

D'une forme instituée à une autre : considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation

From One Institutional Form to Another: Thoughts on Deinstitutionalization

De una forma instituída a otra: consideraciones sobre el análisis de la desinstitucionalización

D. Laberge

Number 19 (59), Spring 1988

Repenser les solidarités étatiques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034238ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034238ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Laberge, D. (1988). D'une forme instituée à une autre : considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (19), 33–40.
<https://doi.org/10.7202/1034238ar>

Article abstract

Deinstitutionalization can not be reduced merely to mean the disappearance of a form of intervention. It represents, rather, the disappearance of one institutional form as the dominant or semi-exclusive form of social management. Any movement toward deinstitutionalization brings with it new institutional forms in replacement of the old. Deinstitutionalization may be the outcome of developments in critical social theory; it can also be based upon contradictory motives such as the desire to improve patient care or to reduce institutional costs.

D'une forme instituée à une autre : considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation

D. Laberge

Un certain désarroi règne présentement quant à l'orientation d'une diversité de pratiques sociales novatrices. Les acquis des vingt dernières années et les certitudes quant aux effets de ces pratiques ont été ébranlés autant par les échecs ou les demi-succès qu'elles ont connus que par la montée de la pensée néo-libérale. Ainsi dans le domaine de l'intervention sociale se trouve-t-on face à une situation où les projets plus progressistes perdent une partie de leur sens initial et où les nouvelles stratégies étatiques de contrôle social¹ inquiètent à cause de l'intrusion de plus en plus marquée de l'État dans la vie privée des individus (Landreville, 1987)². Le phénomène de la désinstitutionnalisation illustre, autant par ce qui est fait que par ce qu'on en dit, cette absence de perspective.

Le terme désinstitutionnalisation, à cause de son caractère général, peut être utilisé pour désigner une variété de politiques et de programmes touchant toutes les sphères de l'activité sociale. À l'origine, pourtant, son usage désignait avant tout les pratiques institutionnelles destinées à des populations spécifiques et caractérisées par leur marginalité ou leur déviance (du moins du point de vue des intervenants et, dans une large mesure, du public). On visait spécifiquement les hôpitaux psychiatriques, les prisons, les centres d'accueil pour jeunes délinquants, enfants en danger, personnes handicapées physiques ou mentales. C'est précisément sur les pratiques de désinstitutionnalisation visant ces populations que portera le présent article.

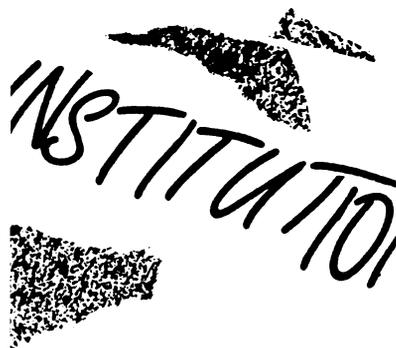
La désinstitutionnalisation est redevenue, depuis quelques années, un thème à la mode dont l'usage a largement dépassé le cercle des spécialistes. C'est aussi un mot passe-partout, qui a en quelque sorte la valeur d'un test projectif, chacun y trouvant ce qu'il veut bien. C'est d'autant plus facile qu'on est bien mal venu de s'opposer à la désinstitutionnalisation ; il faut être pour, au nom de la qualité de la vie, de la tolérance à l'égard de ceux ou celles qui sont différents, de la solidarité communautaire autant que du caractère froid, impersonnel voire inhumain des grandes institutions. Le caractère inacceptable de nombreuses pratiques institutionnelles sert ainsi à cautionner le principe général de la désinstitutionnalisation.

Une fois que l'on dépasse cet assentiment quasi automatique et

34 que l'on examine ce qu'il cache, on se retrouve devant des objectifs contradictoires ou totalement absents, un manque de planification, une ignorance de la vie des gens ainsi touchés, de leurs besoins, de ce qui vient ou ne vient pas remplacer les modes antérieurs de traitement ou de contrôle. Depuis quelques années, l'idée de désinstitutionnalisation a trop souvent servi à justifier des coupures sévères, parfois même sauvages, qui ont touché négativement la vie des gens (Lefebvre et Coudari, 1985 ; Roy, 1988). Les études sur le sujet, déjà nombreuses aux États-Unis, sont encore rares au Québec³ et se sont généralement penchées sur des questions importantes mais connexes plutôt que de se centrer directement sur la question de la désinstitutionnalisation.

