



**HAL**  
open science

# Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites

Nicolas Henckes

► **To cite this version:**

Nicolas Henckes. Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites. Nicolas Henckes, Myriam Winance, Louis Bertrand, Cyril Desjeux, Noémie Rapegno et al. Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales, Dunod, 2024, 9782100866328. hal-04591529

**HAL Id: hal-04591529**

**<https://hal.science/hal-04591529>**

Submitted on 28 May 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

---

**Devenir des institutions  
et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation  
et ses limites**

Nicolas Henckes

**Citation :** Nicolas Henckes, « Chapitre 5. Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites », in Nicolas Henckes, Myriam Winance, Alis Sopadzhyan, Cyril Desjeux, Louis Bertrand et Noémie Rapegno, *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Paris, Dunod, 2024, pp. 113-137

**Résumé**

Ce chapitre propose une analyse à la fois historique et critique des débats suscités par la désinstitutionnalisation dans le secteur médico-social depuis les années 1970. Il suggère d'abord que ces débats peuvent être compris à l'intérieur de deux grandes problématiques sociologiques portant, respectivement, sur l'organisation et sur l'institution. Le chapitre examine ensuite la façon dont les analyses de la désinstitutionnalisation ont rendu compte des transformations du paysage des services et établissements depuis les années 1960 en prêtant particulièrement attention aux concepts proposés pour analyser les alternatives qui leur ont été substituées. Enfin la dernière partie propose une réflexion sur les dynamiques de transformations organisationnelles et institutionnelles à l'œuvre actuellement dans le paysage du médico-social.

**Mots-clés :** désinstitutionnalisation, organisations, institutions, dispositifs, réseaux

LA NOTION de désinstitutionnalisation est devenue depuis les années 1970 un concept central dans l'analyse des systèmes de protection sociale en France comme dans les pays du Nord. Elle caractérise une transformation en profondeur de la prise en charge ou, plus largement, de l'encadrement d'une diversité de populations vulnérables, transformation se traduisant par le déclin des grands établissements et l'essor d'alternatives. Plus largement la désinstitutionnalisation renvoie à un ensemble de questions particulièrement riches sur le paysage que forment aujourd'hui les services et établissements médico-sociaux. Quelles formes empruntent-ils ? Comment assurent-ils effectivement le soin, l'accompagnement ou l'aide aux personnes ? Quelles règles président à leur création et leur activité ? D'où ces règles tirent-elles leur autorité ? Quelles sont plus généralement les dynamiques collectives qui structurent les mondes du médico-social ?

En dehors de l'arène scientifique, la désinstitutionnalisation s'est également installée durablement dans le débat public sur ces enjeux. Selon les moments et les contextes, elle y a été tantôt un aiguillon des réformes promues par les États et tantôt un motif d'avertissement sur les écueils qui guettaient celles-ci. À chaque fois, elle a suscité une variété de prises de positions, évaluations, jugements, critiques ou encore prophéties aux connotations et implications multiples et souvent contradictoires. Celles-ci ont interrogé à la fois l'état et le devenir des services et établissements, leurs fondements normatifs et les conditions matérielles qu'ils proposent aux personnes. Jusqu'à quel point les établissements et services satisfont-ils les besoins et les exigences de droits des personnes ? Dans quelle mesure les règles sur lesquelles ils reposent répondent-elles aux enjeux de justice, d'efficience et d'efficacité qui devraient être au fondement de l'État social ?

Ce chapitre voudrait apporter un éclairage à la fois historique et critique sur ces différents questionnements. Pour commencer, il cherchera à clarifier les différents concepts en jeu. La complexité de toute discussion sur la désinstitutionnalisation tient en effet à la polysémie de la notion. Je suggérerai qu'il peut être utile de lire les discussions qu'elle a suscitées dans les arènes scientifiques et politiques à partir de deux grandes problématiques sociologiques relatives d'une part aux organisations et de l'autre aux institutions du social. À partir de ce cadre conceptuel, le chapitre développera une analyse historique et critique des enjeux et concepts autour desquels se sont structurés les débats sur la désinstitutionnalisation depuis les années 1970. L'analyse cherchera à rendre compte à la fois des façons dont les acteurs ont problématisé les transformations du paysage des établissements et services médico-sociaux et de ces transformations elles-mêmes.

Ce faisant, le chapitre espère à la fois éclairer le succès de la désinstitutionnalisation comme notion et suggérer ses limites comme analyse des transformations du secteur médico-social. Quelle que soit la définition qu'on lui donne, la désinstitutionnalisation soulève en effet d'immenses difficultés conceptuelles et empiriques. Outre qu'elle peine à expliquer les facteurs et les mécanismes qui ont conduit à un éventuel déclin des institutions, la désinstitutionnalisation décrit mal le nouveau paysage d'établissements et services qui a émergé des uns et des autres. La dernière section du chapitre s'efforcera de donner quelques éléments pour en rendre compte.

## **1. Entre organisation et institution, la désinstitutionnalisation en question**

Si la désinstitutionnalisation exprime de façon générale l'idée d'un déclin des établissements, elle renvoie à plusieurs types d'analyses qui ont interprété de façon différente ce qui faisait l'essence de ces établissements, la nature des processus en jeu dans leur déclin, l'origine de ces processus et leurs implications (Henckes, 2018). Sans nécessairement épuiser ces interprétations, les deux problématiques sociologiques de l'organisation et de l'institution peuvent aider à y voir plus clair. Elles permettent en effet de penser deux dimensions fondamentales des établissements relatives d'une part aux arrangements à la fois matériels et conventionnels sur lesquels s'appuie l'ordre en leur sein et, de l'autre, aux fondements idéels et normatifs sur lesquels reposent ces arrangements.

La question sociologique des organisations, pour commencer, renvoie de façon générale à une interrogation sur la façon dont les relations de coopération et de dépendance s'établissent effectivement à l'intérieur de systèmes d'acteurs s'appuyant sur des règles formelles ou explicites (pour une mise au point récente voir Borraz, 2022). Les analyses ont porté sur les administrations ou les associations, les établissements et services divers de soin, d'accueil, d'éducation ou pénaux, mais aussi les entreprises industrielles ou de service, les partis ou encore des systèmes plus ouverts comme certains marchés voir des groupements communautaires. Les sociologues ont particulièrement insisté sur le fait que les relations réelles entretenues par les

acteurs de ces organisations s'écartaient de celles prescrites par les règles, que le pouvoir qu'ils exerçaient les uns sur les autres et leur capacité à prendre des décisions n'étaient pas déterminés automatiquement par la position qu'ils occupaient dans la hiérarchie formelle - c'est en particulier la problématique des travaux classiques de Michel Crozier (1963 ; Crozier et Friedberg, 1977) - et, par ailleurs, que la participation à de telles organisations a un effet sur l'identité personnelle de leurs membres (Sainsaulieu, 1977). Les travaux ont également cherché à identifier des types d'organisations selon la nature des coopérations en leur sein, le statut de leurs membres et les fonctions qu'elles accomplissent (Mintzberg, 1982).

