

**TECHNIQUES
TERTIAIRES**

Marie Girard

INSTITUTIONS ET ACTEURS DE L'ACTION SOCIALE

La protection sociale - Les services et prestations
Le cadre politique des institutions - Les métiers du social
Les outils d'enquête et la démarche qualité

DUNOD

83210 - (I) - OSB 80° - 248 - LUM - LGT

Dépôt légal : juillet 2022

Achévé d'imprimer par la Nouvelle Imprimerie Laballery
58500 Clamecy
N° d'impression :

Imprimé en France

Direction artistique : Élisabeth Hébert
Conception graphique : Pierre-André Gualino
Maquette intérieure : SG Création

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, 2022

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083210-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

PROTECTION SOCIALE : NOTIONS DE PRESTATIONS ET DE SERVICES

- | | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Les principes fondateurs des politiques de protection sociale | 2 |
| 2 | Prestation et services | 13 |
| 3 | Diversité des prestations et services sanitaires et sociaux | 19 |
| | Applications | 29 |

CADRE POLITIQUE DES INSTITUTIONS

- | | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | Introduction : le besoin de protection, évolution d'un concept | 36 |
| 5 | La sécurité sanitaire | 46 |
| | Applications | 59 |

LES POLITIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

- | | | |
|----------|---|-----------|
| 6 | Définitions et priorités | 68 |
| 7 | Les orientations des politiques sociales | 70 |
| 8 | Veille sanitaire et crise sanitaire | 91 |
| | Applications | 97 |

LE DROIT AUX PRESTATIONS

- | | | |
|----------|---------------------------|------------|
| 9 | Le risque logement | 102 |
| | Applications | 118 |

10 Le risque emploi	121
Applications	132
11 Le risque santé	134
Applications	139
12 Le risque vieillesse	142
Applications	153
13 Le risque famille	155
Applications	162

PRESTATIONS SOCIALES POUR MINEURS ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

14 Introduction	166
15 Les personnes en situation de handicap	167
16 Les enfants en situation de handicap	174
17 Les établissements médico-éducatifs	180
18 Les personnes âgées dépendantes	185
19 Les mineurs et jeunes majeurs	195
Applications	200

LES MÉTIERS DU SOCIAL

20 Historique	206
21 Les métiers de l'action sociale, une diversité de profils	211
22 Éthique et déontologie	222
Applications	230

LA DÉMARCHE QUALITÉ EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

23 Généralités	234
24 Démarche qualité et évaluation	247
Applications	262
Liste des acronymes	265

PROTECTION SOCIALE : NOTIONS DE PRESTATIONS ET DE SERVICES

1 Les principes fondateurs des politiques de protection sociale

2 Prestation et services

3 Diversité des prestations et services sanitaires et sociaux

1 Les principes fondateurs des politiques de protection sociale

1 Repères historiques

Né en 1901, Ambroise Croizat vit son enfance comme un fils d'usine, son père travaillant 12 heures par jour pour un salaire équivalent au prix du pain. L'enfant grandit dans un contexte où il est entouré de travailleurs rêvant d'espoir et de solidarité. Élu député en 1936, A. Croizat promulgue la loi sur les conventions collectives, la semaine de 40 heures ainsi que les congés payés. En 1939, il est arrêté et incarcéré pour ses opinions communistes.

Néanmoins, à la tête d'une commission composée de parlementaires et de médecins, il commence à élaborer ce qui aboutira à l'ordonnance d'octobre de 1945, instituant la sécurité sociale. De 1945 à 1947, il est ministre du Travail. Il est considéré comme l'un des pères de la sécurité sociale voulant, selon ses propres termes, « **mettre définitivement l'homme à l'abri du besoin, en finir avec la souffrance et les angoisses du lendemain** ».

En quelques mois, pratiquement 140 caisses de sécurité sociale voient le jour. Surnommé « le ministre des travailleurs », A. Croizat élaborera entre autres les concepts de généralisation des retraites, de prestations familiales, de comité d'entreprise, de formation professionnelle et de maladies professionnelles.

L'identité française en matière de protection sociale se dessine. **Au fondement même de cette identité, nous pouvons compter quatre grands principes, véritables piliers de l'institution :**

- ▶ **l'unicité** : regroupement en une seule caisse de l'ensemble des risques sociaux (accidents du travail, maternité, maladie, vieillesse, etc.) ;
- ▶ **l'universalité** : idée selon laquelle tous les individus sont soignés et suivis, de la naissance jusqu'au décès ;
- ▶ **la solidarité** : système de répartition des ressources, financé par les richesses issues de l'entreprise ;
- ▶ **la démocratie** : la gestion de l'institution est confiée aux bénéficiaires.

L'adaptation et la prévention du système de protection sociale reposent sur trois principes :

- ▶ l'égalité d'accès aux soins ;
- ▶ la qualité des soins ;
- ▶ la solidarité.

A 1945 : création de la sécurité sociale

Régime général de la sécurité sociale :

- ▶ la protection contre les risques est obligatoire ;
- ▶ la sécurité sociale est financée par prélèvements issus des revenus du travail ;
- ▶ l'application de la sécurité sociale est étendue à d'autres catégories de la population ;
- ▶ la gestion des caisses est assurée par les partenaires sociaux (démocratie sociale).

B Article 1^{er} de la Constitution de 1946

« Il est institué une **organisation de la Sécurité sociale** destinée à **garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques** de toute nature susceptible de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à **couvrir les charges** de maternité ou les charges de famille qu'ils supportent. »

C Préambule de la Constitution de 1958 concernant la sécurité sociale

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

D Ordonnance de 1967

Cette ordonnance vient effectuer une séparation en trois branches différentes :

- ▶ la maladie ;
- ▶ la famille ;
- ▶ la vieillesse.

Chacune des branches est responsable à la fois de ses ressources et de ses dépenses.