C'est ce constat qui m'a incité à opter, dans le cadre du présent article, pour une stratégie d'analyse plus abstraite, plus théorique. La confusion notionnelle qui marque actuellement les efforts de transformation de nombreuses pratiques d'intervention dans le domaine psychiatrique ou pénal ou touchant d'autres groupes faisant l'objet de mesures de soutien ou de contrôle, ne peut certes expliquer à elle seule les demi-échecs et les effets imprévus de certains programmes. Elle contribue par contre à perpétuer cette situation faute de points de repère

bien identifiés. Dans un premier temps, je présenterai certaines prémisses implicites qui sous-tendent actuellement la réflexion sur le sujet et dont on peut contester la validité. Dans la seconde section, je tenterai de distinguer des axes analytiques qui pourraient être utilisés pour aborder le phénomène. Enfin, je proposerai certaines conditions logiques qui devraient présider à l'usage du terme.



Postulats implicites

Une des premières nécessités de l'évaluation de la désinstitutionnalisation, telle qu'elle a été pratiquée et implicitement pensée, est d'identifier la nature des certitudes, des évidences non dites qui l'on souvent guidée. Les tentatives de désinstitutionnalisation psychiatrique pratiquées aux États-Unis, déjà, au début des années 1950, s'inspiraient de motifs économiques, ce qui n'est pas sans faire écho à un débat très contemporain.

La réflexion sur les fondements de la désinstitutionnalisation ne naît véritablement qu'avec les développements théoriques critiques auxquels on assiste dès la fin des années 1950 et jusqu'au début des années 1970, qui portent sur les phénomènes de marginalité et de déviance. Les interactionnistes symboliques et, plus particulièrement, l'école du « labelling », le mouvement anti-psychiatrique, les théoriciens du contrôle

social, les abolitionnistes ont tous contribué à transformer nos perceptions et nos analyses sur les personnes et les situations devant être réprimées et contrôlées et sur les méthodes devant ou pouvant être utilisées à cette fin.

Ces diverses écoles de pensée, divergeant souvent quant à leur conception des rapports sociaux, ont néanmoins toutes contribué à « sociologiser » l'analyse des phénomènes marginaux, qui avaient toujours été réduits aux caractéristiques des individus qui les vivaient. On peut résumer ainsi le déplacement analytique que ces modèles théoriques ont permis d'opérer : 1) les individus ne sont pas porteurs d'une singularité essentielle qui explique leurs comportements déviants, inadaptés, dangereux (personnalité criminelle, déformation génétique...); 2) les phénomènes déviants ne sont pas universels, éternels et transculturels mais spécifiques à des sociétés données qui les définissent ainsi; 3) la déviance, la maladie mentale, le crime sont le produit d'interactions sociales et, par conséquent, leur traitement ne peut se centrer exclusivement sur la personne à qui on les identifie.

Ces travaux ont influencé de façon irréversible la compréhension que nous avons des phénomènes marginaux et des formes d'intervention appropriées. Dans une certaine mesure, plusieurs des postulats qui semblent guider implicitement les mesures de désinstitutionnalisation reprennent parfois de façon caricaturale l'une ou l'autre dimension de ces théories. Je vais donc présenter brièvement ce qui me semble constituer ces postulats implicites et non valides et en faire une brève critique.

Postulat 1 — Les situations ou les comportements définis comme problématiques sont sans fondement objectif. L'ensemble de la si-

tuation n'existe qu'à partir des procédures d'étiquetage.

Ce premier postulat suppose que toutes les caractéristiques de la situation sont identiques à leur désignation, à leur étiquette et qu'elles sont par conséquent le produit d'une désignation extérieure à la personne. Cela constitue à mon avis une source importante de confusion. Le processus officiel de désignation et de prise en charge de certaines situations ou comportements peut être conçu hors de tout doute comme un des mécanismes de différenciation souvent arbitraire des individus et, ultimement, comme un mode de déqualification sociale. Cela ne peut en aucun cas constituer la base à partir de laquelle on nie l'existence de ces caractéristiques. En ce qui concerne la délinquance, par exemple, une étape importante de l'analyse du phénomène consistait à réfuter l'existence d'une personnalité criminelle qui distinguerait les individus condamnés des « honnêtes gens ». Cela permettait d'examiner la place de différents groupes sociaux dans la définition des infractions et les mécanismes concrets grâce auxquels les agences de contrôle intervenaient pour désigner officiellement des situations comme étant « criminelles ». Ainsi, on rejette l'hypothèse traditionnelle selon laquelle l'individu reconnu coupable d'un crime aurait un caractère spécial ou le comportement répréhensible serait par essence absolument différent d'autres comportements. Ce rejet n'implique pas qu'il n'y ait pas eu de personnes lésées. En d'autres termes, ce qui est remis en cause, c'est l'évaluation sociale de ces situations problématiques et le traitement par des agences étatiques qu'elles génèrent. Ainsi, la disparition du processus officiel d'étiquetage ou de l'usage spécifique des étiquettes ne fait pas nécessairement disparaître le caractère dolo-

