

Patrice PINELL
CSE, EHESS, CNRS

LA NORMALISATION DE LA PSYCHIATRIE FRANÇAISE

Bien qu'en France, l'individualisation d'une médecine de la folie remonte aux toutes premières années du XIX^e siècle, la reconnaissance de la psychiatrie comme spécialité « à part entière » est plus tardive que celle des autres grandes spécialités cliniques. En effet, lorsque, après la Libération, les pouvoirs publics engagent une réforme pour définir les contours des spécialités médicales officielles devant faire l'objet d'un cursus de formation universitaire (les Certificats d'études spécialisés ou CES), la psychiatrie ne fait pas partie des disciplines retenues. Elle ne trouve sa place qu'au sein d'une spécialité hybride, la neuropsychiatrie regroupant sous la houlette des neurologues l'ensemble des approches traitant des maladies nerveuses et mentales (neurologie, neurophysiologie, électroencéphalographie et psychiatrie). Ce n'est qu'aux lendemains immédiats de Mai 1968, et à l'occasion de la réforme de l'Université engagée par Edgar Faure que les psychiatres parviennent à obtenir la suppression du CES de neuropsychiatrie et la création d'un enseignement spécialisé de psychiatrie, instituant celle-ci sur un pied d'égalité avec les autres disciplines cliniques. Les conflits qui entourent cette naissance difficile sont l'illustration même de ce que le sous-champ de la psychiatrie est, de tous les espaces médicaux spécialisés, celui où les luttes de concurrence pour la définition de la discipline ont été (et sont encore) les plus acharnées. La nature même de son objet en ce qu'il met en jeu des conceptions indissociablement médicale et philosophique engageant des croyances sur la « nature humaine » et le monde social, n'est évidemment pas étrangère à la vigueur des controverses. Les oppositions théoriques sur les rapports entre le psychique et le physique, qui débordent largement du cadre médical, se retrouvent au cœur des affrontements sur la pathogénie (organogénèse versus psychogénèse et/ou

sociogénèse) des affections mentales. Affrontements qui, en l'absence d'objectivation par l'anatomie pathologique de lésions spécifiques aux maladies mentales, mettent en jeu des constructions théoriques fondées sur des postulats quant à l'existence ou non d'atteintes organiques ou quant à leur statut épistémologique (les atteintes organiques sont-elles cause ou conséquence du dérèglement mental ?). Mais le type particulier de controverses qui distingue la psychiatrie des autres spécialités ne peut, du point de vue sociologique, être dissocié des formes, elles aussi particulières, qu'a pris son ancrage institutionnel. En effet, historiquement, la psychiatrie se construit pour l'essentiel dans un rapport d'extériorité au cadre conceptuel et institutionnel de la médecine générale¹. Faute de lésions identifiables, les maladies mentales constituent une classe à part d'entités morbides dont l'étude ne bénéficie pas des apports de la méthode anatomo-clinique. Autrement dit, leur connaissance ne peut s'alimenter des avancées de la science médicale (d'où le faible capital scientifique attaché à leur étude). Tandis que, initiée dans des quartiers d'hospices des établissements de l'ancien Hôpital général (Bicêtre, La Salpêtrière), la prise en charge médicalisée des aliénés et des idiots se poursuit, après la loi de 1838, par la création d'un réseau d'asiles départementaux construit en dehors du dispositif des hôpitaux publics. Ainsi, la structure de l'espace spécialisé ne reproduit pas la division hôpitaux publics – médecine libérale des autres branches de la médecine clinique, elle s'organise autour trois pôles, dont deux sont publics - les services d'aliénés des hôpitaux et les asiles (les premiers, gérés par les communes et les seconds par l'État, sous le contrôle des préfets) - et le troisième

¹ Pour l'analyse de la psychiatrie au XIX^e siècle, voir Castel, R., *L'ordre psychiatrique*, Paris, Minuit, 1976

privé. Cette structure tripolaire est au principe de l'individualisation de trois groupes de médecins selon qu'ils exercent dans le cadre des hôpitaux publics (et à temps partiel dans le secteur privé), des asiles (ils sont alors recrutés à temps plein sur des postes de fonctionnaires) ou de la médecine libérale (souvent comme directeurs de cliniques). Cette différenciation devient importante, sous la troisième République lorsque la faculté de médecine de Paris se décide d'accepter la création de chaires de clinique spéciale dont une sera vouée aux maladies mentales (1877). Jouant du peu de crédit que l'élite hospitalo-universitaire accorde aux médecins d'asiles, Charcot parvient à imposer la nomination à la tête de la chaire des maladies mentales, d'un anatomopathologiste comme lui, pourtant sans compétence dans le domaine. Ce sera le premier coup gagnant d'une stratégie visant à imposer l'emprise des neurologues sur la nouvelle spécialité². S'ouvre alors une période qui voit se constituer une neuropsychiatrie institutionnalisée à l'Université et dans les hôpitaux publics dont les agents dominant symboliquement et socialement les médecins des asiles, même si ces derniers voient leurs positions revalorisées par des mesures modifiant les conditions de leur recrutement (mise en place des concours de l'internat et du médicament des hôpitaux psychiatriques, nouvelle dénomination des asiles à partir de 1917). C'est parce qu'ils peuvent s'appuyer sur leur position dans les facultés de médecine et au sein du conseil de l'ordre des médecins que les neuropsychiatres parviennent à imposer, à travers la création du CES de neuropsychiatrie, leur monopole sur l'enseignement universitaire de la psychiatrie tout en l'arrimant à celui de la neurologie. Mais ce succès n'est que temporaire et ils ne pourront empêcher la suppression, en 1968 de leur spécialité au profit d'un nouveau

découpage disciplinaire dissociant la neurologie et la psychiatrie.

La reconnaissance de la psychiatrie comme spécialité pose d'emblée la question de la formation des psychiatres, de ses objectifs et de son organisation. La mise en œuvre du CES de psychiatrie est au cœur des enjeux de la discipline, en tant qu'outils de sa construction et de sa pérennisation et elle s'opère dans des conditions sociales qui rendent son analyse sociologique particulièrement intéressante. En effet, la création de cette filière spécialisée n'a été possible qu'au terme d'un renversement des rapports de force au sein du sous-champ entraînant, corrélativement à la marginalisation de l'ancien groupe dominant, la mise hors jeu de la majorité des universitaires qui enseignaient jusque-là la psychiatrie dans les facultés de médecine. C'est donc dans une situation de recomposition de l'espace marquée par l'extrême faiblesse d'un pôle universitaire presque entièrement à reconstruire, que le nouvel enseignement va devoir définir son programme et s'organiser en allant chercher ses formateurs en dehors de l'Université, parmi les médecins des HP et les psychiatres libéraux. Cette situation est propice à un travail de redéfinition de la discipline visant à préciser ses rapports à la médecine de façon à dégager ce qui fait sa spécificité pour la traduire en termes de projet pédagogique. Mais l'hétérodoxie du projet, au regard des normes tant de l'université que du champ médical français le voue à l'échec. D'autant que l'intérêt porté un temps par les pouvoirs publics au développement de la psychiatrie et à sa réorganisation sur des bases plus autonomes, cède le pas devant d'autres préoccupations. Au tournant des années 1970-1980, la maîtrise des dépenses de santé et l'arrêt de la progression démographique du corps médical sont à l'ordre du jour. D'où la mise en œuvre de réformes, notamment des études de médecine qui vont favoriser la « normalisation » de la psychiatrie en réduisant fortement son autonomie par rapport

² Cf. P. Pinell, Degeneration theory and heredity patterns between 1850 and 1900, in *Heredity and infection*, Gaudilière and Löwy (eds), Routledge, London and New York, 245-260

au champ médical. L'analyse de la dynamique du jeu social dans lequel la construction de la psychiatrie s'est engagée à partir de 1968 et des facteurs qui en vont en infléchir le cours est au cœur de cet article. Elle sera l'occasion de traiter de la question de l'autonomie relative d'un sous-champ, des enjeux de lutte autour de sa définition et des conditions qui la favorisent ou au contraire la limitent.

La psychiatrie émancipée

Mai 1968 aura précipité la résolution d'une crise, ouverte déjà depuis plusieurs années qui voit s'affronter les neuropsychiatres et les psychiatres des HP. Le conflit s'est cristallisé sur la question de la reconnaissance de la qualification comme spécialiste de neuropsychiatrie. Lors de l'élaboration de la réforme instituant les Certificats de spécialité, une clause dérogatoire avait été obtenue pour les internes des hôpitaux³. Ceux d'entre eux qui souhaitaient acquérir un titre de spécialiste étaient dispensés du diplôme à la condition d'avoir effectué, au cours de leur internat, plusieurs stages dans des services de la même spécialité. Mais, alors que des internes des HP de la Seine entendent faire jouer pour eux-mêmes cette possibilité de dérogation, la commission plurirégionale de qualification en neuropsychiatrie, appuyée par les instances du conseil de l'ordre (où seuls les neuropsychiatres ont des représentants) leur refuse cette équivalence. L'enjeu est d'importance pour les universitaires de neuropsychiatrie, dans la mesure où cette dérogation, en ouvrant la porte du titre à des internes des HP, met en cause leur monopole de la formation des futurs spécialistes

³ Cette clause répond au souci de préserver la filière de formation de l'élite médicale. Les chirurgiens, opposés à la création d'un CES de chirurgie, ont obtenu que l'accès au titre de chirurgien soit réservé aux seuls internes ayant effectué une majorité de leurs stages en chirurgie.

libéraux⁴. La tentative de coup de force est un échec. Devant l'importance de la mobilisation des médecins des HP, il leur faut faire marche arrière et en avril 1963 un arrêté accorde l'équivalence automatique aux internes des HP ayant accomplis 4 ans d'internat⁵. Malgré cela, la crise s'installe car le conflit aura servi de catalyseur à l'organisation d'un mouvement prônant ouvertement l'individualisation de la psychiatrie et sa reconnaissance comme composante à part entière de la médecine.

