



Ministère de la Santé et des Solidarités

*Ministère délégué à la Sécurité sociale,
aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille*

Commission des Comptes de la sécurité sociale du 26 septembre 2006 :

**Présentation
du PLFSS 2007**

Sommaire

I) Cadre général du projet de loi de financement pour 2007

Fiche n°1 : Poursuivre le redressement des comptes et maintenir un haut niveau de protection sociale (p 6)

Fiche n°2 : Les comptes prévisionnels du régime général en 2007 (p 8)

II) Mesures relatives à l'assurance maladie

➤ Mieux dépenser en soignant mieux : changer les comportements et réussir la maîtrise médicalisée

Fiche n°3 : Poursuivre la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance maladie et le redressement des comptes (p 12)

Fiche n°4 : Donner tout son essor au parcours de soins et renforcer le rôle de prévention du médecin traitant (p 16)

Fiche n°5 : Approfondir la dynamique de la maîtrise médicalisée (p 17)

Fiche n°6 : Déployer le DMP (p 19)

Fiche n°7 : Conforter les résultats obtenus sur les produits de santé (p 21)

➤ Moderniser le système de soins

Fiche n°8 : Faire évoluer les pratiques et les métiers : reconnaître le pouvoir de prescription des infirmiers et moderniser les normes de fonctionnement des laboratoires d'analyse médicale (p 25)

Fiche n°9 : Lutte contre les discriminations : reconnaître les médecins à diplôme hors Union européenne (p 26)

Fiche n°10 : Plus de 2 milliards d'euros supplémentaires pour les établissements de santé (p 27)

Fiche n°11 : Plus de 400 millions d'euros supplémentaires pour la santé publique (p 28)

Fiche n°12 : Affectation des produits de cessions d'actif à l'investissement (p 32)

➤ **Améliorer les droits des assurés**

Fiche n°13 : Financement de la CMU complémentaire et développement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (p 34)

Fiche n°14 : Assouplir le régime des heures de sorties autorisées en cas d'arrêt de travail (p 35)

Fiche n°15 : Améliorer la prise en charge des maladies graves et rares (p 36)

➤ **Adapter le système de soins à la longévité**

Fiche n° 16 : Relever le défi de la longévité : la mise en œuvre du plan de Solidarité –grand âge (p 38)

Fiche n°17 : Une politique pour prévenir la dépendance : la consultation de prévention à 70 ans (p 39)

Fiche n°18 : Le libre choix du lieu de vie : faciliter le maintien à domicile (p 40)

Fiche n°19 : La maison de retraite de demain (p 42)

Fiche n° 20 : Dynamiser la politique de qualité dans les secteurs social et médico-social (p 44)

Fiche n° 21 : Adapter l'hôpital aux personnes âgées (p 45)

➤ **Renforcer les solidarités envers les personnes handicapées**

Fiche n° 22 : Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et sur l'ensemble du handicap (p 48)

➤ **Mieux nous préparer aux crises sanitaires**

Fiche n° 23 : Fonds de financement de la prévention des crises sanitaires exceptionnelles dont la grippe aviaire (p 51)

III) Situation de la branche Accidents du travail et risques professionnels

Fiche n°24 : La branche Accidents du travail et risques professionnels (p 53)

IV) Mesures relatives à l'assurance vieillesse

Fiche n° 25 : Les effets de la réforme des retraites (p 55)

Fiche n° 26 : Renforcer les garanties du système de retraite (p 56)

Fiche n° 27 : Favoriser l'emploi des seniors (p 57)

V) Mesures relatives à la branche famille

Fiche n° 28 : La Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) (p 59)

Fiche n° 29 : Résidence alternée et partage des allocations familiales (p 60)

Fiche n° 30 : Le Fonds national de financement de la protection de l'enfance (p 61)

Fiche n° 31 : Création d'un prêt à taux 0% pour les jeunes qui entrent dans la vie active (p 62)

Fiche n° 32 : Création d'un congé de soutien familial (p 63)

VI) Mesures relatives à la lutte contre et les abus et les fraudes

Fiche n°33: Mieux contrôler la condition de résidence et améliorer le recouvrement des indus en matière de prestations familiales (p 65)

Fiche n°34 : Renforcer la lutte contre le travail dissimulé et l'évasion social (p 67)

VII) Contribuer à la politique de l'emploi

Fiche n°35 : Mesures d'exonération en faveur de l'emploi et de la création d'entreprise (p 69)

Fiche n°36 : Favoriser l'emploi dans le secteur social et médico-social (p 71)

Fiche n°37 : Modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement (p 72)

***I) Cadre général du projet de loi de financement de
la sécurité sociale pour 2007***

Fiche 1

Une nouvelle étape dans le redressement des comptes pour conforter notre modèle social et renforcer les solidarités

1. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2007 marque une nouvelle étape dans le redressement des comptes de la Sécurité sociale

Deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004, la réforme de l'assurance maladie produit pleinement ses effets. Avant la réforme, le déficit était prévu à 16 Mds € en 2005 et aurait continué à se creuser en 2006. Or, il est passé à 8 Md€ en 2005 et 6 Mds € en 2006.

L'infléchissement de la progression des dépenses de soins de ville est très marqué. Sur certains postes, comme les indemnités journalières, l'inflexion est sans précédent, puisque ces dépenses, après avoir enregistré des rythmes de progression de plus de 10 % en 2002 et de 6 % en 2003, sont en baisse de 1% en 2004, de 1,4% en 2005 et de 2,9% sur les huit premiers mois de l'année 2006.

Les efforts de tous produisent ces résultats. Ils traduisent avant tout une véritable évolution des comportements, qui est la seule condition d'un retour pérenne des comptes de la Sécurité Sociale à l'équilibre et de la sauvegarde de notre système de solidarité. Les Français ont pris conscience de cette nécessité, comme en témoigne l'adhésion dont ils ont fait preuve envers l'un des dispositifs centraux de la réforme, le parcours de soins coordonné.

Le passage par le médecin traitant représente un changement majeur dans les comportements des Français et permettra une amélioration de la qualité de notre système de soins : il garantit la prise en charge coordonnée du patient et permet d'éviter les actes inutiles et redondants, grâce à une information médicale mieux partagée et mieux organisée. Aujourd'hui, ce sont près de 40 millions d'assurés qui ont choisi leur médecin traitant. Une étude récente de la DREES montre la forte adhésion des Français au dispositif du parcours de soins, puisque 69% pensent qu'il améliore le suivi des patients.

Les généralistes s'impliquent également activement dans le dispositif, puisque plus de 99 % d'entre eux ont été choisis comme médecin traitant. Ces résultats témoignent également de la nouvelle impulsion donnée à la politique de gestion du risque par les caisses d'assurance maladie et du renouveau de la politique conventionnelle de maîtrise médicalisée.

La politique de substitution volontaire du générique a également permis à ce dernier d'atteindre un taux de pénétration de 67, 2%.

2. Le PLFSS de 2007 vise à conforter notre modèle social et à renforcer les solidarités

Le **principe de solidarité**, qui est au fondement même de notre système de protection sociale, est au cœur des préoccupations du Gouvernement. Les Français y sont légitimement très attachés, ils sont 78% à considérer que ce principe doit demeurer le fondement de notre système.

Le projet de loi a pour ambition de garantir à tous l'égal accès à une assurance maladie de qualité. Il permettra, ainsi d'améliorer l'accès aux soins, notamment grâce à **l'extension, souhaitée par le Président de la République, du dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé**. Ce sont ainsi potentiellement **2,9 millions de personnes**, contre 2 millions auparavant, qui pourront en bénéficier.

Le projet de loi veut aussi permettre à notre système de soins de faire face au défi de la longévité. Ce texte comprend ainsi de nombreuses dispositions annoncées dans le cadre du **Plan de Solidarité - Grand Age**. Dans la continuité des lois du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes, et du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le PLFSS prévoit également une accélération de l'effort de création de places en établissements médico-sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Le développement de l'emploi est la priorité du Gouvernement. C'est aussi le meilleur moyen de financer la protection sociale. Cette priorité se traduit par plusieurs mesures en 2007 : suppression totale des charges pour les entreprises de moins de 20 salariés, extension et simplification du dispositif d'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises, accompagnement des mutations économiques par un encouragement des accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Le PLFSS 2007 met tout particulièrement l'accent sur **l'emploi des seniors**. Il met donc en œuvre plusieurs mesures, déjà annoncées dans le plan concerté pour l'emploi des seniors, et visant à encourager leur retour sur le marché du travail, comme **l'assouplissement du cumul emploi retraite et l'amélioration de la surcote**.

Enfin, parce que la protection est un bien commun dont l'ensemble des Français doivent se sentir responsables, la **lutte contre les fraudes demeure un axe majeur de la politique menée en matière de sécurité sociale**. Plusieurs mesures de renforcement des contrôles notamment en matière de **fraude à la résidence ou de travail dissimulé** sont ainsi prévues.

Fiche 2

Les comptes prévisionnels du régime général en 2007

- Les comptes du régime général poursuivent le rétablissement engagé depuis 2005

Evolution des comptes du régime général 2003-2007

(en Milliards d'euros)	2004	2005	2006	2007 ¹
Maladie	-11,6	-8,0	-6,0	-3,9
Accidents du travail	-0,2	-0,5	0,0	0,1
Vieillesse	0,3	-2,0	-2,4	-3,5
Famille	-0,4	-1,1	-1,3	-0,7
Total Régime Général	-11,9	-11,6	-9,7	-8,0

- **2006 marque une étape significative dans la réduction des déficits de la Sécurité sociale.** Alors que le déficit du régime général était resté stationnaire malgré le redressement important des comptes de l'assurance maladie, 2006 enregistre une décrue du déficit, qui devrait s'établir à **-9,7 Mds €**. Ce bon résultat est largement dû à **l'assurance maladie**, dont le déficit sera ramené à **-6 Mds €** à la fin de l'année, contre **-8 Mds €** en 2005. Le déficit de la **branche vieillesse** se dégrade un peu par rapport à 2005, notamment en raison du succès plus important que prévu des départs anticipés pour carrière longue, qui représentent pour la branche un coût de l'ordre de 2 Mds €. Les comptes de la **branche famille** se dégradent également légèrement, du fait de la progression des aides au logement et de la poursuite de la montée en charge de la PAJE.
- **En 2007**, la poursuite de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie et le rééquilibrage de la branche accidents du travail – qui redevient excédentaire – ainsi que de la branche famille suite à l'achèvement de la montée en charge de la PAJE permettent de **réduire le déficit de l'ensemble du régime général à -8,0 Mds €**.

C'est la branche maladie qui contribue le plus significativement à ce redressement, son déficit passant de -6,0 Mds € en 2006 à -3,9 Mds € en 2007.

La branche vieillesse, confrontée aux flux de départs importants des premières générations du baby boom, devrait voir son déficit se creuser à **-3,5 Mds €**.

¹ Ces prévisions prennent en compte l'impact des mesures du projet de loi de financement pour 2007.

Le tableau ci-après récapitule l'impact financier de l'ensemble des mesures de redressement prises en compte dans le PLFSS.

Mesures à effet sur les comptes 2007 du régime général

Milliards
d'euros

Régime général	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	2,4				2,4
Mesures d'économie soins de ville	2,0				2,0
Produits de santé hors maîtrise médicalisée	1,2				
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée	0,2				
Maîtrise médicalisée	0,5				
Lutte contre la fraude à la condition de résidence	0,1				
Mesures d'économie sur les établissements de santé	0,4				0,4
Revalorisation du forfait journalier	0,08				
Mise en œuvre des 18€	0,07				
Economie du plan assurance maladie	0,2				

Mesures nouvelles sur la branche famille				0,06	0,06
Subsidiarité de l'API sur l'ASF				-0,1	-0,1
Date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la PAJE					0,1
Prêt avenir jeunes				-0,01	-0,01
Fonds de financement de la protection de l'enfance				-0,03	-0,03
Lutte contre la fraude et meilleur recouvrement des indus					0,1

Mesures nouvelles 2007 sur les recettes	1,2	-0,07	0,05	0,1	1,3
	1,2	-0,07	0,05	0,1	1,3
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	0,08	-0,08			0
Harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de placement	0,3		0,01	0,05	0,4
Baisse du taux de la taxe sur le CA des laboratoires de 1,76% à 1%	0,1				0,1
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier	0,1				0,1
Affectation de droits tabacs / frais financiers liés aux créances sur l'Etat	0,1	0,01	0,03	0,04	0,2
Allègements de charges pour les entreprises de moins de 20 salariés	-0,1	-0,02	-0,1	-0,05	-0,3
Affectation de droits tabacs / compensation des allègements de charges pour les entreprises de moins de 20 salariés	0,1	0,02	0,1	0,05	0,3
Surplus de recettes fiscales affectées pour la compensation des allègements généraux (2006 et 2007)	0,35				0,35
Amélioration du recours contre tiers	0,15				0,15
Solde CCSS septembre 2006	-5,1	0,2	-3,5	-0,9	-9,4
Soldes PLFSS 2007	-3,9	0,1	-3,5	-0,7	-8,0

II) Les mesures relatives à l'assurance maladie

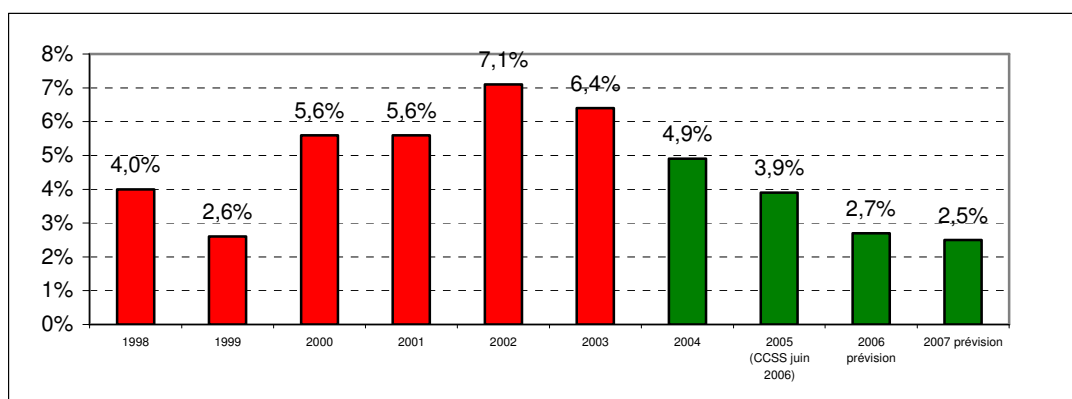
***Mieux dépenser en soignant mieux :
Changer les comportements et réussir la maîtrise médicalisée***

Fiche 3

Poursuivre la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie et le redressement de ses comptes

Les résultats d'ores et déjà obtenus grâce à la réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 placent notre système sur le chemin du retour vers l'équilibre tout en améliorant la qualité des soins et l'égal accès de tous au système de santé. Pour sauvegarder notre système et renforcer sa capacité à s'adapter aux progrès de la médecine et de la technologie ainsi qu'aux enjeux de la démographie, il est nécessaire de préserver des marges de manœuvre en rééquilibrant les comptes de l'assurance maladie. **C'est pourquoi le PLFSS 2007, dans la continuité des efforts mis en œuvre depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance maladie, assigne un nouvel objectif de réduction du déficit de cette branche à - 3,9 Mds € fin 2007. L'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) progressera de 2,5 %.**

