre une place pour les débats et le diagnostic, est source de propositions au plan national et local.

cohésion sociale qui vont se mettre en place à partir de 2007 auprès des préfets de département et qui seront chargées de coordonner et animer les politiques relevant de la cohésion sociale au niveau local. Afin d'expérimenter des modalités de participation innovantes dans ce cadre, un appel à projet sera lancé et financé par les services de l'État dans le département. L'appel à projets lui-même fera l'objet d'un travail au sein du groupe de suivi du rapport national de stratégie protection sociale/inclusion sociale 2006-2008 (actions relatives à l'inclusion sociale), constitué au sein du CNLE.
Les conférences territoriales de prévention et de lutte contre l'exclusion, préparatoires à la deuxième conférence nationale, ont montré que de nombreuses initiatives locales à caractère participatif existaient mais été peu médiatisées. Un appel à projets sera lancé en 2007 dans la perspective d'élaborer un outil de communication regroupant toutes ces pratiques.

- Le développement d'une stratégie intégrée d'inclusion sociale permettant sa prise en compte dans tous les domaines

Au titre de l'approche intégrée qui constitue la réponse méthodologique aux difficultés multiples et complexes auxquelles sont confrontées les personnes vulnérables, l'inclusion sociale emporte des réponses coordonnées des différents acteurs. L'État en est le principal au regard de sa mission de régulation sur l'ensemble du territoire, et envers les différentes composantes de la société. La DGAS est chargée par les textes de cette coordination. Pour cela elle s'appuie sur des instances partenariales et dispose d'outils spécifiques comme :

- le Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) : présidé par le Premier ministre et constitué des ministres intéressés, il est chargé de définir et de coordonner la politique du Gouvernement dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les exclusions et d'en suivre l'application. Un Comité permanent, qui comprend les représentants des diverses administrations[53] intervenant en faveur de l'inclusion sociale prépare les travaux du CILE, veille à l'application des décisions prises et aux conditions de mise en œuvre par chacun des ministères concernés. Il se réunit tous les trois mois sous la présidence du Directeur général de l'action sociale. Il est le lieu d'échange et de validation de l'ensemble des travaux interministériels tels que les plans d'action pour l'inclusion sociale et le DPT Inclusion sociale. Suite au CILE 2006, s'est engagée une réflexion sur l'optimisation de l'organisation de ses travaux, dans l'objectif d'accroître les échanges entre ses membres et d'assurer une meilleure prise en compte de l'inclusion sociale par les différents ministères : mise en place d'un extranet, organisation de journées thématiques techniques…
Les travaux du Comité interministériel pour l'intégration (CII) et ceux du Comité interministériel à la ville (CIV) participent également à l'élaboration de la politique globale d'inclusion sociale.

- la Conférence nationale de prévention et de lutte contre l'exclusion : organisé pour la première fois en juillet 2004, cet événement a été préparé conjointement par le CNLE et la DGAS. En avril 2006, une seconde conférence s'est tenue autour de deux thèmes : « prévenir pour mieux lutter contre l'exclusion » et « pilotage et articulation des politiques de lutte contre les exclusions (niveaux européen, national et local) ». Elle a été précédée de 5 conférences territoriales thématiques(cf. ci-dessous). Le prochain CILE sera convoqué en 2008 et sera précédé par une Conférence nationale de prévention et de lutte contre l'exclusion et de conférences territoriales dont la réunion s'étendra sur 2007 et 2008.

[53] Ministères chargés de : cohésion sociale et parité, santé, économie, culture, éducation, jeunesse et sports, équipement, intérieur, affaires européennes, justice, agriculture, défense, outre-mer

- le Document de politique transversale (DPT) Inclusion sociale : organisé dans le cadre de la mise en place de la loi d'orientation relative aux lois de finances (LOLF), il apporte un autre type de réponse à la nécessaire coordination des services de l'État. Il présente, dans ses grandes lignes, l'effort financier de l'État en matière de lutte contre l'exclusion ainsi qu'un ensemble d'objectifs et d'indicateurs s'y rapportant. En cohérence avec les exercices européens, son périmètre reprend celui du PNAI 2006-2008. [54] Les 29 et 30 juin 2006, les outils de coordination et de partenariat en matière de lutte contre l'exclusion en France ont fait l'objet d'une revue par les pairs réunissant 25 participants- provenant de l'Autriche, de la Belgique, de Chypre, de la Finlande, de l'Irlande, du Luxembourg et du Royaume-Uni ainsi que de la Commission européenne. Le DPT Inclusion sociale a retenu particulièrement l'attention des délégations étrangères. Ce document, annexé au projet de loi de finances depuis 2006, est porteur d'une dynamique très prometteuse en ce qu'il constitue un formidable effet de levier pour améliorer le pilotage de la lutte pour l'inclusion sociale et intensifier une approche intégrée de cette politique publique. Son contenu sera enrichi, en 2007, grâce à un renforcement de la concertation entre les responsables des 27 programmes participant à l'élaboration du DPT et à un travail croisé avec d'autres DPT tel celui sur la politique de la Ville. Enfin, une déclinaison au niveau local du DPT Inclusion sociale est envisagée au cours des années à venir afin que la même dynamique puisse être enclenchée par les services de l'État dans les régions et les départements qu'au niveau national.

- La mobilisation du niveau local autour d'enjeux stratégiques et la mise en cohérence des dispositifs d'inclusion sociale dans les territoires

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion avait prévu au niveau local des instances de coordination : commissions d'action sociale d'urgence (CASU) et conseils départementaux de coordination des politiques de prévention et de lutte contre les exclusions. Ces instances n'ont jamais été opérationnelles puis ont été formellement supprimées à l'occasion du renforcement de la décentralisation au profit du département. La loi du 13 août 2004 qui acte le renforcement de la décentralisation a imposé de redéfinir le rôle de l'État sur les politiques d'action sociale et posé la question de ses relations avec les collectivités territoriales. Elle reconnaît au département un véritable rôle de chef de file de l'action sociale, chargé tout à la fois de mettre en œuvre cette politique publique et de définir les moyens d'une coordination efficace et renouvelée avec les différents acteurs concernés au plan local. Toutefois, au-delà du rôle d'élaboration de la norme législative et réglementaire, de contrôle de son application et d'évaluation de sa mise en œuvre, l'État conserve un rôle de veille sur l'évolution des phénomènes sociaux et reste garant de l'accès effectif aux droits fondamentaux, de l'égalité de traitement des personnes et de l'implication de tous les acteurs à tous les niveaux. Par conséquent, l'État doit se mettre en capacité de mieux associer les collectivités à l'élaboration des politiques qui les concernent tout en veillant à laisser aux autorités locales le maximum de marges de manœuvre pour traduire les objectifs généraux en fonction de leurs réalités locales et pour formuler leurs propres stratégies d'action en relation avec leurs objectifs en matière de développement économique et social local. La mise en

[54] Le DPT comprend plusieurs parties dont 2 portent sur les objectifs : des objectifs transversaux conçus spécifiquement pour ce DPT qui donnent du sens à la démarche (la réduction de la pauvreté dont celle des enfants, l'insertion des jeunes, la lutte contre l'illettrisme, l'éradication de l'habitat insalubre et la mobilisation des acteurs institutionnels pour l'inclusion sociale) et des objectifs sectoriels, concourant à la politique transversale et organisés autour des objectifs communs du PNAI. La limite de ce document tient à ce que seuls les crédits d'Etat sont concernés.

œuvre de l'ensemble des axes de progrès retenus pour les trois années à venir s'attachent à permettre une meilleure anticipation des phénomènes d'exclusion[55] :

La création, en fin 2006, de commissions départementales de la cohésion sociale répond aux difficultés de coordination locale. Constituées de représentants des principaux organismes partenaires de l'État ainsi que de représentants des personnes en difficulté et présidées par le préfet de département, elles ont pour mission de développer la mobilisation du niveau local sur des enjeux stratégiques et la mise en cohérence des dispositifs sur les territoires. Entrent dans le champ de compétence de cette commission, les politiques de prévention et de lutte contre l'exclusion, d'accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle des publics les plus en difficulté et les plus éloignés de l'emploi, les politiques de prévention des expulsions locatives, d'accueil et d'intégration des populations immigrées, de lutte contre l'habitat indigne, d'exclusion en milieu rural et de la politique de la ville. Grâce à une plus forte intégration au niveau local de la stratégie européenne d'inclusion sociale développée, notamment, par la tenue de journées techniques thématiques proposées aux membres des commissions, celles-ci devront être à l'avenir parties prenantes de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des objectifs et indicateurs des plans d'action sur l'inclusion sociale. Les commissions départementales de cohésion sociale seront également amenées à jouer un rôle essentiel dans le pilotage de l'organisation des conférences territoriales précédant la conférence nationale de prévention et de lutte contre l'exclusion. Ces instances sont conçues pour constituer un maillon essentiel dans la chaîne d'une nouvelle gouvernance dans le domaine social, qui repose sur la transparence, l'implication des parties prenantes y compris des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion dans l'expérimentation, la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques, s'inspirant de la méthode ouverte de coordination (MOC) appliquée dans le cadre de la stratégie européenne d'inclusion sociale. Elles s'appuieront sur des outils nouveaux de partenariat, moins normatifs et davantage fondés sur l'identification d'un chef de file capable à la fois d'associer les partenaires à la définition d'une politique commune et de coordonner avec efficacité sa mise en œuvre opérationnelle : chartes, séminaires, journées techniques, formations communes aux acteurs locaux… Enfin, elles travailleront en lien étroit avec les autres commissions telle celle de l'emploi et de l'insertion qui sera responsable de la dynamisation des conseils départementaux de l'insertion par l'activité économique (CDIAE).