La revendication d'autonomie trouve ses racines dans les changements qui ont affecté le monde des hôpitaux psychiatriques à partir des années cinquante⁶. La découverte des premiers médicaments psychotropes en rendant possibles de nouvelles formes d'intervention sur les malades (notamment des psychothérapies), contribue à renforcer un courant réformateur soucieux de transformer les pratiques d'une médecine asilaire cantonnée presque exclusivement au gardiennage des malades. Alors que de nombreux traitements entrent dans l'asile, une approche se construit en théorisant sur le rôle thérapeutique que l'institution, en tant que telle, peut jouer (psychothérapie institutionnelle). De la réflexion sur les rapports entre le dedans et le dehors de l'hôpital naît un projet de psychiatrie « unitaire » postulant la continuité des soins, l'hospitalisation ne devenant plus qu'une des modalités de la prise en charge des malades, articulée à des formes d'interventions « extra-muros » réalisées dans des institutions de soins ambulatoires, insérées dans le tissu social local. Même si la mise en œuvre de la psychiatrie de secteur, instaurée par une circulaire ministérielle du 15 mars 1960, tend

⁴ La situation est différente dans les autres spécialités où les hospitalo-universitaires contrôlent également la formation des internes qui sont en stage dans leurs services.

⁵ Geier S., « Psychiatrie et neurologie », *La lettre de la psychiatrie française*, 1999, 84, pp. 15-16.

⁶ Trillat, E., Une histoire de la psychiatrie au XX^e siècle, in Postel, J. et Quétel, C. (eds), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994, 339-367

à se limiter à la réalisation « vitrine » du secteur du XIII^e arrondissement de Paris, elle est l'occasion de nouer des liens entre les psychiatres « réformateurs » et ceux qui dans l'administration souhaitent faire évoluer l'organisation de la psychiatrie. La mise en question de l'héritage asilaire⁷ va aussi de pair avec la montée en puissance des écoles de psychanalyse qui se développent en attirant à elles un nombre croissant de psychiatres. Psychiatres psychanalystes que l'on retrouve aussi impliqués dans l'élaboration de la psychothérapie institutionnelle et dans la réalisation des premières expériences de sectorisation. Tandis que sur le plan conceptuel et clinique, la psychanalyse, en étendant ses terrains à l'abord des psychoses et des déficiences mentales, offre maintenant des modèles d'interprétation qui font contrepoids à « l'organicisme » dans lequel la démarche anatomoclinique des neurologues tend à enfermer la neuropsychiatrie.

La rédaction, entre 1965 et 1967, d'un « Livre blanc » de la psychiatrie, émanation d'un groupe de médecins collaborateurs de la revue *L'Evolution Psychiatrique*⁸, constitue un premier temps fort dans la mobilisation des psychiatres. La critique est vive contre un système où ceux (les « spécialistes du système nerveux ») qui monopolisent à leur profit la représentation de leur discipline dans les principaux lieux de pouvoir (Université, commissions de spécialistes, Conseil de l'Ordre) ne jouent qu'un rôle très accessoire dans la prise en charge de la pathologie mentale (3000 lits de psychiatrie dans les CHU) au regard de celui des médecins des HP (130 000 lits, soit le tiers de l'ensemble des lits hospitaliers publics du pays). La dénonciation du retard apporté à la mise en place d'une véritable politique de

sectorisation et de l'hétérogénéité des modes d'entrée dans le métier de psychiatre⁹, se conjugue avec un plaidoyer pour la réunification de la psychiatrie et de ses structures de soins. En 1967, le Livre blanc trouve son prolongement organisationnel avec la création du Syndicat des Psychiatres Français (SPF) qui, en Mai 1968 devient un pôle actif de la contestation contre le « mandarinat hospitalo-universitaire ». Rejoint par un grand nombre de psychiatres qualifiés, il peut se prévaloir d'une réelle représentativité (950 membres, fin 1968, pour environ 1500 psychiatres qualifiés¹⁰). Ayant pour vocation d'être à la fois une structure de défense des intérêts de l'ensemble des différentes catégories de psychiatres et un lieu de réflexion collective sur l'avenir de la psychiatrie française, le SPF va nouer des relations privilégiées avec des syndicats catégoriels comme celui des médecins des hôpitaux psychiatriques, puis quand ils se créeront, avec le syndicat des psychiatres salariés et celui des psychiatres en formation. La réforme globale de l'Université, engagée par Edgar Faure à l'automne 1968, allait fournir un cadre favorable à la satisfaction d'une part importante des revendications du SPF, en matière de formation. Le retournement du rapport de force à l'intérieur du sous-champ se concrétise dans la composition du groupe de travail chargé de préparer la réforme de la psychiatrie, d'où les neuropsychiatres universitaires sont quasi

⁷ Avec les travaux de Michel Foucault puis la publication en France du livre d'Erwin Goffman, *Asiles*, la critique de l'enfermement asilaire sort des milieux psychiatriques pour devenir un thème consensuel dans le champ intellectuel.

⁸ *Livre blanc de la psychiatrie française*, Tome I (1965), Tome II (1966), Tome III (1967), L'Information Psychiatrique., Paris-Toulouse, Privat

⁹ Il n'existe pas moins de quatre voies d'accès à la psychiatrie : le CES de neuropsychiatrie (dont l'enseignement, essentiellement théorique donne une place prépondérante à la neurologie), l'internat (soit l'internat de psychiatrie, soit l'internat des hôpitaux publics), le médicat des hôpitaux psychiatrique (qui s'obtient par un concours, sans aucune formation pratique) et la formation personnelle de psychanalyste (qui s'effectue sans contact avec la pratique psychiatrique). Cf. Brisset C., *L'avenir de la psychiatrie en France*, Payot, Paris, 1972, pp. 134-135

¹⁰ La psychiatrie à part entière, Actes du syndicat, *Psychiatrie Française*, 1, 1969, 13-14

exclus¹¹. Si tous les participants s'accordent sur l'idée d'autonomiser la psychiatrie de la neurologie, un débat s'engage sur la place de l'enseignement de la psychiatrie au sein des facultés de médecine. Tandis que certains plaident pour l'instauration d'un doctorat regroupant la psychiatrie avec la psychologie et la psychanalyse et qui serait rattaché aux sciences humaines et sociales¹², la majorité se rallie à l'idée de maintenir la psychiatrie dans le champ médical en renforçant son identité. Deux propositions allant dans ce sens seront entérinées par le ministre. D'une part, et afin d'affirmer qu'il s'agit bien d'une composante à part entière de la médecine, tous les étudiants recevront des éléments de formation théorique en psychiatrie au cours du premier et du deuxième cycle de leurs études. D'autre part, le CES de neuropsychiatrie sera supprimé et remplacé par deux CES, l'un de neurologie, l'autre de psychiatrie (arrêté du 30/12/68). L'inscription au CES de psychiatrie est ouverte aux étudiants ayant validé leur 6^e année de médecine ou au titulaire d'un doctorat français ou étranger. La durée des études est de quatre ans, au cours desquelles les étudiants doivent exercer des fonctions hospitalières en HP ou dans des services de psychiatrie de CHU.

L'autonomisation de l'enseignement de la psychiatrie donne lieu à la mise en place d'un dispositif de formation qui présente, par rapport à celui des autres spécialités, deux particularités. La première touche à son organisation qui sera confiée à des structures *ad hoc* instituées par décret (avril 1969 et juin

1971). D'une part les commissions de psychiatrie auprès des UER de médecine, chargées de programmer la réalisation d'un CES de psychiatrie au sein de l'UER puis, si sa mise en œuvre est acceptée, d'en contrôler les activités. D'autre part, la commission nationale de psychiatrie, assemblée consultative auprès des ministères de l'Éducation nationale et de la Santé, chargée, entre autres, d'étudier les demandes d'habilitation des CES émanant des universités. La seconde tient à la fonction de probation attribuée à la première année d'étude du CES, au terme de laquelle, pourront être écartés les candidats jugés inaptes à devenir psychiatre. Et la validation de cette année probatoire devient nécessaire pour pouvoir se présenter au concours de l'internat des HP.

Cette refonte complète de l'enseignement de la psychiatrie s'articule à une réforme du service public hospitalier (loi du 31 juillet 1968) qui va modifier l'organisation de la psychiatrie hospitalière. Répondant au même souci d'intégrer la psychiatrie publique tout en respectant ses spécificités, la loi fait disparaître la définition singulière de l'hôpital psychiatrique, pour l'insérer dans le dispositif hospitalier public, comme Centre Hospitalier de deuxième catégorie. Ce changement a pour conséquence un alignement des médecins des HP sur les médecins des hôpitaux généraux (c'est pour eux la fin de leur inamovibilité) ainsi que l'uniformisation du statut des infirmiers psychiatriques avec celui des infirmières générales. Mais le terme mis à la singularité administrative des HP, par leur inscription dans le champ médical comme hôpitaux de deuxième catégorie¹³ (sans fonction d'enseignement), se combine avec le maintien d'un concours d'internat des hôpitaux psychiatriques (les psychiatres

¹¹ Edgar Faure prend pour conseillers en matière de psychiatrie sa fille Sylvie Faure et Philippe Paumelle (tous les deux impliqués dans l'expérience du secteur du XIII^e) qui vont appuyer les orientations du Livre Blanc. Le groupe de travail sur la réforme de la psychiatrie qu'il constitue, est dominé par les psychiatres psychanalystes, dont Jean Guyotat, le seul représentant des universitaires de médecine et qui se trouve être partisan de l'autonomisation de la psychiatrie, vis-à-vis de la neurologie. Cf., Guyotat J., *Psychiatrie lyonnaise. Fragment d'une histoire vécue (1950-1995)*, Sanofi-Synthélabo (coll Les empêchés de penser en rond), Paris 2000, pp. 78-79.

