



## CHAPITRE 1

# DIVERSITÉ DES PRESTATIONS ET SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX

### Savoir associés

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<sup>2</sup>, 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, des jeunes, des personnes en situation de handicap, à la recherche de solutions contre l'exclusion, la pauvreté, la violence...

On considère en effet que chaque problématique est propre au groupe, et, désormais, **chaque public identifié bénéficie d'une prise en charge spécifique**, octroyée en fonction de ses besoins : l'enfance à travers la notion de protection, les personnes en situation de handicap à travers la notion d'inclusion sociale et professionnelle, les demandeurs d'emploi à travers la notion d'insertion (ou de réinsertion) professionnelle et/ou sociale...

### 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**.

---

2 Politique établie en fonction des catégories de personnes (enfance, adolescence, vieillesse...)

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<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup> afin de privilégier les couples avec enfant.

3 Protection Maternelle Infantile.

4 Outil de mesure qui détermine les droits et les conditions d'accès à certaines prestations. Il est calculé en fonction de la composition du foyer et des ressources de celui-ci.

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, homoparentales, 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 parent isolé, l'allocation de soutien familial<sup>5</sup>...), 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

<sup>5</sup> Remplace l'allocation de parent isolé. Son montant, au 1er novembre 2022, a augmenté de 50%, suivant ainsi l'inflation constatée ces derniers mois.

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). Mais les aides financières directes attribuées aux familles ne sont pas les seules contributions de la CAF à la petite enfance. Elle propose également **des aides financières aux structures d'accueil des enfants et d'orientation des familles**. Elle est par exemple le premier financeur des établissements d'accueil du jeune enfant (Eaje) et permet, grâce à ses investissements pour la construction et la rénovation des équipements, ainsi que pour ses aides au fonctionnement, de réduire les coûts supportés par les gestionnaires et donc aux familles de recourir à ces services d'accueil collectif à moindre coût. Elle propose également un accompagnement technique et un soutien financier aux porteurs de projet de Maison d'assistant.e.s maternel.le.s<sup>6</sup>.

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...). **Une aide à domicile** peut par exemple être décidée lorsque la santé, la sécurité, l'entretien ou l'éducation de l'enfant l'exigent, de façon à le maintenir dans son milieu habituel. Elle peut être financière, avec l'attribution de l'AFASE<sup>7</sup> par exemple, une aide versée dans un cadre de prévention, pour pallier une insuffisance temporaire des ressources familiales. Elle permet d'assurer, le temps que l'autonomie matérielle de la famille soit retrouvée, la santé de l'enfant, sa sécurité et son entretien.

De même, la famille peut bénéficier de l'appui d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), d'un accompagnement en économie sociale familiale, ou de l'intervention d'un service d'action éducative à domicile.

Lorsque le mineur ne peut rester dans son milieu de vie habituel ou a besoin d'un accueil spécialisé, **il peut être confié au service de l'Aide Sociale à l'Enfance** (ASE), sur décision du président du Conseil Départemental, à la demande ou en accord avec la famille. Le mineur est alors accueilli pendant tout ou partie de la journée et reçoit un soutien éducatif pendant que sa famille bénéficie d'un accompagnement dans l'exercice de sa fonction parentale.

<sup>6</sup> Les MAM offrent la possibilité aux assistants maternels d'exercer dans un local, hors de leur domicile, et de s'y regrouper. Ce mode d'accueil est également apprécié par les parents qui bénéficient d'une prise en charge individuelle de leur enfant dans un cadre collectif.

<sup>7</sup> Aide Financière d'Aide Sociale à l'Enfance.

**Les mesures judiciaires de placement**, elles, sont décidées par le juge des enfants et c'est à l'ASE de déterminer ses modalités de placement : placement au titre de l'assistance éducative, délégation de l'autorité parentale à l'ASE, retrait partiel de l'autorité parentale<sup>8</sup>...



À RETENIR

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 cœur 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 XX<sup>ème</sup> siècle. Alors qu'en 1945, la France comptait 4,5 millions d'individus âgés de 65 et plus, on en dénombrait début 2023 plus de 14 millions, soit 1 français sur 5. En 2050, ils devraient même atteindre, selon les estimations, les 20 millions (pour 74 millions d'habitants)<sup>9</sup>.