Les conférences territoriales de prévention et de lutte contre l'exclusion constituent un bon vecteur de mobilisation des acteurs et d'identification de bonnes pratiques. En 2006, 5 conférences ont eu lieu à titre expérimental [56]. Leurs travaux ont été présentés lors de la Conférence nationale et ont constitué des matériaux utiles pour le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 12 mai 2006. Il est prévu leur pérennisation et leur réunion avant chaque conférence nationale et CILE.

Les actions menées au niveau local ne peuvent être de simples déclinaisons de celles menées au niveau national. Il est souhaitable que les actions d'insertion et d'inclusion locales s'intègrent dans des projets locaux de développement durable, partie prenante de la cohésion sociale et du développement économique local. Dans le cas contraire, il est à craindre qu'elles restent inopérantes. Cela suppose : une recherche de meilleure articulation entre les actions locales et le projet de développement (par exemple un binôme formation/entreprise ou transport/emplois), qu'il soit porté par une communauté de communes, une agglomération ou

[55] Cf. Rapport du groupe de travail du CNLE Prévenir pour mieux lutter contre l'exclusion réalisé en 2006 dans le cadre de la préparation de la 2ème conférence nationale de lutte contre l'exclusion.

[56] Thématiques traitées : insertion sociale et professionnelle ; exclusion financière ; santé des jeunes ; accès et maintien dans l'emploi, le logement et à la culture ; expression citoyenne.

un pays ; une prise en compte par la commission départementale de cohésion sociale de l'échelon infra-départemental au coté de celui département ; une sensibilisation aux politiques d'inclusion sociale des acteurs et décideurs locaux, notamment les responsables des instances des intercommunalités.

Partie 3

Rapport national de stratégie pour les pensions

3.1 - Suivi du rapport de 2005

Depuis le rapport de stratégie nationale sur les pensions du 15 juillet 2005, le Gouvernement français a poursuivi la mise en œuvre de la *loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites* qui a pour objectifs de garantir l'équilibre financier des régimes de retraite à l'horizon 2020, d'améliorer l'équité entre les assurés et de favoriser le libre choix en matière de départ à la retraite.

Cette réforme globale, présentée en détail dans le rapport 2005, concerne l'ensemble des régimes, privés et publics, de base, complémentaires et supplémentaires à l'exception des régimes spéciaux de retraite autres que ceux de la fonction publique. Elle repose sur un allongement de la durée d'assurance requise, compte tenu de l'évolution constatée de l'espérance de vie. Elle prévoit des rendez-vous quadriennaux destinés à examiner les différents paramètres des régimes, en fonction des données économiques et sociales, démographiques et financières. Le premier est prévu en 2008.

3.1.1. Mesures visant à assurer l'adéquation des retraites

Le système de retraite français est fondé sur de larges régimes de retraite par répartition. Certes, la réforme de 2003 a ouvert à tous des possibilités de constitution à titre facultatif des droits supplémentaires à pension dans un cadre collectif ou individuel. Cependant, la politique française des retraites reste orientée vers l'objectif central d'un maintien d'un haut niveau de remplacement des revenus perçus par les assurés durant leur carrière professionnelle par les pensions dispensées par les régimes obligatoires de retraite. A cet égard, les mesures incitatives destinées à favoriser l'allongement de la durée d'activité mises en place dans le processus de réforme, se justifient pleinement au regard de cet objectif.

Plus particulièrement, un objectif de 85 % du salaire minimum net a été fixé par la même loi à l'horizon 2008 pour les plus bas niveaux de salaires du secteur privé, dans le cas des salariés ayant effectué une carrière complète (soit 160 trimestres) à temps plein rémunérée au salaire minimal (SMIC). A cette fin, une nouvelle revalorisation du minimum contributif de pension (3%) est intervenue au 1er janvier 2006 et une autre interviendra au 1er janvier 2008.

Les bénéficiaires des retraites anticipées pour travailleurs lourdement handicapés ont vu leurs droits améliorés avec la création d'une majoration de pension, qui permet aux assurés concernés de bénéficier d'une pension pleine, même s'ils ne justifient, du fait de leur handicap, que des deux tiers de la durée d'assurance requise.

Enfin, d'autres mesures d'équité et de cohésion sociale fixées par la réforme de 2003 montent également en puissance. Ainsi la retraite anticipée « longues carrières », ouverte aux assurés ayant commencé à travailler très jeunes et accompli une longue carrière (42 années) a déjà bénéficié à près de 300 000 personnes et devrait en concerner 500 000 au total d'ici 2008. Par ailleurs, la réduction de la décote applicable au montant de la pension de base en cas durée

d'assurance insuffisante, dans le sens de la neutralité actuarielle, se poursuit en jouant un rôle positif sur les droits des assurés n'ayant pas une carrière complète, souvent des femmes.

3.1.2. Mesures visant à assurer la viabilité des retraites

Un rapport du *Conseil d'Orientation des Retraites*, instance pluraliste qui réunit les organisations syndicales, patronales et les administrations, a été rendu en mars 2006 sur les projections financières des régimes de retraite. Il confirme l'impact de la réforme tel qu'il était estimé en 2003.

Ainsi, dans le cadre de l'horizon 2020 retenu pour cette réforme et du scénario central, la réduction du besoin de financement issu du report de l'âge de départ à la retraite est de 19 M€ en niveau, soit 0,9 point de PIB. L'impact favorable de la réforme se poursuit au-delà de 2020 puisqu'elle réduit de 43 M€ le besoin de financement en 2050, soit – 1,2 point de PIB malgré l'hypothèse conventionnelle retenue par le COR d'un plafonnement des effets de la réforme à compter de 2020.

La couverture du besoin de financement résiduel à l'horizon 2020 sera assurée pour le régime général, conformément au principe retenu en 2003, par le redéploiement des cotisations d'assurance chômage. Cet apport met en lumière la nécessité d'une politique de l'emploi forte et ambitieuse, notamment en faveur des seniors, afin d'assurer la solidité de notre système de retraite et plus largement de notre système social.

Dans ce contexte, l'action du Gouvernement pour encourager l'emploi des travailleurs de 55/64 ans a été intensifiée dans le cadre d'un *Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors*, rendu public le 6 juin 2006. Il fait suite à l'accord national interprofessionnel du 13 octobre 2005 et a été élaboré en étroite concertation avec les partenaires sociaux. Ce plan vise à augmenter la proportion de seniors en emploi en luttant contre les facteurs qui les excluent du marché du travail, en favorisant leur employabilité et en sécurisant leurs parcours professionnels. L'objectif est de parvenir à une augmentation du taux d'emploi des 55-64 ans de l'ordre de 2 points par an sur la période 2006-2010 afin d'atteindre 50 % à horizon 2010, conformément à l'objectif européen (tableaux n°15 et n°16 de l'annexe 3.1).

Le plan « 2006-2010 » pour l'emploi des seniors est structuré autour de quatre axes :

- faire évoluer les mentalités sur les seniors, notamment via une large campagne de communication auprès du grand public et d'actions de sensibilisation auprès des acteurs professionnels ;

- encourager le maintien des seniors sur le marché du travail au moyen d'actions de formation, de prévention et d'encouragement à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les entreprises et à limiter les possibilités de départs anticipés. A ce titre, le Gouvernement procède à l'extinction progressive des possibilités de mise à la retraite avant 65 ans, et à la suppression progressive de la contribution dite « Delalande », prélèvement dû par les employeurs en cas de licenciement d'un salarié de plus de 50 ans ;

- faciliter le retour à l'emploi des seniors, en luttant notamment contre les discriminations liées à l'âge. Un contrat à durée déterminée, d'une durée de 18 mois et renouvelable une fois, vient d'être institué pour les seniors ;

- et mieux aménager les fins de carrière pour faciliter la transition entre emploi et retraite et inciter au maintien dans l'emploi après 60 ans.

Sur ce dernier point, le Gouvernement français a décidé plusieurs mesures complémentaires élargissant les possibilités de choix pour les assurés pour rompre avec la logique d'une rupture brutale de l'activité salariée :

. le montant de la « surcote », c'est-à-dire du supplément de pension versé en cas de prolongement de l'activité après 60 ans aux travailleurs qui remplissent les conditions pour bénéficier d'une pension à taux plein est augmentée ;
. le dispositif de « retraite progressive » est amélioré et étendu : il permet au salarié de plus de 60 ans de toucher une partie de sa pension tout en continuant à travailler à temps partiel, et d'améliorer ainsi ses droits à retraite définitifs ;
. les possibilités de cumuler un emploi et une retraite sont assouplies afin d'être plus favorables pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC;
- la pratique du tutorat dans l'entreprise est encouragée en exonérant les rémunérations perçues à ce titre des règles de cumul emploi-retraite ;
. enfin, le dispositif de « surcotisation », qui permet à un salarié travaillant à temps partiel de cotiser sur la base d'un temps plein est amélioré et étendu.

Enfin, la mise en œuvre de l'allongement de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein se poursuit pour les régimes de fonctionnaires, qui rejoignent progressivement le niveau applicable dans les régimes privés : 160 trimestres de durée d'assurance en 2008, date du premier rendez vous fixé par la loi de 2003. A partir de 2009, la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension calculée à taux plein sera augmentée d'un trimestre par an jusqu'en 2012.

