
Politiques sociales ET DE santé

COMPRENDRE POUR AGIR

Sous la direction de

Yvette Rose Rayssiguier
Gilles Huteau



Politiques sociales et de santé

Comprendre pour agir

Sous la direction de
Yvette Rose RAYSSIGUIER
Gilles HUTEAU

**3^e édition
revue et augmentée**

Avec la collaboration de
Annie ANDRÉ-PÉCHAUD
Vincent CAILLIET
Magali CHANAL
Jean-François FOUGNET
Gisèle HUTEAU
Françoise JABOT
Michel LAFORCADE
Pierre VILLENEUVE

2018

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.
Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 2008, 1^{re} édition, Éditions EHESP.

© 2012, 2^{re} édition, Presses de l'EHESP.

© 2018, 3^e édition, Presses de l'EHESP, 2 avenue Gaston-Berger - CS 41119 - 35011 Rennes Cedex

ISBN : 978-2-8109-0708-3

www.press.es.ehesp.fr

Les auteurs

Yvette Rose RAYSSIGUIER, titulaire d'une maîtrise de droit public et ancienne élève de l'École nationale de la santé publique, a occupé les fonctions d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, à différents niveaux de responsabilité, au sein des services déconcentrés de l'État, avant de rejoindre l'École des hautes études en santé publique (EHESP) comme professeur en politiques sociales. Elle s'investit aujourd'hui au sein d'associations de défense des droits des personnes malades et de promotion de la santé publique.

Gilles HUTEAU, ancien élève de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) et docteur en droit, est professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), après avoir effectué une carrière de cadre dirigeant dans les organismes de protection sociale. Il enseigne les politiques sociales et de santé ainsi que le droit de la sécurité sociale et de l'aide sociale dans plusieurs masters co-accrédités avec l'université de Rennes et dans les cycles de préparation aux concours des différentes fonctions publiques (concours d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, de directeur d'hôpital, de directeur d'établissements sociaux et médico-sociaux...). Il est également membre du jury de l'agrégation en sciences médico-sociales. Membre du laboratoire de droit et changement social UMR-CNRS 6297 de l'université de Nantes, il est l'auteur de travaux de recherches et de nombreuses publications sur les questions sanitaires et sociales. Son expertise sur les thématiques de santé est régulièrement sollicitée par la Commission européenne au titre de son appartenance à l'équipe française du Réseau européen de la politique sociale.

Les collaborateurs

Annie ANDRÉ-PÉCHAUD est chef de service de l'aide sociale à l'enfance, direction enfance, famille, jeunesse, au conseil départemental du Puy-de-Dôme. Elle participe à cet ouvrage depuis sa première édition.

Vincent CAILLIET, inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, est directeur de cabinet de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, à Bordeaux.

Magali CHANAL est directrice territoriale adjointe à la protection judiciaire de la jeunesse en Auvergne.

Jean-François FOGNET est directeur adjoint à la direction départementale de la cohésion sociale de l'Ain.

Gisèle HUTEAU est cadre du secteur médico-social, en charge de la coordination d'actions de soutien à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Françoise JABOT, PhD, docteure en médecine, est enseignante-chercheuse en santé publique au département des sciences humaines et sociales de l'EHESP, au CRAPE-Arènes (UMR 6051) et à l'université Sorbonne Paris-Cité.

Michel LAFORCADE est directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, à Bordeaux.

Pierre VILLENEUVE, docteur en droit, est directeur régional des achats auprès du préfet de la région Bretagne. Professeur affilié à l'EHESP, il est vice-président de l'Association nationale des juristes territoriaux. Il est également coauteur de l'ouvrage *L'épreuve de droit hospitalier* paru en 2017 aux Presses de l'EHESP.

Avant-propos

Publié pour la première fois en 2008, puis réédité en 2012, *Politiques sociales et de santé* fête, avec cette troisième édition, son dixième anniversaire, grâce à un succès constant auprès d'un vaste public.

À cette occasion, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à Josiane Jégu et à Michel Laforcade pour avoir apporté, aux côtés d'Yvette Rose Rayssiguier, leurs connaissances et leur savoir-faire dans les deux éditions précédentes. Ils ont participé à conférer un caractère original à cet ouvrage tout en s'attachant, malgré son volume, à en faire un instrument de travail simple à utiliser.

Le lecteur est invité à découvrir les politiques sociales et de santé à partir d'un double point d'entrée : celui des interventions des pouvoirs publics d'une part, et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale d'autre part. Il ne néglige pas pour autant la place des autres acteurs – établissements, associations et usagers – qui jouent aussi un rôle dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques publiques.

Au fil des éditions, le sous-titre de l'ouvrage *Comprendre pour agir* acquiert sa pleine signification. *Politiques sociales et de santé* a certes pour objet de faire connaître ces domaines, mais il permet surtout d'en comprendre les enjeux et de disposer de méthodes et d'outils utiles à l'intervention professionnelle.

L'étude des politiques sociales et de santé se situant au carrefour de différentes disciplines, cet ouvrage fait appel aux savoirs les plus récents du droit, de la science politique, de la sociologie et de l'économie, lesquels sont associés à l'expérience professionnelle de ses auteurs. Son ambition est de décrypter la *complexité*¹ des politiques sociales et de santé.

Écrit par des spécialistes ayant une expérience professionnelle de ces secteurs, l'ouvrage vise à suggérer les questions que doivent se poser, à propos des politiques sanitaires et sociales, aussi bien les étudiants, candidats

1. Au sens du principe de complexité défini par Edgar Morin comme « le principe qui s'efforce de ne pas sacrifier le tout à la partie, la partie au tout, mais de concevoir la difficile problématique de l'organisation, où, comme disait Pascal "il est impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties" » (*Science avec conscience*, Seuil, «Points Sciences», p. 29).

aux concours d'entrée dans les différentes écoles de service public, que les enseignants, les chercheurs et les professionnels en exercice.

Outre une actualisation devenue nécessaire, compte tenu des importantes réformes intervenues depuis 2012, cette troisième édition fournit l'opportunité d'un renouvellement de l'ouvrage. Ainsi son plan est modifié pour laisser une plus grande place aux politiques de santé, notamment à la prévention et à la promotion pour la santé, et intégrer des thématiques supplémentaires comme la protection juridique des majeurs vulnérables. L'attention portée aux politiques de protection sociale se concrétise désormais par un chapitre consacré en propre aux différentes prestations sociales. De plus, les questions relatives à l'Europe sociale et à l'Europe de la santé sont davantage développées. Pour autant, ces transformations n'affectent pas la structure d'ensemble du livre, celle-ci étant vouée à considérer les multiples facettes des politiques sociales et de santé.

L'ampleur des domaines couverts par les politiques sociales et de santé a amené à solliciter une équipe d'experts pour traiter certains thèmes, dont les contributions sont de nature à enrichir le contenu de l'ouvrage. Qu'ils en soient hautement remerciés. Notre gratitude va à notre collègue Christophe Barlet pour ses précieux conseils concernant la présentation de la fonction inspection-audit-contrôle dans le champ sanitaire et social.

Les auteurs

Yvette Rose RAYSSIGUIER
Gilles HUTEAU

Introduction

Les politiques publiques dans le champ social et de la santé

L'histoire des politiques publiques dans le champ social et sanitaire peut s'analyser autour de trois moments principaux : le temps de la charité, puis celui de l'assistance, à partir de la Renaissance et, enfin, sous le choc de la révolution industrielle, celui de la solidarité.

Le Moyen Âge privilégie la charité, avec des institutions hospitalières qui procèdent en majorité des communautés et des confréries religieuses, qui trouvent elles-mêmes leurs ressources dans la générosité des plus riches, ceux-ci assurant leur salut par l'aumône, qu'elle soit individuelle, notamment au seuil des églises, ou sous forme de participation à des œuvres hospitalières.