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 2021 par exemple, le risque vieillesse-survie

<sup>8</sup> Si vous voulez en savoir plus sur ces différents dispositifs, je vous conseille de lire le chapitre 24 « Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance » dans l'édition 2020 de L'aide et l'action sociales en France, édité par la DREES. Voici le lien vers le chapitre en question : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20Les%20dispositifs%20de%20l'aide%20sociale%20à%20l'enfance.pdf>

<sup>9</sup> Chiffres Insee.

représentait plus de 360 milliards d'euros de dépenses, soit quasiment 50% des dépenses totales de la protection sociale. Si on l'associe au risque santé, ce sont plus de 80% du total des prestations dispensées qui sont concernées !

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, et s'adressant aux personnes qui ont un GIR de 1 à 4<sup>10</sup>, 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 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.

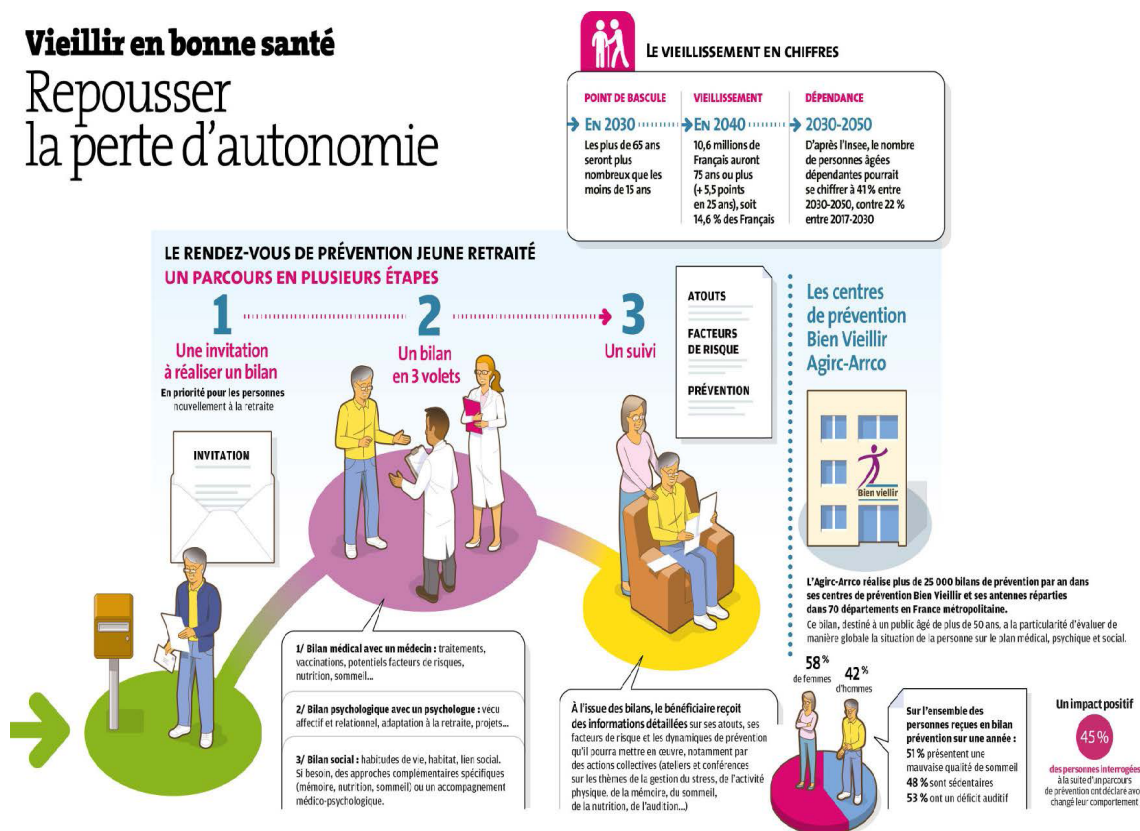
Pour que chacun acquière les bons réflexes de prévention, **la stratégie se concentre sur 3 moments-clés de la vie :**

- 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 déroulé<sup>11</sup> :

10 Le GIR, de 1 à 6, en fonction du degré de perte d'autonomie (1 désignant les personnes les moins autonomes, et 6 celles qui sont les plus autonomes), est calculé à partir de la grille AGGIR qui, remplie par un professionnel permet d'évaluer les besoins de la personne et surtout son niveau d'autonomie.

