

# CHAPITRE 1

## DIVERSITÉ DES PRESTATIONS ET SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX

L'organisation de la protection et de l'aide sociale en France est très variée, tant au niveau des prestations et services offerts, qu'au niveau des publics ciblés.

### 1. LES PRESTATIONS ET SERVICES EN FONCTION DES PUBLICS

---

Les politiques familiales menées par les différents gouvernements sont à l'origine de la diversité des prestations et services tels que nous les connaissons aujourd'hui.

L'investissement de l'État en faveur des familles correspond tout d'abord à une politique nataliste. À la suite des deux guerres mondiales, en effet, les gouvernements français ont décidé d'encourager les naissances en aidant les familles, mais aussi les célibataires, à «faire davantage d'enfants». L'objectif était d'atteindre un taux de croissance démographique aussi élevé que possible, afin de compenser à la fois les pertes dues aux guerres, mais aussi le désintérêt que la maternité commençait à représenter dans les milieux intellectuels ou féministes. C'est d'ailleurs dans cette conception traditionnelle de la famille que s'inscrivent les premières allocations familiales, créées en 1938.

L'offre catégorielle, sa diversité en fonction des publics, répond avant tout à une volonté politique de réduire les inégalités sociales, de réduire le fossé existant entre les «riches» et les «pauvres».

L'évolution du modèle familial (on est passé du schéma traditionnel, nucléaire, à la famille recomposée), mais aussi la place occupée par la femme dans la société (elle n'est plus seulement mère mais aussi femme active), ont profondément modifié les modes d'intervention sociale de l'État en faveur de la famille et de l'enfance, notamment par le biais du congé maternité.

La question du handicap, elle, devient dans les années 1970 un enjeu majeur des politiques de protection et d'intégration sociale. Des allocations pour mineurs et majeurs handicapés sont par exemple créées en 1971.

Les nouveaux contextes enfin, économique avec la crise financière, démographique avec le vieillissement de la population, sanitaire avec l'apparition de nouvelles maladies comme le cancer, le sida, ont transformé en profondeur la prise en charge des risques sociaux émergents. Ont ainsi vu le jour des politiques en faveur des personnes âgées, des aides au logement, des solutions à l'exclusion et au chômage...

### **1.1. Les politiques de la Famille et de l'Enfance**

Au cours des vingt dernières années, les politiques familiales ont suivi deux grandes orientations :

- elles ont d'abord pris en compte la modification de la notion de parentalité. Le schéma classique de la famille est en effet entré en mutation à partir des années 1980, devenant un enjeu des politiques familiales qui vont à partir de ce moment-là s'impliquer dans l'accompagnement des parents. Face aux nouvelles contraintes liées à la famille (divorce, familles monoparentales, activité salariée des mères...), l'État se fait un devoir d'intervenir, soit par le biais de prestations de soutien à la parentalité (congé paternité, allocation de rentrée scolaire, RSA remplaçant l'allocation de parent isolé, l'allocation de soutien familial...), soit par une action sociale spécifique d'aide aux parents (aide à domicile, aide aux vacances, groupes de parole...).

- Elles se sont ensuite focalisées sur la petite enfance. Les politiques familiales s'articulent en effet autour du soutien et de l'accompagnement de la naissance (prestation d'accueil et d'entretien de l'enfant), de l'éducation de l'enfant (garde d'enfant). L'aide et l'action sociale s'impliquent aussi dans ce domaine, par le biais notamment des aides d'urgence sur la protection de l'enfance (lutte contre la maltraitance, la pauvreté...).

### **1.2. Les politiques en faveur des personnes âgées**

Les personnes âgées sont aujourd'hui au coeur des politiques de protection et d'action sociale. Le pays est en effet confronté au vieillissement de la population, qui s'explique en partie par les politiques de prévention et de santé menées depuis le milieu du XXème siècle. Alors qu'en 1945, la France comptait 4,5 millions d'individus âgés de 65 et plus, on en dénombre aujourd'hui plus de 11 millions. Ce chiffre a forcément des conséquences sur les prestations et services à destination de cette catégorie de la population, et c'est la branche vieillesse qui est la plus coûteuse pour la collectivité. Le volume de pensions retraite augmente, tout comme les prestations liées aux soins, qui s'accroissent avec l'âge, et l'aide sociale facultative (aide aux transports, portage de repas...). En 2013 par exemple, la protection vieillesse représentait 46% des dépenses de la Sécurité Sociale, soit environ 214 milliards d'euros.

De plus, si la période de perte d'autonomie a toujours existé, sa durée s'est accrue au fil du temps. On l'estime aujourd'hui entre cinq et vingt ans, en fonction de la (ou des) pathologie(s) déclarée(s) de la personne âgée. S'il existe désormais une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), on peut imaginer que dans le futur, de nombreuses autres vont voir le jour.

### **1.3. Les politiques en faveur des personnes malades**

Depuis sa création, l'assurance maladie couvre obligatoirement toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou justifiant d'un montant minimum de cotisation sur salaire. Cette protection de base s'est ensuite étendue à d'autres catégories de la population, comme les étudiants, les retraités, pour enfin concerner, en théorie, l'ensemble de la population. Les individus qui ne peuvent pas bénéficier de l'assurance maladie classique sont en effet couverts par le biais de la Couverture Médicale Universelle (CMU).