¹²Ibid.

¹³ Puis comme Centres Hospitaliers Spécialisés (au même titre que les Centres Anticancéreux), par un décret du 6-12-1972. Ce nouveau changement de catégorie impliquant qu'ils doivent être en mesure d'assurer les urgences, de disposer d'unités d'accueil et des locaux de consultations pour les soins externes

obtenant qu'un concours national remplace les anciens concours locaux). À partir de cette date, tous les hôpitaux psychiatriques de France pourront recruter des internes. Enfin, solidairement à ces transformations, le gouvernement entreprend de développer la politique de sectorisation, sur toute la région parisienne (1969), puis à partir de 1972, sur l'ensemble de territoire.

En peu de temps, la succession des mesures prises entraîne des remaniements très importants au sein du sous-champ psychiatrique, et les psychiatres auront vu une grande part de leurs revendications satisfaites. Ils ne sont toutefois pas parvenus à imposer la filière unique de formation et l'uniformisation des institutions de soins selon le modèle de l'équipe psychiatrique de secteur. Il aurait fallu pour cela que la psychiatrie de CHU soit supprimée. Or, elle reste en place et avec elle, son corps de médecins et d'internes recrutés selon les modalités propres au monde hospitalo-universitaire. Malgré un certain nombre de voix discordantes, la direction du SPF décide d'accepter cette dualité résiduelle au nom du réalisme. Comme l'explique le Pr. Kammerer, président du syndicat et l'un des neuropsychiatres ralliés « à la cause », « *tant qu'il y aura des CHU, il est évident que la psychiatrie ne saurait être absente* »¹⁴. D'abord parce que la présence dans les CHU d'antennes psychiatriques capables d'intervenir dans les autres services ou au niveau des urgences répond à des nécessités incontournables. Il est, en outre, indispensable que la psychiatrie soit représentée dans le corps enseignant hospitalier avec compétence et en proportion de son importance réelle et que dans les internats CHU, « *l'espèce psychiatrique ait sa place dans leurs rangs* », car ce n'est pas en la soustrayant au nom « *du mauvais argument de sa spécificité* » que l'on résoudra les antinomies d'internat. Certes, dans un passé récent, cette dualité s'est avérée dangereuse parce que les tenants d'un pôle cherchaient à éliminer l'autre. Aussi

Kammerer plaide-t-il pour une pacification des relations entre les différents corps de psychiatres. « *La seule voie permettant de sortir des tensions agressives et des fantasmes de destruction est celle du dialogue et des échanges réciproques. Elle suppose le renoncement, au moins provisoire, au rêve d'uniformisation et l'acceptation de la bipolarité, avec, bien entendu, l'intention honnête d'en réduire le plus possible les asymétries.* »¹⁵ La ligne de conduite du syndicat sera d'accepter cette dualité pour conforter le regroupement en son sein de toutes les catégories de psychiatres, les médecins des HP, les libéraux et les quelques neuropsychiatres universitaires qui l'ont rejoint.

Les enjeux de la formation dans la construction du sous-champ

Temps fort dans le développement d'une spécialité médicale en ce qu'elle signe sa reconnaissance officielle comme domaine de compétences spécifiques protégé par un droit d'entrée (l'accès en est réservé aux seuls titulaires du diplôme), la création d'un CES revêt une importance particulière pour la psychiatrie. En effet, ici, les enjeux de définition de la discipline (de ce qu'elle est et de ce qu'elle n'est pas, en termes de savoir théorique et de pratique thérapeutique) et donc de délimitation de ses frontières (ce qui en fait ou non partie) ont donné lieu à des conflits beaucoup plus vifs que pour les autres spécialités, qui l'ont longtemps maintenue dans un statut incertain. La décision de créer un CES de psychiatrie met officiellement un terme à la mise sous tutelle de la discipline par la neuropsychiatrie universitaire en lui accordant une légitimité académique. La réforme affirme tout à la fois que la psychiatrie est une composante à part entière de la médecine (qu'à ce titre un enseignement de base doit être dispensé à tous les étudiants) et qu'elle constitue un domaine clinique spécialisé nécessitant, pour qui veut l'exercer une formation supplémentaire. En adoptant

¹⁴ T. Kammerer, Psychiatrie et CHU, *Psychiatrie Française*, 1969, 3, p. 4

¹⁵ Ibid., p.5

des dispositions organisationnelles spécifiques pour ce CES, la réforme reconnaît aussi que la psychiatrie n'est pas une spécialité « comme les autres ». Toutefois, si les textes officiels précisent les modalités de fonctionnement de ces dispositions propres au CES que sont les commissions de psychiatrie et l'année dite probatoire, ils restent muets sur leur raison d'être et sur ce qui a conduit à les introduire. Tout se passe comme si le législateur, tout en reconnaissant à la psychiatrie des spécificités, se gardait bien de les définir et laissait, *de facto*, cette tâche aux psychiatres et en particulier à ceux investis dans la formation. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que le thème de la formation occupe une place très importante dans les activités et les débats du SPF¹⁶, qui va s'intéresser de très près à la mise en place des CES de psychiatrie au sein des UER médicales en s'efforçant de peser sur leur fonctionnement. Alors que le pôle universitaire doit être reconstruit, le syndicat occupe dans le sous-champ la position dominante, parce qu'il a réussi à devenir l'organisation représentative (et porte-parole) du monde de la psychiatrie, reconnue comme telle par les pouvoirs publics. Mais il ne peut continuer à occuper cette position qu'en élaborant une représentation de ce qui fait la spécificité de la psychiatrie (par rapport à la « médecine somatique ») et la lie aux dispositions organisationnelles particulières

¹⁶ Le syndicat se dote, en janvier 1972, d'une Commission de l'Enseignement, de la Formation et de la Qualification, animée par plusieurs des dirigeants les plus marquants du syndicat (C. Brisset, P. Chanoit, P. Gehin, G. Michaud, J. Oury). Celle-ci, tout en suivant de près les activités des commissions de psychiatrie et la mise en route des CES au sein des UER, assure la tenue régulière d'un « séminaire d'épistémologie psychiatrique » dont les travaux, publiés dans la revue (qui sort à partir de mars 1973), vont alimenter la réflexion du syndicat. Elle prendra également en charge l'organisation des « Journées nationales d'études sur la formation du psychiatre » (Paris, les 9 et 10 mars 1974) qui, réunissant les représentants des différents syndicats « catégoriels » alliés pour dresser le bilan de l'application pratique des réformes, seront l'occasion d'intenses discussions.

du CES, et en l'imposant comme la seule légitime. D'où une intense production discursive faite d'articles, de rapports, mais qui s'alimente aussi de débats organisés, regroupant les différentes catégories professionnelles de psychiatres, des « personnalités » reconnues de la discipline et de nombreux membres des commissions de psychiatrie. Ces débats permettent en effet, à travers l'expression de points de vue tenus de positions différentes de construire le discours dominant comme discours capable, sur la base d'un socle conceptuel commun, d'intégrer une pluralité de visions.

Présentant aux journées d'études sur la formation des psychiatres des 9 et 10 mars 1974, un rapport sur les commissions de psychiatrie, dont il est le coauteur, Charles Brisset¹⁷, secrétaire général du syndicat définit la spécificité de la psychiatrie dans des termes qui font consensus. Celle-ci, explique-t-il joue sur trois niveaux : le statut épistémologique de la discipline, ses pratiques et ses institutions. En effet, là où « *le discours médical est clair, cohérent, momentanément complet et toujours révisable, par substitution ou complément de notions ou de techniques* »¹⁸, celui de la psychiatrie ne donne pas (et ne donnera sans doute jamais) lieu à un corpus homogène de savoirs et de pratiques. La spécificité de cette discipline est d'être hétérogène, tant au niveau des approches théoriques (existence de différents points de vue théoriques, en partie complémentaires, en partie antagonistes) que

¹⁷ Charles Brisset marquera de son empreinte la vie du SPF pendant toute la période où il en assurera la direction. Son ouvrage, publié en 1972, « L'avenir de la psychiatrie » aura valeur de manifeste en faveur de l'autonomisation de la psychiatrie. Exerçant comme psychiatre libéral à l'époque de ses responsabilités syndicales, il bénéficie d'une grande légitimité dans le milieu en tant que coauteur avec Henry Ey et Pierre Bernard d'un manuel de psychiatrie, de nombreuses fois réédité qui fera longtemps figure d'ouvrage de référence.

