

*Sous la direction de*  
**Nicolas Henckes, Myriam Winance**  
**Alis Sopadzhiyan, Cyril Desjeux**  
**Louis Bertrand et Noémie Rapegno**

**Interroger le  
médico-social**

Regards des  
sciences sociales

Cet ouvrage est issu des travaux du réseau de recherche « Organisations et pratiques du médico-social » financé par l'IRESP et la CNSA dans le cadre de l'appel à projets « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées » (2018).

**NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :**



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2024

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 9978-2-10-086632-8

# Table des matières

<i>LES AUTEURS ET AUTRICES</i>	16
<i>INTRODUCTION. LE MÉDICO-SOCIAL ET LES SCIENCES SOCIALES : ORIGINES ET CONTOURS D'UN QUESTIONNEMENT</i>	22
Nicolas Henckes, Myriam Winance, Alis Sopadzhian, Cyril Desjeux, Louis Bertrand, Noémie Rapegno	
Qu'est-ce que le médico-social ?	24
Quelles sciences sociales pour quelles questions ?	26
Organisation de l'ouvrage	28

## PREMIÈRE PARTIE

### SITUER LE MÉDICO-SOCIAL

<b>1. Le médico-social en catégories</b>	33
Cyril Desjeux, Nicolas Henckes	
Le médico-social est-il une catégorie ?	36
Le gouvernement du médico-social et ses catégories	41
Établissements et services médico-sociaux : comment créer des nomenclatures ?	45
<i>Des nomenclatures de services et établissements pour quoi faire ?, 46 • Des classifications plurielles, 47 • Des instruments qui ne reflètent que</i>	

<i>partiellement la fluidité des catégories, des logiques et des pratiques des acteurs, 49</i>	
Les publics du médico-social : la tyrannie des catégories	51
<i>Ce que les catégories font aux personnes, 52 • L'écologie des catégories, 53</i>	
Conclusion	55
Pour aller plus loin	57
Bibliographie	57
<i>Rapports cités, 58</i>	
<b>2. Médico-social : les mots pour le dire à l'échelle internationale</b>	<b>59</b>
Claude Martin	
<i>Social care : la définition progressive d'un champ de pratiques et de services</i>	62
<i>Définition et genèse du concept, 62 • Les enjeux du concept, 65 • Le défi des soins de longue durée, 67 • Des approches différentes pour l'âge et le handicap, 68</i>	
<i>Du social care comme miroir du médico-social</i>	68
<i>Le lien entre âge et handicap, 70 • L'enjeu de coordination, 70 • Le rôle des aidants, 71 • Le reste à charge, 71 • Le marché du care, 72 • Les effets de la concurrence et les enjeux de qualité, 72 • La reconnaissance du travail de care, 74 • Personnalisation/individualisation des mesures, 74</i>	
Conclusion	75
Pour aller plus loin	78
Bibliographie	78
<b>3. Situer le médico-social : un point de vue depuis la conception des politiques publiques</b>	<b>81</b>
Réaction de Virginie Hoareau	
Quelques mots sur la CNSA	82
<i>Un modèle original, 82 • La CNSA, l'autonomie et le médico-social, 83</i>	
A-t-on besoin d'une définition du médico-social ?	84
<i>L'intérêt d'une définition du médico-social, 84 • La possibilité de mobiliser des moyens dédiés, 84 • Une nécessité pour les décideurs et financeurs pilotes de la politique médico-sociale, 85 • Une opportunité</i>	

<i>pour valoriser des apports spécifiques et soutenir l'action des professionnels, 86</i>	
Une définition qui doit rester ouverte, dynamique et par conséquent relativement floue	87
<i>L'émergence de frontières, 87 • Une définition ouverte du médico-social pour favoriser la coordination entre les professionnels, 88 • Une définition dynamique du médico-social pour accompagner les transformations des réponses en adéquation avec l'évolution des besoins et des attentes des personnes, 90 • Un effet de mise en concurrence, 91 • Quel pilotage ?, 92</i>	
La création de la 5 <sup>e</sup> branche : une responsabilité partagée	93
<i>L'intégration du médico-social dans le domaine de la Sécurité sociale, 93 • Des missions renouvelées, 94 • Faire branche, 95</i>	
Conclusion : l'intérêt de « faire branche » : le sens et la qualité comme responsabilité partagée du service	97
Bibliographie	97
<i>Rapports cités, 97</i>	
<b>4. L'avènement de la profession de mandataire judiciaire à la protection des majeurs sous le regard du secteur médico-social</b>	99
Réaction de Pierre Bouttier	
La controverse permanente quant à la dimension sociale des mandats de protection juridique des majeurs	101
L'omniprésence de la question médicale dans l'exercice des mesures de protection juridique	103
L'émergence du mandataire judiciaire à la protection des majeurs en marge du secteur médico-social	105
Bibliographie	108

## DEUXIÈME PARTIE

### INSTITUTIONS ET ORGANISATIONS : DÉCLIN OU MUTATIONS ?

<b>5. Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites</b>	113
Nicolas Henckes	
Entre organisation et institution, la désinstitutionnalisation en question	115

Le problème des établissements au milieu du xx <sup>e</sup> siècle	118
<i>Aux origines d'une critique, 118 • Une autre voie pour les institutions du social ?, 120</i>	
L'avènement de la désinstitutionnalisation	121
<i>La perspective d'une alternative, 121 • Un déclin des institutions ?, 125</i>	
Au-delà de la désinstitutionnalisation	127
<i>Entre contrôle social et abandon, les désillusions de la désinstitutionnalisation, 127 • De dispositifs en réseaux : la recherche d'une autre voie pour penser les structures du médico-social, 129</i>	
Organisation et institutionnalisation du social dans les années 2000	131
Conclusion : faut-il craindre la désinstitutionnalisation ?	134
Pour aller plus loin	135
Bibliographie	136
<b>6. Politiques d'organisation et dynamiques de coordination : l'exemple du secteur de l'autonomie</b>	<b>139</b>
Alis Sopadzhiyan	
De la fragmentation à la coordination dans le secteur médico-social	141
Des politiques de coordination s'inscrivant dans des logiques d'intervention d'abord sectorielles	143
<i>Le secteur de la perte d'autonomie, 143 • Le secteur du handicap, 145</i>	
L'articulation des politiques de coordination avec des enjeux plus transversaux	147
<i>L'usager au centre du système et au parcours maîtrisé, 148 • La structuration progressive du champ de l'autonomie, 149</i>	
La dynamique de mise en œuvre des dispositifs de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie	151
<i>La formalisation des pratiques de coordination préexistantes, 152 • La socialisation à l'injonction à une meilleure coordination, 153 • Une dynamique d'empilement effective malgré l'effort de simplification, 154 • L'incertitude comme cadre d'action, 155</i>	
Conclusion	157
Pour aller plus loin	159
Bibliographie	159
<i>Rapports cités, 161</i>	