Cette volonté de l'État de permettre l'accès aux soins à tous n'a jamais été remise en question, même si, aujourd'hui, les politiques menées cherchent à réduire les coûts liés à la Protection

Sociale. À titre d'exemple, en 2013, 38% du budget total de la Sécurité Sociale a été consacré aux prestations maladie, soit environ 180 milliards d'euros.

#### **1.4. Les politiques en faveur des personnes en situation de handicap**

Les différentes politiques concernant les personnes en situation de handicap s'appuient essentiellement sur la loi d'orientation du 30 juin 1975<sup>1</sup> qui fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics et prévoit des moyens de protection pour chacun : allocation adulte handicapé, allocation d'éducation de l'enfant handicapé, politique d'aménagement d'accès aux lieux publics...

La loi du 11 février 2005<sup>2</sup> est venue compléter celle de 1975 en insistant sur l'aide à l'insertion des personnes en situation de handicap pour favoriser leur participation à la vie en société. Le 9 avril 2014 a été présenté en Conseil des ministres un projet de loi habilitant le gouvernement à recourir à une ordonnance pour compléter cette loi de 2005.

Le 26 septembre 2014, enfin, une ordonnance sur la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie a été promulgué, de façon à simplifier et expliciter les normes d'accessibilité.

Ces différentes évolutions montrent à quel point les handicapés sont une population dont l'État se soucie, désireux d'asseoir sa volonté d'égalité entre les individus.

#### **1.5. Les politiques de lutte contre l'exclusion**

Depuis une vingtaine d'années, le contexte socio-économique est caractérisé par plusieurs crises économiques qui ont eu pour conséquence une baisse d'activité et, plus généralement, une paupérisation de la population<sup>3</sup>. L'État a donc réagit en créant des aides spécifiques.

En 1988, le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) constitue une sorte de révolution pour l'aide et l'action sociale. Il correspond à une forme spécifique de minimum garanti, en associant allocation versée par l'État et engagement du bénéficiaire dans un processus d'insertion sociale et professionnelle. Pourtant, de nombreuses controverses autour de cette idée systématique de revenu minimum, ainsi que des résultats jugés insuffisants quant à l'insertion sociale des RMistes ont signé la fin de cette prestation en juin 2009. Il a immédiatement été remplacé par le Revenu de Solidarité Active, le RSA, destiné à lutter contre le phénomène des travailleurs pauvres et à faciliter le retour à l'emploi.

À côté de cette prestation, les politiques de lutte contre l'exclusion s'appuient de plus en plus sur des actions impliquant l'idée d'un service à la personne moyennant un engagement de celle-ci dans la réalisation d'un projet. Ce peut être par exemple un accompagnement à l'insertion par l'accès au logement.

---

1 Importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

2 Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

3 Appauvrissement continu de la population.

## 2. LES MODES DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS ET SERVICES

---

### 2.1. La protection sociale<sup>4</sup>

Les cinq branches<sup>5</sup> du régime général de la sécurité sociale et le régime d'assurance chômage sont essentiellement financés par les cotisations sociales. S'agissant des personnes salariées, ces cotisations sont calculées en fonction de «toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail» (salaires ou gains, indemnités de congés payés, primes, avantages en nature...). Une part de ces cotisations est à la charge de l'employeur (cotisations patronales), l'autre à la charge des salariés (cotisations salariales). Le système de protection sociale est en effet avant tout un système reposant sur le principe d'assurance. Sa santé financière dépend donc étroitement de l'évolution de la masse salariale du pays (plus on travaille, plus on cotise, plus les recettes sont importantes). En 2014, par exemple, les cotisations représentaient plus de 63% des recettes du régime général.

La Contribution Sociale Généralisée, plus connue sous le sigle CSG, représentait, toujours en 2014, environ 16% des recettes. C'est un prélèvement opéré sur l'ensemble des revenus. Son produit finance les régimes d'assurance maladie, la branche famille mais aussi le fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

Le financement par l'impôt est aussi une part importante de recettes (13% en 2014). Les impôts et taxes concernés sont extrêmement divers (taxe sur les salaires, TVA brute sur les tabacs, les produits pharmaceutiques, contribution sur les stock-options et actions gratuites, taxe sur les véhicules de société...).

Les régimes de Sécurité sociale reçoivent aussi des transferts (environ 4% en 2014), en provenance de l'État d'abord (afin de compenser par exemple les pertes de recettes liées à certaines exonérations de cotisations sociales accordées aux entreprises pour favoriser le développement et le maintien de l'emploi), mais aussi d'autres régimes de Sécurité sociale (mécanismes de compensation démographique dans le champ de l'assurance maladie ou de l'assurance vieillesse), ou d'autres organismes de Sécurité sociale (Fonds de solidarité vieillesse pour financer des dispositifs «vieillesse» de solidarité...).

Si les modes de financement de la Protection Sociale sont aussi diversifiés, c'est avant tout pour garantir un minimum de recettes. C'est la loi de financement de la Sécurité Sociale, votée tous les ans au Parlement, qui fixe les orientations en terme de prévisions de recettes et d'objectifs de dépense afin d'essayer de trouver un équilibre financier.

---

<sup>4</sup> Pour plus de détails, <http://www.securite-sociale.fr/Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale>.

<sup>5</sup> La branche maladie, la branche accidents du travail/maladies professionnelles, la branche retraite, la branche famille et la branche recouvrement.