



**HAL**  
open science

# L’“ ESPRIT ” DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE, ENTRE PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE ET SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ

Héloïse Haliday

► **To cite this version:**

Héloïse Haliday. L’“ ESPRIT ” DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE, ENTRE PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE ET SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ. *L’Information Psychiatrique*, 2021, 97 (1), pp.33-38. 10.1684/ipe.2021.2200 . hal-03559308

**HAL Id: hal-03559308**

**<https://hal.science/hal-03559308>**

Submitted on 28 Mar 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.

**L'« esprit » du secteur psychiatrique, entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté<sup>1</sup>**

**The spirit of the psychiatric sector, between institutional psychotherapy and community mental health**

Héloïse Haliday

A.T.E.R. à l'Université Paris Nanterre

Chercheuse associée au CLIPSYD – EA 4430

---

<sup>1</sup> Cet article est tiré d'une conférence donnée devant le CLSM de Lyon 4e.

## **Résumé**

Nous souhaitons montrer que l'esprit du secteur perdure dans la rencontre entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté : ces deux corpus sont donc complémentaires plus que concurrents. Nous nous appuyons sur une revue de littérature pour comparer les principes organisateurs de la PI et de la SMC afin de montrer leurs convergences au sujet du travail de partenariat, de la liberté de circulation des usagers et de la nécessité de déstigmatiser les troubles psychiques. Nous avançons que le dispositif des conseils locaux de santé mentale offre un exemple de synergie possible, et proposons que l'organisation des soins en santé mentale puisse s'inspirer du savoir-faire en matière de travail collectif en milieu de soins construit par la PI tout autant que de la vision politique et citoyenne de la SMC.

**Mots-clés :** psychothérapie institutionnelle ; sectorisation psychiatrique ; psychiatrie sociale ; travail en équipe ; rétablissement.

**Summary :** We wish to show that the spirit of the psychiatric sector is still alive in France thanks to the institutional psychotherapy and mental health in the community theoretical corpuses. These two trends in psychiatry are therefore complementary rather than rivals, in a mental health system which needs a political vision, an organizational theory, a set of therapeutic or rehabilitation techniques, and a specific goal at the same time. We rely on a literature review conducted during our doctorate thesis to compare the organizing principles of IP and CMH in order to show their convergences regarding inter-institutional partnership, freedom of movement for users and the need to destigmatize mental disorders. We propose that local mental health councils offer an example of possible synergy between these two trends, for LMHC work as meta-teams and need a political vision as well as a theory of psychological mechanisms involved in interprofessional cooperation. We therefore suggest that the organization of mental health care can both draw on the know-how of collective work in care settings as gathered and formulated by IP and on the political vision of the CMH.

**Keywords:** institutional psychotherapy ; psychiatric sectorization ; social psychiatry ; teamwork ; recovery.

## Introduction

C'est tout le paradoxe aujourd'hui du secteur que d'avoir, d'une part, suffisamment réussi pour influencer durablement les politiques de soins en psychiatrie - au point d'être reconnu comme le précurseur de l'organisation des soins ambulatoires qui se développe dans le reste des disciplines médicales<sup>2</sup>, et d'autre part d'avoir suffisamment échoué dans sa mise en place [1] pour qu'il ne soit plus le centre du dispositif de soins, mais un partenaire parmi d'autres. Ce premier projet de la psychiatrie de secteur était voué au relatif échec qu'il a connu : qu'une même équipe médico-sociale de secteur puisse gérer la prévention, le soin et la post-cure des personnes en souffrance à partir d'un outil administratif rattaché à l'hôpital revenait à donner trop de poids à la médecine dans la vie des patients, si l'on accepte que la psychiatrie n'est qu'une partie du prendre soin qui répond à cette partie de leur vie qu'est la maladie. La réduction de l'esprit du secteur à la psychiatrie seule était toutefois une étape nécessaire afin de structurer l'un des maillons essentiels du prendre soin à une époque où, comme en attestent les débats du *Livre Blanc* de la psychiatrie [2], l'organisation du traitement des personnes souffrant de troubles psychiques était en friche.