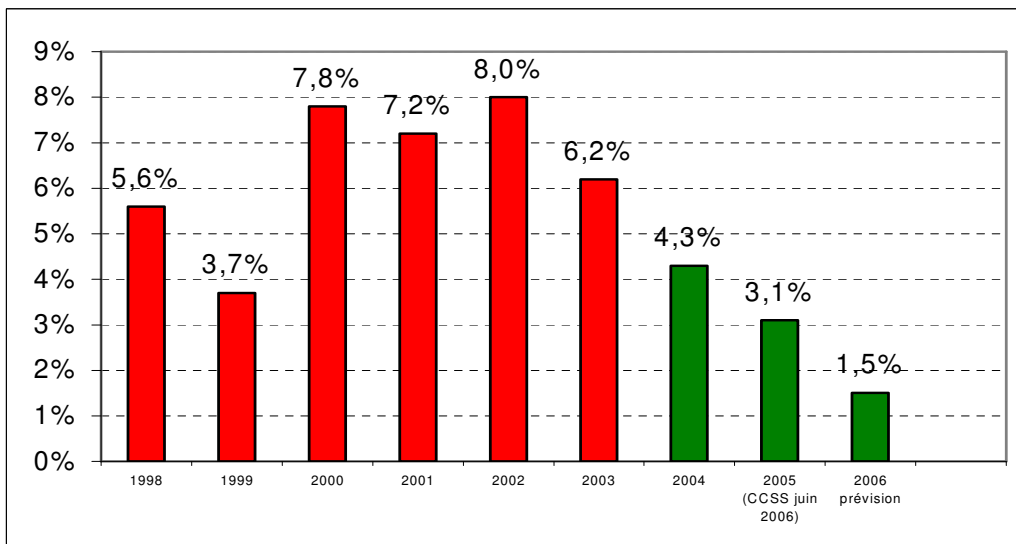
- **La réforme de l'assurance maladie porte ses fruits et nous permet d'enregistrer des réductions importantes des déficits. L'inflexion significative des dépenses d'assurance maladie enregistrée depuis le début de la mise en œuvre de la réforme se confirme en effet mois après mois.** La progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui était à 6,4 % en 2003, a été ramenée à 4,9 % en 2004 et à 3,9 % en 2005, année où pour la première fois depuis 1997 le montant de l'ONDAM a été quasiment respecté ; les derniers chiffres publiés par la CNAMTS montrent que cette tendance se poursuit : le taux de croissance des dépenses remboursées dans le champ de l'ONDAM sera de 2,7 % en 2006.



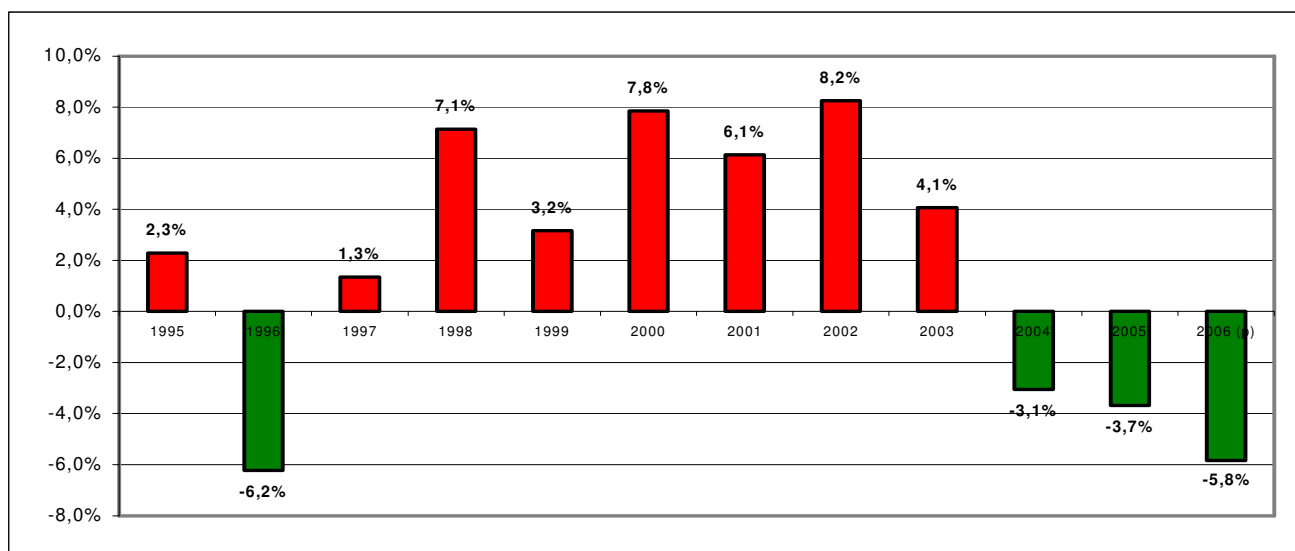
Evolution de l'ONDAM

- L'inflexion est particulièrement nette sur les **soins de ville**, qui connaissent en **2002** et **2003**, avant l'entrée en vigueur de la réforme, une croissance très vive - **plus de 7 %**, avant que celle-ci soit ramenée à 4,3 % en 2004 et **3,0 % en 2005**. La progression des dépenses de soins de ville devrait se limiter à **1,5 % en 2006**

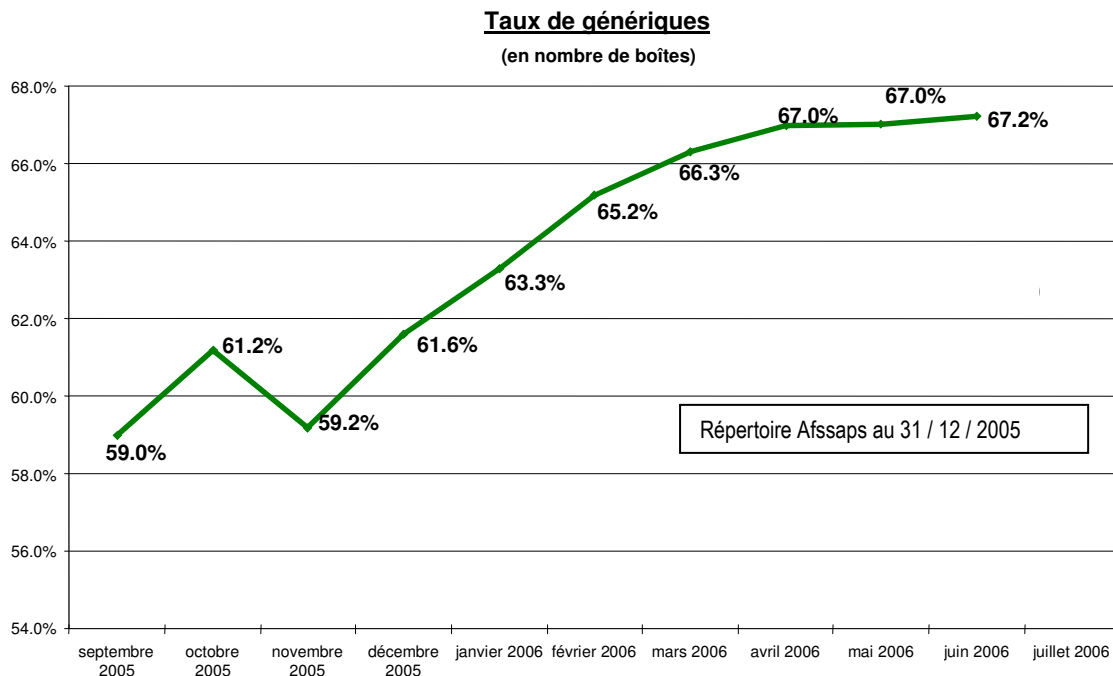
Evolution de l'ONDAM Soins de ville



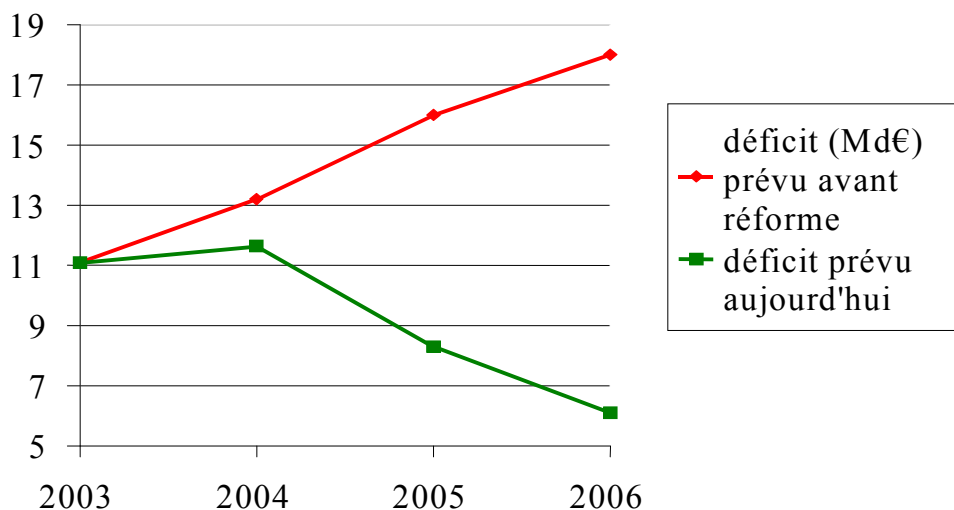
Sur certains postes, dont la progression était jusqu'à présent particulièrement dynamique, **les inflexions sont sans précédent. Ainsi, les dépenses d'indemnités journalières**, qui croissaient sur des rythmes supérieurs à plus 10 %, ont décliné en 2005 de 1,4 %. Sur les huit premiers mois de l'année, cette modération se confirme, les dépenses d'indemnités journalières ayant baissé de 2,9 % par rapport à la même période de l'année précédente. En volume, la décroissance est encore plus nette, comme le retrace le graphique suivant.



- **La décélération des dépenses de produits de santé**, qui devraient enregistrer en **2006** une **quasi-stagnation** après avoir crû de plus de 5 % en 2004 et 2005, constitue également un résultat particulièrement encourageant. La pénétration des médicaments génériques augmente également, en particulier grâce à l'impulsion forte donnée par l'accord conclu entre l'assurance maladie et les pharmaciens.



- **Ces bons résultats nous permettent de réduire les déficits et de placer l'assurance maladie sur la voie du retour à l'équilibre.**



- **En 2007, le déficit sera à nouveau significativement réduit, à -3,9 Md€. Cet objectif sera atteint grâce à un montant total d'économies de 2,8 Md€ en tous régimes², correspondant pour 695 M€ aux effets reports d'actions déjà engagées et qui produiront leurs pleins effets en 2007, pour 1,3 Md€ à la tranche 2007 du plan de redressement (dont**

² Le tableau annexé à la fiche 2 présente quant à lui l'impact des mesures sur le seul régime général, soit 84 % des montants en tous régimes.

676 M€ au titre du plan médicament et 610 M€ au titre de la maîtrise médicalisée), et pour 465 M€ à la mise en œuvre en 2006 de mesures nouvelles (dont 100 M€ au titre de la lutte contre la fraude à la condition de résidence). Les établissements de santé poursuivront pour leur part les économies de gestion prévues par le plan de redressement à hauteur de 275 M€, tout en bénéficiant de la hausse du forfait journalier et des effets reports de la participation forfaitaire de 18 €³.

ECONOMIES 2007	
EFFETS REPORTS	635
Produits de santé:	575
Mesures biologistes et 18€	60
TRANCHE 2007 DES PLANS D'ECONOMIE	1 286
Plan médicament	676
Maîtrise médicalisée :	610
ECONOMIES SUPPLEMENTAIRES	465
Economies supp médicament	165
Application du référentiel transport	100
lutte contre la fraude à la condition de résidence	100
Prescriptions hospitalières en ville	100
ECONOMIES Etablissements de santé	441
forfait journalier	100
mise en œuvre des 18 €	66
Economies plan Assurance maladie	275
TOTAL ECONOMIES	2 827

³ Les économies relatives au secteur du médicament sont détaillées dans la fiche 7, celles relatives à la maîtrise médicalisée dans la fiche 5, et celles relatives à la lutte contre la fraude dans la fiche 33.

Fiche 4

Conforter le parcours de soins et renforcer le rôle de prévention du médecin traitant

Axe majeur de la réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004, le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005, fait désormais partie intégrante du système de soins.

Près de 40 millions de Français – soit **79 % des assurés** – ont déjà désigné leur **médecin traitant**. Dans plus de 99% des cas, le médecin traitant choisi est un généraliste.

Le parcours de soins est largement respecté **puisque 75% de l'ensemble des consultations de généralistes et de spécialistes se font dans le cadre du parcours de soins**. Parmi les 25% restant, il s'agit essentiellement de personnes qui n'ont pas choisi de médecin traitant, si bien que seules 2% des consultations sont réellement « hors parcours de soins ». Les Français démontrent ainsi leur adhésion à un dispositif qui vise à la fois à améliorer la qualité des soins et à éviter les actes inutiles et redondants, grâce à une information médicale mieux partagée et à une meilleure coordination des soins nécessités par l'état des patients.

En 2006, le médecin traitant a vu son rôle dans le domaine de la prévention renforcé, et sa place centrale dans le système de soins confortée. L'avenant signé en mars entre l'assurance maladie et les médecins donne en effet au médecin traitant des responsabilités nouvelles en matière de prévention, notamment dans le domaine de la prévention du cancer du sein en incitant les femmes de 50 à 74 ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein, de la polymédication des personnes âgées (éviter les interactions médicamenteuses) et du suivi des diabétiques (prévention des complications). Le médecin traitant devient ainsi également un médecin de prévention.

Le développement de la prévention est également favorisé dans le cadre des contrats responsables entre les assurances complémentaires et les patients, dont la mise en place au 1^{er} janvier 2006 a complété et enrichi le dispositif du parcours de soins.

Les contrats responsables doivent en effet prendre en charge intégralement certaines prestations de prévention, considérées comme prioritaires et définies après consultation de la Haute Autorité de Santé. **Il s'agit ainsi de permettre aux assurés de procéder, en étant remboursés à 100 %, à des actes de prévention tels que certaines vaccinations, le dépistage de l'hépatite B ou des troubles de l'audition, un détartrage annuel complet, ou encore, depuis le 1^{er} juillet, au dépistage,, une fois tous les 6 ans de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) pour les femmes de plus 50 ans.**

Fiche 5

Approfondir la dynamique de maîtrise médicalisée

L'avenant n° 12 à la convention médicale a renouvelé, pour les exercices 2006 et 2007, l'engagement de l'assurance maladie et des syndicats de médecins dans la maîtrise médicalisée.