sif ou conflictuel de certaines situations pour les personnes qui les vivent ou pour leur(s) groupe(s) d'appartenance.

Postulat 2 — Les modalités spécifiques de prise en charge n'existent et n'ont d'efficacité que sous leurs formes matérielles. Dès que ces formes n'existent plus ou ne sont plus utilisées, toute possibilité d'actualisation disparaît.

Cela correspond à la réduction du processus de désignation et de prise en charge au lieu physique ou à l'instance bureaucratique qui le génère ou le gère. Un tel postulat néglige des aspects importants du processus de marginalisation : l'importance des réactions informelles dans le renvoi vers des instances officielles et la place qu'occupent les étiquettes (« malade mental », « fou », « criminel », « dangereux ») dans les représentations collectives sur la normalité et l'anormalité. En d'autres termes, l'institutionnalisation ne se fonde pas exclusivement sur des facteurs professionnels ou officiels mais s'articule nécessairement à des composantes idéelles et informelles. Toute stratégie de désinstitutionnalisation doit tenir compte de ces facteurs.

Postulat 3 — La prise en charge n'a de valeur contraignante que celle qui est immédiatement produite. Le retrait des modalités particulières de traitement restitue à l'individu son « caractère » antérieur.

Il s'agit selon moi de la forme la plus pure de l'analyse spontanée. Elle reprend l'idée selon laquelle l'expérience institutionnelle d'un individu est sans conséquence, ne laisse aucune trace. Nous savons maintenant que les modes institutionnalisés de gestion ont un caractère « didactique » et forcent l'adaptation des individus. La disparition soudaine de certaines formes de contrôle ou

d'intervention ne replace pas de facto la personne dans une situation où elle peut fonctionner personnellement et socialement sans aucun problème. Deux dimensions peuvent être évoquées ici : d'une part, après un séjour prolongé en institution, la personne ne maîtrise plus les habiletés sociales nécessaires et, d'autre part, les mécanismes de renvoi vers l'institution ayant joué initialement sont susceptibles de se remettre en branle.

Postulat 4 — Il est toujours possible d'interrompre certaines formes d'intervention ou toute forme d'intervention auprès de populations particulières sans affecter ces dernières et sans qu'il y ait d'effets non voulus ou de déplacements vers d'autres instances.

Cette certitude est centrale dans les programmes de sorties massives des individus des hôpitaux psychiatriques et constitue la conséquence logique des postulats qui précèdent. Pourtant les institutions et les formes instituées de gestion des groupes marginaux ne sont pas indépendantes les unes des autres. La conception professionnelle et disciplinaire qui a dominé la logique du contrôle social depuis la fin du XIX^e siècle a encouragé cette vision parcellaire et indépendante des objets de contrôle tout autant que des modalités du contrôle. L'idée selon laquelle on pourrait interrompre, faire disparaître des formes particulières d'intervention un peu comme les prestidigitateurs semblent faire disparaître les objets sans laisser de trace est aussi complètement inadéquate. On commence ainsi à entrevoir que la supposée étanchéité entre différents réseaux est, dans de nombreux cas, artificielle : ainsi, les hôpitaux psychiatriques et plus particulièrement les urgences, les prisons, les centres de désintoxication, les centres d'hébergement pour personnes sans logis, les

36 soupes populaires, etc. reçoivent souvent les mêmes clients, qui passent d'une place à l'autre.

Le très bref examen de certains postulats implicites dans les perceptions courantes sur le sujet nous permet de conclure que la « désinstitutionnalisation » ne peut se réduire à la simple disparition d'une modalité quelconque d'intervention. Mais il ne suffit pas de définir la désinstitutionnalisation par la négative, par ce qu'elle n'est pas, il faut aussi lui restituer sa complexité. Un examen plus approfondi des niveaux d'analyse devrait nous permettre d'établir certains axes pour d'éventuelles stratégies de désinstitutionnalisation.



