

Ce que désinstitutionnaliser veut dire. Réflexions sur la polysémie du terme en psychiatrie

Tonya Tartour

**Maîtresse de conférences en sociologie, Sciences Po Bordeaux,
Centre Émile Durkheim
t.tartour@sciencespobordeaux.fr**

Dans ce texte, je propose d'explorer la notion de désinstitutionnalisation en psychiatrie, en me concentrant sur sa double dimension : l'effacement des murs de l'hôpital et le recul de la référence à la psychiatrie en tant que cadre organisé de pratiques sociales et professionnelles.

J'examine comment les mécanismes de financement de l'hôpital psychiatrique, pris comme un révélateur des orientations politiques, façonnent ce double mouvement et influencent les parcours de soins des patients. Le financement constitue une fonction essentielle de l'État qui donne accès à ses catégorisations et son système de valeurs. L'étude des finances publiques offre ainsi une piste féconde pour appréhender les choix politiques et le rapport de l'État (Bezes et Siné, 2011) à une institution comme la psychiatrie. Dans le cas de la psychiatrie française, le mode de financement a connu plusieurs évolutions majeures. De 1940 à 1983, le système du prix de journée a favorisé l'augmentation de l'offre hospitalière sur le territoire. Cette période a été marquée par une expansion importante du nombre de lits psychiatriques, reflétant une politique de prise en charge institutionnelle des troubles mentaux. De 1983 à 2021, la dotation globale ou dotation annuelle de financement a instauré une enveloppe limitative, reconduite d'une année sur l'autre. Ce changement de paradigme visait à maîtriser les dépenses de santé et à inciter les établissements à optimiser leur gestion. Ces évolutions du financement reflètent les orientations successives des politiques de santé mentale, passant d'une logique d'expansion à une volonté de maîtrise des dépenses et de restructuration de l'offre de soins. Comme le soulignent les travaux précédents de Nicolas Henckes (2009), ces transformations s'inscrivent dans un mouvement plus large de remise en question du modèle asilaire et de promotion de la psychiatrie communautaire.

Mon analyse s'appuie sur une enquête ethnographique menée entre 2016 et 2020 au sein de deux Agences régionales de santé (ARS) et deux établissements spécialisés en psychiatrie (appelés CHS Madeleine Pelletier et CHS Masson) et se structure autour de deux parties, reflétant les deux aspects de la désinstitutionnalisation en psychiatrie.

Faire tomber les murs, vider les lits : les outils politiques et techniques de la désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation en psychiatrie, comprise comme l'effacement des murs de l'hôpital et le développement des soins ambulatoires, s'appuie sur un ensemble d'outils politiques et techniques mis en œuvre par les autorités

sanitaires. Cette partie vise à examiner ces instruments et leur utilisation pour promouvoir l'ouverture de l'hôpital psychiatrique et le virage ambulatoire.

Je m'intéresserai au rôle central des Agences régionales de santé (ARS) dans ce processus, ces organismes déconcentrés disposant d'une palette d'outils leur permettant d'orienter l'offre de soins vers des alternatives à l'hospitalisation complète. Je porterai une attention particulière à la notion de « parcours de soins », devenue un élément structurant des politiques de santé mentale visant à décloisonner la prise en charge et à favoriser une approche plus fluide et coordonnée entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes vivant avec des troubles psychiques.

À travers l'analyse de ces différents outils, je chercherai à comprendre comment les autorités sanitaires façonnent concrètement l'offre de soins psychiatriques pour la faire évoluer vers un modèle plus ouvert sur la cité et moins centré sur l'hospitalisation.

La régulation instrumentale de l'offre de soins par les ARS

Les Agences régionales de santé (ARS) jouent un rôle central dans la mise en œuvre des politiques de désinstitutionnalisation. Comme le souligne Biarez : « Si l'État définit les orientations de la politique de santé mentale, il laisse le soin aux organismes déconcentrés, les ARH (ARS), de négocier avec les centres hospitaliers de leurs possibilités de transformation » (2004). Cette décentralisation des responsabilités s'inscrit dans une logique de nouvelle gestion publique, visant à rapprocher la prise de décision du terrain tout en maintenant un contrôle central sur les orientations stratégiques (Bezes, 2009).