Les objectifs d'économie au titre de la maîtrise ont été fixés à 790 M€ en 2006 et 620 M€ en 2007. Ils se déclinent de la façon suivante :

Maîtrise médicalisée : objectifs d'économies pour 2006 et 2007

Thèmes	Objectifs 2006	Objectifs 2007
Antibiotiques	62	40
Statines	93	95
Anxiolytiques/hypnotiques	13	13
Indemnités journalières	190	80
Affections de longue durée	292	146
AcBUS sur les antiagrégants plaquettaires	34	34
AcBUS sur la coloscopie après polypectomie	15	15
Génériques	25	20
IPP	28	20
Transports	38	30
IEC-Sartans	0	80
Actes redondants	0	30
LPP	0	20
TOTAL	790	623

Les objectifs 2006 sont en voie d'être atteints sur plusieurs postes :

- **le montant des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie a baissé de 3,4%** sur la période janvier-juin 2006 par rapport à la même période en 2005 soit un taux supérieur à l'objectif annuel de 2006 (baisse de 1%). Cette diminution conforte la tendance observée depuis 2 ans (respectivement -1 % en 2004 et -1,4% en 2005)
- **les dépenses de remboursement des médicaments hypolipidémiant baissent pour la première fois (-4,4%)** après plusieurs années de très fortes augmentations (+ 15% par an sur la période 2000-2004 avant de commencer à fléchir en 2005 à +8,1%).
- le rythme de **baisse** des dépenses relatives **aux antibiotiques et aux psychotropes** (anxiolytiques et hypnotiques) est conforme aux objectifs annuels (avec respectivement **-11% et - 6%** sur la période concernée).

Les efforts doivent être toutefois poursuivis et accentués sur certains postes.

En ce qui concerne la réduction des dépenses prises en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire au titre des affections de longue durée, la baisse est importante (- 2,3 points) s'agissant d'un poste traditionnellement en hausse chaque année.

De même, l'effort supplémentaire demandé en 2006 aux médecins pour prescrire davantage de génériques doit être poursuivi pour atteindre les objectifs fixés. **Le taux de médicaments génériques** (en nombre de boîtes par rapport aux médicaments généricables) est en progression de **+ 5,6 points à fin juin** (par rapport à décembre 2005), soit un taux de 67,2 % à mi-année. L'objectif est d'atteindre 70 % à la fin de l'année.

Pour 2007, l'objectif conventionnel d'économie par la maîtrise médicalisée est de 620 M€. Les postes de dépenses concernés sont en partie les mêmes que ceux visés en 2006, mais de nouvelles économies sont attendues notamment concernant la prescription des IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) ou la prescription de transports sanitaires (par l'instauration d'un référentiel médical de prescription).

Outre les postes faisant l'objet d'engagements conventionnels, d'autres mesures de maîtrise produiront leurs effets.

L'évolution des dépenses de biologie médicale sera maîtrisée grâce aux mesures de nomenclature prises en juillet 2006.

La mise en œuvre du référentiel de prescription des transports sanitaires devrait également permettre de mieux maîtriser la croissance des dépenses de transport.

Enfin, les prescriptions hospitalières en ville feront également l'objet d'accords de modération ; l'accord déjà signé pour les antibiotiques sera prochainement suivi d'accords relatifs aux statines et à la prescription en dénomination commune internationale (DCI).

Fiche 6

Déployer le dossier médical personnel (DMP)

Le dossier médical personnel permettra d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'information entre les professionnels de santé.

Le dossier médical personnel, défini par la loi portant réforme de l'Assurance maladie, est un dossier informatisé, sous le contrôle du patient, qui regroupe en un lieu unique, accessible à tout moment par Internet, l'ensemble des éléments relatifs à la santé et à la prévention afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Le dossier médical personnel a pour objectifs :

- d'améliorer la prise en charge des patients et l'efficacité des soins grâce à l'interopérabilité des systèmes d'information entre les différents acteurs du système de santé;
- de simplifier le partage des informations entre le patient et les professionnels de santé dans le respect du secret médical ;
- d'éviter les dépenses inutiles

Pour assurer la maîtrise d'ouvrage du DMP, un Groupement d'Intérêt public « Dossier médical personnel » (GIP-DMP) a été constitué au printemps 2005. Ce GIP a tout d'abord été chargé d'engager des expérimentations en 2006 avant de bâtir le dispositif de déploiement national pour 2007.

Les bénéfices attendus concernent tous les acteurs de notre système de santé.

- **Pour le patient** : le DMP lui permettra de bénéficier d'un suivi coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée. Il permettra également d'impliquer le patient dans la gestion de son parcours de soins, dans le respect du secret médical et de sa vie privée. Pour la première fois, le patient pourra consulter en toute transparence l'ensemble des informations médicales répertoriées le concernant. Et c'est lui qui gèrera les droits d'accès des professionnels de santé à son DMP.
- **Pour les professionnels de santé** : le DMP permettra aux professionnels de santé d'avoir accès à toutes les informations utiles provenant d'autres professionnels de santé et ainsi d'avoir une véritable « photographie » de la santé du patient mise à jour en temps réel. Grâce à l'information partagée, le DMP permettra une meilleure prise en charge des soins, en apportant tous les éléments nécessaires à un diagnostic plus précis et à un traitement plus approprié. Techniquement, le DMP sera compatible avec les logiciels de santé existants et les professionnels n'auront donc pas à effectuer de double saisie.
- **Pour les dépenses de santé** : en améliorant l'information des différents praticiens qui traitent un même patient, en favorisant une meilleure connaissance et un meilleur suivi de celui-ci, le DMP permettra une réduction des dépenses de santé. A titre d'exemple, 15% des actes sont redondants et génèrent un coût de 1,5 milliards d'euros.

De plus, chaque année, 128 000 hospitalisations sont liées à des interactions médicamenteuses (iatrogénie) qui pourraient être évitées.

- **Pour l'ensemble de notre système de santé**, le DMP est un véritable levier pour le développement des systèmes d'information et leur interopérabilité.

Le budget consacré à la mise en œuvre du DMP représente un total de 1 milliard d'euros sur la période 2006-2010. Il s'inscrit dans un budget global de systèmes d'information de santé de 2,3 milliards d'euros par an. Ces sommes sont comparables à celles dégagées par nos voisins européens pour la conduite de projets similaires.

Le cadre juridique sera complété début 2007.

La loi portant réforme de l'Assurance maladie, a prévu la création du dossier médical personnel (DMP). Cette création s'inscrit en outre dans le cadre législatif sur l'hébergement des données de santé, fixé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel prévoit les conditions d'agrément des hébergeurs de données.

Trois autres décrets sont en cours de préparation et devraient paraître d'ici le début 2007 :

- Décret « DMP » : contenu du DMP et gestion des droits d'accès par les professionnels de santé
- Décret « Confidentialité » : politique de confidentialité des professionnels et établissements de santé
- Décret « Identifiant » : conditions d'utilisation d'un identifiant des patients propre au DMP

Le calendrier de déploiement à la mi-2007

Une phase d'expérimentation sur le terrain est menée depuis le mois de juin 2006 : ce sont 30.000 dossiers réels qui auront été ouverts à la fin de l'année 2006 dans 17 sites répartis dans 13 régions. Cette phase de test implique 1.500 professionnels de santé et 73 établissements de santé. L'évaluation de cette étape permettra de mesurer l'appropriation du service par les différents acteurs, et d'apporter toutes les améliorations nécessaires pour la **généralisation, sur la base du volontariat à la mi-2007.**

Parallèlement, des actions de formation, d'accompagnement et de communication, à hauteur de 20 millions d'euros sur le budget du GIP-DMP 2006-2007 ont été lancées cette année et se poursuivront en 2007 pour faciliter les conditions d'alimentation et d'utilisation du DMP.

Le service DMP, en phase de généralisation, comprendra :

- un portail unique d'accès qui assurera les fonctions d'information sur le DMP, d'identification et d'authentification des patients et des professionnels de santé, d'inscription des patients (choix de l'hébergeur, choix des professionnels de santé autorisés) et d'aiguillage vers l'hébergeur sélectionné. Ce portail sera confié à la Caisse des Dépôts et Consignations qui n'aura accès à aucune donnée médicale. Il sera accompagné d'un service d'assistance téléphonique, géré par l'Assurance maladie.
- des hébergeurs de DMP qui seront des prestataires privés. Les patients auront le choix de leur hébergeur.

Fiche 7

Conforter les résultats obtenus sur les produits de santé

Pour la première fois depuis des années, la dépense d'assurance maladie consacrée au médicament s'est fortement ralentie. Alors qu'elle croissait de **6% par an** ces dernières années, la progression pour **2006** pourrait être proche de **0%**.

Ce résultat est lié à la mise en place de la réforme (maîtrise médicalisée et parcours de soins) et à l'impact du **Plan médicament qui veille à ce que la dépense d'assurance maladie consacrée au médicament soit constamment adaptée et rende le meilleur service thérapeutique au meilleur coût.**

Les axes guidant la politique du médicament dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 sont les suivants :

1. La prise en charge du médicament à son juste prix

Cette politique s'inscrit en continuité avec les mesures prises en 2006 :

- **Poursuite de la politique du générique (300 M€)** : l'ensemble des mesures prises sur le générique a permis une économie de 750 M€ en 2006. La politique de substitution volontaire menée de concert avec les professionnels de santé, pharmaciens et médecins, a déjà permis de diffuser considérablement l'usage des médicaments génériques. L'objectif intermédiaire de 66% à mi-année a été atteint. Les efforts devront se poursuivre pour que l'objectif de 70% en fin d'année soit réalisé.
- **Développement des grands conditionnements (107 M€)**
- **Nouvelles baisses de prix ciblées** (médicaments et dispositifs médicaux) **(270 M€)** avec notamment la recherche d'une "cohérence des prix" au sein de chaque classe pharmaco-thérapeutique, lorsqu'un générique apparaît ou lorsque le prix des génériques de la classe baisse. L'objectif est une gestion dynamique et cohérente des prix en diminuant le prix de médicaments qui restent particulièrement coûteux dans une classe générique ou qui sont de simples contournements de génériques.

Par ailleurs, le gouvernement exercera une surveillance accrue sur le coût des autres modes de prise en charge, et notamment sur les **indemnités versées aux laboratoires pour les Autorisations Temporaires d'Utilisation (20 M€).**

Parallèlement, une disposition prévoit de rendre possible la prise en charge des produits ne disposant pas d'une AMM en France mais l'ayant obtenue dans un autre Etat membre, ce qui évitera de recourir à la procédure complexe de l'ATU nominative.

Les mesures prises en 2006, qui n'ont pu produire leurs pleins effets en raison notamment de délais de mise en œuvre (délais de revignettage), conduisent à un **effet report de 575 M€ en 2007**.

2. La promotion du bon usage du médicament

Cet objectif sera poursuivi dans le cadre de la maîtrise médicalisée en **diminuant les prescriptions de médicaments injustifiées**. L'année 2007 doit permettre de consolider les résultats obtenus sur les prescriptions d'antibiotiques, de statines, de psychotropes, des inhibiteurs de la pompe à protons, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, des sartans et sur la location de lits médicalisés. L'action de la CNAMTS sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse contribuera également à améliorer les prescriptions. Ces actions seront progressivement étendu aux prescripteurs hospitaliers.

Le gouvernement veillera également à ce que **la prise en charge à 100% dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) ne s'applique que lorsque le médicament est destiné à traiter cette ALD**. La Haute Autorité de Santé sera chargée d'établir **une liste limitée de produits n'entrant dans le traitement d'aucune ALD**, ce qui permettra un meilleur respect des règles de remboursement par l'assurance maladie (**100 M€**).

La promotion du bon usage sera renforcée dans deux domaines particuliers :

- **Au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes (15 M€) :**

Une étude de la DREES publiée en juin 2006 montre que la consommation moyenne des personnes âgées en institution est de 6,4 médicaments par jour alors qu'elle est de 3,6 pour les personnes âgées vivant à domicile.

Compte tenu des risques liés à la prise simultanée de plusieurs médicaments, le pharmacien peut jouer un rôle important dans la prévention de la iatrogénie. Aussi, il est prévu que les EHPAD ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur et qui se fournissent auprès d'officines pour l'achat des médicaments de leurs résidents signent une convention avec cette ou ces officines. Cette convention définira le rôle et la responsabilité du pharmacien au sein de l'établissement en insistant notamment sur son implication, en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante, pour rationaliser les prescriptions, lutter contre la iatrogénie et sécuriser le circuit du médicament.

- **Les traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné notamment le Subutex® (15 M€) :**

La loi prévoit que la prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie est soumise à la mise en place d'un protocole de suivi des soins. Or ce dispositif ne se justifie que lorsque les risques de mésusage sont avérés, notamment compte tenu des doses utilisées. Pour la grande majorité des patients, elle ne fait que compliquer l'accès aux médicaments concernés. Il est donc proposé de réserver l'obligation du protocole aux seules situations qui le nécessitent. Ces situations seront appréciées à partir de critères adaptés à chaque type de produit, si bien qu'il sera possible d'étendre cette mesure à des médicaments de consommation plus large, notamment certains psychotropes, sans peser sur les patients respectant le bon usage.

Enfin, il est prévu un encadrement de la publicité grand public en faveur des dispositifs médicaux remboursables à l'image de ce qui existe déjà pour les médicaments. Cette mesure contribuera à limiter la croissance actuellement très rapide des dépenses en dispositifs médicaux.

Au total, le secteur du médicament devrait permettre de dégager **1,8 Md€ d'économies en 2007, qui correspondent :**

- **à 1,7 Md€ de mesures déjà décidées** (effets reports des mesures 2006, tranche 2007 du plan médicament et engagements conventionnels de maîtrise médicalisée des médecins)
- **et à 165 M€ de mesures nouvelles.**

Par ailleurs, s'agissant des recettes, comme prévu, il est proposé dans le cadre de ce PLFSS de réduire significativement le taux de **la taxe sur le chiffre d'affaires des médicaments** remboursables des industries pharmaceutiques. Ce taux qui avait été porté à titre exceptionnel l'an dernier de 0,6 % à 1,76 %, sera ainsi ramené à 1 % (**100 M€**)..

Par ailleurs, comme annoncé au début du mois, **la taxe sur le chiffre d'affaire 2006 de la vente en gros** fera l'objet d'une augmentation exceptionnelle pour un rendement de 50 M€. Une réflexion est engagée parallèlement avec les grossistes pour adapter leurs obligations de service public aux contraintes du marché.

Moderniser le système de soins

Fiche 8

Faire évoluer les pratiques et les métiers

1. Reconnaître le pouvoir de prescription des infirmiers

L'évolution des pratiques et des métiers doit être prise en compte par l'assurance maladie.

En l'absence du droit de prescrire, les infirmiers doivent demander la prescription le plus souvent au médecin traitant du malade.

La reconnaissance d'un droit de prescription adaptée à la pratique professionnelle répond à un objectif de simplification des relations entre le patient et les professions de santé, médecin et infirmier, et entre professionnels de santé eux même.

Elle s'inscrit dans la continuité du droit de prescription reconnu aux masseurs kinésithérapeutes.

