



CHAPITRE 1

DIVERSITÉ DES PRESTATIONS ET SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX

Référentiel et savoir associés

Module C. On étudiera les différentes prestations et services :

- selon les publics : familles et enfants, retraités, personnes âgées et/ou dépendantes, personnes handicapées et personnes concernées par la maladie, par l'exclusion sociale.
- selon leur dimension individuelle ou collective.
- selon les sources de financement.

Il s'agira de montrer la complémentarité et la complexité d'organisation de cet ensemble.

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.

LES PRESTATIONS ET SERVICES EN FONCTION DES PUBLICS

L'offre catégorielle, et surtout 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 ».

Les nouveaux contextes, économique avec la crise financière, démographique avec le vieillissement de la population, sanitaire avec l'apparition de nouvelles maladies comme le cancer, le sida, et plus récemment la Covid-19, ont aussi transformé en profondeur la prise en charge des risques sociaux émergents, conduisant à la mise en place de politiques en faveur des personnes âgées, du logement, à la recherche de solutions contre l'exclusion, la pauvreté...

Désormais, chaque public bénéficie d'une prise en charge spécifique, octroyée en fonction de ses besoins.

1 LES POLITIQUES EN FAVEUR DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE

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**. Dans le contexte des deux guerres mondiales, en effet, confrontés à une grave crise de dénatalité, les gouvernements français décident d'encourager les naissances en aidant les familles, mais aussi les célibataires, à « faire davantage d'enfants ». Ainsi, dès 1919, l'État et quelques entreprises proposent des **suppléments salariaux** à leurs employés chargés de famille. Pour éviter de dissuader les entreprises d'embaucher des pères de famille (qui coûteraient plus cher que les hommes sans enfants), quelques-unes créent des caisses de compensation, financées par l'ensemble des salariés, en parallèle. La loi du 11 mars 1932, entrée en application le 14 juin suivant, généralise ce système rendant obligatoire **l'adhésion des entreprises à une caisse de compensation**.

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** indépendantes du salaire et des entreprises, créées par le **décret-loi du 12 novembre 1938**. Celui-ci instaure aussi l'allocation progressive selon la taille de la famille, versée quel que soit le revenu de celle-ci et avec un taux uniforme, la limitation aux cinq ans de l'enfant de la durée du versement de l'allocation au premier enfant, et la création de majorations pour les familles dont la femme n'a pas d'activité professionnelle.

Le décret-loi du 29 juillet 1939 institue le **Code de la famille et de la natalité françaises**, première tentative d'une véritable politique familiale. Il renforce la progressivité du barème pour les allocations à partir du troisième enfant, supprime l'allocation au premier enfant au profit d'une prime à la première naissance et transforme la majoration du décret-loi du 12 novembre 1938 en allocation de mère au foyer.

Le 3 mars 1945, une ordonnance crée les **Unions Départementales des associations familiales** (UDAF), fédérées au sein de l'Union nationale des associations familiales (UNAF).

Le 4 octobre 1945, une ordonnance établit un **nouveau régime de la Sécurité sociale** et modifie la structure administrative et l'organisation financière des caisses d'allocations familiales. Ce texte met fin au monopole patronal et intègre les caisses d'allocations familiales dans la structure unifiée et centralisée de la Sécurité sociale. Désormais, **le risque famille est intégré à la Sécurité sociale**.

Le 2 novembre 1945, **l'ordonnance sur la protection maternelle et infantile** donne naissance aux services de PMI. Ils sont une véritable évolution, proposant un accès aux soins aux femmes enceintes, aux enfants jusqu'à 6 ans, ainsi qu'un accompagnement pour les parents (soutien à la parentalité, alimentation, hygiène...). Leur création est le fruit d'un long processus, institué au lendemain de la guerre alors que le danger majeur à cette époque est la mortalité infantile. Présents dans chaque département, ils ouvrent à l'ensemble de la population des mesures de surveillance sanitaire jusque-là réservées aux enfants relevant des aides sociales ou aux enfants placés en nourrice. On passe alors de l'assistance à la protection puisqu'il ne s'agit plus de porter secours seulement aux populations nécessiteuses.

Le 31 décembre 1945, la **loi de finances pour 1946** institue, dans le cadre de l'impôt sur le revenu, le quotient familial afin de privilégier les couples avec enfant.

Le 22 août 1946, une loi définit les **quatre prestations de la branche famille de la Sécurité sociale** :

- les allocations familiales versées sans condition de ressources à partir du deuxième enfant,
- l'allocation de salaire unique versée dès le premier enfant,
- les allocations prénatales,
- l'allocation de maternité.

