

LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR, QUELLE HISTOIRE, QUEL AVENIR ?

[Nicolas Henckes](#)

Éditions Esprit | « [Esprit](#) »

2015/3 Mars-avril | pages 28 à 40

ISSN 0014-0759

ISBN 9782372340014

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2015-3-page-28.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ?

Nicolas Henckes*

« CE MODÈLE est plus que jamais d'actualité. » C'est ainsi que dans son intervention du 24 septembre 2014 à l'hôpital Sainte-Anne, présentant la déclinaison de son projet de loi de santé publique dans le domaine de la santé mentale, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine, a réaffirmé l'adhésion de son administration aux principes de la sectorisation psychiatrique. Avec ses objectifs de continuité et de coordination des soins, de territorialisation du dispositif de santé mentale et de promotion des alternatives à l'hospitalisation, la politique de sectorisation psychiatrique lancée en 1960 a longtemps fait figure de modèle pour une santé publique en quête d'organisation. Pourtant, l'ensemble des bilans menés depuis une trentaine d'années en a souligné les limites : cloisonnement des initiatives, persistance si ce n'est renforcement des inégalités d'accès aux soins, recours trop important dans bien des secteurs à l'hospitalisation de longue durée en centre hospitalier spécialisé (CHS) et cartographie devenue d'une incroyable complexité.

Or les tentatives récentes, sinon de remettre en cause la sectorisation, du moins de la faire évoluer, ont été systématiquement mises en échec. En 2003, la seule suppression de la référence au secteur, pour des raisons techniques, dans un article relatif à la planification sanitaire du Code de santé public avait provoqué une

*Chargé de recherche CNRS, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société (CERMES3).

levée de bouclier dans la profession. Et tout en appelant à une évolution du dispositif, Marisol Touraine s'est prudemment prononcée pour que celle-ci se fasse en concertation avec les professionnels. À bien des égards, la sectorisation est devenue en France un horizon indépassable de la politique de santé mentale. Comprendre comment on en est arrivé là nécessite un retour sur sa genèse, des années 1960 aux années 1980¹.

Une double gestation

En 1975, une « histoire de la psychiatrie de secteur », publiée dans la revue *Recherches*, animée par Félix Guattari, portait comme sous-titre « Le secteur impossible² ». À la suite des psychiatres qu'ils avaient interrogés, ses auteurs suggéraient que si la sectorisation était devenue la politique des gouvernements successifs en matière de santé mentale, une authentique psychiatrie de secteur n'existait pas encore réellement sur le terrain et n'existerait peut-être jamais. De fait, depuis sa création, la sectorisation a été pour la psychiatrie française davantage qu'une politique, une idée, voire un idéal.

Les circonstances même de la genèse de la sectorisation expliquent largement ce statut exceptionnel. Lorsque paraît le 15 mars 1960 la circulaire qui énonce les principes de ce qui semble alors être une façon profondément nouvelle de planifier et d'organiser le système psychiatrique, ce texte est interprété par une frange de la psychiatrie à la fois comme un double aboutissement et une double reconnaissance. Aboutissement, d'un côté, de la réforme d'un système psychiatrique sclérosé et que près de quatre-vingt-dix ans d'initiatives et de débats, depuis le début de la III^e République, ne paraissaient pas avoir réussi à faire évoluer. Aboutissement par ailleurs de quinze ans d'une mobilisation des médecins des hôpitaux psychiatriques, commencée à l'unisson de la Libération sous l'impulsion de la jeune garde de la profession. Reconnaissance, de l'autre côté, d'un corps, les médecins des hôpitaux psychiatriques, que l'administration centrale du ministère

1. Cet article reprend une série d'analyses développées dans Nicolas Henckes, « Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 », thèse de sociologie, École des hautes études en sciences sociales, 2007.