La liste des dispositifs médicaux dont le droit de prescription sera autorisé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute autorité de santé.

2. Faire évoluer les normes de fonctionnement des laboratoires d'analyse médicale

Les laboratoires d'analyse médicale sont soumis à des normes de moyens. Comme le souligne le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, les normes actuelles ne répondent plus aux conditions de fonctionnement des laboratoires dont une partie importante de la production a été automatisée.

Le rapport de l'IGAS propose de supprimer toute référence à des normes de moyens et de mettre en place un dispositif d'accréditation. La disposition inscrite en PLFSS a pour objectif de permettre l'évolution des normes actuelles : le nombre minimum de directeurs de laboratoires et celui des techniciens spécialisés, pourront varier indépendamment l'un de l'autre ; par ailleurs, l'appartenance à regroupement sous forme de Société d'Exercice Libérale (SEL) pourra être prise en compte dans l'application des ces normes.

Fiche 9

Lutte contre les discriminations : Reconnaître les médecins à diplôme hors union européenne

Un projet de modification de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) sera soumis au Parlement dans le cadre de l'examen du PLFSS 2007.

Ce projet concrétise la volonté du gouvernement de faire évoluer la situation des praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE) exerçant depuis de nombreuses années dans les établissements de santé français.

Il est ainsi **créé de façon dérogatoire, en parallèle à la Nouvelle Procédure d'Autorisation (NPA), un examen réservé aux praticiens recrutés par les hôpitaux avant la publication du décret de juin 2004**, dont l'obtention permettra de se présenter devant la commission d'autorisation d'exercice par spécialité du Conseil de l'Ordre des médecins.

Cet examen évitera, tout d'abord, une mise en concurrence avec les médecins à diplômes hors union européenne qui n'exercent pas actuellement dans les hôpitaux français.

Ses modalités pratiques, ensuite, permettront de mieux tenir compte de l'expérience acquise au cours de l'exercice hospitalier.

Par ailleurs, les praticiens titulaires du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) seront réputés avoir satisfait à cette épreuve.

Afin de respecter un principe d'équité vis-à-vis des étudiants français, le nombre de candidats autorisés sera réparti sur 3 ou 4 ans.

Cette évolution permet d'une part, de répondre à l'attente légitime des praticiens à diplômes hors union européenne, et d'autre part, de respecter les exigences de qualité et donc de compétences requises pour les praticiens autorisés, et l'équité nécessaire vis-à-vis des étudiants français soumis au numerus clausus à l'issue de la première année des études médicales.

En revanche, pour **tout nouveau candidat**, n'ayant pas exercé de fonctions rémunérées avant juin 2004, la **Nouvelle Procédure d'Autorisation (NPA) n'est pas modifiée**, et reste fondée sur un concours dont le **nombre de postes est fixé en fonction des besoins de santé publique**. Les lauréats de ce concours **devront** ensuite exercer des fonctions dans un établissement de santé **pendant une durée de 3 ans**.

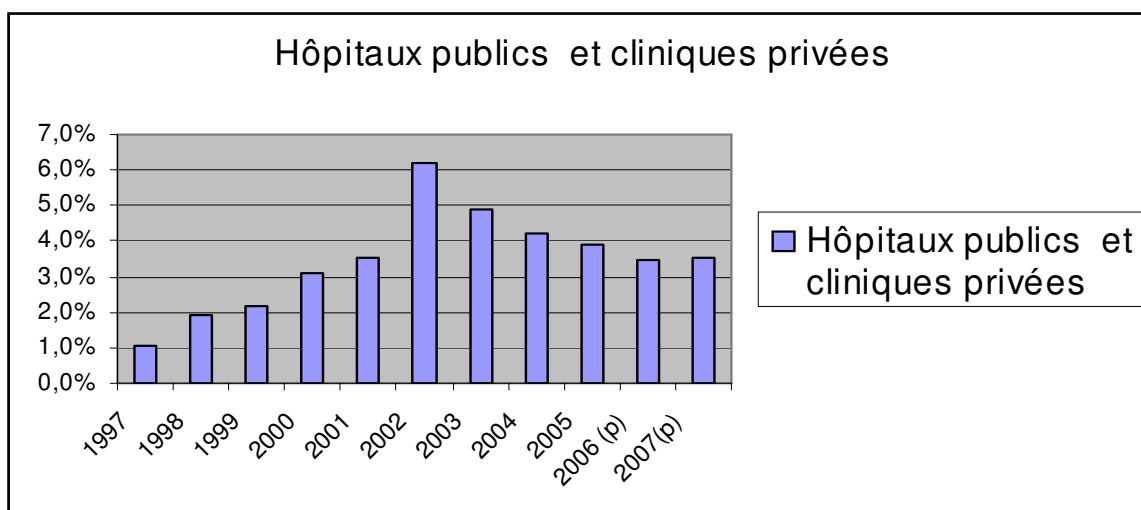
Fiche 10

2 milliards d'euros supplémentaires pour les établissements de santé

➤ Un effort de plus de 11 milliards d'euros entre 2002 et 2007

Depuis 2002, les dépenses consacrées au secteur hospitalier public et privé augmentent fortement. Ces dépenses supplémentaires représentent un effort financier de la Nation de plus de **11 milliards d'euros sur 5 ans** (2002-2007) pour les établissements de santé.

Ces dépenses augmenteront en 2007 de **plus de 2 milliards d'euros** pour atteindre 65 milliards d'euros, **ce qui représente une augmentation de 3,5 %**.



Près de 850 millions d'euros supplémentaires seront consacrés en 2007 à l'amélioration des rémunérations et des conditions de travail du personnel des établissements de santé.

Plus de 400 millions d'euros supplémentaires seront consacrés à des créations d'emplois, essentiellement de personnel soignant recruté pour faire face aux besoins de santé publique : urgences, périnatalité, cancer, santé mentale, addictologie.

Fiche 11

Plus de 400 millions d'euros supplémentaires pour la santé publique

Plus de 400 millions d'euros de crédits supplémentaires seront consacrés en 2007 aux mesures de santé publique.

1. Le plan « urgences » (2004-2007) : 106 millions d'euros supplémentaires en 2007

Le plan « Urgences » prévoit :

➤ **pour les services d'urgences proprement dits :**

- l'amélioration de l'accueil et de l'orientation des patients ; un financement ponctuel des remplacements et heures supplémentaires pour les pics d'activité ;
- la création de zones de surveillance de très courte durée,
- un renforcement des équipes des SAMU et des SMUR

Le financement de ces mesures a permis, en 2004 et 2005, au titre du renforcement des équipes, la création de 2321 postes médicaux et non médicaux, dont 451 postes médicaux, et 135 postes dont le statut a été transformé.

Pour l'année 2007, des financements complémentaires ont été prévus afin d'améliorer les conditions de la régulation médicale au sein des centres 15 des SAMU (recrutement de permanenciers auxiliaire de régulation médicale (PARM)).

➤ **pour le renforcement jusqu'en 2008 de la prise en charge des patients en amont et en aval, notamment en gériatrie:**

- la création de 15 000 lits de soins de suite médicalisés,
- la création de 160 équipes mobiles gériatriques affectées à l'ensemble des services, y compris aux urgences,
- l'accélération du plan pluriannuel visant à individualiser des lits de court séjour gériatrique,
- le renforcement de la médicalisation et de la continuité des soins dans les hôpitaux locaux,
- Le développement de l'hospitalisation à domicile (16 000 places créées en 5 ans).

En 2004 et 2005, 2331 postes ont été créés, dont 259 médicaux et 2072 non médicaux, ainsi que 7363 lits et places.

Des moyens supplémentaires sont dévolus à l'informatisation des services d'urgence et à l'amélioration de leurs locaux.

Sur la période 2004-2007, plus de 450 millions d'euros de crédits supplémentaires de l'assurance maladie ont été prévus.

Pour l'année 2007, 106 millions d'euros de crédits de l'ONDAM sont prévus – dont 61 millions pour l'hospitalisation publique et 45 millions pour l'hospitalisation privée.

2. Le plan périnatalité (2005-2007) : 64 millions d'euros supplémentaires en 2007

Le plan périnatalité (2005-2007) doit permettre d'atteindre pour 2008 les objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique du 13 août 2004 : la réduction du taux de mortalité périnatale à 5,5 pour 1000 et la réduction du taux de mortalité maternelle à 5 pour 100 000.

Pour l'année 2007, ce sont 64 millions d'euros qui sont prévus – dont 40 millions pour l'hospitalisation publique et 24 millions pour l'hospitalisation privée pour répondre à ces défis

Les financements prévus en 2007 permettent de poursuivre la mise en œuvre des mesures engagées depuis 2005, qui visent à **améliorer la sécurité et la qualité des soins**.

Au titre de la sécurité, le financement doit contribuer au développement des transports, (SMUR pédiatriques et transports infirmiers inter-hospitaliers), ainsi qu'à la mise aux normes des services de réanimation pédiatrique.

Au titre de la qualité, sont poursuivies les mesures relatives à la mise en place des réseaux, de l'entretien du 1^{er} trimestre et du développement des collaborations médico-psychologiques afin d'améliorer la prise en charge psychologique des parturientes.

La **mise aux normes des maternités** constitue, en termes budgétaires, la part principale de ce plan : ce sont 130 millions d'euros, financés en 2005 et 2006, qui ont permis, pour l'année 2005, la création de 1607 postes dont 208 médecins et 468 sages-femmes dans les établissements publics et PSPH.

Sur la période 2004-2007, 254 millions d'euros de crédits supplémentaires de l'assurance maladie ont été prévus.

3. Le plan cancer (2003-2007) : 61 millions d'euros supplémentaires en 2007

Pour l'année 2007, 61 millions d'euros sont prévus – dont 45 millions pour l'hospitalisation publique et 16 millions pour l'hospitalisation privée – hors financement des médicaments coûteux-. Les mesures qui devront être prioritairement accompagnées sont les suivantes :

- le renforcement des moyens médicaux et soignants en vue d'améliorer la qualité des prises en charge et la coordination des soins autour du patient ;
- le renforcement de la cancérologie pédiatrique ;
- le renforcement de la cancérologie gériatrique ;
- le renforcement de la radiothérapie grâce à la modernisation des plateaux techniques et la réduction des délais d'attente ;
- le renforcement des soins des supports : psycho-oncologie et prise en charge de la douleur chronique rebelle ;
- l'appui à la mise en place des nouveaux équipements lourds ;
- l'amélioration de l'accès aux traitements innovants et coûteux ;
- la finalisation de la mise en place du dispositif d'accès aux tests de prédispositions génétiques et aux consultations génétiques ;
- le renforcement de la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens engagés au titre de la prise en charge du cancer.
- La poursuite du développement des soins palliatifs

4. Le Plan Addictologie : 33 millions d'euros dès 2007

Le Président de la République, dans son allocution du 27 avril 2006 sur la lutte contre le cancer, a annoncé un plan d'action global contre les addictions.

Ce plan pluriannuel organise la prise en charge dans les hôpitaux et sera présenté dans les semaines à venir.

Il prévoit le développement de consultations d'addictologie dont des consultations de tabacologie. **L'objectif en 2007 est de passer de 500 à 900 lieux de consultation de tabacologie sur l'ensemble du territoire.**

Ce plan prévoit également la mise en place et le renforcement de services d'addictologie dans tous les CHU et dans un grand nombre de Centres Hospitaliers.

Enfin un des objectifs dès 2007 est de mieux structurer la filière de formation universitaire en addictologie.

5. Le plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) : 74 millions d'euros supplémentaires en 2007

Quatre des axes du plan présentés par le ministre de la Santé en avril 2004 ont un impact financier. Les ressources supplémentaires à allouer aux établissements sont évalués à 156 millions sur la totalité du plan, hors couverture des besoins d'investissement. **Pour l'année 2007, 46 millions d'euros sont prévus** –dont 36 millions pour l'hospitalisation publique et 10 millions pour l'hospitalisation privée – et auquel s'ajoutent 50 millions d'euros de crédits du Fonds de Modernisation des établissements de santé reconduits

Le plan a pour vocation de développer les alternatives à l'hospitalisation, y compris à domicile, les soins ambulatoires ainsi que la psychiatrie de liaison, notamment par le renforcement de l'accès aux soins de proximité au sein des centres médico-psychologiques (CMP) et par le développement d'organisations répondant aux demandes de soins non programmées et de lieux d'accueil proposant des horaires d'ouverture élargis. Il prévoit également d'adapter l'hospitalisation complète en psychiatrie.

L'exercice des professionnels en santé mentale sera amélioré par un renforcement de leur formation initiale et continue.

Par ailleurs, face au constat d'une dégradation des équipements, **un plan d'investissement massif pour moderniser les hôpitaux psychiatriques grâce à un investissement supplémentaire de 1,5 milliard d'investissements entre 2006 et 2010 a été lancé cet été.**

6. Le plan national pour les maladies rares (2005-2008) : 10 millions d'euros supplémentaires en 2007

A partir de 2004, des financements ont été alloués aux établissements dont les services ont été sélectionnés et labellisés comme centres de référence. **103 centres de référence de Maladies rares** ont été labellisés entre 2004 et 2006, couvrant la majorité des groupes de maladies rares. Un dernier appel à projets est prévu en 2007 pour couvrir les quelques thématiques non couvertes par les appels à projets précédents.

La priorité « maladies rares » a été renforcée au sein du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) : ce sont 38 projets de recherche qui ont été retenus ces 2 dernières années pour un montant de 10,5 millions d'euros.

Fiche 12

Affectation du produit des cessions d'actif à l'investissement pour la modernisation des établissements de santé

Le programme de modernisation du patrimoine hospitalier de grande ampleur, lancé en 2003 par le ministère de la Santé, dans le cadre du plan «hôpital 2007 », dont il constituait le volet investissement, est engagé à plus de 80%. Ce programme vise une modernisation rapide des équipements hospitaliers qui permettra de rattraper une grande partie du retard accumulé, notamment en matière de mise aux normes, grâce à un investissement supplémentaire de 10 milliards d'euros.

L'effort consenti par l'assurance maladie est considérable, avec plus de 1 milliard d'euros d'aide en capital et plus de 10 milliards d'euros d'aide en fonctionnement sur 20 ans.

Au volet investissement du plan « hôpital 2007 » s'ajoute le volet investissement du plan « psychiatrie santé mentale », ce qui représente en tout plus de 100 millions d'euros d'aide en capital et 1,3 milliard d'euros d'aide en fonctionnement sur 20 ans.

L'effort considérable réalisé au bénéfice des établissements de santé, publics comme privés, doit avoir pour corollaire une meilleure valorisation du patrimoine des établissements de santé. C'est pourquoi **le PLFSS pour 2007 prévoit qu'une partie des produits de cession (à hauteur de 115 millions d'euros) sera reversée à l'assurance maladie, précisément pour financer les investissements hospitaliers dans le cadre du FMESPP.**

Améliorer les droits des assurés

Fiche 13

Financement de la CMU-Complémentaire et développement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

1. La loi du 13 août 2004 a instauré une aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé pour les personnes aux revenus modestes

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (« crédit d'impôt ») mise en place le 1^{er} janvier 2005 visait initialement les foyers dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et 15% au-dessus de ce plafond, ce qui correspond à un revenu compris entre 587,16 € et 675,23 € par mois pour une personne seule et entre 1233€ et 1417,95€ par mois pour un couple avec deux enfants.