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), modifient profondément les modes d'intervention sociale de l'État en faveur de la famille et de l'enfance. La **loi du 13 juillet 1965 portant réforme des régimes matrimoniaux** rend par exemple effective

la capacité de la femme mariée. Le mari ne peut désormais plus s'opposer à l'exercice d'une profession par son épouse, qui peut aussi ouvrir un compte en banque en son nom propre. L'égalité entre les époux dans la gestion des biens est désormais engagée. Un pas de plus vers l'indépendance des femmes est fait le 28 décembre 1967 avec la « **loi Neuwirth** » qui établit le droit à la contraception. **Le 4 juillet 1970, la loi 70-459 remplace la puissance paternelle par l'autorité parentale conjointe.** Pour l'enfant légitime, « l'autorité appartient au père et à la mère pour protéger l'enfant dans sa santé, sa sécurité et sa moralité. Ils ont à son égard droit de garde, de surveillance et d'éducation ».

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...). Ainsi, la conférence de la famille du 12 juin 1998 a reconnu le soutien à la parentalité comme une priorité nationale et a créé les **Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP)** par la circulaire interministérielle du 9 mars 1999. Le REAAP réunit les partenaires et les parents qui, dans leur travail, leur action, et leur implication souhaitent offrir à tous les parents des espaces de parole, d'écoute, d'échanges et de conseils autour de leurs préoccupations, leur quotidien, leur envie d'agir pour le bien-être de leur enfant. Il vise à valoriser les compétences de chaque parent, à développer la confiance de chacun dans sa capacité éducative, à responsabiliser les parents dans la protection de leur enfant, à prévenir les difficultés... Il s'adresse donc à tous les parents et, surtout, prend en compte les différents types de familles.
- 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...).

La politique familiale est une politique publique qui recouvre trois dimensions principales :

- c'est d'abord **une politique « réglementaire »** qui édicte des règles de comportements et de solidarités interfamiliales. C'est particulièrement l'objet du droit civil de la famille ;
- c'est ensuite **une politique « redistributive »** qui énonce des critères donnant droit à des avantages sociaux (prestations en espèces, services sociaux en direction des familles, dispositifs fiscaux...) ;
- c'est enfin **une politique « constitutive »** qui définit des règles sur le pouvoir et établit qui sont les acteurs légitimes de la politique familiale. En plus de l'ÉTAT, la CNAF et l'UNAF se voient reconnaître des prérogatives et des obligations spécifiques en matière de politique familiale.

2 LES POLITIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

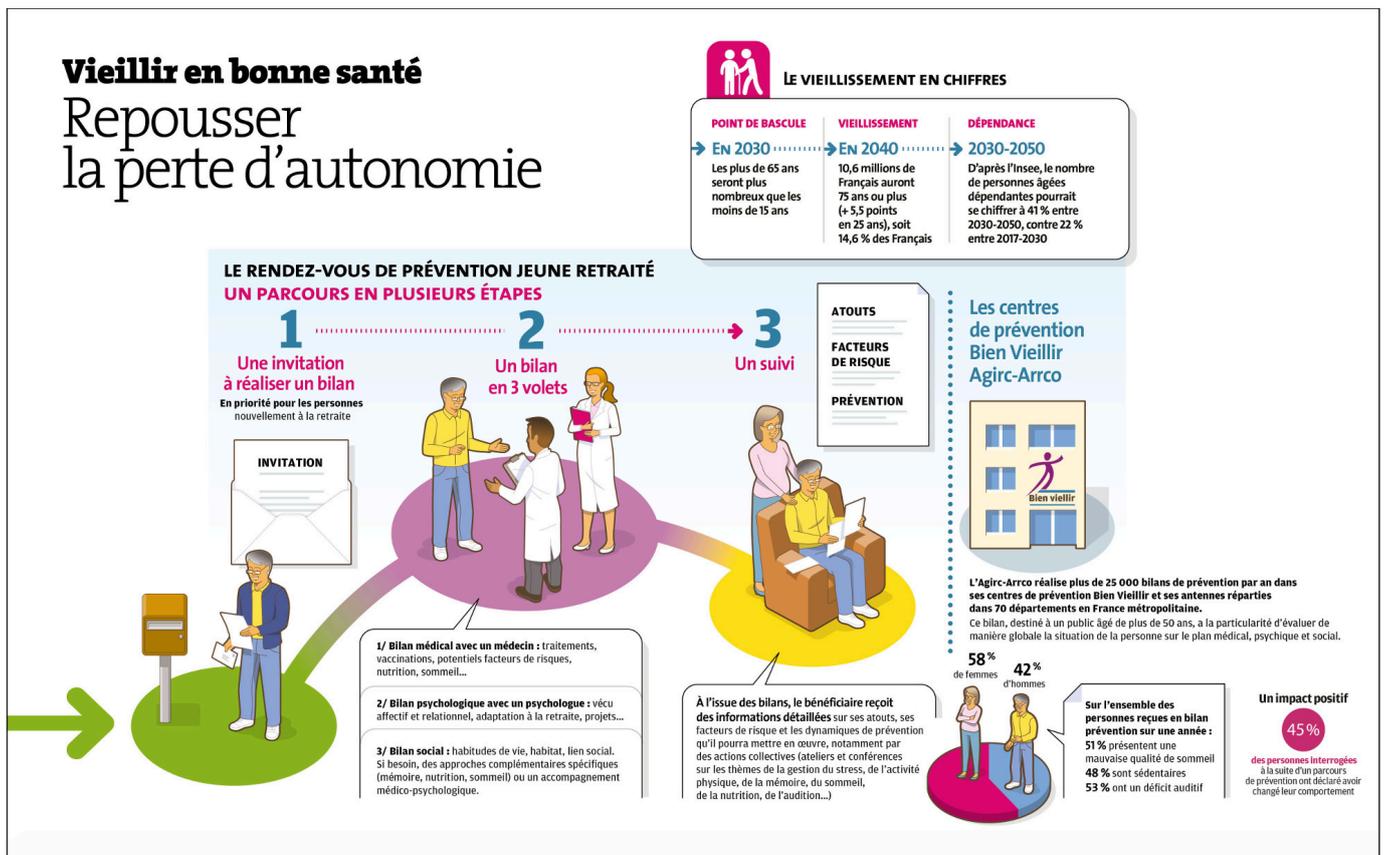
Les personnes âgées sont aujourd'hui **au coeur des politiques de protection et d'action sociale**. Le pays est en effet confronté au vieillissement de la population, qui s'explique en partie par les politiques de prévention et de santé menées depuis le milieu du XXème siècle. Alors qu'en 1945, la France comptait 4,5 millions d'individus âgés de 65 et plus, on en dénombrait en 2018 plus de 13 millions, soit 1 français sur 5. En 2050, ils devraient même atteindre, selon les estimations, les 20 millions (pour 74 millions d'habitants)¹. 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 2018 toujours, le risque vieillesse-survie représentait plus de 339 milliards d'euros de dépenses, soit 46% des dépenses totales de la protection sociale.