Les niveaux de l'analyse

Comme nous l'avons souligné précédemment, une des premières difficultés dans la compréhension du phénomène provient de la diversité des significations attribuées au terme. À quoi

se réfère-t-on lorsqu'il est question de désinstitutionnalisation ? S'agit-il de la sortie des individus d'une institution particulière, de la disparition de formes instituées (formalisées, prévisibles et généralisées) de prise en charge s'appliquant à ces mêmes personnes, de la disparition complète ou partielle des institutions, de la disparition de toute forme structurée d'intervention dans un domaine particulier, ou encore de l'effacement dans les mentalités de ces modes de représentation spécifiques (comme dans le cas du racisme ou du sexisme) ?

Comme on le constate, des choses très différentes peuvent être recouvertes par le concept de désinstitutionnalisation, chacune liée à des aspects différents de la question, à des modes de matérialisation spécifiques et à des formes d'évaluation variées. Je vais donc tenter d'apporter un certain nombre de clarifications qui porteront sur deux axes mettant terme à terme 1) les individus et le système et 2) les institutions et les formes instituées.

Les individus et le système

La première confusion provient de l'absence de distinctions dans les cibles visées par la désinstitutionnalisation : comme je le mentionnais précédemment, on doit spécifier de qui ou de quoi il est question. Bien entendu, dans la mesure où l'on vise le système, on aura à coup sûr un impact sur les individus qui s'y trouvent déjà ou qui pourraient s'y retrouver. Ainsi, la fermeture d'un genre particulier d'institution, l'abolition d'un programme donné ou l'imposition de restrictions majeures dans la durée ou l'accès à des services donnés constituent des mécanismes sûrs pour diminuer ou faire disparaître des pratiques spécifiques.

Par contre, le fait de constituer des populations en cibles de

désinstitutionnalisation ne garantit certes pas un effet aussi radical. On pourrait par exemple viser des groupes très particuliers dont on suppose qu'ils ne devraient pas faire l'objet d'une forme spécifique d'intervention. L'abolition de l'emprisonnement pour défaut de paiement d'une amende constitue un bon exemple de ce type de transformation : une clientèle très particulière a fait l'objet d'un effort de désinstitutionnalisation sans que cela influe sur l'existence ou le fonctionnement de l'institution elle-même.

Dans la mesure où l'on considère que la désinstitutionnalisation signifie que les individus ne sont pas pris dans l'engrenage institutionnel habituel, il n'y a que deux façons de la concrétiser : ou bien on connaît les mécanismes de « renvoi » et on agit à ce niveau ; ou bien on bloque l'accès des institutions pour les individus qui pourraient faire l'objet d'un tel type de mesure. Par mécanismes de renvoi nous faisons particulièrement référence aux procédures qui activent l'intervention : la délation, la référence, la demande d'aide, le signalement. En effet, la plupart des institutions d'intervention et de contrôle social ne sont pas pro-actives mais réactives. En d'autres termes, les institutions ne vont pas elles-mêmes à la recherche de leur clientèle mais mettent en branle des mécanismes d'intervention ou de prise en charge lorsqu'un « cas » leur est signalé de quelque façon. Pour chaque institution, il existe donc des mécanismes particuliers qui permettent qu'un individu soit signalé, identifié, évalué comme étant un « client potentiel », pris en charge et soumis au traitement propre à cette institution. Toute forme de coupure dans cette chaîne constitue une modalité potentielle de désinstitutionnalisation. Le second type de mécanismes, déjà mis en vigueur dans de nombreux cas,

est celui de l'impossibilité d'accéder à une prise en charge par l'institution.