Si le vocable du secteur fait l'objet d'une raréfaction constatée qui inquiète bon nombre de praticiens en psychiatrie, la mention de la psychothérapie institutionnelle génère en revanche de francs débats sur l'utilité d'une référence fidèle à l'histoire de la psychiatrie : ses détracteurs voient souvent en elle le reliquat d'une période de fétichisation de l'hôpital, qu'il s'agirait d'oublier pour moderniser convenablement l'organisation des soins. Nous souhaitons au contraire, dans le présent article, montrer que l'esprit du secteur perdure dans la rencontre entre ce courant et celui de la « santé mentale dans la communauté », et qu'à ce titre ces deux corpus sont bien plus complémentaires que ce que leurs histoires et applications respectives pourraient laisser penser. Les développements qui vont suivre, tirés d'un travail de revue de littérature pour un mémoire puis une thèse de doctorat, se situent dans le même mouvement que d'autres travaux récents visant à tracer des ponts entre PI et réhabilitation psychosociale [3-5] : il s'agit toujours de montrer l'irréductible pertinence de la première au regard d'un second courant plus récent.

---

<sup>2</sup> Nous faisons ici référence au discours de Frédéric Valletoux, président de la Fédération Hospitalière de France, lors de la conférence inaugurale du congrès Hôpital Expo du 29 mai 2018. Il y disait ceci, en présence de la Ministre : « Vous le savez tous, la psychiatrie a été précurseur en matière d'organisation territoriale et de prise en charge en ambulatoire [...] ». Disponible en ligne : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/98310/phw-discours-inaugural-du-president-de-la-fhf/>. Consulté le 12/02/20.

## Sortir de la concurrence entre paradigmes

La définition de la psychiatrie de secteur et la qualification concomitante de ses rapports avec la psychothérapie institutionnelle (PI) telle qu'elle a été proposée par Lucien Bonnafé est restée célèbre :

« changer le système ségrégatif institué, pour l'humaniser. Par des voies convergentes : à la fois, travailler dans et avec le système relationnel sur-aliénant, aliéniste ou asilaire, qui a été fabriqué dans cet ordre du rejet ; faire ce travail pour y détruire les systèmes institués de gestion de la ségrégation et bâtir leur contraire. D'où la perspective dite : « psychiatrie, ou psychothérapie, institutionnelle ». A la fois, travailler dans et avec le système aliénant dit, dans la tradition aliéniste : « monde extérieur » ; y faire ce travail pour détruire les mentalités et les procédures, et bâtir leur contraire. D'où la perspective dite : « Psychiatrie de secteur ». » [3, p. 321]

Autrement dit : la mission du secteur a besoin des principes de la psychothérapie institutionnelle pour être réalisée, en tant que la PI s'occupe de « détruire les systèmes institués de gestion de la ségrégation », c'est-à-dire répond aux questions que pose quotidiennement la pratique en équipe et inter-institutionnelle avec des personnes souffrant de troubles psychiques. La PI a en effet su construire une théorie du sens pratique [7] mis au travail dans un milieu de soin, et les principes qu'elle a dégagés permettent encore d'éclairer et d'analyser le travail en santé mentale jusque dans les formes encore relativement nouvelles que peut prendre l'articulation inter-institutionnelle (Conseils Locaux de Santé Mentale, Projets Territoriaux de Santé Mentale...). La reconnaissance du caractère crucial du partenariat entre structures sanitaires et médicosociales nécessite donc de penser, comme le faisait déjà Jean Garrabé dans les années 80 [8], à des modalités de « psychothérapie trans-institutionnelle » pour éviter des ruptures de parcours dommageables. Où donc se trouvent les points de contact entre PI et nouveaux courants en santé mentale, et de quelle nature sont-ils ?