11 [www.cahiers.laretraitecomplementaire.fr](http://www.cahiers.laretraitecomplementaire.fr)

# Vieillir en bonne santé Repousser la perte d'autonomie



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

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**, créée par une ordonnance du 1er décembre 2021 **va désormais 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 est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autorité (CNSA). Pour les bénéficiaires des différentes

prestations liées à la perte d'autonomie, il n'y a pas véritablement de changement puisque cette branche ne sert aucune prestation directe et n'a donc pas de lien avec les assurés. En parallèle, elle mène également **des actions de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement**, tout en informant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs proches sur leurs droits ainsi que les aides existants. Enfin, **elle joue un rôle en matière de prospective et de recherche sur le vieillissement et le handicap**, de façon à apporter un éclairage aux pouvoirs publics.

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 dépendance<sup>12</sup>.

Dans le même ordre d'idée, le 15 décembre 2022, l'Assemblée Nationale a enregistré **une proposition de loi afin de « porter les mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France »**, faisant de la politique du Grand Âge et de l'Autonomie une « grande cause nationale » pour 2023. Elle comporte 14 dispositions visant à :

- Lutter contre la maltraitance,
- Prévenir les problèmes,
- Garantir les droits et la citoyenneté des seniors,
- Favoriser l'habitat inclusif,
- Développer les métiers du domicile.

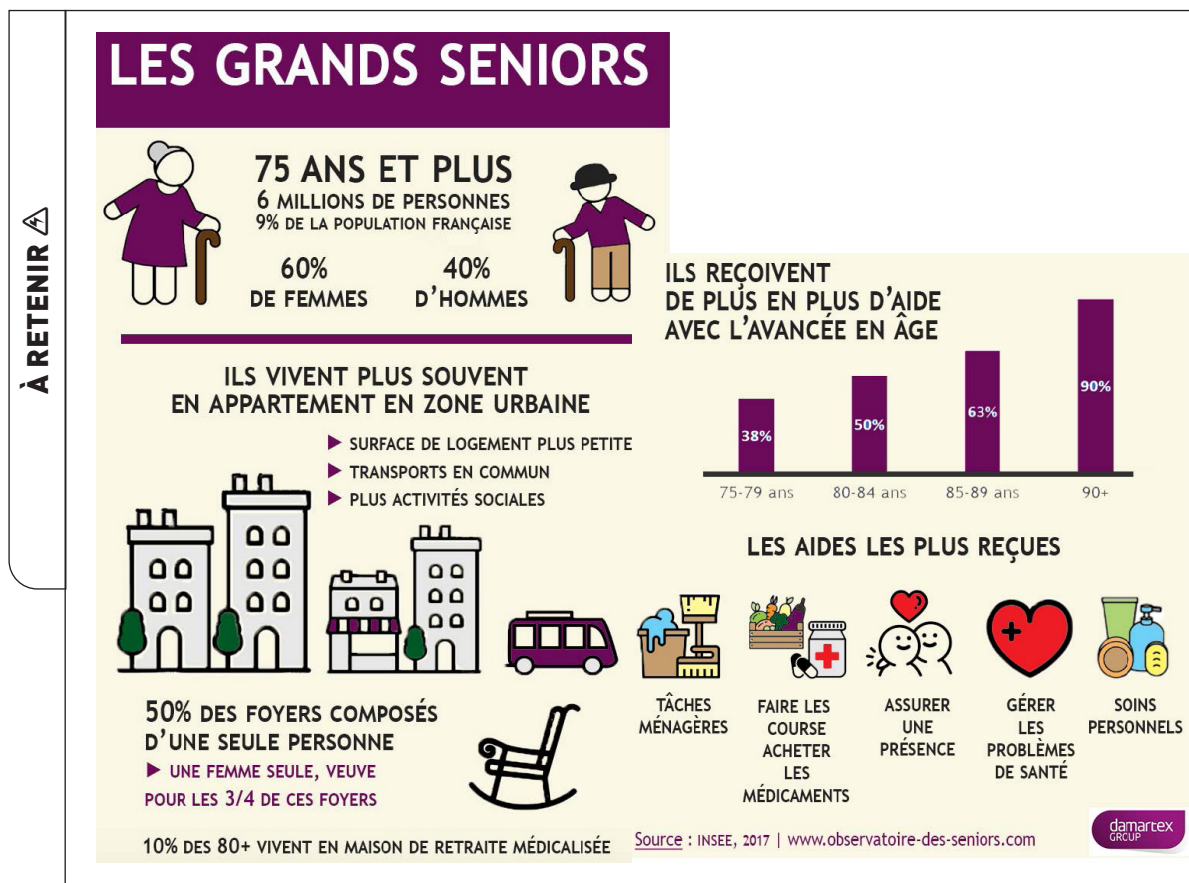
Si aucune mesure immédiate n'est encore annoncée, **la question de l'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes** est plus que jamais d'actualité. Ce qui compte à présent, c'est en effet de trouver des solutions concrètes au défi que représente le grand âge et de véhiculer, entre autres, une image positive du vieillissement.