Avec la Renaissance, et surtout avec le siècle des Lumières, vient le temps de l'assistance publique : au milieu du XVI^e siècle, de grandes villes commencent à mettre en place des « bureaux des pauvres », à l'instar du Grand Bureau des Pauvres de Paris créé en 1544, lesquels marquent une première forme d'intervention sociale de l'État et des collectivités publiques. Mais le droit à l'assistance s'esquisse surtout au lendemain de la Révolution de 1789 : le Comité de mendicité de l'Assemblée constituante que préside La Rochefoucauld-Liancourt consacre l'égalité des hommes et le devoir de la société à leur porter secours : « Tout homme a droit à sa subsistance par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler. »

Il a néanmoins fallu attendre le tout début du XX^e siècle pour que des législations d'assistance permettent de rendre ce droit effectif en faveur des citoyens indigents (personnes âgées, handicapés, enfant en danger...). Sous l'effet de la révolution industrielle et de la montée en puissance du salariat est ensuite venu le temps de la solidarité, celle-ci étant entendue au sens de principe d'organisation : les lois sociales adoptées sous la III^e République (loi sur les accidents du travail de 1898, loi sur les assurances sociales de 1930) visent à protéger, en tant que membre d'une communauté d'appartenance, les travailleurs face aux vicissitudes de la vie humaine. Enfin, instituée en 1945, la sécurité sociale s'inscrit non seulement dans le prolongement des législations sociales antérieures, mais elle constitue aussi leur dépassement : elle mêle à la fois des mécanismes d'assurances sociales et d'assistance en vue de garantir la solidarité nationale entre citoyens, et repose sur la règle selon laquelle chacun contribue à un « pot commun » en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

Au fil des siècles, les politiques publiques ont eu tendance à se laïciser et à se rationaliser : tant que la maladie et la déviance sociale étaient une épreuve divine, offrandes, prières, pénitences, pèlerinages et messes constituaient l'essentiel du traitement. Face à ces fléaux, les politiques publiques se contentaient de modestes mesures de recensement, d'isolement voire de séquestration des malades ou des populations à risques. Or, à partir du moment où la maladie et la déviance cessent de procéder du sacré et de la cosmologie, elles deviennent observables, objectivables et explicables par plusieurs disciplines : la médecine entre alors en concurrence avec Dieu, le médecin avec le prêtre, le sacré avec la nature. La dimension collective apparaît, et la voie est ouverte pour le développement des politiques publiques.

Ces politiques publiques se caractérisent par une spécialisation croissante ; ainsi, jusqu'en 1840, les hôpitaux recevaient sans distinction malades, vieillards, démunis, grabataires, débiles... Le règlement modèle des hôpitaux distingue alors l'hôpital, réservé aux malades, de l'hospice, réservé aux vieillards et aux indigents. À partir de cette séparation fondatrice entre le sanitaire et le social, les politiques publiques ne cesseront de se différencier, témoignant en cela de la spécialisation croissante des connaissances et des disciplines.

Les politiques publiques contemporaines portent la trace de ces tendances historiques tout en se trouvant confrontées à de nouveaux défis.

L'hyperspécialisation des politiques et des professionnels chargés de les mettre en œuvre atteint aujourd'hui ses limites : le sanitaire est trop souvent séparé du social, le préventif du curatif et du palliatif, l'insertion par l'économique de l'insertion par le logement, par la formation ou par la santé, les soins somatiques sont séparés des soins psychiques : ces séparations – qui ont certes permis l'émergence de professionnels compétents dans leur domaine – sont pourtant artificielles si l'on se tourne vers les besoins de l'utilisateur, être complexe et unique. Les politiques publiques doivent donc relever le défi de la *reliance*¹ entre ces multiples interventions, et tout particulièrement entre les champs sanitaire et social. Les réseaux apparus dès les années 1990, les maisons de santé pluriprofessionnelles dans les années 2000, qui rassemblent dans une maison commune plusieurs médecins et soignants libéraux, poursuivent souvent avec succès cet objectif de *reliance* entre sanitaire, social et médico-social. Mais il importe d'aller plus loin, notamment sous l'effet d'une transition épidémiologique sans précédent : 15 millions de Français, soit plus de 20 % de la population, souffrent d'une maladie chronique, maladie dont on mourait souvent très vite dans le passé et avec laquelle beaucoup d'entre nous vivront longtemps : diabète, certaines formes de cancer, sida, insuffisance cardiaque ou respiratoire, certaines maladies ou handicaps psychiques. Tous ces malades s'inscrivent dans un

1. Appartenance à un système de relations.

parcours de vie et de santé qui impose plus que jamais aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social de se coordonner.

Cette hyperspécialisation a eu pour corollaire l'institutionnalisation : le plus souvent, la réponse du secteur sanitaire et social est celle d'une offre institutionnelle sous la forme d'un séjour en hôpital ou dans un établissement médico-social. Il s'agit désormais de sortir de cette logique d'offre et de réfléchir en termes de service rendu à l'utilisateur, éventuellement sous la forme d'un accompagnement à domicile ou d'un traitement ambulatoire.

Sortir de l'hyperspécialisation et du syndrome institutionnel suppose de développer les métiers de l'aide à domicile (auprès des personnes âgées, des handicapés, avec l'hospitalisation à domicile...), les métiers de réseau (réseau ville-hôpital, réseau gérontologique...), les gestionnaires de cas complexes (pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou polyhandicapées, par exemple), auxquels les professionnels et les appareils de formation étaient peu préparés.

Le défi financier auquel est confronté tout le champ sanitaire et social est d'une rare complexité à la fois quant aux causes de l'augmentation des dépenses et quant aux solutions possibles. Certaines causes font consensus : le vieillissement de la population ou la sophistication des technologies médicales, par exemple, sont, à l'évidence, des facteurs objectifs de croissance des dépenses sanitaires et sociales.

Mais, pour l'essentiel, la question financière est traversée de débats où les réponses possibles sont tout autant idéologiques que techniques : faut-il maîtriser les dépenses elles-mêmes ou le financement public de ces dépenses ? Dans le premier cas, il s'agira de limiter les revenus des professionnels et les recettes de fonctionnement des établissements. Dans le second cas, il s'agira plutôt de renforcer la part de financement qui reste à la charge des ménages. Doit-on considérer que la part de la richesse nationale consacrée à la santé et au social a atteint un seuil qu'il convient de ne pas dépasser ?

La réponse est complexe : autant il n'existe pas un « nombre d'or » qui, en toute objectivité économique ou sanitaire, serait le pourcentage du produit intérieur brut (PIB) qu'un pays devrait consacrer à la santé et au social (10 %, 14 %, 29 % ?...), autant il est constant, dans tous les pays en croissance, que la part de la richesse consacrée à la santé (et d'ailleurs aux loisirs) augmente. Il semble bien que cette hausse n'induisse pas systématiquement une amélioration de l'état de santé de la population : ces dépenses finissent par avoir une efficacité marginale faible voire très faible. Par ailleurs, la hausse systématique des cotisations pèse à l'évidence sur la capacité de consommation des ménages et sur la compétitivité des entreprises.

Enfin, l'État social est-il en crise ? Poser la question – et y répondre – relève à la fois d'éléments objectifs et de préjugés idéologiques. Les politiques publiques affrontent un nouveau défi qui, pour être récent, n'en est pas moins majeur : le passage de politiques nationales à des politiques de plus en plus décentralisées, notamment dans le champ social. Au nom du principe de proximité (dont les vertus présumées mériteraient une évaluation objective qui reste à mener), l'État se cantonne de plus en plus

à certaines fonctions : l'élaboration de la norme (puisque la France, bien que décentralisée, reste un État unitaire dans lequel la loi vaut pour tout le territoire), la planification et la programmation (dont on sait qu'elles ne sont plus tout à fait une « ardente obligation ») et les fonctions de contrôle, d'inspection et d'évaluation.

Subsiste un dernier défi qui pour être ancien n'en reste pas moins d'actualité : comment passer d'un système de soins, dont de multiples études louent l'efficacité globale, à un système de santé dans lequel prévention, dépistage et promotion de la santé ne seraient plus les éternels sacrifiés ?

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et celle du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont l'ambition de renforcer la prévention et la promotion de la santé. La Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 vient conforter cette orientation et, au-delà, réaffirme le principe de l'Organisation mondiale de la santé selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France. En tout état de cause, il faudra beaucoup de constance dans la détermination et la conduite des politiques sociales et de santé pour renverser l'inertie culturelle et les pesanteurs historiques dans ce domaine.

