

Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?

Benoît Eyraud, Livia Velpry

▶ **To cite this version:**

Benoît Eyraud, Livia Velpry. Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? : Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas. Socio-logos, 2012. halshs-00973844

HAL Id: halshs-00973844
https://shs.hal.science/halshs-00973844

Submitted on 27 Jan 2022

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.

Socio-logos
Revue de l'association française de sociologie

7 | 2012
Varia

Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?

Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas

Benoît Eyraud et Livia Velpry

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/socio-logos/2651
DOI : 10.4000/socio-logos.2651
ISSN : 1950-6724

Éditeur
Association française de sociologie

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)

Référence électronique
Benoît Eyraud et Livia Velpry, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio-logos* [En ligne], 7 | 2012, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 27 janvier 2022. URL : http://journals.openedition.org/socio-logos/2651 ; DOI : https://doi.org/10.4000/socio-logos.2651

Ce document a été généré automatiquement le 20 mai 2021.

Socio-logos est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?

Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas

Benoît Eyraud et Livia Velpry

1 En France, les acteurs de la psychiatrie font souvent de la mise en place « du secteur » l'élément clef de la dynamique de réforme qui a traversé l'institution psychiatrique depuis quelques décennies[1]. Ce terme désigne aussi bien des expériences pionnières mises en place dans plusieurs institutions psychiatriques au sortir de la seconde guerre mondiale, en opposition aux pratiques asilaires, qu'une vision nouvelle du projet fondateur de la psychiatrie, de mettre en œuvre un traitement thérapeutique pour les personnes confrontées à l'aliénation (Henckes, 2007). Le « secteur » désigne également une politique publique visant à généraliser les expérimentations menées jusque-là et initiée par l'administration avec les célèbres circulaires de mars 1960, qui prévoient que le soin n'est plus spécifiquement centré sur la pratique hospitalière mais est organisé de manière continue avec la prévention et la post-cure. En cela, le secteur se présente comme une innovation dans l'acception qu'en propose N. Alter (2010), au sens où des nouveautés organisationnelles et thérapeutiques auraient été saisie par les acteurs sociaux et constituée ainsi en innovation, innovation dont la portée se décline au niveau administratif et plus largement au niveau du mandat que les psychiatres entendent donner à leur pratique. Pour ces derniers, cette innovation a d'abord constitué un espoir, puis a suscité une certaine déception avant de devenir le symbole et la spécificité de la réforme de la psychiatrie à la française[2]. Pour autant, la référence au secteur a aujourd'hui disparu des nouvelles politiques de santé mentale. Cet effacement du terme qui symbolisait l'innovation interroge : dans quelle mesure traduit-il l'échec ou au contraire la pleine réussite de son institutionnalisation ?

2 A travers l'exemple de la sectorisation psychiatrique, cette contribution s'intéresse à la manière dont une innovation parvient ou non à s'instituer (Lourau, 1970). Elle fait l'hypothèse que les difficultés rencontrées par la mise en place du secteur résident moins dans les freins matériels et organisationnels que dans l'affaissement, au moment même de la mise en place de la politique de sectorisation, du socle institutionnel sur

lequel se fondait cette innovation. Autrement dit, nous faisons d'une certaine continuité institutionnelle un critère décisif pour rendre possible l'institutionnalisation d'une nouveauté.

3 Pour développer cet argument, nous nous focaliserons sur une période charnière de l'histoire de la psychiatrie, la fin des années 60 et le début des années 70. Dans le cadre de cet article, nous nous limiterons à l'étude d'un cas particulier, celui du département du Rhône et de l'hôpital du Vinatier. L'exemple local est d'autant plus intéressant à observer que s'y déclinent les différents niveaux présents dans la dynamique d'innovation. L'expérimentation mise en œuvre par des professionnels de l'hôpital du Vinatier avec la création de Santé Mentale et Communauté (SMC), mais aussi la participation de ces acteurs aux évolutions législatives en font ainsi un lieu particulièrement intéressant pour saisir l'introduction par les acteurs de terrain de nouvelles dynamiques de soin. Pour analyser cette période, nous nous appuyons sur les rapports d'activités de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, sur la littérature produite par les professionnels de cet hôpital, notamment sur l'expérience de SMC, ainsi que sur des entretiens avec des acteurs de cette période. Nous analyserons d'abord les différentes nouveautés introduites à un niveau expérimental avec la mise en place de la sectorisation ; puis, nous présenterons les raisons ordinairement mentionnées des difficultés de l'institutionnalisation du secteur en nous focalisant pour terminer sur l'affaissement du socle institutionnel du mandat psychiatrique.