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 depuis 2001 une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui s'adresse aux personnes de plus de 60 ans résidant à domicile ou en établissement, on peut imaginer que dans le futur, de nombreuses autres vont devoir voir le jour. La perte d'autonomie et son financement sont en effet des sujets structurants qui engagent l'avenir. C'est pourquoi la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn a lancé un débat et une réflexion associant à ce sujet l'ensemble des acteurs et des citoyens dans le but d'aboutir à des propositions (soutien aux aidants, accompagnement des professionnels...). Elle a ainsi présenté, en janvier 2020, la stratégie globale « **Vieillir en bonne santé 2020-2022** » qui vise à **déployer la prévention à tous**

1 Chiffres Insee.

les âges pour à terme préserver l'autonomie des aînés le plus longtemps possible. Ce choix repose sur un constat essentiel : la perte d'autonomie des aînés n'est pas une fatalité. Surtout, elle n'est pas liée à l'âge mais à la maladie. Aujourd'hui en effet, sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie, et 2 de façon sévère. Pour que chacun acquière les bons réflexes de prévention, la stratégie se concentre sur 3 moments-clés de la vie :

- une application permettra à chacun, dès 40 ans, d'évaluer ses besoins de façon autonome et de recevoir des conseils personnalisés ;
- un rendez-vous de prévention sera organisé au moment du passage à la retraite, dont voici le déroulé² :



- une démarche de détection des fragilités des personnes âgées à domicile sera également expérimentée dans plusieurs territoires.

2 www.cahiers.laretraitecomplementaire.fr

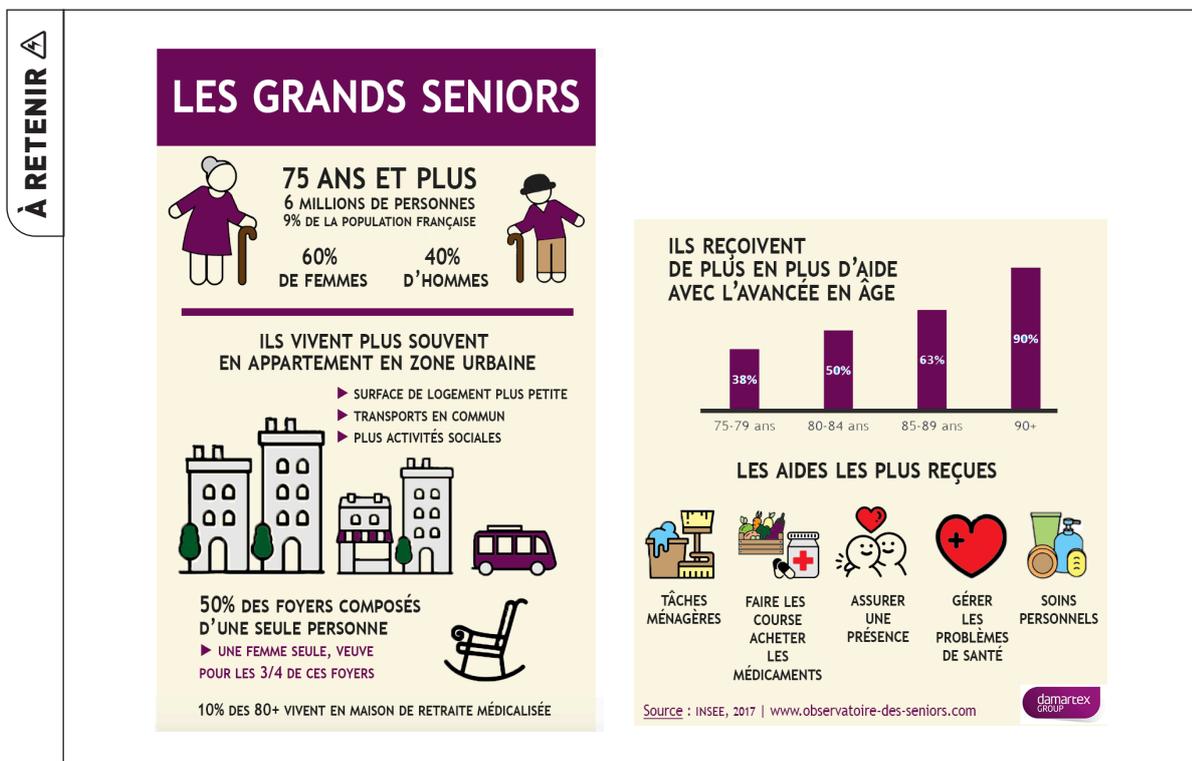
Concrètement, voilà les 6 mesures sur lesquelles ce plan de prévention repose :