<b>7. Les politiques publiques de coordination ont une histoire, mais pas de mémoire</b>	163
Réaction de Bao Hoa Dang	
Notre histoire dans l'histoire : 20 ans d'adaptation	164
<i>2002-2011 : du besoin à l'opportunité, 164 • 2011-2020 : de la nécessité à la contrainte, 166</i>	
Anatomie des politiques publiques de coordination	169
<i>Les politiques publiques n'ont pas d'oreilles, 169 • Les politiques publiques n'ont pas d'yeux, 169 • Les politiques publiques ont un nez, 170 • Les politiques publiques ont une grosse voix, 170 • Les politiques publiques ont deux pieds, 171 • Les politiques publiques ont une colonne vertébrale, 171</i>	
Et pourtant continuer	172
<i>S'autoriser la cohérence locale, 172 • S'essayer à l'intégration, 173 • S'offrir le temps long, 174</i>	
Conclusion	175
Bibliographie	175
<i>Rapports cités, 175</i>	

### TROISIÈME PARTIE

#### PLANIFICATION ET ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES : ENTRE POLITIQUE ET GESTION

<b>8. La géographie des établissements et des services médico-sociaux : entre exigence d'équité territoriale et héritages historiques locaux</b>	179
Noémie Rapegno	
Un secteur historiquement peu encadré à la gouvernance complexe	185
<i>1975 : le choix d'une régulation a minima pour inciter l'initiative locale et la création de places, 185 • 1986 : une gouvernance partagée entre l'État et les départements, 187</i>	
Les années 2000 : entre régionalisation et centralisation	189
<i>La création de nouvelles agences, nationale et régionales, pour amorcer un rééquilibrage territorial, 190 • L'introduction d'outils et d'instruments de régulation pour anticiper et contrôler le développement de l'offre, 191</i>	

Une localisation des établissements médico-sociaux : des logiques nationales travaillées par des enjeux locaux anciens, politiques et économiques	193
<i>La localisation : entre logique de contrôle des coûts, multiplication des échelles décisionnelles et enjeux politiques locaux, 194 • Des enjeux nationaux travaillés par des logiques locales : l'exemple de la Lozère, 195</i>	
Conclusion	196
Pour aller plus loin	197
Bibliographie	198
<i>Rapports cités, 199</i>	
<b>9. Ce qu'évaluer veut dire : sens et usages pluriels</b>	201
Nicolas Guilhot et Guillaume Jaubert	
Évaluer les besoins et les attentes des groupes sociaux et des individus	203
<i>Catégoriser les populations avec incapacités, 203 • Dénombrer les populations ou compiler des données administratives, 205 • Les outils des « magistratures sociales » : l'évaluation des personnes, 206</i>	
Évaluer les politiques publiques	208
<i>L'évaluation entre logique de rationalisation budgétaire et de régulation, 208 • Évaluer les performances pour gouverner à distance, 209 • Évaluation des performances et rationalisation industrielle, 211</i>	
Évaluer la qualité des prestations des ESMS	212
<i>Reconnaissance de l'usager et des enjeux de qualité des prestations : le tournant de la loi 2002-2, 213 • Le cycle d'évaluation interne et externe des ESMS instauré par la loi 2002-2, 214 • L'évaluation de la qualité aujourd'hui : le référentiel commun de la HAS, 215 • L'évaluation, un outil pour la mise en concurrence dans un marché sans prix, 216</i>	
Conclusion	217
Pour aller plus loin	219
Bibliographie	219
<i>Rapports cités, 221</i>	
<b>10. La technocratisation de la qualité de service</b>	223
Réaction de Julien Paynot	
La qualité de service	224
<i>Une définition possible, 224 • L'action de Handéo au bénéfice de la qualité, 225</i>	



Les évaluations du secteur médico-social	226
<i>De la qualité aux évaluations, 226 • Les désillusions de l'Anesm, 227 • L'intérêt des évaluations internes, 229 • La certification comme alternative, 230</i>	
La révision du dispositif d'évaluation	230
<i>Les missions d'évaluation reprises par la HAS, 230 • Des bénéficiaires et des proches aidants toujours absents de l'évaluation, 231 • De l'évaluation à l'inspection, 234</i>	
Conclusion	234
Bibliographie	235
<i>Rapports cités, 235</i>	

#### QUATRIÈME PARTIE

##### PROFESSIONS ET PROFESSIONNELS : ENTRE MARCHÉ ET RÉGULATION

<b>11. Conditions de travail et professions dans le médico-social : la fin du care ?</b>	239
François-Xavier Devetter, Annie Dussuet, Laura Nirello, Emmanuelle Puissant	
Des conditions de travail et d'emploi qui conduisent à une crise des métiers du care	243
<i>Un état des lieux inquiétant des métiers en charge du grand âge, 244 • Des conditions de travail dégradées, 247</i>	
Le care empêché par des politiques publiques qui brouillent les frontières et l'identité du médico-social	251
<i>L'aide à domicile : médico-social ou domestique ?, 251 • Les Ehpad : une médicalisation non assumée ?, 253</i>	
Conclusion	256
Pour aller plus loin	258
Bibliographie	258
<b>12. Les régulations professionnelles du travail dans le médico-social : le cas des Ehpad</b>	261
Iris Loffeier, Sophia Stavrou, Célia Poulet	
Les Ehpad, lieux d'emploi et de vie	263
<i>Lieux de vie et de travail à la marge, 264 • Une aide sociale sacrificielle ?, 266</i>	

Internationalisation des problèmes, des solutions et des cadres professionnels	267
<i>Entre internationalisation et individualisation, des régulations « prêtes à porter », 268 • Diffuser les bons cadrages : consensus et promotion de « la » formation, 269 • La validation des acquis d'expérience, terrain d'entente français ?, 271</i>	
Les professions, les établissements et la formation	272
<i>Qui sait ?, 272 • Moralité, les vertus de la connaissance... ?, 274</i>	
Conclusion	275
Pour aller plus loin	277
Bibliographie	277
<i>Rapports cités, 278</i>	
<b>13. Pour sortir de la crise, repenser le système ?</b>	<b>281</b>
Réaction d'Olivier Huet	
Conditions de travail, d'accompagnement, de vie : des choix politiques et sociétaux	282
Sortir de l'établissement ou changer l'institution	284
Réformer encore la formation ?	286
Quelle place pour les personnes les plus fragiles ?	287
Et ensuite ?	289
Bibliographie	291

#### CINQUIÈME PARTIE

##### PRENDRE SOIN : PRATIQUES ET POLITIQUES EN QUESTION

<b>14. Prendre soin dans le médico-social</b>	<b>295</b>
Aude Béliard, Livia Velpy, Pierre Vidal-Naquet	
La difficile qualification du soin en pratique	296
« Prendre soin », au croisement de plusieurs régimes d'intervention	298
Des régulations contradictoires, des dilemmes moraux	300
Enjeux d'organisation et contraintes du contexte	301
<i>Prendre soin à domicile, entre hybridation des pratiques et négociations, 304 • L'éthique du « prendre soin » en établissement, 306</i>	
Conclusion	309