1. Expérimentation et généralisation de la sectorisation sur le territoire du Vinatier

> « La politique de secteur n'est pas seulement une forme originale d'organisation sanitaire, elle implique une modification profonde de l'attitude de la société à l'égard des malades mentaux (...) L'esprit du secteur, c'est d'abord le refus de la ségrégation du malade mental, le refus de son exclusion ; l'objectif , c'est d'aider le malade mental à garder sa place dans la communauté des hommes et lui permettre, dans toute la mesure du possible, d'y restaurer son autonomie... » H. Mignot (cité par Audisio, 1980)

Le contexte

4 A la veille de la mise en place du « secteur psychiatrique », l'organisation du soin est encore principalement centrée sur l'hôpital psychiatrique, héritier des asiles d'aliénés, et s'appuie sur la loi de 1838. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale qui a marqué un moment particulièrement douloureux de la psychiatrie française (Von Bueltzingsloewen, 2007), une conjonction de facteurs a cependant déjà favorisé le développement d'une dynamique réformatrice (Henckes, 2007) qui s'est déployée dans deux directions. La première est une transformation des établissements hospitaliers pour que les conditions de vie à l'hôpital deviennent réellement thérapeutiques, transformations qui se diffuseront le plus souvent sous le terme de psychothérapie institutionnelle[3]. La seconde diversifie les modes d'intervention, avec la création et le succès des services ouverts, qui accueillent des patients hospitalisés librement[4]. L'hôpital du Vinatier, comme la plupart des hôpitaux français, est traversé par ces deux mouvements. La psychothérapie institutionnelle y connaît un grand succès avec l'introduction de l'ergothérapie, la mise en place de groupe de parole, la multiplication

des activités de loisirs; d'un autre côté, la création de services ouverts, la transformation de services fermés en services ouverts, et le développement de services sociaux favorisent une augmentation des entrées et des sorties de l'établissement[5].

5 C'est dans cette dynamique réformatrice que le « secteur » se développe. Celui-ci se présente simultanément comme une politique administrative[6], visant à organiser les transformations alors à l'œuvre, et comme une expérience inaugurale, celle du 13ème arrondissement, qui porte une « promesse de changement » (Henckes, 2006)[7]. Cependant, à la fin des années 60, la sectorisation est dans un moment charnière, marqué par la difficulté de passer d'une expérience pionnière à sa généralisation dans l'ensemble des structures psychiatriques existantes (Fourquet et Murard, 1978).

6 Pour éclairer ce moment, l'expérience de « Santé Mentale et Communauté » dans la région lyonnaise, mise en place par des médecins de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, constitue un exemple particulièrement intéressant de la difficile diffusion d'une expérimentation au sein d'un établissement déjà existant.

« Santé Mentale et Communauté » : une mise en place « expérimentale » de la sectorisation

7 C'est donc à partir de l'analyse de l'expérience de SMC[8], et de celle de la généralisation de l'organisation sectorielle sur le département du Rhône, que nous cherchons maintenant à éclairer les difficultés du passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation.

8 Créée en 1968 par plusieurs jeunes psychiatres du service CHU lié à l'hôpital du Vinatier, animés par un désir de changement et armés de ce que l'un d'eux nomme un « cocktail idéologique », fait de militantisme anticolonialiste, de psychothérapie institutionnelle et de dynamisme de groupe, et par la psychanalyse, SMC symbolise la nouvelle dynamique souhaitée par les psychiatres réformateurs. En plus de leur activité intra-hospitalière, ces derniers souhaitent étendre le mandat psychiatrique en organisant une pratique extra-hospitalière qui ne se limite pas aux consultations d'hygiène mentale assurées dans les dispensaires. Les statuts de l'association, qui reprennent pour partie les désignations officielles, lui donnent notamment comme objectif de « participer à la mise sur pied et à la gestion d'institutions extra-hospitalières de soin, de dépistage, de post-cure et de prévention ».

9 L'initiative proposée par les créateurs de SMC s'appuie pour une part sur des structures existantes. Un découpage territorial a été organisé par les médecins de l'hôpital du Vinatier, afin d'inscrire la réorganisation des services de l'hôpital dans la dynamique de la sectorisation. Respectant l'histoire locale, ce découpage octroie un grand secteur au service CHU, secteur composé de trois communes de banlieues, Villeurbanne, Bron, Meyzieu. La structure la plus importante est le dispensaire développé par la Direction Départementale qui a comme lieu d'accueil le bureau d'hygiène de la municipalité. Les dispensaires d'hygiène mentale sont encouragés par circulaire depuis 1937 et leur financement a été rendu obligatoire par le décret du 20 mai 1955. A Lyon, ces dispensaires ont été relativement peu développés. En 1960, un premier dispensaire spécifique est créé, puis leur nombre augmente progressivement. C'est en 1965 que des premières vacations de médecins sont financées sur Villeurbanne et un dispensaire ouvre en 1966 au bureau d'hygiène. La DDASS met alors à disposition une secrétaire et

une assistante sociale et finance par ailleurs quelques vacations de médecins-psychiatres et de psychologues.

10 Pour passer d'une activité de dispensaires à une activité de « secteur », différentes nouveautés « organisationnelles » sont mises en place par l'équipe de l'association.