3.1.3. Mesures visant à assurer la modernisation des retraites

Les travaux de mise en œuvre du droit à l'information sur la retraite de premier pilier (régimes de base et régimes complémentaires obligatoires en répartition) sont intensifiés afin de réaliser l'objectif prévu par la loi du 21 août 2003 : il s'agit de permettre au salarié de disposer d'une information fiable et complète, grâce à la mise en commun par l'ensemble des régimes des données concernant sa retraite. Le calendrier de mise en œuvre est désormais précisé.

La première étape sera réalisée au 1er juillet 2007 avec l'envoi d'une estimation de pension aux assurés âgés de 58 ans et d'un relevé de situation à ceux âgés de 50 ans. Ces âges seront progressivement abaissés chaque année pour, à partir de 2011, couvrir l'ensemble des assurés et leur adresser un relevé à 35, 40, 45 et 50 ans puis une estimation de pension à 55 ans, puis tous les cinq ans jusqu'à la retraite définitive. Enfin, en juin 2006, un outil de simulation de pension "*Ma retraite en ligne*" (M@REL) a été ouvert aux assurés sur Internet. Il rencontre un grand succès.

Enfin, pour mieux prendre en compte les évolutions sociales et sociétales dans l'assurance vieillesse et notamment l'évolution des structures familiales et du rôle des femmes, une réflexion globale est aujourd'hui menée dans le cadre du *Conseil d'orientation des retraites* pour établir un diagnostic et proposer des pistes d'évolution pour les avantages familiaux et

conjugaux de retraite. Un rapport attendu pour le début de l'année 2007 fournira une base de travail dans la perspective du prochain rendez-vous quadriennal en 2008.

Partie 4

Stratégie nationale pour les soins de santé et de longue durée

4.1 - Résumé : soins de santé et de longue durée[57]

1. Le système de santé français se caractérise par des performances reconnues en matière d'égalité d'accès et de qualité des soins mais aussi par des coûts élevés. Il doit parallèlement faire face à des défis nouveaux liés d'une part au vieillissement démographique et d'autre part à la persistance, voire au renforcement, de disparités géographiques dans l'offre de soins.

Dans un contexte financier qui demeure très tendu, les réformes entreprises depuis 2004 visent à maintenir la qualité du système de soins tout en le rendant plus efficient par une modification des comportements des demandeurs et offreurs de soins et à développer l'offre en matière de soins de longue durée, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (meilleure médicalisation des établissements, prise en compte des choix de vie des personnes âgées…).

2. La réforme de l'assurance maladie introduite par la loi du 13 août 2004 commence à produire ses effets, dans les trois champs de priorités qui étaient les siens :

- au plan financier, les modifications de comportement contribuent à rétablir les comptes de l'assurance maladie. Le déficit du régime général de l'assurance maladie est ainsi passé de 11,6 Mds € en 2004 à 8 Mds € en 2005 et devrait baisser à 6 Mds € en 2006. Les prévisions annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 tablent sur un retour à l'excédent en 2009 ;

- au plan de l'offre de soins, l'ensemble des paramètres du système de soins ont été ajustés afin de promouvoir une organisation plus rationnelle et une qualité accrue de l'offre de soins. La coordination des soins a été renforcée, avec l'incitation pour chaque assuré à désigner un « médecin traitant » et la mise en place, effective à partir de mi-2007, d'un « dossier médical personnel » électronique. La surconsommation médicamenteuse est combattue, notamment par des engagements conventionnels des médecins à de meilleures pratiques de prescriptions. Une gestion plus active du périmètre des biens et services pris en charge par l'assurance maladie (hiérarchisation et sélectivité du remboursement) est promue grâce à une évaluation renforcée du service médical attendu des prestations remboursées. Cette évaluation est effectuée par une instance indépendante, la *Haute autorité de santé (HAS*), qui, en outre, élabore et diffuse les référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins, établit et met en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles et la certification des établissements. Parallèlement, la définition, le suivi et la mise en œuvre des actions de santé publique ont été revus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

- au plan de la gouvernance, les nouvelles instances prévues par la réforme d'août 2004 ont été mises en place. L'*Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)*, qui réunit les trois principaux régimes d'assurance maladie, est en charge de la fixation des taux

[57] Le terme « soins de longue durée » est utilisé tout au long du rapport au sens de « prise en charge de la dépendance et du handicap». Il diffère donc de celui plus restrictif, du code français de la santé publique.

de remboursement et de l'inscription, après avis de la HAS, des actes et prestations au remboursement. Elle négocie en outre avec les syndicats des professionnels de santé les conventions qui prévoient notamment des engagements chiffrés en matière de maîtrise médicalisée (volumes de prescriptions). L'*Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOC)*, qui regroupe mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance, peut également depuis le 27 mai 2005 remplir ses missions. Au plan local, les *missions régionales de santé (MRS*), constituées entre les *agences régionales de l'hospitalisation (ARH)* et les *unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)* exercent leurs compétences en matière de répartition territoriale des professionnels de santé, d'organisation du dispositif de permanence des soins et de gestion du risque dans les domaines communs aux soins ambulatoires et hospitaliers.

L'effort de redressement financier et d'amélioration de la qualité et de l'efficience de notre système de santé se prolonge dans quatre directions :

- approfondissement du plan médicament avec un nouvel effort en faveur du développement du médicament générique, matérialisé par un accord entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et avec la poursuite des travaux pour une meilleure adaptation des conditionnements aux prescriptions, avec la mise en œuvre de la charte de la visite médicale pour encadrer la promotion des médicaments, et avec l'adaptation du prix ou de la prise en charge des médicaments lorsque leur service médical rendu est jugé insuffisant pat la Haute Autorité de Santé ou lorsque le progrès permet de les produire à meilleur coût.
- poursuite de l'effort pour garantir le maintien d'un très bon niveau d'accès des assurés à l'innovation thérapeutique et pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients, notamment dans le cadre des plans de santé publique.
- renforcement des actions de lutte contre les fraudes et abus. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit ainsi de poursuivre les efforts de contrôles des indemnités journalières et de sanction des comportements abusifs.
- anticipation des évolutions de la démographie médicale afin d'assurer un meilleur équilibre de l'offre de soins sur le territoire.

3. L'importance des besoins en soins de longue durée conduit à mettre en œuvre, pour leur financement, des ressources nouvelles (contribution de solidarité autonomie) et à créer un organisme spécifique chargée de répartir sur le territoire les moyens destinés aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou handicapées (CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Le *plan « Vieillissement et solidarités » (2004-2007)* matérialise l'engagement de la France en faveur des personnes âgées dépendantes. Les dépenses de soins consacrées aux établissements accueillant des personnes âgées devraient croître de plus de 13% en 2006 aussi l'effort sera poursuivi avec le *plan Solidarité Grand Age*, annoncé par le Premier Ministre le 4 mai 2006. Ce plan dont le détail a été précisé le 27 juin, marque une nouvelle étape dans l'aide en faveur des personnes âgées : outre le développement des recherches sur les maladies liées au vieillissement, de nouvelles mesures sont proposées en matière d'amélioration de l'offre et de la qualité de prise en charge dans les établissements d'accueil, de coordination des actions entre secteur sanitaire et médico-social et du respect du libre choix des personnes entre maintien à domicile et résidence en établissement.

4.2 – Soins de santé

4.2.1 - Brève description du système de soins de santé

a) Le système français d'assurance maladie couvre l'ensemble de la population sur une base prioritairement professionnelle et subsidiairement résidentielle. Il repose sur des principes d'universalité et de solidarité selon lesquels tous les résidents sont couverts quels que soient leur âge, leurs revenus et leur état de santé au travers d'un financement socialisé. Les régimes de base qui couvrent environ les ¾ de la dépense courante de soins et de produits médicaux sont complétés par des assurances complémentaires privées ou par des dispositifs légaux appropriés pour les personnes les plus défavorisées ou souffrant d'affections de longue durée.

Le principe de base du système français est le remboursement aux assurés des frais de santé qu'ils ont payés à des prestataires librement choisis. Toutefois, le règlement direct des frais (le « tiers payant ») par les caisses d'assurance maladie et, le cas échéant par les organismes complémentaires, est la règle pour l'hospitalisation. Il est fréquent pour les autres prestataires de soins.

Le système français de soins de santé présente la caractéristique d'être à la fois un système de production de soins qui fait intervenir des professionnels de santé et des établissements de santé, et un système d'organisation, de prise en charge et de gestion qui fait intervenir des institutions (Parlement, Gouvernement, caisses nationales et locales d'assurance maladie, organisations syndicales de professionnels de santé, usagers).

b) L'État fixe les objectifs de santé publique et les conditions de l'équilibre des régimes sociaux. Il est le garant du bon fonctionnement du système et de l'accès aux soins. Il exerce en outre une fonction déterminante dans la définition de l'offre de soins et, dans une moindre mesure, dans la détermination des prix.

La loi du 9 août 2004 fixe, pour la période 2004-2008, cent objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé de la population, exprimés, chaque fois que possible, en termes quantifiés. Cet effort d'identification des priorités et la mise en place prévue de groupements régionaux de santé publique fédérant les différents intervenants visent à renforcer l'efficacité des politiques de prévention et, plus généralement, à développer la culture de santé publique et de prévention.

Le Parlement détermine chaque année l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, réparti en sous-objectifs par secteurs (soins de ville, établissements de santé, secteur médico-social). Des programmes de qualité et d'efficience, qui seront effectifs en 2007 permettront de mieux articuler objectifs de santé publique et objectifs financiers, exprimés sous la forme d'un cadrage pluri-annuel des dépenses d'assurance maladie. Ces programmes sont centrés autour d'objectifs, construits à partir d'un diagnostic de la situation. Ils précisent les moyens mis en œuvre et les indicateurs retenus en vue d'évaluer la réalisation.