Le site Internet *Pour bien vieillir*<sup>13</sup>, créé en 2016 par Santé Publique France en collaboration avec les différents régimes de retraite propose d'ailleurs à ce sujet un important programme d'information aux personnes de 55 ans et plus ainsi qu'aux professionnels médico-sociaux, axant sa communication sur **une approche globale et positive de la santé**, de façon à ce que chacun vive son avancée dans l'âge différemment, et surtout loin des clichés véhiculés jusqu'alors.



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

13 <https://www.pourbienvieillir.fr>



### 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. Si l'objectif fixé était d'avoir résorbé le déficit de l'assurance maladie en 2020, le contexte sanitaire et social induit par la crise de la Covid-19 a redistribué les cartes. 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'euros<sup>14</sup>, ce qui a poussé le gouvernement, d'années en années, à lui demander des efforts concernant ses dépenses.

14 [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres\\_cles\\_ed\\_2016\\_web.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2016_web.pdf)

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.

**Mais les dépenses, en raison notamment du contexte sanitaire de ces 3 dernières années, ont repris de plus belle.**

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 quasiment 40 milliards d'euros (contre les 5,4 initialement prévus). Ce pic historique a depuis été réduit de moitié, puisqu'en 2022 il s'élevait à 19,6 milliards d'euros, mais de nombreux efforts restent encore à fournir.

Au niveau individuel, une analyse publiée en mai 2023 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)<sup>15</sup> basée sur des chiffres de 2018, fait état d'**un montant annuel moyen dépensé de 2750 euros par patient**, les dépenses les plus élevées se situant dans les départements ruraux du centre et du nord-est de la France métropolitaine, ainsi qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Martinique et en Guadeloupe.

Des écarts significatifs sont tout de même notables entre départements, liés essentiellement aux disparités de revenus et à l'accessibilité à l'offre de soin. L'assurance maladie obligatoire prend en charge environ 82% des dépenses de santé, **le reste à charge s'élevant environ à 490 euros par patient.**

**Ces inégalités sociales et territoriales de santé** se traduisent, selon les chiffres avancés par le gouvernement, par un différentiel d'espérance de vie à 35 ans de 6,4 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs masculins, et de 3,2 ans en moyenne entre les ouvriers et les cadres supérieurs féminins<sup>16</sup>.

**La stratégie nationale de santé 2018-2022** s'est alors inscrite dans un cadre économique et financier visant à rétablir la situation des finances publiques, certes, mais également à réduire l'ensemble des inégalités constatées en transformant en profondeur le système de santé dans son ensemble. Pour y parvenir, elle s'est focalisée sur 4 axes clairement définis :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

<sup>15</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/dépenses-de-sante-et-restes-charge-pour-les>

<sup>16</sup> « L'état de santé de la population en France, rapport 2017 », Dress – Santé Publique France

Si vous voulez en savoir plus, vous pouvez consulter le document dans son intégralité grâce au QRCode ci-dessous<sup>17</sup> :



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 comptait **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 porteuses de handicaps dits « invisibles » (surdité, 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**<sup>18</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... Elle va rester pendant trente ans le texte fondateur dans le domaine.

<sup>17</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<sup>18</sup> 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.