Les six mesures concrètes du plan de prévention 2020-2022

- ▶ **Lancement, fin 2020, d'une application « Avancer en âge en bonne santé »** proposant une auto-évaluation de ses besoins, des conseils et des orientations personnalisées pour une prévention renforcée à 40-45 ans.
- ▶ **Déploiement renforcé des rendez-vous de prévention jeune retraité** au moment du passage à la retraite, avec un objectif de 200 000 personnes reçues par an.
- ▶ **Mise en place, dès 2020 dans certains territoires expérimentateurs, d'un programme de dépistage des fragilités des personnes âgées** selon la démarche Icope, conçue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
- ▶ **Diffusion d'un label « Villes amies des aînés »** pour mobiliser les territoires autour de l'enjeu de l'isolement social, dès 2020.
- ▶ **Investissement fort pour atteindre l'objectif « zéro passage par les urgences »** pour les personnes âgées dépendantes, d'ici à cinq ans.
- ▶ **Création d'un centre de ressources « Prévention de la perte d'autonomie »**, le renforcement des instances départementales finançant la prévention.

Autre nouveauté, **une 5e branche de la Sécurité sociale va gérer les dépenses liées à l'autonomie** des personnes âgées (et des personnes handicapées). Les prestations étaient jusqu'alors prises en charge par différentes institutions, dépendant tantôt du département, tantôt de la région, ne facilitant ni les démarches ni la clarté du système. Tout va être réuni dans le but d'**avoir une vision globale sur les ressources consacrées à l'autonomie et permettre un meilleur pilotage des politiques publiques**. La gestion de cette nouvelle branche sera confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autorité (CNSA).

Vous noterez également que **le rapport de Luc Broussy, « Vieillir ensemble »**, sur l'adaptation de l'habitat au vieillissement est paru le 26 mai 2021. Il appelle très clairement à « **dé-médicosocialiser** » la question du vieillissement pour ne pas réduire la personne âgée à son état de santé ou à son niveau de dépendance³.



³ <https://www.lagazettedescommunes.com/747317/80-propositions-pour-bien-vieillir-du-logement-a-la-ville-des-mobilites-aux-territoires/>

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 couverts par le biais de la **Protection Universelle Maladie** instaurée le 1er janvier 2016 (PUMa, anciennement 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. L'objectif fixé est même de résorber le déficit de l'assurance maladie d'ici 2020. À titre d'exemple, en 2015, 48% du budget total de la Sécurité Sociale a été consacré aux prestations maladie, soit environ 160 milliards d'euros⁴, ce qui pousse le gouvernement, d'années en années, à lui demander des efforts concernant ses dépenses. En 2016, l'Assurance maladie a dû économiser 3,4 milliards d'euros par rapport à la hausse tendancielle de ses dépenses. En 2017, l'objectif a grimpé à 4,05 milliards. En 2018, un nouveau palier record a été atteint, 4,2 milliards. **Ce qui n'a pas empêché les dépenses de continuer à progresser, notamment en raison du contexte sanitaire actuel**. Les dépenses liées à la crise sanitaire, l'engagement du Ségur de la santé, la 5e branche liée à l'autonomie, l'allongement du congé paternité sont autant d'éléments qui ont entraîné un déficit hors norme évalué pour 2020 à 49 milliards d'euros (contre les 5,4 initialement prévus). L'objectif national des dépenses d'assurance maladie est désormais porté à 218,9 milliards d'euros, un niveau sans précédent.

À RETENIR

La volonté de l'État, malgré le déficit galopant de la Sécurité sociale, reste de **permettre l'accès aux soins à tous**. Si les incidences et changements démographiques, tout comme l'état permanent de crise économique et le surendettement de l'État, auxquelles viennent de s'ajouter une crise sanitaire sans précédent, sont des défis majeurs auxquels elle doit faire face, l'objectif est d'arriver à concilier ces contraintes et les droits sociaux acquis. D'où l'émergence de nombreuses réformes visant à maîtriser les dépenses.