Un dimensionnement adéquat de l'offre est crucial pour assurer un bon équilibre entre accès effectif aux soins et maîtrise des dépenses. En effet, une partie de la demande en matière de santé est induite par l'offre elle-même. Dans le domaine des établissements de santé, l'offre est régulée par des mécanismes de planification largement mis en œuvre à l'échelon régional (*agences régionales de l'hospitalisation*, qui associent État et assurance maladie) en fonction des besoins sanitaires. Dans le domaine ambulatoire, le principe est celui de la liberté

d'installation. Les effectifs de certaines professions (médecins notamment) sont toutefois régulés par un *numerus clausus* à la formation. La création de pharmacies d'officine est quant à elle soumise à autorisation en fonction de la densité de la population.

L'État intervient enfin dans la détermination des prix, notamment dans le cadre de la tarification des établissements de santé et du prix des produits de santé, notamment les médicaments. Le *comité économique du médicament*(CEPS), associant principalement l'État et l'assurance maladie, a pour mission de fixer le prix des médicaments remboursables au niveau le plus avantageux possible pour les assurés sociaux, en veillant à ce que les modalités de cette fixation permettent d'assurer à la fois la compatibilité des dépenses remboursées du médicament avec *l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)* voté par le Parlement et un approvisionnement satisfaisant, pour les malades et pour la santé publique, du marché des médicaments remboursables.

c) La réforme de l'assurance maladie a modifié les responsabilités dans la gouvernance du système de santé, en élargissant celles de représentants de l'assurance maladie.

Dans le secteur ambulatoire, le champ de la convention avec les professionnels de santé, qui détermine le tarif de leurs prestations et promeut le bon usage des soins, a été élargi, l'assurance maladie pouvant désormais signer des conventions interprofessionnelles. L'assurance maladie dispose en outre de la responsabilité principale de la gestion de la nomenclature des actes des professionnels de santé dans le cadre des évaluation scientifiques de la haute autorité de santé. Ainsi, les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'UNCAM, après avis de la HAS et de l'UNOC. Les actes ou prestations sont inscrits sur la liste au vu de leur service attendu qui prend en compte l'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte ou de cette prestation et son intérêt de santé publique.

Les représentants de l'assurance maladie sont associés à la définition de la politique hospitalière dans le cadre d'un conseil de l'hospitalisation, qui a pour rôle de contribuer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

L'UNCAM est désormais compétente pour fixer les taux de remboursement des différentes prestations médicales dans la limite d'une fourchette fixée par l'État.

Ces outils nouveaux doivent permettre à l'assurance maladie d'être davantage en mesure que par le passé de faire respecter les objectifs de dépenses fixés par le Parlement : de fait, la loi renforce la responsabilisation de l'assurance maladie en l'associant davantage à la détermination des objectifs. Les caisses nationales sont ainsi amenées à présenter chaque année des prévisions de dépenses et recettes et des propositions de mesures en amont de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Parallèlement un comité d'alerte composé d'experts est chargé d'évaluer les risques de dépassement de l'ONDAM et de les rendre publics, appelant par la même les mesures de redressement nécessaires. Le seuil d'alerte correspond aujourd'hui à un dépassement de l'ONDAM de 0,75%.

d)Les compétences des collectivités locales demeurent plus limitées. La réforme de l'assurance maladie permet aux conseils régionaux de s'associer à l'expérimentation

d'agences régionales de santé. Elles peuvent en outre attribuer des aides pour l'installation ou le maintien de médecins dans les zones rurales déficitaires en offres de soins.

4.2.2 - Politiques prioritaires pour l'accès aux soins de santé

Le système français garantit un très haut niveau d'accessibilité des soins, dans un souci d'universalité et de solidarité : tous les résidents sont couverts quels que soient leur âge, leurs revenus et leur état de santé, au travers d'un financement socialisé depuis le 1er janvier 2000.

a) préserver le haut niveau de solvabilisation de la demande

- Le système français de santé, à l'origine structuré autour de régimes professionnels d'assurance maladie, a progressivement été étendu à l'ensemble de la population résidente.

- Outre le régime de base, une très large partie de la population (environ 90% de la population) dispose en outre d'une couverture complémentaire pour tout ou partie des dépenses de soins et de biens médicaux qui ne sont pas prises en charge. Cette protection complémentaire est volontaire et s'effectue dans un cadre professionnel ou personnel ; le niveau de la couverture peut être très différent d'une famille à l'autre.

Depuis le 1er janvier 2000, toute personne résidant en France de façon stable et régulière peut bénéficier gratuitement, sous condition de ressources, d'une couverture maladie complémentaire : la *CMU complémentaire (CMUC)*. Celle-ci permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais[58]. Au delà de cette mesure, destinée aux ménages ayant les revenus les plus modestes, les foyers dont les ressources sont légèrement supérieures aux conditions d'accès à la CMUC peuvent bénéficier d'une aide, sous forme de crédit d'impôt, à l'acquisition d'une couverture complémentaire. Au 1er mars 2006, 203 000 personnes bénéficient de cette mesure[59]. Le président de la République a annoncé le 8 juin 2006 que le seuil pour bénéficier de cette aide serait porté de 15 à 20% du plafonds de la CMU *(Couverture maladie universelle)*, ce qui devrait doubler le nombre de bénéficiaires.

Au total, en 2004, si la protection complémentaire prenait en charge 12,9% de la dépense courante des soins et des biens médicaux, l'assurance maladie de base couvrait 76,7 % de cette dépense courante des soins et des biens médicaux[60], le reste de cette dépense étant financé par l'État et les collectivités locales (1,3%) et par les personnes elles-mêmes (9,1%). Il est à noter que les personnes souffrant d'une affection de longue durée bénéficient d'une prise en charge à hauteur de 100% des frais occasionnés par des traitements liés à leur affection

Une responsabilisation accrue des patients a été mise en place depuis 2004 avec :

- l'instauration d'une participation forfaitaire par acte, non prise en charge par les assurances complémentaires, qui ne devrait cependant pas se traduire par une restriction de

[58] cf. Fiche de bonne pratique.
[59] il s'agit des bénéficiaires effectifs de l'aide (attestations utilisées), le nombre d'attestations délivrées étant du double environ (400 000).
[60] Source : annexe 7 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

l'accès aux soins, le montant de cette participation forfaitaire restant modeste (1€) et plafonné à 50€ par an ;

- l'introduction d'une participation de 18 € à la charge des assurés recevant, en ville ou à l'occasion d'une hospitalisation, des soins médicaux correspondant à des actes d'un coût égal ou supérieur à 91 €. Jusqu'à présent, l'assurance maladie prenait en charge à 100 % les actes médicaux à partir d'un certain tarif. Restent exonérés de cette participation les patients souffrant d'une affection de longue durée, les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les personnes titulaires d'une rente pour accidents du travail ou d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires de la CMU.

b) Préserver un large accès à l'offre de soins en corrigeant les inégalités géographiques.

Le renoncement aux soins a été sensiblement réduit par la mise en place de la CMU et l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire. Le renoncement aux soins pour des raisons financières concerne essentiellement les soins dentaires, optiques et de spécialistes. Environ 9% de la population ne dispose pas d'une couverture complémentaire. Parmi ces personnes, certaines, particulièrement des personnes âgées, sont exonérées au titre des affections de longue durée et ne ressentent pas le besoin d'une couverture ; d'autres, souvent jeunes et inactives ou en recherche d'emploi, n'en disposent pas soit pour des raisons financières soit parce qu'elles n'en ressentent pas la nécessité. Leur renoncement aux soins est accru par rapport aux personnes disposant d'une couverture. Il peut en outre exister des situations limitées (géographiquement ou pour certaines spécialités) où l'offre de soins est constituée majoritairement de médecins conventionnés à honoraires libres. Les dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs de responsabilité sur lesquels sont fondés les remboursements que peuvent pratiquer ces médecins peuvent limiter l'accès aux soins, lorsqu'ils ne sont pas ou partiellement pris en charge par la couverture maladie complémentaire. Les médecins qui pratiquent ces dépassements doivent en fixer le montant avec « tact et de mesure », sous le contrôle du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les innovations thérapeutiques sont rendues accessibles grâce à une actualisation régulière des listes de prestations et de produits remboursables. Dans le domaine du médicament, au-delà du respect des exigences communautaires de délais en la matière, certaines innovations peuvent être rendues accessibles avant même la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché grâce au système des autorisations temporaires d'utilisation.

Le nombre de médecins et de professionnels de santé n'a jamais été aussi élevé en France (203 000 médecins, libéraux et salariés, dont 103 000 spécialistes et 100 000 généralistes en 2004). L'offre de soins n'est toutefois pas également répartie sur le territoire : il peut exister localement des zones où l'offre de soins est insuffisante alors qu'elle est excédentaire dans d'autres. Ainsi, si la densité moyenne est de 340 médecins pour 100 000 habitants, ce ratio varie entre 256 pour la région la moins pourvue (Picardie) et 426 pour la mieux pourvue (Ile-de-France). Au mois de janvier 2006, les *missions régionales de Santé (MRS)* ont achevé leur recensement des zones déficitaires en offre de soins.