Institutions et formes instituées

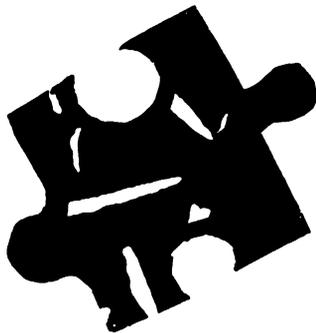
Pour des raisons liées, fort probablement, aux simplifications dont j'ai parlé précédemment, on ne distingue généralement pas entre l'institution entendue comme lieu de prise en charge (l'hôpital, la prison, le centre d'accueil) et l'ensemble des formes instituées composées des savoirs, des techniques, des modalités particulières de prise en charge. Ainsi, l'institution, comme lieu où s'exerce l'intervention (curative, punitive, ou de surveillance), constitue une des formes instituées de la gestion des groupes marginaux. Il s'agit d'ailleurs dans de nombreux domaines d'une des formes privilégiées de l'intervention. Cette forme particulière ne se limite pas exclusivement aux groupes marginaux. La société contemporaine se caractérise en effet par l'usage massif du regroupement des individus à l'intérieur de lieux spécialisés pour assurer la concrétisation de certaines « fonctions » : on peut penser ici à l'école, à l'usine, à la prison aussi bien qu'à l'hôpital.

Les formes instituées ne sont pas, par contre, toujours institutionnelles, dans le sens qu'elles ne comportent pas toujours le regroupement des individus dans des lieux identifiés servant à l'application spécifique de certaines méthodes. En d'autres termes, il existe des formes instituées qui ne sont pas institutionnelles : les centres de jour, les services de soins à domicile, l'entraide, le bénévolat.

Par « formes instituées », je désigne donc les modalités habituelles de gestion dont l'usage est généralisé pour tous les membres de la société ou pour des fractions identifiables de celle-ci. Dans ce cadre, de quoi s'agit-il lorsque l'on parle de désinstitutionnalisation ?

Si l'on accepte la distinction entre institutions et formes instituées, il ne saurait être question de faire équivaloir la désinstitutionnalisation à la disparition de toute forme instituée. L'ensemble des efforts qui ont été déployés dans ce domaine depuis près de trente ans visait essentiellement la fréquence, la durée ou les conditions du séjour dans les hôpitaux psychiatriques, les prisons, les centres d'accueil. Les stratégies employées correspondent alors au développement de nouvelles formes instituées d'intervention ou de prise en charge plutôt que de constituer un effort pour l'effacement complet de l'idée même de la maladie mentale, de la criminalité ou de tout autre comportement ou situation nécessitant des mesures d'aide ou de conciliation. Il devient impérieux d'examiner les modalités qui ont été ou se sont substituées à l'enfermement massif qui se pratiquait antérieurement.

Dans le cas des personnes souffrant de maladie mentale, la paupérisation, l'isolement, l'incapacité de vivre décemment constituent dans de trop nombreux cas l'issue de la stratégie de sortie massive des hôpitaux ; l'abandon se substitue alors à l'hôpital comme forme instituée.



Les conditions logiques

Dans les quelques pages précédentes, j'ai tenté d'apporter un certain nombre de clarifications

en ce qui concerne tant les prémisses implicites que les axes notionnels. Dans cette dernière partie, je désire reprendre le concept en présentant quelques-unes des conditions logiques qui devraient gouverner son usage. Malgré son caractère abstrait et prescriptif, cet exercice devrait permettre de poser certaines dimensions indispensables à toute forme d'évaluation.

1 — On ne peut planifier les formes de désinstitutionnalisation sans avoir spécifié la nature et les caractéristiques particulières de l'institution.

Cette première condition peut sembler évidente. Pourtant, la confusion qui caractérise souvent les rapports entre « institutions » et « formes instituées » nécessite ce rappel. Cela me semble particulièrement important dans le cadre de toute évaluation liée au développement aussi bien qu'à l'implantation ou au fonctionnement de politiques ou de programmes dans ce domaine.

2 — La désinstitutionnalisation désigne un processus et non pas un état : cela suppose qu'il y ait transformation, c'est-à-dire passage graduel entre différents états.

Parler de désinstitutionnalisation implique donc que l'on s'inscrive dans un cadre temporel, que l'on identifie des périodes. Puisque, d'un point de vue logique, on ne peut parler de la désinstitutionnalisation comme d'une caractéristique essentielle, d'une propriété des institutions, il faut alors déterminer la nature des transformations souhaitées et les critères nécessaires pour évaluer leur réalisation.

3 — La désinstitutionnalisation ne peut par ailleurs être conçue comme un processus permanent, c'est-à-dire qu'il faut identifier l'état

38 *final vers lequel on suppose que tend le processus.*

Cette prise de position, sans prétendre, bien entendu, à des capacités prédictives, est particulièrement indispensable pour guider toute forme d'intervention puisqu'elle constitue le barème à partir duquel on peut identifier les effets non voulus liés à l'implantation de mesures particulières.