4 LES POLITIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

En 2020, la France compte près de 12 millions de personnes porteuses d'un handicap. Ce chiffre prend en compte les handicaps les plus lourds mais aussi les incapacités mineures. 80% des personnes concernées sont ainsi porteuse de handicaps dits « invisibles » (surdité,

4 https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2016/CHIFFRES_CLES/CHIFFRES%20CLES%202016.pdf

troubles psychiques, conséquences de traumatismes crâniens problèmes de dos...). Si la question de leur prise en charge a longtemps été minimisée, le handicap est devenu, depuis les années 1970, un **enjeu majeur des politiques de protection et d'intégration sociale**. Des allocations pour mineurs et majeurs handicapés ont d'ailleurs été créées en 1971.

Mais les différentes politiques concernant les personnes en situation de handicap s'appuient essentiellement sur la **loi d'orientation du 30 juin 1975**⁵ 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... Elle va rester pendant trente ans le texte fondateur dans le domaine.

La **loi du 11 février 2005**⁶ vient ensuite 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. Sept axes sont mis en relief :

- la personne en situation de handicap est au coeur du dispositif à travers son projet de vie ;
- la priorité est mise non pas sur le handicap mais les capacités, talents et potentialités des personnes en situation de handicap ;
- un droit universel à la compensation est établi, c'est-à-dire que tout individu porteur d'un handicap a le droit à la compensation des conséquences de son handicap ;
- les espaces publics se doivent d'être accessibles ;
- des sanctions sévères sont prévues si les obligations légales ne sont pas respectées ;
- le principe de non discrimination est établi ;
- tous les individus en situation de handicap peuvent travailler en milieu ordinaire.

Le 9 avril 2014 est 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** est promulguée, de façon à simplifier et expliciter les normes d'accessibilité. Aujourd'hui encore, ils sont pourtant 67% à déplorer le manque d'accessibilité des lieux publics, déclarant avoir des difficultés à se déplacer.

En **septembre 2018**, la loi « **pour la liberté de choisir son avenir professionnel** », destinée à faciliter l'inclusion des personnes porteuses d'un handicap en termes d'emploi a été votée. Il ne faut pas oublier en effet qu'elles sont deux fois plus nombreuses que les personnes valides, soit environ 18%, à être au chômage.

5 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.

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

Depuis peu, il faut également compter avec la **5e branche de la Sécurité sociale** qui va gérer, par le biais de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les dépenses liées à l'autonomie des personnes en situation de handicap. Alors que les prestations dédiées étaient jusque-là gérées par différentes institutions, tout va être réuni afin de permettre un meilleur pilotage des politiques publiques.

À RETENIR

Ces différentes évolutions montrent à quel point les personnes en situation de handicap sont une population dont l'État se soucie, désireux d'asseoir sa volonté d'égalité entre les individus, même si de nombreuses inégalités subsistent encore.

5 LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Depuis une trentaine 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**⁷. De même, la famille telle qu'on la connaissait s'est transformée, laissant largement la place aux familles monoparentales par exemple⁸, induisant, par le fait de ne recueillir qu'un seul salaire, l'émergence d'une précarité permanente (problèmes budgétaires, de logement, de garde d'enfants...). Devant cette nouvelle pauvreté et l'accroissement de l'exclusion sociale, l'État a réagi 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** sont réglementées par la **loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions**. Cette loi vise à permettre à tous l'accès aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice de l'éducation, de la formation, de la culture. Les politiques, elles, 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. Ce peut être aussi l'**installation de Points conseil budget** (PCB) sur le territoire. Mesure clé de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, c'est un service gratuit labellisé par l'État pour prévenir le surendettement et renforcer

7 Appauvrissement continu de la population.

8 Le nombre de familles monoparentales a quasiment doublé en quarante ans.

l'accompagnement des personnes pouvant rencontrer des difficultés financières. Dans un contexte de crise sanitaire pouvant entraîner des pertes de revenus et des difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes, ils sont un réel soutien pour la population. Portés par différents types d'organismes (associations, CCAS, CIAS, centres sociaux, conseils départementaux...), ils proposent des conseils et des orientations personnalisés, gratuits et confidentiels. S'ils sont actuellement 400 sur l'ensemble du territoire, le gouvernement s'est engagé à financer la labellisation de 100 structures supplémentaires d'ici la fin 2021⁹.

À RETENIR

Au cours des cinquante dernières années, la société a évolué, entraînant une transformation des risques sociaux et faisant émerger de nouvelles problématiques. Si l'objectif de la protection sociale a toujours été de couvrir tous les risques sociaux grâce à la solidarité nationale, les difficultés économiques actuelles pourraient pourtant, à terme, remettre en cause certains acquis.