Plusieurs dispositifs ont été instaurés pour inciter les professionnels de santé à s'installer sur des territoires géographiques caractérisés par des difficultés de démographie médicale :

- aides à l'installation : l'assurance maladie met à disposition un logiciel d'aide au choix du lieu d'installation, en fonction de la population, de la démographie médicale et de la consommation de soins, et fournit une aide administrative. En outre, les patients des jeunes

médecins s'installant en zones sous-médicalisés sont exemptés des pénalités financières liées au non-respect du parcours de soins coordonné. Enfin, les collectivités locales peuvent intervenir par divers leviers: exonération, dans les communes de moins de 2000 habitants, de la taxe professionnelle pour les médecins et auxiliaires médicaux, aides diverses (mise à disposition de locaux ou de logements, prime à l'installation, aide aux étudiants qui s'engagent à exercer comme médecins généralistes pendant au moins cinq ans dans une zone déficitaire) ;

- aides à l'exercice et au regroupement : la loi du 13 août 2004 permet aux URCAM de conclure des contrats incitant à l'exercice regroupé : des contrats individuels de bonnes pratiques peuvent faciliter le remplacement et la formation ; une rémunération forfaitaire annuelle peut être négociée dans le cadre conventionnel pour les professionnels exerçant en zone déficitaire. Cette aide est modulée en fonction du niveau d'activité et des modalités d'exercice.

Le gouvernement a décidé de poursuivre cet effort en présentant en janvier 2006 un plan "démographie des professions de santé" dont l'objectif est triple : assurer un accès égal aux soins, permettre une meilleure régulation du nombre de professionnels formés en fonction des besoins et favoriser l'évolution des métiers et des compétences. Ce plan vise principalement :

- à améliorer les outils d'information et de pilotage,
- à faciliter l'exercice professionnel (durée du congé maternité indemnisé des professionnelles de santé libérales alignée sur celle des salariées, possibilités de cumul emploi-retraite plus favorables, amélioration de l'organisation des remplacements et de l'exercice de la profession dans le cadre de regroupements) ,
- à déléguer certaines tâches dans le domaine des soins, pour contribuer à une meilleure coordination interprofessionnelle et ouvrir de nouvelles perspectives de fonctions aux professionnels de santé.

Dans le champ hospitalier, les *schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3éme génération (SROS)*, mis en place en 2006, doivent permettre de garantir l'accès de toute la population à des soins de proximité (urgences, soins de suite et de réadaptation, transports sanitaires) tout en développant la sécurité des soins pour les activités requérant des équipes spécialisées et des techniques lourdes. Parallèlement, l'offre hospitalière se développe dans les domaines où elle apparaît encore insuffisante au regard des besoins (santé mentale, addictologie, gériatrie…).

4.2.3. Politiques prioritaires pour la qualité des soins de santé

La France s'est engagée depuis le début des années 1990 dans une démarche organisée et structurée d'amélioration continue de la qualité des soins de santé. L'intervention grandissante des usagers pour obtenir une place reconnue au sein des différentes instances consultatives dans le champ de la santé a pesé dans cette évolution. Au sein des nombreuses actions qui découlent de cette politique résolue de haut niveau de qualité des soins, on peut relever plus particulièrement :

- **Le renforcement de l'évaluation de la qualité des pratiques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.** Ceci relève de la *Haute Autorité de santé*, qui a repris en 2005 les compétences de l'ancienne *Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*, et qui se trouve au cœur du dispositif de développement de la qualité du système de

soins Ses principales missions ont trait à la synthèse des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, d'évaluation (études d'évaluation technologique, évaluation des pratiques professionnelles, actions de formation à l'audit clinique, évaluation des actions et des programmes de santé publique…) et à l'élaboration de recommandations (« recommandations pour la pratique clinique », références médicales, conférences de consensus sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques).

- **Le développement d'une politique d'accréditation.** C'est également la HAS qui met désormais en œuvre la procédure d'accréditation (certification). Cette procédure, qui existe depuis 1996, est une procédure externe d'évaluation qui concerne l'organisation, le fonctionnement et les pratiques des établissements de santé. Elle vise à promouvoir une politique de développement continu de la qualité.

La réforme de l'assurance maladie de 2004 a rendu obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, quel que soit leur mode d'exercice (libéral ou salarié). Au-delà de l'accréditation des établissements de santé, les médecins et les équipes médicales exerçant dans les établissements peuvent bénéficier de l'accréditation de leur pratique. Cette démarche volontaire qui vaut évaluation des pratiques professionnelles, permettra aux médecins et équipes médicales de s'engager dans une gestion des risques avec déclaration des événements médicaux indésirables en contre partie de laquelle, les médecins bénéficieront de la part de l'assurance maladie d'une aide à la souscription de leur assurance en responsabilité civile professionnelle. L'évaluation et l'accréditation des médecins sont sous la responsabilité de la HAS.

- **Le renforcement de la qualité des produits de santé.** *L'Agence française de sécurité* sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est compétente pour l'application de la législation concernant l'ensemble des produits de santé. Elle assure la qualité de ces produits, en évaluant les bénéfices et les risques liés à leur utilisation. Elle met en œuvre les systèmes de vigilance et prépare la pharmacopée. Elle contrôle la publicité de tous les produits revendiquant une finalité sanitaire et prend ou propose aux autorités compétentes les mesures de police sanitaire nécessaires. Elle peut organiser des auditions publiques sur les thèmes de santé publique.

- **L'affirmation des droits des patients.** La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé a placé le patient au centre de l'organisation des soins. Elle consacre les droits individuels de la personne (notamment droit à la confidentialité, droit à la protection contre toute discrimination, droit au respect de la dignité etc…), les droits individuels spécifiques au système de santé (droit à un consentement libre et éclairé, droit d'accès direct au dossier médical etc…) ainsi que les droits collectifs des personnes malades (reconnaissance de la place et du rôle des associations d'usagers dans toutes les instances, notamment hospitalières, du système de santé) . Une charte du patient hospitalisé existe depuis 1995 et un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé est établi par la *Conférence nationale de santé* à partir des rapports des *Conférences régionales de santé.*

- **L'amélioration de pratiques hospitalières.** La loi du 13 août 2004 a prévu la signature d'accords d'amélioration des pratiques hospitalières, signés entre l'État, l'assurance maladie et les établissements de santé. Ces accords sont assortis d'une politique d'intéressement des établissements de santé. Le premier accord cadre, signé en janvier 2006, porte sur le bon usage des antibiotiques ; deux autres accords sont en cours de préparation (prescription en dénomination commune, bon usage des statines)

- **La formalisation des stratégies de santé publique.** Pour la période 2004-2008, cinq plans stratégiques de santé publique ont été définis : ils concernent la lutte contre le cancer, la prise en charge des maladies rares, la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, les facteurs environnementaux de l'état de santé et enfin les comportements à risque et conduites addictives. Parallèlement, des programmes de santé publique visent à améliorer la qualité du système de santé dans des domaines identifiés comme devant faire l'objet d'une attention particulière . Ces plans ciblent soit des pathologies spécifiques (par exemple Alzheimer, diabète etc.), soit des segments de l'offre de soins (lutte contre les infections nosocomiales, urgences, etc.), soit les déterminants de la santé (nutrition, tabac, obésité, etc.). En complément de ces actions, plusieurs mesures ont été prises pour favoriser les soins précoces, comme par exemple l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6 et 12 ans. La prévention est en effet une priorité qu'a systématisée la loi du 9 août 2004. Par une stratégie fondée sur les facteurs de risque aux différents âges de la vie et selon les populations cibles, il s'agit d'améliorer l'état de santé de la population, de limiter les inégalités et de garantir, à plus long terme, la soutenabilité de l'assurance maladie.

4.2.4. Politiques prioritaires pour la gouvernance et la soutenabilité financière des soins de santé

a) En matière de gouvernance, l'objectif central est de conforter les premiers acquis de la réforme de 2004, présentés dans la partie 4.2.1.. Au plan financier, la réforme reposait sur un effort partagé entre recettes nouvelles pour l'assurance maladie, issues d'un effort des ménages, des entreprises et de l'État, et de mesures d'économies visant à améliorer le fonctionnement du système de soins. Le redressement entrepris se poursuit, en vue d'un retour à l'équilibre en 2009.

Prévision de recettes et de dépenses et montant du solde de la branche maladie du régime général 2004-2009 (en Mds €) – Loi de financement pour 2006

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
Recettes	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
Dépenses	125	128,8	131,9	134,5	138	141,3
solde	**-11,6**	**-8,3**	**-6,1**	**-3,5**	**-1,7**	**0,6**

b) Au plan des outils de régulation, une palette large d'outils est à la disposition des autorités.

Les trois leviers traditionnels de régulation[61] demeurent utilisés mais les dispositifs de régulation visant à promouvoir l'efficience de la dépense publique et à adapter le niveau de prise en charge au service médical rendu se sont renforcés ces dernières années :

- un effort de révision périodique des prix des médicaments ou des dispositifs médicaux et de promotion du médicament générique a été entrepris. Les négociations des conventions de prix entre le *Comité économique des produits de santé (CEPS)* et les laboratoires pharmaceutiques, s'appuient sur la notion *d'amélioration du service médical rendu (ASMR*) ; le taux de substitution moyen national au sein du répertoire des génériques atteignait 67% fin

[61] il s'agit des outils suivants, déjà décrits dans la contribution française de 2005 : participation financière des patients comme outil de modération de la demande, maîtrise quantitative de l'offre (numerus clausus…) et mécanismes d'administration des prix et /ou des tarifs.

avril 2006, l'accord d'objectif de substitution générique signé début janvier 2006 entre *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)* et les syndicats de pharmaciens prévoyant que le taux atteigne 70% à la fin de l'année.