2. François Fourquet et Lion Murard, « Histoire de la psychiatrie de secteur ou Le secteur impossible ? », *Recherches*, n° 17, 1975.

avait littéralement adoubés pour en faire les coproducteurs de sa politique de santé mentale. Reconnaissance enfin, et peut-être surtout, d'une série de valeurs portées par ces psychiatres, que la circulaire de mars 1960 paraissait mettre en texte. Bien davantage qu'un système ou une organisation, la psychiatrie de secteur allait être une psychiatrie humaniste, voire militante, au service d'une ambition à la fois thérapeutique et politique : vaincre les maladies mentales chroniques, redonner aux malades concernés leur dignité de citoyens³.

Cela explique que la sectorisation ait été surinvestie dès sa création par une frange de la psychiatrie. Cinquante-cinq ans après sa promulgation, sa force mobilisatrice préservée dans une partie de la profession et au-delà du monde de la santé mentale reflète non seulement un attachement à ces valeurs, mais peut-être davantage encore à l'histoire. Cet attachement a cependant pour prix une forme de presbytie historiographique qui empêche de voir ce que la sectorisation doit à une série de profondes réorientations dans les années 1970. Car de fait, la sectorisation a connu deux gestations à quinze ans d'intervalle et ce sont à bien des égards deux secteurs différents qui sont issus de ces processus.

Promouvoir la santé mentale, faire de la santé publique

Lorsque se constitue, au lendemain de la guerre, le petit groupe de jeunes médecins des hôpitaux psychiatriques qui prendront à leur charge pour les deux décennies à venir la réforme de leur institution, leur projet traduit à bien des égards leur position singulière dans la médecine française. Recrutés par concours national à l'issue d'une formation le plus souvent acquise auprès de leurs pairs via un internat spécialisé, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont alors le seul corps de cliniciens fonctionnaires du pays. Au sein de leur établissement, ils sont à la fois garants de la légalité des internements et responsables du bon fonctionnement d'institutions dont ils assurent la direction médicale et, souvent, administrative.

3. Voir par exemple Michel Audisio, *la Psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980.

Le projet qu'élaborent ces psychiatres réformateurs ne vise pas seulement l'humanisation et l'ouverture de l'hôpital psychiatrique. Plus profondément, il propose une politique de santé mentale fondée sur une organisation verticale, placée sous l'autorité et l'animation des médecins des hôpitaux psychiatriques aux missions redéfinies et élargies⁴. Au-delà de la prise en charge hospitalière des personnes atteintes des troubles les plus graves, l'enjeu est bien d'organiser la promotion de la santé mentale dans toutes les couches de la société. C'est un nouveau contrat social sur les questions de santé mentale qu'il s'agit de faire aboutir.

En 1960, la sectorisation est l'aboutissement de la convergence d'intérêt entre ce petit groupe et l'administration centrale du ministère de la Santé. Dominée par l'hygiène sociale, celle-ci promeut l'introduction de formes de coordination dans le dispositif de santé pour assurer la continuité des prises en charge et permettre un accompagnement global des malades. Avec son organisation nationale et son corps de médecins fonctionnaires, la psychiatrie paraît un terrain d'essai particulièrement favorable pour un projet qui se heurte alors, dans le reste de la médecine, à la décentralisation et au libéralisme. Cela explique que la santé mentale s'impose comme l'une des priorités des plans d'équipement sanitaire et social lancés à partir du milieu des années 1950. Même si les investissements restent en deçà des projets, les années qui suivent voient naître l'un des programmes de rénovation et de construction hospitalière les plus ambitieux de l'histoire de la psychiatrie.

La politique de sectorisation est conçue d'un point de vue technique d'abord comme un outil au service de cet effort planificateur. La circulaire de mars 1960 prévoit le découpage du territoire en secteurs rattachés aux hôpitaux psychiatriques, qui doivent être la base de la planification et de l'organisation de la psychiatrie, chaque secteur jouant le double rôle d'une aire de planification et de recrutement⁵. À l'intérieur des secteurs, les médecins chefs de service ont à la fois la charge de planifier, en collaboration avec l'autorité préfectorale, un dispositif que la création de formules institutionnelles innovantes doit permettre de diversifier et la responsabilité du fonctionnement médical de ce dispositif.

