

Comprendre les politiques sociales en France et leur évolution

- Caferuis
- Octobre 2020
- Philippe Géminel- 06 08 55 18 41
- pgeminel@gmail.com

Les grands fondements des politiques sociales en France

3 grands fondements :

- **Solidarité** : (entre générations/personnes âgées, nationale/personnes défavorisées, de proximité/aide sociale départementale ou communale). La solidarité publique, par opposition, à partir du XIX^e et XX^e, avec la charité, par substitution/aux solidarités familiales ou locales défaillantes. Elle inspire les politiques sociales à visée universelle (assurance maladie, retraite, allocations familiales,...)
- **Discrimination positive** : (USA : « affirmative action », en faveur des minorités): en France un principe central de définition des politiques sociales spécialisées, à destination des personnes ou des territoires marqués par des situations d'inégalités, avec un objectif de retour au droit commun. Ex : politique de la ville, lutte contre les discriminations négatives.
- **Accès aux droits** : VXIII^e droits civiques, XIX^e droits politiques et économiques, XX^e droits sociaux. D'abord une étape de reconnaissance progressive des droits, puis des politiques pour limiter les écarts entre droits formels et accès aux droits réels : être informé sur ses droits, accompagné pour les faire valoir (ex : accès aux soins, RMI RSA, accès aux bons interlocuteurs,...). Droits opposables : accès à l'école, à la santé, au logement...

Les principales modalités des politiques sociales

- **La sécurité sociale, pilier de la protection sociale** : Une construction parcellaire au XIX^e et première moitié XX^e : régimes corporatistes séparés et parcellaires.
- 1945 : la volonté de créer un système universel unifié, avec la persistance de multiples spécificités et des « trous » dans la couverture. Régime général, agricole, indépendant, plus de très nombreux régimes spécifiques.
- Un système assurantiel couvrant 4 risques : maladie (assurance maladie), accidents du travail/maladies professionnelles, vieillesse (retraite), familles (allocations familiales). A quoi s'ajoute en parallèle le risque chômage (assurance chômage). Avec l'idée émergente d'un 5^{ème} risque (dépendance), non encore aboutie.
- **L'aide sociale** : l'ensemble des prestations constituant une obligation mise à la charge des collectivités publiques par la loi et destinées à faire face à un besoin pour des bénéficiaires dans l'impossibilité d'y pourvoir. Recouvre à la fois des allocations et des services attribués à des catégories défavorisées dont les besoins ne sont pas couverts par la sécurité sociale. Depuis la décentralisation, le terrain central de l'action des départements (APA, RSA, établissements et services pour personnes handicapées,...)
- **L'action sociale** : l'ensemble des services et équipements destinés aux personnes et familles dans une perspective de prévention ou de prise en compte des difficultés. Elle est complémentaire de l'aide sociale et de la protection sociale. Elle est non obligatoire (aide sociale extra légale, plus favorable que l'aide sociale légale, action sociale à caractère facultatif, prestations financières ou actions mises en œuvre.

Aide sociale et action sociale : grandes évolutions

- **De l'assistance publique à l'aide sociale** : en 1945, la sécurité sociale avait vocation à se substituer à l'assistance publique, en créant une protection sociale universelle. Mais la pauvreté, et les inadaptation sociales, l'exclusion perdurent durant les années 60 et s'accroissent avec les années 70-80. D'où la persistance de l'aide sociale, notamment départementale et communale (RMI, RSA,...)
- **Après la décentralisation, l'aide et l'action sociales des départements** : principalement dans les domaines de l'aide sociale à l'enfance, aux personnes âgées, aux personnes handicapées.
- **L'action sociale de l'Etat et des organismes de sécurité sociale** : L'Etat conserve l'aide aux personnes sans domicile (hébergement d'urgence, insertion) et certains frais médicaux non couverts par l'assurance maladie (aide médicale d'Etat). Sécurité sociale : CMU.
- **L'action sociale des villes** : des bureaux d'aide sociale aux CCAS (centre communaux d'action sociale). Accueil de 1^{er} niveau des publics en difficulté, action vers les personnes âgées (repas, aides humaines), les personnes en difficulté économique et sociale (bons alimentaires, aides financières, actions collectives...), les enfants et jeunes (crèches, accueils petite enfance, centres de loisirs)...
- **L'influence européenne** : définition de normes minimales communes (droit du travail, lutte contre les discriminations,...), la convergence vers des objectifs communs pour les politiques nationales (emploi, exclusion, retraite,...), soutien communautaire (interventions financières ou de coordination : emploi, santé publique...)