¹⁸ Rapport des Docteurs Brisset et Gendrot, Journées nationales d'étude sur la formation du psychiatre des 9 et 10 mars 1974, *Psychiatrie Française*, 5, 2, avril-juin 1974, p. 65.

des pratiques de soins (psychiatrie asilaire fondée sur l'isolement des malades, psychiatrie ouverte sur la communauté intervenant auprès des populations, psychiatrie libérale). En conséquence, la formation dispensée doit se montrer respectueuse de la diversité des théories et des modalités d'intervention, et rien ne serait plus néfaste à la discipline que le triomphe d'une fraction et l'élimination des autres. D'où l'idée des concepteurs de la réforme de mettre en place une structure qui assure le contrôle des connaissances, détermine les lieux de formation en veillant à ce que *l'esprit* (d'ouverture) *du CES* souffle dans tous les lieux d'enseignement de la psychiatrie. Telle est la raison d'être des commissions de psychiatrie auprès de chacune des UER, structure nécessairement décentralisée pour pouvoir ajuster le programme d'enseignement de chaque CES à l'état local de la psychiatrie¹⁹. Autrement dit, contrairement aux autres spécialités, le programme d'enseignement ne pas être imposé de Paris à l'ensemble du pays, il varie d'un CES à un autre, et c'est la mission des commissions de psychiatrie de maintenir dans l'équilibre, le maximum de diversité pour éviter « *que s'installe l'arbitraire, la discrimination ou la sélection des lieux les uns par rapport aux autres* »²⁰. Mais définir la spécificité de la psychiatrie par son hétérogénéité doctrinale, pratique et institutionnelle conduit à penser la question du « corps enseignant » et de ses

représentants dans les commissions, en des termes peu conformes à la *doxa* universitaire. La mise en route de la réforme est confrontée au départ à un problème de manque d'universitaires qualifiés pour enseigner la psychiatrie. Les enseignants titulaires de l'ex-CES de neuropsychiatrie sont à l'évidence en trop petit nombre pour encadrer un enseignement qui s'adressant à l'ensemble des futurs psychiatres, inclut notamment la population des internes des HP. Ainsi, en cinq ans, le nombre de psychiatres en formation va passer de 654 (1969-70) à 2548 (1974-75). Il y a donc nécessité, de ce seul point de vue quantitatif, de recourir à des enseignants non-universitaires, médecins des hôpitaux psychiatriques et psychiatres libéraux. Ces enseignants qu'on dira « de fait », pour les opposer aux enseignants « de droit » universitaires, et qui vont rapidement constituer la grande majorité de formateurs, seront recrutés par des mesures dérogatoires²¹, utilisées aussi mais à titre exceptionnel dans les autres domaines universitaires. Le décret fixant la composition des commissions de psychiatrie leur accordera une place équivalente à celle des universitaires²². Mais pour le SPF, qui entend parler au nom de l'ensemble des psychiatres, cette participation massive des enseignants « de fait » à la formation trouve sa

¹⁹ « *L'instauration des commissions tient son sens de l'incapacité où nous nous trouvons de gérer et de délivrer un Savoir et de transmettre un Savoir-Faire qui prétendrait couvrir l'ensemble de notre pratique... Originales nos commissions le sont par leur diversité. Que l'on parcoure nos UER : On ne trouvera pas deux commissions semblables. C'est que leur forme et leur contenu dépendent moins d'un programme que des personnes... On peut imposer de Paris un programme pour la cardiologie, pas pour la psychiatrie... Devant l'impossibilité de formules toutes faites, il fallait rassembler par région ou par cercle ceux qui voulaient ou pouvaient contribuer à l'invention de la nouveauté.* » Ibid, p 64

²⁰ Ibid p. 65.

²¹ En faisant jouer l'article 44 de la loi d'orientation qui, traitant des mesures transitoires de mise en œuvre de la loi permet à des non-universitaires d'enseigner sans contrevenir avec les dispositions générales de la loi.

²² Le décret du 17 Mars 1971 prévoit que les commissions seront composées *dans la limite* de 10 universitaires, *dans la limite* de 10 psychiatres médecins des HP ou praticiens libéraux, de 3 membres cooptés (2 enseignants des sciences biomédicales, un enseignant des sciences humaines et sociales) et d'un nombre d'étudiants équivalent à celui des enseignants. En réalité, de nombreuses commissions ne parviennent pas à réunir 10 universitaires de psychiatrie. Un comptage réalisé à partir des données sur les commissions recueillies par le SPF montre que sur 243 membres enseignants, appartenant à 19 commissions d'UER, les non-universitaires sont majoritaires (54,7 %, contre 30,4 % de psychiatres universitaires).

justification indépendamment de la question démographique, dans l'hétérogénéité constitutive de la discipline. Le recours à des médecins d'HP et à des praticiens libéraux est une nécessité parce qu'eux seuls ont les compétences pour former les étudiants à des pratiques qu'ignorent dans leur majorité des universitaires rodés au seul exercice de la psychiatrie en CHU. Sur le principe, cette position fait l'objet d'un large consensus, recueillant l'assentiment des universitaires adhérents du syndicat, même si, comme on le verra, la collaboration entre les deux groupes d'enseignants ne va pas sans tension. Ce faisant, elle tend à constituer l'existence d'un corps enseignant mixte, associant sur un pied d'égalité des personnels titulaires de l'Éducation nationale et des « professionnels de terrain », en propriété spécifique de la psychiatrie, renforçant par cette anomalie universitaire l'autonomie du sous-champ.

C'est également en fonction de sa conception de la spécificité du métier de psychiatre que le SPF explicite ce qui fait la raison d'être de l'année probatoire, laissée dans l'implicite par les textes officiels. Dans un rapport écrit au nom de la Commission Enseignement, Formation, Qualification du SPF, Paul Gehin présente cette année comme un temps d'épreuve, une initiation mettant à l'épreuve une vocation. « *La vocation psychiatrique* (je souligne), greffée sur une vocation médicale, peut être acceptée ou refusée. Si l'on accepte que toute vocation demande des aptitudes et en complément peut être contrariée par des inaptitudes, la probation prend alors une valeur de sélection »²³. Au terme de cette année, les critères retenus pour sélectionner le candidat ne sont, en principe, que secondairement scolaires. Il n'est pas jugé sur son savoir, « *c'est-à-dire sur ces capacités mnésiques, ou même son intelligence, mais sur son efficacité dans l'exercice d'un certain*

métier. »²⁴ Efficacité qui suppose la mobilisation d'aptitudes autres que celles qui sont requises pour le passage d'épreuves scolaires, si difficiles soient-elles. « *La probation a pour but de prendre en considération les qualités proprement individuelles du candidat au seuil d'aborder une formation qui sollicitera une mise en question de sa personnalité.* »²⁵ Si le candidat ne satisfait pas à l'évaluation, il lui faut arrêter le cursus. Il peut, s'il le souhaite, choisir une autre spécialisation.

La finalité de l'année probatoire, ainsi exposée, a partie liée avec les remaniements en cours du sous-champ psychiatrique et avec l'enjeu majeur que constitue la définition de son degré d'autonomie relative vis-à-vis du champ médical. C'est cette même logique, à l'œuvre dans la caractérisation de la spécificité du corpus théorico-pratique de la discipline, qui conduit ici à poser la question de l'évaluation des aptitudes personnelles des postulants à l'exercice de la psychiatrie. L'année probatoire constitue donc un premier droit d'entrée qui ne peut être acquitté que par les candidats dont les dispositions sont bien celles attendues par les agents qui dominent le sous-champ. Un texte de P. Chanoit explicite ce qu'elles doivent être :

« Dans la perspective psychiatrique, nous savons que la maîtrise de la relation avec un être malade mental implique une acceptation de nos propres structures névrotiques. Tout ce qui va bloquer l'évolution et la compréhension de cette névrose personnelle sera un véritable handicap. BAILLY-SALIN soutient qu'il n'est pas surprenant de constater que le bon médecin de médecine générale est celui qui a réussi à nier sa propre évolution névrotique et à guérir de son évolution sur un mode parcellaire d'approche de son patient, à savoir l'organe. Au

²³ Paul Gehin, Introduction pour une lecture, *Psychiatrie Française*, 4, 1, janvier-mars 1973, 17

²⁴ Rapport de Mme Bardet, Journées nationales d'étude sur la formation du psychiatre des 9 et 10 mars 1974, *Psychiatrie Française*, 5, 2, avril-juin 1974, 58.

²⁵ P. Chanoit, « Appareils technico-administratifs de la formation en psychiatrie », *Psychiatrie Française*, 5, 2, avril-juin 1974, 71

*contraire le psychiatre sait bien qu'il ne peut progresser par rapport à ce malade que s'il accepte sa propre névrose.*²⁶ »

L'introduction d'une année probatoire répond donc à deux exigences solidaires. D'une part, le souci de sélectionner des agents aptes à prendre en charge des malades mentaux, selon les critères ayant cours dans le sous-champ. D'autre part, la préoccupation de préserver l'autonomisation fraîchement acquise de la psychiatrie en n'ouvrant les portes de la discipline qu'à ceux dont les traits d'habitus offrent quelques garanties qu'ils adhéreront, une fois entrés, à la vision dominante. Il s'agit, en particulier, d'éviter l'entrée d'agents par trop portés à concevoir la psychiatrie et le métier de psychiatre dans les mêmes termes que la médecine ordinaire, le risque étant d'autant plus réel que les études de médecine n'offrent encore que peu d'opportunités à un étudiant d'entrevoir ce qui fait la spécificité de ce domaine.

La mise en place du CES : l'échec d'une ambition

Alors que la réforme conduit à une augmentation rapide et soutenue du nombre des psychiatres en formation, les débats sur la formation, au sein du sous-champ, voient se multiplier les prises de position critiques. Elles dénoncent l'accumulation d'obstacles au bon fonctionnement du dispositif de formation qui détournent l'enseignement de la psychiatrie de sa finalité initiale. Quatre ans après les débuts de la réforme, l'Assemblée générale du S P F de juin 1973 adopte une motion qui dénonce le manque de moyen dont souffre l'enseignement de la psychiatrie à l'université et déplore « *la persistance relative de conceptions trop rigides et restrictives réduisant la psychiatrie aux perspectives scientifiques classiques d'une médecine d'appareil et son enseignement à la seule transmission d'un savoir universitaire magistral*²⁷ ». L'année suivante, les journées

d'études sur la formation sont l'occasion de revenir sur l'ensemble des problèmes, d'élaborer une ligne de conduite et des propositions pour remédier à ce qui se présente bien comme une crise majeure de la nouvelle politique de formation²⁸. Les critiques n'épargnent aucun des éléments du dispositif de formation. Elles touchent tout à la fois au mauvais fonctionnement des commissions de psychiatrie, au défaut de reconnaissance du travail des enseignants non-universitaires, à l'organisation de l'enseignement, à l'échec de l'année probatoire, à l'impossibilité d'inscrire la formation en psychothérapie dans le cadre du CES et à l'inadaptation relative de l'internat de psychiatrie à sa mission de formation clinique. Mais le contenu des critiques n'est pas toujours homogène et fait apparaître sur certains points des différences, voir des divergences d'appréciations.