- dans une optique analogue, un important travail de refonte de la nomenclature des actes techniques des médecins a été mené et une nouvelle nomenclature est mise en œuvre depuis 2005 : elle vise à limiter les situations de rente et à adapter la rémunération des actes à l'évolution des techniques. Pour les établissements de santé, l'introduction progressive sur la période 2004-2012 de la « tarification à l'activité » doit conduire à une allocation plus fluide des ressources, en permettant aux établissements de santé confrontés à une forte demande de soins de développer leur activité et leurs revenus, évitant ainsi la formation de files d'attentes, tout en laissant aux établissements confrontés à une activité insuffisante par rapport à leurs moyens le temps de s'adapter.

- le recours à l'appréciation du « service médical rendu » pour moduler les taux de prise en charge par l'assurance maladie a commencé par concerner le médicament. Une opération de réévaluation de ce « service médical rendu » a été menée sur l'ensemble de la pharmacopée remboursable en France, entre 1999 et 2001. Les mesures consécutives en termes de déremboursement ou de diminution du taux de remboursement de certains médicaments sont mises en œuvre depuis 2000. La loi du 13 août 2004 généralise l'approche déjà existante sur le médicament. La *Haute Autorité de santé* a pour mission notamment d'expertiser le périmètre des soins justifiant médicalement une prise en charge à 100% dans le cadre des affections de longue durée. Le respect de ce périmètre est renforcé et formalisé dans le cadre de protocoles de soins que les patients devront présenter aux médecins.

- la recherche d'une maîtrise des volumes de prescription au moyen de la promotion du bon usage des soins est privilégiée. Tout un éventail d'outils contractuels entre l'assurance maladie et les médecins a été développé au cours des dernières années pour les inciter à respecter les référentiels et recommandations de bonne pratique en les intéressant économiquement au résultat attendu en termes de réduction des dépenses induites pour l'assurance maladie. La nouvelle convention des médecins de janvier 2005 a retenu six objectifs prioritaires de maîtrise pour un objectif d'un milliard d'euros d'économies. Ces objectifs correspondent à des domaines où la consommation de soins est nettement supérieure en France à ce qu'elle est dans d'autres pays (statines, antibiotiques, psychotropes). Ils visent également à obtenir un meilleur respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie des affections de longue durée. Ils visent enfin à promouvoir la prescription des génériques et à réduire les arrêts de travail injustifiés. Un avenant à la convention, conclu le 3 mars 2006, élargit ces thèmes d'actions et prévoit de poursuivre l'effort de maîtrise médicalisée en 2006 et 2007, à hauteur d'1,4Md€). Le bon usage des soins est également promu dans les établissements de santé avec la mise en place des contrats de bon usage des médicaments, produits et prestations signés entre chaque établissement de santé et les autorités de tutelle locales. Ces contrats permettent de conjuguer développement des bonnes pratiques de soins et accès aux innovations thérapeutiques coûteuses en accordant leur remboursement intégral lorsque l'établissement a respecté ses engagements

- la coordination des soins, destinée à éviter les actes redondants, inutiles ou dangereux, a été promue : les patients sont incités à désigner un médecin traitant qui les orientera dans le système de santé (hors hospitalisation). En cas de non-recours au médecin traitant, les patients seront pénalisés par une moindre prise en charge des tarifs par l'assurance maladie et par la possibilité pour les médecins qu'ils consulteront directement de pratiquer, dans certaines

limites, des dépassements de tarifs ; d'ici mi-2007, chaque patient disposera d'un *dossier médical personnel (DMP)* informatisé facilitant son suivi médical, dans le respect du secret médical. Ce dossier comprendra un volet de données générales, avec les antécédents personnels, médicaux, chirurgicaux, l'historique des consultations spécialisées, les allergies, intolérances et les vaccinations, ce volet étant alimenté par les professionnels de santé et les établissements de santé. Un second volet concernera les soins, avec les résultats d'examens biologiques, les comptes-rendus d'actes et d'hospitalisation, les bilans fonctionnel et d'autonomie, les pathologies et les traitements en cours, le suivi des soins. Enfin, le DMP sera alimenté par un volet prévention, avec les facteurs de risque et un volet images, avec les documents radiologiques ou d'imagerie médicale. Le défaut de mise à disposition des médecins de ce dossier médical exposera le patient à une réduction du niveau de remboursement par l'assurance maladie ; depuis 2005, les médecins peuvent consulter les données de l'assurance maladie relatives aux prestations que celle-ci a prises en charge pour le patient, de manière à éviter ainsi les actes et prescriptions redondants.

c) Le *plan « Hôpital 2007* » lancé fin 2002 vise à dynamiser les établissements de santé. Outre une réforme de la planification et de la tarification des établissements[62], il propose une réforme de la gouvernance interne des établissements et vise à assurer leur modernisation par un important plan d'investissement. La simplification de l'organisation interne et la rénovation de la gestion des ressources humaines et des procédures de nomination visent à lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations. Le programme de modernisation a comme ambition d'engager 10,1 milliards d'investissement immobilier et mobilier, en équipements lourds et en systèmes d'information.

4.3. Soins de longue durée

4.3.1. Description du système de soins de long durée

a) Le système français repose sur une double prise en charge. D'une part l'assurance maladie finance la partie du budget des établissements d'hébergement qui correspond à la couverture des soins fournis ou achetés par ces établissements au profit de leurs résidents handicapés ou dépendants. Elle finance également les unités de soins de longue durée, qui sont des services hospitaliers, accueillant des patients n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante, ainsi que les soins infirmiers pour les personnes résidant à domicile. Les soins et frais sont directement réglés par les caisses d'assurance maladie dans le cadre du « tiers payant ».

D'autre part, deux dispositifs, essentiellement financés par l'État et les collectivités locales, offrent des allocations de solidarité nationale permettant de faire face aux charges financières liées à la perte d'autonomie, que leurs bénéficiaires vivent à leur domicile ou en établissement: il s'agit de la *Prestation de compensation du handicap* pour les personnes handicapées (adultes, avec une extension progressive aux enfants qui bénéficient aujourd'hui d'un dispositif particulier, l'*Allocation pour enfants handicapés*) et de *l'Allocation personnalisée d'autonomie(APA)*, pour les personnes âgées dépendantes.

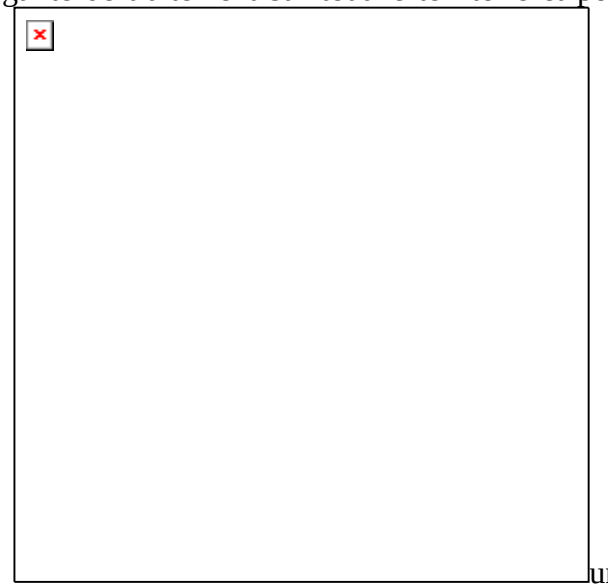
Enfin, les personnes âgées ou handicapées ont un large recours au système de soins de droit commun (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, médicaments et produits

[62] Cf. Annexe 4.1.3

de santé) et bénéficient des mêmes prestations en nature que les autres assurés. Le montant moyen des dépenses des plus de soixante ans est trois fois plus élevé que celui des personnes de 20 à 49 ans, le rapport allant même de 1 à 4 pour les soins hospitaliers.

b)A l'effort de l'assurance maladie en faveur des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou handicapées, retracé dans *l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)*, s'est ajouté une nouvelle recette, la *contribution de solidarité autonomie* créée par la loi du 30 juin 2004. Cette contribution de 0,3 % sur les salaires est prélevée en contrepartie d'une journée de travail supplémentaire non rémunérée. A également été instaurée une contribution additionnelle de 0,3% aux prélèvements sociaux effectués sur certains revenus du patrimoine et de placement. Le rendement de ces mesures nouvelles est estimé à environ 2 milliards d'euros chaque année, dont une moitié sera affectée au financement des structures médico-sociales, l'autre moitié contribuant au financement de la nouvelle PCH et de l'APA..

Depuis 2005, la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA*) centralise les fonds issus de la contribution de solidarité autonomie et de la contribution de l'assurance maladie définie dans l'ONDAM médico-social. La CNSA participe au financement des dépenses des établissements, ainsi que deux prestations d'aide sociale en faveur des personnes âgées et handicapées. En outre, elle participe à des actions de modernisation des services ou de professionnalisation de tous les métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie et finance des dépenses d'étude, d'animation et de prévention dans en ce qui concerne les personnes âgées ou handicapées. A une fonction de caisse, qui doit garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, s'ajoute donc une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. Le Conseil de la CNSA représente tous les acteurs concernés : les associations de personnes handicapées et de personnes âgées, les départements, les organisations syndicales nationales représentatives de salariés et d'employeurs, les ministères concernés, des représentants du Parlement ainsi que des personnalités qualifiées et représentants d'institutions intervenant dans les secteurs concernés.



c) Les collectivités locales interviennent d'une manière importante dans le champ des soins de longue durée. Les régions disposent d'une compétence de droit commun en matière de formation, dans un domaine où les besoins de recrutement sont importants. Quant aux

départements, d'une part, ils sont responsables des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, qui apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins, dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante et déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale ; d'autre part, ils interviennent dans le financement de la part dépendance du tarif des établissements, ainsi que, le cas échéant, pour la part hébergement, dans le cadre de leur action sociale. De manière plus générale, ils interviennent pour compenser la perte d'autonomie dans le cadre des prestations APA et PCH.