LES MODES DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS ET SERVICES

1 LA PROTECTION SOCIALE¹⁰

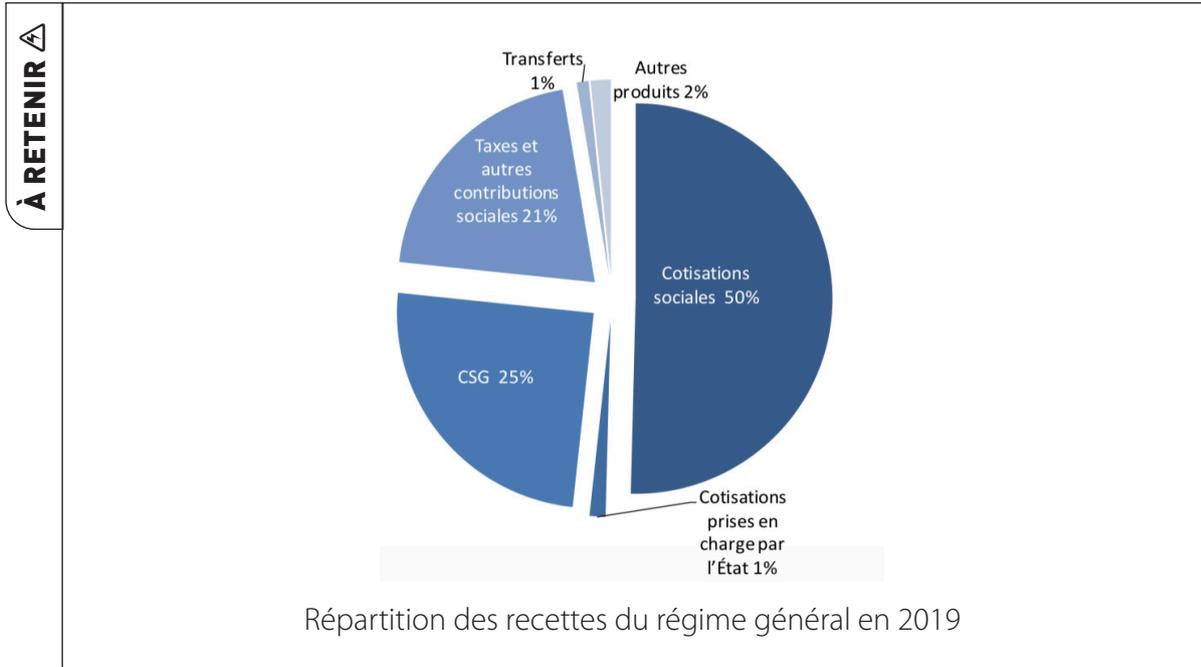
Les **quatre branches¹¹ du régime général de la sécurité sociale** et le **régime d'assurance chômage** sont essentiellement financés par les **cotisations sociales**. S'agissant des personnes salariées, ces cotisations sont calculées en fonction de « toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie 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 2019, par exemple, comme le montre le schéma ci-dessous¹², les cotisations représentaient 50% des recettes du régime général.

9 <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/PCB>

10 Pour plus de détails, https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france0.html.

11 La branche maladie, la branche accidents du travail/maladies professionnelles, la branche retraite, la branche famille, auxquelles on ajoute traditionnellement la branche recouvrement gérée par l'Acoss (elle n'est pas toujours insérée dans les branches qui parfois ne sont considérées que comme 4). Il faudra également bientôt compter avec la branche autonomie, considérée comme la 5e branche de la Sécurité sociale.

12 <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS%20JUN%202020.pdf>



La **Contribution Sociale Généralisée**, plus connue sous le sigle CSG, représentait, toujours en 2019, 25% des recettes. Créée par la loi de finances de 1991, c'est un prélèvement opéré sur l'ensemble des revenus, destiné à participer au financement de la protection sociale.

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). Elle est prélevée à la source sur la plupart des revenus, à l'exception des prestations sociales et familiales. Elle est recouvrée par les URSSAF pour la partie revenus d'activité et par l'administration fiscale pour la partie revenus du patrimoine. Initialement fixée à 1,1%, son taux est passé à 2,4% en 1993, à 3,4% en 1996 et à 7,5% en 1998. Depuis le 1er janvier 2018, ses principaux taux sont de¹³ :



13 www.vie-publique.fr

À noter que la hausse du taux de la CSG pour les retraités, fixé à 8,3%, a été annulée au 1er janvier 2019. Il reste donc pour eux à 6,6%.

Le **financement par l'impôt** (taxes et autres contributions sociales) est aussi une part importante de recettes (21% en 2019). 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 1% en 2019), 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...

À RETENIR

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 termes de prévisions de recettes et d'objectifs de dépense afin d'essayer de trouver un équilibre financier.

2 L'AIDE ET L'ACTION SOCIALE

L'aide sociale repose sur la participation de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de Sécurité sociale et des organismes de mutualité agricole. Ce sont des prestations qui peuvent être attribuées **en nature** (services, actions sociales ou éducatives) ou **en espèces** (un seul versement ou des versements périodiques). Elles visent à lutter contre la précarité et/ou la pauvreté en couvrant les individus contre les risques sociaux qu'ils encourent.