C'est au constat de la remise en cause d'un certain type d'organisations que fait référence le premier ensemble d'analyses de la désinstitutionnalisation. On peut caractériser ces organisations à partir de trois éléments : leur grande taille, le grand nombre et le caractère à la fois très formel et explicite des règles régissant l'ordre social en leur sein, et leur tendance à fonctionner comme un monde clos ou autosuffisant entretenant peu de relations avec leur environnement. Les établissements hospitaliers tels qu'ils existaient au milieu du XX<sup>e</sup> siècle ont été des prototypes de ces organisations au même titre que certaines usines ou administrations : les unes comme les autres se caractérisaient en effet par la façon dont elles prenaient en charge l'ensemble des fonctions nécessaires pour assurer leur activité principale — produire des soins ou des biens — et qu'elles concentraient dans les mêmes locaux un nombre très important de participants, professionnels et malades dans le cas de l'hôpital. Ceux-ci y trouvaient ainsi un vaste ensemble de services dont ils pouvaient avoir besoin pour vivre, de l'hébergement à la restauration jusqu'aux loisirs, faisant de ces organisations de véritables villes.

La désinstitutionnalisation a d'abord traduit une remise en cause de ce gigantisme et de l'ambition totalisatrice de ces grandes organisations. Elle a concerné un grand nombre d'entre elles dans des secteurs très divers de la société. Dans le médico-social, la désinstitutionnalisation est souvent analysée, en reprenant la terminologie administrative française, comme la substitution des services aux établissements, mais on verra que d'autres perspectives ont émergé au cours du temps pour penser les alternatives à ces derniers. La désinstitutionnalisation renvoie ici à une transformation touchant à la fois à la localisation, aux modes d'encadrement et de structuration des pratiques, mais aussi et du même coup au type de relations que les professionnels entretiennent entre eux et avec les personnes. Si elle a ainsi une dimension extrêmement concrète, la désinstitutionnalisation n'a pu se développer que dans le cadre d'une remise en cause des valeurs associées à la grande organisation.

C'est à ce sens que renvoie spécifiquement la problématique sociologique de l'institution, ou peut-être plus précisément de l'institutionnalisation. Si la question de l'organisation posait le problème de la forme prise par l'ordre social à l'intérieur d'un système d'action collective formel, l'institution soulève la question de la légitimité et des fondements de cet ordre dans des représentations, des idéaux ou des attentes partagées. Précisément on peut définir l'institution comme la façon dont des formes de structuration sociale — organisations, dispositifs, règles, conventions ou normes — parviennent à capter des représentations et des idéaux, à susciter chez leurs agents et leurs publics des croyances partagées, ou encore à stimuler des engagements de nature à la fois rationnelle et émotionnelle, pour acquérir par là une existence propre, perçue comme naturelle et détachée de leurs contextes d'émergence (voir Lagroye et Offerlé, 2011, pour cette définition).

Sur le terrain du médico-social, le concept d'institution permet de rendre compte des formes de justification mobilisées par les acteurs, professionnels ou non, dans la conduite de leurs pratiques sociales. Les organisations peuvent être en ce sens des institutions lorsque les règles sur lesquelles elles s'appuient ont acquis pour leurs membres un caractère naturel (pour cette analyse voir : Ahrne, Brunsson, 2011), mais les pratiques peuvent faire référence à d'autres institutions comme la science ou encore des autorités comme l'État ou la religion, comme dans

le cas de certains établissements issus des solidarités confessionnelles : les acteurs justifient ainsi parfois telle ou telle intervention qu'ils mettent en œuvre en appelant à la citoyenneté ou en évoquant une idée de la charité (voir chapitre 14). La désinstitutionnalisation traduit alors non pas, comme dans le premier sens évoqué plus haut, le déclin des règles qui régissent les pratiques, mais celui de l'adhésion qu'elles suscitent chez leurs protagonistes.

Dans la sociologie, et plus spécifiquement dans la tradition initiée par le sociologue français Émile Durkheim, l'importance de la question des institutions tient au fait que c'est d'elles que nos sociétés tirent leur consistance. La désinstitutionnalisation, si elle était avérée, ferait ainsi courir le risque que les acteurs éprouvent des formes de démoralisation, voire se retirent du jeu collectif, désertent les institutions ou s'engagent dans des processus de désaffiliation (Castel, 1995). Dans un ouvrage théorisant et documentant le phénomène, le sociologue François Dubet (2002) suggère ainsi que les professionnels du social ne croient plus aujourd'hui en ce qu'il appelle le « programme institutionnel », c'est-à-dire en l'idée que leur travail relève d'« une médiation entre des valeurs universelles et des individus particuliers », qu'il est « une vocation » et qu'il vise « à inculquer des normes qui conforment l'individu et en même temps le rendent autonome et "libre" ». Le travail devient un objet « composite » que les acteurs construisent en situation en s'appuyant sur une diversité de références. On reviendra plus loin sur l'évaluation que l'on peut faire de ces analyses. Avant cela, la suite de ce chapitre interroge la façon dont les débats autour de la désinstitutionnalisation ont mis au travail ces deux problématiques depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

## **2. Le problème des établissements au milieu du xx<sup>e</sup> siècle**

### **2.1 Aux origines d'une critique**

La désinstitutionnalisation, dans ses différents sens, est en effet l'aboutissement de plusieurs décennies de critiques des établissements à caractère sanitaire et social depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ces critiques sont à la mesure des promesses qui leur ont été associées au moment de leur fondation, dans leur forme contemporaine, au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Les hôpitaux, asiles d'aliénés, établissements d'enseignement ou d'éducation spécialisée, devaient en effet, grâce à l'architecture de leurs bâtiments, aux règles strictes encadrant la vie de leurs pensionnaires, aux traitements spécifiques mis en œuvre par leurs professionnels, permettre la correction, l'éducation ou encore le traitement thérapeutique de leur public, dans sa diversité, et par là faciliter leur réintégration sociale. Dans la grammaire conceptuelle mise en place dans la section précédente, c'est l'établissement en tant qu'organisation qui dispose ainsi d'un pouvoir sur les personnes. Mais, pour les promoteurs de ces établissements, cette efficacité n'est possible que dans la mesure où cette organisation s'impose effectivement aux personnes, en d'autres termes qu'elle est devenue une institution.

C'est l'échec visible de cette promesse dès la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, manifesté par la croissance apparemment irrésistible des populations accueillies dans les établissements et l'incapacité de leurs professionnels à les en faire sortir, qui conduit aux premières dénonciations du traitement en établissement. Outre l'inefficacité de la discipline imposée par l'enfermement et la vie en collectivité, celles-ci critiquent les mauvais traitements infligés aux personnes, rendus possibles notamment par le manque de contrôle sur les pratiques professionnelles. Ces critiques portent sur les deux dimensions organisationnelles et institutionnelles des établissements. Certaines suggèrent que l'on pourrait développer d'autres organisations qui permettraient d'échapper aux travers des établissements, comme, dans le cas de la psychiatrie, des colonies agricoles, ou bien, dans le cas de l'éducation, des établissements organisés autour de pédagogies alternatives ; d'autres remettent en cause leurs fondements mêmes dans l'autorité des professionnels qui les animent : sur le terrain de la santé mentale, par exemple, les

historiens identifient dans les années 1880 un premier mouvement antipsychiatrique (Dowbiggin, 1991).