Les ARS disposent d'une multitude d'instruments pour orienter l'offre de soins : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), projets régionaux de santé (PRS), autorisations, groupements hospitaliers de territoire (GHT), modulations budgétaires, etc. La mise en œuvre de ces instruments s'inscrit dans un contexte de tension entre les injonctions nationales et les réalités locales. Dans cet exercice, les ARS doivent constamment négocier entre les directives ministérielles et les contraintes spécifiques de leur territoire, ce qui peut parfois conduire à des adaptations ou des résistances locales (Bergeron et Castel, 2015).

Un exemple particulièrement éclairant de l'utilisation de ces outils pour promouvoir une réforme organisationnelle des soins en psychiatrie est celui de la modulation de la dotation annuelle de financement (DAF). Les ARS utilisent cet instrument pour prélever une partie du budget hospitalier et le réinjecter dans l'ouverture de services ambulatoires. Concrètement, l'ARS identifie les établissements considérés comme « sur-dotés » selon ses critères, et prélève un pourcentage de leur budget. Ces fonds sont ensuite redistribués, mais sous condition de développement d'activités ambulatoires. Par exemple, dans l'une des ARS que j'ai étudiées, j'ai observé qu'un établissement s'est vu prélever 2% de sa DAF, soit environ 1 million d'euros. Pour récupérer ces fonds, l'établissement a dû proposer un projet d'ouverture d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé. Cette pratique, qui se développe dans plusieurs régions, illustre comment les ARS utilisent les leviers financiers pour inciter les établissements à transformer leur offre de soins vers plus d'ambulatoire.

Ces incitations peuvent parfois produire des effets inattendus, comme une forme de « course aux projets » de la part des établissements, au détriment parfois de la cohérence globale de l'offre de soins sur un territoire (Robelet, 2017).

En conclusion, les ARS jouent un rôle crucial dans la traduction concrète des politiques de désinstitutionnalisation, en utilisant une palette d'outils financiers et réglementaires pour inciter les établissements à transformer leur offre de soins. Ce faisant, elles contribuent activement à redessiner le paysage de la psychiatrie française, en favorisant le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en promouvant le « virage ambulatoire ».

Promotion du « parcours » et mise en œuvre du « virage ambulatoire »

Le « virage ambulatoire » représente la volonté politique de réduire le recours à l'hospitalisation complète au profit de prises en charge plus légères et ancrées dans la communauté. La notion de « parcours », quant à elle, est devenue un élément structurant des politiques de santé mentale. Elle s'inscrit dans une logique de décloisonnement et de coordination entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes vivant avec des troubles psychiques. Cette approche, inspirée des théories de la gouvernance en réseau (Rhodes, 1997), vise à dépasser les frontières traditionnelles entre les institutions pour offrir une prise en charge plus fluide et adaptée aux besoins des patients. Ces deux concepts sont étroitement liés, le parcours de soins étant conçu comme un moyen de faciliter ce virage ambulatoire.

Toutefois, la mise en œuvre de cette approche se heurte à certaines difficultés en psychiatrie. Si elle semble a priori cohérente avec l'organisation sectorielle des soins, elle se confronte à la difficulté pour les professionnels de « prédire » les parcours des personnes malades. Cette imprévisibilité, caractéristique des troubles mentaux, met en tension le modèle du parcours standardisé promu par les politiques publiques.

J'ai montré plus haut comment des instruments financiers, tels que la modulation de la DAF, incitent les établissements à développer de nouvelles activités ambulatoires pour obtenir des budgets supplémentaires. Mais ces transformations organisationnelles profondes sont également supportées par les établissements dans le cadre de leur exercice conventionnel, sans recours nécessairement à des budgets supplémentaires.

Un exemple concret de cette mise en œuvre du virage ambulatoire sur les deniers propres des établissements m'a été rapporté par le directeur des affaires financière du CHS Agnès Masson :

« Le premier levier a été de revenir sur la politique de réduction du temps de travail de l'établissement. [...] Ce qui nous a permis de faire des économies de postes à hauteur de 30 ETP, qui ont été laissés aux pôles, mais en contrepartie de création de structures ambulatoires et d'équipes mobiles »

Au CHS Agnès Masson, la direction a en effet mis en place une stratégie de « redéploiement des ressources » visant à développer les activités ambulatoires à partir de la renégociation des accords sur les RTT, qui, malgré les tensions, a été adoptée en 2017.