Depuis les premières lois de décentralisation (1982-1983), les compétences de l'État en la matière ont été transférées vers les collectivités territoriales, en faisant de véritables actrices de ce domaine. **Le département est ainsi devenu un chef de file de l'aide sociale**, rôle qui a encore été renforcé par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Les **aides sociales légales**, obligatoires, sont directement liées aux transferts de compétences de l'État. Quant aux **aides sociales facultatives** (ou extra-légales), elles sont propres à chaque département qui les finance en fonction de son budget¹⁴.

¹⁴ Afin de clarifier ces notions d'aides sociales légales et extra-légales, reportez-vous au manuel de Prestations et Services de 1ère année.

Ces aides sociales concernent :

- les personnes âgées (prise en charge à domicile ou en établissement) ;
- les personnes en situation de handicap (prise en charge à domicile ou en établissement) ;
- l'aide sociale à l'enfance ;
- le développement social et plus particulièrement la diminution des situations d'exclusion (SDF, migrants...).

L'action sociale, elle, **repose sur des aides facultatives mises en place par les collectivités territoriales, les associations, les fondations...** Son **financement** se partage donc entre le secteur privé et le secteur public, que ce soit au niveau de l'État ou au niveau local.

Le pouvoir exécutif, par le biais des ministères en charge de l'action sociale (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes par exemple) finance les grandes politiques d'action sociale de lutte contre l'exclusion.

Les **collectivités locales** comme les communes, elles, assurent financièrement leurs différentes initiatives.

À cela s'ajoutent des **institutions privées**, partenaires de l'action sociale, qui peuvent bénéficier de subventions lorsqu'elles interviennent dans un cadre réglementaire, en tant qu'institutions sociales ou médico-sociales. On peut citer par exemple les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) qui, en plus d'être des lieux d'accueil temporaire, fournissent un accompagnement social personnalisé.

Bien entendu, il ne faut pas oublier la **solidarité nationale** qui se manifeste notamment par le biais de dons destinés à des associations caritatives (secours alimentaire, dons de vêtements...).

À RETENIR

L'aide sociale se présente sous forme d'aide financière, obligatoire, supplémentaire et subsidiaire¹⁵. Elle permet de lutter contre la précarité et la pauvreté en couvrant les individus contre les risques sociaux.

L'action sociale, elle, est une aide supplémentaire, facultative, mise en place par différentes institutions dans le but de protéger les personnes, de favoriser leur autonomie et la cohésion sociale, de permettre l'exercice de leur citoyenneté, de prévenir l'exclusion et corriger ses effets.

¹⁵ Secondaire, utilisée en second lieu.

LES PROBLÈMES DE FINANCEMENT DES POLITIQUES SOCIALES

Quels que soient les domaines, **les dépenses concernant la protection Sociale dépendent des contextes démographique et socioéconomique**. Face aux problématiques rencontrées par la société actuelle (crise, chômage, précarité, vieillissement de la population...), elles sont donc en continuelle augmentation (hausse du volume des allocations chômage, des pensions de retraite...).

Parallèlement à ça, la crise financière généralisée et la crise sanitaire ont des effets directs sur les modes de financement de la Protection Sociale. Avec la crise, le chômage augmente, donc la masse salariale diminue. La conséquence directe de ce phénomène est la baisse des cotisations sociales et donc des recettes des régimes de base. Ce déséquilibre budgétaire entraîne un déficit chronique de la Sécurité Sociale qui pousse les gouvernements à essayer de trouver des solutions (maîtrise des dépenses de santé, réduction des coûts inhérents à la Protection Sociale), parmi lesquelles les différents projets de financement. Créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996, la **loi de financement de la Sécurité sociale** (LFSS), votée tous les ans par le Parlement, vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Pour y parvenir, elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes. Le Parlement, même s'il n'a pas le pouvoir de fixer lui-même les recettes, a donc un droit de regard sur l'équilibre financier de l'organisme et peut se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de Sécurité sociale, ainsi que sur leur mode de financement.

Le principal problème rencontré par **l'aide sociale légale**, c'est qu'elle ne reçoit pas de l'État toutes les contributions de compensation qui lui permettraient de financer de nouvelles compétences. Si l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est relativement compensée par le transfert de ressources, ce n'est pas le cas du RSA, ce qui oblige les départements à augmenter les taux de la fiscalité locale¹⁶.

L'aide sociale facultative, elle, dépend entièrement des financements, et donc de la santé budgétaire des différentes collectivités locales.

À RETENIR

Si le système de protection, d'aide et d'action sociale est multiple dans son offre de prestations et services, cette multiplicité ne suffit pas à assurer sa pérennité. Son organisation est en effet complexe, que ce soit au niveau de ses organismes prestataires ou de son financement.

¹⁶ C'est ce qu'on appelle aussi les impôts locaux : taxe d'habitation, contribution économique territoriale...

CONCLUSION

La volonté de l'État de réduire les inégalités sociales est marquée par l'existence de différentes politiques répondant aux besoins spécifiques de la population :



Ces politiques, et donc les prestations et services qui en dépendent, sont financées par :

- la protection sociale,
- l'aide sociale,
- l'action sociale.