C'est cependant au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, sous l'impulsion de professionnels, de journalistes et d'activistes, que ces critiques prennent une réelle ampleur et qu'elles donnent lieu à des analyses systématiques. Ces dernières se nourrissent alors des premiers travaux sociologiques qui prennent comme terrains d'enquête les établissements sanitaires et sociaux et en décrivent précisément les mécanismes. Le sociologue Erving Goffman développe ainsi en 1961 le concept d'« institution totale » pour caractériser un « lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968 (1961), p. 41). S'il utilise en anglais le terme d'institution, la problématique qu'il met en place est de nature organisationnelle. Il montre en particulier comment la structure spécifique des établissements alimente des processus de désadaptation et de dépersonnalisation des personnes internées, pour finalement renforcer leur aliénation. En France des analyses très proches sont développées au même moment par certains psychiatres au sein du mouvement de psychothérapie institutionnelle, analyses reprises ensuite dans les champs de l'éducation spécialisée ou du handicap (notamment : Daumézon et Koechlin, 1952).

Une décennie plus tard, le philosophe français Michel Foucault (1975) propose quant à lui le concept de discipline pour analyser le mode spécifique de normalisation des comportements mis en œuvre dans une série d'établissements tels que les prisons, hôpitaux ou écoles. Il en fait une forme paradigmatique de l'exercice du pouvoir dans les sociétés du XIX<sup>e</sup> siècle. Si la discipline caractérise bien une forme organisationnelle, la critique historique et philosophique de Foucault porte en réalité plus profondément sur l'idée qu'elle puisse avoir une dimension institutionnelle : la caractérisation de la prison comme un dispositif, que Foucault définit comme un assemblage historiquement contingent de savoirs, d'organisations, de pratiques, de droit, lui permet en effet de remettre en cause l'ordre institué que les établissements prétendent incarner. En cela Foucault contribue à une critique plus générale des fondements normatifs de la modernité.

## **2.2 Une autre voie pour les institutions du social ?**

La réponse à ces critiques, dans un premier temps, est passée moins par une remise en cause des organisations que par une tentative de les refonder en tant qu'institutions. Pour les réformateurs, professionnels, membre des administrations, qui se saisissent du problème dans les années 1950 et 1960, il semble en effet possible de transformer les établissements de l'intérieur en redonnant un sens à l'ordre sur lequel ils s'appuient : en y insufflant un dynamisme nouveau, en remettant en cause les routines organisationnelles, en posant frontalement et collectivement la question du sens des pratiques ou des règles qui les encadrent. Les projets de l'époque ne visent ainsi pas moins d'organisation, ni même des organisations très différentes de celles héritées de la période précédente. Mais ils se sont efforcés de proposer de nouvelles façons de constituer les organisations.

La psychothérapie institutionnelle développée par un groupe de jeunes psychiatres au lendemain de la guerre a peut-être poussé le plus loin la théorisation de ces perspectives (Henckes, 2007). Elle propose en effet une sorte de méthodologie de l'intervention reposant sur la mise en place dans les établissements d'activités ou de traitements à l'échelle de groupes de patients et qui visent, finalement, à restaurer une croyance partagée dans l'ordre institutionnel. Mais ces perspectives ont été reprises très largement pour être appliquées à une diversité d'objets, établissements, organismes ou groupements, au-delà des secteurs social et sanitaire, de l'administration à l'entreprise et jusqu'à la famille. À l'intérieur de l'État, elles sont particulièrement incarnées par un organisme, le Commissariat général au plan, en charge d'animer la

modernisation du pays et qui promeut des modèles d'organisation reposant sur un mélange de participation sociale et d'expertise (voir pour une analyse à chaud Crozier, 1965). À chaque fois l'enjeu est de réaffirmer un sens partagé en mettant en cohérence la régulation interne des organisations avec les fonctions qu'elles poursuivent et en s'efforçant de susciter une adhésion de leurs membres à cette régulation.

Aidées par l'amélioration du niveau de vie et l'augmentation des prélèvements sociaux, ces perspectives ont stimulé la croissance et la diversification considérable des organisations du médico-social au cours des années 1960 et 1970. Outre l'engagement des professionnels évoqué plus haut, deux séries de processus ont joué un rôle spécifique dans cette dynamique. Les premiers traduisent l'implication croissante des publics de ces organisations, patients et familles, dans la définition de réponses spécifiques à leurs besoins et problèmes. Rejoignant, souvent, celles des professionnels, ces revendications ont fait émerger un ensemble diversifié d'établissements et de services, et, au-delà, des secteurs d'action publique tout entier, comme la politique du handicap ou de la vieillesse (Barral *et al.* 2000). Le second ensemble de processus relève de logiques de rationalisation administrative et économique. Celles-ci ont été particulièrement à l'œuvre à l'hôpital où, dès les années 1960, des tentatives d'appliquer le calcul économique inspirent des réformes importantes de l'organisation en services ou de la planification et du financement des établissements (Benamouzig, 2005).

Au tournant des années 1970, les deux lois « hospitalière », d'une part, du 31 décembre 1970 et « sociale », de l'autre, du 30 juin 1975 sont l'aboutissement de ces différents processus : la première consacre le service public hospitalier et surtout elle redonne un cadre, des principes et des règles, à l'hôpital public ; la seconde institue en miroir le secteur social et médico-social dont elle définit les valeurs et organise le fonctionnement. Les deux lois participent ainsi d'un même geste instituant visant à refonder le système des établissements sanitaires et sociaux en leur associant un corpus législatif spécifique.

### **3. L'avènement de la désinstitutionnalisation**

#### **3.1 La perspective d'une alternative**

Au tournant des années 1970, l'essor de la notion de désinstitutionnalisation est à bien des égards un désaveu pour cette dynamique. Dans leur diversité, les analyses que consacrent à celle-ci professionnels, militants et chercheurs suggèrent en effet qu'il n'est d'autre voie que le déclin des établissements, en tant qu'organisations ou, selon les analyses, qu'institutions, pour dépasser leurs travers. Ce faisant elles rendent non seulement plausible un monde sans établissements, mais de surcroît, le récit sociohistorique qu'elles proposent tend à occulter voire à nier les efforts menés au cours des décennies précédentes pour transformer les établissements. Ce qui caractérise ces analyses c'est en effet la distance qu'elles prennent avec celles de leurs prédécesseurs. C'est vrai des deux interprétations principales données à la notion selon les deux voies de l'organisation et de l'institution.

Dans un premier temps, lorsqu'elle fait son apparition aux États-Unis au début des années 1970, la notion vise à rendre compte de la tendance observée à la décroissance des populations internées dans les hôpitaux psychiatriques depuis les années 1950. Le phénomène est alors mal compris — il le restera jusqu'à aujourd'hui — et il suscite plusieurs séries d'explications concurrentes : progrès des techniques thérapeutiques, avec notamment l'arrivée des chimiothérapies neuroleptiques, qui permettent de faire sortir plus rapidement les patients ; succès de la critique des hôpitaux psychiatriques, qui aurait fini par s'imposer dans les agendas de politique publique et avoir raison des résistances au changement ; ou montée de nouvelles exigences à l'égard des établissements sanitaires et sociaux alors que le développement de l'État social rend inacceptable le coût des traitements ségrégatifs. Ces incertitudes contribuent du reste à

renforcer le caractère massif de l'analyse, le phénomène apparaissant d'autant plus irrésistible qu'il est mystérieux.