***p**remière partie*

**Les politiques publiques
dans le champ sanitaire
et social**

Chapitre 1

La protection sociale, fondement des politiques sociales

Sans doute la protection sociale peut-elle être perçue à l'époque contemporaine comme une réalité indissociable de l'organisation de la vie en société. Des premiers signes de la vie jusqu'à la mort, elle accompagne chacun de ses membres en de multiples circonstances : à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, lors de la survenue de charges de famille, à l'arrivée à l'âge de la vieillesse, en cas de chômage... Plus fondamentalement, la protection sociale tente de répondre collectivement à l'une des aspirations les plus ancrées chez l'être humain : disposer d'une sécurité économique face aux vicissitudes de l'existence.

C'est pourquoi une grande majorité de la population se déclare attachée au modèle de solidarité que la protection sociale incarne contre certains risques ou besoins susceptibles d'affecter les individus (maladie, vieillesse, accident du travail, chômage, dépendance, charges de familles, pauvreté...). Il s'agit d'éventualités désignées selon le cas sous l'appellation de risques sociaux (maladie...) ou de besoins sociaux (absence de ressources pour couvrir les besoins élémentaires de la vie courante...) dans la mesure où les conséquences dommageables qui en résultent se trouvent réparties de manière solidaire entre les membres de la société. Toutefois, s'ils en sont les bénéficiaires aux différents âges de la vie, la plupart des individus n'ont le plus souvent qu'une représentation à la fois approximative et réductrice de la protection sociale, à défaut d'en cerner clairement les institutions, les techniques spécifiques ainsi que les objectifs politiques.

Ce singulier paradoxe puise certes ses racines dans l'ampleur des enjeux de la protection sociale, mais aussi dans sa complexité, laquelle résulte moins de ses caractéristiques propres que de ses interdépendances avec diverses politiques publiques (politique de l'emploi, politique démographique, politique de santé...). Il est donc opportun de clarifier la notion de protection sociale qui, en l'absence de définition communément admise, est susceptible d'être comprise dans différentes acceptions. Cette démarche invite intrinsèquement à la confronter à celle, connexe, de politiques sociales afin de mettre en évidence le lien fondamental reliant ces deux grandes notions.

1.1. **Premières vues sur la protection sociale et les politiques sociales**

1.1.1. **L'approche conceptuelle et l'approche organique de la protection sociale**

Au sens général, la protection sociale peut être entendue comme l'organisation de mesures collectives en vue de garantir solidairement les individus contre les situations de l'existence susceptibles d'affecter leur sécurité économique, et auxquelles la société reconnaît une importance particulière à l'aune de ses représentations de la solidarité.

Cette approche amène à distinguer deux acceptions plus étroites de la protection sociale, même si elles se révèlent en fait étroitement imbriquées. L'une à caractère organique renvoie au système de protection sociale, c'est-à-dire à un ensemble d'institutions et de techniques de prise en charge des risques sociaux et des besoins sociaux ; la sécurité sociale en constitue la pierre angulaire, aux côtés d'autres formes d'intervention d'importance sensiblement moindre (aide sociale, protection sociale complémentaire...). L'autre acception, davantage conceptuelle, fait référence à l'objet même de la protection sociale, c'est-à-dire à la couverture des risques sociaux et des besoins sociaux lesquels incarnent la solidarité dans certains domaines (vieillesse, famille...) en prenant appui sur le système précité.

Souvent confondues, les notions de sécurité sociale et de protection sociale constituent des expressions synonymes lorsqu'elles sont comprises au sens conceptuel, c'est-à-dire du point de vue de leurs objets, en substance la couverture des risques et des besoins sociaux. Ainsi l'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 reconnaît à chaque individu un droit à la sécurité sociale assimilable à un droit à la protection sociale. C'est seulement lorsqu'elle est entendue au sens organique que l'expression « protection sociale » n'est pas réduite à la seule sécurité sociale, même si elle en constitue la pièce maîtresse. Elle comprend d'autres formes de protection sociale aux caractéristiques et aux logiques d'intervention propres, comme l'aide et l'action sociales, l'assurance chômage et la protection sociale complémentaire (mutualité, institutions de prévoyance).

Il est d'ailleurs significatif de constater que la convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail (OIT) adoptée en 1952 fixe un périmètre d'éventualités à couvrir par la sécurité sociale qui se confond avec celui de la protection sociale : la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, la vieillesse, l'accident du travail, la maladie professionnelle, le chômage et la compensation des charges de famille. Pour autant, le niveau de développement et la configuration de la sécurité sociale varient d'un pays à l'autre, étant largement conditionnés par la situation économique, la tradition socio-culturelle, ou encore par le modèle des relations du travail.

Ainsi le système français de protection sociale fournit une illustration significative des risques et besoins sociaux susceptibles d'être couverts (tableau 1).

Tableau 1. Panorama général du système de protection sociale

Formes de protection sociale	Risques couverts et charges compensées							
	Maladie, maternité, décès	Accident du travail et maladie professionnelle	Vieillesse, retraite	Vieillesse, dépendance	Handicap Invalidité	Perte d'emploi, chômage	Charges de famille et de l'enfance	Pauvreté
Sécurité sociale								
Ass. maladie	X				X			
Ass. AT/MP*		X			X			
Ass. vieillesse			X					
All. familiales							X	X
Aide sociale								
Aide médicale	X							
aux personnes âgées				X				
aux personnes handicapées					X			
à l'hébergement et à la réinsertion								X
à l'enfance							X	
Revenu de solidarité active								X
Indemnisation du chômage						X		
Protection sociale complémentaire**	X	X	X	X	X			

*Accident du travail et maladie professionnelle

** Mutuelles, institutions de prévoyance, assurances privées

Source : l'auteur

Par-delà leurs spécificités, la sécurité sociale, l'aide et l'action sociales ont en commun de s'inscrire dans le champ plus vaste de la protection sociale, laquelle constitue le socle des politiques sociales en rapport avec la couverture des risques de l'existence.

1.1.2. La protection sociale : une composante essentielle des politiques sociales

Compte tenu des finalités qu'elle poursuit à travers la couverture des risques et des besoins sociaux, la protection sociale, quelles qu'en soient les formes, représente une pièce maîtresse des politiques sociales.

Ces politiques sont traditionnellement des politiques dites sectorielles, parce qu'elles correspondent à des domaines d'intervention délimités (politique de la vieillesse, politique de la famille...). Sur la période contemporaine, sont apparues d'autres politiques sociales dites transversales (politique de lutte contre la pauvreté et les exclusions, politique de la ville...), au motif qu'elles mobilisent divers domaines du champ du « social », voire au-delà, afin de répondre au caractère multifactoriel de certains phénomènes sociaux. Ainsi, la politique de lutte contre la pauvreté et les exclusions touche non seulement aux domaines classiques des relations du travail et de la protection sociale, mais aussi, plus globalement, aux conditions de vie des individus.

Vecteur privilégié de la mise en œuvre de ces politiques, la protection sociale occasionne une importante redistribution de la richesse nationale, qui est susceptible de prendre des formes et des intensités variables selon les objectifs poursuivis. Alors qu'elle représentait 10 % du produit intérieur brut en 1950, la part de la protection sociale dans la richesse nationale s'élève désormais au triple. Elle génère en effet des transferts sociaux de grande ampleur puisque les prestations sociales constituent à elles seules 30 % du revenu final des ménages.

À la redistribution horizontale inhérente à la couverture des risques et des besoins sociaux, c'est-à-dire celle qui s'opère entre bien portants et malades, célibataires et familles, ou encore, travailleurs et retraités, s'ajoute une redistribution verticale des ressources ; les contributions sociales des individus sont calculées en proportion de leurs revenus, et les prestations sociales comportent des mécanismes de solidarité, voire sont assorties, pour certaines comme le revenu de solidarité active (RSA) ou la plupart des prestations familiales, de plafonds maximaux de ressources.