Cet exemple illustre comment les établissements psychiatriques mettent en œuvre les politiques de parcours et le virage ambulatoire en redéployant leurs

propres ressources, sans nécessairement demander des financements supplémentaires. Cette réorganisation interne, si elle permet de développer l'offre ambulatoire, entraîne également une déstabilisation des rythmes de travail et une réduction des temps de transmission dans les unités d'hospitalisation, soulevant ainsi des questions sur la qualité des soins et les conditions de travail du personnel.

En synthèse, cette première partie montre comment les politiques de désinstitutionnalisation, dans son premier sens, sont mises en œuvre à travers divers outils financiers et organisationnels déployés par les ARS et les établissements eux-mêmes. Ces transformations, visant à promouvoir le virage ambulatoire et la logique de parcours, s'opèrent souvent à budget constant, entraînant une réorganisation interne qui, si elle permet le développement de l'offre ambulatoire, soulève des inquiétudes quant à la qualité des soins, les conditions d'accueil des patients et les conditions de travail du personnel hospitalier.

Le recul de la référence à la psychiatrie : diversification et ouverture vers l'extérieur

Dans cette seconde partie, j'examine comment la désinstitutionnalisation en psychiatrie se manifeste également par un recul de la référence à la psychiatrie comme ensemble cohérent de pratiques et de professionnels spécialisés pour le soin des maladies mentales.

Tout d'abord, les établissements psychiatriques sont de plus en plus incités à faire appel au secteur médico-social pour la prise en charge des patients, contribuant ainsi à une forme d'externalisation des soins psychiatriques. Ensuite, les appels à projets thématiques, lancés notamment à l'initiative des ARS, poussent souvent les établissements à développer des activités qui s'éloignent du cœur de métier psychiatrique, au profit de prises en charge plus spécifiques ou transversales. Enfin, le développement d'activités extra-psychiatriques au sein même des hôpitaux psychiatriques, comme l'addictologie ou la médecine générale, témoigne d'une diversification des missions de ces établissements au-delà de leur vocation psychiatrique initiale. À travers ces trois aspects, je montrerai comment le champ d'intervention de la psychiatrie s'élargit petit à petit, diluant par la même progressivement sa spécificité.

L'externalisation du suivi au secteur médico-social

Les établissements psychiatriques sont de plus en plus incités à faire appel au secteur médico-social pour la prise en charge des patients, contribuant ainsi à une forme d'externalisation des soins psychiatriques.

Le modèle promu par les politiques de santé mentale vise à réduire les capacités d'hospitalisation au profit de prises en charge plus légères et ancrées dans la communauté. Au CHS Agnès Masson, cette orientation se traduit concrètement par la création d'une équipe mobile chargée d'assurer le lien entre l'hôpital et les patients résidant dans des structures d'hébergement médico-sociales. Cette équipe, composée de trois professionnels dont un mi-temps médical seulement,

s'engage à poursuivre les soins psychiatriques (traitement, consultations, accueil en hôpital de jour, gestion de crise et réhospitalisation s'il y a lieu etc.) pour les patients de leur secteur, en échange d'une place d'accueil dans une structure médico-sociale. Cette organisation présente plusieurs avantages pour l'établissement psychiatrique : elle permet de réduire les durées d'hospitalisation en facilitant l'orientation des patients vers des structures d'accueil ; elle maintient les patients dans la file active de l'hôpital, même lorsqu'ils ne sont plus physiquement présents dans ses murs, permettant une réintégration rapide ; elle renforce les liens avec les acteurs médico-sociaux du territoire, facilitant ainsi les collaborations futures. Un médecin interrogé décrit cette initiative comme une « grande aide » dans la « gestion des flux » de patients. En effet, ce modèle réticulaire optimise la circulation des patients entre différents points de prise en charge, réduisant ainsi le rôle central de l'hôpital dans le réseau de soins.

Cette évolution illustre comment les établissements psychiatriques, sous la pression des contraintes budgétaires, sont amenés à externaliser une partie de leurs activités tout en conservant un certain contrôle sur les parcours de soins, ainsi que le monopole des soins les plus lourds et coûteux. Ce faisant, ils contribuent eux-mêmes à redéfinir les contours de l'institution psychiatrique, en l'ouvrant davantage sur l'extérieur et en diluant progressivement la frontière entre le sanitaire et le médico-social.