Ainsi, trois caisses nationales de sécurité sociale et une agence centrale voient le jour :

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ; ▶ la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; ▶ la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). | } | <p>L'agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune des ressources (ACOSS)</p> |
|---|---|--|

E La réforme de 1996

- ▶ Ouverture automatique des droits à l'assurance maladie à partir de 18 ans, pour les personnes résidant sur le territoire français.
- ▶ Intervention de l'État dans la gestion des caisses d'assurance maladie ; sont gérées paritairement l'UNEDIC (l'assurance chômage), la CNAM, la CNAV, et la CNAF.
- ▶ Maîtrise des dépenses de soins.
- ▶ Réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- ▶ La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) est créée. Elle s'applique aux revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, de placement, aux jeux de hasard, aux paris hippiques et casinos.

F 1999-2000 : le principe d'universalité et la création de la Couverture maladie universelle (CMU)

- ▶ **CMU de base** : toute personne résidant en France et ne bénéficiant pas de titre de couverture maladie obligatoire peut bénéficier de remboursements de soins gratuitement (à condition d'avoir un revenu fiscal inférieur au plafond fixé).
- ▶ **CMU complémentaire (CMUC)** : elle permet l'accès gratuit aux soins pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer une complémentaire santé.

- ▶ L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) : mise en place par l'assurance maladie, elle délivre une attestation-chèque permettant d'obtenir une réduction sur le montant annuel de la cotisation à une complémentaire santé (à condition de choisir un organisme complémentaire qui propose l'un des contrats sélectionnés au titre de l'ACS).
- ▶ Diffusion de la carte vitale personnelle pour les ayants droit à partir de 16 ans.

G La réforme structurelle de l'assurance maladie adoptée en 2004

- ▶ **Redéfinition de l'organisation de l'offre de soins, de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des instances dirigeantes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).**

La CNAMTS est soumise à une double tutelle : celle du ministère chargé de la sécurité sociale et celle du ministère de l'Économie et des finances. Ainsi, l'article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 stipule : « Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources. »

H Le 1^{er} janvier 2016

La CMU est remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) : toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé.

2 Caractéristiques des grands principes fondateurs

A La solidarité

1 • Justice « redistributive » et justice « réparatrice »

Il convient dans un premier temps d'établir une distinction entre solidarité et charité.

Solidarité	Charité
<ul style="list-style-type: none"> ▶ C'est un mode de l'action publique. ▶ Elle a un caractère légal, qui lui donne une portée universelle. ▶ Elle s'exerce après le constat d'une situation objective. ▶ Elle fait l'objet d'une rationalisation juridique, objective. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est effectuée au nom de principes religieux ou politiques. ▶ Il y a une absence de cadre légal, jugement moral. ▶ Elle s'exerce suite à un jugement subjectif, moral. ▶ Elle est relative à la foi.

La solidarité a pour objectif d'estomper les inégalités liées au sexe, aux origines ethniques et sociales, et à l'état de santé. Elle agit sur les conséquences des inégalités, et non sur ses origines. Plus précisément, la solidarité vient combler le fossé creusé par les problèmes d'intégration sociale et professionnelle. Ces soucis d'inadaptation sont le reflet de l'évolution de l'environnement des populations. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale apparaît la nécessité de faire œuvre de solidarité afin d'accompagner les populations qui doivent s'adapter aux mutations inhérentes à la modernisation de la France.

Les fruits de la croissance doivent être mis au service d'une justice « redistributive » : entre 1945 et 1975 (les Trente Glorieuses), la croissance économique est en augmentation. L'avènement de la société de consommation et la hausse du niveau de vie des Français impliquent un recul de la pauvreté. La solidarité, en tant que pilier du système de protection sociale, est à l'œuvre :

- ▶ entre les générations (régime des retraites) ;
- ▶ envers les personnes aux minces revenus, ou défavorisées.

L'aide sociale départementale agit comme un véritable pivot de l'action sociale, dans la mesure où elle représente un des systèmes de la solidarité, en s'adressant aux personnes en difficulté matérielle ou sociale. Chaque département a pour mission d'établir un règlement départemental d'aide sociale, traitant l'ensemble des aides, par exemple : aide sociale aux personnes en situation de handicap, ou aux personnes âgées¹.

B L'universalité

Provenant du terme latin *universalis*, l'universalité est relative à ce qui appartient à une généralité, une totalité. Ainsi, associée à la sphère des sociétés humaines, elle fait référence à ce qui englobe, ou implique, la totalité des individus.

Les deux textes fondateurs de la sécurité sociale introduisent clairement l'importance de ce terme :

- ▶ **l'ordonnance du 4 octobre 1945** souligne que « le but à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ». Par conséquent, l'objectif de l'organisation de la sécurité sociale est de protéger la totalité des individus lorsque ces derniers sont confrontés à des risques, ou des imprévus, venant mettre potentiellement en péril leur santé, ou leurs conditions de vie. Cette maxime insiste sur le caractère essentiellement universel de la mise en place d'un système de protection ;
- ▶ **la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948** stipule que « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ». Le caractère universel de la sécurité sociale est ici aussi mis en valeur, dans la mesure où chaque individu, sans discrimination de sexe, d'âge, ou de classe sociale, est naturellement en mesure d'avoir accès aux mêmes droits de protection que n'importe quel concitoyen.

> EXEMPLE

Le principe d'universalité relative au versement des allocations familiales

Si le caractère universel du droit à la sécurité sociale implique que chaque individu et famille sont en mesure de prétendre à une aide, qu'en est-il des conditions de ressources ? Supprimer cette aide au sein des foyers les plus aisés viendrait anéantir le principe d'universalité, pourtant pilier fondateur de la sécurité sociale. Il convient par conséquent de prendre en compte non uniquement l'individu mais la cellule familiale tout entière. Les allocations familiales ne seraient pas destinées à un parent, mais viendraient répondre à un besoin suite à un changement survenu dans la cellule familiale, comme une maladie, une retraite, ou encore l'arrivée d'un enfant. Dans ce type de cas, l'allocation familiale aurait une visée avant tout compensatoire. Cependant, cette compensation fait l'objet d'un calcul basé sur les ressources familiales. Le droit aux allocations familiales reste ouvert à tous, mais l'aide perçue restera tributaire des revenus engendrés par la famille.