11 La première nouveauté est l'organisation de visites à domicile. Cette modalité d'intervention n'avait pas lieu d'être quand les patients étaient tous hospitalisés. S'il pouvait arriver ponctuellement que des assistantes sociales de l'hôpital ou du dispensaire se rendent au domicile, cette activité ne relevait cependant pas du soin. Cela change avec la préoccupation d'étendre l'intervention thérapeutique en amont comme en aval de l'hospitalisation, notamment dans l'optique de la réadaptation des malades à la sortie de l'hôpital. Pour rendre possible une telle activité, SMC a recruté des infirmiers à domicile, qui développent en fait une « prise en charge en ambulatoire très souple qui va de la visite quotidienne à la visite mensuelle et admet de nombreuses nuances » (Hochman et Sassolas, 1971, p.647). Ce mode d'intervention innovant s'accompagne également d'un financement nouveau. Grâce à une convention avec la sécurité sociale, les soins prodigués sont reconnus comme des actes de catégorie 3 d'auxiliaires médicaux infirmiers. Rapidement, ces interventions prendront la forme « d'hospitalisation à domicile » dont la forme administrative a été inaugurée avec l'expérience du 13ème arrondissement (Henckes, 2006).

12 La seconde nouveauté réside dans le développement d'un travail partenarial : « La collaboration avec les travailleurs sociaux de la communauté, c'est-à-dire toute personne qui, du fait de sa profession, joue un rôle d'intermédiaire entre l'individu et la société, assistante sociale, éducateurs spécialisés, instituteurs médecins généralistes... est, d'entrée, apparue comme le fondement de notre action » (Hochman et Sassolas, 1971, p.648). Cette collaboration est organisée à différents niveaux. A l'échelle la plus officielle, elle se traduit par la participation de différentes institutions au sein du conseil d'administration de l'association (municipalités, services sociaux, les organismes payeurs). Des groupes, d'inspiration Balint, sont développés afin de permettre des rencontres entre les professionnels intervenant sur le même quartier. Enfin, à un niveau plus informel, le travail partenarial est également développé sur le terrain avec la participation de l'équipe à la vie d'immeuble (Hochmann, Galle-Tessonneau et Guyotat,1969).

13 La troisième nouveauté, qui est explicitée plus progressivement, concerne la gestion des temps de crise et la recherche de solutions alternatives à une hospitalisation classique. Un lieu d'accueil spécifique est mis en place, dans lequel les personnes sont accompagnées une quinzaine de jours avec une présence de l'équipe « 24 heures sur 24 ». Ce lieu et le recours aux services d'urgences de l'hôpital général constituent les modalités mises en œuvre alors de fait par l'équipe, sans que celles-ci ne viennent à être formalisées.

La généralisation *a minima* de la sectorisation

14 A la suite du développement de SMC, la sectorisation est amenée à se développer sur les autres secteurs de l'hôpital, sous l'impulsion notamment des circulaires nationales. Le secteur sera le principe organisateur de la politique psychiatrique pendant les décennies suivantes. Nous allons examiner la forme prise par la généralisation de la sectorisation en nous intéressant plus particulièrement à la manière dont les trois

nouveautés organisationnelles développées de manière expérimentale à SMC ont été développées.

L'activité extra-hospitalière

15 La circulaire du 14 mars 1972 « relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme, et les toxicomanies » est le point de départ de la généralisation de la sectorisation à l'ensemble de la psychiatrie publique française. Elle rend possible les conventions entre les hôpitaux et les départements, en charge de la politique extrahospitalière de santé mentale, conventions qui fixent les modalités techniques et financières d'intervention. Dans le Rhône, la convention entre le conseil général et l'hôpital du Vinatier prévoit que des infirmiers de l'hôpital psychiatrique interviendront à l'extérieur grâce au financement par les services d'hygiène mentale de la DDASS de leur salaire, mais aussi de leur frais de déplacement ou de leur assurance. Plus précisément, la convention entre la DDASS et le département prévoit de réserver un temps infirmier de 40 heures par secteur, évalué à 35000 francs sur une année. Cela constitue un temps d'intervention très faible au regard du nombre d'infirmiers présents en intra-hospitalier.Le temps imparti aux interventions les plus qualifiées à l'extérieur de l'hôpital est en revanche un peu plus important (trois demi-journées hebdomadaires sur onze pour le médecin chef de secteur ainsi que pour son assistant ; trois vacations sont également prévues pour l'interne, ainsi que pourun psychologue ; trois demi-journées par semaine à mi-temps pour l'assistance sociale). Ainsi, alors que la proportion de temps de travail d'infirmier et de médecin peut être estimé de 1 à 80 dans un service (un médecin pour 80 infirmiers), il n'est que de un à deux ou trois dans l'activité de secteur.