Dans le cadre du PLFSS 2006, l'attractivité du dispositif a été renforcée en revalorisant fortement le montant de l'aide, entre 30% et 60% selon l'âge.

Le montant de l'aide a ainsi été porté :

- pour les moins de 25 ans, de 75€ à **100€** par an ;
- pour les 25-59 ans, de 150 à **200 € par an** ;
- pour les 60 ans et plus, de 250 à **400€ par an**.

	Montant de l'aide 2005	Montant de l'aide 2006
Moins de 25 ans	75 €	100 €
25-59 ans	150 €	200 €
60 ans et plus	250 €	400 €

Ainsi, par exemple, pour une personne de 70 ans, pour laquelle un contrat de milieu de gamme coûte environ 800€ par an, le montant de l'aide est porté de 250€ (31% du coût du contrat) à 400€ (soit 50% du coût du contrat).

2. Le PLFSS 2007 propose l'extension du champ des bénéficiaires de l'aide

A la demande du Président de la République et afin de garantir un meilleur accès de tous à l'assurance santé complémentaire, il est proposé, dans le cadre du PLFSS 2007, une augmentation du plafond de ressources pour bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé.

Ce plafond de ressources sera augmenté de 5 points soit de + 15% du plafond CMUc à +20% du plafond CMUc.

Cela correspond à un revenu :

- **compris entre 587,16 € et 704,59 € par mois pour une personne seule**
- **entre 1233€ et 1479,6 € par mois pour un couple avec deux enfants.**

La population susceptible de bénéficier du dispositif passe ainsi de 2 millions à **2,9 millions de personnes.**

Fiche 14

Assouplir le régime des heures de sorties autorisées en cas d'arrêt de travail

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a introduit plusieurs dispositions relatives aux obligations des assurés sociaux en cas d'arrêt de travail visant à renforcer les moyens de contrôle et de sanction des caisses d'assurance maladie.

A ce titre, les heures de sortie autorisées par le praticien ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour. En cas d'inobservation volontaire de cette obligation, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

Cette disposition semble poser certaines difficultés d'application pour quelques pathologies (cancer, dépression...), pour lesquelles les sorties font partie intégrante de la thérapie du patient.

Le Gouvernement ne souhaite pas remettre en cause le dispositif, dans la mesure où le renforcement des contrôles a permis un très net infléchissement des dépenses d'indemnités journalières, permettant de passer d'un rythme de progression de près de 9% par an entre 2000 et 2003 à une diminution de 1% en 2004, de 1,4% en 2005, et de 2,9% sur les huit premiers mois de l'année 2006.

Toutefois, afin de ne pas pénaliser les patients pour lesquels les sorties font partie de la thérapie, il est proposé d'assouplir cette obligation en permettant, de manière exceptionnelle et dans un cadre et des modalités définis par le praticien, de déroger à cette obligation.

Fiche 15

Améliorer la prise en charge des maladies graves et rares

Le gouvernement souhaite améliorer la prise en charge et les soins donnés aux patients atteints de maladies graves et rares.

En principe, la prise en charge par l'assurance maladie d'un médicament n'est possible qu'après démonstration scientifique de son intérêt, validée par une autorité indépendante, sur la base d'essais cliniques conduits par le laboratoire.

Toutefois, pour certaines spécialités, aucun laboratoire ne prendra l'initiative de conduire des études spécifiques pour attester de leur sécurité et de leur efficacité dans des indications hors AMM (autorisation de mise sur le marché) alors même que leur usage dans ces indications est bien établi par une longue pratique de prescriptions. Il s'agit en général de médicaments anciens mais nécessaires à un petit nombre de patients.

Par ailleurs, des produits non remboursés et néanmoins indispensables à la survie de certains patients peuvent venir grever le budget des familles ; c'est le cas notamment des écrans solaires pour les enfants souffrant de xeroderma pigmentosum (maladie de la lune).

Le gouvernement prévoit donc, pour des cas limités et après recommandation de la Haute Autorité en Santé, une prise en charge dérogatoire de certains produits non inscrits au remboursement et néanmoins indispensables à ces patients.

De plus, des actions sont prévues pour inciter les laboratoires à conduire les essais cliniques susceptibles de déboucher sur une validation par l'AMM et sur une inscription sur les listes de prise en charge.

Enfin, le plan national pour les maladies rares sera poursuivi en 2007 (voir fiche 11)

Adapter notre système de soins à l'allongement de la vie

Fiche 16

Relever le défi de la longévité : la mise en œuvre du plan Solidarité-Grand âge

Alors qu'il était resté stable au cours de la dernière décennie, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va augmenter de 80 % dans les dix prochaines années.

Cette évolution majeure doit être préparée. Elle impose de repenser et d'adapter l'ensemble de notre système de soins.

C'est l'objet du Plan Solidarité-Grand Age présenté cette année par le Premier ministre et par le ministre délégué aux personnes âgées, et qui trouve dans ce projet de loi de financement sa traduction législative.

➤ **Pour relever le défi de la longévité et du grand âge, le plan prévoit en particulier :**

- de créer une consultation de prévention pour détecter plus tôt les pathologies liées au grand âge (on estime par exemple que la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées touchent chaque année 225 000 nouvelles personnes).
- de diversifier et d'améliorer les modes de prises en charge à domicile ;
- d'investir fortement pour accroître le nombre de places en maison de retraite, améliorer l'encadrement en personnel soignant et moderniser le bâti sans peser sur le prix de journée facturé au résident ;
- de lutter contre la maltraitance et de créer une agence chargée de promouvoir une culture de qualité et d'évaluation dans le secteur médico-social.
- d'adapter l'hôpital aux besoins spécifiques du grand âge, à travers la création de filières gériatriques.

Ces différentes mesures sont décrites dans les fiches suivantes.

➤ **Le Plan Solidarité-Grand Age repose sur la mobilisation de moyens importants.**

L'objectif global de dépenses, qui recouvre la totalité des financements des établissements et services concernant les personnes âgées, **augmentera en 2007 de 13,04 % pour atteindre 5,6 milliards**. Ce sont ainsi **649 millions supplémentaires** qui seront consacrés en 2007 à la prise en charge médicalisée du grand âge dans les établissements et services médico-sociaux, après une augmentation de 587 millions en 2006.

Le plan Solidarité-grand âge repose sur une approche intégrée et globale de la personne âgée, en prenant en compte pour la première fois une approche médico-sociale, un volet sanitaire et un volet

Fiche 17

Une politique pour prévenir la dépendance : la consultation de prévention à 70 ans

Mettre en place une politique de prévention pour corriger les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance et permettre une longévité active et en bonne santé.

Chaque année, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre. Elle dépasse désormais 80 ans. Même si la plupart des personnes âgées vont vieillir en restant en bonne santé, on estime que la perte d'autonomie touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes de plus de 60 ans. Alors que les personnes âgées émettent le souhait de rester chez elle, la perte d'autonomie les en empêche et pèse sur leurs proches.

La dépendance n'est cependant pas une fatalité. De plus en plus de personnes peuvent vivre âgées sans connaître de perte d'autonomie.

Il faut pour cela que les affections liées au grand âge puissent être détectées rapidement et traitées à temps. **C'est dans cet esprit que le plan Solidarité- grand âge prévoit de proposer dès 2007 une consultation de prévention gratuite aux personnes âgées de plus de 70 ans.**

Réalisée selon un protocole standardisé par le médecin généraliste formé à cet effet, elle a pour but la détection précoce des facteurs médicaux ou sociaux conduisant à la dépendance : troubles de l'équilibre, troubles de mémoire, facteurs favorisant l'ostéoporose, la dénutrition, l'isolement, la dépression, les chutes, l'incontinence, etc...Elle permettra la compensation des facteurs de risque et des handicaps existants pour une longévité active et en bonne santé.

Fiche 18

Le libre choix du lieu de vie : faciliter le maintien à domicile

Beaucoup de personnes âgées veulent rester chez elles. C'est un choix de vie qu'elles doivent être en mesure d'exercer en toute liberté. Cela suppose de faciliter la vie au domicile en développant l'offre de services nécessaire et en soutenant l'entourage familial. Quatre mesures sont prévues en ce sens dans le cadre de ce projet de loi de financement.

➤ **Augmenter le nombre de places d'hospitalisation à domicile (HAD)**

Ces places d'hospitalisation à domicile permettront à certaines personnes âgées d'éviter de rentrer à l'hôpital ou de rester moins longtemps dans ses murs tout en bénéficiant d'une prise en charge médicale et paramédicale de haut niveau.

Conformément aux objectifs du Plan Solidarité Grand Age, un effort important sera réalisé dès 2007 pour atteindre l'objectif de 15 000 places d'Hospitalisation en 2010.

➤ **Accélérer la création de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) offrent aujourd'hui toute la palette de soins nécessaires aux personnes âgées : soins infirmiers, mais aussi actes pratiqués par des aides soignants, comme la toilette ou le changement de certains pansements.

En 2007, 37 millions d'euros supplémentaires sont consacrés aux SSIAD.

A la faveur du Plan Solidarité - Grand âge, le nombre de places de soins infirmiers à domicile, actuellement limité à 87 000, atteindra 120 000 dans 5 ans. **En 2007, 32 millions d'euros supplémentaires seront destinés à la création de 6 000 places.** Cet effort s'inscrit dans le cadre des préconisations du rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » du Centre d'Analyse Stratégique.

Enfin, Il est nécessaire d'adapter la tarification aux actes infirmiers les plus complexes. Ces actes sont aujourd'hui mal pris en compte. **Cette revalorisation est évaluée à 5 millions d'euros pour l'année 2007.**

➤ **Développer les résidences services**

Au sein de ces résidences, les personnes âgées bénéficient de services collectifs (aides ménagères ou prise en charge paramédicale).

L'adaptation de la législation vise :

- à éviter que ces résidences ne soient requalifiées en établissements médico-sociaux, avec les contraintes qui en découlent (présence obligatoire de lieux collectifs de vie, normes de sécurité incendie de type hospitalier)
- à leur permettre de bénéficier de l'agrément « services à la personne » qui ouvrira droit à la TVA à 5,5 % et à des exonérations de cotisations sociales (cf. fiche 35).

➤ **Création du congé de soutien familial**

Les familles qui aident quotidiennement une personne âgée à domicile sont souvent en situation de tension, d'isolement et de fatigue, surtout si cette personne est très dépendante et souffre de pathologies difficiles à prendre en charge (troubles de la mémoire, de la marche).

Un congé non rémunéré, d'une durée de trois mois renouvelable dans la limite maximale d'un an, est donc créé de façon à pouvoir s'occuper d'un proche lourdement handicapé ou dépendant (cf. fiche 32).

Fiche 19

La maison de retraite de demain

1. Répondre aux besoins de places en maisons de retraite médicalisées

➤ Créer des places en établissement

Le Plan Vieillesse et Solidarités lancé fin 2003 avait prévu la création, entre 2004 et 2007, de 10 000 places en établissements. Ce total a été atteint dès la fin de l'année 2005.

Le rythme de 5000 places prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 représente un doublement du Plan Vieillesse et Solidarités de 2003.

➤ Achever la médicalisation des établissements

Grâce aux conventions tripartites signées entre l'Etat, les conseils généraux et les maisons de retraite, de nombreux établissements ont pu être médicalisés et ont pu **recruter du personnel supplémentaire, en moyenne 7 à 8 personnes par établissement**. A la fin de cette année, près de 80% des places en maisons de retraite bénéficieront d'une convention.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit 159 millions d'euros pour assurer le conventionnement des 90 000 places non médicalisées à l'heure actuelle.

2. Améliorer la qualité de vie en établissement

➤ Augmenter l'encadrement en soignants

La détermination du nombre de soignants dans les maisons de retraite tient compte du niveau de dépendance des résidents. En revanche, le niveau de soins médicaux dont ils ont besoin est peu pris en considération.

A l'occasion des renouvellements de convention, une évaluation des besoins de soins de chaque résident sera conduite et prise en compte. **Cela permettra d'augmenter significativement le nombre de soignants auprès des personnes âgées.**

➤ Adapter régulièrement l'encadrement au degré de dépendance

Les moyens des maisons de retraite sont, actuellement, figés pendant la durée des conventions tripartites, soit 5 ans. Désormais, afin d'ajuster régulièrement les effectifs en personnel soignant, le niveau de dépendance des résidents de chaque établissement sera évalué chaque année, dans le cadre de la convention tripartite.

➤ Améliorer fortement l'encadrement dans les établissements accueillant les résidents les plus dépendants

Dès 2007, les maisons de retraite qui accueillent les résidents les plus dépendants verront leurs moyens en soins médicaux augmenter, grâce à de nouvelles règles de tarification.

L'objectif est d'améliorer l'encadrement dans les établissements accueillant des personnes fortement dépendantes, pour parvenir en cinq ans à un professionnel pour un résident.

3. Améliorer le cadre de vie en établissement sans surcoût pour les personnes

De nombreux d'établissements accueillant des personnes âgées sont vétustes. En 2005, un rapport de l'IGAS a estimé le coût des rénovations à 15 milliards d'euros pour l'ensemble du secteur.

En dépit de cette situation, certaines maisons de retraite hésitent à entreprendre les travaux de rénovation nécessaires, faute de moyens ou pour ne pas peser sur le prix de journée facturé aux résidents. Les études récentes montrent que, depuis le début des années 2000, les investissements effectués pour moderniser les maisons de retraite sont la principale cause d'augmentation du prix payé par les résidents.

C'est pour cela qu'en 2006, un plan de modernisation de 350 M€ a été lancé (500 M€ en comptant les établissements pour personnes handicapées).

Afin de poursuivre l'effort de rénovation nécessaire, deux mesures importantes sont proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

➤ **Prêter aux établissements à taux zéro pour qu'ils puissent réaliser des travaux de modernisation sans augmenter le prix de journée**

L'objectif est d'assurer un flux d'investissements de 400 millions d'euros par an.

➤ **Neutraliser l'impact des subventions publiques sur les comptes de charges des établissements**

L'objectif est d'éviter qu'à travers l'inscription de charges d'amortissement, les investissements réalisés avec des subventions publiques ne pèsent sur le prix de journée facturé aux résidents. Cette mesure est recommandée par le récent rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

Fiche 20

Dynamiser la politique de qualité dans les secteurs social et médico-social

➤ **Créer l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Depuis 2002, à l'instar du processus mis en place dans le secteur sanitaire, les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont obligés d'évaluer la qualité de leurs activités et de leurs prestations. Cependant, la mise en œuvre de ces dispositions se heurte à de nombreuses difficultés.

Le PLFSS 2007 donne un nouvel essor à l'amélioration de la qualité en créant l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Elle assurera la coordination générale du processus d'évaluation et émettra, en toute indépendance, des avis, recommandations et référentiels faisant autorité dans le champs des pratiques professionnelles.