4. Voir notamment Georges Daumézon, « La protection de la santé mentale en France. État actuel et projet de rénovation », dans *Documents de l'information psychiatrique*, volume I, *le Malade mental dans la société*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.

5. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, reproduite dans M. Audisio, *la Psychiatrie de secteur*, op. cit.

Si ces principes reflètent largement les projets des psychiatres réformateurs, leur formulation dans la circulaire paraît cependant sensiblement en retrait sur l'ambition initiale. Le texte développe moins des standards ou des normes qu'il ne suggère une démarche ; il impose moins une organisation qu'il ne promeut un cheminement pour réformer l'existant. Ce pragmatisme reflète ce que l'on peut comprendre comme une philosophie de l'action publique clairement exprimée dans certains textes par des psychiatres conscients de la nécessité de ne pas préempter l'avenir, notamment pour ce qui concerne l'équipement à prévoir en fonction des besoins locaux et des progrès de la discipline. Mais il est également le fruit d'un compromis ménageant les intérêts d'une frange de la neuropsychiatrie hostile aux propositions des réformateurs, en même temps qu'il reflète la marge de manœuvre limitée de l'administration, qui ne veut pas se lancer dans la rédaction d'un texte plus ambitieux au risque de cristalliser les oppositions. Si en 1960 ce pragmatisme autorise l'interprétation maximaliste que les psychiatres réformateurs font de la circulaire, il est aussi ce qui permettra à la sectorisation de s'adapter à la conjoncture radicalement nouvelle qui se mettra en place quelques années plus tard.

Inventer la psychiatrie, réinventer le secteur

La décennie qui suit la parution de la circulaire de mars 1960 reste dans la mémoire professionnelle comme une longue traversée du désert. À l'initiative aurait succédé, tant du côté de l'administration que de celui des psychiatres, l'attentisme. C'est au tournant des années 1970 que le projet réformateur aurait été repris, à la faveur non seulement des conditions politiques inédites de l'après-mai 1968, mais aussi d'un sursaut de la profession elle-même. Cette appréciation serait de toute évidence à nuancer. Mais il y a peu de doute que les mobilisations psychiatriques de la fin des années 1960, et notamment la série de réunions préparant la publication en 1968 du *Livre blanc de la psychiatrie française*, ont été parmi les plus influentes de l'histoire contemporaine de la psychiatrie. Les conclusions du *Livre blanc* dessinent en effet ce que sera la psychiatrie pour les trois décennies à venir⁶. Or celles-ci sont à la fois une consécration pour la sectorisation, qui est

6. *Livre blanc de la psychiatrie française*, 3 tomes, Toulouse, Privat, 1966-1968.

érigée au rang de modèle pour la psychiatrie dans son ensemble et non plus seulement pour la seule psychiatrie publique et hospitalière, et le premier pas vers sa redéfinition.

Organisées à l'initiative d'Henri Ey, véritable figure tutélaire d'une partie de la psychiatrie française de l'après-guerre à sa mort en 1977, les journées du *Livre blanc* sont la réponse au profond malaise provoqué par le système de qualification des spécialistes mis en place au début des années 1950. D'une part, en effet, le système conditionne en principe la qualification de spécialiste à l'obtention d'un diplôme universitaire, même si une équivalence peut être acquise par les médecins formés à certains internats. D'autre part, à l'issue d'une longue négociation, la psychiatrie a été fondue avec la neurologie dans une seule spécialité, la neuropsychiatrie, à laquelle les médecins des hôpitaux psychiatriques ne s'identifient pas. Or au tournant des années 1960, peu reconnu par les élites médicales du pays, l'internat des hôpitaux psychiatriques s'impose néanmoins comme la principale filière de recrutement et de formation des spécialistes de neuropsychiatrie à un moment où, par ailleurs, la profession connaît un premier essor démographique. À la fin de la décennie, il a ainsi largement contribué à la formation des quelque mille neuropsychiatres qui exercent dans le pays, dont plus de la moitié en libéral.