Or, dès lors que la protection sociale accorde des avantages qui ne relèvent pas seulement de la logique des assurances sociales, mais aussi de la logique d'assistance, elle dépasse un strict enjeu de couverture des risques sociaux, et constitue déjà le socle de nombreuses politiques sociales thématiques et transversales. En faisant référence, non plus seulement à la notion de solidarité, mais également à celle de justice sociale, la protection sociale fixe en effet des orientations politiques destinées à déterminer un modèle de société.

Dans l'ordre chronologique, les politiques sociales ont commencé par investir les relations du travail avant de s'étendre à la protection sociale.

1.1.3. La genèse et la construction de la protection sociale contemporaine

Le système français de protection sociale est l'aboutissement d'une lente construction des droits sociaux, depuis l'assistance et les assurances sociales, jusqu'à l'aide sociale, l'action sociale et la sécurité sociale telles qu'elles existent aujourd'hui.

Les interventions sociales de l'État n'ont vraiment commencé à se développer qu'au cours du XIX^e siècle. Il faut en rechercher l'origine dans les

1.1. Premières vues sur la protection sociale et les politiques sociales

transformations économiques et sociologiques provoquées par la révolution industrielle, et notamment la montée en puissance du salariat et des mouvements sociaux. « L'invention du social », selon la formule de Jacques Donzelot¹, a alors permis de concilier d'un côté le modèle capitaliste libéral et de l'autre, les intérêts de la collectivité nationale tenant à la nécessaire cohésion des citoyens et au maintien de la paix sociale.

Jusqu'à cette époque, l'idée de protection sociale trouve surtout à s'illustrer à travers l'exercice des solidarités familiales, voire, à défaut, par le biais de la charité religieuse ou de la bienfaisance publique des communes envers les pauvres, lesquelles se révèlent aléatoires et parcellaires. Seules quelques catégories professionnelles disposent alors d'une protection sociale, plus ou moins développée, en particulier celles exerçant des activités dangereuses (marins, mineurs, militaires...) ou celles dont l'État veut s'assurer la fidélité (fonctionnaires).

À partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, la mutualité, dont les origines sont liées à l'histoire du mouvement ouvrier et dont le but est non lucratif, connaît un important essor face à la nécessité d'une plus grande solidarité entre les individus pour assurer la couverture des risques sociaux. Mais elle reste d'initiative privée et facultative. De surcroît, les cotisations des personnes à faibles ressources n'ouvrent droit qu'à des prestations modestes.

À l'extrême fin des années 1890, l'évolution de la protection sociale marque néanmoins un tournant décisif. Ce dernier se concrétise notamment avec l'adoption de la loi du 9 avril 1898 portant création de l'assurance accident du travail, puis s'amplifie dans les années de l'entre-deux-guerres grâce à la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales et la loi du 11 mars 1932 sur la généralisation de la compensation des charges de famille.

Parallèlement, au cours du passage du XIX^e au XX^e siècle, les premières lois d'assistance (assistance médicale gratuite, assistance aux vieillards, infirmes et incurables...) ont visé à répondre aux besoins sociaux des personnes les plus vulnérables : loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, loi du 27 juin 1904 sur les enfants assistés, loi du 4 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables et loi du 13 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses et aux femmes en couches.

La reconnaissance au citoyen d'un droit à la protection sociale, qui est alors affirmé, se caractérise par sa dualité. On distingue en effet traditionnellement :

- *le volet assurantiel* de la protection sociale, destiné à couvrir les travailleurs, notamment ceux de l'industrie et du commerce, en contrepartie d'un effort contributif des employeurs et des intéressés eux-mêmes, sous la forme de cotisations proportionnelles aux revenus du travail ;
- *le volet assistanciel* de la protection sociale, destiné à couvrir des besoins sociaux spécifiques, notamment en faveur des personnes démunies,

1. Donzelot J., *L'invention du social*, Fayard, 1984.

Table des matières

Les auteurs	3
Les collaborateurs	3
Avant-propos	5
Introduction	7

PREMIÈRE PARTIE

Les politiques publiques dans le champ sanitaire et social

SOUS-PARTIE 1

Les politiques sociales

Introduction	13
Chapitre 1. La protection sociale, fondement des politiques sociales	15
1.1. Premières vues sur la protection sociale et les politiques sociales	16
1.1.1. L'approche conceptuelle et l'approche organique de la protection sociale.....	16
1.1.2. La protection sociale: une composante essentielle des politiques sociales.....	17
1.1.3. La genèse et la construction de la protection sociale contemporaine.....	18
1.2. La sécurité sociale: le socle de la protection sociale et des politiques sociales ...	20
1.2.1. La sécurité sociale.....	21
1.2.2. Les autres formes de protection sociale.....	22
1.2.2.1. <i>L'aide sociale</i> • 1.2.2.2. <i>L'action sociale</i> • 1.2.2.3. <i>L'assurance chômage et la protection sociale complémentaire</i>	
1.2.3. Le « brouillage » des frontières entre la sécurité sociale, l'aide sociale et la protection complémentaire.....	25
1.3. La sécurité sociale: le problème du financement	29
1.3.1. L'accumulation des déficits du régime général.....	29
1.3.2. La question de l'apurement de la dette sociale.....	30
Chapitre 2. Les politiques sociales catégorielles	39
2.1. La politique des familles	39
Introduction.....	39
2.1.1. Les enjeux et les évolutions de la politique des familles.....	40
2.1.1.1. <i>La genèse de la politique de la famille</i> • 2.1.1.2. <i>La mutation contemporaine de la politique de la famille en politique des familles</i> • 2.1.1.3. <i>L'impact redistributif et démographique de la politique des familles</i>	
2.1.2. Le soutien à la parentalité.....	47
2.1.2.1. <i>Le soutien à la parentalité: un volet à part entière de la politique des familles</i> • 2.1.2.2. <i>L'ensemble composite des dispositifs de soutien à la parentalité</i>	
2.1.3. L'adoption.....	56
2.2. Les politiques de l'enfance	63
2.2.1. La protection sociale de l'enfance.....	63