1- La discussion sur le fonctionnement des commissions aborde plusieurs types de problèmes déjà soulignés lors d'un premier bilan établi en 1971, sur la base de rapports faits par des membres syndiqués de Commissions²⁹. Dans de nombreux endroits, les commissions éprouvent des difficultés à organiser leur travail par manque de moyens financiers pour l'administration et le secrétariat. Mais surtout, elles sont loin d'avoir toutes, le même dynamisme. Si quelques-unes fonctionnent de façon satisfaisante, d'autres restent paralysées depuis leur création par des querelles intestines permanentes ou à cause d'une politique de blocage de la part des autorités de l'UER. D'où l'expression de prises de position « désenchantées », allant jusqu'à prôner le boycott syndical de la participation à

²⁶ P. Chanoit, « L'année probatoire en psychiatrie », op. cit., 17

²⁷ Motion sur la formation et l'enseignement, *Psychiatrie Française*, 1, 1974, pp. 9-10

²⁸ Les journées rassemblent 120 participants, dont 40 membres de commissions de psychiatrie, représentant 22 commissions d'UER. Sont présents, comme invités, les présidents ou secrétaires généraux de plusieurs syndicats « amis » (syndicat des psychiatres hospitaliers, des psychiatres salariés, des psychiatres privés, des psychiatres en formation).

²⁹ Les commissions de psychiatrie dans les UER de médecine, *Psychiatrie Française*, avril 1971, 2, p. 43

des structures qui ne sont pas réformables³⁰. « Politique de la chaise vide » récusée par la direction du SPF, qui appelle au contraire tous les psychiatres soucieux « *de faire bouger la médecine* » à investir les commissions³¹.

2- Le *bénévolat forcé* auquel sont contraints, dans de nombreuses UER, les enseignants « de fait », suscite de nombreuses interventions critiques, tant des intéressés que des représentants syndicaux et des universitaires présents³². Les multiples tactiques administratives utilisées pour ne pas les payer, sinon avec beaucoup de retard et/ou partiellement, sont interprétées comme la manifestation la plus voyante des résistances de l'Éducation nationale à leur reconnaissance. Il faut voir, derrière les mesquineries, « *la volonté des pouvoirs publics de réserver l'enseignement théorique aux agents de l'Éducation Nationale* » et le « *refus de créer le précédent d'un corps d'enseignants non-universitaires, rémunéré sur des bases des grades universitaires.* »³³ Ce conservatisme de l'institution universitaire la rend imperméable au sens profond que la réforme de l'enseignement de la psychiatrie donnait à la participation des non-universitaires à l'enseignement. Avec pour conséquence une tendance à la désaffection mettant en péril le fonctionnement du CES.

3- Les questions soulevées à propos de l'organisation de l'enseignement mettent en lumière un relatif malaise des universitaires

membres du SPF. Malaise, d'abord, devant la très grande hétérogénéité des enseignements proposés par les différents CES. Alors que ces variations locales ne posent pas de problème à la majorité du syndicat qui y voit l'expression même de la diversité de la psychiatrie, elles constituent pour eux un facteur d'inégalité devant la formation qui choque leur ethos d'enseignant³⁴. Malaise, ensuite, devant certaines dispositions réglementaires et leurs conséquences. Le fait que les universitaires n'aient aucun droit de regard sur la formation dispensée dans les HP, explique le Pr. Sutter, laisse dans le vague la question du contrôle de cette formation. « *Il y a une ambiguïté certaine. En principe, la responsabilité incombe à la Commission de Psychiatrie, mais elle n'a ni les moyens, ni généralement le goût d'intervenir dans ce domaine.* »³⁵ Et l'universitaire qui recueille les doléances du psychiatre en formation, insatisfait de son stage « *n'accepte pas, sans une certaine mauvaise conscience de se contenter de dire qu'il n'y peut rien.* » De même, la règle qui veut que seuls les universitaires soient responsables, devant la commission de psychiatrie, des taches de contrôle des connaissances (les enseignants « de fait », n'ayant qu'un rôle consultatif) produit des effets négatifs. Elle accentue chez certains non-universitaires une fâcheuse tendance à se désintéresser de l'évaluation de la formation acquise par les étudiants³⁶, voir à se dessaisir de leur responsabilité³⁷.

4- L'expérience de quelques années de fonctionnement de l'année probatoire incite

34 « *La large diffusion des terrains de formation et la multiplication des séminaires théoriques, rendent inévitable une certaine inégalité entre les psychiatres en formation. Cet état de choses choque l'esprit de système des universitaires, mais il a, en contrepartie l'avantage de permettre une formation plus diversifiée.* » Pr Sutter, Le point de vue d'un universitaire (rapport), Journées Nationales d'étude..., op. cit., p 68

35 Ibid.

36 Pr. Scotto et Pr. Cain, La collaboration entre enseignants de droits et de fait (rapport), Journées Nationales d'étude..., op. cit., p 77-80

37 Intervention du Pr Mises, Journées Nationales d'étude..., op. cit p. 89

³⁰ Cf. les interventions de Liberman (Dijon), Koeler (Lyon) et de Jean Ayme président du syndicat des psychiatres des HP ; Discussions, Journées nationales d'étude sur la formation du psychiatre des 9 et 10 mars 1974, *Psychiatrie Française*, op. cit., 97

³¹ Ce débat sur la stratégie fait écho à ceux qui, à la même époque agitent le monde étudiant à propos de la participation aux structures de cogestion de l'université.

³² Voir les interventions des Docteurs Jacquot, Flavigny, Geissmann, Lasselin, Blès (syndicat national des psychiatres privés) et Abdoucheli (syndicat des psychiatres salariés CGC), *ibid.*, 83-91

³³ Dr Pennec, Étude des textes réglementant la formation psychiatrique, concernant les enseignants, Journées Nationales d'étude..., op. cit., p. 63

au pessimisme. Le rapport du Dr. Chanoit s'interroge sur la pertinence d'un objectif qui, à l'épreuve de la réalité, paraît quasi impossible à atteindre. Une première source de problèmes réside dans le flou des textes ministériels concernant la définition du statut, de la fonction et du rôle de l'apprenti psychiatre au cours de cette première année de formation³⁸. Il en résulte un ensemble de situations très hétérogènes, tant sur le plan des stages cliniques que de la formation théorique dispensée. L'apprenti psychiatre peut être pris dans un service comme « stagiaire interné » ou comme « faisant fonction d'interne » mais il peut aussi, et le cas est fréquent, se retrouver dans la situation d'un stagiaire surnuméraire, sans responsabilités cliniques définies³⁹. La même hétérogénéité se retrouve dans la formation théorique qu'il reçoit, avec des séminaires d'initiation aux différentes approches, « livrés à l'anarchie des initiatives individuelles »⁴⁰. Une seconde source de problèmes est plus grave encore. Les textes font de la réussite à l'année probatoire une condition de la candidature à l'internat de psychiatrie. Du même coup, cette année se trouve aussi être celle de la préparation du concours, ce qui conduit inévitablement l'étudiant à s'investir dans « un bachotage préparatoire, (...) au détriment d'une exploration large du domaine psychiatrique »⁴¹. En l'absence de directives précises, rien dans l'organisation de la formation ne vient contrecarrer cette tendance. Et comme « la supervision des relations thérapeutiques est le plus souvent

laissée à l'initiative de chefs de service fréquemment surchargés de tâches cliniques et administratives », l'année probatoire tend à glisser « vers une année préparatoire à l'internat en psychiatrie »⁴². Autrement dit, les apprentissages de type scolaire prenant le dessus sur le reste, c'est la conception même de cette année probatoire qui est battue en brèche. D'où le profond malaise que ressentent ceux qui dans les Commissions de Psychiatrie veulent, pour la respecter, introduire des critères d'évaluation autres que scolaires⁴³.

4- Posant dans son rapport la question de l'enseignement de la psychothérapie, le Dr. Chanoit va d'emblée à l'essentiel. « Nous entrons dans le domaine le plus spécifique de la psychiatrie et, il faut bien le dire, à l'heure actuelle, rien n'est prévu ni organisé pour la formation psychothérapeutique des futurs psychiatres. »⁴⁴ Celle-ci est laissée à l'initiative personnelle des enseignants comme des formateurs. Or, la formation à la psychothérapie est un élément dont l'importance est double. À la fois comme apprentissage de la démarche thérapeutique la plus spécifiquement psychiatrique (par opposition à la chimiothérapie) en ce qu'elle tire son efficacité du seul jeu des relations interpersonnelles. Et comme élément fondamental du travail sur soi, sans lequel il ne saurait y avoir de formation psychiatrique⁴⁵. Or, si la nécessité d'intégrer cette formation dans l'enseignement officiel de la spécialité, semble aller de soi, les conditions permettant de le faire sont loin

³⁸ P. Chanoit, « Appareils technico-administratifs de la formation en psychiatrie », Journées Nationales d'étude..., op. cit., 71

³⁹ Sans statut administratif, sans présence réelle, il n'a aucune possibilité de s'impliquer personnellement dans le travail des équipes, seule condition permettant d'évaluer ses aptitudes. Bien plus, l'absence de statut lui interdit des actes thérapeutiques élémentaires : Il n'a aucune possibilité de se situer dans la relation avec le malade, comme nanti d'un réel pouvoir médical, seule condition d'un exercice de la psychiatrie. » Ibid., p 17

⁴⁰ Ibid., p. 18

⁴¹ Ibid., p. 19

⁴² Ibid., p. 19

⁴³ Cf. Intervention de Mme Bardet, Journées Nationales d'étude..., op. cit., p.58

⁴⁴ Dr. Chanoit, « Appareils technico-administratifs... », op. cit., p. 72

⁴⁵ « Déjà en 1965, Green, Martin et Sivadon écrivaient : "Il devrait être obligatoire de se soumettre à une formation de ce type dès le début de la formation psychiatrique et pour une période minimum susceptible d'ailleurs d'être prolongée ; le choix de la méthode restant alors de toute façon libre. Il semble en effet, que le refus de se mettre en question paraisse une contre-indication à la pratique de ce que la psychiatrie a d'essentiel » Ibid.

d'être réunies. En effet, il faudrait pour cela « que l'Université accepte de reconnaître la nécessité d'une formation personnelle et par voie de conséquence prévoit les formateurs. Ils doivent être nombreux ; ils existent. Faut-il encore que l'on sache le leur demander et reconnaître leurs fonctions.⁴⁶ »

Mais curieusement, cette question, en apparence cruciale, ne suscite pas de discussion lors des Journées, comme si elle ne se correspondait pas à un problème concret pour les participants. Sans doute faut-il y voir là, la conséquence de la place centrale qu'occupe alors la psychanalyse et qui fait que la grande majorité des psychiatres présents ont suivi, suivent ou envisagent de suivre une formation psychanalytique⁴⁷.