Les journées rassemblent ainsi une coalition inédite de médecins des hôpitaux psychiatriques et de praticiens libéraux pour lesquels l'enjeu est la reconnaissance d'une filière originale dans le champ de la neuropsychiatrie. Pour parvenir à leurs fins, ils inventent littéralement une nouvelle discipline. Les conclusions du *Livre blanc* ne se contentent pas d'appeler à la séparation de la neurologie et de la psychiatrie. Elles élaborent un projet professionnel original décliné en une philosophie et une organisation. La psychiatrie est caractérisée comme une praxis davantage qu'une science, qui doit passer par la pratique plus que par l'apprentissage de savoirs fondamentaux. L'une des propositions les plus provocatrices du *Livre blanc* est ainsi de réorganiser la formation des psychiatres à distance de l'université et de l'internat, autour de séminaires et de stages encadrés par les praticiens eux-mêmes, en l'ouvrant à tous les étudiants en médecine sans concours. Plus largement, le *Livre blanc* promeut une vision horizontale de la discipline, où l'ensemble des praticiens seraient sur un pied d'égalité, par opposition à l'organisation verticale du reste de la médecine selon un gradient de spécialisation.

La sectorisation est à cet égard un enjeu stratégique des journées. Acquis déterminant pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, il est cependant devenu depuis le début des années 1960 un chiffon rouge pour les praticiens libéraux. L'idée que l'appartenance à un secteur puisse effectivement conditionner l'accès à un praticien remet en effet en cause l'un des piliers de la médecine libérale française, le principe du libre choix de son médecin. Si la circulaire de 1960 est très modeste sur ce point, de fait le libre choix et plus généralement le libéralisme médical sont une cible explicite pour la frange de la psychiatrie publique la plus déterminée. Les discussions des journées aboutissent néanmoins à un compromis susceptible de mettre tout le monde d'accord. D'un côté, le *Livre blanc* transforme la sectorisation en ce qui est pratiquement un objet théorique, le seul modèle organisationnel susceptible de correspondre à la philosophie pratique de la nouvelle psychiatrie. Le psychiatre et psychanalyste André Green, l'une des chevilles ouvrières des journées, qualifie ainsi de « véritable charte de la profession » le texte final adopté par les participants⁷. De l'autre côté, le texte décrit le secteur non plus comme un outil de planification et d'organisation de la psychiatrie mais comme une aire de coordination des acteurs de la santé mentale fondée sur le volontariat.

Une politique contractuelle

C'est ce compromis qui sert de base à la relance de la sectorisation par le ministère de la Santé au début des années 1970. Lorsque celui-ci engage des consultations sur une série de nouveaux textes, la séquence paraît répéter celle qui avait abouti à la publication de la circulaire du 15 mars 1960 : mobilisation des psychiatres autour d'un projet ambitieux, mise en place d'une grande commission mettant à la même table administration et psychiatres pour coproduire la politique de santé mentale et publication rapide d'une série de textes à vocation organisationnelle plutôt que normative. Mais tant l'esprit dans lequel les participants se mettent au travail que leurs conditions de travail elles-mêmes sont profondément transformés par rapport à ceux des années 1950.

D'un côté, en effet, les questions de santé mentale sont devenues dans l'après-1968 un enjeu social infiniment plus prégnant qu'elles

7. *Livre blanc de la psychiatrie française*, op. cit, tome III, p. 108.

ne l'étaient au lendemain de la guerre. La diffusion des idées psychanalytiques et psychologiques au sens large dans la société via la grande presse et la mise à disposition d'un ensemble de nouveaux biens de consommation relevant du « psy » marquent l'avènement de ce que Robert Castel a analysé comme une nouvelle culture psychologique de masse⁸. Dans ce mouvement, les hôpitaux psychiatriques sont devenus à la fois un débouché professionnel pour une nouvelle classe moyenne via la création et l'essor d'une série de professions médicales et paramédicales et un lieu de passage pour une partie des élites intellectuelles du pays.