1. Département Ille-et-Vilaine, site internet « Missions et politiques publiques, Action sociale », consulté le 6 juin 2021

1 • Le paradoxe de la redistribution

Dans une tribune publiée par *Libération*, l'économiste Guillaume Alègre met l'accent sur le potentiel danger d'un tel système. Il évoque le risque de se retrouver « [...] dans une situation avec d'une part des foyers qui payent l'impôt sur le revenu, mais ne bénéficient pas des allocations familiales, et d'autre part des foyers qui reçoivent des allocations familiales, mais ne paient pas d'impôt sur le revenu. Dans ces conditions, les allocations familiales ne seront plus réellement soutenues par les classes moyennes aisées. Or, il n'aura échappé à personne que les personnes et associations qui défendent actuellement la politique familiale ne sont pas toutes issues des classes populaires. Sans soutien des classes moyennes, les prestations familiales risquent d'être rognées peu à peu, avant de disparaître² ».

2 • Accès aux soins et universalité

L'accès aux droits

Cet accès signifie qu'une personne, ou une population, est en capacité de faire appel au service dont elle a besoin. **Il peut être plus ou moins facile et freiné par plusieurs facteurs :**

- ▶ économique ;
- ▶ culturel ;
- ▶ physique ;
- ▶ géographique.

La présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs implique un problème d'accès aux soins, notamment chez les personnes âgées ou en situation de précarité. Ces facteurs peuvent mettre en péril la vie de l'individu concerné.

Pourtant, cet accès fait partie **des droits fondamentaux** en tant qu'il doit garantir à chaque individu de recevoir des soins :

- ▶ **préventifs** (prévenir l'apparition d'un problème, ou d'une maladie) ;
- ▶ **curatifs** (soigner, avec les moyens ou le traitement approprié, l'individu).

Étant ouvert à tous, la situation sociale ou l'état de santé ne doit, en aucun cas, faire obstacle à l'accès à ce droit.

3 • Impacts des obstacles à l'accès aux droits et solutions gouvernementales

Afin de minimiser l'impact des facteurs faisant obstacle à l'accès aux droits, plusieurs exigences doivent être respectées.

Lutte contre le facteur géographique

- ▶ **Une population médicale importante** : plus le nombre de médecins est important, plus les probabilités d'être bien soigné augmentent. En 2019 en France, 101 355 médecins généralistes étaient en activité. Cependant, la densité de médecins généralistes par régions reste inégale. En 2019, l'on observe 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants (densité nationale). La densité de médecins reste élevée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (plus de 1787 médecins pour 100 000 habitants), alors qu'elle est

2. Guillaume Allègre, « Universalité des allocations familiales et paradoxe de la redistribution », octobre 2014.

particulièrement faible en région Haute-Normandie (moins de 123 médecins pour 100 000 habitants³). La situation est d'autant plus alarmante au sein de certains pays d'Afrique : en Afrique subsaharienne, on recense moins de 20 médecins pour 100 000 habitants.

- **Une répartition géographique des moyens médicaux** : la répartition des médecins est plus faible dans les zones rurales, en faible densité de population, ou encore en banlieues à population minoritaire. La facilité d'accès aux soins de première nécessité et spécialisés, aux établissements paramédicaux dans ces zones est donc impactée négativement. En France, ces zones sont nommées « déserts médicaux ».

Lutte contre les facteurs géographiques et physiques

Dans les zones rurales vivent souvent des personnes isolées.

- **La mise en place des TIC** (Techniques de l'information et de la communication) comme outils d'intégration des personnes physiquement isolées dans le système commun de santé vise l'intégration de ces personnes au sein même des politiques de santé. Pour des questions principalement d'ordre éthique, une vigilance particulière doit être effectuée afin de sécuriser les données personnelles des usagers, notamment en demandant à l'utilisateur de signer une charte de consentement éclairé et en mettant en œuvre un cadre juridique fiable, un système d'accréditation et de labellisation (des sites web, des outils, des professionnels). Ainsi, les politiques de santé privilégient, pour les personnes géographiquement isolées, de bénéficier des services de la télémédecine. Cette dernière, ou médecine à distance, permet :

- d'améliorer l'accès aux soins ;
- d'améliorer la qualité de prise en charge ;
- de diminuer les événements graves ;
- d'améliorer la qualité de vie.

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi postthérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, enfin d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

- La télémédecine est un vecteur important d'**amélioration de l'accès aux soins**, en particulier dans les zones fragiles. En effet, elle permet une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue à **rompre l'isolement** dont sont parfois victimes les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social. Elle constitue aussi un facteur d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie.
- La téléconsultation permet à un professionnel médical de **donner une consultation à distance** par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication (art. R. 6316-1 CSP). C'est un acte médical et une **action synchrone** (patient et médecin se parlent en direct). Elle permet de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.
- La **téléexpertise** permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de

3. DRESS, données statistiques publiques en santé et social, consulté le 7 juin 2021

l'information et de la communication (art R. 6316-1 CSP). C'est d'abord un acte médical et une **action asynchrone** (patient et médecin ne se parlent pas en direct) **qui concerne deux médecins lors d'une consultation** pendant ou à distance de la consultation initiale. Cette action ne faisait pas l'objet d'une rémunération jusqu'à présent.

- La **télesurveillance** permet à un professionnel médical d'**interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient**. Cela concerne actuellement les patients en ALD (une affection longue durée est une maladie chronique à caractère grave), se situant en structure médico-sociale ou à leur domicile. La téléassistance médicale a pour objet de **permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte**.