5- Alors que l'internat de psychiatrie s'affirme de plus en plus comme la voie privilégiée empruntée par les psychiatres en formation, de nombreuses interventions critiquent son inadéquation. Conçu en fonction de l'asile, pour répondre à des problèmes d'un autre temps, l'internat porte en lui-même cette force du traditionnel et tend à résister aux changements. Les corrections apportées pour l'adapter aux nouvelles conditions d'exercice de la psychiatrie demeurent toujours très partielles. Certes, « les internes ont obtenu de pouvoir être internes de secteurs, mais l'exercice extérieur continue à leur être interdit⁴⁸ », d'où une limitation de leur expérience clinique, qui les prépare mal à

l'exercice libéral de la profession⁴⁹. En outre, dans de trop nombreux endroits, la fonction de supervision du travail de l'interne impartie au chef de service tend à se confondre avec « l'exercice autoritaire de rapports hiérarchiques ». Au lieu d'être formé à l'exercice des responsabilités cliniques, l'interne est instrumentalisé par son « patron » qui se décharge sur lui des tâches administratives⁵⁰.

Plus généralement, la pression de l'institution tend à ce que les psychiatres en formation se considèrent et soient considérés comme des mineurs : en les infantilisant, elle empêche que s'opère la mutation de l'étudiant au médecin⁵¹.

Le bilan établi au terme de ces Journées nationales d'études sur la formation des psychiatres est sévère : la réforme mise en place après Mai 1968 a donné des résultats décevants au regard de ses ambitions initiales.

⁴⁹ « Je voulais insister sur l'inadéquation qu'il y a entre la formation hospitalière que nous donnons aux psychiatres et l'exercice de consultation, l'exercice libéral auquel se destine la grande majorité... Entre ces deux champs, très différents dans la pratique, il n'y a que des interférences mineures. Il conviendrait donc d'être attentif à la formation spécifique qu'il faut pour l'un et l'autre... Je vois beaucoup de jeunes psychiatres qui se plaignent très justement qu'arrivés à la 4^e année de leur formation, ils n'ont pas eu encore l'occasion de pratiquer véritablement la consultation psychiatrique ; Ils se pressent aux portillons des postes où on leur donne des responsabilités de consultation. » Intervention du Pr. Kammerer, Journées nationales d'études..., op. cit., p. 75

⁵⁰ Dr. Chanoit, « Appareils technico-administratifs... », op. cit., p. 72.

⁵¹ « il y a crise de passage de type presque initiatique lorsqu'on dit à quelqu'un qui travaille depuis longtemps dans un établissement : "Maintenant, il y en a assez, il faut que tu te considères comme médecin". C'est souvent tragique, il ne veut pas... Ce n'est pas le savoir qui fait le médecin, souvent les psychiatres en formation ont un savoir bien supérieur à celui du psychiatre de fait ou officiel. C'est bien plus de devoir prendre des décisions sans avoir recours à personne, ni à aucun groupe. C'est cela être médecin : se colleter avec les difficultés, prendre des décisions pour les malades en rompant toute dépendance » Intervention du Dr. Jean Oury, Journées nationales d'études..., op. cit., p. 90. Voir aussi l'intervention du docteur Damade, p.93-94

⁴⁶ Dr. Chanoit, « Appareils technico-administratifs... », op. cit., p. 72

⁴⁷ Comme le dit, dans l'entretien qu'il m'accorde, un professeur de psychiatrie : « Quand je suis entré (dans le courant des années soixante-dix) comme chef de clinique dans le service de X, j'ai très rapidement entrepris de faire une tranche d'analyse. C'est devenu pour moi une évidence qu'il fallait en passer par là. Tous les autres étaient analystes ou analysants. Je ne le regrette pas d'ailleurs, même si, par la suite j'ai peu pratiqué la psychanalyse. Mais, à l'époque, c'était comme ça, il y avait une pression du milieu, il fallait faire au moins une analyse personnelle. »

⁴⁸ *ibid.*, p. 58

Pour la direction du SPF, les objectifs pédagogiques visés ne peuvent être réalisés dans le cadre existant qui ne permet pas de prendre en compte les spécificités de la discipline. Plutôt que de chercher à le réaménager, il apparaît nécessaire d'en sortir et d'en construire un nouveau. Autrement dit, une autre réforme s'impose dont le syndicat indique les grandes lignes qui s'articulent autour d'une idée directrice : donner aux structures d'enseignement de la psychiatrie une beaucoup plus grande autonomie vis-à-vis de l'Université en faisant de la formation des psychiatres, une formation post-universitaire réservée à des docteurs en médecine⁵². Dans le dispositif imaginé, le vieil internat de psychiatrie, inadapté aux besoins, n'aurait plus de raison d'être. Les psychiatres en formation pourraient effectuer leurs stages pratiques dans les institutions du secteur psychiatrique sans se retrouver dans la situation de « dépendance infantilisante » dans laquelle sont tenus les étudiants et les internes. Docteurs, ils pourraient se former en exerçant de plein droit des fonctions de responsabilités cliniques tout en étant rémunérés en tant que professionnels salariés de l'institution. Dans ces conditions, une évaluation précoce de leurs dispositions à pratiquer la psychiatrie serait possible, redonnant tout son sens à l'année probatoire. Conséquence logique d'une telle réforme, les enseignants non-universitaires se verraient reconnus par un statut *ad hoc*.

Le projet possède une cohérence intellectuelle certaine et peut s'appuyer sur l'argument que tous les pays étrangers « développés » ont déjà adopté un mode d'enseignement post-

universitaire pour la psychiatrie⁵³, mais il est trop en rupture avec les normes d'organisation de l'enseignement médical français pour être pris en compte par les pouvoirs publics. D'autant que l'intérêt que ceux-ci peuvent porter à l'avenir de la psychiatrie passe largement au second plan, derrière celui de l'ensemble de la médecine qui émerge comme source de préoccupations.

Normalisation des études psychiatriques et réaménagement du sous-champ.

La médecine n'échappe pas au vent de réformes qui souffle avec l'arrivée au pouvoir d'une nouvelle majorité à la suite de l'élection de V. Giscard d'Estaing à la présidence de la République. L'idée qu'il convient de maîtriser les dépenses de santé et de freiner la progression démographique du nombre des médecins et plus particulièrement celle des spécialistes (de loin la plus forte), prend consistance. Le Ministère de la santé charge un groupe de travail dirigé par le Pr Rapin, Doyen de la Faculté de médecine de Créteil d'élaborer un projet pour réformer l'enseignement des spécialités, dans le sens d'une plus grande sélection. La solution proposée consiste à coupler cette réforme à celle de l'internat des hôpitaux. L'idée est de supprimer toutes les filières d'enseignement des CES et de conditionner l'accès à une formation clinique spécialisée par le succès au concours de l'internat. Corrélativement, l'internat perd son caractère « généraliste », les internes devant choisir une spécialité et y consacrer 3 des 4 années que dure leur formation. Ainsi, l'État sera en mesure de réguler efficacement l'évolution démographique des principales composantes de la profession médicale, en jouant tout à la fois sur la proportion entre les spécialistes et

⁵²Cf. Texte adopté par le Conseil syndical du Syndicat des Psychiatres Français, le 28 Avril 1974, Journées nationales d'études..., op. cit., p. 101.

⁵³ Charles Brisset, que l'on peut considérer comme le concepteur du projet développe cet argument en passant en revue les modes d'organisation de la formation des psychiatres dans les principaux pays d'Europe (Allemagne, Belgique, Danemark, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Suisse), aux Canada et aux USA. Cf. Brisset, C., *L'avenir de la psychiatrie en France*, Payot, Paris, 1972, pp 188-225

les généralistes⁵⁴ et en contrôlant la distribution des internes entre les spécialités, par le biais du nombre de postes alloués à chacune, et entre les régions⁵⁵.

Le projet Rapin englobe la question de la formation des psychiatres dans la perspective générale de réforme des spécialités qui est la sienne. Il ne prend en compte la spécificité du domaine que sur deux points : le maintien des Commissions régionales de psychiatrie et l'inclusion des services du secteur psychiatrique dans le pool des services qualifiants (l'internat des HP étant, lui, supprimé). Les réactions des syndicats de psychiatres sont fortement négatives vis-à-vis d'un projet qui s'oppose presque point par point au leur et dans lequel ils voient le triomphe de « l'esprit de concours »⁵⁶. Mais, alors que le « milieu » commence à se mobiliser, le projet de réforme est abandonné. Élaboré sans concertation avec les confédérations de syndicats médicaux et ne prévoyant rien pour la formation des généralistes (sinon par défaut), il aura suscité une trop grande opposition. Fort de cette expérience, le Ministère de la santé remettra en place un autre groupe de travail dont le rapport sera préparé cette fois par une large consultation des représentants de la profession médicale et remis en 1978.