Rapidement, chercheurs et militants suggèrent que des établissements accueillant d'autres populations pourraient suivre le même chemin : hospices de vieillards et infirmes, institutions pour enfants inadaptés ou en danger, voire établissements carcéraux (Scull, 1977). Le phénomène s'observe par ailleurs également dans la plupart des pays européens, pour ce qui est de la psychiatrie en tout cas. À la fin des années 1970, la désinstitutionnalisation devient, en ce sens d'une réduction des places en établissement, l'horizon d'une série de politiques publiques : dans la santé mentale, elle est notamment prônée par l'OMS comme par certains gouvernements — Italie et Grande-Bretagne notamment ; dans le champ du handicap mental, elle devient une des revendications importantes des mouvements pour les droits.

En France la notion de désinstitutionnalisation rencontre alors peu d'écho et la psychiatrie dans son ensemble refuse de faire de la fermeture des hôpitaux psychiatriques un objectif. Mais c'est dans des termes proches de ceux mobilisés dans le cadre de la désinstitutionnalisation que, dès les années 1970, les familles d'enfants inadaptés plaident pour leur sortie des établissements psychiatriques et qu'est promue la fermeture des hospices pour personnes âgées. Dans les deux cas, les alternatives reposeront cependant sur la création de nouveaux établissements qui nourriront, dans les années 2010, les critiques des politiques françaises en matière d'institutionnalisation des publics vulnérables (voir chapitre 18).

Depuis les années 1980, la désinstitutionnalisation, entendue en ce sens d'un déclin des organisations, se présente ainsi à la fois comme un diagnostic et une prophétie : elle rend compte d'un processus en cours ; et elle annonce un horizon sans établissement ou en tout cas avec moins d'établissements, qui pourrait être l'aboutissement de ce processus. Cet horizon apparaît selon les auteurs, et parfois pour les mêmes auteurs, comme un espoir ou comme un risque, voire un danger : d'un côté, la fermeture des grands établissements de soin paraît rendre possible, selon des expressions particulièrement prisées par l'ensemble des acteurs, la relocalisation « dans la cité » ou « dans la communauté » des prises en charge et par là une meilleure intégration et participation sociale des personnes ; de l'autre, elle pose cependant la question des moyens qui seront effectivement disponibles dans ce nouveau contexte pour venir en aide à des personnes dont les vulnérabilités restent importantes. Cet horizon a suscité à cet égard des réserves significatives et dans la santé mentale des voix se sont fait entendre pour appeler à une réinstitutionnalisation après une désinstitutionnalisation jugée trop radicale (Fakhoury et Priebe, 2007). Malgré ces réserves, la désinstitutionnalisation est restée un objectif indépassable des politiques de santé mentale et, de façon peut-être plus notable encore, dans le secteur du handicap dans son ensemble depuis les années 2000, où, sous l'impulsion du Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU la fermeture des établissements est devenue un enjeu particulièrement vif (Comité des droits des personnes handicapées, 2022).

Le diagnostic exprimé par la désinstitutionnalisation est quant à lui univoque. Il est objectivé par un indicateur statistique produit par les États et sur lequel reposent pratiquement exclusivement les analyses : le nombre de places en établissements. Ces analyses comportent cependant de nombreux angles morts qui nourriront un certain nombre de discussions parfois byzantines tout au long de la période. D'abord les données statistiques se concentrent sur les établissements disposant d'une reconnaissance formelle par les États ; elles passent à côté de nombreux établissements notamment lorsqu'ils relèvent du secteur associatif, qu'ils développent des modèles originaux ou reposent sur des financements privés ou sur des subventions informelles (voir chapitre 1 de cet ouvrage).

Ensuite la désinstitutionnalisation ne définit pas ce qu'il faut entendre par établissement : elle ne dit rien de la nature et de la qualité des places auxquelles il est fait référence ; surtout elle rend difficilement compte de la nature exacte des alternatives éventuelles aux

établissements. À cet égard, un des enjeux importants des débats a porté sur la question de savoir si on a assisté effectivement à un déclin du traitement en établissement ou à un transfert dans d'autres établissements des populations (un repère important dans la littérature sur ce point est : Brown, 1985). Cette question est d'autant plus importante que la baisse du nombre de place en établissement est à la fois un phénomène mesuré et très inégal selon les secteurs : dans la santé mentale, après avoir décliné depuis les années 1970, le nombre de lits stagne depuis les années 2000 ; dans le handicap le nombre d'établissements n'a jamais véritablement baissé en France (voir tableau 5.1). Enfin, on l'a évoqué plus haut dans le cas de la psychiatrie, la désinstitutionnalisation est incapable de rendre compte des processus qui seraient à l'origine du phénomène et elle ne dit rien des transformations dans les trajectoires de vie des personnes et de leur entourage qui ont accompagné la désinstitutionnalisation et l'ont rendue simplement possible.

*Évolution de quelques établissements en France, 1980-2018.*

<b>Santé mentale</b>	<b>1981</b>		<b>2006</b>	<b>2018</b>
Établissements publics spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales	119		90	95
Établissements publics participant à la lutte contre les maladies mentales	223		293	ND
<i>Lits dans les établissements publics participant à la lutte contre les maladies mentales</i>	<i>118 003</i>		<i>39 658</i>	<i>33 614</i>
Établissements privés participant à la lutte contre les maladies mentales	293		322	ND
<i>Lits établissements privés participant à la lutte contre les maladies mentales</i>	<i>18 130</i>		<i>18 346</i>	<i>21 312</i>
<b>Personnes âgées</b>	<b>1980</b>		<b>2003</b>	<b>2015</b>
Hospices et maisons de retraite publiques	2033	Ehpad	0	7 400
<i>Places hospices et maisons de retraite publiques</i>	<i>221 501</i>	<i>Places Ehpad</i>	<i>0</i>	<i>600 380</i>
Maisons de retraite privées	2 100	EHPA	6 376	335
		<i>Places EHPA</i>	<i>436 300</i>	<i>8 500</i>
	<i>132 000</i>	Unité soin longue	1 044	596

		durée (USLD)		
<i>Lits maisons de retraite privées</i>		<i>Lits en unité soin longue durée (USLD)</i>	79300	33860
Total établissements personnes âgées	4 133	Total établisseme nts personnes âgées	7 420	8 331
<i>Total lits personnes âgées</i>	353 501	<i>Total lits établisseme nts personnes âgées</i>	515 600	642 740
<b>Personnes handicapées</b>	<b>1980</b>		<b>2006</b>	<b>2018</b>
Établissements pour enfants handicapés	1 825		2 080	2 370
<i>Places en établissements pour enfants handicapés</i>	142 000		106 642	108 900
Établissements et services d'aide par le travail	769		1 580	1 500
<i>Places en établissements et services d'aide par le travail</i>	48 826		111 500	119 830
Hébergement médicalisé pour personnes adultes handicapées	ND		949	1 720
<i>Places en hébergement médicalisé pour personnes adultes handicapées</i>	ND		33 244	58 940
Hébergement non médicalisé pour adultes handicapés	739		2 865	3 210
<i>Places en hébergement non médicalisé pour adultes handicapés</i>	29 718		89 615	96 760

Ce tableau présente à titre indicatif quelques données statistiques sur l'évolution du nombre et de la taille d'une sélection d'établissements. Il se concentre volontairement sur la santé mentale, les personnes handicapées et les personnes âgées et il n'inclut pas les services.