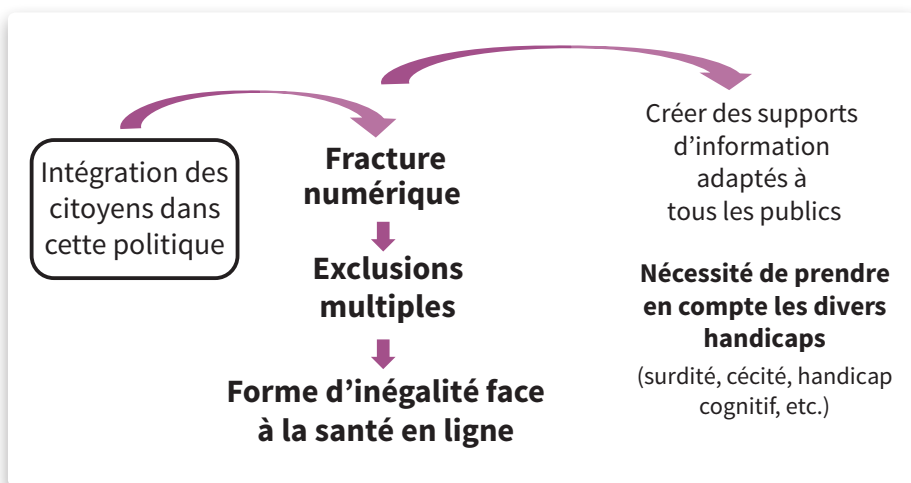
L'article 78 de la loi n° 2009-879 du **21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définit pour la première fois la télémédecine (art. L. 6316-1 du Code de santé publique).

Le décret n° 2010-514 du **18 mai 2010** relatif au projet régional de santé rend obligatoire l'élaboration d'un programme régional de télémédecine.

4 • Lutte contre les facteurs économiques et culturels

Les techniques d'informations et de communication (TIC) sont avant tout destinées à l'usager (au bénéficiaire). Elles entrent en jeu lorsque le bénéficiaire est en situation de difficultés : financières, d'accès à internet, barrière de la langue, etc. La prise en compte des besoins concrets est l'enjeu principal de la mise en place de ces techniques. Ces besoins sont souvent liés au vieillissement de la population et à la mobilité transfrontalière des patients. Les TIC représentent une source alternative d'informations mais également une offre parallèle de services en matière de santé et de prévention des risques. Impliquer et informer les usagers devient un impératif.

La réussite des politiques de santé est aussi liée.



Les TIC visent donc à réduire le phénomène de **fracture numérique**. Ce phénomène s'est accentué suite à la progression de l'utilisation des ordinateurs et du numérique en France. Les générations les plus âgées n'ont que peu appris, ou n'ont pas été formées à l'utilisation de ce type de ressources. De plus, les personnes en situation de précarité financière

n'ont pas nécessairement accès aux technologies du numérique. Par conséquent, le développement des TIC doit prendre en compte ces difficultés, en créant notamment des supports d'informations qui sont adaptés aux différents publics, pour réduire les formes d'inégalités face à la santé en ligne. D'autres dispositifs sont mis en place :

- ▶ l'association d'insertion Emmaüs France, qui possède un pôle dédié « **Emmaüs Connect** ». Il propose des espaces avec des équipements pour se connecter à Internet, des ateliers d'initiation informatique, et des activités ciblées autour de l'emploi ou des démarches administratives ;
- ▶ 13 septembre 2018 un plan gouvernemental d'aide aux exclus du numérique se met en place. Il prévoit des **pass numériques** donnant accès à 10 heures de formation, mais aussi une sensibilisation des agents publics comme ceux de la Poste ou du Pôle emploi pour accompagner leurs usagers.

Depuis 2020, le plan de relance du numérique au service du quotidien est annoncé par le Gouvernement : il est l'occasion de porter un coup d'accélérateur sans précédent en faveur de l'accompagnement des Français à l'appropriation des usages et services numériques. En effet, la crise sanitaire nous impose d'être plus ambitieux notamment parce que le numérique devient cette ligne de vie qui permet de garder le lien avec ses proches, de télétravailler, d'accéder aux services publics et aux autres services essentiels, de consulter un médecin, etc. En gardant la même méthode partenariale, il s'agit d'aller plus vite, plus loin.

EXEMPLE

Le Faitout connecté est un espace numérique aux fonctions multiples. Situé à Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt, il accueille France services, des espaces de télétravail et de coworking, une salle de formation, un fablab, un espace accès libre (pour naviguer sur Internet, scanner et imprimer des documents...), une salle de réunion connectée, un bureau partagé pouvant accueillir les partenaires (assistante sociale, chambres consulaires, mission locale...) ainsi qu'un établissement d'accueil du jeune enfant. Il expérimente Aidants Connect et le passe numérique depuis le début de l'année 2020. Ses équipes ont contribué au centre d'appels solidarité numérique créé pendant le confinement. Coût et financement : 250 millions d'euros sont mobilisés⁴.

5 • Les grands principes de l'accès aux soins en milieu hospitalier

- ▶ L'hôpital public a pour obligation d'accueillir le public, sans discrimination relative à sa nationalité, sa situation politique, son sexe, son âge, son état de santé, ses opinions politiques, philosophiques ou encore religieuses.

REMARQUE

Pour le public ne disposant pas de pièces justificatives d'état civil, ou de renseignements relatifs à la prise en charge des soins, le directeur de la structure de soins doit prononcer l'admission de ce public et s'assurer des conditions de vie à sa sortie de la structure, pour déterminer si et dans quelles conditions le traitement et les soins peuvent être poursuivis.

- ▶ L'hôpital a pour responsabilité d'accueillir tout public dont l'état de santé requiert des soins, de quelque nature qu'ils soient.
- ▶ L'hôpital a pour obligation l'accueil le public de jour comme de nuit, 24h/24, 365 jours par an.

4. Exemple issu du site economie.gouv.fr/plan-de-relance.

6 • Les mesures de lutte contre l'exclusion sociale

- ▶ La couverture maladie universelle (CMU), remplacée au 1^{er} janvier 2016 par la **PUMA** est destinée au public démuné, autrement dit aux personnes ne bénéficiant que de faibles revenus et non couverts par l'assurance maladie.
- ▶ En vue de réduire les inégalités se rapportant à l'accès aux soins, la mise en place de **permanences aux soins de santé (PASS)** permet un accueil et un accompagnement inconditionnel des publics en situation de précarité ne disposant pas de couverture médicale. Le rôle de ce dispositif est double : il s'agit de leur faciliter l'accès aux soins, puis de les accompagner dans les démarches se rapportant à la reconnaissance de leurs droits. Implantées au sein même des hôpitaux, les PASS collaborent avec un réseau de professionnels (santé et social). Leur rôle dépend du « programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) » du projet régional de santé.