Le rapport rédigé par la commission Fougères, reprend à son compte les grandes lignes du projet Rapin liant la spécialisation à l'internat. Mais il en atténue la logique élitiste en proposant d'organiser une formation spécifique pour les médecins généralistes, par un troisième cycle de deux ans. Combiné avec l'introduction d'un *numerus clausus* à la fin

de la première année de médecine, le rapport Fougères répond au même objectif de freiner à la croissance du corps médical et de réguler le nombre des spécialistes. Sur cette base, un projet de loi est soumis au Parlement et adopté. La qualification de spécialistes sera désormais attribuée aux titulaires d'un Diplôme d'études spécialisées (DES), au terme de quatre ans d'études réservées aux internes des hôpitaux qui complèteront leurs stages cliniques par une formation « théorique ». La spécialisation en psychiatrie est modelée sur celle des autres spécialités. Sous la pression du Secrétariat d'État aux universités, les commissions régionales de psychiatrie sont supprimées (tout comme l'année probatoire), l'organisation, l'enseignement et l'évaluation redevenant l'apanage exclusif des universitaires (avec une participation très réduite des non-universitaires).

Confronté à une réforme de l'enseignement médical qui en supprimant le CES de psychiatrie, supprime du même coup ce qui faisait la spécificité du dispositif de formation des psychiatres mis en place après Mai 68, les organisations professionnelles de psychiatres sont placées dans une situation difficile. En effet, dès lors qu'elles font le choix principal de l'appartenance de la psychiatrie à la médecine, leur marge de manœuvre est quasi nulle. Un éditorial de C. Brisset⁵⁷ analyse avec lucidité les contraintes qui, s'exerçant sur la psychiatrie, marquent les limites de ce que peut être l'autonomie du sous-champ. S'ils veulent maintenir l'ancrage de la psychiatrie dans le champ médical, les psychiatres ne peuvent que jouer le jeu de la réforme des études médicales. Même si leur acceptation implique un renoncement à ce qui faisait, à leurs yeux, la spécificité de la formation des psychiatres et donc, dans une certaine mesure, la spécificité de la

⁵⁴ Le projet Rapin estime que, pour chaque promotion, ce rapport doit être de 1/4 versus 3/4.

⁵⁵ L'internat « qualifiant » est régional, chaque région regroupant dans un pool unique l'ensemble des services de stages qualifiants. La possibilité étant donnée aux étudiants de se présenter dans trois régions et à deux concours.

⁵⁶ Analyse des réponses des sections régionales du S P F, *Psychiatrie Française*, Janvier-Mars 1975, 6, 1, 7 ; Réponse du Syndicat des psychiatres privés, *Psychiatrie Française*, Avril-Juin 1975, 6, 2, 49

⁵⁷ Ibid., 12.

psychiatrie elle-même⁵⁸. Mais le fait que ce renoncement se fasse sans débats, alors que le projet Rapin avait suscité des réactions nombreuses et virulentes, est un indicateur des évolutions en cours dans le sous-champ, dont on va voir qu'elles concernent les différentes catégories de psychiatres. Ces évolutions sont en relation directe avec la façon dont l'ouverture du CES s'est articulée avec le concours de l'internat des HP et le développement de la sectorisation.

Outre l'introduction de « l'esprit de concours » dans l'année probatoire, qui, comme on l'a vu, devait en détourner le sens initial, l'articulation privilégiée entre le CES et l'internat, dans un contexte de développement institutionnel de la psychiatrie de secteur aboutit à une situation que n'avaient pas prévue les promoteurs du CES. En effet, dans la pratique, la tendance des commissions de psychiatrie sera de lier le nombre des candidats admis en formation aux besoins hospitaliers en internes. Cette tendance s'explique en grande partie par des facteurs conjoncturels. En effet, l'extension de la sectorisation psychiatrique est mise en œuvre sans que la création de postes de praticiens hospitaliers suive, et cette pénurie relative de personnel médical pousse les chefs de service des HP à demander des postes d'internes afin d'assurer le bon fonctionnement de leurs services. Il en résulte une pression, au niveau des CES de psychiatrie, pour ajuster le nombre de étudiants à former, avec les besoins en internes des établissements⁵⁹. Cette confusion

entre postes de formation et besoins en personnel médical conduit à une inflation du nombre des psychiatres en formation et par un effet mécanique à une croissance forte et rapide des effectifs de la spécialité. Le nombre de psychiatres inscrits au conseil de l'ordre passe de 1492 en 1965 à 3378 en 1975 pour atteindre en 1983 (à l'extinction du CES), 6388⁶⁰. Des problèmes de débouchés professionnels commencent à se poser dès la fin des années soixante-dix, avec un début d'encombrement dans le secteur libéral, car la psychiatrie publique offre alors peu de postes⁶¹. Dans un marché de la psychiatrie de ville où la concurrence se fait de plus en plus vive, les nouveaux entrants éprouvent des difficultés à se constituer une clientèle⁶². Menacées de déclassement par la « surproduction » de spécialistes que génère le fonctionnement du CES, les générations de psychiatres libéraux issus de la réforme de 1968 ne peuvent voir que d'un œil favorable la diminution du nombre des psychiatres en formation résultant du passage obligé par l'internat qualifiant. Et se désintéresser d'autant plus de la disparition du CES que ceux qui y enseignaient ont fait l'expérience amère d'un investissement à fonds perdus, faute de reconnaissance de leur activité (et faute de rémunération).

⁶⁰ Angleraud, J-M, La démographie des psychiatres, *Psychiatrie Française*, 1984,5, annexe 5, 22

⁶¹ S'agissant du mode d'exercice des spécialistes qualifiés par le conseil de l'ordre, les données pour l'année 1983 montrent un différentiel important entre les neuropsychiatres (qualifiés avant la réforme de 68) et les psychiatres (qualifiés après). Les premiers sont 67,6 %, contre 80,1 % pour les seconds à exercer en libéral exclusif. On voit donc que 4 psychiatres sur 5, formés après 68, vont alimenter le secteur libéral. Cf. Angleraud, op. cit., 23

⁶² Les données sur les honoraires moyens des praticiens « actifs », pour la période 1980-82, montrent que les revenus annuels des psychiatres titulaires du CES sont inférieurs de plus d'un tiers des revenus des titulaires du CES de neuropsychiatrie -ce qui n'est pas surprenant car ces derniers sont installés depuis plus longtemps - mais surtout qu'ils n'excèdent pas les trois quarts du revenu moyen des médecins généralistes, ibid.

⁵⁸ Repris en main par l'Université, l'enseignement de la psychiatrie cesse d'être un enjeu majeur pour le SPF. Le thème de la formation, après la publication d'un dernier article, analysant les causes de l'échec du CES de psychiatrie, disparaît pour des années des pages de la revue. Il faudra attendre l'an 2000 pour qu'il refasse surface sous forme d'un numéro spécial.

⁵⁹ Évoquée au cours des journées sur la formation, par plusieurs intervenants, cette tendance fait l'objet d'une analyse critique d'un des responsables de la commission formation du SPF, voir Depreux, JC, Réflexions sur la formation du CES de psychiatrie, *Psychiatrie Française*, 1979, 4, 33-67

La mise en place d'une filière universitaire de formation des psychiatres est un autre facteur de remaniement du sous-champ. La création d'un CES de psychiatrie implique la constitution d'un nouveau corps professoral de psychiatres universitaires et donc l'ouverture d'un concours d'agrégation *ad hoc*, en lieu et place de l'ancienne agrégation de neuropsychiatrie.

Sous la pression des syndicats de psychiatres, la Commission Nationale de Psychiatrie propose que l'agrégation soit ouverte aux titulaires du médicament des HP. En quelques années, un nouveau « mandarinat » se construit, très majoritairement issu du monde des HP qui, de ce fait, tend à se restructurer sur la base d'une hiérarchisation semblable à celle du secteur hospitalo-universitaire des CHU. Mais, l'ouverture de nouvelles perspectives de carrière, pour les médecins des HP, modifie inévitablement la nature des enjeux professionnels à l'intérieur du sous-champ psychiatrique. La possibilité d'accéder à des postes universitaires, introduit un type de luttes de concurrence entre médecins des HP qui auparavant n'avait pas lieu d'être. Luttes de concurrence dont on peut dire, de façon imagée, qu'elles sont le « cheval de Troie » par qui « l'esprit de concours » pénètre au cœur du groupe professionnel. Comme l'écrit Depreux, « *la préparation de l'assistanat et du psychiatricat, à côté du CES, sous le mode d'un concours où il fallût régurgiter du savoir, puis faire état de publications, n'ait toute prise de distance par rapport à la formation dite universitaire. Celle-ci est en chacun et a été introduite avec rigidité par beaucoup de ceux-là même qui mettait en cause la méthodologie universitaire.* ⁶³ ». La nouvelle élite hospitalo-universitaire de la discipline acceptera d'autant mieux la réforme du DES qu'elle en est la principale bénéficiaire, puisqu'elle se voit offrir le pouvoir de contrôler les structures de formation et donc de réguler la reproduction de la discipline.