Pour aller plus loin	311
Bibliographie	311
<b>15. La formalisation de l'aide informelle : entre opportunités et tensions</b>	<b>313</b>
Arnaud Campéon, Olivier Giraud, Blanche Le Bihan	
Retour sur une dynamique : de l'invisibilité à la reconnaissance sociale et politique des aidants	315
<i>Les aidants : des profils et des situations d'aide diversifiés, 316 • Les proches aidants comme catégorie d'action publique, 319</i>	
Un éventail de mesures familialistes en faveur des aidants	322
<i>Compensation financière et droits sociaux, 322 • Des mesures de conciliation, 323 • La socialisation au rôle d'aidant, 324</i>	
Logiques d'appropriation par les aidants et impact sur les professionnels du secteur : ambivalences et tensions	325
<i>Les ambivalences de la monétarisation des proches aidants, 327 • La formation en question, 328</i>	
Conclusion	329
Pour aller plus loin	331
Bibliographie	331
<i>Rapport cité, 332</i>	
<b>16. Ce que veut dire pour moi « accompagner »</b>	<b>333</b>
Réaction d'Anne-Lyse Chabert	
Quel binôme avec mon auxiliaire de vie ?	335
L'enjeu essentiel de la communication avec les aidants professionnels	339
L'auxiliaire comme une personne donneuse de possibles	340
Les limites entre l'aide professionnelle et l'aide informelle d'un proche aidant	342
Conclusion	343
Bibliographie	344

## SIXIÈME PARTIE

## L'APPROCHE PAR LES DROITS : QUELLE RÉCEPTION DANS LE MÉDICO-SOCIAL ?

<b>17. Les influences du mouvement transnational pour les droits humains dans le médico-social</b>	347
Benoît Eyraud	
L'approche par les droits humains : une gestation transnationale	350
<i>La genèse d'une approche par les droits humains des handicapés et vulnérabilités, 351 • La CIDPH, pierre angulaire d'une approche par les droits humains du handicap et des vulnérabilités, 353</i>	
La réception de l'approche par les droits humains dans le contexte français	355
<i>Préservation d'un modèle français et influences de l'Union européenne, 356 • Des réticences vis-à-vis des dimensions radicales de l'approche dite par les droits humains, 357</i>	
L'appropriation du langage des droits humains : l'exemple de la démarche de recherche citoyenne Capdroits	360
<i>Une méthodologie d'enquête en résonance avec les exigences d'une approche par les droits humains, 361 • Contribuer au langage des droits humains dans le domaine du médico-social, 362</i>	
Conclusion	363
Pour aller plus loin	364
Bibliographie	364
<i>Rapports cités, 366</i>	
<b>18. Le loup dans la bergerie ? Comment les droits viennent aux organisations médico-sociales</b>	367
Pierre-Yves Baudot	
De la régulation des organisations aux droits des usagers : le médico-social face à différents types de droits	369
<i>Le droit des organisations contre le droit des usagers, 369 • Les processus entremêlés d'émergence du paradigme des droits fondamentaux, 371 • Le formulaire fait-il les droits ?, 374</i>	
Faire rentrer les droits fondamentaux dans les organisations médico-sociales	376
<i>Comment les droits fondamentaux transforment-ils les pratiques professionnelles ?, 377 • La judiciarisation des organisations du médico-social, 380</i>	

Conclusion	382
Pour aller plus loin	384
Bibliographie	384
<i>Rapports cités, 386</i>	
<b>19. Le « médico-social » est-il un monde à part ?</b>	387
Réaction de Stéphane Lenoir	
Le Collectif Handicaps : une association faitière pour la défense des droits des personnes en situation de handicap	389
<i>Une approche par les droits et les besoins des personnes et des familles, 389 • Les situations de handicap sont à la fois plurielles et singulières, 390</i>	
En quoi les prestations médico-sociales ne sont-elles pas de droit commun ?	391
Cette organisation politique du « médico-social » engendre-t-elle de l'exclusion sociale ?	394
<i>Un milieu ordinaire inaccessible pour un très grand nombre de personnes handicapées, 394 • Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), poste-frontière de l'accès aux droits, 395 • Travailler en milieu ordinaire ou en milieu protégé ?, 397 • Les espaces dédiés aux personnes handicapées, à côté du milieu ordinaire, sont partout, 398</i>	
Conclusion	399
Bibliographie	400
<i>Rapports cités, 400</i>	

## SEPTIÈME PARTIE

### SAVOIRS D'EXPÉRIENCES, EXPÉRIENCES DES SAVOIRS

<b>20. La recherche et le médico-social</b>	403
Cyril Desjeux et Myriam Winance	
Une recherche segmentée, portée par des acteurs divers	404
<i>Une recherche au service des autorités publiques, 405 • Une recherche académique structurée autour des catégories de population, 407 • La recherche sur le travail social : proximité des questionnements, mais spécificité d'un champ construit autour d'une identité</i>	

<p><i>professionnelle, 411 • Une recherche initiée par des acteurs pour soutenir des causes et transformer les conditions de vie des personnes, 413</i></p>	
Différents modèles de recherches en prise avec le terrain	414
<p><i>Les recherches-actions, 415 • Les recherches participatives, 416</i></p>	
Le médico-social, un champ de recherche en cours de structuration	420
Conclusion	423
Pour aller plus loin	425
Bibliographie	425
<p><i>Rapports cités, 426</i></p>	
<b>21. Savoir expérientiel et pair-aidance</b>	<b>427</b>
Ève Gardien	
Les carrières du concept de savoir expérientiel	430
<p><i>Le savoir expérientiel au prisme des sciences de l'éducation, 431 • Les savoirs expérientiels selon les sciences humaines et sociales portant sur la santé, 432 • Le savoir expérientiel : un concept issu de l'analyse des groupes self-help, 434 • Et le médico-social dans tout cela ?, 436</i></p>	
De quelques enjeux inhérents aux savoirs expérientiels rares	437
<p><i>Produire des savoirs depuis l'intérieur de l'expérience vécue, 437 • Des savoirs expérientiels en commun ou rares, 439 • Participation des citoyens/usagers et usage de leurs savoirs expérientiels rares, 440 • Expériences ou savoirs rares : des compétences à reconnaître ?, 442</i></p>	
Conclusion	443
Pour aller plus loin	444
Bibliographie	444
<p><i>Rapports cités, 446</i></p>	
<b>22. Savoirs expérientiels : de l'expérience singulière au collectif et au travail avec le secteur médico-social</b>	<b>447</b>
Réaction de Lara Hermann	
De l'expertise à la participation à la recherche	449
<p><i>Synapse : un projet pour améliorer la qualité de vie des personnes via l'évolution des pratiques professionnelles, 450 • ParticipAAction : un partenariat entre l'Afsa et des chercheurs, 451 • Polyordinaires : s'impliquer en tant que parent et expert de son enfant, 452</i></p>	