Politiques sociales et de santé

2.2.2. Les pupilles de l'État.....	73
2.2.2.1. <i>Le statut des pupilles de l'État</i> • 2.2.2.2. <i>L'organisation et le fonctionnement de la tutelle</i> • 2.2.2.3. <i>L'accès aux origines personnelles</i>	
2.2.3. La protection judiciaire de la jeunesse.....	78
2.3. Les politiques en direction des personnes handicapées.....	90
2.3.1. Les orientations générales de la politique du handicap.....	90
2.3.2. La politique en direction des jeunes handicapés.....	97
2.3.3. Les politiques spécifiques.....	104
2.4. Les politiques en direction des personnes âgées.....	109
2.4.1. Les orientations de la politique générale.....	109
2.4.2. L'adaptation de la société au vieillissement.....	113
2.5. La compensation et la prévention de la dépendance.....	117
2.5.1. Le passage d'une conception restrictive de la compensation de la perte d'autonomie à une prise en compte globale.....	118
2.5.1.1. <i>La persistance d'une conception traditionnelle de la compensation de la perte d'autonomie</i> • 2.5.1.2. <i>La nécessité d'une prise en compte globale des besoins des personnes âgées dépendantes</i>	
2.5.2. La réponse du parcours de vie et de santé aux besoins des personnes âgées dépendantes.....	120
2.5.2.1. <i>L'interdépendance du parcours de vie et de santé dans la prévention et l'accompagnement de la dépendance</i> • 2.5.2.2. <i>La nécessité d'appréhender l'isolement social dans la prévention de la dépendance</i>	
2.6. La protection juridique des majeurs vulnérables.....	128
2.6.1. Les principales mesures d'accompagnement social, judiciaire et les mesures de protection.....	129
2.6.1.1. <i>La mesure d'accompagnement social personnalisé</i> • 2.6.1.2. <i>La mesure d'accompagnement judiciaire</i> • 2.6.1.3. <i>Les mesures judiciaires de protection juridique</i>	
2.6.2. Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs.....	131
2.6.3. Le dispositif financier.....	131
Chapitre 3. Les politiques de cohésion sociale.....	135
Introduction.....	135
3.1. La lutte contre la pauvreté et l'exclusion.....	138
3.1.1. Le traitement de la pauvreté en France : une histoire longue.....	138
3.1.1.1. <i>De l'Ancien régime à la Révolution : du paupérisme à la question sociale</i> • 3.1.1.2. <i>Des Trente Glorieuses à l'époque contemporaine : de la pauvreté au paradigme de l'exclusion</i>	
3.1.2. Les évolutions du discours européen créent les conditions d'émergence de nouvelles politiques sociales.....	141
3.1.3. Des politiques sociales à l'épreuve de l'aggravation de la pauvreté.....	142
3.1.3.1. <i>Les évolutions contemporaines de la pauvreté et de l'exclusion</i> • 3.1.3.2. <i>Les nouveaux visages de la pauvreté</i> • 3.1.3.3. <i>Pauvreté et territoires : des territoires inégalement affectés</i>	
3.1.4. 35 ans de politiques de lutte contre la pauvreté.....	151
3.1.4.1. <i>Des politiques d'insertion aux politiques d'inclusion active</i> • 3.1.4.2. <i>Des politiques sociales encadrées dans un système de protection sociale à l'épreuve de la crise</i>	
3.2. Les politiques d'insertion par l'emploi et par l'activité économique.....	156
3.2.1. L'insertion des personnes en difficulté.....	156
3.2.1.1. <i>20 ans de RMI : 1988-2008</i> • 3.2.1.2. <i>Du RMI au RSA : l'activation des politiques d'insertion</i> • 3.2.1.3. <i>Du RSA à la prime d'activité : quelles perspectives de réformes ?</i> • 3.2.1.4. <i>Les grands axes de la réforme de la prime d'activité</i> • 3.2.1.5. <i>L'accompagnement des personnes éloignées de l'activité vers ou dans l'emploi</i> • 3.2.1.6. <i>Le financement et les dépenses relatives au RSA</i> • 3.2.1.7. <i>Le pilotage des politiques d'insertion au niveau territorial</i>	
3.2.2. L'insertion par l'activité économique.....	174
3.2.2.1. <i>Missions et finalités de l'insertion par l'activité économique</i> • 3.2.2.2. <i>L'offre d'insertion par l'activité économique</i> • 3.2.2.3. <i>Les salariés des structures d'insertion par l'activité économique</i> • 3.2.2.4. <i>Le financement des structures d'insertion par l'activité économique : plus simple et plus lisible</i> • 3.2.2.5. <i>L'organisation territoriale du secteur de l'IAE : vers une mise en cohérence des actions</i>	

3.2.3. L'insertion sociale et professionnelle des jeunes.....	190
3.2.3.1. <i>Qui sont les jeunes ?</i> • 3.2.3.2. <i>Les jeunes de moins de 30 ans : une situation paradoxale</i> • 3.2.3.3. <i>La formation professionnelle et la deuxième chance : des leviers efficaces pour garantir l'accès à l'emploi</i> • 3.2.3.4. <i>Les dispositifs et les programmes d'insertion et d'accompagnement vers l'emploi</i> • 3.2.3.5. <i>Les structures d'information, d'orientation et d'accompagnement des jeunes : une organisation complexe et peu lisible</i> • 3.2.3.6. <i>Des politiques sociales qui mobilisent un réseau d'acteurs vaste et diversifié</i> • 3.2.3.7. <i>Le soutien à l'autonomie des jeunes : une politique de petits pas</i>	
3.3. L'accès à l'emploi	215
3.3.1. Les transformations de l'emploi en France : données de cadrage.....	218
3.3.1.1. <i>Une mutation de la structure de l'emploi et un déséquilibre structurel du marché du travail</i> • 3.3.1.2. <i>Une inflexion globale du modèle d'emploi français : précarisation et segmentation du marché du travail</i>	
3.3.2. Les dépenses en faveur de l'emploi et du marché du travail : un effort croissant de la collectivité.....	224
3.3.3. Les évolutions des politiques de l'emploi : entre mesures ciblées et dispositifs généraux.....	225
3.3.3.1. <i>Les mesures ciblées en direction des publics en difficulté</i> • 3.3.3.2. <i>Les mesures de gestion économique du chômage : une stratégie de subvention à l'emploi</i> • 3.3.3.3. <i>Les politiques d'activation des dépenses de l'emploi</i>	
3.3.4. Vers de nouvelles politiques de l'emploi ?.....	233
3.3.4.1. <i>La formation et la qualification</i> • 3.3.4.2. <i>Accompagner les transformations du travail et de l'emploi et rechercher de nouveaux gisements d'emplois</i>	
3.3.5. Le service public de l'emploi (SPE).....	236
3.4. Les politiques d'accès au logement et à l'hébergement	242
3.4.1. Les évolutions des politiques de l'hébergement des personnes sans-abri ou mal-logées.....	242
3.4.1.1. <i>Une politique ancrée dans le devoir d'assistance</i> • 3.4.1.2. <i>Le droit au logement : du droit fondamental au droit opposable</i> • 3.4.1.3. <i>La domiciliation : un droit fondamental et une procédure simplifiée</i>	
3.4.2. Le secteur accueil, hébergement, insertion : une pluralité de dispositifs.....	252
3.4.2.1. <i>Cadre et principes généraux du secteur accueil, hébergement, insertion</i> • 3.4.2.2. <i>Les structures d'accueil et d'hébergement des personnes sans-abri ou mal-logées</i>	
3.4.3. Un droit encore à concrétiser pour une population difficile à appréhender.....	259
3.4.3.1. <i>Les personnes sans-abri et mal-logées : une population difficile à appréhender</i> • 3.4.3.2. <i>Le droit au logement opposable : une obligation de résultat pour l'État conditionnée à l'adéquation des moyens</i>	
3.4.4. Les autres leviers d'action des pouvoirs publics.....	268
3.4.4.1. <i>Les instruments de planification et de programmation de l'offre de logements et d'hébergement</i> • 3.4.4.2. <i>Améliorer l'attribution des logements sociaux</i> • 3.4.4.3. <i>La mobilisation du contingent préfectoral</i> • 3.4.4.4. <i>Prévenir les expulsions : un dispositif fragile et tenu en échec</i> • 3.4.4.5. <i>Les aides et les services d'accompagnement</i>	
3.4.5. Les déterminants du mal-logement en France.....	276
3.4.5.1. <i>Un parc de logements dont le confort s'améliore mais pas pour tous</i> • 3.4.5.2. <i>Un niveau de construction insuffisant et une offre inadaptée à la demande et aux besoins des ménages</i> • 3.4.5.3. <i>La mobilisation du parc privé reste insuffisante</i> • 3.4.5.4. <i>Une hausse continue du coût du logement et de la part du budget consacré au logement par les ménages</i> • 3.4.5.5. <i>Les acteurs au défi du mal-logement</i>	
3.5. La politique de la ville	289
3.5.1. Objectifs, enjeux et axes prioritaires de la politique de la ville.....	290
3.5.2. Les caractéristiques de la politique de la ville.....	291
3.5.2.1. <i>Un domaine d'application géographique juridiquement délimité et désormais unique</i> • 3.5.2.2. <i>Une politique interministérielle</i> • 3.5.2.3. <i>Une politique contractuelle</i> • 3.5.2.4. <i>Une politique qui s'appuie prioritairement sur les politiques de droit commun</i> • 3.5.2.5. <i>Une politique recherchant l'implication des habitants</i>	
3.5.3. Les grandes dates de la politique de la ville (1977-2008).....	296
3.5.3.1. <i>Années 1970 et 1980 : prise de conscience d'une crise urbaine et émergence d'une politique publique</i> • 3.5.3.2. <i>Années 1990 : la structuration de la politique de la ville</i> • 3.5.3.3. <i>Années 2000</i> • 3.5.3.4. <i>Depuis 2010</i>	