Le problème qui se pose aux praticiens intéressés par l'évolution des conceptions de l'organisation des soins consiste à trouver une sorte de troisième voie qui ne soit ni un abandon de l'histoire [9], ni une confrontation stérile. Il est pour cela nécessaire de sortir du dualisme initialement conçu par Bonnafé : le champ de la santé mentale est à présent plus complexe et protéiforme. Postulons tout d'abord qu'un dispositif de soins et

d'accompagnement en santé mentale fonctionne à partir de trois paramètres non-substituables les uns aux autres : une dimension technique, une dimension organisationnelle et un but. L'organisation doit elle-même être subdivisée en deux selon que l'on parle de l'organisation administrative (à laquelle s'accroche ce que de nombreux auteurs de la PI appelaient l'« établissement » [10,11]) ou de l'organisation pratique et relationnelle, que l'on dira « institutionnelle ». Notre système de santé mentale, de façon schématique, se tient donc comme une table sur quatre pieds : il lui faut 1) une structuration politique, 2) un type prévalent ou en tout cas plébiscité d'organisation institutionnelle, 3) un ensemble de techniques thérapeutiques et de travail social et enfin 4) la nomination d'un but.

Ce sont alors, au total, quatre signifiants que l'on peine habituellement à situer les uns par rapport aux autres qui sont à mettre sur le devant de la scène : santé mentale dans la communauté, psychothérapie institutionnelle, réhabilitation, rétablissement<sup>3</sup>. Santé mentale dans la communauté, réhabilitation et rétablissement manquent cependant toutes trois d'une théorie de la pratique en équipe. Le refoulement de cet aspect dans les courants récents en santé mentale explique peut-être sa réapparition dans le champ du management de la santé, qui réaffirme ce que les psychiatres français et anglo-saxons avaient repéré dès les années 50, à savoir qu'une réflexion sur la hiérarchie, les réunions, la prise de décisions et les relations d'équipe permet, en améliorant la communication entre professionnels, d'améliorer l'accompagnement global proposé à la personne [12].

Ainsi, si la bataille du but de notre système de santé mentale s'est momentanément arrêtée sur le terme de rétablissement, tandis que la querelle des techniques a cédé la place à un relatif éclectisme où beaucoup de thérapeutiques sont tolérées sous réserve que soient dispensés des soins dits de réhabilitation, la question de l'organisation, elle, n'a toujours pas trouvé de réponse satisfaisante [13]. Dans la mesure où nous nous préoccupons avant tout d'organisation, dans ses aspects établissementaux et institutionnels, nous proposerons de comparer les principes théorico-pratiques de la SMC et ceux de la PI en nous appuyant sur la littérature disponible au sujet de chacun de ces deux courants.

---

<sup>3</sup> Aucun d'entre eux ne peut toutefois être présenté comme un monolithe, car tous sont traversés par des débats sur leurs racines, leurs aspirations et leurs positionnements vis-à-vis des évolutions des politiques de santé mentale. Si par commodité de langage nous les présentons au singulier, nous les considérons comme des corpus de principes théorico-pratiques possédant une certaine diversité interne.

## Les principes de la SMC

On pourrait avancer que le courant de la santé mentale dans la communauté repose sur sept grands principes. Sans prétendre à l'exhaustivité, cette liste espère faire entendre à la fois leur intérêt et leur oubli des mécanismes psychologiques présidant aux relations interprofessionnelles :