📌 L'équité

Les allocations de ressources, ainsi que le traitement des résultats doivent répondre à une procédure impartiale (équitable) entre les individus (différents publics). Nous pouvons distinguer deux types d'équité : horizontale et verticale.

Équité « horizontale »	Équité « verticale »
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle concerne l'accès aux soins. ▶ Les besoins chez un individu doivent recevoir un traitement égal à ceux reçus chez un autre individu aux besoins similaires. ▶ Égalité de l'accès aux soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle concerne le financement des soins. ▶ Les individus contribuent au système de santé en fonction du niveau de leurs revenus. ▶ Principe de solidarité entre individus.

La lutte contre les inégalités de santé peut donc être de plusieurs ordres.

- ▶ **Au niveau macro-social** : développement, par exemple, d'infrastructures de santé accessibles à tous, système de protection sociale englobant une part importante de la population ou en mettant en œuvre des **politiques de santé publique**.

La réforme du « Reste à charge 0 » :

Depuis novembre 2019, l'offre « 100 % » santé se déploie en plusieurs temps et concerne d'abord les dispositifs auditifs, puis, quelques mois plus tard, l'ensemble des dispositifs optiques, auditifs et dentaires. La réforme du reste à charge zéro (RAC 0), inclut, dès 2022, davantage de soins dentaires au sein de cette offre. L'objectif de cette réforme est de rendre gratuits ces dispositifs à destination des usagers bénéficiaires de la sécurité sociale et d'une mutuelle. Ainsi, après remboursement de la part de la sécurité sociale, puis celle de la mutuelle, ces dispositifs sont pris en charge à 100 %. Cette réforme vise avant tout la **lutte contre le renoncement aux soins**, pour cause de difficultés économiques et de remboursements insuffisants de la part mutuelle.

Afin de bénéficier de cette offre, l'usager doit avoir souscrit un contrat « responsable » auprès de sa mutuelle. Couvrant actuellement 98 % des usagers ayant souscrit à une mutuelle, le contrat responsable vise à faire respecter le parcours de soins à l'usager : la mise en place d'un processus préventif destiné plus particulièrement aux enfants et jeunes adultes est aussi corrélée à cette réforme. La réforme RAC 0 permet par conséquent de faciliter l'accès aux équipements de santé réputés coûteux, tels que les audioprothèses, les lunettes de vue (verres et montures) et les prothèses dentaires.

Mécanisme de remboursement et reste à charge : pour chacun des soins prescrits, la sécurité sociale fixe un pourcentage. C'est la base de remboursement qu'elle peut prendre en charge et que l'utilisateur n'aura pas à régler. Sans mutuelle, l'utilisateur doit régler le reste à charge, c'est-à-dire le montant non compris par le pourcentage de remboursement de la sécurité sociale, qui s'appelle « le ticket modérateur ». Depuis la mise en place des « contrats responsables » au sein des mutuelles, le ticket modérateur est remboursé intégralement par la mutuelle.

Mais le reste à charge comprend également « **le dépassement régulé** ». Il s'agit des dépassements d'honoraires, qui sont régulés par le prix limite de vente (PLV pour les soins en audiologie) ou encore d'honoraires limite de facturation (HLF pour les soins dentaires). Ces dépassements d'honoraires sont donc soumis à des plafonds, des limitations, que le professionnel de santé ne doit pas dépasser. L'offre 100 % santé met à disposition trois paniers :

- le panier « 100 % santé » ;
- le panier « maîtrisé » ;
- le panier « libre ».

Le contenu des paniers diffère en fonction des choix des matériaux que l'utilisateur souhaite utiliser pour les trois différents dispositifs.

Avec l'offre 100 % santé, la complémentaire santé rembourse aussi intégralement cette partie du reste à charge, si l'utilisateur bénéficie du **panier « 100 % santé »**. S'il s'oriente vers le **panier « maîtrisé »**, le remboursement du reste à charge des dépassements régulés est variable en fonction des complémentaires santé.

La troisième partie constituant « le reste à charge » concerne les dépassements libres, qui correspondent au montant à régler au professionnel de santé qui se situe au-delà du plafond de dépassement d'honoraires fixé. Si la complémentaire santé peut rembourser cette partie, cela reste variable au regard des garanties souscrites et présentes dans le contrat de la mutuelle. **Les dépassements « libres » n'existent que lorsque l'utilisateur utilise un panier « libre »**.

La participation forfaitaire : c'est une contribution qui s'élève à 1 euro qui reste non remboursée par la sécurité sociale et les mutuelles. Elle s'applique à tous les assurés pour les consultations médicales, tout acte à visée médicale, les actes biologiques ou encore radiologiques. Son plafond annuel est de 50 euros par usager. Cependant, dans certains cas, cette participation forfaitaire n'est pas demandée, par exemple pour les enfants de moins de 18 ans, les bénéficiaires de l'assurance maternité à plus de 6 mois de grossesse, les bénéficiaires de la PUMA, les bénéficiaires de l'aide médicale de l'état (AME), les usagers des territoires d'outre-mer, durant les consultations impliquant un chirurgien-dentiste, une sage-femme un auxiliaire médical. Cette exception concerne également les actes médicaux réalisés lors d'hospitalisation d'un ou plusieurs jours, dans les centres de dépistages du sida, du cancer du sein, les actes pris en charge par le fond d'action sanitaire et sociale (FNASS) au titre du suivi postprofessionnel et de l'amiante, et les consultations d'expertise médicale.

- **Au niveau micro-social** : développement qui s'attaque aux causes, par exemple en interdisant l'usage de produits cancérigènes dans l'industrie, source de problèmes de santé pour les salariés qui y sont exposés.

3 La démocratie

A Démocratie et démocratie sanitaire

La notion de « démocratie » provient du grec *demos* signifiant « peuple » et *kratos* « pouvoir ». Au sens strict, la démocratie fait donc référence à un régime politique au sein duquel le pouvoir de décision, ou l'autorité, est assuré par les citoyens. Ce principe de souveraineté des individus est non discriminatoire (principe d'égalité entre les individus). Telle est la définition de la démocratie participative en vigueur. Quand est-il du domaine de la santé ? La notion de démocratie sanitaire voit le jour lors des États généraux du cancer et de la santé en 1998. Le peuple exprime sa volonté de prendre parti activement aux décisions relatives au système de santé. Ainsi, l'ensemble des acteurs participe à l'élaboration de la politique de santé.