Un partenariat difficile à développer

16 La seconde nouveauté promue par SMC est celle du travail en partenariat avec d'autres professionnels que ceux de la psychiatrie. Cette politique s'inscrira également dans la « doctrine administrative » du secteur, les circulaires du 12 décembre 1972 et du 9 mai 1974 faisant du partenariat le « véritable creuset de la sectorisation ». Ces circulaires prévoient comme outil administratif la création de conseils de santé mentale garantissant « les liaisons avec les médecins traitants, les travailleurs sociaux etc... » Ce type d'instance ne sera cependant pas mis en place, excepté dans le département du Rhône à Givors en 1982. Le souci du partenariat avec les acteurs locaux continue, mais sera porté principalement par les travailleurs sociaux de l'hôpital. Ceux-ci sont en effet amenés à rencontrer les familles, à être en lien avec d'autres services d'aide (ANPE, COTOREP, CAFAL), dans la perspective de la sortie d'hospitalisation.

Une gestion « classique » de l'urgence et de la contrainte

17 Alors que Santé Mentale et Communauté s'appuie explicitement sur les services d'urgences des hôpitaux généraux pour la gestion des crises, cette solution est très critiquée par les médecins de l'hôpital. Ceux-ci estiment que le développement de ces services dans les hôpitaux généraux empêche « la désaliénation » des hôpitaux psychiatriques, voire même menace la « survie » de l'hôpital. Leur crainte sous-jacente est que les hôpitaux psychiatriques soient cantonnés à une psychiatrie « de chronicité et de d'aliénation » (rapport d'activités, 1973). Pour traiter les situations de crise qui

n'appellent pas forcément des hospitalisations longues, l'hôpital décide en 1975 de créer un service spécial, l'Unité Médicale d'Accueil. La recherche d'une alternative à l'hospitalisation classique lors des crises, initialement menée dans le milieu ordinaire, se trouve ainsi ramenée au sein de l'hôpital psychiatrique.

18 Ainsi, les différentes modalités de mise en place de la sectorisation traduisent en fait des formes d'intervention extra-hospitalière relativement limitées par rapport à ce qui été souhaité par les inspirateurs de « l'esprit du secteur ». Cette mise en place *a minima* n'est pas spécifique à l'établissement du Vinatier et au département du Rhône. L'augmentation très forte de la file active liée à la sectorisation, au niveau local comme au niveau national, est ainsi principalement liée au développement des consultations, qui impliquent un mode de prise en charge relativement léger. En 1986, chaque secteur suit en moyenne près de 600 personnes par consultation alors que seuls 96 patients sont hospitalisés un jour donné et que moins de 200 patients font l'objet de visites à domicile. Alors que l'esprit du secteur était d'intervenir sur le malade et sur son entourage, celui-ci étant entendu dans un sens large, aussi bien familial, de voisinage que professionnel, sa mise en œuvre est plus modeste, et se rapproche d'une vision plus ordinaire du soin visant à répondre de manière circonstanciée à un symptôme, dans une relation duelle avec le malade.

19 La mise en place d'interventions en extra-hospitalier, la recherche d'un réseau partenarial, le développement de services spécialisés pour les situations d'urgence soulignent que les formes ordinaires de sectorisation se sont développées à partir des mêmes principes que ceux mis en œuvre à SMC et plus généralement par les circulaires administratives. Pour autant, les modalités concrètes prises par ces objectifs montrent que la généralisation de l'expérimentation s'est faite *a minima*, perdant au passage une partie de « l'esprit du secteur ».

2. Une innovation non instituée

20 Traditionnellement, différentes raisons sont apportées, notamment par les acteurs historiques, pour expliquer ce décalage, et plus généralement les insuffisances de la sectorisation. Ces explications ne suffisent cependant pas à expliquer les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la sectorisation. Après avoir présenté les raisons ordinairement avancées, nous voudrions défendre l'idée que l'innovation que constitue la sectorisation n'a pas pu s'institutionnaliser en raison de l'affaissement du socle institutionnel sur lequel cette politique était fondée.

Des difficultés matérielles et organisationnelles

Les résistances au changement

21 La première raison souvent avancée est celle de l'opposition entre les « conservateurs » et les « réformateurs ». L'innovation développée par SMC se présente au premier abord sous la forme d'une opposition à l'institution existante, comme un « contre-hôpital », pour reprendre le terme de Jacques Hochman, l'un de ses instigateurs[9]. L'indépendance et la défiance vis-à-vis de l'institution hospitalière est mal accueillie par l'établissement du Vinatier, et plus particulièrement par les syndicats du personnel. Des tracts, des contestations, des discussions ont lieu et conduisent à un accord discret entre la

direction de l'hôpital, les syndicats et le préfet. Il prévoit que la direction ne passera plus aucune convention avec des associations privées pour assurer l'activité de secteur, mettant fin aux projets de certains chefs de service. De nombreux médecins de l'hôpital reprochent à mots couverts à l'association de promouvoir un certain « sectarisme » par rapport au secteur. Ces dissensions, qui se réduiront cependant progressivement, auraient freiné la généralisation au sein de l'hôpital des pratiques de secteur développées au sein de SMC.