Les transformations des catégories et le mode de recueil des données rendent complexes la comparaison à travers le temps. C'est particulièrement le cas pour les établissements pour

personnes âgées : jusque dans les années 1980 ceux-ci se composent d'hospices, qui peuvent être autonomes ou être constitué en section d'hôpital et de maison de retraite. La suppression du statut d'hospice a conduit dans un premier temps à une requalification des structures en maisons de retraite ou unités de soins de longue durée. Dans un second temps, une grande partie des maisons de retraite ont été transformées en Ehpad après la création du statut en 2002.

Dans le secteur du handicap, en 2006 et 2013 l'hébergement médicalisé pour personnes adultes handicapées correspond à la somme des maisons d'accueil spécialisées (MAS) et des foyers d'accueil médicalisé (FAM). L'hébergement non médicalisé correspond quant à lui aux foyers de vie et aux foyers d'hébergement. Pour 1980 les MAS ont été décomptées avec le reste de l'hébergement.

ND : données non disponibles.

Sources : *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1982-1983* ; enquête EHPA 2003 et 2015 ; enquête ES 2006 et 2018 ; *Panorama des établissements de santé 2006 et 2018*.

### **3.2 Un déclin des institutions ?**

Entendue à l'intérieur de cette problématique organisationnelle, on l'a dit, la désinstitutionnalisation a rencontré peu d'échos, au moins dans un premier temps, en France. En comparaison à d'autres pays, les politiques publiques se sont davantage appuyées sur les équipes professionnelles qui dirigeaient et animaient les établissements nourrissant une profonde ambivalence à leur égard. À la fin des années 1970, en France, la notion de désinstitutionnalisation s'impose cependant dans le débat public dans le second sens évoqué plus haut pour caractériser ce qui apparaît alors comme le déclin d'une série de valeurs au fondement de l'ordre social.

La notion exprime alors une critique générale du chemin pris par la modernisation et plus spécifiquement de l'impulsion qui semble avoir été donnée à l'individualisme dans la France de l'après mai 1968. Selon cette critique, la libération et la diffusion de la dénonciation des institutions auraient débouché à la fois sur une valorisation à outrance des expériences et de l'expression individuelles et sur une forme de désenchantement général à l'égard des grands systèmes normatifs qui encadraient précédemment les comportements collectifs. L'ensemble des institutions sociales semblent être affectées par le phénomène : la famille comme l'Église, le travail ou l'État. Dans le secteur sanitaire et social, les analyses constatent les critiques montantes adressées au système de Sécurité sociale institué au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et à sa capacité à répondre aux problématiques individuelles dans le cadre de politiques universalistes, alors que sont mises en œuvre les premières politiques d'austérité budgétaire. En réaction, les observateurs suggèrent que l'on assiste à la fois à la montée d'une forme de démoralisation parmi les équipes professionnelles (pour un ouvrage emblématique de ces analyses : Bourdieu, 1993) et à l'avènement dans leurs publics de nouvelles pathologies relevant du narcissisme (pour une analyse critique, voir : Ehrenberg, 2010).

Dans certaines visions extensives du phénomène, c'est à un déclin de l'idée de société, l'émergence d'une société sans social, que le déclin des institutions laisserait place (Dubet et Martuccelli, 1998). Doit-on se satisfaire de ces analyses ? Dans la perspective sociologique initiée par Émile Durkheim, on soulignerait que les institutions sont pratiquement par définition des éléments structurants et constitutifs des sociétés et qu'on ne saurait imaginer société sans institution. Le déclin des institutions, dans cette perspective, n'est qu'apparence et il convient d'identifier les formes nouvelles qu'elles adoptent. Une première piste d'analyse est que c'est l'individu lui-même qui, dans une société individualiste, est devenu une institution au sens où les idées et représentations associées à ce concept fondent désormais une série de règles, de

conventions, d'habitudes ou de pratiques ritualisées autour desquelles se structurent les pratiques collectives. On peut cependant aller plus loin dans la réflexion en examinant plus précisément les dynamiques d'organisation et d'institutionnalisation à l'œuvre dans le secteur médico-social à partir des années 1970. Cette analyse fait l'objet de la suite de ce chapitre.

## **4. Au-delà de la désinstitutionnalisation**

L'idée d'un déclin des établissements ne caractérise ainsi qu'une partie seulement des transformations qui ont affecté le paysage du médico-social depuis les années 1970. Comment rendre compte des nouvelles formes d'encadrement, de soin ou d'accompagnement qui ont émergé au cours de la période ? La littérature a proposé successivement deux séries de perspectives pour répondre à ces questions.

### **4.1 Entre contrôle social et abandon, les désillusions de la désinstitutionnalisation**

Les premières d'entre elles, dès la fin des années 1970, étaient profondément marquées par une forme de désenchantement à l'égard des promesses liées à la désinstitutionnalisation. Alors que cette dernière laissait espérer que les personnes pourraient bénéficier d'interventions leur permettant une réelle émancipation, ces perspectives soulignaient à l'inverse que le paysage émergent des établissements et services sanitaires et sociaux conduisait en fait à de nouvelles formes d'aliénation. Deux ensembles d'analyses nourrissaient spécifiquement ce diagnostic.

Les premières suggéraient que le déclin des établissements traduisait l'essor de nouvelles formes de contrôle social de la déviance au sens large — handicap, dépendance et maladie y compris — reposant non plus sur l'enfermement dans des établissements mais sur la surveillance à distance. Celle-ci était rendue possible par de nouvelles technologies mises au point depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle : fichiers compilant des populations à risques, enquêtes épidémiologiques et démographiques permettant le dépistage de comportements à problèmes, développement de services intervenant à domicile ou en ambulatoire, organisation en réseau ou en secteur des équipes professionnelles, voire interventions préventives de nature pharmacologique (Castel, 1981 ; Armstrong, 1995 ; Rose, 1989).

La psychiatrie était de nouveau le terrain privilégié de ces analyses. En organisant la diffusion des pratiques thérapeutiques dans le tissu urbain et grâce au recours massif à des traitements médicamenteux utilisés comme des camisoles chimiques, la sectorisation psychiatrique paraissait faire émerger une nouvelle forme de quadrillage des populations. Le sociologue Robert Castel suggérait par ailleurs que si le contrôle social de la déviance avait reposé jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle sur l'enfermement des individus dangereux, c'était le fichage des populations à risques qui en était désormais l'horizon (Castel, 1981). Le philosophe Gilles Deleuze (1990), dans un article influent, proposait de son côté le concept de sociétés de contrôle, qu'il opposait aux sociétés disciplinaires de Foucault, pour caractériser l'ordre social émergent de ces transformations. Paradoxalement, alors même que la critique sociale a perdu en intensité, ces perspectives ont peut-être acquis plus de plausibilité aujourd'hui alors que se sont développés à la fois les outils de télésurveillance et la puissance de calcul permettant d'envisager l'identification et la surveillance des populations dans des formes inédites (pour une critique générale : Zuboff, 2020 ; sur le terrain médico-social voir notamment : Morey, 2020).