Entraînez-vous !

Corrigés en fin d'ouvrage

EXERCICE 1

Cochez la (ou les) bonne(s) réponse(s) :

1 La protection sociale est :

- Une couverture contre le risque chômage
- Une couverture du risque famille et vieillesse
- Un ensemble de mécanismes de prévoyance visant à protéger les individus contre les risques sociaux

2 La protection sociale en France repose sur :

- Une logique unique d'assurance sociale
- Une logique d'assurance sociale et de solidarité
- Une logique de protection universelle

3 Combien de risques sociaux classiques recense-t-on ?

- 4
- 5
- 6

4 En quelle année la première loi de financement de la Sécurité sociale a-t-elle été votée?

- 1992
- 1996
- 1998

5 L'aide sociale est :

- Une couverture contre le risque chômage
- Un ensemble de mécanismes de prévoyance visant à protéger les individus contre les risques sociaux
- Un système de solidarité nationale qui porte assistance aux individus confrontés à des difficultés d'ordre social et matériel.

6 Quels sont les acteurs qui interviennent dans l'aide sociale légale ?

- L'État
- Le Département
- La Commune

7 Quel est le principal acteur de l'aide sociale extra-légale ?

- L'État
- Le Département
- La Commune

8 Que signifie le sigle RSA ?

- Revenu de soutien actif
- Revenu de solidarité active
- Revenu de soutien à l'activité

9 Les demandes d'aide sociale sont instruites au niveau :

- National
- Régional
- Communal

10 L'action sociale est :

- Une couverture contre le risque chômage
- Un ensemble de mécanismes de prévoyance visant à protéger les individus contre les risques sociaux
- Un ensemble de moyens par lesquels une société agit sur elle-même pour préserver sa cohésion

EXERCICE 2

1. Vous donnerez la signification des sigles suivants, en vous aidant du document annexe et de vos connaissances personnelles : CNAM, CPAM, CNAV, CNAF, CAF, AGIRC, ARRCO, UNEDIC, CARSAT, CNSA, APA, RSA, APL, PAJE, ASPA. Vous les catégoriserez en fonction de leur nature (organisme prestataire ou prestation) et en fonction de leur lien avec les risques sociaux. Vous présenterez l'ensemble sous forme de tableau, pour une meilleure lisibilité.

Annexe

Les prestations sociales par risques sociaux

Les **prestations santé** regroupent les prestations liées à la maladie, à l'invalidité et aux accidents du travail. Le poste le plus important de ces dépenses correspond au remboursement partiel ou intégral des soins de santé des ménages. La prise en charge des soins de santé par la Sécurité sociale dans le secteur public hospitalier, au moyen de la dotation globale hospitalière, constitue une composante de ces soins en tant que prestation de services sociaux. À côté des pensions de droits directs (**vieillesse**) ou dérivés (**survie**), les prestations classées dans le risque **vieillesse-survie** incluent des avantages non contributifs et des aides accordées dans le cadre de l'action sociale développée par les différents régimes.

En outre, la création en 2002 de l'allocation personnalisée d'autonomie (**APA**), remplaçant la prestation spécifique dépendance (**PSD**), a élargi le périmètre de ce risque. Au sein des prestations du risque **maternité-famille**, celles versées au titre de la maternité sont essentiellement composées d'indemnités journalières, de l'allocation pour jeune enfant (APJE) courte (intégrée depuis 2004 à la prestation d'accueil du jeune enfant, **PAJE**) et des remboursements de soins de santé. Les prestations versées au titre de la famille incluent, à côté des prestations familiales au sens strict, des interventions qui entrent dans le cadre de l'action sociale familiale.

Au sein du **risque emploi**, le risque **chômage** regroupe toutes les prestations versées à des personnes privées d'emploi qui ne remplissent pas les conditions normales de droit à la retraite et dont la cessation d'activité n'est pas envisagée comme définitive. Parallèlement aux prestations liées à l'indemnisation du chômage, le risque chômage comprend également les **préretraites**. Le risque **insertion** et **réinsertion professionnelle** correspond à la recherche et à l'adaptation à un nouvel emploi et aux versements compensant la perte de salaire due à l'absence de travail pour cause de formation professionnelle.

Les **prestations logement** comprennent principalement les allocations de logement et accessoirement des prestations extra-légales des régimes spéciaux. Il existe trois allocations de logement destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement : l'allocation de logement à caractère familial (**ALF**), l'allocation de logement à caractère social (**ALS**) et l'aide personnalisée au logement (**APL**). Elles sont toutes les trois attribuées sous condition de ressources aux locataires et aux accédants à la propriété qui occupent un logement répondant à des normes minimales de salubrité et de peuplement. La prise en charge de l'**exclusion sociale** par le revenu de solidarité active (**RSA**) constitue l'essentiel du **risque pauvreté**, qui comprend aussi l'action des organismes associatifs qui œuvrent dans ce domaine.

<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2504.html>