De l'autre côté, en matière de santé mentale, le ministère de la Santé a perdu pour une bonne part la maîtrise des instruments de sa politique. Dans un contexte marqué par une prise de conscience de la croissance des dépenses de santé, la décennie 1960 voit en effet l'essor d'une nouvelle expertise médico-économique portée initialement par le Commissariat général au Plan, relayée par l'Inspection générale des affaires sociales et que finalement la direction des hôpitaux transforme en instrument de gouvernement⁹. Ces nouveaux experts sont porteurs d'un idéal de modernisation et de rationalisation de la protection sociale, appuyé notamment sur les études coûts/bénéfices ou la mise en œuvre du financement à l'activité, qui prend à rebours la vision hygiéniste de l'organisation du système de santé qui dominait la période précédente. Au tournant des années 1970, deux grands textes réorganisant le système de santé du pays portent profondément la trace de ce projet : la loi hospitalière de 1970, qui crée un service public hospitalier et met en place les premiers éléments de la planification sanitaire, tout en introduisant de nouveaux instruments dans la gestion comptable des établissements ; et cinq ans plus tard, les deux lois sur le handicap et sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975, qui organisent de façon parallèle le secteur social et médico-social.

Or ces deux dispositifs législatifs mettent la sectorisation psychiatrique en porte-à-faux. Par vocation, la sectorisation était une politique médico-sociale dans le sens où elle visait à une prise en charge des problèmes des personnes dans l'ensemble de leurs dimensions médicales et sociales. Le découpage opéré par les

8. Robert Castel, *la Gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1981. Voir aussi Alain Ehrenberg, *la Fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

9. Bruno Jobert, *le Social en plan*, Paris, Éditions ouvrières, 1981 ; Daniel Benamouzig, *la Santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, PUF, coll. « Sociologies », 2005.

textes de 1970 et 1975 rejette la psychiatrie dans le champ de la santé, tandis que la loi sur le handicap crée l'éventualité que des services soient proposés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques au long cours en dehors du cadre de la sectorisation. Cela explique la véritable croisade qu'entament les psychiatres contre le handicap à partir de la seconde moitié des années 1970 et dont les débats récents portent encore la trace.

Les textes publiés par le ministère de la Santé sur la sectorisation psychiatrique au début de la décennie 1970 sont profondément marqués par ces tensions¹⁰. S'ils rappellent les principes de la circulaire de 1960, ils sont nettement en retrait sur ses ambitions. Les équipes de secteur n'ont plus vocation à administrer la santé mentale sur leur territoire, mais doivent passer des conventions avec les partenaires qui le souhaitent pour permettre l'accès de leurs patients aux services dont ils ont besoin, tandis que sont créées des instances de concertation supposées permettre l'implication de l'ensemble des acteurs locaux. La sectorisation sert bien de base à la planification sanitaire dans le champ de la santé mentale, mais les psychiatres ne jouent plus, dans le processus, le rôle initiateur que la circulaire de 1960 leur prévoyait. Si elle est consacrée par le ministère de la Santé, la sectorisation perd sa dimension organisatrice et régulatrice.

Essor et limites d'une autre psychiatrie

Ces tensions n'ont certes pas empêché le déploiement de la psychiatrie de secteur à partir des années 1970. Celui-ci a d'abord été porté par le formidable essor que connaît la profession dans l'après-1968. La mise en œuvre dès la fin de l'année 1968 de la séparation de la psychiatrie et de la neurologie et la création d'un internat psychiatrique largement inspiré des propositions du *Livre blanc* créent une ouverture dont se saisit une nouvelle génération de médecins en formation attirés par une façon différente de pratiquer leur métier. En vingt ans, de 1970 à 1990, le nombre des psychiatres est multiplié par dix. La plupart d'entre eux sont formés

10. Notamment la circulaire du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie et les circulaires et arrêtés du 14 mars 1972 créant un règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

quasi exclusivement dans les hôpitaux psychiatriques, pour beaucoup dans les secteurs créés dès 1970.