1 • Historique en matière de législation

- ▶ 1998, **États généraux du cancer et de la santé** : naissance de la démocratie sanitaire.
- ▶ 2002, **loi sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale** : l'utilisateur est placé au centre de l'organisation sanitaire. Il devient acteur du système de santé en pouvant y intervenir.
- ▶ 2009, **réforme de l'hôpital, loi relative aux patients, à la santé et aux territoires** : renforcement des outils de démocratie sanitaire et mise en place de nouvelles instances comme la Conférence de territoire et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).
- ▶ 2016 :
 - **loi de modernisation du système de santé (LMSS)** : création des conseils territoriaux de santé, renforcement de la prévention, réorganisation autour des soins de proximité, développement des droits des patients ;
 - **réforme** : transformation des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en commissions des usagers (CDU) dans lesquelles les représentants d'usagers peuvent aujourd'hui devenir président ou vice-président.

2 Prestation et services

1 La notion de prestation

Dans les domaines sanitaire et social, la prestation se définit comme **l'objet qui doit être versé par un organisme**, et ce au titre d'une législation sociale. Cet objet varie en fonction des domaines : il peut s'agir d'une somme d'argent, d'une aide, ou encore d'une performance. Emprunté au latin *praestatio*, la prestation représente « l'action de s'acquitter de quelque chose, ou de verser quelque chose, en vertu d'une obligation ». Par conséquent, **verser une prestation implique** l'existence d'un **prestataire**, qui fournit cette prestation à un, ou plusieurs **bénéficiaires**. Ainsi, la prestation peut aussi être considérée comme un remboursement.

A Prestations sociales et catégories de risques

Pour compenser une perte de revenus, ou un changement qui vient bouleverser le montant de ses revenus, l'individu a droit à des allocations, ou des indemnités appelées « prestations sociales ». Celles-ci peuvent être versées pour de multiples raisons.

- ▶ Prestations de maladie :
 - maladie ;
 - maternité/naissance d'un enfant ;
 - invalidité ;
 - décès.

> EXEMPLE

Remboursement des frais médicaux par l'organisme de sécurité sociale.

- ▶ Prestations familiales et prestations sociales :
 - allocations familiales ;
 - allocations logement ;
 - allocation de prime d'activité ;
 - chômage, etc.

> EXEMPLE

Salaire de remplacement versé par Pôle emploi pendant une recherche d'emploi.

Plusieurs types de prestations doivent être différenciés.

Tableau synthétique des types de prestations

Prestations monétaires sociales distribuées aux ménages confrontés à un risque social	Prestations en nature	Remboursement (total ou partiel) des frais médicaux (consultations, chirurgie, pharmacie, appareillage spécifique, analyses biologiques).
	Prestations en espèces	Compensation de la perte de salaire suite à une incapacité de travailler (versement d'indemnités journalières ou encore pension d'incapacité permanente).
	Prestations contributives	Versement d'allocations en contrepartie du versement de cotisations pendant plusieurs années (pension vieillesse).
	Prestations non contributives	Versement d'allocations aux bénéficiaires qui n'ont pas cotisé suffisamment, voire pas du tout (allocations aux vieux travailleurs salariés).
Prestations de services sociaux Biens et services à disposition des individus dans le cadre de la protection contre un risque social	Accès à des services partiellement ou intégralement gratuits	Par exemple, accès gratuit ou à tarif réduit à des services comme l'hospitalisation publique.
Prestations fiscales	Exonération ou réductions d'impôts	Quotient familial permettant le calcul du montant de l'impôt sur le revenu. Le quotient familial de la CAF est exprimé en euros et détermine l'éligibilité à une prestation sociale.

Une prestation sociale se définit alors comme un versement d'argent public à des bénéficiaires, dans le but de couvrir des dépenses qui sont considérées comme des réponses à des objectifs sociaux (santé, chômage, invalidité, etc.).

Protection sociale et prestations sociales sont donc intimement liées.

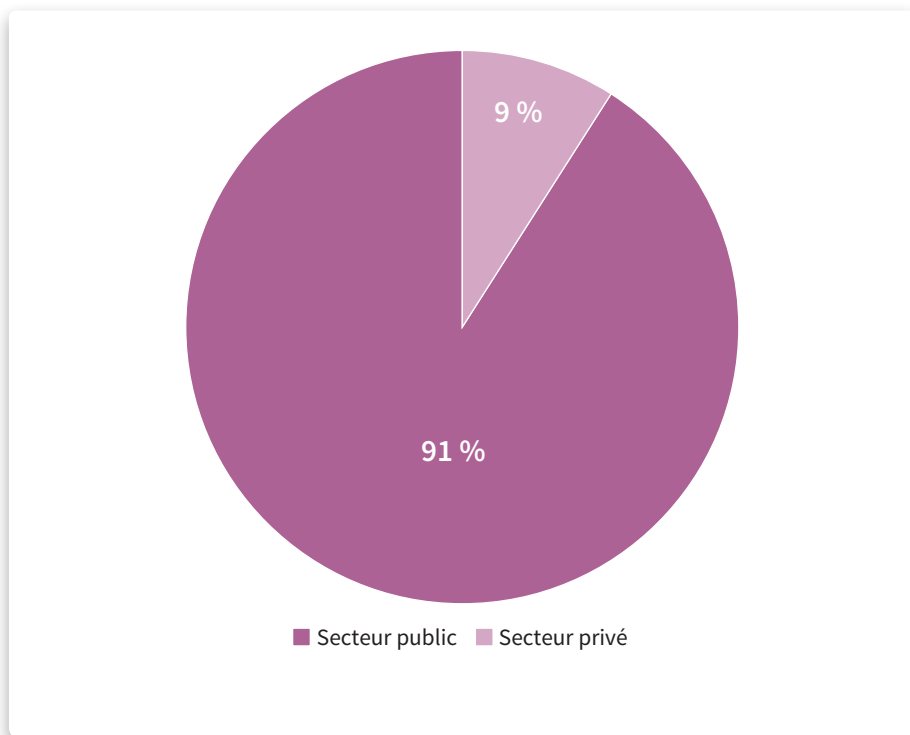
La protection sociale est dépendante des cotisations sociales et, de ce fait, de la redistribution des revenus versés par les citoyens. Les cotisations sociales peuvent être prélevées :

- ▶ directement sur le montant des salaires des individus (caractère obligatoire) ;
- ▶ dans le cadre du budget de la collectivité, qui est financé par les prélèvements fiscaux.