L'organisation administrative et la faiblesse des financements

22 Une seconde raison apportée à la mise en œuvre *a minima* de la sectorisation est celle de la dualité des organismes gestionnaires et financeurs de l'intra et de l'extra-hospitalier. Historiquement, le soin apporté à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique et celui assuré dans les dispensaires ne relèvent pas des mêmes autorités de tutelle. Les dispensaires d'hygiène mentale relèvent des politiques d'assistance départementale. Relevant de l'aide sociale, les consultations sont gratuites. De fait, les circulaires sur la sectorisation ne remettent pas en cause cette répartition. Si aucune recherche spécifique n'a été réalisée sur cette question, il semble que cette décision relève d'abord du choix de ne pas faire entrer l'activité extra-muros dans les dépenses de sécurité sociale. Cette décision est fortement critiquée par les médecins : « Les médecins du Vinatier pensent que pour parvenir à un bon déploiement et au fonctionnement harmonieux des activités extra-hospitalières par rapport aux activités hospitalières, la gestion des activités de secteur devrait être confiée à l'administration de l'hôpital lui-même. » (rapport d'activités 1974). De fait, cette séparation budgétaire entretient dans une certaine mesure la faiblesse de financement des activités de secteur. Le niveau de ressources mis au service de l'activité extra-hospitalière est limité. En 1979, par exemple, les financements dévolus à cette activité se montent à 22 millions de francs sur l'ensemble du département du Rhône, quand le budget du seul hôpital du Vinatier, est dix fois supérieur pour l'activité intra-muros[10]. Quelques années plus tard, à la veille de l'intégration de l'extra-hospitalier au budget général de l'hôpital, l'écart entre les budgets intra et extrahospitaliers a encore grandi, le budget remboursé par le département pour le secteur se montant à 16 millions de francs sur un budget global de plus de 462 millions de francs. Ces raisons seront entendues par les pouvoirs publics qui organiseront dans les années 80 une unification de la gestion et du financement des hôpitaux en même temps qu'ils chercheront à donner une plus grande autonomie de gestion aux services hospitaliers. A partir de 1986, il n'est plus possible de distinguer le budget et le temps d'activité relatif à l'intra et à l'extra-hospitalier.

La difficile définition des tâches en extra-hospitalier

23 Une troisième raison moins souvent invoquée est celle de l'absence de redéfinition de la pratique professionnelle en extra-hospitalier. Les discussions qui ont conduit à la planification des interventions du personnel sont éclairantes. Au niveau local, les chiffres sont discutés par la commission médicale consultative. Ils ne font pas débat, malgré la présence dans la commission de certains psychiatres instigateurs de Santé Mentale et Communauté. Le seul élément discuté est de savoir si les heures prévues pour les infirmiers doivent être comptées en détachement de certains infirmiers ou si elles doivent être « réservées » et « affectées à tourde rôle et suivant les malades en lien avec les divers infirmiers des équipes » (rapport d'activités 1973, p.3). Cette question

entretient visiblement une certaine confusion, l'évocation d'un temps plein de 4 infirmiers par médecin chef de secteur étant mêlée à celle des 40 heures au moment d'évoquer les besoins de l'activité en extra. Il n'y a pas d'autres traces de discussion sur les tâches qui incombent aux différents professionnels, infirmiers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, dans le nouveau cadre d'intervention. Au niveau national, on retrouve la même approche « quantitative » de la pratique extra-hospitalière. La fixation de normes semble difficile. La circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique indique qu'il faut « abandonner toute référence aux normes anciennes », la densité du personnel médical et paramédical devant se référer à « la file active » mais aucun chiffre ne s'y réfère alors. La circulaire évoque de manière provisoire un temps infirmier pour 10 000 habitants pour le travail extrahospitalier. Ainsi, la planification du temps d'intervention en extra-hospitalier est particulièrement révélatrice de l'absence de réflexion sur la professionnalisation de ces nouvelles pratiques, tant au niveau local, que par l'absence d'impulsion au niveau national. De fait, l'activité des secteurs ne s'est pas développée à travers des équipes extra-hospitalières importantes mais autour d'intervention des professionnels les plus qualifiés, psychiatres et psychologues, intervenant à la fois à l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital

24 Si toutes ces raisons expliquent partiellement les difficultés de généralisation des nouveautés introduites par « l'esprit du secteur » et par la dynamique insufflée au niveau lyonnais par SMC, il nous semble qu'elles ne permettent pas rendre compte de manière satisfaisante des transformations connues par l'institution psychiatrique à cette période et des difficultés « d'institutionnalisation du secteur ». En effet, ni l'harmonisation des rapports entre l'hôpital et SMC au niveau local, ni le soutien politique apporté au cours des années 80, ni les lois organisant l'unification de la gestion de la psychiatrie intra et extrahospitalière au milieu des années 80 ne changeront la forme prise par le secteur. Au-delà des manques de moyen matériel et organisationnel, une autre explication doit être recherchée à la difficile institutionnalisation de l'innovation du secteur.

L'affaissement du socle institutionnel

25 Pour terminer notre analyse, nous souhaitons esquisser l'hypothèse que si l'innovation que constitue la sectorisation n'a pas pu s'institutionnaliser, c'est en raison de l'affaissement du socle institutionnel sur lequel cette politique était fondée.