Leur contribution à la transformation de leur discipline fut un foisonnement d'initiatives, stimulées par ailleurs par une réglementation peu contraignante, des crédits encore abondants, une créativité institutionnelle et réglementaire certaine, et souvent une forme d'engagement quasi militante, tant du côté des professionnels que de l'administration et des usagers. La période voit ainsi de nombreuses expériences innovantes être lancées, dont certaines marqueront durablement les pratiques psychiatriques et d'autres auront une existence plus confidentielle. L'ensemble participe d'une transformation profonde du paysage psychiatrique du pays, dont l'élément le plus spectaculaire est le déclin de l'hospitalisation psychiatrique, c'est-à-dire à la fois du nombre de lits et des durées de séjour, entamé à partir des années 1970 et accéléré dans les années 1980.

Plusieurs limites conduisent néanmoins à nuancer ces analyses. La première, probablement la plus déroutante, est la complexité nouvelle des trajectoires de maladie mentale au long cours. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, la chronicité psychiatrique faisait coïncider une expérience et un statut : être malade mental chronique, c'était vivre à l'asile, sous le régime juridique de l'internement, dans un statut de minorité civile de fait. On l'a dit, le mouvement réformateur du lendemain de la guerre s'était largement constitué en réaction contre ce qui apparaissait alors comme une forme de vie dégradée. Si la remise en cause tant de l'internement que de l'hospitalisation a été un succès, le prix à payer en a été cependant à la fois l'éclatement des expériences de maladie et, jusqu'à un certain point, l'invisibilisation sociale des populations concernées. Contrairement à ce qui avait été le projet des réformateurs, la sectorisation ne s'est en effet jamais imposée comme la solution à la chronicité psychiatrique. Non seulement les succès qu'elle revendiquait lui ont été disputés par l'essor de la psychiatrie biologique et des chimiothérapies psychotropes, mais ni l'une ni les autres n'ont empêché la chronicisation d'une partie des clientèles de la psychiatrie. Si elle a changé de visage, la chronicité se caractérise encore par le recours important à l'hospitalisation psychiatrique – même si aux hospitalisations de durée indéfinie se sont substitués des séjours plus fréquents mais de courte durée –, les traitements chimiothérapiques au long cours, les comorbidités psychiatriques et somatiques et surtout l'accumulation des difficultés sociales.

Or ce sont les apories des réponses à ces dernières qui, échappant en partie à la psychiatrie, lui sont néanmoins renvoyées aujourd'hui. Les ressources créées par la loi de 1975 sur le handicap ont certes été largement mobilisées par les usagers eux-mêmes, leurs proches ou souvent leurs psychiatres, pour leur permettre de vivre en dehors de l'hôpital dans des milieux à caractère social ou médico-social non sectorisés, voire à domicile¹¹. Mais ces réponses ont été clairement insuffisantes pour une part des personnes concernées. D'une part, le maintien hors hôpital des malades repose souvent de façon déterminante sur un travail invisible des familles, dont la reconnaissance tarde encore à venir. D'autre part et surtout, une partie de la réponse sociale à la maladie mentale a été déplacée vers d'autres dispositifs dont ce n'est pas la fonction et dont on peut penser qu'ils assument ce rôle pour un coût socialement et moralement exorbitant. Le RMI a ainsi été dès sa création un recours pour une frange significative des populations de la psychiatrie sans que le basculement vers ce dispositif soit toujours justifié¹². De façon plus préoccupante encore, une série de rapports récents ont montré la charge de la morbidité psychiatrique parmi les populations carcérales autant que parmi les personnes sans domicile fixe.

La deuxième limite de la politique de sectorisation tient à son développement quasi anarchique, qui aboutit aujourd'hui à une cartographie d'autant plus illisible que son adaptation aux transformations des équilibres démographiques du pays se révèle excessivement difficile, sinon impossible¹³. Les explications du phénomène sont bien connues. L'inégale attractivité des territoires a conduit à la constitution progressive de déserts médicaux que la faiblesse normative des textes encadrant la sectorisation autant que la préservation du libre choix d'installation n'ont pas permis de compenser. Le choix de confier la gestion des institutions sectorielles aux établissements hospitaliers a également conduit à des situations de blocage quand la création de structures extra-hospitalières entraine en conflit avec les objectifs des établissements. Des conjonctures politiques et administratives locales ont été moins

11. Martine Bungener, *Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile. Construction incessante d'un équilibre toujours précaire. Analyse des résultats d'une enquête menée auprès des adhérents de l'Unafam*, Paris, Éditions Inserm, coll. « Questions en santé publique », 1995.