Elle remplacera le conseil national de l'évaluation et prendra la forme juridique d'un groupement d'intérêt public regroupant notamment la Haute Autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Sa localisation dans les locaux de la HAS facilitera la mutualisation des compétences.

Fiche 21

Adapter l'hôpital aux personnes âgées

➤ Organiser une filière gériatrique spécifique

Les personnes âgées représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions à l'hôpital non programmées. L'hôpital doit s'adapter à leurs besoins. **Le plan Solidarité-grand âge prévoit l'organisation d'une filière de soins gériatrique spécifique.** Elle permettra une prise en charge globale de la personne âgée, pour tenir compte de sa fragilité, préserver son autonomie et assurer son retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette filière gériatrique permettra d'organiser la présence et la coordination, sur l'ensemble du territoire, de toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés :

- une unité de court séjour gériatrique, capable d'accueillir directement les patients, sans passer par les urgences, en provenance du domicile, des maisons de retraite ou des services de soins au domicile ;
- une unité de soins de suite et de réadaptation, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient âgé en vue de son retour au domicile ;
- une équipe mobile de gériatrie, à la disposition des urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile) ;
- un pôle d'évaluation gériatrique comprenant un hôpital de jour, des consultations et des consultations-mémoire ;
- un nombre de lits de soins de longue durée adapté aux besoins.

Les unités composant la filière gériatrique seront mises à la disposition de tous les services hospitaliers non gériatriques pour prendre en compte le vieillissement des patients accueillis dans ces services.

Les places nécessaires seront créées en 5 ans, soit :

- **1 000 lits de court séjour gériatrique** pour atteindre un lit pour 1 000 habitants de plus de 75 ans ;
- **3 000 lits de services de soins de suite et de réadaptation** pour atteindre 3 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans ;
- **86 équipes mobiles de gériatrie** ;
- **950 places d'hôpital de jour** pour atteindre une place pour 2 000 habitants de plus de 75 ans.

➤ Améliorer la prise en charge des résidents de long séjour

De nombreux patients résidant dans les unités de soins de longue durée n'ont pas besoin de soins lourds. L'environnement hospitalier n'est donc pas adapté à leur état. Ils ont en revanche besoin d'une meilleure prise en charge de leur dépendance et bénéficieraient de la participation de professionnels présents dans les maisons de retraite (animateurs, psychologues...).

A cette fin, il est prévu de transformer une partie des lits hospitaliers de long séjour en lits d'établissements médicalisés, qui présentent un cadre plus adapté à un séjour prolongé ne nécessitant pas de traitement lourd.

Une première étape a été franchie cette année avec la réalisation d'une étude permettant d'identifier précisément les besoins des personnes âgées hébergées dans chaque service hospitalier de longue durée.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 pose le calendrier et les principes de cette réorganisation essentielle pour une meilleure prise en charge des patients :

- les établissements seront libres de choisir le rythme de cette réorganisation, dans la limite du 1^{er} janvier 2010.
- les lits classés dans le secteur médico-social conserveront l'intégralité des moyens dont ils bénéficient actuellement.
- afin de prendre en compte un besoin en soins plus important chez les patients des unités hospitalières de long séjour, ce secteur bénéficiera d'un financement plus important.

Renforcer les solidarités envers les personnes handicapées

Fiche 22

Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps

1. Une forte ambition pour la création de places, se traduisant par un investissement supplémentaire de 385 millions (+5,5 %)

L'année 2007 verra l'achèvement d'un programme de création de places ambitieux : 40.000 places auront ainsi été ouvertes depuis 2002 dans les établissements et services pour personnes handicapées.

Les engagements du Gouvernement sont ainsi remplis. L'objectif initialement fixé pour la tranche 2007 est dépassé, avec la création de 6.800 places dans les établissements pour enfants et pour adultes handicapés (contre 6.132 prévus initialement), ainsi que le lancement de 44 projets de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et de centres médico-psycho pédagogiques (CMPP).

L'effort supplémentaire dégagé au niveau national dans le champ du ministère de la santé et des solidarités en faveur de la politique du handicap atteint par conséquent **385 M€**, cette somme correspondant :

- au renforcement des moyens existants et à la prise en compte de la progression des charges de personnel et de fonctionnement dans le secteur médico-social, à hauteur de 147 M€.
- à des actions nouvelles et à des créations de places, pour 238 M€.

Cette dépense nouvelle est financée pour l'essentiel par l'assurance maladie, qui y consacrera 367 M€, inscrits dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. **Au total, les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées bénéficieront en 2007 de 7, 211Mds €.**

L'accent mis sur le renforcement des capacités d'accueil se traduit par la création de :

- 1.800 places dans les établissements et services pour enfants
- 5.000 places dans les établissements et services pour adultes

L'ouverture de ces places soutient les priorités du Gouvernement en matière de handicap.

➤ Autisme et polyhandicap

- ° L'accélération du plan autisme a permis de créer dès 2005 les places prévues pour 2007. Une tranche supplémentaire au plan est prévue **en 2007, soit 250 places pour enfants et 400 places pour adultes.**
- ° **180 créations de place et 6 millions d'euros de crédits supplémentaires pour les personnes polyhandicapées.**

➤ Handicap psychique

Est également prévu le financement des mesures décidées dans le cadre du plan de santé mentale en direction des personnes atteintes de troubles psychiques :

- **750 places dédiées dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH),**
- **une pérennisation du financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM), qui permettront la création de 260 de ces structures,**
- **6 millions d'euros pour financer des créations de places dédiées aux personnes handicapées psychiques en Maison d'accueil spécialisé (MAS) et en Foyer d'accueil Médicalisé (FAM).**

➤ Accueil temporaire

Les solutions d'accueil temporaire permettent de soulager pendant quelques jours ou quelques semaines des aidants familiaux qui doivent parfois se consacrer jour et nuit à la prise en charge d'un proche. Conformément aux priorités de la Conférence de la famille, **9 millions d'euros** sont consacrés à la création de ces places d'accueil temporaire.

2. L'amélioration de la gestion et des outils de programmation

L'année 2006 aura été marquée par la mise en place des programmes interdépartementaux d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC), qui permettent d'identifier, région par région, les écarts entre l'offre et la demande de services médico-sociaux. Afin de répondre aux besoins importants qui s'expriment dans ces programmes:

- **1 250 places** sont créées **en services d'éducation et des soins à domicile (SESSAD)**
- **120 places** sont créées en **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)**
- 10% des places seront réservées dans les maisons d'accueil spécialisées et les FAM aux personnes handicapées vieillissantes, soit **210 places en 2007.**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 offre également la possibilité de poursuivre la campagne engagée depuis 3 ans pour stabiliser les moyens de certains établissements médico-sociaux en difficulté et les adapter aux évolutions salariales du secteur. Le calendrier de mise en œuvre de la réforme sera assoupli, afin de répondre à l'attente des professionnels

Enfin, le projet de loi de financement renforce la complémentarité entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement dans les établissements et services du secteur médico-social. Il s'agit d'un axe prioritaire du développement et de la réorganisation de la politique à destination des personnes handicapées.

Mieux nous préparer aux crises sanitaires

Fiche 23

Fonds de financement de la prévention des crises sanitaires exceptionnelles dont la grippe aviaire

1. Création du fonds de financement de la prévention des crises sanitaires graves

Le fonds BIOTOX, destiné à "l'achat, au stockage et à la livraison par l'Etat de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes" a été créé en 2001 afin de permettre le financement de la prévention des crises sanitaires exceptionnelles. Afin de garantir la stabilité et la pérennité de ses ressources, sécuriser juridiquement son financement et permettre de renforcer les moyens de prévention des risques sanitaires exceptionnelles, il est proposé en PLFSS la création d'un fonds de financement.

2. Lutte contre la grippe aviaire

L'épizootie de grippe aviaire qui sévit en Asie du Sud-est et en Asie Centrale fait craindre la survenue d'une pandémie à court ou moyen terme. Cette épizootie s'étend. Si personne ne peut prédire de façon certaine si le virus H5N1 deviendra transmissible d'homme à homme, il importe au nom du principe de précaution invoqué par le Président de la République de pouvoir faire face dans les plus brefs délais à un tel événement.

Pendant la phase pré-pandémique actuelle (transmission limitée du virus de l'animal à l'homme sans transmission interhumaine), l'objectif est d'éviter l'introduction du virus, soit par le biais d'animaux infectés provenant des pays touchés, soit par le biais de personnes contaminées au contact des élevages infectés. A cet égard, le ministère de la Santé travaille activement au renforcement des plates-formes aéroportuaires internationales en veillant à l'information des voyageurs, au contrôle du fret, à la formation des cellules médicales pour la détection et pour la prise en charge des cas suspects et de leur contact. En cas de pandémie (transmission interhumaine efficace et développement mondial), trois moyens de défense médicaux devront être utilisés. La production de ces moyens étant limitée au plan mondial, il importe d'anticiper en constituant des stocks (masques, antiviraux et vaccin H5N1 dit pré-pandémique) et en réservant dorénavant et déjà le futur vaccin pandémique.

Les financements permis par le fonds de prévention des crises sanitaires exceptionnelles couvriront les frais d'achat de masques, de médicaments et de matériels de vaccination. Ils permettront également de renouveler des stocks d'antibiotiques.

- ⇒ Les stocks de masques de protection individuelle de type FFP2, actuellement au nombre de 222 millions, vont être augmentés pour atteindre 287 millions à la fin 2006. Le gouvernement a favorisé l'implantation de 5 unités de production de masques sur le territoire français afin de sécuriser la constitution des stocks.
- ⇒ La France s'est constitué un stock de 13,8 millions de traitements Tamiflu® disponibles d'ici la fin 2005. Ce stock sera porté à 33 millions de traitements (10 millions de traitement Tamiflu et 9 millions de traitements Relenza) entre octobre 2006 et octobre 2007.
- ⇒ L'objectif est de couvrir à terme la totalité de la population en vaccins. 40 millions de vaccins pandémiques contre le virus H5N1 réassorti ont déjà été réservés. La France a également passé un contrat pour la fourniture de 2 millions de vaccins pré-pandémiques contre le virus H5N1 actuel

III) Situation de la branche accidents du travail et risques professionnels

Fiche n°24

La branche accidents du travail et risques professionnels

La branche accidents du travail et risques professionnels (AT-MP) se caractérisera en 2007 par un retour à l'équilibre de ses comptes et le terme de la négociation entre les partenaires sociaux sur les principaux enjeux de la branche.

1. Un retour à l'équilibre de la branche AT-MP

Après 5 années successives de déficit, la branche AT-MP revient à l'équilibre en 2007 : cette évolution est notamment due au dynamisme des cotisations, du fait de l'amélioration du marché de l'emploi, ainsi qu'à la faible évolution des charges, hors dotation aux fonds amiante.

2. La perspective d'une réforme d'ensemble de la branche dans le cadre d'une négociation entre les partenaires sociaux en cours

Les partenaires sociaux ont engagé, comme les y invitait la loi portant réforme de l'assurance maladie, une ample négociation sur la branche AT-MP concernant notamment la gouvernance, la prévention, la réparation et la tarification.

Le premier chantier – portant sur la gouvernance - a donné lieu à un accord signé le 6 avril 2006.

Les autres chantiers - réparation, tarification et prévention – font l'objet d'un examen spécifique dans le cadre de groupes de travail paritaires qui préparent la négociation au fond prévue au cours de l'hiver 2006 entre les partenaires sociaux. Afin d'accompagner techniquement les réflexions sur la tarification – sujet le plus complexe –, une mission d'appui de l'inspection générale des affaires sociales a été réalisée au bénéfice des partenaires sociaux.

Le calendrier établi entre les partenaires sociaux fixe mi-2007 comme terme ultime à la négociation.

3. Montant du versement de la branche AT MP à la branche maladie

Conformément au rapport de la Commission présidée par M. Diricq, qui a estimé en 2005 le montant des conséquences de la sous-déclaration des accidents du travail entre 355 et 750 M€, **le montant de la dotation de la branche AT / MP à la branche maladie est porté à 410 M€ en 2007, contre 330 M€ en 2006.**

IV) Les mesures relatives à l'assurance vieillesse

Fiche n° 25

Les effets de la réforme des retraites

La réforme de 2003 visait à la fois garantir la pérennité des régimes de retraite par répartition et à renforcer leur équité.

Cette réforme désormais pleinement entrée en vigueur s'organise autour de deux axes majeurs : une révision des conditions de calcul des pensions ; le redéploiement progressif d'une partie des cotisations chômage grâce à la réduction du niveau de chômage. Ses effets favorables sur l'équilibre des régimes sont confirmés par les travaux du Conseil d'orientation des retraites et de l'INSEE.

1. Les départs anticipés au titre d'une carrière longue : le succès d'une mesure d'équité

Le nombre d'assurés ayant bénéficié d'un départ anticipé au titre des carrières longues s'établira à environ 320.000 à la fin de 2006. Ce dispositif connaît un large succès et répond à une réelle attente des salariés ayant commencé très jeunes leur activité professionnelle.

2. Une réforme des retraites dont les effets sont conformes aux prévisions de 2003

Le dynamisme des départs anticipés – 2 Mds € de pensions anticipées seront servies en 2007 – et celui des départs de la deuxième génération du baby-boom conduisent à une dégradation du déficit de la CNAV en 2007, dont le montant passe de 2,4 Mds € en 2006 à **3,5Mds € en 2007**.

Le déficit de 2007 ne conduit pas à une révision des perspectives d'équilibre des régimes de retraites, comme le confirme le Conseil d'orientation des retraites dans les conclusions qu'il a remises le 30 mars 2006.

Ainsi, dans le cadre du scénario central retenu par le COR, la réforme de 2003 devrait avoir réduit le besoin de financement des régimes de retraite de 19 Mds€ en 2020 - le besoin de financement s'établissant ainsi à 0,8 % de PIB au lieu de 1,7 % du PIB hors réforme. L'impact favorable de cette réforme se poursuit au-delà de 2020 puisqu'elle réduit de 43 Mds€ le besoin de financement en 2050 (- 1,2 % du PIB), malgré l'hypothèse conventionnelle d'un plafonnement des effets de la réforme à compter de 2020.

La couverture du besoin de financement résiduel à horizon 2020 devra être assurée pour le régime général par le redéploiement d'une partie des cotisations d'assurance chômage, conformément au principe retenu en 2003. La rapide diminution du chômage constatée au cours de la période récente confirme l'effectivité de cette perspective.

Par ailleurs, les nouvelles hypothèses démographiques établies par l'INSEE à l'été 2006 améliorent fortement l'équilibre des régimes de retraite à long terme : alors que la réforme de 2003 tablait sur un ratio de 1,1 cotisant pour 1 retraité en 2050, ce rapport devrait finalement s'établir à 1,4 cotisant pour 1 retraité, notamment du fait de la hausse de la natalité.

Fiche n°26

Renforcer les garanties du système de retraite

La réforme engagée par la loi d'août 2003 permet de sécuriser les retraites à horizon 2020. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, cette sécurisation est renforcée au niveau collectif par un abondement structurel du fonds de réserve des retraites et au niveau individuel par de nouvelles garanties.