Répondre aux appels à projets thématiques

Les appels à projets permettent aux ARS de redistribuer les budgets aux établissements selon leurs directives, en favorisant notamment le développement de l'ambulatoire mais aussi la prise en charge de besoins spécifiques. Pour les établissements, ils constituent une opportunité d'obtenir des financements ciblés, mais ils contribuent également à orienter leurs activités vers des problématiques souvent éloignées du cœur de métier psychiatrique.

Cette logique de financement par projet, caractéristique du « gouvernement par les instruments » analysé par Lascoumes et Le Galès (2005), incite les établissements à diversifier leur offre de soins et, par conséquent, leurs compétences internes. En effet, ces appels à projets thématiques portent généralement sur des problématiques spécifiques et souvent non psychiatriques, telles que l'addiction, la lutte contre le tabagisme, ou encore la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Pour y répondre, les établissements sont amenés à recruter des professionnels spécialisés ou à former leur personnel existant, élargissant ainsi leur champ d'intervention au-delà de la psychiatrie traditionnelle. Par exemple, dans le cas de la lutte contre le tabagisme, un établissement psychiatrique peut être amené à mettre en place un programme spécifique de sevrage tabagique pour ses patients. Cela implique non seulement la formation du personnel infirmier aux techniques de sevrage, mais aussi potentiellement le recrutement d'un tabacologue ou la mise en place de consultations spécialisées. Bien que la santé physique des patients psychiatriques et la lutte contre les addictions soient évidemment importantes, ces activités s'ajoutent aux missions premières de l'établissement, dans un contexte où le temps consacré aux soins psychiatriques est déjà contraint.

Cette diversification des activités mobilise tout d'abord un temps considérable pour la rédaction et la mise en œuvre des projets, au détriment du temps passé auprès des patients pour les soins psychiatriques. De plus, elle oriente les activités des professionnels et des établissements vers des problématiques non psychiatriques, qui, bien qu'importantes, doivent être menées en parallèle des soins psychiatriques habituels. Cette situation soulève des questions sur la capacité des professionnels à maintenir la qualité des soins psychiatriques, à créer un lien thérapeutique solide et à évaluer efficacement l'impact des traitements, tout en répondant aux exigences de ces nouveaux projets thématiques

Développer des activités non psychiatriques au sein des CHS

Le développement d'activités extra-psychiatriques au sein des établissements spécialisés s'inscrit dans une stratégie plus large de diversification des sources de revenus face aux contraintes budgétaires. Cette évolution, qui s'apparente à une «sanitarisation» de la psychiatrie (Demailly et Autès, 2012), se manifeste concrètement par l'ouverture d'unités spécialisées financées par la tarification à l'activité (T2A).

Un exemple particulièrement illustratif de cette tendance est le développement d'unités spécialisées dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA). Ces unités, à l'interface entre la psychiatrie et la médecine somatique, peuvent bénéficier d'un financement T2A, générant ainsi des recettes supplémentaires pour l'établissement. De même, l'ouverture d'hôpitaux de jour spécifiques, associant psychiatrie et une autre problématique (comme l'addictologie ou les TCA), permet d'élargir le champ d'intervention de l'établissement tout en diversifiant ses sources de financement. Par exemple, le CHS Madeleine Pelletier, a pris la décision de l'ouverture d'un hôpital de jour Psychiatrie-Addictologie financé à la T2A afin de diversifier les sources de financement de l'établissement.

Cependant, cette stratégie n'est pas sans conséquences sur l'organisation interne des établissements et la nature même de l'activité psychiatrique. En effet, elle entraîne une augmentation de la charge de travail des professionnels, qui doivent désormais maîtriser des compétences dans des domaines connexes à la psychiatrie. De plus, elle contribue à une certaine déspécification de l'activité psychiatrique, diluant son expertise dans un ensemble plus large de prises en charge, comme nous l'avons évoqué plus haut.