12. Marcel Jaeger et Madeleine Monceau, « Un "choix de carrière" : RMIste ou handicapé ? », *Nervure*, n° 5, 1992.

13. Magali Coldefy, « De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France », thèse de doctorat de géographie, université Panthéon Sorbonne, Paris I, 2010.

favorables à l'initiative et à la prise de risque. Des contraintes locales – notamment le problème foncier dans certaines grandes villes – ont considérablement ralenti l'ouverture de structures urbaines. Enfin, le recours au secteur associatif pour accomplir une partie des missions ou pour faciliter la création d'un certain nombre de dispositifs, s'il a permis à la fois souplesse et créativité institutionnelle, a pu aussi faciliter par endroits le désengagement de la puissance publique.

La troisième limite est le relatif échec du secteur en termes de formation et de recherche. Le *Livre blanc* imaginait le secteur en creuset de formation pour des psychiatres d'un nouveau type. Outre l'ouverture des secteurs aux psychiatres en formation, les années 1970 ont vu la multiplication des séminaires et plus largement des lieux de réflexion sur le terrain, et leur investissement massif par la profession. Par ailleurs, les secteurs se sont largement engagés dans la formation des personnels paramédicaux, au premier rang desquels les infirmiers. En 1982, une réforme de l'internat a cependant mis fin à l'expérience en ramenant la formation et la qualification des psychiatres dans le giron du concours de l'internat et en redonnant un monopole de fait aux universités sur ces questions¹⁴. Non seulement la réforme a brutalement mis un terme au flot des entrants mais elle a également favorisé l'émergence d'une génération de psychiatres plus sensibles au paradigme biologique. D'un autre côté, la suppression de la formation spécialisée des infirmiers psychiatriques en 1992 a également brisé le lien quasi organique qui liait cette profession au secteur. Ces réformes soulèvent la question de la transmission des façons de travailler originales, mais aussi, plus fondamentalement, celle du devenir d'une organisation reposant largement sur l'engagement de ses professionnels.

La politique de santé mentale au défi du secteur

Cinquante-cinq ans après la circulaire de mars 1960, la politique de santé mentale doit ainsi relever un nouveau défi. À bien des égards, la psychiatrie française est en effet déjà entrée dans l'après-sectorisation : la référence au secteur paraît moins déterminante à de jeunes générations qui ont été sensibilisées à

14. Patrice Pinell, « La normalisation de la psychiatrie française, » *Regards sociologiques*, n° 29, 2005.

d'autres façons de faire de la psychiatrie au cours de leur formation ; de plus, ces dernières années ont vu la multiplication des initiatives en dehors du cadre de la sectorisation en direction d'une série de populations, portées notamment par les plans santé mentale du ministère de la Santé depuis le début des années 2000 : adolescents, suicide, réhabilitation psychosociale, précarité et exclusion, voire prévention des psychoses.

Pour autant, la politique de santé mentale de l'après-sectorisation reste largement à inventer. Deux questions se posent aujourd'hui à l'ensemble des acteurs. D'une part, comment pérenniser les initiatives et pratiques développées depuis une quarantaine d'années dans les secteurs, alors que les années à venir verront se produire un renouvellement en profondeur des cadres de la profession avec le départ en retraite de la génération formée à partir des années 1970 ? D'autre part, comment créer les nouveaux instruments de régulation et de coordination qui permettront le rééquilibrage des moyens, la reconnaissance du travail de l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale et la poursuite de l'innovation institutionnelle qui a caractérisé la psychiatrie française de ces cinquante dernières années ? Ces deux questions constituent à bien des égards le véritable legs de la sectorisation à la politique de santé mentale aujourd'hui.

Nicolas Henckes