1. Le renforcement du fonds de réserve des retraites.

Le fonds de réserve des retraites bénéficie déjà d'une ressource pérenne : le prélèvement social de 2% sur les revenus du capital, qui rapporte 1,5 milliard d'euros par an. En outre, la loi de finances rectificatives pour 2005 a prévu que les produits des privatisations pourraient lui être affectés.

Afin de compléter ces ressources, les avoirs en déshérence de l'assurance vie seront, à compter de 2007, affectés au Fonds de réserve des retraites. L'assurance vie constituant le principal support d'épargne individuelle à des fins de retraite, l'affectation des avoirs en déshérence au FRR est cohérente avec la mission de ce fonds et permettra à terme d'accroître ses réserves de l'ordre de 2 Mds€. Par ailleurs, le FRR poursuit sa montée en charge avec un encours estimé à 29 Mds€ (hors plus-values latentes) fin 2007.

2. Sécurisation des choix individuels

Aujourd'hui, un certain nombre d'assurés du régime général nés avant 1948 ont le sentiment qu'ils risqueraient d'être pénalisés s'ils restaient en activité au lieu de prendre leur retraite immédiatement.

Il convient donc de sécuriser les choix individuels en instaurant le principe que les règles retenues lors de la liquidation de la pension sont celles en vigueur lorsque l'assuré avait atteint l'âge légal de la retraite. Concernant le cas spécifique des générations nées avant 1948, le terme de la période transitoire est supprimé.

3. Sécurisation et amélioration de la situation de plusieurs professions

- Le Syndicat national des moniteurs de ski français a mis en place, au début des années soixante, un dispositif professionnel de retraite pour l'ensemble des moniteurs. Afin d'assurer la pérennité du service des prestations et de satisfaire à l'ensemble des exigences de la législation, l'affiliation de cette profession aux régimes de retraite des professions libérales est organisée avec reprise concomitante des engagements de ce dispositif.

- Les personnels enseignants et hospitaliers titulaires ne cotisent au régime d'assurance vieillesse de base que pour la partie de leur rémunération liée à l'activité d'enseignement ; en revanche, leur activité hospitalière ne leur ouvre pas de droits à retraite. Afin de corriger cette situation, une participation de l'employeur venant compléter leurs cotisations volontaires à un régime de retraite facultatif est instaurée.

Fiche n° 27

Favoriser l'emploi des seniors

Aujourd'hui, la France se caractérise par un faible taux d'activité des seniors : 55 % seulement des personnes âgées de 55 à 59 ans ont un emploi.

Afin de remédier à cette situation, l'Etat et les partenaires sociaux ont engagé une politique commune : l'accord interprofessionnel conclu le 13 octobre 2005 entre les partenaires sociaux a été complété, après une concertation étroite, par le Plan national d'action pour l'emploi des seniors. L'ensemble des mesures de ce Plan ont été présentées par le Premier ministre le 6 juin 2006 et sont rapidement mises en œuvre. Certaines nécessitent une mesure législative ou auront un impact financier sur l'année 2007.

- **Surcote** : afin de favoriser la prolongation d'activité au-delà de 160 trimestres, le taux de surcote est porté de 3 % à 4 % à compter de la seconde année de prolongation et à 5 % à compter de 65 ans ; cette majoration opérée par décret porte sur l'ensemble du montant de retraite du régime général.
- **Cumul emploi retraite pour les bas salaires** : afin d'améliorer la capacité de cumul pour les salariés les plus modestes, le plafond du cumul entre revenus d'activité et pension de retraite est majoré à 1,6 SMIC.
- **Tutorat** : les transferts de « savoir-faire » sont nécessaires entre les jeunes s'engageant dans la vie professionnelle et les seniors qui la quittent progressivement. Afin de favoriser ce passage de témoin, les revenus tirés du tutorat ne seront pas retenus pour le cumul emploi-retraite.
- **Retraite progressive** : ce dispositif constitue un outil privilégié pour favoriser une transition en douceur entre l'activité professionnelle et la retraite. Il permet en effet de liquider une partie de sa retraite tout en continuant une activité professionnelle à temps partiel. Ses modalités sont fortement améliorées : la durée minimale d'assurance est réduite à 150 trimestres et le temps passé en retraite progressive permet de continuer à acquérir des droits. Lors du départ définitif à la retraite, l'ensemble des droits et de la durée d'assurance sont pris en compte pour le calcul de la pension de retraite.
- **Mise à la retraite d'office avant 65 ans** : les accords de branche prévoyant une telle disposition ne pourront plus faire l'objet d'une extension ; les accords signés et étendus devront faire l'objet d'une révision avant la fin de 2009 et, en tout état de cause, perdront tout effet juridique à cette date.

V) Les mesures relatives à la famille

Renforcer les solidarités

L'allongement de l'espérance de vie permet aujourd'hui de voir cohabiter quatre générations. Chaque année, les Français voient leur durée de vie s'allonger d'un trimestre. Cet accroissement de la longévité est une révolution : les plus de soixante ans vont doubler d'ici 2050. Demain, cinq générations pourront sans doute se côtoyer. La solidarité entre générations est donc bien l'un des enjeux essentiels pour notre société.

Mais l'on voit se développer un sentiment d'inégalité. La cellule familiale se transforme, les liens entre générations se distendent. La famille a évolué ; la résidence alternée d'un enfant en cas de séparation de ses parents pose de nouvelles questions. Des jeunes peinent à entrer sur le marché du travail, à acquérir un logement, à s'insérer dans la société et restent plus longtemps au domicile familial ; à l'inverse, des personnes âgées se retrouvent isolées ou sont touchées par la dépendance. Pourtant, le lien entre les générations reste déterminant dans la cohésion de la société : facteur de solidarité, il contribue au dynamisme économique et social du pays.

Ces évolutions soulignent d'autant plus le rôle de génération pivot des 55 – 75 ans, ces « seniors actifs » qui aident les jeunes à entrer dans la vie professionnelle mais qui aussi, bien souvent, ont la charge d'un parent plus âgé et dépendant. L'aide apportée par cette génération est primordiale et doit être non seulement préservée mais encore facilitée, sous peine de transférer cette charge à la solidarité nationale. Il s'agit donc d'aider au mieux celles et ceux qui ont la charge d'un parent dépendant, en reconnaissant leur rôle, en les aidant à accomplir au mieux cette tâche.

Enfin, il convient d'accompagner les parents dans la conciliation de leur vie familiale et professionnelle et de les accompagner financièrement dans le mode de garde qu'ils auront librement choisi pour leur enfant. La mise en œuvre de la prestation d'accueil du jeune enfant début 2004 a très fortement contribué à répondre à cet objectif prioritaire.

Fiche n°28

La Prestation d'accueil du jeune enfant

1. Le bilan des 3 ans de la PAJE

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) achève en 2006 sa montée en charge.

La PAJE soutient financièrement les familles dans leur vie quotidienne: prime à la naissance, prime à l'adoption, aide financière importante pour les différents modes de garde, congé parental rémunéré pour le parent qui décide de s'arrêter de travailler pour élever son enfant en bas âge.

Après 3 années d'existence, le succès de la PAJE est réel. L'objectif posé en 2003, de 200 000 familles bénéficiaires supplémentaires, est aujourd'hui dépassé. **D'ici 2007, ce seront plus de 250 000 familles supplémentaires qui bénéficieront d'une aide par rapport à 2003.** Plus de 90% des familles ayant un enfant en bas âge bénéficient de ce dispositif.

Depuis le 1^{er} juillet dernier, un nouveau congé parental d'une durée plus courte (1 ans) et mieux rémunéré (750€), créé par la conférence de la famille 2005, vient s'ajouter aux congés existants.

2. Une harmonisation de la date d'ouverture de l'allocation de base

L'allocation de base est destinée à prendre en charge le coût lié à l'entretien de l'enfant, depuis sa naissance jusqu'à son troisième anniversaire. Le régime de versement de cette prestation différait de celui de la grande majorité des prestations familiales. Dans un souci d'harmonisation, l'allocation de base sera alignée sur la règle de droit commun, qui prévoit un versement le premier jour du mois suivant la naissance de l'enfant.

Cet ajustement n'a pas d'incidence pour le million et demi de familles qui bénéficient aujourd'hui de l'allocation de base de la PAJE ou de l'allocation pour jeune enfant à laquelle elle s'est substituée depuis 2004. **Elle permettra à la branche Famille de poursuivre ses efforts de bonne gestion par une économie de 100 M€ en 2007.**

Fiche n°29

Résidence alternée et partage des allocations familiales

1. Le contexte

La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale a posé les fondements juridiques d'une véritable « coparentalité ». La reconnaissance législative de la possible résidence de l'enfant « en alternance au domicile de chacun de ses parents » (art. 373-2-9 du code civil) consacre la parité du père et de la mère dans l'exercice de l'autorité parentale. Le droit aux prestations familiales doit s'adapter à cette évolution.

2. La mesure

Les dispositions actuelles du code de la sécurité sociale ne prévoient pas le cas de la résidence alternée de l'enfant à la suite d'un divorce ou d'une séparation des parents qui, dans ce cas, assument pourtant tous deux la charge effective de l'enfant. Aussi, les prestations continuent d'être versées, à titre exclusif, à la seule personne allocataire.

Cette situation suscite parfois des incompréhensions, voire un sentiment d'injustice. **Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit donc que les allocations familiales puissent être partagées entre le père et la mère qui assument une prise en charge effective de leur fils ou de leur fille.**

3. Le calendrier

La mise en place de cette mesure sera effective au cours du premier semestre 2007.

Fiche n°30

Fonds national de financement de la protection de l'enfance

1. La raison d'être du fonds national de protection de l'enfance

Le projet de loi réformant la protection de l'enfance a été soumis en première lecture au Sénat en juin dernier. L'Assemblée Nationale doit se prononcer sur le texte, également en première lecture, cet automne. Ce projet de loi devrait être adopté par le Parlement au début de l'année 2007.

Outre le volet législatif, la réforme comporte un important programme d'accompagnement à l'intention des professionnels qui interviennent auprès des enfants et de leur famille : guide national de bonnes pratiques du signalement, de l'accompagnement des familles à domicile, de l'enfant confié, etc.

La mise en œuvre de la loi et du programme d'accompagnement concernera tout particulièrement les Conseils généraux, qui ont la responsabilité de la protection de l'enfance, mais aussi les communes, les associations et tous les services de l'Etat au premier rang desquels l'Education Nationale et la Justice.

Cette réforme n'est pas une réforme de moyens mais une réforme d'organisation. Certaines dispositions de la loi cependant, et le programme d'accompagnement qui en découle, bien que n'impliquant pas un transfert de compétences, supposent de dégager des moyens financiers.

Le coût de la réforme de la protection de l'enfance pour les départements a été estimé à environ 100 millions d'euros au bout d'une montée en charge sur trois ans. Afin de ne pas alourdir leur charge financière, un fonds national sera créé pour apporter les financements correspondants.

2. Le fonctionnement du fonds

Ce fonds permanent sera alimenté par des crédits de la branche Famille et par l'Etat. Pour sa première année d'existence, il est prévu de lui allouer **30 millions d'euros en 2007. Il montera en charge pour atteindre 100 M€ dans les trois ans.**

Ce fonds sera hébergé par la CNAF et géré par un comité de gestion composé de représentants de la CNAF, de l'Assemblée des Départements de France et de l'Etat. Les modalités de répartition du fonds au profit des départements tiendront compte d'une part, de ce qui relève de la loi et d'autre part, du programme d'accompagnement, dont les actions de prévention auprès des familles et des enfants.

Les clés de répartition du fonds seront définies par le comité de gestion, auquel participent les départements. La mise en place du fonds devra être concomitante avec la mise en œuvre de la loi, au cours du premier trimestre 2007.

Fiche n°31

Création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active

1. Le constat

Il existe des inégalités fortes entre générations en matière patrimoniale. Les aides apportées par la famille sont la principale source de revenus des étudiants ne vivant plus chez leurs parents. Les jeunes les moins favorisés ne bénéficient pas d'un tel appui lorsqu'ils entrent dans la vie active. Trop souvent, ils ne peuvent pas compter sur le soutien de leur famille et ils ne touchent pas, ou plus, de bourse puisqu'ils commencent à travailler. Pourtant, l'entrée dans la vie active nécessite des investissements évidents : équipement professionnel, moyens de transport (achat d'un véhicule d'occasion...), équipement du logement...

2. La mesure

Pour mieux aider les jeunes qui entrent dans la vie professionnelle, il est proposé :

- **que les jeunes de 18 à 25 ans puissent bénéficier dès 2007 de prêts à taux 0%, garantis par le Fonds de cohésion sociale ;**
- **de prendre en charge la garantie de leur logement grâce au système du locapass.**

Le prêt et la garantie correspondante pourront être octroyés, sous condition de ressources, aux jeunes âgés de 18 à 25 ans qui entrent dans la vie active ou qui sont demandeurs d'emploi.

Le prêt vise à soutenir une dépense liée à l'entrée dans la vie active. Pourront ainsi être retenus au titre des dépenses éligibles : l'achat d'une automobile ou de tout autre moyen de locomotion (scooter, moto etc.), l'acquisition de meubles et équipements importants pour la maison, l'habillement et l'équipement professionnel.

Le prêt sera distribué par le réseau bancaire. Il sera d'un montant maximal de 5 000 € et pourra être garanti par l'Etat à travers le dispositif mis en place par le Fonds de cohésion sociale. Le bénéficiaire pourra le rembourser sur une durée maximale de 5 années.

3. Coût et mise en œuvre des mesures

La Caisse nationale des allocations familiales financera le coût du prêt (bonification et garantie), qui s'élève à 15 M€ pour 2007.

L'enveloppe de prêts correspondante sera de 150 M€ par an. Si le prêt demandé est en moyenne de 2 000 €, cela correspond à 75 000 prêts par an.

Les conditions de mise en œuvre de cette mesure seront précisées en concertation avec les établissements bancaires.

Fiche n°32

Création d'un congé de soutien familial

Les personnes qui souhaitent se consacrer à un parent dépendant, le temps de lui choisir une place en établissement, ou qui sont obligées de cesser leur activité pendant quelque temps, sont souvent contraintes d'abandonner leur activité professionnelle sans assurance de retour à l'emploi, à l'issue de la période passée auprès de la personne aidée.

1. Le congé de soutien familial

La mesure proposée offre aux aidants potentiels qui exercent une activité professionnelle un cadre juridique protecteur. Il s'agit de reconnaître le droit pour toute personne de réduire ou de cesser son activité professionnelle pendant quelques mois pour s'occuper d'un parent dépendant.

Ce nouveau congé est de droit, sous réserve de respecter une condition d'ancienneté dans l'entreprise. Il concerne les aidants familiaux auprès des personnes âgées, les aidants familiaux de personnes handicapées dont le handicap est particulièrement lourd (taux d'incapacité supérieur à 80%), ainsi que les parents assumant la charge d'un enfant handicapé et bénéficiant à ce titre de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) versée par les caisses d'allocations familiales.