Les diverses prestations sociales sont versées par des intermédiaires, qu'ils soient privés ou publics, par exemple :

- assurance sociale ;
- assistance sociale ;
- collectivités territoriales ;
- institutions à but non lucratif.

Selon les comptes de la protection sociale, le financement des prestations sociales en France, pour l'année 2018, est réparti ainsi :



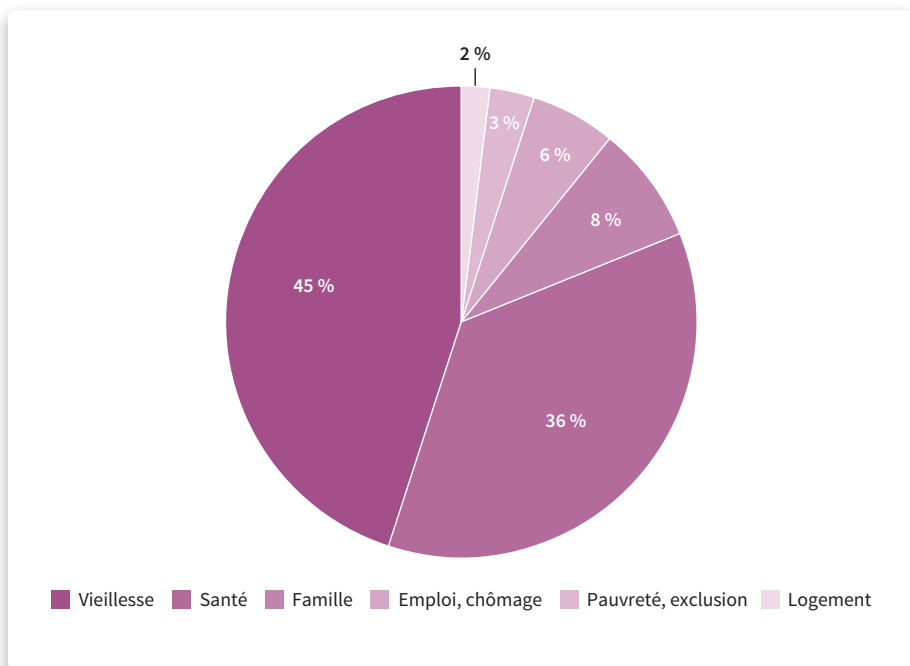
Le secteur privé comprend les mutuelles et institutions de prévoyance ; les autres régimes d'entreprises, le secteur non lucratif.

Le secteur public comprend les administrations rattachées à la sécurité sociale, qui financent à 72 % les prestations sociales ; et l'État, les collectivités territoriales, qui financent les prestations sociales à hauteur de 19 %.

Ces prestations sociales sont associées à six catégories de risque :

Risques	Prestations associées
Vieillesse, survie	Pension de retraite, de réversion, accompagnement à la dépendance.
Santé	Remboursement des soins liés à la maladie, à la perte d'autonomie, à l'invalidité, aux accidents du travail et maladies professionnelles.
Famille	Prestations relatives à la maternité, aux aides pour la garde d'enfants et aux allocations familiales.
Emploi	Indemnisation chômage, aide à l'insertion professionnelle et à la formation.
Logement	Aides au logement.
Précarité, exclusion	Minima sociaux (RSA, minimum vieillesse).

La DRESS nous fournit des données sur le montant des dépenses par année, en termes de prestations sociales. En 2018, 742 milliards d'euros de prestations sociales ont été versés. Ce total est réparti par catégorie de risques sociaux :



En 2018, 81 % des prestations sociales ont été versées aux branches de la vieillesse et de la survie (allocations retraites comprises), et à celle relative à la santé.

2 De la « prestation » au « service »

Adam Smith établit une différenciation entre le travail productif et le travail improductif. Il précise que : « Le travail de certains des ordres les plus respectables de la société n'est productif d'aucune valeur et ne se fixe, ni ne se réalise dans aucun objet durable, ni aucune marchandise vendable. » Ainsi :

- ▶ le travail productif est à l'origine de la richesse des nations, il contribue à la fabrication et à la distribution des biens (biens qui représentent des objets matériels, qui peuvent être accumulés ou encore échangés). Il correspond à un échange de marchandises ;
- ▶ le travail improductif se rapporte à la prestation de service. Le fruit de ce travail n'est pas la production d'un bien, il disparaît au moment où il est produit (immatériel). Le travail improductif se comprend comme un échange de services d'individus à individus.

L'activité de service met à disposition une capacité qui est soit intellectuelle, soit technique, et non un objet produit comme résultat d'une activité industrielle. L'activité de service couvre un large champ d'activités dans lequel sont comprises l'éducation, la santé et l'action sociale.

Le déplacement de l'activité économique de l'industrie vers les services – la tertiarisation des économies – est la caractéristique majeure de la seconde moitié du xx^e siècle.