4.3.2. Politiques prioritaires pour l'accès aux soins de longue durée

a) La question de l'accessibilité des soins de longue durée se pose en termes différents de celle de l'accessibilité des soins ambulatoires ou hospitaliers classiques. En effet :

- la question de la charge financière restant au patient appelle des réponses spécifiques, du fait de la durée même de ces soins;
- en termes d'offre de soins, des réponses adaptées doivent être proposées aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées ;
- le mode de prise en charge des soins est souvent tributaire d'une prise en charge parallèle de la perte d'autonomie.

Les politiques en faveur des personnes dépendantes s'appuient sur trois leviers : des établissements accueillant de façon temporaire ou permanente les publics concernés ; des services de soins infirmiers à domicile qui interviennent au domicile des personnes ; une solvabilisation des personnes pour le financement des autres prestations liées à leur état de perte d'autonomie, dont l'absence de prise en compte risquerait de reposer exclusivement sur l'environnement familial, limitant ses possibilités d'activité, ou d'être déportée sur l'hospitalisation.

b) Le *plan « Vieillissement et solidarités » (2004-2007)* matérialise l'engagement de la France en faveur des personnes âgées dépendantes :

- il prévoit un développement quantitatif et qualitatif de l'offre, par la création de 10000 places en établissements et renforce la médicalisation des établissements par un meilleur encadrement (création de postes d'infirmiers et d'aides soignants) ;
- il offre aux personnes âgées le libre de choix de leur lieu de vie en développant les formules mixtes entre hébergement et domicile (8500 places en accueil de jour, 4500 places en hébergement temporaire) et en développant 17 000 places en services de soins infirmiers à domicile ;
- il mobilise (*Plan gériatrie*) le secteur sanitaire autour de l'accueil des personnes âgées par la création de lits de court séjour gériatrique et d'équipes mobiles.

En sus, le Gouvernement a annoncé la création supplémentaire de 3600 places d'établissement en 2004 et 5000 en 2006, ainsi que de 6000 places de *services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)* en 2005. Le nouveau *plan Solidarité Grand Age 2007-2012* visera à :

- faciliter le libre choix du domicile : les services à domicile sont développés, notamment en matière de soins infirmiers et des aides sont prévues pour les aidants familiaux et le logement des personnes dépendantes

- moderniser les établissements par un développement de l'encadrement en personnels, notamment auprès des résidents les plus dépendants, la lutte contre la maltraitance et la maîtrise des coûts supportés par les personnes hébergées. Le développement de l'offre sera également poursuivi, à raison de 5000 nouvelles places par an.

- développer la médecine gériatrique, la recherche et la prévention. En particulier, une consultation de prévention gratuite sera proposée à toutes les personnes atteignant 70 ans.

Après le plan quinquennal 1999-2003 de création de places d'accueil médicalisé pour personnes adultes lourdement handicapées, renforcé par un plan triennal 2001-2003 et, en 2004, par divers programmes spécifiques en direction des enfants ou adultes handicapés, un nouveau programme pluriannuel 2005-2007 a été lancé. Il prévoit la création de 7500 places de *services de soins infirmiers à domicile* et de *services d'accompagnement médico-social* pour adultes handicapés, ainsi que de 7900 places (dont 400 au moins pour les adultes autistes) en établissement d'accueil (*maisons d'accueil spécialisé* et *foyers d'accueil médicalisé*). Sur la même période, mais dans le champ de l'enfance inadaptée, sont prévues la création de 3750 places de *services d'éducation spéciale* et de soins à domicile, 540 places en établissement pour polyhandicapés, 750 places en établissement pour personnes autistes, 360 places *d'instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques*, de 15 *centres de ressources*, 75 *centres médico-psycho-pédagogiques* et de 66 *centres d'action médico-sociale précoce*[63].

c) Au-delà du soin, un effort important de structuration de l'aide financière à l'autonomie a été mené :

- créée en 2001, *l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)* est une prestation de solidarité nationale gérée par les départements qui solvabilise le besoin d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes afin de leur permettre de faire face aux charges induites par la perte d'autonomie. Le plan d'aide mis en place dans le cadre de l'APA peut contenir des interventions à domicile, des heures d'aide ménagère, de garde à domicile, portage de repas effectués par une tierce personne. La prise en charge n'est pas limitée à des dépenses de personnel et comprend aussi des travaux d'aménagement et d'adaptation du logement, ainsi que des aides techniques (fauteuil roulant, lit médicalisé etc.). L'instauration de cette prestation est indissociable de la réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, puisqu'elle a vocation à financer le tarif « dépendance » de ces établissements, le tarif « soins » étant financé par l'assurance maladie dans le cadre du plan de médicalisation susmentionné et le tarif « hébergement » restant à la charge soit de la personne, si ses ressources sont suffisantes[64], soit de l'aide sociale.

La loi du 11 février 2005 a mis en place une *Prestation de compensation*. Elle a pour objectif de permettre à la personne handicapée de faire face à des charges d'aides humaines, techniques, animalières ainsi que des aides à l'aménagement du logement et du véhicule. Elle peut également être attribuée pour des aides spécifiques ou exceptionnelles comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap. Déterminée en fonction des besoins et du projet de vie de la personne dans le cadre d'un *plan personnalisé de compensation*, la *Prestation de compensation* est versée en nature ou en espèces, selon le choix du bénéficiaire.

[63] On comptait 170 000 adultes accueillis en établissements (y compris en milieu protégé) au 31 décembre 2001 et 131 000 places en établissements pour enfants et adolescents (y compris soins à domicile).

[64] Les personnes dépendantes bénéficient en outre d'une réduction d'impôt de 25 % au titre des frais engagés par leur accueil en établissement, dans la limite d'un plafond annuel.

- *l'aide ménagère* constitue une aide pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne des personnes aidées. Elle peut inclure l'accompagnement de certaines démarches administratives, la réalisation du ménage courant, de la vaisselle, des courses, la préparation des repas, l'entretien du linge, l'aide à l'habillage, à la toilette et aux déplacements. Elle est financée par les organismes de sécurité sociale, notamment lorsque le niveau de dépendance de la personne est inférieur à celui requis pour bénéficier de l'APA, ainsi que par les communes.

- Il faut enfin noter que le coût pour les personnes du recours aux *services d'aide à domicile* a été fortement réduit par divers instruments (exonération des principales charges patronales et taux réduit de *taxe sur la valeur ajoutée (T.V.A)*, réductions d'impôt sur le revenu à hauteur de 50% des frais engagés, dans la limite d'un plafond annuel) dans le cadre du *plan de développement des services à la personne*. Ce plan répond, en effet, à un triple enjeu : favoriser l'emploi et le dynamisme économique, améliorer les conditions de travail et la qualification des salariés dans ce secteur et enfin, apporter une réponse à la perte d'autonomie et au handicap. Il ambitionne de créer 500 000 emplois en trois ans en levant simultanément l'ensemble des freins au développement des services à la personne :

accroître la demande de services en solvabilisant davantage les particuliers utilisateurs potentiels de services à domicile, grâce au chèque emploi service universel,

- stimuler l'offre de services et sa diversité en étendant le champ des services à la personne, en simplifiant les procédures visant à agréer les organismes qui se consacrent à cette activité,

- simplifier l'accès aux nouveaux services grâce au chèque emploi service universel,- améliorer et valoriser les conditions de travail des salariés.

La loi relative au développement des services à la personne du 26 juillet 2005 a simplifié la procédure d'agrément des organismes qui se consacrent à ces activités et étendu les avantages financiers liés à l'agrément : exonération des charges sociales patronales, taux réduit de TVA (5,5%), réduction d'impôt sur le revenu égale à 50% des sommes versées pour les utilisateurs de services à la personne agréés et pour les particuliers employeurs. Le *chèque emploi service universel (CESU)* permet de rémunérer les services fournis par les organismes agréés, l'emploi direct de salariés, les modes de garde des enfants de moins de 6 ans. Le CESU peut être pré-financé par un tiers payeur : employeurs, collectivités territoriales,

assureurs, caisses de retraite, mutuelles. Des avantages financiers considérables ont été consentis aux employeurs pour les inciter à pré-financer le CESU (un préfinancement d'une valeur de 100€ coûte à l'entreprise 42€).

d) La coordination entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le maintien à domicile va être relancée dans le cadre du nouveau *plan Solidarité Grand Âge 2007-2012*. Il aura pour objectif d'encourager le maintien à domicile par la promotion des alternatives à la prise en charge hospitalière (*Services de soins infirmiers à domicile*, hospitalisation à domicile) et de développer une structuration de l'offre dans les territoires à partir d'une filière gériatrique associant et coordonnant les différents intervenants. Il prévoit également diverses mesures valorisant les métiers de la gériatrie.

4.3.3. Politiques prioritaires pour la qualité des soins de longue durée

a) Les établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie obéissent à un régime d'autorisation administrative. Ils doivent être autorisés conjointement par l'autorité compétente de l'État et par le Président du Conseil général du département. Leurs budgets de soins et leurs tarifs sont également négociés avec les services de l'État, ce qui doit fournir l'occasion de vérifier l'adéquation de leurs moyens, en personnel notamment, avec leur mission et leur activité.