3.6. Les politiques d'accueil et d'intégration	301
3.6.1. L'accueil et l'intégration des étrangers.....	301
3.6.1.1. <i>L'intégration républicaine</i> • 3.6.1.2. <i>Les principales caractéristiques de la politique d'intégration</i> • 3.6.1.3. <i>La lutte contre les discriminations</i>	
3.6.2. L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.....	317
3.6.2.1. <i>Le régime juridique</i> • 3.6.2.2. <i>Le dispositif de gestion de la demande d'asile</i> • 3.6.2.3. <i>L'accueil et l'hébergement des demandeurs d'asile</i> • 3.6.2.4. <i>Les droits des demandeurs d'asile</i>	
3.6.3. Les gens du voyage.....	331
3.6.3.1. <i>Origine et caractéristiques des gens du voyage</i> • 3.6.3.2. <i>La fin d'un régime juridique particulier de circulation</i> • 3.6.3.3. <i>Les conditions d'accueil spécifiques des gens du voyage</i>	
Chapitre 4. Les prestations sociales	337
Introduction	337
4.1. Les grandes typologies de prestations sociales	338
4.1.1. La classification des prestations en fonction de la nature des risques sociaux couverts.....	338
4.1.2. La classification des prestations en fonction des composantes du système de protection sociale.....	340
4.1.3. La classification des prestations en fonction de leur mode d'intervention.....	341
4.1.4. La classification des prestations en fonction des mécanismes de socialisation mis en œuvre.....	342
4.2. Les prestations d'assurance maladie	344
4.2.1. Une protection universelle maladie assortie d'une couverture incomplète.....	345
4.2.1.1. <i>La généralisation de la couverture de l'assurance maladie à la quasi-totalité de la population</i> • 4.2.1.2. <i>La prise en charge incomplète des frais de soins et de biens de santé par les prestations de l'assurance maladie de base</i>	
4.2.2. L'adjonction des prestations complémentaires à celles de l'assurance maladie de base.....	348
4.2.2.1. <i>L'apport des prestations servies au titre de la CMU-C et le recours à l'acquisition d'une complémentaire santé</i> • 4.2.2.2. <i>La généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés du secteur privé</i>	
4.3. Les pensions de retraite	352
4.3.1. Les retraites des salariés du secteur privé.....	354
4.3.1.1. <i>Les conditions d'ouverture des droits à pension</i> • 4.3.1.2. <i>Le mode de calcul de la pension</i> • 4.3.1.3. <i>L'adjonction des retraites complémentaires</i>	
4.3.2. Les retraites des salariés du secteur public et parapublic.....	358
4.3.3. Les retraites des professions non salariées.....	359
4.3.4. Le financement des avantages non contributifs par le Fonds de solidarité vieillesse.....	360
4.4. L'allocation personnalisée d'autonomie	366
4.4.1. Une prestation de compensation de la perte d'autonomie en faveur des personnes âgées.....	366
4.4.1.1. <i>L'admission à l'APA et le degré de dépendance</i> • 4.4.1.2. <i>La prise en compte individualisée des besoins sociaux des demandeurs</i>	
4.4.2. Une prestation de solidarité nationale mise en œuvre par les conseils départementaux.....	369
4.4.2.1. <i>L'uniformisation de la procédure d'attribution de l'APA entre les départements</i> • 4.4.2.2. <i>La détermination du montant de l'APA</i> • 4.4.2.3. <i>Le cofinancement de l'APA</i>	
4.5. Les prestations des personnes handicapées	374
4.5.1. La reconnaissance d'un droit à un revenu de subsistance pour les personnes handicapées.....	375
4.5.1.1. <i>Les revenus de substitution des revenus de l'activité professionnelle</i> • 4.5.1.2. <i>L'extension d'un revenu de substitution à toutes les personnes handicapées</i>	
4.5.2. La reconnaissance d'un droit à la compensation du handicap.....	377
4.5.2.1. <i>Les prestations sociales en faveur du maintien à domicile</i> • 4.5.2.2. <i>L'aide sociale à l'hébergement en établissement spécialisé</i>	

4.6. Les prestations familiales	380
4.6.1. Un système de prestations destiné à compenser le coût de l'enfant	381
4.6.1.1. Une vocation originelle d'aide à l'ensemble des familles ayant des enfants à charge • 4.6.1.2. La tendance lourde au ciblage des prestations familiales depuis les années 1970 • 4.6.1.3. L'esquisse d'une typologie des prestations familiales légales	
4.6.2. L'action sociale et familiale : le rôle complémentaire des prestations extra-légales	387
4.6.2.1. La souplesse d'intervention de l'action sociale des CAF à la faveur du caractère extralégal de ses prestations • 4.6.2.2. Les principaux domaines couverts par les prestations de service de l'action sociale	
4.7. Les minima sociaux	391
4.7.1. La construction par strates du système actuel de minima sociaux.....	392
4.7.1.1. L'ambition de combler les lacunes de la couverture assurantielle • 4.7.1.2. La prise en compte de la fragilisation des solidarités familiales • 4.7.1.3. La mise en place d'une protection minimale pour les exclus du marché du travail • 4.7.1.4. Du RMI au RSA	
4.7.2. L'impact des minima sociaux dans la lutte contre la pauvreté.....	396

SOUS-PARTIE 2

Les politiques de santé

Introduction	405
Chapitre 1. La santé des Français	407
1.1. Le recueil des données de santé	407
1.1.1. L'avancée du système national des données de santé.....	408
1.1.2. Les appariements entre les bases de données du SNDS et d'autres données.....	409
1.2. L'état de santé de la population française : une situation perfectible	410
1.2.1. Une situation globalement bonne	410
1.2.2. Les points d'insatisfaction à surmonter.....	411
1.3. Les inégalités sociales et géographiques de santé	412
1.3.1. Les inégalités sociales de santé.....	412
1.3.2. Les inégalités géographiques de santé.....	416
1.4. L'accès aux soins	420
1.4.1. De la couverture maladie universelle de base à la protection universelle maladie	421
1.4.2. Le tiers payant généralisé.....	422
1.4.3. L'aide médicale de l'État (AME).....	423
1.4.3.1. Le maintien de l'aide médicale de l'État • 1.4.3.2. L'AME a connu des restrictions de droits depuis sa création • 1.4.3.3. Les soins urgents	
1.4.4. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins.....	425
1.4.5. Les permanences d'accès aux soins de santé.....	426
1.4.6. Les ateliers santé ville.....	427
Chapitre 2. La place de la santé publique	433
2.1. La première loi d'orientation en santé publique : la loi du 9 août 2004	434
2.1.1. Une approche globale de la santé publique.....	434
2.1.2. La fixation de plans stratégiques et d'objectifs de santé publique.....	434
2.1.3. Le développement de la formation et la recherche en santé publique.....	435
2.2. La santé publique de la loi HPST à la loi de modernisation de notre système de santé	437
2.2.1. La prise en compte de la santé publique par la loi HPST de 2009.....	437
2.2.2. La rénovation de la politique de santé par la loi de modernisation de 2016.....	438
Chapitre 3. La régionalisation de la politique de santé	443
3.1. Un ancrage régional progressif	443
3.1.1. Les prémisses de la régionalisation.....	444
3.1.2. Le tournant décisif du milieu des années 1990.....	444

3.2. La territorialisation de la politique de santé mise en œuvre par les ARS	445
3.2.1. L'institutionnalisation de la dimension régionale de la politique de santé.....	446
3.2.2. Le renforcement de la territorialisation des politiques de santé.....	447
Chapitre 4. La prévention, la promotion et l'éducation pour la santé	451
4.1. La prévention	451
4.2. La promotion de la santé	452
4.3. L'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient	454
4.4. Les acteurs	455
Chapitre 5. L'éthique en santé et la bioéthique	459

DEUXIÈME PARTIE

Les acteurs et les institutions

Chapitre 1. Les institutions sanitaires et sociales	469
1.1. L'État	470
1.1.1. L'État dans une République décentralisée.....	470
1.1.1.1. <i>Les principes généraux de l'organisation administrative</i> • 1.1.1.2. <i>Les missions de l'État</i>	
1.1.2. La réforme de l'État.....	472
1.1.2.1. <i>La modernisation de l'action publique territoriale</i> • 1.1.2.2. <i>De la réforme territoriale de l'État à Action publique 2022</i>	
1.2. L'administration sanitaire et sociale	481
1.2.1. L'administration centrale du secteur solidarité-santé.....	481
1.2.1.1. <i>Les ministères en charge des affaires sociales, du travail et de la santé</i> •	
1.2.1.2. <i>Les délégations interministérielles</i>	
1.2.2. Les grands acteurs nationaux du champ sanitaire et social.....	485
1.2.2.1. <i>Les établissements sous tutelle</i> • 1.2.2.2. <i>Les organes consultatifs</i> • 1.2.2.3. <i>Les organes de conseil et d'expertise spécifiques</i> • 1.2.2.4. <i>Les autorités administratives et les autorités publiques indépendantes</i>	
1.2.3. Les structures territorialisées.....	488
1.2.3.1. <i>La nouvelle organisation territoriale des services déconcentrés des ministères sociaux de l'État</i> • 1.2.3.2. <i>Les déléguées régionales et les chargées de mission départementales aux droits des femmes et à l'égalité</i> • 1.2.3.3. <i>Des agences régionales de l'hospitalisation aux agences régionales de santé</i>	
1.3. Les agences nationales de sécurité sanitaire	494
1.3.1. Un nouveau modèle administratif.....	496
1.3.2. Un paysage institutionnel peu lisible.....	498
1.4. Les maisons départementales des personnes handicapées	502
1.4.1. Organisation.....	503
1.4.2. Fonctionnement.....	503
1.5. Les collectivités territoriales	504
1.5.1. Organisation et fonctionnement des collectivités territoriales.....	504
1.5.2. Les communes et groupements de communes : premier niveau d'administration et de proximité.....	506
1.5.2.1. <i>Le rôle des communes en matière sociale : prévention et développement social</i> • 1.5.2.2. <i>L'action des communes et de leurs groupements en matière de protection et de sécurité sanitaire</i> • 1.5.2.3. <i>La coopération intercommunale : un processus largement consacré par la loi MAPTAM</i>	
1.5.3. Le Département : chef de file de l'action sociale.....	510
1.5.3.1. <i>Le Département : acteur clé de l'action sociale</i> • 1.5.3.2. <i>Les compétences du Département dans le champ sanitaire</i> • 1.5.3.3. <i>Des services territorialisés</i>	
1.5.4. La Région : espace du développement des territoires.....	514
1.5.4.1. <i>Les institutions régionales</i> • 1.5.4.2. <i>Les compétences régionales</i>	

1.6. Les institutions de sécurité sociale	519
1.6.1. L'organisation du régime général.....	520
1.6.1.1. <i>L'architecture institutionnelle</i> • 1.6.1.2. <i>L'adossment de la sécurité sociale des indépendants sur le régime général</i>	
1.6.2. L'organisation des autres régimes.....	523
1.7. L'Europe sociale	527
1.7.1. L'impossible unification européenne des normes sociales face à l'hétérogénéité des systèmes nationaux.....	529
1.7.1.1. <i>Une diversité de systèmes nationaux incompatible avec une harmonisation complète</i> • 1.7.1.2. <i>L'institution d'une coordination européenne entre les systèmes nationaux de protection sociale</i>	
1.7.2. La mise en place progressive de convergences entre les politiques sociales nationales.....	535
1.7.2.1. <i>Une dynamique de convergence pour rapprocher les politiques sociales des États membres</i> • 1.7.2.2. <i>La méthode ouverte de coordination à l'épreuve des limites de la gouvernance européenne</i>	
1.8. L'Europe de la santé	547
1.8.1. L'émergence tardive d'une politique européenne de la santé.....	548
1.8.1.1. <i>La stratégie européenne dans le domaine de la santé publique</i> • 1.8.1.2. <i>Les structures d'appui à la politique européenne de santé publique</i>	
1.8.2. L'impact du marché intérieur européen sur les systèmes de santé des États membres.....	550
1.8.2.1. <i>La liberté de circulation des patients</i> • 1.8.2.2. <i>La liberté d'établissement des professionnels de santé</i> • 1.8.2.3. <i>Le développement d'une Europe du médicament et des dispositifs médicaux</i>	
Chapitre 2. Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	555
2.1. Les établissements de santé	555
2.1.1. Le cadre juridique et institutionnel.....	555
2.1.1.1. <i>Mission et nature de l'activité des établissements de santé</i> • 2.1.1.2. <i>Les différentes catégories d'établissements</i> • 2.1.1.3. <i>Le service public hospitalier</i>	
2.1.2. Les capacités d'accueil des établissements de santé.....	562
2.1.3. L'activité des établissements de santé.....	564
2.1.3.1. <i>Évolution des modes de prise en charge</i> • 2.1.3.2. <i>Stabilisation des durées d'hospitalisation</i>	
2.2. Les établissements sociaux et médico-sociaux	566
2.2.1. Missions et catégories d'établissements.....	566
2.2.1.1. <i>Le cadre juridique et institutionnel</i> • 2.2.1.2. <i>Les organismes gestionnaires</i> • 2.2.1.3. <i>Les différentes catégories d'établissements</i>	
Chapitre 3. Les professionnels	579
3.1. Les professions de santé	579
3.1.1. L'évolution démographique des professions de santé.....	580
3.1.2. La coopération entre professionnels de santé.....	582
3.2. Les métiers du travail social	584
3.2.1. Les cinq grands domaines du travail social.....	586
3.2.1.1. <i>L'aide et l'assistance</i> • 3.2.1.2. <i>L'éducation spécialisée</i> • 3.2.1.3. <i>L'animation</i> • 3.2.1.4. <i>L'accueil au domicile du professionnel</i> • 3.2.1.5. <i>L'encadrement et la responsabilité de services d'intervention ou d'établissements</i>	
3.2.2. La démographie des travailleurs sociaux.....	588
3.2.3. Les services à la personne.....	591
3.2.3.1. <i>Le développement des services à la personne</i> • 3.2.3.2. <i>Le panorama général des services à la personne : un bilan en demi-teinte</i>	
3.3. Les formations sociales et paramédicales	598

Chapitre 4. Les associations et les usagers	605
4.1. Les associations	605
4.1.1. Les associations à but non lucratif : une composante majeure de l'économie sociale.....	606
4.1.1.1. <i>Les frontières du secteur associatif à but non lucratif</i> • 4.1.1.2. <i>Le secteur associatif : un poids socio-économique grandissant</i>	
4.1.2. Les associations dans le secteur sanitaire et social : un rôle indispensable.....	609
4.1.2.1. <i>Les associations : des acteurs à part entière des politiques publiques</i> • 4.1.2.2. <i>Les associations gestionnaires : au côté de l'emploi salarié, la place essentielle du bénévolat</i> • 4.1.2.3. <i>Les associations partenaires</i>	
4.2. Les usagers et la démocratie sanitaire	616
4.2.1. L'affirmation des droits individuels des usagers.....	617
4.2.1.1. <i>L'affirmation des droits individuels des usagers du système de santé</i> • 4.2.1.2. <i>L'affirmation des droits individuels des usagers du système médico-social</i>	
4.2.2. La représentation collective des usagers.....	618
4.2.2.1. <i>La représentation des usagers dans les instances de concertation nationales et régionales</i> • 4.2.2.2. <i>La représentation des usagers dans les instances internes des établissements</i> • 4.2.2.3. <i>La reconnaissance des associations en charge de la représentation des usagers</i>	