- Premièrement, la santé mentale communautaire implique que la psychiatrie renonce à se proposer comme solution unique pour l'accompagnement d'un patient. Cette idée d'« être partenaire » au lieu d'« avoir des partenaires » [14] laisse à d'autres professionnels que ceux de la discipline psychiatrique la possibilité d'offrir des services de prévention et de post-cure ; elle prône la coordination et la coopération entre secteurs sanitaire, médicosocial, social et de droit commun, sans définir les rouages psychologiques de cette coordination – elle n'en définit que les outils, dont les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) font partie.
- Deuxièmement, le soin psychiatrique n'a pas le monopole de l'effet « thérapeutique » ou du potentiel de rétablissement dans le courant de la santé mentale communautaire. La liberté, le lien social, l'obtention d'un logement et d'un travail peuvent être considérés comme thérapeutiques [15]. Plus que le terme « thérapeutique », on cherchera à résoudre les problèmes pragmatiques liés au fonctionnement quotidien de tout usager. C'est dans cet objectif de réadaptation que s'insère la réhabilitation psychosociale.
- Troisièmement, la SMC suppose que l'usager de tous les services proposés se trouve au centre des préoccupations des professionnels, ou, comme il a été formulé plus récemment, qu'il soit lui aussi considéré comme un partenaire de ses soins et de son accompagnement. Le mode d'action privilégié des professionnels de santé ou du champ éducatif doit toujours être celui du travail vers l'*empowerment* de la personne [16]. Cela situe le respect des droits de l'homme, des droits du patient et de sa volonté comme priorité de toute intervention de quelque champ que ce soit et vise, dans les relations interpersonnelles de l'usager avec les professionnels, à diminuer l'inégalité relationnelle basée sur une inégalité supposée des savoirs. Les commissions des usagers dans les établissements hospitaliers sont un exemple de ce principe politique.

- Quatrièmement, le champ de l'entraide entre pairs dépasse la seule constatation clinique pour être théorisé et intégré au dispositif de soin. La dissémination du savoir expérientiel de l'utilisateur, le soutien aux GEM voire la professionnalisation de l'entraide grâce au diplôme de médiateur de santé-pair [17] transforment une connaissance indissociable du sujet malade en un objet d'apprentissage qui va plus loin que le simple témoignage, ce qui justifie également la présence de patients-formateurs dans les cursus des étudiants en santé<sup>4</sup>.
- Cinquièmement, l'accompagnement global de tout usager doit avoir lieu dans la communauté, ce que l'on résume par le terme - pourtant impropre - de désinstitutionnalisation [18]. Une attention permanente est dévolue à ce que l'utilisateur ne soit pas systématiquement réintégré dans des structures de secteur ou des établissements médico-sociaux, c'est-à-dire rendu à nouveau potentiellement dépendant d'une action professionnelle. L'espace où doit résider l'utilisateur est avant tout son domicile, ce qui implique une possibilité de circuler librement dans la ville et d'utiliser, comme les citoyens ordinaires, des dispositifs dits « de droit commun ».
- Sixièmement, les méthodes utilisées pour aller dans le sens du rétablissement du patient ou de l'utilisateur doivent être variées. En santé mentale communautaire, l'utilisateur doit pouvoir effectuer des choix éclairés et informés entre plusieurs possibilités de thérapies, activités etc., selon ce qui convient le mieux à son processus de rétablissement, et sans présager des solutions qu'il pourrait trouver en dehors des systèmes traditionnels de soins et d'accompagnement.
- Septièmement, ce que souhaite la santé mentale communautaire pour un usager donné, c'est son rétablissement, dans des termes autant que possible décidés par lui et non par les professionnels qui l'accompagnent [19]. Ce rétablissement consiste à pouvoir créer et maintenir des relations sociales, notamment familiales (qu'il s'agisse de renouer avec sa famille ou d'en fonder une), ainsi qu'à ressentir son utilité sociale.

---

<sup>4</sup> Nous nous référons ici notamment à l'expérience de l'Université des patients [29].



Sauf à accuser la SMC d'être la cause de la réduction des lits et des budgets alors qu'elle n'en est, au pire, que l'occasion<sup>5</sup>, et alors même qu'elle a du mal à s'implanter en France [20], il est difficile de s'opposer à ces principes. Un aspect toutefois manque : sont traitées les techniques, thérapeutiques ou non, visant la réadaptation et dans un but à long terme de rétablissement. Sont posés les droits du patient, sa nécessaire prise de pouvoir dans le système, les rapports qu'il peut entretenir avec les professionnels et avec la Cité. Mais sont occultées du même coup, dans les propositions politiques de la SMC, les conditions psychologiques des relations interprofessionnelles, tout comme le rétablissement, même dans les manuels de bonnes pratiques les plus aboutis [21], ne parle jamais que de la relation des professionnels aux usagers ou des usagers entre eux.