26 Revenons un instant sur ce socle en distinguant ce qui était préservé du mandat psychiatrique dans l'innovation du secteur. Le mandat psychiatrique s'est fondé historiquement en France sur la loi de 1838 qui accorde une place très importante aux médecins aliénistes. Ceux-ci ont eu à leur disposition des outils juridiques et thérapeutiques spécifiques qui permettaient une intervention globale sur les personnes. Dans une certaine mesure, on peut dire que l'innovation de la sectorisation a proposé des changements des modalités thérapeutiques du soin dans un cadre juridique stable, celui de la loi de 1838. Les visites à domicile et le développement de l'activité extra-hospitalière, le partenariat, et la gestion des situations de crises se développement sous la responsabilité de psychiatres dont le mandat sur la personne reste envisagé de manière globale (vie quotidienne, travail, ressources, logement...). Le mandat légal du psychiatre et la visée thérapeutique globale constituent de fait le socle

institutionnel sur lequel l'innovation de la sectorisation s'est appuyée. Or, au moment de la mise en œuvre de cette politique, des réformes législatives et administratives ont réduit le périmètre de se socle institutionnel et ont ce faisant empêché une véritable institutionnalisation de la politique de sectorisation.

27 La première réforme concerne la protection des biens des malades en dehors des établissements. La loi de 1968 a prévu de dissocier l'internement et la protection des biens, pour permettre notamment d'organiser des mesures de protection dans un cadre extra-hospitalier. En cela, elle s'inscrit bien dans le processus de développement de prises en charge psychiatriques en dehors de l'hôpital (Massip, 2002). La nouvelle organisation de la protection des biens et de la personne pourrait tout à fait être réalisée dans le cadre des activités de secteur. Dans le Rhône, comme dans la plupart des départements, cette possibilité ne s'actualisera pas. Lorsque se crée la première association se constituant comme personne morale pour assurer la protection des biens et de la personne des « majeurs protégés. », elle sollicite bien des médecins psychiatres de l'hôpital du Vinatier. Mais l'association est issue du champ du handicap et aucun lien spécifique avec les professionnels du secteur n'est organisé. Avec la création de l'allocation adulte handicapé, puis sa généralisation en 1975, les médecins décident de recourir de plus en plus à ces mesures de protection pour des patients qui sont pris en charge principalement dans le cadre des activités de secteur. Cela conduit au développement de plus en plus important d'associations tutélaires, et d'une nouvelle pratique de soin, située en dehors de hôpital mais aussi, plus largement, en dehors du secteur psychiatrique (Eyraud, 2010).

28 Le second élément décisif est la réorganisation des établissements et la fin de la séparation entre établissements d'hébergement non psychiatriques et établissements psychiatriques. Dans une certaine mesure, jusque-là, les établissements psychiatriques échappaient à la distinction entre d'un côté les hôpitaux, qui se caractérisaient par leur vocation thérapeutique, des durées de séjour courtes, et un financement assuré par la sécurité sociale, et les hospices, n'ayant pas de vocation thérapeutique, des durées de séjour longues et un financement par les familles ou l'aide sociale (Jamous, 1969). Au cours des années 70, la réorganisation administrative des secteurs sanitaires et sociaux (loi du 31 décembre 1970 ; circulaire du 24 septembre 1971 créant des unités de soin de « long séjour », loi du 30 juin 1975) conduit à rapprocher les hôpitaux psychiatriques des hôpitaux « généraux » (Eyraud et Velpry, 2011). Diverses structures d'hébergement recevant des personnes ayant des troubles mentaux sont créées, qui ne relèvent pas de la responsabilité des psychiatres mais du secteur social, médico-social ou d'insertion par le logement.

29 Enfin, la question des ressources et du travail est dissociée de celle de la thérapeutique psychiatrique, alors même qu'elle constituait de puis le 19ème siècle un enjeu majeur de l'institution psychiatrique (Montes 1993, Billiard 2001). Si plusieurs éléments sont à prendre en compte pour comprendre cette dissociation, notamment la fin du travail des malades dans les établissements psychiatriques, celle-ci est *in fine* rendue possible par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, qui donne droit à une allocation spécifique et favorise l'accès au travail protégé. Si les psychiatres sont d'abord réticents à ce que leurs patients soient considérés sous le statut de personnes handicapées, ils feront rapidement un usage massif de l'Allocation Adulte Handicapée. En revanche, les liens avec le « secteur de l'insertion professionnelle », qu'ils relèvent du milieu ordinaire ou du travail protégé, sont difficiles et se

spécialiseront en dehors du secteur. Dans le département du Rhône, une association privée, Messidor, crée un atelier protégé et un Centre d'Aide par le Travail pour des personnes souffrant de troubles psychiques, qui n'est pas placée sous l'autorité des médecins de secteur malgré le souhait exprimé par certains d'entre eux (Verry, 1995).