La participation à la recherche, une ressource au quotidien	454
<i>Au niveau personnel : la recherche comme ressource pour le quotidien, 454 • Au niveau de l'association : le savoir expérientiel collectif comme ressource pour la recherche, 455 • La place des associations dans la recherche, 455</i>	
Quelle place pour les savoirs expérientiels dans le secteur médico-social ?	456
<i>Dans mon expérience personnelle, 456 • Un parti pris de l'Afsa : impliquer les professionnels, 457</i>	
Conclusion : le secteur médico-social mis en mouvement par les savoirs expérientiels ?	458
<i>LISTE DES SIGLES</i>	459

## Les auteurs et autrices

Pierre-Yves BAUDOT est professeur de sociologie à l'université Paris-Dauphine. Il travaille sur les politiques du handicap entendues comme espaces de production de décisions politiques et de confrontation des intérêts, comme espace de production d'affiliations politiques (notamment par le vote des personnes handicapées) ou comme modalités d'organisation des trajectoires individuelles (par l'analyse des conditions de logement des personnes handicapées).

Aude BÉLIARD est sociologue, maîtresse de conférences à l'université Paris-Cité et membre du CERMES3 (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société). Ses travaux portent sur les pratiques de soin et d'accompagnement, les trajectoires individuelles et familiales des personnes accompagnées, les interactions familles/professionnels, dans le domaine de la santé mentale, du handicap et de la dépendance.

Louis BERTRAND travaille sur l'insertion par le logement en thèse, puis sur le handicap lors de recherches postdoctorales. Deux problématiques traversent ces différentes recherches : celle des catégorisations pratiquées dans des politiques censées être individualisées ; celle des rapports entre institutions et usagers dans la pratique.

Pierre BOUTTIER est mandataire judiciaire à la Protection des majeurs (MJPM) depuis 2001. Il participe à la refonte et la professionnalisation du secteur tuteur depuis 2007, notamment comme Président de l'ANDP entre 2008 et 2018.



Aujourd'hui enseignant à mi-temps auprès des professionnels MJPM (formation initiale et continue) et en Master, il participe également à des recherches et des colloques autour des questions des vulnérabilités, capacités et exercice des droits.

Arnaud CAMPÉON est sociologue à l'École des hautes études en santé publique, chercheur rattaché au laboratoire Arènes (UMR 6051). Ses travaux s'intéressent aux politiques sociales et de santé, et notamment aux situations de vulnérabilité (perte d'autonomie, isolement, etc.) durant la vieillesse ainsi qu'à la mobilisation des professionnels et des proches aidants.

Anne-Lyse CHABERT est chargée de recherches CNRS en philosophie au laboratoire IHRIM de Lyon (ENS) depuis 2021. Sa position de personne en situation de handicap au niveau moteur associée à ses compétences de chercheuse au CNRS lui ont permis d'écrire un certain nombre de textes sur le handicap en général, dont certains reprennent son expérience de vie particulière. C'est le cas de son second ouvrage publié en 2021 chez Albin Michel, *Vivre son destin, vivre sa pensée*, qui fait la part belle à cet universel qu'elle retrouve au travers de sa situation de vie.

Bao Hao DANG a baigné dans le monde associatif, médical et social dès ses premières expériences professionnelles. Elle travaille depuis 2005 au sein de l'association Arc-en-Ciel, basée à Saint-Denis (93230). Exerçant dans un dispositif de coordination, elle a contribué à en créer quelques autres et a la faiblesse de penser que ces dispositifs restent des solutions pour fluidifier le système de santé.

Cyril DESJEUX est docteur en sociologie. Il est actuellement directeur scientifique de Handéo après avoir passé plusieurs années à l'Anesm (Agence nationale de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Il réalise des recherches actions participatives et émancipatoires sur les thèmes de la participation politique, de la qualité dans le médico-social et des aides humaines (PCH, autisme, handicap psychique, polyhandicap, lésions cérébrales acquises, jeunes aidants, etc.).

François-Xavier DEVETTER est chercheur au Clersé (université de Lille) et à l'IRES. Ses travaux portent sur le temps de travail et les emplois à bas salaire, tout particulièrement les agentes et agents d'entretien, les aides à domicile et les assistantes maternelles agréées. Il a publié récemment *Aides à domicile, un*

*métier en souffrance : sortir de l'impasse* avec Annie Dussuet et Emmanuelle Puissant aux éditions de l'Atelier.

Annie DUSSUET est enseignante-chercheuse émérite en sociologie au Centre nantais de sociologie (CENS – UMR 6025) à Nantes Université. Ses travaux portent sur le travail dans les emplois ultra-féminisés des services, en particulier dans les associations. Elle a notamment assuré la direction scientifique du programme ANR Profam (2018-2022) sur les transformations du travail à domicile auprès des personnes âgées en perte de capacités.

Benoît EYRAUD est enseignant-chercheur en sociologie à l'université de Lyon. Il travaille sur les questions de protection et d'autonomie dans une perspective de sociologie affirmative des droits humains. Il a participé à la création de la démarche de recherche citoyenne Capdroits qui anime une communauté mixte de recherche sur les enjeux de droits humains, de capacités et de participation : <https://confcap-capdroits.org/>.

Ève GARDIEN est maîtresse de conférences à l'université Rennes 2 et responsable scientifique du programme de recherche EXPAIRs ([www.expairs.net](http://www.expairs.net)). Elle dédie ses recherches depuis une dizaine d'années aux soutiens et aux accompagnements par les pairs. Dans ce cadre, elle a été amenée à conceptualiser le savoir expérientiel et ses modalités de production.

Olivier GIRAUD est spécialiste d'analyse comparée de l'action publique dans le domaine des politiques sociales (emploi, formation professionnelle, politiques de l'autonomie). Il a rejoint un laboratoire de sociologie, le Lise (UMR 3320), en 2012. Il a récemment co-édité (avec Gwenaëlle Perrier), l'ouvrage *Politiques sociales. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte.

Nicolas GUILHOT est docteur en histoire et maître de conférences en sciences de gestion à l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires, médico-sociales et sociales et leurs réseaux (IFROSS – université Lyon 3). Il est responsable d'un Master destiné aux cadres de direction des secteurs médico-social et social. Ses travaux de recherche portent sur l'histoire des organisations de santé et les dispositifs de coordination interprofessionnelle dans le secteur médico-social.

Nicolas HENCKES est chargé de recherche au CNRS. Ses travaux portent depuis une vingtaine d'années sur les transformations contemporaines de la psychiatrie et plus largement la réorganisation du social au cours des cinquante dernières

années. Il a publié notamment *Maladies mentales et sociétés. 19<sup>e</sup>-21<sup>e</sup> siècle* (2022, avec Benoît Majerus).

Lara HERMANN est mère de deux enfants dont l'aîné, jeune adulte, est en situation de handicap complexe. Elle milite dans l'Association française du syndrome d'Angelman (Afsa) et intervient comme formatrice auprès d'établissements médico-sociaux.

Virginie HOAREAU est diplômée de l'École des hautes études en santé publique en 2006 où elle a suivi la filière des directeurs et directrices d'hôpital. Son parcours est marqué par un engagement depuis 20 ans pour le service public et en particulier pour le secteur médico-social en établissement, en fédération, au sein des services et opérateurs de l'État, en cabinet ministériel puis au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Olivier HUET est titulaire d'un DEA de sociologie. Il a exercé l'essentiel de sa carrière dans le champ de la formation en travail social. Il a publié plusieurs ouvrages chez Dunod. Il est à présent directeur d'une fédération nationale dans le champ de l'éducation populaire

Guillaume JAUBERT est maître de conférences en sciences de gestion à l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires, médico-sociales et sociales et leurs réseaux (IFROSS — université Lyon 3). Il est responsable du Master direction et pilotage stratégique destiné aux directeurs d'établissement des secteurs social et médico-social. Ses travaux portent sur la gouvernance des associations du secteur médico-social et sur la maltraitance des personnes adultes.

Blanche LE BIHAN est politiste à l'École des hautes études en santé publique et chercheur rattaché au laboratoire Arènes (UMR 6051). Ses travaux, menés dans une perspective nationale et comparative, portent sur les politiques sociales et de santé, et plus particulièrement sur les questions du *care*, des aidants et de l'autonomie.

Stéphane LENOIR défend, depuis près de vingt ans, les droits des personnes handicapées auprès des pouvoirs publics. Il a rempli la fonction de coordinateur au sein du réseau GIHP entre 2013 et 2020, puis au Collectif Handicaps jusqu'en septembre 2023. Il est actuellement directeur général adjoint à l'Uniopss.

Iris LOFFEIER est sociologue. Elle travaille sur le vieillissement comme objet de connaissance, notamment au sein d'établissements pour personnes âgées. La

thèse qu'elle a soutenue a reçu le prix « Le Monde de la recherche universitaire » en 2014. Avant de rejoindre HESAV/HES-SO, à Lausanne (Suisse), en tant qu'adjointe scientifique à partir de 2016, elle a réalisé un postdoctorat à l'université du Luxembourg.

Claude MARTIN est sociologue, directeur de recherche émérite. Ses principaux domaines de recherche sont les politiques d'autonomie, en direction de l'enfance, de la famille et de l'avancée en âge. Il a enseigné à l'EHESP, au Cnam, à Science-Po Rennes et à l'université de Paris-Descartes.

Laura NIRELLO est enseignante chercheuse à l'IMT Nord Europe et membre du laboratoire Clerse. Ses travaux s'intéressent aux évolutions des politiques publiques dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées et à leurs conséquences sur l'emploi notamment dans l'ESS.

Julien PAYNOT est directeur général de Handeo. Il est un acteur engagé dans le secteur de l'économie sociale et solidaire et plus particulièrement dans le secteur du handicap depuis plus de 20 ans. Il a commencé sa carrière en CMPP, puis au siège d'une association gestionnaire d'établissements et services sociaux et médico-sociaux sur des projets de développement associatif. Il a travaillé quelques années pour un syndicat employeur avant de rejoindre Handeo en 2011. Militant dans l'aide à domicile, il a présidé une association d'aide et de soin à domicile pendant quelques années et en assure aujourd'hui la vice-présidence.

Célia POULET a soutenu à l'université d'Aix-Marseille en 2011 une thèse consacrée à l'apprentissage en franc-maçonnerie pour laquelle elle a obtenu le prix d'excellence du pôle universitaire Aix-Marseille. Elle a enseigné ensuite à l'ENS de Lyon ainsi qu'à la faculté de droit de Clermont-Ferrand. Elle a rejoint en 2018 le programme de recherche PPECPA à HESAV (Lausanne).

Emmanuelle PUISSANT est enseignante-chercheuse en économie au Creg (Université Grenoble Alpes). Ses travaux portent sur le travail et l'emploi dans les associations. Elle a récemment coordonné une recherche financée par l'IRES sur l'impact des outils technologiques sur les conditions de travail dans les activités médico-sociales.

Noémie RAPEGNO est géographe, enseignante-chercheuse à l'université de Rennes, École des hautes études en santé publique. Elle est membre du laboratoire Arènes (UMR 6051), et membre associée au laboratoire Espaces et Sociétés (UMR 6590). Elle travaille sur la construction des politiques médico-sociales et leurs

traductions en termes de modes d'habiter et d'appropriation des espaces par les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

Alis SOPADZHIAN est maîtresse de conférences en science politique à l'Université de Rennes, École des hautes études en santé publique, et membre du laboratoire Arènes (UMR 6051). Elle travaille sur les politiques d'autonomie en France et dans une perspective comparée et s'intéresse tout particulièrement aux enjeux de coordination des secteurs social, médico-social et de santé.

Sophia STAVROU est professeure adjointe de sociologie au département des sciences sociales et politiques de l'université de Chypre. Elle est titulaire d'un doctorat en sociologie d'Aix-Marseille Université (France). Ses travaux portent sur les politiques d'éducation et de formation, avec un intérêt particulier pour les discours internationaux et leur mise en œuvre dans différents contextes nationaux et locaux.

Livia VELPRY est sociologue, maîtresse de conférences à l'université de Paris 8-Saint-Denis et rattachée au CERMES3 (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société). Ses travaux portent sur la transformation des pratiques de soin et d'accompagnement dans le domaine de la santé mentale et du handicap. <https://liviavelpry.nonconformes.org/>

Pierre VIDAL-NAQUET est sociologue au CERPE et associé au centre Max-Weber (Lyon). Ses travaux portent sur l'évolution des politiques sociales et médico-sociales. Il s'est notamment intéressé aux usages de la contrainte dans la relation d'aide et de soin. Parmi ses dernières publications : « À l'épreuve de l'influence. Le consentement dans la relation d'aide et de soin », *Pratiques en santé mentale*, vol. 4, 2021 ; (avec L. Velpry), « Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique », *Revue française d'éthique appliquée*, 2019.

Myriam WINANCE est chercheuse à l'INSERM. Elle est sociologue, rattachée au CERMES3. Elle développe une sociologie politique du handicap, articulant un axe sociohistorique sur l'évolution des conceptions du handicap et un axe ethnographique sur les expériences des personnes handicapées. Actuellement, elle s'intéresse à l'ordinaire des familles dont l'un des membres est polyhandicapé. Elle est également présidente du conseil scientifique de la CNSA (2023-2027).