Trop souvent, les objectifs officiels, les raisonnements discursifs sont confondus avec les caractéristiques concrètes des programmes. C'est d'autant plus fréquent et dangereux que ces objectifs, rarement très explicites, font appel à des valeurs partagées, à des aspirations peu conflictuelles. Comme je le soulignais en introduction, il existe peu de gens pour s'opposer à des mesures qui visent l'amélioration de la qualité de la vie ou la décroissance de traitements impersonnels ou douloureux et inefficaces. C'est d'autant plus vrai que ces mêmes justifications ont un fort pouvoir d'évocation nostalgique. La désinstitutionnalisation est pensée comme la substitution d'une communauté chaleureuse, accueillante, tolérante et compréhensive à un hôpital froid, débilisant, inhumain, coûteux et inefficace. On agit comme si la disparition de l'un garantissait la mise en oeuvre de l'autre. Mais on en arrive trop souvent à accroître la

misère des gens, leur isolement et leur douleur personnelle (Lefebvre et Coudari, 1985; Dorvil, 1987; Roy, 1988), à alourdir le fardeau des familles, souvent déjà pénalisées, sans leur donner ressources ou soutien; et à l'intérieur des familles c'est souvent le fardeau des femmes que l'on augmente (Guberman et autres, 1988).



Prospective

À l'origine, les projets de désinstitutionnalisation ont eu des visées progressistes et se sont articulés de façon importante à une analyse critique des rapports sociaux et du traitement souvent inacceptable réservé à certains groupes. Il ne s'agit pas ici de nier les retombées positives qu'ils ont eues dans certains cas ou pour certaines personnes. Pourtant, il semble que le sens, l'orientation marquant initialement ces projets aient été dilués et qu'il soit très difficile de les retrouver dans leur mise en oeuvre actuelle.

La résurgence de la désinstitutionnalisation dans les débats publics et dans les tentatives programmatiques gouvernementales est traversée par une ambiguïté profonde. Le même enjeu, celui de la réduction de la fréquence du recours à l'institutionnalisation pour les individus souffrant de problèmes psychiatriques, devient le point de convergence de volontés, de projets et d'analyses par ailleurs contradictoires. L'améliora-

tion de la qualité des soins et du bien-être des malades, l'accroissement du potentiel de réinsertion sociale, la renormalisation du fonctionnement des personnes connaissant des difficultés plus ou moins grandes de fonctionnement constituent, en quelque sorte, les assises sur lesquelles se fondent de nombreux intervenants et analystes du système actuel. L'autre vision est celle de l'économie, de la réduction des coûts, de la « responsabilisation » des familles, du retrait maximal de l'État par rapport à la prise en charge des individus particulièrement fragiles personnellement ou socialement.

Ces deux conceptions n'ont en commun que la modalité la plus évidente, celle de la diminution des pratiques d'hospitalisation. C'est sur la base de ce pseudo-rapprochement, de cette fausse convergence que les projets sociaux qui les animent l'une et l'autre se trouvent confondus. Sur le plan de l'interprétation des causes de la maladie, de la place qu'occupent les caractéristiques sociales des individus, de la nature et du degré de responsabilité des acteurs sociaux, de la forme de la prise en charge alternative, du sens même de la fameuse « communauté » où l'on doit réinsérer les malades, plus rien ne va.

En guise de conclusion, il faut se rappeler que la désinstitutionnalisation ne correspond donc pas à la disparition complète de toute modalité de gestion mais plutôt à la disparition d'une forme instituée comme forme dominante ou quasi exclusive de gestion. Cette forme dominante sera par ailleurs nécessairement remplacée par une ou plusieurs formes instituées de prise en charge et c'est précisément autour de ces nouvelles formes que se situe le véritable défi social. En effet, il ne faudrait pas que la non-intervention, que l'ignorance et le désintérêt, en se cachant sous le couvert d'une

responsabilité individuelle ou familiale redécouverte, se constituent désormais comme la forme instituée dominante pour gérer les situations jugées problématiques par les personnes qui les vivent ou par leur entourage.