30 Avec ces trois éléments de réforme, des outils d'intervention qui faisaient jusque-là partie intégrante de la prise en charge à l'hôpital psychiatrique lui échappent, de fait. En plus de l'hébergement, la protection des biens et de la personne, les ressources financières, l'insertion dans une activité professionnelle sont reprises par d'autres acteurs, notamment associatifs, qui relèvent souvent du domaine social ou médico-social. Dissociées de l'hôpital, ces interventions échappent de fait également au périmètre d'action du secteur psychiatrique. Soumis à l'effritement de la loi de 1838, le mandat psychiatrique est naturellement amené à se recentrer sur la seule dimension de la loi qui n'aura pas été transformée, à savoir le fait que l'hôpital est le lieu du recours possible à la contrainte, à la rétention, à l'enfermement. Après une forte diminution du recours aux hospitalisations sans consentement et à une baisse des pratiques contraignantes au sein des hôpitaux à la fin des années 60 et au début des années 70, il semble que ces pratiques se développent de nouveau à partir du début des années 80.

Conclusion

31 La fin des années 60 et le début des années 70 marquent une période charnière dans l'évolution de l'institution psychiatrique. Au cours de ces années, l'innovation que constitue la politique de sectorisation se met en place conduisant au passage de formes expérimentales de secteur à sa généralisation dans l'ensemble de l'organisation de la psychiatrie publique. A partir de l'exemple de la mise en place de la politique de sectorisation dans la région lyonnaise, nous avons cherché à éclairer les conditions qui permettent à une innovation de se développer et de s'instituer.

32 En étudiant la mise en place de Santé Mentale et Communauté, nous avons d'abord souligné le rôle des expérimentations qui permettent d'introduire des nouvelles manières d'agir, comme l'intervention à domicile, le développement du travail partenarial, ou la création de centres de crises, dans les pratiques psychiatriques. En observant comment ces nouveautés ont été adaptées aux autres secteurs psychiatriques, on a pu montrer que celles-ci s'étaient déclinées sous une forme minimaliste, n'étant ni dynamisée par la dimension transgressive et créatrice des expérimentateurs, ni supportée par l'inscription des nouveautés dans les règles institutionnelles. Nous avons alors analysé les différentes raisons données aux difficultés rencontrées par l'institutionnalisation de la politique de secteur. Plus encore que les motifs matériels, politiques et organisationnels ordinairement avancés par les psychiatres, nous avons alors développé l'hypothèse que la sectorisation psychiatrique n'a pas pu s'instituer en raison de l'affaissement du socle institutionnel sur lequel elle s'appuyait. Centré principalement sur un exemple local, cet argument mériterait d'être conforté par des analyses plus systématiques qui appuieraient l'idée que le développement de politiques sectorielles (handicap, personnes âges, tutelle, action sociale...) a conduit non pas tant à une refonte du projet psychiatrique mais bien plutôt à une forme de « désinstitutionalisation » à la française ouvrant la voie à l'émergence d'une politique de santé mentale (Biarez, 2004). De telles analyses pourraient appuyer l'hypothèse selon laquelle les innovations au sein de l'institution psychiatrique

auraient conduit à la perte d'une dimension instituante de cette pratique, celle-ci devenant de plus en plus un outil de gestion de politiques de santé mentale qui pensent plus au bien-être et à la sécurité de ses bénéficiaires, qu'à la prise en considération de la mise à l'épreuve que la déraison impose aux idéaux d'autonomie et de liberté.

BIBLIOGRAPHIE

Achaintre A. (1956). « L'organisation du travail des malades à l'hôpital psychiatrique », *Information psychiatrique.*

Alter, N. (2010). *L'innovation ordinaire*, Paris : PUF.

Audisio M. (1980), *La psychiatrie de secteur, une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse : Ed. Privat.

Ayme, J. (1985). « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », *in Actualités de la psychothérapie institutionnelle,* Vigneux : Matrices.

Balvet P. (1961), Les réunions d'équipe, *Vie sociale et traitements,* n°35.

Billiard I. (2001), *Santé mentale et travail, L'émergence de la psychopathologie du travail,* Paris : La Dispute

Biarez S. (2004). « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002), *Revue française d'administation publique,* 3, n°111.

Dechaume J. et Robin J.P., (1951), Du service social à l'hôpital psychiatrique*, Journal de médecine de Lyon,* décembre.

Demay M. et Demay J. (1982). *Une voie française pour une psychiatrie différente*, Rapport pour le Ministre de la santé.

Eyraud B. (2010). *Les protections de la personne à demi capable. Suivis ethnographiques d'une autonomie scindée*, Thèse de sociologie, Paris : EHESS-CEMS.

Eyraud B., Velpry L. (2011), « Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse et de l'utilitarisme », *Revue du MAUSS*, 37.

Fourquet M. et Murard L. (1978). *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris : Recherches Editions.

Henckes N. (2006), *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur*, Paris : rapport Cermes, convention Mire.

Henckès, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de sociologie, Paris : Ecole des hautes études en sciences sociales.