## Introduction

# **Le médico-social et les sciences sociales : origines et contours d'un questionnement**

Nicolas Henckes, Myriam Winance, Alis Sopadzhian,  
Cyril Desjeux, Louis Bertrand, Noémie Rapegno

**C**ET OUVRAGE propose des clés de lecture pour rendre compte des dynamiques et des tensions qui structurent aujourd'hui le secteur médico-social. Il voudrait rendre accessible à un large public le regard que portent les sciences sociales sur une série de questions fondamentales auxquelles font face ses acteurs. Ces questions portent notamment sur le sens de leurs pratiques, sur les objectifs que visent celles-ci et les contraintes auxquelles elles sont soumises, sur les façons dont ces pratiques sont discutées collectivement ou encore sur les moyens dont disposent les acteurs. Nous avons conçu, en cela, cet ouvrage comme un manuel à destination d'étudiants, mais aussi de professionnels, d'usagers et de chercheurs, qu'ils se destinent à des activités de recherche ou qu'ils désirent acquérir des éléments pour nourrir leurs pratiques.

Nous entendons cependant l'idée de manuel en un sens particulier. Cet ouvrage n'est pas une encyclopédie, un atlas ou un répertoire rassemblant dans un seul volume l'ensemble des informations dont pourrait avoir besoin, pour se repérer ou s'orienter, un usager ou un professionnel du médico-social. Il ne suffira pas pour guider son lecteur dans le maquis des réglementations, des acronymes et des référentiels qui composent aujourd'hui le médico-social. Il n'apportera qu'un

éclairage limité sur les pratiques spécifiques développées dans les établissements et services médico-sociaux par les professionnels et sur l'expérience qu'en font leurs usagers. Il paraîtra insuffisant à celles et ceux qui y chercheraient des réponses précises aux nombreuses questions qui se posent dans le quotidien de leur travail, sur les façons de monter des projets de services, de répondre à des demandes spécifiques, ou encore sur les décisions complexes appelées par les situations de vie des personnes accompagnées. Il n'aidera pas plus les militants, usagers ou professionnels, à la recherche d'outils pour organiser un mouvement d'opinion et infléchir l'action publique.

Nous avons plutôt conçu cet ouvrage comme une introduction aux façons de penser et de problématiser ces questionnements avec les outils des sciences sociales. En ce sens, son titre, *Interroger le médico-social*, est à prendre au pied de la lettre. Nous aimerions que, le livre refermé, son lecteur ait acquis la capacité d'interroger le médico-social au-delà des thématiques qui y sont abordées. L'exercice auquel se sont prêtés les auteurs et autrices des différents chapitres est moins d'apporter des réponses définitives que de dégager une série de questionnements, d'en mettre en évidence à chaque fois les dimensions multiples, de rendre compte des analyses auxquelles ces questionnements ont donné lieu et d'indiquer quelles en sont les implications.

Nous voudrions surtout montrer que les différentes composantes du médico-social font face à un certain nombre de questionnements partagés. Le médico-social se caractérise en effet par son émiettement en une série de catégories revendiquant une spécificité et autour desquelles ont été créées des politiques publiques, des systèmes d'établissements et de services, des problématiques, les unes et les autres pensées comme singulières et distinctes. Cela vaut pour les organisations, les pratiques, les professionnels comme pour les personnes concernées et les chercheurs. Les uns et les autres se sentent, d'une façon ou d'une autre, spécialistes d'une catégorie, ou encore affectés par les problèmes ou les questionnements propres à une catégorie. Or il nous semble qu'au-delà des singularités de chacune de celles-ci, des questionnements communs traversent le médico-social. Ceux-ci portent notamment sur le sens des politiques publiques, sur les façons d'organiser des pratiques dont les ressorts sont pluriels, sur les questionnements moraux auxquels font face des professionnels au contact de leurs publics.

Nous faisons ainsi nôtre, mais en un sens très spécifique, cette antienne souvent répétée dans le secteur : « dépasser les cloisonnements ». Ces cloisonnements sont en effet pour nous non seulement ceux qui traversent le médico-social et qui mènent inévitablement à la question de sa définition, mais aussi ceux qui

découlent de la distance entre le monde de la recherche et le monde professionnel du médico-social, ou encore entre les auteurs et autrices de ce manuel et ses lecteurs et lectrices. Avant de préciser les questionnements abordés dans cet ouvrage, la suite de cette introduction donne des éléments de définition sur ce que nous entendons par médico-social et sur les choix qui nous ont guidés dans la constitution de cet ouvrage.

---

## **QU'EST-CE QUE LE MÉDICO-SOCIAL ?**

---

Qu'est-ce que le médico-social ? Pourquoi pensons-nous qu'il fait l'objet ou qu'il est le terrain de questionnements spécifiques susceptibles d'être éclairés par les sciences sociales ?

On serait en peine d'en trouver dans les publications officielles, professionnelles ou scientifiques, une définition (voir le chapitre 1). Pour les différents acteurs du secteur, professionnels, personnes concernées, chercheurs, le médico-social a quelque chose d'une évidence. « Cette situation relève d'une orientation médico-sociale », ou bien « ici on est dans le médico-social » disent souvent les uns et les autres pour qualifier des situations, pratiques ou postures professionnelles. Mais, si l'on creuse ces affirmations, il est difficile d'expliciter ce qu'elles veulent dire précisément et ce qui confère à ces situations, pratiques ou postures, leur caractère proprement médico-social. Celui-ci ne correspond ni à des organisations strictement déterminées, ni à des professions spécifiques, ni à des catégories de personnes, ni même à des règlements juridiques très précis. Si certains services ou établissements paraissent clairement identifiés comme relevant du médico-social, il est souvent difficile de donner les critères qui justifient cette identification et d'indiquer ce qui les distingue de structures qui seraient seulement sociales ou seulement médicales.

Nous éviterons donc de donner une définition substantielle du médico-social. Celui-ci qualifie plutôt pour nous une série d'espaces ouverts dans l'État social, au sein desquels un double regard est porté sur les problèmes qu'il s'agit de résoudre : à la fois médical et social. La métaphore spatiale, dans cette définition, doit être prise dans un sens littéral. Le médico-social caractérise en effet d'abord un ensemble de sites, des établissements, des administrations, des guichets, des services, des consultations ou encore, dans certaines conditions, des domiciles personnels voire des portions de l'espace public. Ces sites sont le lieu de pratiques diverses, professionnelles ou non, mises en œuvre par des acteurs aux statuts eux aussi divers, qui mobilisent pour cela des savoirs, des



catégories juridiques ou des techniques tout aussi diverses. C'est bien la façon dont ces différents éléments mêlent des dimensions médicales et sociales qui les caractérisent comme relevant du médico-social.

Une série de catégories de populations incarnent de façon idéale ce double regard : le handicap, le grand âge, la maladie mentale. Mais ces catégories ne définissent pas en elles-mêmes le médico-social : la réponse au handicap ou au grand âge peut aussi mobiliser des perspectives exclusivement sociale ou médicale, ou qui échappent à ces différentes caractérisations. *A contrario* l'approche médico-sociale est susceptible de s'étendre à une série de problèmes qui peuvent sembler plus exogènes, comme l'incapacité civile, les addictions ou encore la grande précarité. Ses contours sont sujets à des discussions, des négociations et des conflits qui lui donnent son aspect très plastique. Les discussions sur l'inclusion ou non d'un « handicap social » dans la définition du handicap, les conflits autour de l'assimilation de la maladie mentale à un handicap, ou encore les critiques de l'« alzheimerisation » ou même simplement de la « médicalisation » du grand âge, sont quelques exemples de ces conflits.