À rebours de ces premières analyses, les secondes soulignaient l'abandon dans lequel le déclin des établissements sanitaires et sociaux laissait les populations qui y avaient été accueillies précédemment. Loin d'être en mesure de projeter les interventions en dehors des murs de l'institution pour aller au-devant des populations vulnérables, les politiques communautaires issues de la désinstitutionnalisation manifestaient surtout leur inefficacité. Pour une part le problème paraissait être lié au fait que la fermeture des établissements n'a pas été accompagnée

de la programmation des services qui auraient pu prendre le relais, à la fois parce que les politiques d'austérité empêchaient le redéploiement des crédits et parce que les États ne se sont pas dotés de standards et de normes permettant d'objectiver les besoins.

Trois phénomènes ont, dès les années 1980, donné de la crédibilité à cette analyse. Le premier est le rôle pris par les institutions carcérales dans la prise en charge de problèmes relevant de la santé mentale (Fassin, 2015). Dès les années 1930, le psychiatre Leonard Penrose théorisa l'idée qu'il existait une corrélation inverse entre les taux d'équipement en lits psychiatriques et en places de prison et, à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, les études épidémiologiques menées dans ces établissements ont semblé confirmer le diagnostic. Le deuxième est le développement du sans-abrisme et le constat de la prégnance des troubles psychiatriques parmi les personnes à la rue (Dear et Wolch, 1987). Enfin le troisième phénomène est le « fardeau » apparemment croissant pesant sur les aidants familiaux (Bungener, 1995 ; voir chapitre 15 dans cet ouvrage) : comme leurs associations le soulignent depuis les années 1960, le relais au traitement en établissement a d'abord été assuré au sein des familles.

#### **4.2 De dispositifs en réseaux : la recherche d'une autre voie pour penser les structures du médico-social**

Il a fallu, dans un second temps, la mise à l'agenda dans les années 1980 et 1990 de nouvelles problématiques relatives au sens des politiques sociales et médico-sociales et à la nature de leurs interventions pour que soient formulées des propositions conceptuelles rendant compte de façon positive des nouvelles formes prises par l'État social. À rebours du pessimisme des analyses précédentes, les auteurs suggéraient en effet qu'un certain nombre de services et établissements développaient des modèles originaux qui évitaient tant les écueils de l'organisation que de l'institution. Deux concepts rencontrent alors un succès intellectuel et public.

Le premier, le dispositif, est lié aux nouvelles politiques dites « d'insertion » promulguées en France à partir des années 1980 en réponse à ce qui semble alors constituer un nouveau défi à l'État social : l'exclusion. Conséquence de l'effritement du salariat, celle-ci caractérise en effet le basculement apparent de pans entiers de la société dans des formes de marginalisation, voire de désadaptation. Face à ce problème, les politiques publiques développées par l'État ne cherchent plus à agir sur les équilibres sociaux au moyen de techniques assurantielles mais plutôt à développer des actions ciblées mobilisant des services et des moyens transversaux et reposant par ailleurs sur des formes de contractualisation avec les personnes concernées (Castel, 1995).

Ce sont ces nouvelles réponses caractérisées que la notion de dispositif. La notion possède de fait une double généalogie administrative et intellectuelle. Dans l'administration, elle renvoie à l'origine à des objets techniques visant une fonction donnée : le dispositif permet de caractériser cette fonction sans avoir à préciser la nature de l'objet mobilisé pour la mettre en œuvre. Dans le courant des années 1990, cependant, la signification de la notion est singulièrement élargie pour qualifier des organisations créées pour une fin donnée. De façon typique un dispositif comprend une bureaucratie dédiée, des conventions et des règles spécifiques, des financements programmés, des techniques et de l'ingénierie sociale, ou encore du bâti, le tout mis en œuvre par les représentants de la puissance publique selon des configurations qu'ils sont jusqu'à un certain point, libres de déterminer.

Cette seconde acception permet un rapprochement avec les significations acquises par la notion dans le champ intellectuel. De ce côté, le dispositif a connu une consécration avec les travaux de Michel Foucault qui, on l'a signalé plus haut, en fait dès le début des années 1970 un des concepts centraux de son analyse du pouvoir. Le concept est ensuite repris par la nouvelle sociologie des sciences dans les années 1980 puis par certains courants théoriques plus larges pour constituer en objet l'hétérogénéité de certains assemblages de choses, de pratiques,

de règles, pris comme unités d'analyse, et souligner les effets de contrainte qu'ils sont susceptibles de faire peser sur les acteurs (Dodier et Barbot, 2016).

La mobilisation du concept dans l'analyse des politiques sociales et médico-sociales fait se croiser ces diverses acceptions. Le dispositif semble en effet à même de rendre compte de la mobilisation au profit d'une réponse personnalisée de moyens divers dans des configurations déterminées au niveau des territoires (Ion et Ravon, 2005). Les dispositifs vont de la politique de la ville au revenu minimum d'insertion en passant par le handicap ou la sectorisation psychiatrique. À chaque fois ils reposent sur les notions de partenariat, de contrat, de convention, de projet, d'évaluation. Le dispositif paraît plus largement apporter une réponse à la crise des institutions, dont ils viennent pallier les limites en proposant des services sur mesure là où l'institution ne savait que proposer des réponses normalisées.

Le second concept, celui de réseau, émerge de façon concomitante à celui de dispositif avec qui il partage par ailleurs de nombreux traits. Comme ce dernier, le réseau caractérise des assemblages d'individus, d'entités ou de choses disposant chacune d'une forme d'autonomie et liés par des liens d'interdépendance. Mais si le dispositif cherchait à rendre compte de l'unité que formaient ces assemblages, les analyses de réseau s'attachent plutôt à en décrire la morphologie et à montrer comment celle-ci rejaillit sur les propriétés de chacun de leurs composants. Le concept connaît un succès considérable en sociologie comme outil conceptuel et d'analyse, donnant lieu notamment à un formalisme statistique mobilisé dans l'étude de grandes cohortes de données (Mercklé, 2011).

Dans le débat sur les politiques sociales, le réseau vise à apporter une réponse à une série d'enjeux proprement organisationnels. Il ne s'agit plus de faire face, comme pour le dispositif, à une nouvelle problématique sociale déstabilisant de l'extérieur les institutions, mais plutôt de répondre à une forme de déséquilibre venant de l'intérieur et lié aux dynamiques de coordination et de coopération des acteurs. La diversification des établissements et des services court en effet le risque de générer un désordre coûteux pour les financeurs et elle a également des effets potentiellement délétères pour leurs publics qui risqueraient de pâtir de leur manque de coordination (voir chapitre 6). L'enjeu des réseaux est ainsi de redonner de la structure à des collectifs de travail réunissant des acteurs relativement indépendants les uns des autres mais qui sont appelés à coopérer au moins ponctuellement dans la mise en œuvre d'interventions au service de personnes ou de populations spécifiques. Cela explique que les premiers réseaux sont créés dans le secteur sanitaire, avec les « réseaux ville hôpital » de la lutte contre le sida ou les réseaux de cancérologie, où le problème de la coopération et l'interdépendance entre pairs se posent avec une acuité particulière (Bungener *et al.*, 1985). La notion s'installe ensuite progressivement dans le secteur médico-social : en santé mentale il est une des propositions fortes formulées au début de la décennie 2000 pour penser les nouveaux regroupements qu'il conviendrait de mettre en œuvre dans le cadre d'une santé mentale dépassant la seule psychiatrie.

Dispositifs et réseaux ont ainsi été deux tentatives de penser et de mettre en œuvre de nouvelles formes de structuration des pratiques qui évitent les coûts associés à la fois à l'organisation et à l'institutionnalisation. Ces analyses ont sans doute perdu de leur acuité depuis les années 2000 alors que les uns et les autres connaissent un double processus de banalisation et d'institutionnalisation. La raison en est la multiplication et la déssectorialisation des politiques publiques dans le secteur médico-social, c'est-à-dire la multiplication des programmes consacrés à des catégories spécifiques pour lesquelles sont mobilisés des moyens issus de secteurs autrefois cloisonnés des politiques sociales. Aux trois catégories traditionnelles du handicap, de la vieillesse et des maladies s'en sont ajoutées d'autres comme l'autisme, le polyhandicap, la maladie d'Alzheimer, tandis que d'autres formes de politiques intersectorielles ont émergé autour d'objets comme l'habitat inclusif ou l'insertion professionnelle. D'une certaine manière

c'est l'ensemble de ces programmes cibles qui constituent aujourd'hui des dispositifs. De même il n'est plus possible de penser des interventions qui, dans le médico-social, mobilisent par définition le travail conjoint d'acteurs issus d'organisations et de secteurs disjoint, en dehors des réseaux qui leur donnent une forme. On peut ainsi se demander si le dispositif et le réseau constituent des propositions théoriques suffisamment spécifiques pour rendre compte de la structure du social.

## **5. Organisation et institutionnalisation du social dans les années 2000**

À ce stade de ce parcours intellectuel, le moment est venu de préciser la réponse aux questions que l'on posait au début du chapitre. Comment caractériser le paysage émergent des mondes du médico-social ? Et comment situer ses modes de structuration à l'intérieur des deux problématiques de l'organisation et de l'institution ? Comme le suggère l'ensemble des analyses précédentes, il est devenu très compliqué de proposer une image d'ensemble ou un concept unique rendant compte dans leur diversité de la nature et de la forme prise par les établissements et services médico-sociaux. Il est possible cependant d'identifier les dynamiques organisationnelles et institutionnelles qui traversent ce paysage et qui contribuent à sa reproduction, sa transformation et son maintien.

La première d'entre elles, peut-être la plus spectaculaire, est, à rebours de la désinstitutionnalisation des années 1970, la relance de l'intégration organisationnelle et la reconstitution de grandes organisations. Ce mouvement concerne toutes les composantes de l'État social, dont le médico-social. Il a touché autant le secteur public, où ont été multipliés les fusions d'établissements hospitaliers, leur regroupement dans des fédérations ou des groupements hospitaliers de territoire, que le secteur associatif et privé : de ce côté ont émergé une série de gros acteurs concentrant un grand nombre de services et dominant l'offre sur des territoires ou parfois des secteurs entiers. À cette dynamique à l'œuvre dans les organismes gestionnaires de services et d'établissements, s'ajoute, avec la création des agences régionales de santé, la reconstitution des administrations en charge de l'animation des politiques médico-sociales alors qu'elles avaient subi au cours de la période précédente, à la suite de la décentralisation, une cure d'amalgamisme drastique.

Ces grandes organisations sont particulièrement complexes. Elles ne présentent plus l'organigramme simplifié des anciennes administrations hospitalières où quelques gros services réunissant en leur sein l'ensemble des moyens nécessaires pour soigner les personnes étaient placés sous l'autorité d'une direction allégée en charge de la gestion comptable en bénéficiant par ailleurs de l'appui de services centraux chargés spécifiquement de fonctions logistiques. Les organisations actuelles sont émiettées en une multitude de services de petite taille et disposant d'une autonomie faible. Parmi ceux-ci il faut distinguer des services de première ligne, des services transversaux susceptibles d'apporter leurs compétences en appui au premier et des services centraux eux aussi nombreux en charge de la gestion logistique. Les relations hiérarchiques passent par des instruments financiers et budgétaires qui imposent un ensemble de contraintes extrêmement strictes sur les pratiques professionnelles même si subsiste un respect de l'autonomie professionnelle. Ces grandes organisations sont par ailleurs affectées par les autres dynamiques qui affectent le paysage des établissements et services médico-sociaux.

La deuxième de ces dynamiques est le rôle croissant joué par le marché dans le secteur médico-social. Il l'a pénétré de plusieurs façons. D'une part, un ensemble significatif de prestations sociales est désormais délivré par des services marchands. Certains segments du médico-social, notamment les services à la personne, ont toujours reposé sur le marché, mais la nouveauté est la façon dont aujourd'hui celui-ci est associé, dans les dispositifs, à la délivrance de nombreuses aides : par exemple dans les dispositifs de logement accompagné lorsque les personnes mobilisent des services d'aide à domicile en complément de l'accompagnement

proprement médico-social ou d'une intermédiation locative. D'autre part, le marché a aussi pénétré profondément les organisations relevant du service public ou à but non lucratif : il est mobilisé pour assurer certaines fonctions jugées accessoires : gestion et entretien du patrimoine, restauration ou encore gestion de l'hôtellerie ; son modèle inspire par ailleurs des instruments visant à mettre en concurrence les acteurs : notamment dans les appels à projet et la tarification.

La troisième dynamique correspond à des projets portés par des groupements de professionnels ou de militants visant à la création de services ou de réponses sortant des catégories répertoriées à destination de groupes de populations spécifiques. Ces projets peuvent être adossés à un service ou un établissement, ou bien reposer sur une coopération interorganisationnelle entre des services ou des établissements relevant de différents organismes gestionnaires. Ils sont par ailleurs susceptibles d'associer des services relevant du secteur marchand comme non marchand, de recourir à des prestations proposées par de grands organismes hospitaliers, associatifs ou autre, à des interventions informelles mises en œuvre par des collectifs bénévoles ou militants interstitiels. Les acteurs mobilisent généralement le terme de dispositif pour qualifier ces organisations et souligner par là leur caractère contingent et local. De fait elles reposent souvent sur des financements précaires et sur une part importante de travail informel.

La quatrième dynamique, enfin, concerne la nature des établissements qui continuent d'accueillir des personnes. Ceux-ci s'efforcent désormais de prendre leur distance par rapport à l'institution totale théorisée par Erving Goffman. Ces efforts prennent plusieurs directions : amélioration des conditions d'accueil des personnes dans des structures de petite taille, promotion d'un style de relations plus horizontal avec les équipes professionnelles, ouverture des structures sur leur environnement, insistance sur la convivialité, la prise en compte des désirs et la satisfaction des droits des personnes, et plus généralement la participation de celles-ci à la définition des prestations dont elles bénéficient comme aux orientations mises en œuvre à l'échelle des établissements voire au niveau territorial. Une série d'outils nouveaux aident à atteindre ces nouveaux objectifs : évaluations personnalisées, projets, contrats, et mobilisent de nouveaux métiers : animateurs, éducateurs spécialisés, thérapeutes divers. Enfin une série de discours voire d'idéologies renouvellent le débat sur le sens et la fonction des prestations que ces établissements mettent en œuvre : accompagnement, « faire avec » ou « faire faire », rétablissement, réhabilitation, *care*.

La sociologie a eu plusieurs attitudes face à cette métamorphose des établissements. Une partie des travaux considère qu'elle n'a été que ravalement de façade et continue de souligner la pertinence de la notion d'institution totale pour rendre compte de l'assujettissement des personnes aux règles organisant la vie collective. D'autres soulignent cependant que ces techniques, discours, métiers constituent de nouveaux jeux de langage qui pénètrent profondément les façons dont l'ensemble des protagonistes rendent compte de leurs activités pratiques et les développent et finalement façonnent leur identité propre (Marquis et Messaoudi, 2022 ; Gardella, 2023).

Les processus d'institutionnalisation sont susceptibles de prolonger chacune de ces dynamiques. Ils contribuent d'un côté à stabiliser les grandes organisations qui ne sont pas seulement des conglomérats de services et d'acteurs mais qui développent une série de valeurs ou une culture propre à laquelle finissent par adhérer leurs participants. Ils aboutissent à enraciner l'idée que les marchés sont inéluctables pour la délivrance de services que les individus considèrent comme relevant d'un choix personnel. Ils donnent un sens et un horizon à des projets qui sinon pourraient passer pour des entreprises individuelles. Les collectifs de travail s'inscrivent ainsi à l'intersection d'un empilement d'ordres institutionnels qui traduisent ces différentes dynamiques.

## 6. Conclusion : faut-il craindre la désinstitutionnalisation ?

Poser cette question en conclusion des analyses qui précèdent peut surprendre. On a souligné tout au long de ce chapitre les limites de la désinstitutionnalisation comme analyse, diagnostic et explication des transformations du paysage des établissements et services médico-sociaux depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle : dans les deux sens principaux qui lui ont été donnés, la désinstitutionnalisation rend compte de certaines dimensions importantes de ces transformations, comme la diminution du nombre et de la taille des établissements ou encore la démoralisation d'une partie de leurs équipes professionnelles ; mais elle n'a pas su expliquer les processus menant à ces phénomènes et, plus encore, elle décrit mal la nature et la forme des organisations et des institutions actuelles du médico-social. J'ai suggéré dans les pages précédentes la complexité du paysage actuel du médico-social et il est sans doute illusoire d'espérer d'un concept unique qu'il en fournisse à lui seul les clés.

Si la perspective d'une désinstitutionnalisation du médico-social a suscité l'inquiétude c'est peut-être avant tout en raison du peu de prise que les acteurs ont eu le sentiment d'avoir sur les processus en jeu. Le concept, notamment en France, a eu, de ce point de vue, une tonalité millénariste. La problématique de la désinstitutionnalisation soulève en ce sens la question de la détermination collective des orientations et des principes guidant les transformations du médico-social et de l'adhésion à ces transformations. Un des enjeux centraux des politiques actuelles du médico-social est à bien des égards celui de la délibération collective sur leur portée et leurs contours.

### *Repères institutionnels et réglementaires*

#### *Agences et dispositifs*

Commission des maladies mentales (1947-1983) du ministère de la Santé

Commissariat Général au Plan

Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU.

#### *Lois et règlements importants*

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Comité des droits des personnes handicapées (2022), Lignes directrices pour la désinstitutionnalisation, y compris dans les situations d'urgence. Convention relative aux droits des personnes handicapées. 10 octobre 2022.

## 7. POUR ALLER PLUS LOIN

Kritsotaki, D., Long V., et Smith M. (2016). *Deinstitutionalisation and After. Post-War Psychiatry in the Western World*, London, Palgrave MacMillan.

Mansell, J., et Ericsson K. (2013). *Deinstitutionalization and Community Living : Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*, New York, Springer.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

Ahrne, G. et Nils B. (2011). « Organization outside organizations : the significance of partial organization », *Organization*, 18 (1), 83-104.

- Armstrong D. (1995). « The rise of surveillance medicine », *Sociology of Health and Illness*, 17 (3), 393-404.
- Barral C., Patterson F., Stiker H.-J., et Chauvière M. (2000). *L'Institution du handicap. Le rôle des associations*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Benamouzig D. (2005). *La Santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, PUF.
- Borraz O. (éd.) (2022). *La Société des organisations*, Paris, Sciences po, les presses.
- Bourdieu P. (éd.) (1993). *La Misère du monde*, Paris, Seuil.
- Brown P. (1985). *The Transfer of Care : Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, London et Boston, Routledge and Kegan Paul.
- Bungener, M., Lafarge H., Le Pen C., et Lévy E. (1985). « À propos des réseaux de soins coordonnés », *Politiques et Management Public*, 3 (4), 181-191.
- Bungener, M. (1995). *Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile. Construction incessante d'un équilibre toujours précaire. Analyse des résultats d'une enquête menée auprès des adhérents de l'Unafam*, Paris, Éditions INSERM.
- Castel, R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- Crozier, M. (1963). *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil.
- Crozier, M. (1965). « Pour une analyse sociologique de la planification française », *Revue française de sociologie*, 6 (2), 147-163.
- Crozier, M., et Friedberg E. (1977). *L'Acteur et le Système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil.
- Daumézou, G., et Koechlin P. (1952). « La psychothérapie institutionnelle contemporaine », *Anais Portugese de psiquiatria*, 4, 271-311.
- Dear, M. J., et Wolch J. R. (1987). *Landscapes of Despair : from deinstitutionalization to homelessness*, Princeton : Princeton University Press.
- Deleuze, G. (1990). « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », in *Pourparlers 1972-1990*, Paris, Éditions de Minuit, 240-248.
- Dodier, N., et Barbot J. (2016). « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 2, 421-450.
- Dowbiggin, I. R. (1993 [1991]). *La Folie héréditaire. Ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, EPEL.
- Dubet, F., et Martuccelli D. (1998). *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil.
- Dubet, F. (2002). *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.
- Ehrenberg, A. (2010). *La Société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- Fakhoury, W., et Priebe S. (2007). « Deinstitutionalization and reinstitutionalization : major changes in the provision of mental healthcare », *Psychiatry, Community psychiatry*, 6 (8), 313-316.
- Fassin, D. (2015). *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Seuil.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

- Gardella, E. (2023). *La Solidarité individualiste : l'assistance moderne aux sans-abri et ses pathologies*, Paris, Economica, coll. « Études sociologiques ».
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit.
- Henckes, N. (2007). *Le Nouveau Monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, thèse de sociologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- Henckes, N. (2018). « Les deux désinstitutionnalisations. Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la seconde guerre mondiale », in Coutant I. et Wang S. (éd.). *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*, Paris, CNRS Éditions, 143-160.
- Ion, J., et Ravon B. (2005). Institutions et dispositifs, in Ion J. (éd.). *Le Travail social en débat [s]*, 71-85, Paris, La Découverte.
- Lagroye, J., et Offerlé M. (éd.) (2011). *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin.
- Marquis, N., et Messaoudi F. (2022). « Le tuteur de résilience. Le travail social en contexte individualiste », *Esprit*, 10, 79-87.
- Mercklé, P. (2011). *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Morey, P. (2020). « La liberté en toute sécurité » : les promesses des dispositifs techniques de géolocalisation des résidents en Ehpad face aux tensions morales du care, thèse de sociologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- Rose, N. S. (1989). *Governing the soul*, London : Routledge.
- Scull, A. (1977). *Decarceration : Community Treatment and the Deviant — A Radical View*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Zuboff, S. (2020). *L'Âge du capitalisme de surveillance : le combat pour un avenir humain face aux nouvelles frontières du pouvoir*, Paris, Zulma.