Le nouveau pilotage de l'action sociale : deux principales autorités de pilotage, de tarification et de contrôle

- Les agences régionales de santé (ARS) : créées par la loi HPST (Hôpital, santé, patients, territoires) de 2009, par fusion des ARH, DDASS, DRASS, Unions régionales des caisses d'assurance maladie. Ont pour mission de mettre en œuvre, à l'échelle régionale, la politique nationale de santé et les principes de l'action sociale et médico-sociale. Elles doivent définir et mettre en œuvre des programmes régionaux coordonnés, réguler les organiser l'offre de soins sur le territoire.
- Le « projet régional de santé » comporte un schéma régional d'organisation des soins (ville et hôpital) et un schéma régional d'organisation médico-sociale.
- Malgré la décentralisation en faveur des départements, les ARS gardent les compétences d'autorisation, de financement et de contrôle de certains établissements ou services médico-sociaux : ITEP, IME, SESSAD,, ESAT, CRP, MAS, CAARUD, services expérimentaux,.... Elles les partagent avec les départements pour : EHPAD, FAM, SAMSAH, CAMSP,...
- Les départements : à partir des différentes lois de décentralisation depuis les années 1980, les départements deviennent les acteurs majeurs de la solidarité, de l'aide et de l'action sociale, dans les domaines de l'aide sociale à l'enfance, de l'accompagnement des personnes handicapées, des personnes âgées, de l'exclusion et de l'insertion. Ce sont notamment eux qui gèrent et financent l'APA (allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées) et le RSA (revenu de solidarité active pour les personnes sans ressources).

Le nouveau pilotage de l'action sociale : deux principales autorités de pilotage, de tarification et de contrôle

- **Les départements** : ont les compétences d'autorisation, de financement et de contrôle pour les services et établissements médico-sociaux tels que: foyers de vie (FO), foyer d'hébergement, SAVS, logements foyers, services d'aide et d'accompagnement à domicile, MECS (maisons d'enfants à caractère sociale) et autres structures de l'aide sociale à l'enfance (Foyers départementaux de l'enfance, établissements mères-enfants,...). Ils partagent avec l'ARS cette autorité pour les structures citées plus haut.
- Chaque département doit élaborer un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Leur contenu est précisé dans la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils sont établis pour 5 ans et doivent contenir : l'appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ; le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ; les perspectives et objectifs de développement de l'offre, notamment les créations, transformations ou suppressions d'établissements ou services ; le cadre de la coopération entre établissements et services ; les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas.

Les nouveaux instruments de pilotage de l'action sociale et médico-sociale

- Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale : Cf. plus haut
- L'évaluation interne (auto-évaluation de l'établissement ou du service) et externe (réalisée par un tiers habilité) : prévues par la loi 2002-2, précisées par un décret en 2010. Evaluation interne : 3 rapports tous les 5 ans durant la durée de l'autorisation. Evaluation externe : 2 évaluations réalisées au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et 2 ans avant la date de son renouvellement.
- Les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens): prévus également dans la loi 2002-2. Un pilotage opéré au niveau de l'organisme gestionnaire et non stricto sens établissement par établissement comme auparavant. Une meilleure contractualisation entre pouvoirs publics et gestionnaires, un pouvoir renouvelé pour les associations ou autres entités gérant les structures, une modernisation des règles budgétaires. Il peut y avoir des CPOM de restructuration, de développement, de retour à l'équilibre, de maintien....
- Les appels à projet : la loi HPST de 2009 réforme en profondeur la procédure d'autorisation des établissements et services. Elle inverse le processus antérieur (chaque organisme gestionnaire ayant l'initiative de présenter ses projets lors de commissions des CROSMs) en donnant à l'autorité compétente (ARS, Département, Etat, seuls ou ensemble selon les domaines et les types de structures) le pouvoir de définir les besoins, d'établir les cahiers des charges, de lancer les appels à projets, de réunir les commissions de sélection et in fine de sélectionner les « opérateurs » qui pourront bénéficier des autorisations. C'est un renforcement des pouvoirs publics mais aussi la consécration du principe de concurrence entre opérateurs. Sur la base du mieux ou du moins disant ?