L'association de ces deux adjectifs, médical et social, exprime par ailleurs d'emblée une asymétrie. Le regard médical renvoie en effet à une série de savoirs et de catégories spécifiques, sanctionnées, développées et mises en œuvre sous le contrôle de la profession médicale. Cette dernière n'est certes pas d'un bloc. Elle est traversée par des conflits et elle entretient en son sein des conceptions divergentes de ses objets — les visions psychanalytiques et biologiques de la psychiatrie, les approches holistiques opposées à la biomédecine, par exemple. Mais le regard médical se caractérise dans son ensemble par son adhésion à une série de normes et de valeurs que les appels à faire du patient un acteur de sa santé n'ont pas réussi à bousculer : la dimension individuelle des problèmes, la centralité des corps voire de la biologie ou encore l'appui sur la science.

Ce qu'est le regard social est par contraste bien moins déterminé. Il renvoie avant tout à l'existence de politiques sociales, lesquelles définissent des interventions spécifiques sur une série de problèmes sociaux. Ces interventions peuvent relever, par exemple, de l'éducation, des apprentissages, de l'économie sociale, des sciences du travail, de la justice, ou encore de l'économie familiale, de l'animation sociale, de la citoyenneté, de la lutte contre les inégalités, de l'habitat, voire de l'urbanisme. Pour une part, le regard social porte sur ce que la médecine ne se sent pas en mesure ou ne veut pas prendre en charge ou encore sur ce qui déborde de son cadre. Une partie du secteur médico-social a ainsi été constituée en sortant du giron médical des réponses aux problèmes de certaines catégories.

Mais pour une part le social se définit aussi à partir de savoirs spécifiques en concurrence avec la médecine.

À cet égard la sociologie a insisté, avec la notion de médicalisation ou, plus récemment, de biomédicalisation des sociétés, sur les façons dont la médecine a requalifié certains problèmes sociaux pour les faire entrer dans sa « juridiction professionnelle » et s'assurer le contrôle sur les réponses qui leur sont apportées. Les sociologues ont eu tendance à faire de la (bio)médicalisation un processus à la fois irrésistible et sans limite. En soulignant l'existence, en dehors, à côté ou autour de la médecine, de façons de construire des interventions à la fois complémentaires et concurrentes à celle-ci, le médico-social soulève profondément la question des limites de la (bio)médicalisation des sociétés contemporaines.

C'est cette tension qui fait du médico-social un objet et un terrain particulièrement fructueux pour les sciences sociales. La question de l'association des regards médicaux et sociaux pose en effet un ensemble de questions particulièrement riches de nature organisationnelles, institutionnelles, épistémiques, identitaires, ou éthiques. Sur quels principes asseoir les politiques publiques ? Comment organiser des pratiques reposant sur des légitimités et des savoirs différents ? Comment choisir entre des systèmes normatifs divergents voire contradictoires au moment de prendre des décisions ? Comment appréhender les multiples sens que revêtent les pratiques pour leurs différents protagonistes, professionnels et usagers ?

---

## **QUELLES SCIENCES SOCIALES POUR QUELLES QUESTIONS ?**

---

Les lecteurs familiers avec les sciences sociales auront peut-être noté que cette liste de questions exprime un certain point de vue au sein de ces disciplines. De fait, cet ouvrage défend une approche spécifique en sciences sociales. En premier lieu nous nous sommes efforcés de ne jamais perdre de vue la réalité empirique qui fait le quotidien du médico-social. Nous avons voulu nous garder d'un discours théorique sophistiqué mais hors-sol. Si les chapitres développent des pistes théoriques, s'ils élaborent un certain nombre de concepts ou s'ils reviennent sur certaines démarches analytiques, ils le font en nourrissant ces réflexions d'éléments empiriques et de données d'enquête. En particulier, les chercheurs qui ont contribué à cet ouvrage ont tous eux-mêmes mené de nombreux travaux de recherche sur le médico-social.

Ensuite le regard que proposent les chapitres s'efforce d'aller au-delà de l'analyse des systèmes normatifs qui encadrent le médico-social, législation et réglementation, rapports, schémas et projets divers, recommandations des agences, des fédérations de services ou des associations professionnelles, ou encore manuels et guides de pratiques. Les auteurs s'efforcent de rendre compte des pratiques telles qu'elles sont effectivement accomplies, des façons concrètes dont les acteurs s'engagent et accomplissent ces pratiques, dont ils mettent en œuvre des politiques et font vivre des organisations. Ils s'attachent à décrire la nature concrète des organisations émergentes, le statut effectivement occupé par les intervenants dans ces organisations, les réponses élaborées dans l'action aux questionnements moraux auxquels ils font face. Si nous sommes attentifs à rendre compte des régularités dans les comportements des acteurs, des règles que des collectifs font émerger pour organiser leurs activités, de l'ordre qui se dégage dans des systèmes d'action, nous ne faisons pas l'hypothèse que ceux-ci sont automatiquement ceux inscrits dans les manuels, les guides, les règlements ou les codes juridiques.

Cette perspective explique également le type de critique que développent les chapitres. Si nous cherchons à montrer les mécanismes sociaux qui régissent certains processus de décision, si nous soulignons le caractère contingent de certains arrangements qui pourraient paraître naturels, si par ailleurs nous portons un regard distancé sur une série de transformations sociales, nous ne faisons pas de la dénonciation de l'ordre établi une fin en soi. Nous ne croyons pas nécessairement que le monde du médico-social pourrait être meilleur dans d'autres conditions.

Toutes les disciplines des sciences sociales ne sont par ailleurs pas représentées de manière égale dans cet ouvrage. Les chapitres développeront des perspectives de sociologie, de science politique, d'économie, de sciences de la gestion et de géographie. Au-delà de ces disciplines, les auteurs mobilisent des concepts et des analyses empruntées à l'anthropologie, à l'histoire, à la psychologie, au droit ou encore aux sciences de l'éducation. On pourrait d'ailleurs regretter que certains de ces points de vue ne soient pas plus approfondis et que certains apports disciplinaires soient totalement absents de l'ouvrage. Pour une part ces choix sont contingents et tiennent à notre volonté de conserver à cet ouvrage des proportions raisonnables. Pour une part ils tiennent aussi à notre volonté de préserver une certaine unité de ton et de perspective entre les chapitres.