D. Laberge
Département de sociologie
Université du Québec à Montréal

Notes

¹ La notion de « contrôle social » a une longue histoire en sociologie. Bien qu'à l'origine elle soit propre à la sociologie américaine, son usage s'est répandu en Europe dès la seconde moitié du XX^e siècle. Dans les travaux de sociologie francophones, on retrouve aussi bien la notion de régulation sociale que celle de contrôle social pour désigner les mécanismes particuliers auxquels nous faisons référence. La question n'est pas simple et nous n'avons certes pas l'intention de la régler ici. Les quelques références suivantes constituent un premier aperçu de la question pour les lectrices et les lecteurs intéressés : Cohen (1985), Faugeron (sans date), Lascoumes (1977), Lascoumes (1981), Lécuyer (1967), Pagès (1967), Robert et Faugeron (1978).

² Les débats sur la surveillance électronique des individus dans le cadre d'une condamnation pénale se sont concentrés jusqu'à maintenant au Canada et aux États-Unis. Compte tenu de l'occidentalisation des pratiques dans le domaine pénal et para-pénal et compte tenu du fait que les techniques électroniques sont aussi accessibles en Europe de l'ouest qu'en Amérique du Nord, il n'est pas excessif de penser que cette question surgira bientôt sur la scène européenne. À cet égard, on peut rappeler que si les États-Unis ont été les premiers à discuter de la privatisation des prisons, aucun pays n'a été aussi loin que la France dans l'examen concret des mesures à déployer dans ce sens.

³ La publication du rapport Harnois, sur la santé mentale, et des différentes études commanditées par la Commission Rochon, sur les services sociaux et les services de santé au Québec, devrait accroître de façon importante les informations sur le sujet.

Bibliographie

- COHEN, Stanley. 1985. *Visions of Social Control*. Cambridge, Polity Press.
- DORVIL, Henri. 1987. « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-Hippolyte-La-fontaine », *Santé mentale au Québec*, XII, 1 : 79-89.
- FAUGERON, Claude. 1978 « Le renvoi : idéologisation des pratiques ou pratiques idéologiques », dans Colloque de Vaucresson. 1978. *Le Contrôle social de la déviance* : 79-98.
- FAUGERON, Claude (sans date). *Régulations et contrôle social : le problème du renvoi*. Service d'études pénales et criminologiques, Équipe associée au CNRS 634, ronéo, 24 p.
- GUBERMAN, Nancy, Henri DORVIL et Pierre MAHEU. 1988. *Amour, bain comprimé ou l'abc de la désinstitutionnalisation*. Rapport no 23 de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, Les publications du Québec.
- GOFFMAN, Erving. 1968. *Asylum*. Paris, Éd. de Minuit.
- LANDREVILLE, Pierre. 1987. « Surveiller et prévenir. L'assignation à domicile sous surveillance électronique », *Déviance et société*, 11, 3 : 253-272.
- LANDREVILLE, Pierre, Victor BLANKEVOORT et Alvaro PIRES. 1981. *Les Coûts sociaux du système pénal*. Rapport de recherche. Montréal, Université de Montréal, École de criminologie.
- LASCOUMES, Pierre. 1977. *Prévention et contrôle social : les contradictions du travail social*. Genève, Médecine et Hygiène.
- LASCOUMES, Pierre. 1981. « Le « contrôle social » : un concept de crise », *Non*, 5 : 93-106
- LÉCUYER, B.P. 1967. « Régulation sociale, contrainte sociale et « social control » ». *Revue française de sociologie*, VIII, 1 : 78-85.

- 40 LEFEBVRE, Yvon et Fabienne COUDARI. 1985. *Psycauses*. Montréal, UQAM.
- LEFEBVRE, Yvon. 1987a. « Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation », *Santé mentale au Québec*, XIII, 1 : 5-13.
- LEFEBVRE, Yvon. 1987b. « Chercher asile dans la communauté », *Santé mentale au Québec*, XII, 1 : 55-66.
- PAGÈS, R. 1967. « Le social control, la régulation sociale et le pouvoir », *Revue française de sociologie*, VIII, 2 : 207-221.
- RAINS, Prudence. 1975. « Imputations of Deviance : A Retrospective Essay on the Labelling Theory », *Social Problems*, 23, 1 : 1-11.
- ROY, Shirley. 1988 (à paraître). *Seuls dans la rue : portrait d'hommes clochards à Montréal*. Montréal, Éd. St-Martin.
- ROBERT, Philippe et Claude FAUGERON. 1978. *La Justice et son public : les représentations sociales du système pénal*. Genève, Masson, Médecine et Hygiène.
- STEINBERG, Mireille. 1985. « Santé mentale, rôles sexuels et valeurs sociales », *Sociologie et sociétés*, XVII, 1 : 33-40.