L'INSEE précise que ce champ d'activités représente un ensemble que l'on nomme « activités tertiaires ». Au sein de ces activités, nous pouvons distinguer deux grandes catégories :

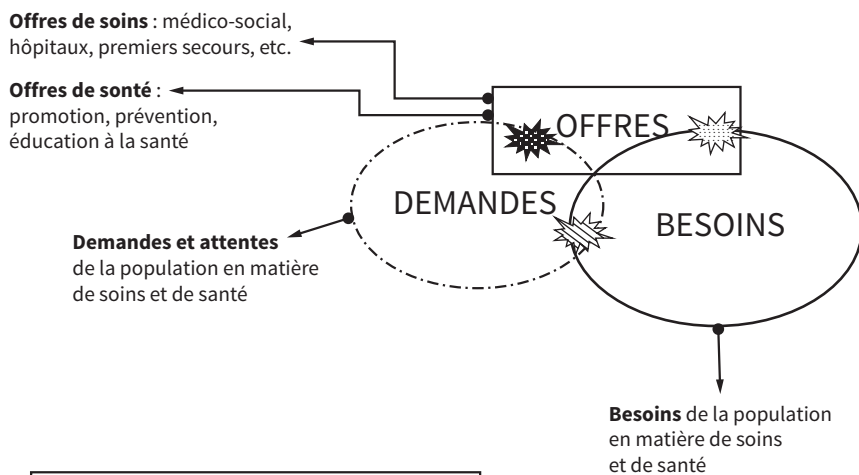
- ▶ **le secteur tertiaire marchand** : il suppose une transaction financière, entre un acheteur et un vendeur. Parmi les services marchands, on peut par exemple citer le commerce, les activités immobilières et les services aux particuliers. Plus précisément, on considère comme services tertiaires marchands les services proposés par les restaurants, les hôtels, les locations d'appartements et de maisons, ou encore les activités culturelles ;
- ▶ **le secteur tertiaire non marchand** : proposés par l'État et les collectivités territoriales, les services non marchands sont gratuits. Ils sont financés par des prélèvements obligatoires comme les impôts ou les cotisations sociales. Parmi ces services, peuvent être cités : l'éducation nationale, les services hospitaliers, la sécurité sociale.




3 La place des services dans l'économie française : l'offre et la demande

L'objectif principal est de parvenir à apporter une réponse aux besoins des individus. Dans les domaines sanitaire et social, chacune des offres de services répond à la réalisation de prestations ayant pour visée le maintien ou l'amélioration de la santé, ou du bien-être physique et social de l'individu. Pour réaliser ces prestations, une relation de service doit être établie entre au moins deux acteurs : d'une part, un prestataire, et d'autre part, un bénéficiaire. Des rapports étroits s'établissent entre le prestataire et les attentes des bénéficiaires. Cette relation de service est considérée comme « dynamique », dans la mesure où l'ajustement de l'offre de services à la demande représente aujourd'hui un enjeu majeur dans l'évolution des structures sanitaires et sociales. D'après J.-R. Loubat, consultant libéral auprès des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : « Le premier travail du prestataire est précisément de générer un climat de confiance et de faire émerger, puis développer les attentes du bénéficiaire jusqu'à ce qu'elles s'avèrent suffisamment lisibles et compréhensibles pour faire l'objet d'une proposition à partir de l'offre de services existante [...]. On parle également aujourd'hui de marketing social pour rendre compte de la démarche¹. »

Les organisations prestataires de ces services, tant dans le domaine de la santé que dans celui du social, doivent s'adapter à la demande sociétale et à l'émergence de nouveaux besoins. Le bénéficiaire devient de plus en plus exigeant, et sa demande s'assimile de plus en plus à une logique proche de celle de la consommation. Le caractère paradoxal de l'offre de services à caractère non marchand peut être ici souligné. De plus en plus de structures sanitaires et sociales à but lucratif émergent, dans un contexte d'adaptabilité aux exigences de l'économie de marché. Les structures privées d'aides à domicile se multiplient et, parallèlement, la modernisation des services publics s'insère dans une logique d'amélioration des performances. L'adéquation entre les offres des prestataires, les besoins en termes de soins et de santé, et les demandes de la population peut se schématiser ainsi :

1. Jean-René Loubat, « Évaluer la situation de la personne bénéficiaire », *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, 2017.



-  Demandes exprimées de la part de la population, mais sans besoins réels (danger de gaspillage des ressources).
 -  Besoins manifestes sans demandes complémentaires exprimées : services disponibles.
 -  Demandes et attentes manifestes de la population, mais offres non disponibles.
- *La demande émerge lorsque le besoin n'est pas comblé (mécontentement de la population si l'offre ne s'adapte pas).*

3

Diversité des prestations et services sanitaires et sociaux

1 Les quatre régimes de la protection sociale

Les risques concernant la maladie, l'invalidité, la maternité, les accidents du travail ou maladies professionnelles, la vieillesse, la famille et enfin le décès sont pris en charge par la couverture de base assurée par la sécurité sociale. Cette couverture de base se compose de quatre régimes différents. En fonction de leur activité professionnelle, les usagers se voient orientés vers un régime bien spécifique. Cependant, des régimes complémentaires peuvent être souscrits par les assurés : ils fournissent une couverture supplémentaire à celle de base. Certains sont facultatifs, d'autres obligatoires.

Les quatre régimes de la protection sociale

Couverture de base (sécurité sociale)	Couverture supplémentaire (régimes complémentaires)	
	Facultatifs	Obligatoires
Régime général : salariés et étudiants. Dépendant du ministère chargé des Affaires sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mutuelles de santé ▶ Sociétés d'assurance ▶ Institutions de prévoyance 	Régimes complémentaires de retraite des salariés du secteur privé
Régimes spéciaux : salariés non couverts par le régime général (fonctionnaires, agents de la SNCF, EDF, GDF, etc.). Dépendant du ministère chargé des Affaires sociales.		
Régimes des non-salariés, non agricoles : artisans, commerçants, professions libérales pour l'assurance vieillesse. Dépendant du ministère chargé des Affaires sociales.		
Régime agricole : exploitants et salariés agricoles. Dépendant du ministère de l'agriculture.		

En cas de chômage et de situation de précarité, l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) assure la gestion de l'assurance chômage en faisant appel :

- ▶ à Pôle emploi pour le versement des allocations chômage ;
- ▶ aux organismes de sécurité sociale pour la collecte des cotisations.

Ainsi, les allocations sont financées par les employeurs qui cotisent en assurant leurs salariés. Toutes les professions mettent en commun leurs cotisations afin que l'ensemble des salariés (tous secteurs d'activité confondus) puissent bénéficier des allocations chômage.