TROISIÈME PARTIE

Le pilotage des politiques sociales et de santé

Introduction	628
Chapitre 1. Les démarches et méthodes d'intervention	629
1.1. L'observation sanitaire et sociale	629
1.1.1. Le système statistique public : organisation, missions, sources et outils de l'observation sanitaire et sociale.....	630
1.1.1.1. <i>Les trois instances de la statistique publique</i> • 1.1.1.2. <i>Les sources : les enquêtes dans le champ sanitaire, médico-social et social</i> • 1.1.1.3. <i>Les outils de l'observation sanitaire et sociale : répertoires, bases de données et indicateurs</i> • 1.1.2. <i>De l'observation nationale à l'observation locale : le développement des observatoires</i> • 1.1.2.1. <i>Des observatoires à vocation nationale : une multitude d'instances</i> • 1.1.2.2. <i>Des observatoires à vocation régionale</i> • 1.1.2.3. <i>Le savoir des associations</i> • 1.1.2.4. <i>La coordination de l'observation sanitaire et sociale : une nécessité au regard de la multiplication des observatoires et du partage des compétences</i>	
1.2. Les réseaux sanitaires et sociaux	644
1.3. La gouvernance du système de santé	650
1.3.1. Le niveau national : niveau de définition et de pilotage de la politique de santé publique.....	651
1.3.2. L'échelon régional, échelon privilégié en matière sanitaire.....	657
1.3.2.1. <i>Les instances de décision</i> • 1.3.2.2. <i>Les instances de concertation et d'expertise</i>	
1.3.3. Le niveau local.....	658
1.4. La gouvernance des établissements publics de santé	659
1.4.1. Un directeur assisté d'un directeur.....	660
1.4.2. Des instances de pilotage aux compétences modifiées.....	661
1.4.2.1. <i>Le conseil de surveillance</i> • 1.4.2.2. <i>La commission médicale d'établissement</i> • 1.4.2.3. <i>Le comité technique d'établissement</i> • 1.4.2.4. <i>La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</i>	
1.4.3. Les pôles d'activité clinique et médico-technique.....	662
1.4.4. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire.....	663
1.5. La qualité	664
1.5.1. Les critères et les dimensions de la qualité.....	664
1.5.2. La démarche qualité dans le secteur de la santé.....	665
1.5.3. La démarche qualité dans le secteur social et le secteur médico-social.....	667
1.6. La loi organique relative aux lois de finances	672
1.6.1. Un nouveau cadre de gestion des politiques publiques.....	672
1.6.2. Les missions, programmes et budgets opérationnels.....	673

1.6.3. Les missions et programmes relevant des ministères en charge des politiques de santé, de cohésion sociale, de jeunesse, des sports et de la vie associative	674
1.7. Les lois de financement de la sécurité sociale	677
1.7.1. Un instrument au service du contrôle parlementaire et du pilotage des finances sociales	677
1.7.2. Le rôle clé des lois de financement dans la gouvernance financière de la sécurité sociale	680
1.8. Les démarches d'ingénierie de projet	684
1.8.1. Du projet à la démarche d'ingénierie de projet	685
1.8.2. Les fondements théoriques des démarches de projet	687
1.8.2.1. <i>La théorie de la complexité</i> • 1.8.2.2. <i>L'analyse systémique</i> • 1.8.2.3. <i>L'analyse stratégique</i> • 1.8.2.4. <i>La théorie de la traduction</i> • 1.8.2.5. <i>La théorie des mondes purs ou cités</i>	
1.8.3. Les repères méthodologiques de la démarche de projet	690
Chapitre 2. Les outils	695
2.1. Les outils de planification, de programmation et d'autorisation	695
2.1.1. Les plans stratégiques et les programmes de santé publique	695
2.1.1.1. <i>L'animation de projet</i> • 2.1.1.2. <i>Les plans stratégiques pluriannuels</i> • 2.1.1.3. <i>Les plans et programmes régionaux</i>	
2.1.2. Le projet régional de santé et les schémas régionaux	703
2.1.3. Les autorisations des activités sanitaires et médico-sociales	708
2.1.3.1. <i>Les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds</i> • 2.1.3.2. <i>Les autorisations concernant les établissements et services sociaux et médico-sociaux</i>	
2.1.4. L'appel à projets : une nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux	712
2.1.4.1. <i>L'appel à projets : un dispositif global appuyé sur la planification</i> • 2.1.4.2. <i>Les établissements et opérations soumis à la procédure</i> • 2.1.4.3. <i>La procédure de l'appel à projets : sélection des projets et modalités de l'autorisation</i>	
2.2. Les outils de contractualisation	721
2.2.1. Les projets d'établissement	721
2.2.1.1. <i>Le projet médical partagé</i> • 2.2.1.2. <i>Le projet de soins infirmiers</i> • 2.2.1.3. <i>Le projet qualité sécurité des soins</i> • 2.2.1.4. <i>Le projet social</i> • 2.2.1.5. <i>Le projet des systèmes d'information</i> • 2.2.1.6. <i>Le projet de gestion</i> • 2.2.1.7. <i>Le projet de prise en charge du patient</i>	
2.2.2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	726
2.2.3. Les conventions d'objectifs et de gestion	730
2.2.3.1. <i>La contractualisation des relations entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale</i> • 2.2.3.2. <i>Les orientations stratégiques des conventions d'objectifs et de gestion</i>	
2.3. Les démarches et les outils d'inspection et de contrôle	740
2.3.1. Les fondements de l'inspection dans le champ sanitaire et social	740
2.3.1.1. <i>Les définitions</i> • 2.3.1.2. <i>Les missions de contrôle et d'inspection : fondements juridiques et acteurs</i> • 2.3.1.3. <i>Les principes et règles déontologiques</i> • 2.3.1.4. <i>La responsabilité pénale</i>	
2.3.2. La rénovation de l'organisation et le renforcement des missions d'inspection	749
2.3.2.1. <i>Une obligation de coordination</i> • 2.3.2.2. <i>Des principes méthodologiques et l'acquisition de nouvelles compétences</i>	
2.4. Les démarches et les outils d'évaluation	753
2.4.1. L'évaluation : pluralité d'approches et de finalités	754
2.4.2. Le dispositif institutionnel français de l'évaluation	757
2.4.3. Les pratiques évaluatives dans le champ sanitaire et social	761
Annexe	765
Liste des sigles	771
Index	779

Maquette de couverture : V. Hélye
Conception/Réalisation : Presses de l'EHESP
Achevé d'imprimer en juin 2018
sur les presses de l'imprimerie Jouve à Mayenne
N° d'impression :
IMPRIMÉ EN FRANCE

Politiques sociales ET DE santé

COMPRENDRE POUR AGIR

MANUEL

Références

Santé

Social

Sous la direction de
Yvette Rose Rayssiguier
Gilles Huteau

3^e édition REVUE & AUGMENTÉE

Seulement une vision d'ensemble des politiques sociales et de santé amène à en appréhender les enjeux, les orientations et le pilotage. C'est pourquoi ce livre offre l'originalité d'en faire une présentation transversale et thématique, permettant ainsi au lecteur d'aller du général au particulier, et de décrypter sans difficulté la complexité de ces politiques. Loin de se limiter à un exposé du droit en vigueur, ses auteurs se réfèrent également à la science politique, à l'économie, à la sociologie et aux savoirs issus de l'expérience professionnelle pour éclairer leurs analyses. L'ambition de cet ouvrage consiste non seulement à favoriser la compréhension des politiques sociales et de santé mais aussi à susciter la réflexion sur les actions à conduire dans ces domaines.

Outre une mise à jour devenue indispensable, la présente édition, revue et augmentée, renoue avec le choix des deux précédentes de traiter conjointement les politiques sociales et de santé. Structurée en trois parties, elle développe la genèse et les contenus de ces politiques, leurs institutions et acteurs, ainsi que leurs méthodes et outils.

Véritable traité des politiques sociales et de santé, ce manuel s'adresse aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social qui souhaitent actualiser et approfondir leurs connaissances. Il constitue aussi un ouvrage de référence pour les étudiants des formations universitaires (licence, master, IEP...) et des formations supérieures du travail social (CAFDES, DEIS...), ainsi que pour les candidats à différents concours (inspecteur de l'action sanitaire et sociale, attaché territorial, directeur d'établissement médico-social ou de santé...) et au professorat (CAPET et agrégation de sciences médico-sociales).

Yvette Rose Rayssiguier est inspectrice hors classe de l'action sanitaire et sociale. Elle a exercé les fonctions de professeur en Politiques sociales à l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Gilles Huteau est professeur à l'EHESP en Politiques de protection sociale et de santé. Il enseigne aussi les Questions sociales aux Universités de Rennes et de Nantes ainsi qu'à Sciences Po Rennes.

Avec la collaboration de : Annie André-Péchaud, Vincent Cailliet, Magali Chanal, Jean-François Fougnet, Gisèle Huteau, Françoise Jabot, Michel Laforcade et Pierre Villeneuve.

ISBN : 978-2-8109-0708-3



9 782810 907083

36 €

www.presses.ehesp.fr