Cet ouvrage est issu d'un séminaire et de plusieurs journées d'études organisés entre 2018 et 2021 à l'École des hautes études en sciences sociales à Paris et à l'École des hautes études en santé publique à Rennes. Les uns et les autres

répondaient à notre impression, qu'il manquait un espace de réflexion transversal où partager et élaborer les questions que chacun d'entre nous avait dans ses propres recherches sur des segments du médico-social. Nous nous sommes ainsi efforcés dans un premier temps de créer un réseau de collègues chercheurs issus de disciplines et travaillant dans des perspectives variées intéressés par ces échanges. À partir de questions thématiques, les séminaires réunissaient à chaque fois des spécialistes de plusieurs sous-secteurs du médico-social qui devaient exposer les façons spécifiques dont ces questions étaient posées sur leur terrain d'enquête. Dans un second temps nous avons voulu associer à nos réflexions, en les faisant intervenir à la suite des chercheurs, des personnalités engagées sur le terrain dans une posture autre que la recherche. Il nous a semblé important en effet, dans une dynamique qui peut s'apparenter à la recherche participative (voir chapitre 20), d'associer un point de vue situé qui permette de fertiliser l'analyse scientifique. Ce dispositif a ensuite été reproduit dans l'écriture du manuel.

Ces différents choix expliquent enfin que cet ouvrage ne se veut pas exhaustif. Il n'aborde pas de nombreuses problématiques pourtant importantes pour la compréhension des transformations contemporaines du médico-social, notamment de nature économique ou éthique. Celles qui y sont présentes sont celles sur lesquelles nous nous sentions compétents ou qui nous ont semblé répondre particulièrement aux préoccupations exprimées par les uns et les autres au cours de nos réunions.

---

## **ORGANISATION DE L'OUVRAGE**

---

L'ouvrage est organisé en sept parties correspondant à autant de grands problèmes : les catégories du médico-social, le devenir des institutions et organisations du secteur, sa régulation et planification, les transformations des professionnalités, les enjeux du prendre soin, l'approche par les droits, et les savoirs entre expérience et recherche. Chaque partie comporte trois ou quatre chapitres. Deux d'entre eux, rédigés par des chercheurs, explorent un même problème à partir de deux perspectives différentes. Ils sont complétés par des chapitres rédigés par des personnes concernées, des professionnels, des représentants des administrations ou encore des militants. Ces chapitres « en réaction » proposent, à chaque fois, une analyse faisant écho à celles proposées par les chercheurs. Ils ne sont donc ni une illustration ni une discussion des autres chapitres, mais bien des propositions de problématisation à partir du terrain, qui, le lecteur pourra le constater, tout à la fois dialoguent avec, empruntent à,

ou nourrissent les travaux de recherche. Ce dialogue, qui a été essentiel tout au long de ce projet pour l'ensemble de ses participants, nous a semblé de nature à contraster et nourrir mutuellement les savoirs élaborés par les uns et les autres, et ainsi contribuer à consolider ces recherches sur et avec le médico-social.

La première partie, « Situer le médico-social », revient sur l'épineuse question de la définition du médico-social à partir de deux perspectives, respectivement française et internationale. Ces deux perspectives permettent de problématiser cette notion et de montrer que celle-ci prend son sens, d'une part, dans l'articulation d'une série de catégories portant sur différents types d'objets et, d'autre part, par rapport à l'histoire de nos États sociaux, et notamment à l'évolution des modèles de protection et de prise en charge, sanitaire et social. Cette partie rend compte également de l'usage pratique et politique des catégories et des systèmes de classification. Elle permet ainsi de mieux comprendre que le flou qui caractérise le médico-social est aussi ce qui fait son intérêt et sa force.

La deuxième partie prolonge directement cette réflexion en s'intéressant aux institutions et aux organisations du médico-social, à leurs évolutions et à leurs formes. Il s'agit ici d'interroger les manières dont des prises en charges, des types d'accompagnement, etc., sont organisés dans des établissements, des services, des dispositifs, etc. Si deux formes d'organisation du soin ont longtemps prédominé : l'établissement d'hébergement et de soin, de type parfois asilaire, et les services à domicile, elles ont fait place aujourd'hui, à des dispositifs hybrides, nécessitant dès lors de la coordination pour éviter les « ruptures de parcours ».

Les analyses proposées dans la troisième partie abordent la planification et l'évaluation du secteur médico-social. En revenant sur la manière dont ces deux techniques de gouvernement ont été pensées par les pouvoirs publics à différentes étapes de leur déploiement et sous différentes formes, les chapitres montrent comment elles contribuent à façonner le secteur. Les dynamiques de complexification de la régulation, de multiplication des niveaux décisionnels ou de spécialisation des bureaucraties gouvernementales décrites dans cette partie ont des effets multiples et fortement imbriqués. Elles alimentent les processus de catégorisation et de fragmentation analysés dans les parties précédentes, tout en contribuant à mettre à l'épreuve les pratiques des professionnels.

Ces pratiques, les conditions et les sites de leur production, font l'objet de la quatrième partie consacrée aux conditions de travail et d'emploi et à leur régulation professionnelle. Les chapitres passent au crible les choix politiques, nationaux comme transnationaux, qui empêchent le travail auprès des personnes ou qui le décontextualisent, tendant à brouiller davantage les frontières du médico-social. Les analyses permettent de décortiquer les ressorts de ce qui

est souvent et rapidement décrit comme la crise que traverse le secteur, pour mieux comprendre l'inefficacité des mesures proposées en réponse à ces constats anciens.

La cinquième partie de l'ouvrage est consacrée aux pratiques menées auprès des personnes dans le médico-social, pratiques que nous rassemblons dans l'expression « prendre soin ». Cette partie interroge la manière dont ces pratiques sont construites à l'intersection de plusieurs dimensions : travail social et soin médical, aide formelle et aide informelle, articulation du domicile et des établissements et services, enjeux politiques et enjeux pratiques. Les analyses portent également sur l'évolution des politiques publiques dont elles montrent comment elles cadrent les pratiques, en définissent les frontières, induisant en retour leur transformation.

La sixième partie de l'ouvrage examine les enjeux que pose aujourd'hui au médico-social « l'approche par les droits », c'est-à-dire l'insistance sur la nécessité de mettre au premier plan les droits fondamentaux des personnes concernées. Les chapitres font la genèse de ces approches et de leur implémentation en France. Ils montrent comment le secteur médico-social s'appuie, est cadré, confronté, bousculé par différents types de droits et propose des pistes d'analyse pour penser la question complexe de l'accès aux droits des personnes.

Enfin, la septième et dernière partie de l'ouvrage offre une excursion dans la multiplicité des savoirs en présence au sein et sur le médico-social. Le regard que l'on porte sur le médico-social diffère selon que l'on en fait l'objet d'une recherche ou qu'il est une expérience vécue au quotidien. Dans les deux cas, les acteurs développent une diversité de savoirs. Ceux-ci s'appuient sur des modalités et des cheminements différents, dont les apports s'avèrent complémentaires, et l'agencement nécessaire, pour inciter à analyser les dynamiques qui traversent le secteur médico-social sous des angles encore inexplorés.