## **Les principes de la PI**

Les principes fondamentaux de la P.I., que l'on peut aussi appeler « opérateurs » ou « concepts opératoires » [22], sont à notre sens au nombre de huit. Leur intérêt principal réside en ce qu'ils n'apparaissent ni nouveau ni surprenants aux professionnels de terrain – preuve, pensons-nous, que ceux-ci pratiquent intuitivement, de façon semi-consciente à partir d'eux, dans les limites de leurs moyens et de leurs possibilités, et ce malgré la disparition progressive d'une référence au concept de *transfert* qui fonde le lien, essentiel pour la PI, entre clinique individuelle de la psychose et organisation collective. Nous présentons ici ces opérateurs dans un langage à visée vulgarisatrice, parfois quelque peu éloigné, donc, de leurs racines politique et psychanalytique, de façon à gommer le risque anachronique de notre démarche de comparaison avec la SMC :

- Chaque professionnel peut opérer une gymnastique mentale entre son statut, sa fonction et ses divers rôles sociaux , afin de travailler à partir d'une hiérarchie fonctionnelle complétant la hiérarchie statutaire prévue par l'organigramme de son établissement. Cette gymnastique concerne aussi les usagers, qui ne sont donc pas réduits à leur statut de patients.
- Cette distinction initiale permet de prendre en considération le « coefficient thérapeutique » de chacun des actes de la vie quotidienne, qui contribue à redonner leur place à des professionnels souvent écartés du travail d'équipe comme les ASH et

---

<sup>5</sup> Ce type d'accusation a plutôt été porté au début de la décennie 2000, dans des termes parfois violents [30].

les secrétaires, mais aussi aux usagers eux-mêmes au motif qu'ils peuvent avoir une action thérapeutique dont il importe de tenir compte.

- Le potentiel thérapeutique de la situation s'orchestre en étant « avec » et en faisant ensemble : ce sont les modes relationnels principaux entre soignants et soignés préconisés par la P.I., qui sont rendus possibles par l'organisation commune d'événements ou la création d'associations qui imposent de rebattre les cartes des statuts au profit d'une égalité des contributions dans les projets collectifs,
- Faire de la décision une fonction exercée par ce collectif dans les temps de réunions, ce qui concerne tout autant les réunions soignants-soignés, lorsqu'une association existe, que les relations entre soignants – poussant ainsi à la distinction et la théorisation des concepts de décision et de responsabilité,
- Promouvoir, autant que possible, une liberté de circulation géographique qui respecte les droits des usagers tout en ne déstabilisant pas les équipes, passant par une liberté de parole et de verbalisation des éprouvés de chacun, entre autres dans les réunions précédemment mentionnées,
- Répartir la fonction d'accueil sur l'ensemble du collectif soignants-soignés, afin de garantir qu'à chaque admission vient s'ajouter le supplément relationnel qui permet le sentiment d'habiter et le partage de moments de vie quotidienne avec d'autres,
- Promouvoir une réflexivité chez les soignants afin qu'ils n'aliènent pas les usagers dans leurs propres émotions et idéaux, impliquant d'ouvrir des espace-temps dédiés à l'élaboration de leurs éprouvés dans le soin, mais aussi de les accompagner lorsque ceux-ci sont confrontés à des échecs ou à des absences de demande qui les touchent dans leur identité professionnelle,
- Et finalement, « greffer » de l'ouverture : ouverture psychique des personnes soignées sur le groupe et l'extérieur tout d'abord, afin de contrecarrer les effets de repli de certaines pathologies chroniques ; ouverture des institutions sur la cité ensuite, pour éviter les effets aliénants liés aux fantasmes sur les troubles psychiques qui mènent inévitablement à la stigmatisation.