⁶³ J.-C. Depreux, *Réflexions sur la formation du CES de psychiatrie*, *op. cit.*, 37

Puis, avec l'entrée en vigueur du DES la recomposition du sous-champ psychiatrique se poursuit à plusieurs niveaux. Le cursus qui conduit aux positions dominantes dans le sous-champ psychiatrique est maintenant semblable à celui des autres spécialités. Il passe par la réussite à l'internat des hôpitaux et aux différents concours permettant d'accéder aux postes de praticiens hospitaliers, de MCU-PH et de PU-PH. D'où un ajustement des critères définissant les capacités attendues d'un psychiatre hospitalo-universitaire (les critères « d'excellence »), sur ceux qui ont cours dans les autres disciplines médicales. Ce qui se traduit par le primat accordé aux compétences scientifiques sur les compétences cliniques, ou plus exactement aux compétences scientifiques telles qu'elles sont évaluées à travers le nombre des publications dans les revues internationales à comité de lecture (et de préférence anglo-saxonnes). Ceux qui s'investissent dans la compétition pour l'accès aux postes d'universitaires en psychiatrie seront donc poussés à s'engager dans des travaux conformes à la doxa de la recherche médicale. Seront ainsi privilégiés les domaines de l'épidémiologie psychiatrique et des essais cliniques de médicaments. En outre, les stratégies d'intégration de l'élite psychiatrique dans l'univers hospitalo-universitaire seront propices, dans certains endroits, au développement de collaborations avec des neurobiologistes, des spécialistes des sciences cognitives et de l'imagerie médicale. On comprend que, dans ce nouveau contexte, l'intérêt des universitaires pour la psychothérapie institutionnelle et pour la psychanalyse tende à s'étioler, ces approches théorico-cliniques des maladies mentales peu reconnues dans le monde de la recherche biomédicale⁶⁴, ne permettant guère de se constituer un capital monnayable sur le

⁶⁴ Il faudrait analyser les causes de l'échec du projet de Maurice Godelier, qui se proposait de développer la recherche psychanalytique au sein du CNRS, ainsi que le processus ayant conduit à l'éviction quasi totale de la psychanalyse à l'INSERM, dans les années 80.

marché des publications scientifiques⁶⁵. Cette évolution, liée aux nouvelles conditions de production de l'élite universitaire psychiatrique, n'est évidemment pas sans incidence sur la formation des jeunes psychiatres. Si l'idée que la spécificité de la psychiatrie tient à son hétérogénéité constitutive, théorique et pratique, reste la vulgate et s'impose au travers de la formation délivrée par le DES, le poids relatif des différentes « composantes » fait l'objet d'un important rééquilibrage. Dans un programme d'enseignement théorique, déjà très réduit par rapport à celui du CES, la place des séminaires présentant la psychanalyse et les différentes psychothérapies, est beaucoup moins importante qu'au début des années 1980. Le fait que la formation délivrée fasse l'impasse sur les pratiques psychothérapeutiques, pour n'en proposer qu'une approche théorique (voir simplement livresque) était déjà une question à laquelle le CES de psychiatrie n'avait pas pu répondre. Mais, à l'époque l'engouement pour la psychanalyse palliait les lacunes de la formation officielle, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Cette situation qui conduit à ce qu'un psychiatre puisse exercer son métier sans la moindre formation psychothérapeutique⁶⁶ est une menace à terme pour la cohésion du sous-champ, car elle remet en cause l'idée même de spécificité de

⁶⁵ Ce que m'explique crûment, un psychanalyste, praticien hospitalier dans un service de psychiatrie de CHU, visant l'agrégation. « *Pour avoir des chances de réussir (l'agrégation), il faut que je publie, mais évidemment pas dans des revues de psychanalyse. Pour l'université ça n'a aucune valeur. Il faut se plier dans le moule, faire des essais cliniques, ça m'intéresse bien d'ailleurs, c'est aussi ça la psychiatrie.* »

⁶⁶ « *C'est actuellement un véritable problème, peut-être le problème le plus important de la formation, que nous nous devons de résoudre, mais nous n'avons toujours pas trouvé la solution.* » Entretien avec un professeur de psychiatrie, responsable de l'enseignement du DES.

la « vocation psychiatrique »⁶⁷.

Solidairement à ce premier type de remaniements, la mise en place du DES introduit des changements importants dans l'espace des structures hospitalières psychiatriques. La psychiatrie de CHU et celle des HP ne sont plus constituées comme deux mondes étanches l'un à l'autre, dotés chacun de leur propre filière de recrutement des internes (internat des HP, internat général). Le passage par l'internat de spécialité réintègre les services de psychiatrie des CHU dans les lieux de stages pour les psychiatres en formation – qui deviennent rapidement les services les mieux cotés – en même temps qu'il introduit une ligne de partage au sein des HP (devenus entre temps des Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, ou CHSP) entre les services classés comme qualifiants (et susceptibles d'accueillir des internes) et les « autres ». Une nouvelle hiérarchisation des établissements (et des psychiatres hospitaliers) se met en place, qui structure l'espace en trois niveaux : la psychiatrie de CHU au sommet, les services du secteur, qualifiants pour la formation spécialisée, en position intermédiaire et les CHSP sans mission d'enseignement, au bas de l'échelle.

⁶⁷ L'analyse d'une douzaine d'entretiens réalisés auprès d'internes en 3^e et 4^e années de DES montre l'existence d'au moins deux conceptions bien différenciées des dispositions nécessaires à l'exercice du métier. À un premier groupe qui fait de l'expérience personnelle d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie, une condition nécessaire du « devenir psychiatre », s'oppose un second groupe pour qui la pratique de la psychiatrie n'implique ni formation psychothérapeutique, ni « travail sur soi » préalables. Pour ces derniers, le choix de la psychiatrie est d'abord affaire d'appétence pour une médecine « relationnelle », soucieuse d'appréhender le patient « dans sa globalité ». Si cette approche globale accorde une place de choix à la pratique du soutien psychothérapeutique (associée au traitement médicamenteux), cette pratique se satisfait de dispositions (« ouverture d'esprit », « équilibre personnel », « doigté psychologique ») semblables à celles qui sont attendues d'un classique « médecin de famille ».

Pour éviter que la baisse des effectifs d'internes dans les établissements du secteur psychiatrique ne perturbe leur fonctionnement, les pouvoirs publics sont contraints de créer des postes de praticiens hospitaliers (à temps plein et à temps partiel) offrant ainsi des débouchés professionnels nouveaux pour les jeunes psychiatres. Ce qui se traduit, dans un premier temps, par une augmentation notable de la proportion des psychiatres exerçant en CHSP et, corrélativement par un relatif désencombrement du secteur libéral⁶⁸. Mais, l'ampleur prise par la réduction des effectifs des promotions annuelles d'internes en psychiatrie (de 400 par an, au début du DES, les effectifs passent sous la barre des 200 à la fin des années 90⁶⁹), en se combinant avec les effets de la hiérarchisation des services hospitaliers, génère une situation de crise pour la psychiatrie publique. Portés à intérioriser les critères présidant à cette hiérarchisation, les internes choisissent d'effectuer un stage en CHPS, par défaut, c'est-à-dire, au début de leur internat, lorsqu'ils n'ont pas d'autre choix (ils doivent attendre le plus souvent la fin de la 2^e année ou le début de la 3^e pour accéder à un service de psychiatrie de CHU). Et encore, leur expérience de la psychiatrie de secteur reste-t-elle uniquement circonscrite à l'hôpital (ils ignoreront tout de la pratique des structures légères de la psychiatrie ambulatoire)⁷⁰. Et par la suite, ils ne seront

guère portés à s'engager dans une carrière de psychiatrie publique, d'où les problèmes actuels des CHSP (surtout les « non qualifiants ») qui éprouvent de plus en plus de difficultés pour recruter des praticiens hospitaliers (384 postes budgétés vacants en 1998, 583 en 1999)⁷¹. Cette désaffection amplifie les effets de la politique de réduction des capacités d'hospitalisation en psychiatrie de secteur (baisse de 41% des lits hospitaliers entre 1987 et 1997⁷²), et ce, alors même que le sous-champ commence à entrer dans une phase de baisse démographique des effectifs de médecins. Cette baisse, conséquence mécanique de l'excédent des départs à la retraite sur les entrées des psychiatres formés au cours des dix dernières années, va conduire en 2010 au non-remplacement d'un médecin sur trois et risque d'être encore plus marquée pour la psychiatrie des CHSP⁷³. La crise quasi permanente qu'a connue la psychiatrie depuis les années soixante va selon toute vraisemblance prendre un cours nouveau, mais dont il serait bien imprudent de prophétiser l'issue.

⁶⁸ Au 1^{er} Janvier 1999, sur les 13200 psychiatres recensés, 53 % sont salariés à temps plein dans des établissements de santé (dont près de 9 sur 10 à l'hôpital) et sur les 47 % de psychiatres libéraux, 3 sur 10 exercent également une activité hospitalière à temps partiel. Bilan de la sectorisation psychiatrique, *Document de travail*, DREES, 2, 2000, 19

⁶⁹ Cette diminution a partie liée avec le renforcement du numerus clausus à la fin de la première année des études médicales, qui fait chuter les effectifs globaux des étudiants en médecine.

⁷⁰ « *Les internes ne sont pratiquement plus formés par les psychiatres des Centres Hospitaliers Spécialisés : ils ne connaissent plus ce métier, ils ne s'identifient pas de fait à ces collègues* », Leborgne M., Garret-Gloade N., Démographie des psychiatres hospitaliers à temps plein, *L'information psychiatrique*, 4, 1999, 430.

⁷¹ Ibid.

⁷² Bilan de la sectorisation psychiatrique, *Document de travail*, DRESS, n° 2, juin 2000, 42

⁷³ Cf. Leborgne, M. et Garret-Gloane N., op. cit. et Alezrah, C., Réflexions sur la démographie médicale en psychiatrie, document ronéoté préparatoire à la conférence nationale des présidents de CME de CHS, Février 2000.