5 grands secteurs des politiques sociales

- Politiques de la famille
- Prévention et protection de l'enfance
- Handicap et inclusion
- Personnes âgées et dépendance
- Précarité, exclusion sociale
- Villes et territoires
- Santé publique et intervention sociale

On se centrera plus particulièrement sur les secteurs du handicap, de la protection de l'enfance, des personnes âgées et de la dépendance.

Handicap et inclusion : Evolution des politiques en direction des personnes en situation de handicap

- **L'un des secteurs les plus importants de l'action sociale** en nombre de personnes accompagnées, un des principaux bénéficiaires de la solidarité nationale depuis 1975.
- **XVIII^e et XIX^e** : d'abord une attention aux enfants handicapés et à leurs capacités d'apprentissage (instituts de jeunes sourds ou aveugles, enfants arriérés,...). Mais encore une certaine indifférenciation entre les enfants souffrant d'un handicap et ceux victime de difficultés familiales et sociales.
- **I^{ère} moitié du XX^e siècle** : la prise en compte des adultes handicapés trouve son origine dans les séquelles de la guerre de 1914-1918 avec ses milliers d'invalides (« gueules cassées », cérébrolésés, aveugles, infirmes moteurs, troubles psychiatriques réactionnels,...). D'où des politiques nationales et des dispositifs de réparation et rééducation. La société civile crée de grandes associations : APF en 1933, LADAPT en 1929 (1^{ers} centres de réadaptation professionnelle en 1937), ...
- **De 1945 à 1975** : une mobilisation considérable des familles d'enfants handicapés (notamment mentaux), alors que l'hôpital psychiatrique asilaire ou le maintien sans aide ni appui en famille sont encore les solutions les plus courantes de prise en charge. Une période intense de création d'associations, notamment de parents d'enfant handicapés. Au cours des années 50 et 60, l'Etat reconnaît le principe de financement de nouveaux établissements pour enfants par la sécurité sociale. Les établissements de travail protégé pour adultes apparaissent également.

Handicap et inclusion : Evolution des politiques en direction des personnes en situation de handicap

- **Le tournant de la loi de 1975** : après des années de militantisme des associations parentales et de personnes handicapées, après 18 mis de débat parlementaire, sous l'impulsion de Jacques Chirac et Simone Veil, 2 lois qui feront date : la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi relatives aux institutions sociales et médico-sociales.
- Y apparaît pour la première fois la notion de personne handicapée. Encore dans un modèle très biomédical, elle regroupe les invalides de guerre, les accidentés du travail, les « déficients » physiques, sensoriels et mentaux. Elle reconnaît le statut, la spécificité et les droits de ces personnes. Elle fixe un cadre cohérent, fondé sur la solidarité nationale et unifiant les dispositions et mesures apparues depuis la fin de la guerre.
- La loi s'accompagne d'un effort financier considérable, mais toujours dans un modèle à l'écart du droit commun, en contradiction avec l'idée que les personnes handicapées ont les mêmes droits que les autres. Cependant, elle va correspondre dans les années 70-80 à un effort sans précédent de la nation dans ce domaine.
- A noter également la loi de 1987, qui institue l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap à hauteur de 6% dans les entreprises (avec possibilité de s'acquitter d'une partie de l'obligation en recourant au travail protégé, CAT puis ESAT).

Handicap et inclusion : Evolution des politiques en direction des personnes en situation de handicap

- **La loi de 2005** : à nouveau J. Chirac. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit des changements majeurs dans la conception même du handicap et de sa prise en charge. Elle reflète l'état de la recherche, des débats sociétaux et de la demande sociale, avec le passage d'un modèle biomédical du handicap (telle déficience crée tel handicap, avec telle prise en charge spécialisée et en environnement spécifique et séparé) à un modèle systémique, écologique et constructiviste du handicap (celui de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé qui se substitue à la classification internationale des handicaps, ainsi que le modèle canadien appelé « processus de production du handicap »). Dans ces modèles, le handicap est une construction sociale liée à la rencontre des potentialités (incapacités et capacités) d'une personne et des facteurs environnementaux familiaux, sociaux, sociétaux,... De cette interaction naissent des restrictions de participation plus ou moins sévères, susceptibles d'être partiellement ou totalement supprimées par des démarches de compensation et d'accompagnement.
- Elle fixe 4 grands objectifs : améliorer la prévention des handicaps et leur aggravation (recherche, prévention spécifique) ; mettre en œuvre un droit à compensation visant à financer les surcoûts liés aux conséquences des handicaps en termes d'accessibilité et de participation sociale ; garantir des ressources décentes lorsque les personnes ne peuvent travailler, généraliser l'inclusion en milieu « ordinaire » de vie (école, emploi, habitat, urbanisme, transports...

Handicap et inclusion : Evolution des politiques en direction des personnes en situation de handicap

- **La loi de 2005** : elle contient pour la première fois (contrairement à la loi de 1975) une définition du handicap qui s'inspire de la classification internationale : « Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.
- Le droit à compensation devient l'expression de l'égalité de droit pour l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. La notion clé est celle de projet de vie de la personne, établi avec elle et non pour elle, autour duquel s'articuleront les aides humaines, techniques et financières.
- Il s'accompagne d'un plan personnalisé de compensation et d'une garantie de ressources.
- La loi indique que chaque personne doit pouvoir, si elle le souhaite, être incluse en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé.
- Elle crée les MDPH, guichets uniques chargés d'accueillir, conseiller et orienter les personnes en situation de handicap et leurs familles et de gérer le fonds départemental de compensation.
- Elle réaffirme le principe de non discrimination et d'inclusion en milieu ordinaire : obligation scolaire, emploi, accessibilité universelle,...

Handicap et inclusion : Evolution des politiques en direction des personnes en situation de handicap

- **Les suite de la loi de 2005 et les nouvelles questions liées au handicap** : des évolutions positives, évolution des établissements et services vers plus d'adaptation aux besoins, dispositifs d'accompagnement personnalisés, accueils temporaires, de jour... Création de services d'accompagnements type SESSAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, avec reconversion partielles de places en institution.
- Parfois des limites et des contradiction entre les objectifs de compensation et d'accessibilité universelle, d'inclusion en milieu ordinaire et les réalités vécues par les personnes et les familles, notamment en milieu scolaire, de travail, dans l'habitat,... Même si des progrès considérables ont été faits.
- De nouvelles problématiques en termes de handicap : autisme et TSA, handicaps rares, handicap psychiques et cognitifs, maladies neurodégénératives et invalidantes, troubles du neurodéveloppement (de l'attention, des apprentissages, de la communication,...), polyhandicaps... Vers la fin des approches cloisonnées et séparées.
- De nouveaux outils, dispositifs : le projet SERAFIN PH (nomenclatures des besoins et des prestations calées sur les nouvelles approches du handicap), ayant vocation à déboucher sur une réforme de la tarification. La gestion des situations critiques et la réponse accompagnée pour tous (rapport zéro sans solution) sur 890 territoires.
- Les dispositifs intégrés : ex le dispositif ITEP. Les plateformes et les pôles de compétences et de prestation externalisés. La recomposition de l'offre : développement des interventions médico-sociales en milieu ordinaire ; organisation graduée de l'offre avec identification des fonctions ressources, mutualisation des ressources entre plusieurs acteurs pour des réponses dites modulaires ; renforcement de l'offre pour des personnes en situation complexe et pour les publics prioritaires (polyhandicap, handicap psychique, autisme...).
- Du travail protégé vers l'emploi accompagné.



Prévention et protection de l'enfance

- Protection maternelle et infantile (PMI)
- Protection de l'enfance
- Prévention spécialisée
- Protection judiciaire de la jeunesse

Prévention et protection de l'enfance

- **Protection maternelle et infantile (PMI)** : l'une des formes les plus anciennes de prévention sanitaire, dès le 19^e, politique de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance. Relève des départements depuis la décentralisation. La PMI a pour missions : les consultations et actions de prévention en faveur des enfants de moins de 6 ans, la gestion ou le conventionnement des centres de planning familial, la protection prénatale, l'agrément des assistantes maternelles et des modes de garde, et différents programmes et actions de prévention ou de suivi médical infantile et maternel.
- **Protection de l'enfance** : le champ s'est constitué à partir de la fin du XIX^e dans sa forme moderne. Intervention de l'Etat dans l'éducation, la protection des enfants, l'aide et le conseil aux parents. Avec des évolutions très importantes selon les époques dans les conceptions de la place de l'enfant et de la famille. Avant le XIX : la charité chrétienne, avec la figure majeure de St Vincent de Paul (17^{ème}) et l'œuvre des enfants trouvés, réseau de nourrices en alternative aux hospices. XIX^e : Premières lois de protection des enfants, notamment au travail, scolarisation obligatoire, protection des enfants maltraités et placement. Parallèlement à l'Etat, initiatives philanthropiques et congrégations : Bon pasteur, Orphelins apprentis d'Auteuil. Evolution qui se poursuit au XX^e avant 1945.

Prévention et protection de l'enfance

- **Protection de l'enfance** : 1945, la guerre a créé des orphelins, des enfants malnutris, en errance, délinquants ou emprisonnés. Redonner une santé physique, morale et psychique aux enfants de la nation devient une priorité.
- Les ordonnances de 1945 ont pour objet de renforcer la protection de l'enfance (enfance délinquante, santé scolaire, protection maternelle et infantile). De nombreux établissements spécialisés créés pour prendre en charge les orphelins, enfants inadaptés et/ou délinquants, qu'il faut désormais tenir à l'écart des prisons ou des asiles.
- Au cours des années 1950 et 1960, l'offre d'établissement spécialisés augmente considérablement. Ordonnance de 1958 institue l'assistance éducative en faveur des mineurs en danger confiée au juge des enfants. On reste cependant souvent dans le modèle du redressement ou de la correction.
- A partir de la fin des années 1960, à l'objectif de correction se mettent en place de nouvelles approches : psychologie, psychanalyse, éducateurs de prévention, de rue, établissements d'hébergement plus conviviaux, avec promotion du travail des équipes éducatives supervisées par les psychologues d'inspiration psychanalytique.
- Loi de 1970 : marque une rupture en instituant la prise en compte de la problématique familiale et le principe du maintien du mineur dans son milieu naturel, avec l'accent mis sur le respect du droit et des droits des familles. Le milieu ouvert (AEMO) devient l'acteur central des années 1980. Le travail avec les parents devient primordial. Vigilance accrue sur les statuts et les droits de l'enfants et ceux des familles. Un mouvement de restructuration des grands établissements s'opère, petites unités, accueil des fratries...

Prévention et protection de l'enfance

- Protection de l'enfance :
- Années 1990 : recherche de diversification des modes d'intervention et des trajectoires des enfants. L'individualisation des parcours est renforcée : accueils temporaires, de jour, accueils relais comme alternatives entre maintien à domicile et placement. Les établissements les plus avancés s'organisent déjà en dispositifs, offrant des réponses diversifiées coordonnées et modulaires. Également une attention forte à la maltraitance et aux abus sexuels.
- Depuis 2000, la protection de l'enfance se cherche de nouvelles pistes de développement, en favorisant les expériences visant à assouplir, diversifier et intensifier les réponses : relais parentaux ou familiaux, action éducative en milieu ouvert renforcée, accueil de parrainage, accueil séquentiel,...
- Mais la complexification des situations, le rajeunissement de l'âge des enfants auteurs de délinquance, le développement de l'errance des jeunes, l'arrivée importante de mineurs isolés étrangers viennent percuter le dispositif de protection de l'enfance. Crise de la pédopsychiatrie qui perd des lits, ne peut plus accueillir les jeunes en souffrance, se décharge sur le médico-social. Idem pour les ITEP.
- Réformes en 2007 et 2016 de la protection de l'enfance.
- Les mineurs non accompagnés.

Prévention et protection de l'enfance

- **Prévention spécialisée :**
- Elle naît autour de 1945. Quelques pionniers s'engagent auprès de jeunes « asociaux » issus de milieux déshérités, en errance ou en bandes de « blousons noirs ». Une nouvelle conception éducative, en rupture avec l'approche répressive et judiciaire. Lutter contre l'inadaptation sociale et accompagner l'intégration sociale et professionnelle des jeunes par une action avec et sur le milieu. Clubs et équipes de prévention, d'abord bénévoles, puis professionnels éducateurs.
- Arrêté de 1959 qui prévoit le financement de la prévention, puis reconnaissance officielle en 1972 de la prévention spécialisée. Développement important dans les années 70 et 80.
- Forte remise en cause avec la décentralisation, à la fois des financements et de l'approche éducative militante, souvent politique. De nombreux désengagements. Une difficulté pour la prévention spécialisée de trouver sa place.
- Une ordonnance de 2005 vient clairement identifier que la prévention spécialisée relève bien de la loi de 2002-2.
- Elle retrouve un regain d'intérêt de la part des départements au cours des années 2000.
- Toutefois, à nouveau depuis les années 2010 des baisses importantes de moyens dédiés par les départements.

Prévention et protection de l'enfance

- **Protection judiciaire de la jeunesse** : en France, la justice des mineurs est fondée sur un principe de spécialisation des juges pour enfants, avec une double compétence civile et pénale et sur l'interaction entre le judiciaire et l'éducatif. Le juge pour enfants intervient à la fois pour les enfants délinquants et pour les enfants en danger, au titre de l'ordonnance de 1945 concernant la délinquance des mineurs et de l'ordonnance de 1958 relative aux enfants en danger.
- Au XIX^e : les jeunes délinquants ou tout simplement errants sont l'objet d'une grande peur sociale et d'un vaste mouvement de renfermement dans des établissements pénitentiaires ou de correction, dans lesquels la dimension répressive prend rapidement le pas sur les prétentions éducatives. Toutefois au tournant du siècle, le regard change : les jeunes délinquants vus plus comme des victimes de carences familiales.
- Première moitié XX^e, les colonies pénitentiaires font l'objet de graves critiques, relayées par des campagnes de presse. 1934 : révolte des enfants de Belle-Île en mer marque la fin de ces établissements.
- Ordonnance de 1945 : primat de l'éducatif sur le répressif; excuse atténuante minorité et personnalisation de la réponse judiciaire. Priorité à des mesures d'assistance, de surveillance, d'éducation ou de réforme sur le prononcé des peines et notamment l'incarcération. Et une juridiction spécialisée : juge et tribunal pour enfants, cour d'assise des mineurs.

Prévention et protection de l'enfance

- Protection judiciaire de la jeunesse :
- Années 1950-1960 : internats d'éducation surveillée et foyers de semi-liberté, en majorité gérés par des associations spécialisées (sauvegarde de l'enfance,...).
- Années 1970 -1980 : petites structures urbaines, mais en même temps monte de la délinquance et de l'incarcération.
- Années 1990 : massification du nombre de mineurs mis en cause, rajeunissement de l'âge d'entrée dans la délinquance, développement d'une délinquance de relégation et aggravation des actes. Prise en compte des victimes et responsabilisation du mineur et de son entourage. Evolution vers plus de coercition et vers l'accélération des procédures de comparution immédiates. Création d'unités éducatives à encadrement renforcé. Et pénalisation plus lourde à l'inverse de la tendance des 40 années précédentes et mise en cause du principe de spécialisation de la justice des mineurs.
- Années 2000 : des lois rapprochent la justice des mineurs de celle des majeurs en 2000 2002 et 2004. Notamment 2002 et 2004 (Lois Perben I et II) introduisant un durcissement de la réponse pénale. Création des centres éducatifs fermés, réponse pénale en temps réel, renforcement de la pénalisation financière des parents. Puis 2007 nouvel aménagement de l'ordonnance de 1945 : possibilité d'intervenir dès 10 ans, pénalisation plus importante dès 13 ans, pénalisation plus forte des actes de violence, peines plancher pour les récidivistes. Le tout éducatif est loin, le répressif prend le pas. Le parquet prend la main et il y a une tendance insidieuse à la déspecialisation des juges pour enfants. Tendance cependant contrebalancée à partir de 2012 par le mouvement allant vers la suppression des tribunaux correctionnels pour mineurs, une certaine remise en question des centres fermés.

Personnes âgées et dépendance

- Evolution des politiques en direction des personnes âgées
- La prise en compte de la dépendance
- La protection des majeurs

Evolution des politiques en direction des personnes âgées

- De 1945 aux années 1970 : 1945 mise en place de la sécurité sociale et mise en place d'un système de retraite obligatoire par répartition. Jusqu'aux années 1960, vieillesse rime avec pauvreté, puis les minimas sociaux vieillesse augmentent et inversent la tendance.
- **Après 1970**, la vocation d'asile pour vieillards de l'hôpital disparaît, d'où la nécessité, inscrite dans la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales de 1975, de créer des établissements d'accueil des personnes âgées (on ne dit pas encore « dépendantes ») : foyers logement, petits unités de vie,...et également les services de soins à domicile aux personnes âgées.
- **Années 1980-90** : élévation de l'espérance de vie au-delà de 80 ans, apparition de séniors en bonne forme. Le soutien à domicile reste la solution préférée de la majorité des personnes âgées. Création de petites unités d'accueil en proximité, dans la commune. Cependant la majorité des établissements restent de grosses structures, qui doivent se médicaliser de plus en plus. On passe de la maison de retraite de jeunes vieillards valides à des personnes plus dépendantes physiquement et psychologiquement. Les établissements sont réformés en 1997, avec décrets en 1999 et 2001 : amélioration de la qualité de la prise en charge au profit de la personne ; meilleure médicalisation des établissements ; adéquation entre financement et niveau de dépendance des personnes, tout en demandant aux personnes de participer. Tarification tripartite : tarif hébergement, tarif soins et tarif dépendance (les deux étant modulés selon les caractéristiques de dépendance et de pathologie des personnes).

Evolution des politiques en direction des personnes âgées

- **Années 2000** : 2001 création de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie), pour l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un soutien de la collectivité. Elle finance les aides humaines compensant la dépendance (aides à domiciles, aménagement du domicile, soutien, socialisation,...). Elle s'adresse également aux personnes en établissement. Elle est gérée par les départements. Elle n'est pas soumise à condition de ressources, mais son montant tient compte des revenus et du niveau de dépendance.
- Le nombre de bénéficiaire augmente rapidement. L'activité de l'aide domicile est en forte croissance.
- 2005 Création de la CNSA apportant un financement complémentaire pour la dépendance.
- Différents plans solidarité grand âge, Alzheimer
- Les CLIC (centre locaux d'information et de coordination)
- Depuis la loi 2002-2, les maisons de retraite deviennent des EHPAD, en se médicalisant.

La protection des majeurs

- **Régime de protection des majeurs** : pour les personnes âgées et les personnes handicapées.
- **Années 1960** : lois relatives aux régimes de protection des majeurs. Juge des tutelles, introduction du parquet dans la procédure. Indépendance soins/gestion des intérêts de la personne ; protection du patrimoine (plus que de la personne)
- **Années 1970** : mise en place de services de tutelle associatifs et encadrement de la profession de tuteur.
- **2007** : loi réformant des tutelles, pour mieux garantir 3 principes : la nécessité, la subsidiarité et la proportionnalité des mesures de protection. La mise sous tutelle ou curatelle n'est possible si certificat médical altération des facultés. La mesure ne peut être demandée que par l'entourage de confiance ou le procureur de la République. Hiérarchie proportionnée sauvegarde de justice, curatelle, tutelle. Création du mandat de protection future, renforcement des droits de la personne, mesures révisées tous les cinq ans. Existence également des tutelles aux prestations sociales.

Bibliographie sommaire

LÖCHEN V., *Comprendre les politiques sociales*, Dunod, 2018

MULLER P., *Les politiques publiques*, Que sais-je ?, PUF, 2009

THEVENET A., *L'aide sociale aujourd'hui*, ESF, 2015

JOIN-LAMBERT M.T. et al., *Politiques sociales*, Presses de Science Po/Dalloz, 2016