## **Discussion : le CLSM comme exemple de convergence entre PI et SMC**

Les complémentarités voire les similitudes entre SMC et P.I. telles qu'elles sont présentées ci-dessus ne sont pas immédiatement frappantes : sous couvert d'un vocabulaire différent il serait facile de croire qu'elles ne parlent pas de la même chose ou ne s'attachent pas aux mêmes objets. On s'accordera toutefois à dire que le travail en réseau des professionnels et la variété des techniques thérapeutiques ou sociales utilisées ne peuvent produire le meilleur des effets que lorsque la parole de tous est écoutée, valorisée au sein de réunions pluri-professionnelles, ce qui nécessite d'entendre que le statut d'un professionnel n'est pas directement corrélé à l'importance que celui-ci prendra dans le processus de rétablissement d'un patient ou d'un usager, et laisse une place à l'entraide entre pairs. De même, psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté insistent, à raison, sur la grande valeur de la vie quotidienne : la première lorsqu'elle postule aux actes de la vie quotidienne un coefficient thérapeutique, la seconde lorsqu'elle soutient que citoyenneté, liberté, relations sociales dans la communauté peuvent être thérapeutiques au même titre que le soin. Nos deux courants s'accordent également sur le fait que la libre-circulation est fondamentale ; il nous faut ici affirmer que la psychothérapie institutionnelle n'a jamais volontairement borné cette libre-circulation à l'hôpital seul, et qu'une partie de l'hospitalo-centrisme qu'on lui attribue découle d'un malentendu quant à la définition d'une « institution » [18]<sup>6</sup>. Ces deux courants souhaitent, plus largement, faire prendre conscience aux professionnels que leur action, aussi bienveillante soit-elle, peut être à leur insu pétrie de préjugés et de représentations aliénantes de la maladie mentale [23,24]. Plus encore, ils partagent un postulat fondamental, d'une grande force théorico-pratique, à savoir que l'organisation des soins prime sur la technique soignante.

Les problèmes posés par la création et l'animation des CLSM fournissent un bon exemple de synergie possible entre PI et SMC. Né d'une volonté de déplacer le cœur de la santé mentale dans la cité, un CLSM reproduit, dans ses réunions, les mêmes interactions qu'une équipe pluridisciplinaire dans une structure donnée : chaque volet de la vie de l'utilisateur s'incarne dans une ou deux structures qui enverront des professionnels de leurs équipes pour en témoigner et interpeller leurs collègues au sujet d'autres volets du prendre soin global de la

---

<sup>6</sup> Oury était explicite à ce sujet en 1962, dans les réunions du GTPSI : « Les institutions... C'est parce qu'en 1960 nous avons centré le problème sur « l'institution hospitalière » d'une façon très précise. Le problème nous semblait trop vaste pour l'étendre aux dispensaires, etc. *Il faut centrer le problème sur l'institution hospitalière, c'est ainsi qu'on trouvera des éléments structuraux qui serviront pour les réunions avec les assistantes sociales, etc.* » [31, nous soulignons].

personne concernée. Le CLSM a donc un fonctionnement de méta-équipe, sorte d'instance délégative où se rejouent des alliances et des conflits inter-institutionnels quotidiens. C'est à ce titre qu'il incarne les principes politiques tels qu'énoncés par la SMC, mais aussi les opérateurs du travail de soin et d'accompagnement tels que formulés par la psychothérapie institutionnelle. Un CLSM est ainsi un porte-drapeau de l'idée, partagée entre SMC et PI, qu'il ne se passe rien sans coordination inter-institutionnelle et que celle-ci relève d'un savoir-faire particulier... dont le creuset se trouve, pensons-nous, dans les élaborations et nombreux retours d'expériences de la réforme psychiatrique d'après-guerre.

En poussant au partenariat, tout CLSM contribue à réaliser le projet du secteur [25]. Il le fait advenir par sa pratique même, au moment où il se réunit et dans les effets d'après-coup de ces rencontres et projets communs. On pourrait finalement avancer que c'est précisément parce que l'ensemble des personnes qui le constituent incarne une véritable « équipe médico-sociale de secteur » au sens de la circulaire du 15 mars 1960 que le mot de « secteur » n'est plus dit et que le concept semble oublié. En irait-il de même pour la psychothérapie institutionnelle, dans la mesure où un CLSM, dispositif-clé de la SMC et adjuvant de la mission de secteur, ne peut fonctionner qu'à condition que soient soignées les relations inter-institutionnelles ?

### **Conclusion**

Pour revenir à notre hypothèse de départ, selon laquelle le réel avènement du projet sectoriel serait à trouver dans un croisement entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté, il nous semble qu'il faut bien se garder de considérer la relative absence du mot de « secteur » dans les discours publics comme une disparition de la chose. L'« esprit du secteur », pour reprendre l'expression d'Hubert Mignot [in 26], se développe aujourd'hui plus que jamais, malgré l'éclosion parallèle de nombreux centres experts dont l'échelle de recrutement est de la taille d'un département voire d'une Région. Plus que le résultat d'expériences pionnières et d'actions décisives inscrites dans des circulaires, des arrêtés et des lois, on gagne à considérer la sectorisation comme un processus de « transformation silencieuse » du système de soins relativement abouti puisque son esprit est devenu – nous reprenons ici les mots du philosophe François Jullien [27] au sujet de l'efficacité en diplomatie - « manifeste sans avoir à se montrer » (p.76).

Dans un champ de la santé mentale toujours fortement déterminé par le découpage sectoriel, et dont l'objectif est « d'aider le malade mental à garder sa place dans la

communauté des hommes et lui permettre, dans a mesure du possible, d’y restaurer son autonomie » [26, p. 19], psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté luttent toutes deux, à leur manière, contre la sur-aliénation sociale que subissent encore de toutes parts les personnes passées un jour ou l’autre par la psychiatrie. Au regard de leurs multiples convergences, il semble possible de ré-affirmer, avec Pierre Delion, que la psychothérapie institutionnelle est « une méthode de navigation sur l’océan de la psychiatrie contemporaine » [28], car elle apporte une réflexion sur les conditions du travail collectif en milieu de soins complémentaire à la vision politique et citoyenne de la SMC, et contribue ainsi à faire advenir le projet sectoriel initial. L’esprit du secteur se déploie aujourd’hui dans le maillage inter-institutionnel que les différents acteurs du soin et de l’accompagnement construisent au quotidien ; la SMC et la PI peuvent l’enrichir, conjointement, de leurs élaborations théorico-pratiques.

**Liens d’intérêt** : l’auteur déclare ne pas avoir de conflits d’intérêt en lien avec cet article.

**Remerciements** : l’auteur remercie chaleureusement Thomas Rocca et Marie Denisot pour leur invitation, et Jacques Hochmann pour son retour bienveillant sur les élaborations ici présentées.

### **Références**

1. Fourquet F, Murard L. Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible. Revue Recherches. Fontenay-sous-Bois; 1975. 344 p.
2. Bonnafé L, Andrau R, Chaigneau H, Pariente M. Thérapeutique institutionnelle. In: Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Privat. Toulouse; 1965. p. 209–24.
3. Cattin E. D’un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. Paris Descartes; 2017.
4. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. Inf Psychiatr. 2008;84(10):907–12.
5. Chevallier-Fougas S. Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte : la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psycho-sociale. Angers; 2009.