Hochmann J., Galle-Tessonneau J.R., Guyotat J. (1969). « Interventions psychiatriques au niveau d'immeubles », *Confrontations psychiatriques*, n°4.

Hochman J., Chazalette A., Reboul H., Marie-Cardine M., Pellet J., Guyotat J. (1970). « Une recherche sur l'implantation et le développement d'une activité psychiatrique de secteur », *Bulletin de l'INSERM*, t. 25, n°2, pp.327-334

Hochman J., Sassolas M. (1971). « Le traitement des psychotiques dans le cadre d'une expérience de psychiatrie communautaire », *Revue épidémiologique, de médecine sociale, et de santé publique*, 1971, t.19, n°7, p.647

Hochman J. (1974), *Pour une psychiatrie communautaire,* Paris : Ed. du Seuil

Jamous H. (1969). *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières.* Paris : Ed. CNRS

Laval C. (1997), « La spécificité psychiatrique confrontée à la « souffrance sociale ». L'exemple des « cours internationaux de psychiatrie de secteur » organisés par l'association Santé mentale et communautés », rapport de DEA, Lyon 2

Lourau R. (1970). *L'analyse institutionnelle*,Paris : Les Editions de Minuit

Massip J. (2002), *Les incapacités*, Paris : Répertoire Defrénois

Montes J.F. (1993), « Le monde clos ou la raison médico-économique », *Sciences sociales et santé*, mars, vol. XI, n°1

Verry V. (1995). *L'archipel asilaire*, Genève : Edition des deux continents

Von Bueltzingsloewen I. (2007). *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris : Aubier

NOTES

1. Cet article a été rendu possible par les recherches réalisées dans le cadre de l'ANR « Lyon Vulnérabilités » (ANR – 08 - VULN – 006-001) soutenu par la Mire (convention 08-2656), recherches conduites au Larhra sous la direction d'Axelle Brodiez.

2. Le rapport Demay (1982) illustre ces phases d'enthousiasme et de déception : « Après quelques années ensoleillées l'espoir retomba, jusqu'à la parution de textes (1960 - 1970/1972) qui semblaient amorcer un mouvement décisif. Ils rencontraient cependant rapidement leurs limites, et ne se traduisaient jamais globalement et totalement dans leurs intentions et dans la réalité. »

3. Jean Ayme (1985) montre que de très nombreux psychiatres se sont appropriés ce terme qui a été proposé par Georges Daumezon et Philippe Koechlin.

4. L'ouverture de services ouverts permettant des hospitalisations ne relevant pas de la loi de 1838 est un élément central. Dans le département du Rhône, les premiers services ouverts sont créés à la fin de la guerre à l'hôpital du Vinatier, puis se développent au cours des années 60.

5. Une littérature importante est alors produite par différents chefs de service de l'hôpital dans les journaux des sociétés lyonnaises de médecine, mais aussi dans des revues nationales. Cf. notamment, Achaintre (1956), Balvet (1961), Dechaume et Robin (1951).

6. C'est la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales qui constitue le point de départ administratif de la politique de sectorisation.

7. Nicolas Henckes éclaire de manière remarquable les multiples enjeux liés à la naissance et à la mise en place de la politique de sectorisation à partir de l'exemple du 13ème arrondissement. En raison même de la forme prise par cette expérience, qui n'a pas été introduite dans un établissement hospitalier déjà existant, mais qui s'est appuyée sur la construction d'une nouvel établissement au statut particulier, le rapport n'aborde cependant pas un enjeu central pour saisir la problématique de l'innovation institutionnelle, à savoir l'introduction de la nouveauté dans des établissements relevant d'un cadre institutionnel déjà existant.

8. Très vite, cette expérience a fait l'objet d'analyses dans les journaux ou bulletins psychiatriques ou scientifiques. Cf. Hochman et al. (1970) ; Hochman et Sassolas (1971) ; Hochman (1974) ; Laval (1997).

9. Cette opposition à l'hôpital est fréquente parmi les psychiatres promouvant l'innovation sectorielle. Là encore, le rapport Demay (1982) illustre cette tendance : « Cette voie nouvelle constitue et légitime la pratique psychiatrique de secteur (...) Elle exprime son avancée décisive, assurant son progrès dans une démarche qui la détache et l'éloigne de l'hôpital, hôpital qui procédait d'une logique radicalement opposée et négative en consacrant la rupture et l'isolement du contexte de vie. »

10. Cet écart n'est pas propre au département du Rhône. Il faut cependant noter que dans ce département, la dépense moyenne par habitant pour l'activité de secteur est alors plutôt faible au regard d'autres départements comme la Seine-Maritime ou la Seine St Denis.

AUTEURS

BENOÎT EYRAUD

Maître de conférences en sociologie à l'Université Lyon 2, Centre Max Weber, benoit.eyraud@ish-lyon.cnrs.fr

LIVIA VELPRY

Maîtresse de conférences à l'université Paris 8, Cermes 3 -équipe Cesames, livia.velpry@univ-paris8.fr