Le congé de soutien familial est lié à la personne qui le demande. Il est d'une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite d'1 an. Au terme du congé, le salarié retrouvera son emploi ou un emploi équivalent dans l'entreprise.

2. Le maintien des droits à retraite pour le bénéficiaire du congé de soutien familial

Le salarié en congé de soutien familial pourra continuer à acquérir des droits à retraite via l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF). Créée en 1972, elle garantit à la personne qui cesse ou réduit son activité professionnelle pour s'occuper d'un ou plusieurs enfants (par exemple le congé parental) ou d'un enfant handicapé, une continuité de ses droits à la retraite. Le nouveau dispositif permettra de limiter les conséquences défavorables de la renonciation (temporaire) à une activité professionnelle. En outre, pendant la période du congé, les bénéficiaires resteront couverts par l'assurance maladie.

Enfin, le départ et le retour de l'aidant dans l'entreprise seront préparés par deux entretiens entre le salarié et son employeur.

Les professions non salariées bénéficieront aussi de la constitution des droits à la retraite ; ils restent également couverts par l'Assurance-maladie.

3. Coût de la mesure

Le coût de la mesure est estimé à 10,5 M€ en année pleine.

VI) La lutte contre les fraudes et les abus

Fiche 33

Lutter contre les abus et les fraudes : Mieux contrôler la condition de résidence et améliorer le recouvrement des indus en matière de prestations familiales

1. Mieux contrôler la condition de résidence

A l'exception des prestations contributives d'assurance vieillesse, des pensions d'invalidité et des prestations servies en application de la législation sur les accidents du travail, l'ouverture des droits aux prestations de sécurité sociale, et notamment d'assurance maladie, est subordonnée à la régularité et à la stabilité de la résidence sur le territoire.

Les caisses de sécurité sociale disposent aujourd'hui d'instrument insuffisants pour procéder au contrôle du respect de cette condition de résidence. Il en résulte une situation où certaines personnes continuent à percevoir, souvent sans volonté de frauder, des prestations alors qu'elles ne résident plus en France.

Afin d'organiser désormais un contrôle plus efficace de la résidence, les caisses de sécurité sociale pourront se référer à un critère inspiré de la définition de la domiciliation fiscale. Elles pourront ainsi mieux identifier les personnes qui ne résident pas ou plus en France mais continuent de percevoir des prestations.

Il est attendu de l'intensification des contrôles de la résidence une économie de 100 M€.

2. Améliorer le recouvrement des indus en matière de prestations familiales

Chaque année, les caisses d'allocations familiales (CAF) procèdent à la vérification de plusieurs millions de déclarations des allocataires et organisent par ailleurs des opérations de contrôle sur pièces et sur place.

Ces opérations permettent, notamment par le biais de rapprochement de données, d'identifier un volume significatif de prestations familiales versées à tort.

Pour l'année 2005, ces indus représentaient 935 M€ d'euros sur les prestations servies et financées par la branche famille, soit 2,7 % du total.

Indépendamment de toute intention frauduleuse, le versement à tort de prestations familiales pèse donc fortement sur la trésorerie et le résultat de la branche (remises gracieuses, admissions en non valeur, indus et fraudes non détectés). Le taux de recouvrement des indus s'élève à 66 %, soit pour 2005 près de 320 millions d'euros.

S'agissant des fraudes aux prestations familiales, si leur nombre et les enjeux correspondants peuvent paraître relativement modestes au regard des volumes financiers gérés par la branche famille, la CNAF a néanmoins constaté pour l'année 2005 une progression significative : 2. 295 situations ont été recensées pour un préjudice de 21,5 M€.

La lutte contre les fraudes et la maîtrise des risques doivent donc faire également l'objet d'une attention particulière.

L'article 18-3 de la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008 dispose que « la Branche met en œuvre les dispositions approuvées par l'Etat pour maîtriser les risques inhérents à l'exercice de ses missions ». La branche a formalisé son action dans ce domaine dans un référentiel national des risques et des contrôles ainsi que dans un plan de maîtrise des risques, assortis d'indicateurs de suivi.

La branche famille se dotera en 2007 de nouveaux outils pour optimiser ses actions de contrôle :

- **la création d'un répertoire national des allocataires**
- **la mise en place d'une base d'informations nationale des fraudes**
- **l'élaboration et le déploiement d'une méthode de détection des fraudes.**

Dès 2007, deux notions importantes pour l'exercice des missions des agents de contrôle des CAF seront précisées :

- En premier lieu, la notion de résidence en France, qui constitue un critère d'ouverture de droits aux prestations familiales, sera redéfinie par décret. La nouvelle définition, plus opérationnelle, s'inspirera des dispositions en vigueur en matière de résidence fiscale et devrait permettre de renforcer l'efficacité des échanges d'informations entre administrations sociales et fiscales. En outre, au-delà des vérifications opérées lors de l'ouverture du droit, les caisses seront tenues de procéder de manière régulière au contrôle de la résidence.
- En second lieu, la notion de « train de vie » devra être précisée pour permettre aux caisses de sécurité sociale d'inclure de manière forfaitaire, dans l'appréciation des ressources des bénéficiaires de certaines prestations sociales, des éléments de patrimoine et de « train de vie », en cas de disproportion marquée entre ces éléments et les revenus déclarés.

Enfin, les échanges de données actuellement en place (DGI, CNASEA, Assedic) seront améliorés (contrôle et certification des NIR, par exemple).

Fiche 34

Renforcer la lutte contre le travail dissimulé et l'évasion sociale

L'activité globale des corps de contrôle des URSSAF en 2005 a généré 921 millions d'euros de redressements en valeur absolue contre 772 millions d'euros en 2004.

Pour sécuriser le financement de la sécurité sociale et assurer l'égalité des cotisants devant le prélèvement social, la lutte contre le travail dissimulé et contre les phénomènes d'évasion sociale sont des priorités.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoyait plusieurs mesures dissuasives destinées à renforcer les moyens de lutte contre les fraudes : sanctions administratives, sanctions financières, élargissement des pouvoirs des inspecteurs et des agents de contrôle, obligation de vigilance des donneurs d'ordres...

La convention d'objectifs et de gestion signée le 31 mai 2006 entre l'Etat et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) confirme cette volonté.

Elle vise principalement à développer les moyens consacrés à la lutte contre le travail dissimulé, leur spécialisation et l'efficacité des actions et à renforcer les partenariats avec les différents corps de contrôle au sein des COLTI.

Ainsi, les URSSAF mettront en place dès la fin 2006 un réseau de référents régionaux en matière de lutte contre le travail dissimulé pour améliorer le pilotage de ces actions et développer les expertises. Ces inspecteurs seront chargés de répertorier les comportements de dissimulation et de fraude détectés, d'apporter un appui juridique et méthodologique aux corps de contrôle, de participer à la coordination et la programmation d'actions concertées. Les organismes approfondiront l'approche risque pour améliorer le ciblage des contrôles des opérations concertées et diffuseront les méthodes d'investigation les plus efficaces.

Ces efforts viseront particulièrement à identifier et réduire les activités non déclarées, au-delà des entreprises qui sont répertoriées dans les fichiers des URSSAF.

La branche du recouvrement suivra un indicateur de résultat - le taux de redressement rapportant le nombre d'actions entraînant un redressement au nombre d'actions de lutte contre le travail dissimulé - et travaillera avec ses partenaires à la mise en place d'un indicateur mesurant le taux de procès-verbaux et leur suivi.

Une cellule nationale de veille juridique et économique sur les phénomènes d'évasion sociale sera par ailleurs mise en place en 2007.

VII) Contribuer à la politique de l'emploi

Fiche 35

Mesures d'exonération en faveur de l'emploi et de la création d'entreprise

➤ Suppression des charges sociales au niveau du SMIC dans les entreprises de moins de 20 salariés à compter du 1^{er} juillet 2007

La suppression totale des cotisations de sécurité sociale au niveau du SMIC (à l'exception des cotisations accidents du travail) interviendra à compter du 1^{er} juillet 2007 pour les entreprises de moins de 20 salariés.

Cette mesure inscrite en projet de loi de finances vise à stimuler tout particulièrement les recrutements dans les petites entreprises qui constituent par leur dynamisme un gisement d'emplois important.

Elle fera l'objet d'une compensation aux régimes de sécurité sociale à travers l'affectation de recettes fiscales supplémentaires (droits tabac)

➤ Elargissement et simplification de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRES)

La politique menée par le gouvernement en faveur de la création d'entreprise, qui s'est notamment traduite par la loi pour l'initiative économique de 2003 et la loi en faveur des PME de 2005, est une réussite indéniable puisque le cap symbolique des 900.000 entreprises créées depuis mai 2002 a été franchi en juillet 2006.

L'article 10 vise à conforter ce mouvement en concrétisant les engagements pris à l'occasion du comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 12 mai 2006 et du séminaire de Troyes du 31 août 2006.

Il complète la loi de programmation sociale du 18 janvier 2005 en prévoyant une prolongation de 24 mois de l'ACCRES pour l'ensemble des bénéficiaires dès lors qu'ils sont sous le régime de la microentreprise et que leur revenu est inférieur au SMIC, afin de permettre à ces entreprises de poursuivre leur développement et de consolider leur activité.

Il étend par ailleurs le bénéfice de l'ACCRES aux projets de créations d'entreprises dans les zones urbaines sensibles (ZUS), répondant ainsi à la priorité fixée par le gouvernement de réduire le taux de chômage dans ces territoires, et aux allocataires du congé libre choix d'activité (CLCA) dont le retour à l'emploi est parfois difficile.

Ces mesures s'accompagnent d'une simplification du dispositif de l'ACCRES pour ses bénéficiaires, notamment à travers une harmonisation des critères d'éligibilité et une affiliation immédiate du créateur d'entreprise au régime dont il dépend en fonction de son statut (régime social des indépendants ou régime général).

➤ Extension de l'agrément et des exonérations « services à la personne » à divers organismes intervenant dans le secteur social et médico-social (CCAS, associations...) et aux résidences services pour personnes âgées

L'article 11 s'inscrit dans l'un des chantiers majeurs du gouvernement dans le cadre de la bataille pour l'emploi : le développement des services à la personne, notamment en faveur des personnes âgées.

Il s'agit tout d'abord d'apporter - à travers une procédure d'agrément ouvrant droit à des exonérations de charges - une sécurité juridique à différentes structures intervenant historiquement dans le domaine de l'aide à domicile et jouant un rôle essentiel auprès des publics vulnérables.

Cette mesure concerne certains organismes publics qui sont parfois en zone rurale les seuls opérateurs à offrir une aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées (centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, établissements publics...). Elle touche aussi les organismes sociaux et médico-sociaux qui gèrent, outre leur activité d'aide à domicile relevant de l'agrément, une activité autorisée au titre du I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique (Croix Rouge, Association des paralysés de France, autres associations de plus petite taille qui, afin d'assurer une prise en charge globale, proposent un service de soins infirmiers à domicile et un service d'aide et d'accompagnement à domicile...).

Il s'agit aussi d'encourager le développement de nouvelles formes de logement comme les résidences services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, conformément au plan solidarité grand âge présenté le 27 juin 2006 (cf. fiche n°19).

➤ Accompagnement des mutations économiques par un encouragement des accords de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

Dans la continuité de la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale qui a instauré une obligation triennale de négociation sur l'avenir de l'emploi et des compétences dans les entreprises de plus de 300 salariés, le gouvernement souhaite inciter les acteurs économiques à anticiper les restructurations et favoriser la reconversion des emplois menacés.

A cette fin, le projet de loi de financement de la sécurité sociale crée un cadre fiscal et social plus favorable aux accords de GPEC, par le biais d'une exonération des indemnités de départ volontaire versées aux salariés ayant trouvé un emploi stable ou créé ou repris une entreprise, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale.

Fiche 36

Favoriser l'emploi dans le secteur social et médico-social

1. Le PLFSS pour 2007 permettra la création directe de près de 19 500 nouveaux emplois dans le secteur médico-social

14 000 emplois dans le secteur des personnes âgées :

- 3 500 emplois au titre de la création de 5 000 places de maison de retraite
- 9 000 emplois au titre de la médicalisation de 90 000 places,
- 1 500 emplois correspondant à la création de 6 000 places de SSIAD

5 400 emplois dans le secteur des personnes handicapées :

- 1 000 emplois liés à la création de places pour enfants et adolescents (ITEP, SESSAD,....)
- 4 400 emplois liés à la création de places pour adultes dont :
 - 2 800 emplois liés à la création de 2 650 places en MAS et en FAM
 - 1 125 emplois liés à la création de 2 500 places de SAMSAH
 - 475 emplois correspondant à des places d'accueil temporaire et à des places pour adultes polyhandicapés.

Au-delà de 2007, les besoins en recrutement seront considérables dans les années qui viennent. 400 000 professionnels devront être embauchés au cours des dix prochaines années, au titre du remplacement des départs à la retraite ou de la création d'emplois nouveaux. Ces recrutements s'opéreront à tous les niveaux, depuis l'aide à domicile jusqu'au directeur d'établissement. Ils nécessiteront de former davantage de professionnels, de développer la validation des acquis de l'expérience et de rendre plus attractifs ces métiers.

2. De nouveaux moyens pour la professionnalisation des métiers du handicap

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 dégage de nouveaux crédits pour assurer la formation des professionnels appelés à intervenir auprès des personnes handicapées, à l'instar du dispositif existant déjà au sein de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie pour les personnes âgées.

La mobilisation de ces crédits s'inscrit dans le cadre de l'effort collectif engagé pour prendre en compte la problématique globale de la perte d'autonomie et intervenir auprès de toutes les populations concernées : personnes âgées et personnes handicapées.

Cette mesure recommandée par le conseil national consultatif des personnes handicapées permettra de financer la modernisation des services et la professionnalisation des métiers intervenant au domicile des personnes handicapées.

Fiche 37

Modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placement

Les contributions sociales sur les revenus des placements financiers sont versées à l'administration fiscale par les banques et les assurances pour le compte de leurs clients. Ce versement intervient généralement le 15 du mois au titre des revenus du mois précédent.

Un système d'acomptes permet par ailleurs de rattacher à l'exercice en cours les prélèvements sociaux relatifs aux opérations intervenant en fin d'année : les établissements financiers doivent actuellement verser en septembre et novembre deux acomptes correspondant à 90% des sommes versées l'année précédente au titre des mois de décembre et janvier, le solde étant versé en début d'année suivante.

Il est proposé de simplifier les modalités de versement de cet acompte afin de pouvoir appliquer pleinement la règle des droits constatés et de permettre à la sécurité sociale de percevoir sur une année donnée l'ensemble des contributions sociales correspondant aux revenus financiers de cette même année.

Les acomptes s'appliqueront désormais à l'ensemble des produits de placement et représenteront 100% des sommes versées l'année précédente, à hauteur de 80% en septembre et de 20% en novembre.

Sur le modèle applicable à l'impôt sur les sociétés, les établissements financiers pourront verser un acompte inférieur au montant versé l'année précédente lorsqu'ils estiment que le montant dû sera inférieur.

Cette mesure n'a aucun impact pour les particuliers.