6. Bonnafé L. Désaliéner? folie(s) et société(s). Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 1991. 334 p. (Chemins cliniques).
7. Bourdieu P. Choses dites. Paris: Editions de Minuit; 1987. 229 p. (Le Sens commun).
8. Garrabé J. Peut-on parler d'une psychothérapie trans-institutionnelle? *Ann Med Psychol (Paris)*. 1987;145(8):717.
9. Chebili S. La psychiatrie face à l'oubli de son histoire. *Inf Psychiatr*. 2017;93(2):131–4.
10. Hochmann J. Les antipsychiatries une histoire. S.l.: s.n.; 2015.
11. Ayme J. Table ronde "Psychothérapie institutionnelle et pratique de secteur." *Ann Med Psychol (Paris)*. 1987;145(8):714–6.
12. Haliday H, Khidichian F. Réunir les équipes pour soigner les patients : comment le savoir-faire psychiatrique peut éclairer les autres disciplines médicales. *Ethique et Sante*. 2019;(accepté, à paraître).
13. Pachoud B, Le Roy-Hatala C, Moutis C, Cavroy J-P. Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises? *Inf Psychiatr*. 2019;(in press).
14. Roelandt J-L, El Ghazi L. Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *Inf Psychiatr*. 2015;91(7):539–48.
15. Morin P. De quelques théories et pratiques en santé mentale communautaire. *Sante Ment Que*. 2005;30(1):115–30.
16. Caria A, Arfeuillère S, Loubières C, Joseph C, Einstein A. Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif. 2015;22–31.
17. Demailly L. Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La Nouv Rev du Trav*. 2014;(5):1–21.
18. Haliday H. Peut-on réhabiliter le concept d'institution en psychiatrie ? L'Évolution *Psychiatr [Internet]*. 2018 Nov 7 [cited 2018 Dec 14]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385518301257>
19. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : Un changement de regard sur le devenir des personnes. *Inf Psychiatr*. 2012;88(4):257–66.

20. Demailly L, Roelandt J-L, Daumerie N. Pourquoi la psychiatrie sociale et communautaire a-t-elle du mal à s'implanter en France? In: La politique de santé mentale en France [Internet]. Paris: Armand Colin; 2012. p. 173–84. (Recherches). Available from: [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=ARCO\\_DEMAI\\_2012\\_01\\_0173](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ARCO_DEMAI_2012_01_0173)
21. Slade M. 100 ways to support recovery [Internet]. London; 2013. Available from: <https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/treatment-and-support/100-ways-to-support-recovery/>
22. Michaud G. Laborde, un pari nécessaire: de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle. Paris: Gauthier-Villars; 1977. 122 p. (Interférences).
23. Deliot C, Caria A, Loubières C. Bienveillance et psychiatrie. Comment changer l'ordre du discours? In: Bienveillance et qualité de vie. Elsevier Masson SAS; 2013. p. 257–65.
24. Mornet J. L'aliénation sociale. In: Psychothérapie institutionnelle [Internet]. Nîmes: Champ social; 2007. p. 43–68. (Psychothérapie institutionnelle). Available from: [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=CHASO\\_MORNE\\_2007\\_01\\_0043](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CHASO_MORNE_2007_01_0043)
25. Lavaud JL. Le conseil local de santé mentale, un outil de prévention pour le secteur psychiatrique? *Inf Psychiatr.* 2015;91(7):569–74.
26. Audisio M. La psychiatrie de secteur, une psychiatrie militante pour la santé mentale. Toulouse: Privat; 1980. 414 p.
27. Jullien F. *Traité de l'efficacité.* Paris: Le livre de poche; 2002. 240 p.
28. Delion P. Psychiatrie, psychanalyse et institution. In: *Les psychiatres et la psychanalyse aujourd'hui.* Paris: GRAPP; 1988. p. 224.
29. Fleury C, Tourette-Turgis C. Une école française du soin? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique: l'Université des patients et la chaire de philosophie à l'hôpital. *Le sujet dans la cité.* 2018;1(7):183–96.
30. Dissez N. À propos du rapport de mission «Piel-Roelandt». *J français Psychiatr.* 2003;2(19):12–3.

31. GTPSI. Position du psychiatre. Paris: Editions d'Une; 2019. 212 p.