Dans ces établissements, le plan de médicalisation passe par la signature de conventions tripartites entre l'État, le département (pour la partie dépendance) et l'établissement. Les établissements sont tenus d'élaborer un « projet d'établissement » dans lequel ils précisent leurs orientations et leurs priorités, en fonction du public accueilli. Les conventions tripartites comportent les objectifs qualité prioritaires de chaque établissement, déterminés en référence à un cahier des charges qui objective les principaux critères de qualité. Concrètement, elles permettent un renforcement des personnels qualifiés dans les établissements, par le biais de recrutements supplémentaires de professionnels infirmiers et aides-soignants : ainsi, plus de 30 000 postes (équivalents temps plein) supplémentaires d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'infirmiers ont été créés depuis 2001 dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées signataires d'une convention tripartite. Par ailleurs, chaque établissement doit désormais se doter d'un médecin coordonnateur qui a pour mission de veiller à la diffusion des bonnes pratiques gérontologiques et à une meilleure coordination des soins dispensés aux résidents.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fixé les modalités de l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent tant internes qu'externes. Cette dernière est effectuée par des organismes habilités par le *Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale*. L'évaluation porte sur le respect des droits des usagers, leur participation et leur expression, notamment dans les conseils de la vie sociale installés dans les établissements. Les normes, référentiels d'application volontaire, viennent en appui de la politique de qualité. Dans le secteur de l'aide à domicile la norme « Services aux personnes à domicile » a pris effet en 2000. Pour les services qui souhaitent bénéficier de la certification, un référentiel de certification, adopté en 2001, vise à contrôler le respect de cette norme par un organisme extérieur. Dans le secteur de l'hébergement collectif, une norme de service « établissements d'accueil pour personnes âgées » vient d'être créée et le référentiel de certification correspondant publié.

Les droits des usagers des services et établissements sociaux et médico-sociaux ont été renforcés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : livret d'accueil, charte des droits et libertés de la personne, contrat de séjour, projet d'établissement et conseil d'établissement sont désormais autant d'éléments concourant à un fonctionnement transparent et de qualité. Il existe en outre un ensemble de textes ayant pour objectif de protéger les personnes âgées : des dispositions de protection juridique dans le droit des incapacités, le droit pénal et le droit civil général et des dispositions pour prévenir la maltraitance des personnes âgées. A cet égard, il existe un programme gouvernemental de lutte contre cette maltraitance et, également, une *Charte des droits de la personne âgée dépendante* a été adoptée en 1999. Les personnes âgées dépendantes sont enfin représentées dans les différentes instances les concernant, tant au niveau des établissements où il s'agit d'une représentation directe (*Conseil de la vie sociale*) qu'au niveau départemental où leur représentation est assurée via le *Comité national* et les *comités départementaux des retraités et personnes âgées (CNRPA et CODERPA).*

La loi du 11 février 2005 crée pour les personnes handicapées un lieu unique d'accueil, la *Maison départementale des personnes handicapées*, qui exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps. En particulier, elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap, assure l'organisation de la *Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH*, commission chargée de se prononcer sur l'ensemble des droits et prestations, notamment les droits nouveaux créés par la loi*),* assume le versement des prestations et plus généralement la mise en œuvre des décisions de la commission et organise enfin des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Les personnes handicapées y sont représentées, tandis qu'au niveau national, le *conseil national consultatif des personnes handicapées* est consulté sur les textes législatifs et réglementaires concernant les personnes handicapées.

Enfin, la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)* créée par la loi du 30 juin 2004 a pour mission de financer des dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation de tous les métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie afin, notamment, de promouvoir des actions innovantes, de renforcer la professionnalisation et de développer la qualité des services ainsi que les dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures nouvelles de médicalisation des établissements et services.

Dans les dix prochaines années, les besoins en personnel de services à domicile vont considérablement augmenter en raison des effets conjugués du vieillissement de la population, des départs en retraite des salariés de la généralisation du « baby boom » et d'une meilleure solvabilisation des besoins par la *prestation de compensation,* et le CESU. La *validation des acquis de l'expérience (VAE,* dispositif destiné à des publics justifiant d'une expérience professionnelle ou bénévole en relation avec le diplôme) devient une pièce maîtresse de la professionnalisation de ces métiers. Elle est particulièrement adaptée à la situation des personnes en insertion ou réinsertion par les contrats aidés dans le domaine de l'aide à domicile. Des accords cadres ont été signés entre le ministre de l'emploi et 5 grandes fédérations d'employeurs de ce secteur s'engageant sur un plan de recrutement de 2005 à 2007 pour un total de 35 000 contrats d'avenir.

Les besoins en personnels formés et diplômés pour intervenir auprès des personnes âgées ont d'ores et déjà fait l'objet d'une réévaluation qui s'est traduite par une augmentation substantielle des quotas ouverts pour la formation initiale des infirmiers et des capacités d'accueil autorisées pour les aides-soignants. Les quotas de formation des infirmiers, qui étaient de 26 436 entrées en formation pour l'année 2002, ont été portés à 30 000 depuis 2003 et permettent ainsi de voir arriver sur le marché du travail un nombre plus important de professionnels formés. Les capacités d'accueil d'aides-soignants sont de 20 000 depuis l'année 2002, au lieu de 13 000 les années précédentes.

L'augmentation du nombre de professionnels diplômés intervient, désormais, également par le biais d'un élargissement des modes d'accès aux formations qualifiantes : ouverture de la formation des aides-soignants à l'alternance, encouragement de l'apprentissage et mise en place, depuis 2005, de la *validation des acquis de l'expérience (VAE)* pour l'obtention du diplôme d'aide-soignant, ce qui doit permettre à de nombreux professionnels confirmés d'obtenir ce diplôme et aux établissements de surmonter leur déficit de personnels qualifiés.

Enfin, une *campagne nationale d'information et de valorisation des métiers du grand âge*, liés notamment aux soins et à l'accompagnement, a été lancée en mars 2005 par le gouvernement. Cette campagne, qui se décline sur trois ans, a un double objectif : renforcer l'attractivité de ces métiers auprès des jeunes et des personnes en cours de réorientation professionnelle et faire évoluer le regard porté sur les personnes âgées.

4.3.4. Politiques prioritaires pour la soutenabilité financière des soins de longue durée

Les parties soins et dépendance de la tarification étant largement solvabilisées par l'assurance maladie et l'APA, le reste à charge des résidents en établissement (et son évolution à venir) est donc étroitement corrélé à l'évolution de la partie hébergement (dépenses hôtelières). L'évolution des dépenses est encadrée par les mécanismes d'agrément des budgets et des tarifs déjà mentionnés, mais aussi par les dispositifs de maîtrise des évolutions salariales : agrément des conventions collectives régissant les conditions d'emploi et de rémunération des personnels dans le secteur public, définition de la valeur du point dans le secteur public. Les autorisations de créations de structures ou de places nouvelles sont gérées dans une enveloppe fermée.

L'assurance maladie est le seul financeur de la prise en charge socialisée des soins de longue durée, les autres acteurs (Etat, collectivités locales) intervenant sur la prise en charge non sanitaire de la dépendance (aides ménagères, APA…). En 2006, la part de l'*Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)* voté par le Parlement affecté au financement des structures médico-sociales en faveur des personnes âgées représente 4,3 Milliards d'euros, auxquels il faut ajouter l'apport de la CNSA de 600M€ ainsi que les sommes consacrées sur l'ONDAM sanitaire aux unités de soins de longue durée (1,4 Md €). Cet effort est de 6,6 Mds € pour les établissements en faveur des personnes handicapées.

Au plan du pilotage financier des établissements, la CNSA intervient d'une triple manière. Elle :

- transmet au gouvernement une analyse des perspectives financières du secteur et de ses besoins, qui est prise en compte dans le processus d'élaboration de l'ONDAM

- arrête les dotations régionales et départementales dont disposent les services déconcentrés de l'Etat, en veillant à une répartition équitable sur le territoire des enveloppes limitatives de dépenses dans un souci de résorption des disparités existantes, et assure le suivi financier de ces dépenses.

- développe une réflexion sur la modernisation et l'organisation du secteur afin de favoriser l'optimisation de la dépense publique.

Depuis 2004, l'évolution annuelle des moyens accordés aux structures médico-sociales (y compris personnes handicapées), dans le champ de l'assurance maladie, a été fixée à plus de 7%. Ce rythme de progression des moyens est très supérieur au rythme d'accroissement des recettes de l'assurance maladie. Les actuels programmes pluriannuels de créations de places et de médicalisation des structures ne permettent pas de réduire ce rythme d'évolution des dépenses.

Le *conseil d'analyse stratégique* a remis le 23 juin 2006 un rapport sur les besoins quantitatifs et qualitatifs liés au vieillissement, ainsi que sur les voies et moyens pour assurer un maintien à domicile pour les personnes le souhaitant et le pouvant.[65] Des orientations nationales ont été adoptées, sur cette base, dans le cadre du *plan Solidarité Grand Age*.

Il est enfin à noter que le soutien aux aidants familiaux a été l'un des axes de la *conférence de la famille* qui s'est tenue le 3 juillet 2006, consacrée aux solidarités inter-générationnelles. A cette occasion, le Premier ministre a annoncé la prochaine création d'un *congé de soutien familial* destiné aux personnes qui souhaitent se consacrer à un parent dépendant, le temps de lui choisir une place en établissement ou encore pour s'en occuper momentanément. Ce *congé de soutien familial* qui devrait prendre effet au 1er janvier 2007 aura une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite d'un an. Il offrira aux aidants exerçant une activité professionnelle un cadre juridique protecteur (garantie de l'emploi au retour, poursuite de la couverture maladie de base et validation gratuite de ce période au titre de la retraite de base) mais pas d'indemnisation

[65] *« Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix »*. Juin 2006, S Le Bouler, Centre d'analyse stratégique. www.strategie.gouv