Le recours à la T2A pour ces activités crée également des situations de mise en concurrence au sein même des établissements. Des unités considérées comme « rentables » car générant des recettes T2A immédiates coexistent désormais avec des services psychiatriques traditionnels, perçus dès lors comme « moins rentables ». Cette dichotomie artificielle peut engendrer des tensions internes, notamment dans l'allocation des ressources et la valorisation des différentes activités. Cette perception peut influencer les décisions d'investissement et de recrutement, au détriment parfois des activités psychiatriques fondamentales. Ces tensions internes peuvent s'avérer délétères pour la cohésion de l'établissement et la conduite de projets transversaux. Elles risquent de fragmenter davantage la communauté psychiatrique au sein même de ses institutions de référence, remettant en question l'identité et la spécificité de la discipline.

En conclusion, si le développement d'activités extra-psychiatriques permet aux établissements de générer des recettes supplémentaires dans un contexte budgétaire contraint, il soulève également des questions importantes sur l'avenir de la psychiatrie institutionnelle et sa capacité à préserver son expertise spécifique face à une logique de rentabilité à court terme.

En synthèse, cette seconde partie met en lumière comment la désinstitutionnalisation en psychiatrie se manifeste par un recul de la référence à la psychiatrie au sein même des établissements spécialisés. Ces évolutions, bien qu'elles permettent de générer des recettes supplémentaires dans un contexte budgétaire contraint, soulèvent des questions importantes sur l'avenir de la psychiatrie institutionnelle. Elles contribuent à diluer l'expertise psychiatrique dans un ensemble plus large de prises en charge, créent des tensions internes liées à la mise en concurrence des services, et augmentent la charge de travail des professionnels. Enfin, ces transformations remettent en question la capacité des établissements psychiatriques à préserver leur spécificité face à une logique de rentabilité à court terme et de diversification des activités.

Conclusion

L'analyse des mécanismes de financement de la psychiatrie révèle que la désinstitutionnalisation prend des formes variées et complexes. Elle se manifeste par l'ouverture de l'asile et la réduction des durées de séjour, le développement d'alternatives ambulatoires, la diversification des prises en charge, mais aussi par la réduction de la référence à la psychiatrie dans les établissements pourtant spécialisés. Ces évolutions résultent d'une combinaison d'incitations financières, de contraintes budgétaires et de stratégies d'adaptation des établissements. Elles conduisent à une fragmentation progressive de la communauté psychiatrique et à une redéfinition des rôles professionnels. Comme le soulignent Eyraud et Velpy (2012), ce processus s'accompagne d'une recomposition des frontières entre le sanitaire, le social et le médico-social dans la prise en charge des troubles mentaux.

Pour comprendre pleinement l'organisation contemporaine de la psychiatrie, il apparaît nécessaire d'observer attentivement ces recompositions à l'œuvre au sein des établissements et des secteurs. La désinstitutionnalisation ne se résume pas à la fermeture de lits d'hospitalisation, mais implique une transformation profonde des pratiques et des identités professionnelles en santé mentale. Cette évolution soulève des questions importantes sur la qualité et la continuité des soins, ainsi que sur la place de la psychiatrie dans le système de santé. Il est crucial de veiller à ce que la recherche d'efficacité économique ne se fasse pas au détriment de la prise en charge globale et humaniste des personnes vivant avec des troubles psychiques.

- Bergeron, H., & Castel, P. (2015). *Sociologie politique de la santé*. Presses Universitaires de France.
- Bezes, P. (2009) *Réinventer l'État : les réformes de l'administration française, 1962-2008*. Presses Universitaires de France.
- Bezes, P., & Siné, A. (2011). *Gouverner (par) les finances publiques*. Presses de Sciences Po.
- Biarez, S. (2004). « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) » *Revue française d'administration publique*, 111(3), 517-531.
- Demailly, L., & Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Armand Colin.
- Eyraud, B., & Velpry, L. (2012). « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? » *Revue française d'administration publique*, 149(1), 207-222.
- Henckes, N. (2009). « Les psychiatres et le handicap psychique, de l'après-guerre aux années 1980 ». *Revue française des affaires sociales*, (1), 25-40.
- Hood, C. (1991). « A public management for all seasons? » *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Lascombes, P., & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.
- Robelet, M. (2017). « Les transformations des modes de contrôle croisés entre professionnels et gestionnaires dans le champ de la santé ». *Sociologie du travail*, 59(1).
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin.