

Les inflexions de la politique de santé mentale en France

Inflexions in France's mental health policy

Marcel Jaeger

Volume 20, numéro 1, printemps 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032334ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032334ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Jaeger, M. (1995). Les inflexions de la politique de santé mentale en France. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 77–87. <https://doi.org/10.7202/032334ar>

Résumé de l'article

Après le tournant pris par la psychiatrie en 1960 et les lenteurs de la mise en place de la politique de secteur, ces dernières années se sont caractérisées par une accélération de la production de textes visant à organiser de manière cohérente la politique de santé mentale en France. En même temps, la réflexion s'est élargie. La question de la santé mentale n'est plus seulement traitée sous l'angle de la structuration modernisée du champ de la psychiatrie, comme si elle pouvait rester dans ses limites traditionnelles. Deux orientations stratégiques se dessinent pour faire sortir les patients et les réponses thérapeutiques d'un espace institutionnel replié jusqu'à sur lui-même: d'une part utiliser les dispositifs qui relèvent de l'aide sociale, d'autre part intégrer la psychiatrie à l'hôpital général. Face à cette bipolarisation, comment penser la place spécifique des institutions psychiatriques?



Les inflexions de la politique de santé mentale en France

Marcel Jaeger *

Après le tournant pris par la psychiatrie en 1960 et les lenteurs de la mise en place de la politique de secteur, ces dernières années se sont caractérisées par une accélération de la production de textes visant à organiser de manière cohérente la politique de santé mentale en France. En même temps, la réflexion s'est élargie. La question de la santé mentale n'est plus seulement traitée sous l'angle de la structuration modernisée du champ de la psychiatrie, comme si elle pouvait rester dans ses limites traditionnelles. Deux orientations stratégiques se dessinent pour faire sortir les patients et les réponses thérapeutiques d'un espace institutionnel replié jusque-là sur lui-même: d'une part utiliser les dispositifs qui relèvent de l'aide sociale, d'autre part intégrer la psychiatrie à l'hôpital général. Face à cette bipolarisation, comment penser la place spécifique des institutions psychiatriques?

L'analyse qui suit concerne de manière spécifique les évolutions récentes de la psychiatrie publique en France, aussi bien intra que extrahospitalière. Elle ne concerne ni la psychiatrie du secteur privé à but non lucratif, ni directement la contribution du secteur privé associatif aux actions en faveur de la santé mentale. Elle exprime le point de vue d'un sociologue qui a été par ailleurs infirmier de secteur psychiatrique dans l'Association de Santé Mentale du XIII^{ème} arrondissement de Paris.

Pendant plus de 150 ans, la psychiatrie française a été régie par la loi du 30 juin 1838. Rarement domaine de la vie sociale n'a autant résisté au changement et n'est resté soumis à une législation datant de la Monarchie de Juillet. Dépoussiérée et aménagée par la loi du 27 juin 1990, elle continue d'inspirer des mesures contraignantes (hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers): la psychiatrie reste

* Sociologue, Association de Recherches Sociologiques et Anthropologiques Appliquées à la Psychiatrie (ARSAAP), France.

marquée par la notion d'obligation de soins qui, au vu des situations concrètes d'urgence, paraissent indispensables. On ne sous-estimera cependant pas l'importance de la rupture introduite dans la législation: le principe de l'hospitalisation libre structure désormais le dispositif et les mesures contraignantes sont données comme des exceptions.

Il reste que si les pathologies psychiatriques sont, avant tout, affaire de souffrance individuelle, la «lutte contre les maladies mentales», organisée par la loi de 1990, figure dans le Code de la Santé Publique dans un chapitre très particulier, intitulé: «Lutte contre les fléaux sociaux». Elle rejoint cinq autres «fléaux»: la tuberculose, les maladies vénériennes, l'alcoolisme dangereux, la toxicomanie et le cancer. Tous ont en commun de renvoyer à la collectivité à une responsabilité spécifique, en impliquant soit des déclarations obligatoires, soit des privations de liberté, soit des statuts institutionnels particuliers. Ainsi, malgré les efforts pour développer l'idée que les maladies mentales sont des maladies comme les autres, la législation (sans parler des pratiques et des institutions) leur donne une place singulière.

Les fondements de la politique de santé mentale

On retiendra de l'étymologie du mot folie (follis: une outre gonflée, un ballon qui divague) que sa caractéristique fondamentale est d'échapper à la maîtrise complète. Or la définition d'une politique de santé mentale est l'expression d'une recherche de la collectivité pour rationaliser les réponses au désordre induit par la maladie: recenser les besoins, différencier les modes de prise en charge de façon à individualiser les soins, humaniser les fonctionnements institutionnels, maintenir le cap de l'insertion en milieu ordinaire. Si ces différents impératifs sont de la compétence des professionnels de la santé mentale, il est du rôle de l'Etat de donner les principes d'un ordre, d'une organisation qui régule l'intervention de différentes instances: les corporations médicales et paramédicales, la Justice, le pouvoir administratif, les financeurs, et ceci même lorsqu'il s'agit d'institutions psychiatriques privées (gérées par des associations à but non lucratif ou sociétés à statut commercial pour les cliniques à but lucratif). Un des enjeux est d'éviter que les malades mentaux ne soient livrés à des réactions primaires (lynchage), tant ils peuvent être insupportables pour le sens commun, ou à des formes de rejet social plus sournoises: les séquestrations privées (du type du fait divers rapporté au début du siècle par André Gide dans *La Séquestrée de Poitiers*).

Mais la politique de santé mentale se fonde surtout sur l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler un problème de société en raison du

nombre des personnes touchées et de l'ampleur des moyens mis en œuvre. L'hospitalisation psychiatrique à temps complet représente, avec 75 000 lits, environ 17% du total des capacités hospitalières, toutes pathologies confondues; le nombre total de personnes prises en charge dans l'année en intra et en extrahospitalier se situe autour de 800 000. L'ensemble de la psychiatrie correspond à 12% des dépenses de santé en France. D'autre part, un rapport du Conseil Économique et Social indiquait en 1988 que «les malades névrotiques ou fonctionnels fournissent 25% des consultants des hôpitaux, 35% de la pratique des généralistes». Enfin, selon les statistiques de l'INSERM, les troubles mentaux sont à l'origine d'environ 12 000 décès par an (les suicides, un peu plus nombreux, sont comptés séparément). Ils se situent loin, dans les causes de mortalité, derrière les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs, mais ils précèdent les accidents de la circulation. Dans la population active, les troubles mentaux représentent la deuxième cause d'arrêt de travail pour «affections de longue durée ayant exigé des soins plus de 6 mois»: avec 15,7% des cas, ils viennent après les maladies cardio-vasculaires (27,2% des cas), mais avant les tumeurs (15%). Ils ont perdu la première place qu'ils avaient en 1970, mais la progression des cas, en valeur absolue, est nette.

Face à de telles données, la politique de santé mentale française s'est structurée autour de la circulaire n° 340 du 15 mars 1960 définissant ce que l'on appelle depuis la «politique de secteur». Contemporaine du «Kennedy Act» aux États Unis et de l'émergence de nouvelles pratiques en Angleterre et en Italie, elle part d'un postulat qui doit mettre fin à l'asilo-centrisme d'autrefois: «le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales» doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie et que l'hospitalisation «ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure». Ce principe fonde les autres aspects de la politique de secteur: découpage géographique des départements en secteurs d'environ 70 000 habitants, rattachement de chaque malade à l'équipe médicale de son secteur en fonction de son domicile, continuité des prises en charge intra et extrahospitalières, rationalisation des équipements, chaque secteur devant disposer d'une unité d'hospitalisation à temps complet et de structures diversifiées: centre de consultations, hôpital de jour ou de nuit, foyer de postcure, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre de crise, appartements thérapeutiques, placement familial thérapeutique...

Cette politique ne relève pas seulement d'une approche humaniste. Elle a pu prendre corps (même si cela s'est fait avec une lenteur

que l'on regrette) en s'appuyant sur trois moyens nouveaux: le développement de la psychiatrie sociale ou communautaire, la découverte des neuroleptiques à action prolongée (produits injectables avec un effet durable, laissant au patient son autonomie entre les injections), les ouvertures psychothérapeutiques avec les apports de la psychanalyse.

On trouve là l'origine du développement des structures extrahospitalières, qui a pu s'accélérer en dépit de la tardive légalisation de la politique de secteur: il aura fallu en effet attendre 1985 pour que la circulaire de 1960 prenne force de loi (lois n° 85-772 du 25 juillet 1985 et loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985). S'organise alors un cadre cohérent: unification des financements (la Sécurité Sociale prend en charge l'ensemble du dispositif psychiatrique dans ses trois dimensions: le soin, la prévention, la postcure), reconnaissance des structures extrahospitalières innovantes (arrêté du 14 mars 1986 sur les équipements et services), planification avec l'institution du Conseil Départemental de Santé Mentale et du Schéma Départemental d'Organisation (décret n° 86-602 du 14 mars 1986). Cette cohérence est reprise dans un texte important qui donne les orientations politiques sur lesquelles se fondent les pratiques psychiatriques d'aujourd'hui: la circulaire n° 90 du 14 mars 1990.

Toute la difficulté actuelle est d'articuler cette cohérence avec une autre préoccupation et une autre politique: celle de la maîtrise (au sens de freinage d'une logique inflationniste) des dépenses de santé et des dépenses sociales. La politique de santé mentale se trouve ainsi intégrée dans une macro-politique de protection sociale qui préoccupe aujourd'hui de façon centrale la classe politique et les électeurs. De ce point de vue, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 «portant réforme hospitalière» marque une étape supplémentaire. Elle a institué le Comité National et les Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CNOSS et CROSS) qui impulsent une harmonisation de la planification des moyens tant sanitaires que sociaux. Le lien s'impose avec le processus accentué depuis plusieurs années de diminution du nombre de lits dans les hôpitaux, notamment en psychiatrie. La nécessité de cette réduction de la capacité hospitalière devant accompagner un plan d'économie de l'assurance maladie est réaffirmée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Pour autant, nous sommes loin de pouvoir affirmer que l'œuvre du législateur est achevée et que la psychiatrie s'est définitivement structurée dans un idéal de maîtrise. Outre les données économiques, deux problèmes se posent pour réduire ce qu'il reste d'incohérences dans le dispositif psychiatrique: le clivage entre le sanitaire et le médico-social d'une part, les articulations entre l'hospitalisation psychiatrique et l'hôpital général d'autre part.

Les malades mentaux entre le soin et l'aide sociale

Les impératifs de réduction du coût de l'hospitalisation, tout autant que le souci d'éviter l'enkystement des personnes dans le statut de malades, imposent une différenciation plus accentuée entre les patients qui relèvent d'abord du soin et ceux qui relèvent plutôt de l'aide sociale, étant entendu que chaque patient, selon les fluctuations de sa problématique, peut bénéficier de l'une ou l'autre de ces réponses.

La Cour des Comptes (1988) a rappelé l'intérêt des études, menées tant par des équipes de secteur psychiatrique que par les services de la Sécurité Sociale pour déterminer des «taux d'inadéquation», soit «la présence en établissements psychiatriques de malades dont l'état relèverait logiquement d'autres formes de traitement ou d'hébergement: maisons d'accueil spécialisées, centres d'aide par le travail, établissements de long séjour avec soutien psychiatrique pour personnes âgées, services d'aide à domicile». Le problème se pose, en particulier, pour les arriérés, les déments séniles, les psychotiques stabilisés. Ce taux d'inadéquation varie, selon les départements étudiés par la Cour des Comptes, de 4 à 45%.

Pourtant cette approche, qui a toutes les apparences de la rationalité, pose deux problèmes:

1. Elle repose sur le postulat d'une démarcation claire des frontières entre le sanitaire et le social. Certes, une ligne de fracture existe sur le plan institutionnel et législatif: «le sanitaire» régi par la loi hospitalière et la législation spécifique à la psychiatrie, «le social et le médico-social» relevant des deux lois (n° 75-534 et 75-535) du 30 juin 1975. Par commodité de langage, il est convenu d'opposer «le sanitaire et le social» en indiquant par-là même que la notion de médico-social ne rend pas entièrement compte de la fracture existante. L'actualité du thème est rappelée par le rapport du Conseil Économique et Social sur *Le potentiel productif des personnes handicapées* (1992) qui évoque «l'éclatement catégoriel et la non cohérence des politiques mises en œuvre tenant notamment au clivage, au plan fonctionnel accentué par la loi de décentralisation, entre le sanitaire et le social». Au passage, cette question nous renvoie à la distinction problématique entre «handicap mental» (la conceptualisation française étant en décalage avec celle admise par les anglo-saxons) et «maladie mentale», ainsi qu'aux relations entre équipes éducatives et équipes soignantes aux cultures professionnelles différentes. De fait, le dispositif de la sectorisation psychiatrique est amené à s'articuler avec diverses structures sociales ou médico-sociales

qui lui sont extérieures. Par contre, sur le plan clinique, il apparaît que les besoins des personnes sont difficiles à catégoriser strictement et les dispositifs sont d'une complexité croissante, avec des financements croisés (par exemple, les foyers à double tarification) et des zones d'indétermination quant aux populations accueillies.

2. On peut s'interroger sur les glissements à l'œuvre. En matière de santé mentale, il existe deux dérives: la sous-estimation de la pathologie (le supposé « fou » est surtout un « cas social ») et sa sur-estimation (la maladie mentale est incurable, par conséquent la médecine doit laisser le pas à une prise en charge sociale). Dans les deux cas, le glissement s'opère du sanitaire vers le social; il est favorisé par les représentations négatives qui restent associées à la psychiatrie. Le secteur social fait, quant à lui, de l'aspiration: le phénomène a toujours plus ou moins joué dans une relation de concurrence, par exemple avec la psychiatrie infanto-juvénile. Mais, confronté à une baisse de sa clientèle traditionnelle, aux contre-coups des fluctuations de la démographie, au dépistage plus efficace des anomalies congénitales, il s'adresse à des populations nouvelles, que ce soient les familles dites précarisées ou les malades mentaux adultes.

Les inquiétudes qui se manifestent le plus à ce propos concernent les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers « de vie » ou « occupationnels ». Ces structures sont destinées à des personnes qui ont perdu leur autonomie dans les actes essentiels de l'existence et dont les troubles ne sont pas jugés évolutifs. En fait, la tentation est grande, notamment dans les hôpitaux psychiatriques, de se décharger des patients chroniques, peu autonomes, pour leur trouver un cadre de vie plus adapté à la gravité de leur état, mais aussi pour alléger les services et avoir plutôt affaire des pathologies aiguës. De telles sorties du champ de la santé renvoient aux stratégies développées actuellement par les praticiens hospitaliers. Pressés (par les autorités de contrôle ou par convictions personnelles) de réduire le nombre de lits, d'accélérer les sorties de patients, il font de plus en plus appel à la législation en faveur des handicapés, plus ouverte sur l'insertion sociale et professionnelle que la législation psychiatrique et permettant aux patients d'obtenir des allocations. Il existe pour cela un relais pratique dans chaque département: la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP). Avec une difficulté néanmoins: les COTOREP dépendent de la loi d'orientation en faveur des handicapés et ne sont pas compétentes, en principe, pour les personnes malades non handicapées;

d'autre part, elles ont leur propre système de classification. Enfin, le transfert de population de la psychiatrie vers les prises en charge sociales s'accompagne d'une modification du statut des personnes: la maladie mentale doit laisser le pas au handicap et ce changement d'appellation, pour les sujets concernés, est souvent mal vécu car il évoque une «incapacité» définitive.

Hospitalisation psychiatrique et hôpital général

La question de la place de la psychiatrie à l'hôpital général évoque un second problème structurel qui conduit aujourd'hui à s'interroger sur la cohérence du dispositif de santé mentale. Sans mettre en cause l'intérêt, voire la nécessité, de diversifier les formules institutionnelles de soin, force est de constater que nous héritons d'un montage très particulier.

Tout d'abord, la circulaire de 1960, qui définit la politique de secteur, ne se contente pas de mentionner, en matière d'hospitalisation complète, les seuls hôpitaux psychiatriques. Ce texte souligne les particularités de ce que l'on appelait encore la neuro-psychiatrie à l'hôpital général: «Certes, le service hospitalier de neuro-psychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. Il convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extrahospitalières de ce même secteur, en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuro-psychiatrie» (III, 2, b). Cependant, quelques paragraphes plus loin, la circulaire de 1960 précise que «la formule des services d'aigus rattachés à un hôpital général, déversant leurs chroniques sur l'hôpital psychiatrique, est à proscrire» (IV, 1, b). On a déjà là l'indication d'une difficulté sérieuse: «double bind» dans un texte permettant une psychiatrie à double vitesse, tout en la proscrivant? Ou au contraire, appel à la souplesse au nom de la réalité de l'époque du fonctionnement des différentes structures?

Les services de psychiatrie à l'hôpital général se sont vus finalement attribuer la fonction de l'hospitalisation complète pour des secteurs géographiques donnés, au même titre que des pavillons d'hôpital psychiatrique, dans le cadre du découpage de chaque département. Ils sont censés s'intégrer à un dispositif qui se veut cohérent. Pour autant,

le clivage perdue entre les services de psychiatrie à l'hôpital général et les hôpitaux psychiatriques («Établissements publics de santé» au même titre que les autres hôpitaux depuis la nouvelle loi hospitalière de 1991) pour deux raisons structurelles :

1. La situation géographique et le cadre architectural de la plupart des hôpitaux psychiatriques, l'importance du patrimoine hérité des asiles d'autrefois, complètement inadapté à une politique de santé mentale moderne.
2. La dualité des filières de formation des psychiatres (psychiatres dits universitaires et psychiatres dits du cadre) constitue le soubassement de la dualité des structures de soin. En 1972, Charles Brisset expliquait dans *L'avenir de la psychiatrie en France* que la psychiatrie avait d'autant plus du mal à trouver sa place dans la médecine que «pour elle, il n'y avait pas de possibilité de coïncidence entre les chaires de Faculté et les services hospitaliers»: «On a enfermé la psychiatrie dans un carcan dont elle n'est pas encore tout à fait sortie».

Des propositions originales, dès cette époque, ont été envisagées pour mettre fin à cette situation: dépérissement des hôpitaux psychiatriques, intégration de ces hôpitaux dans la médecine générale hospitalière par inclusion de services non psychiatriques dans le cadre architectural des hôpitaux psychiatriques, comme le suggérait Charles Brisset: «Réutiliser certains grands établissements psychiatriques périmés pour l'usage psychiatrique moderne, mais aptes à se transformer totalement ou partiellement en hôpitaux généraux»; «on peut parfaitement concevoir que ces hôpitaux deviennent, en partie, des services de médecine ou de chirurgie; plus difficile sera le cas des hôpitaux psychiatriques éloignés; leur problème répète celui des sanatoria de tuberculeux ». Son propos fut entendu et l'idée reprise dans la circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique. On y lit en effet ceci: «Lorsque la réduction de la population d'un hôpital spécialisé en psychiatrie (qu'elle soit liée à la limitation de son territoire de recrutement ou à l'extension du travail extrahospitalier) laisse des lits disponibles, il serait hautement souhaitable d'y créer, dans le cadre de la carte sanitaire, des unités médicales et, éventuellement, chirurgicales actives, en vue de faciliter une collaboration plus étroite entre psychiatres et médecins de toutes disciplines, ce qui ne peut qu'être profitable tant aux malades qu'au corps médical». A l'inverse, bon nombre de patients issus des hôpitaux psychiatriques pourraient trouver leur place dans des services de médecine, donc déspecifiés, des hôpitaux généraux.

Cette question a été réabordée avec beaucoup de force dans le rapport de la Mission Massé remis au Ministre de la Santé en mars 1992. Intitulé *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, ce rapport incite à deux types d'inflexion de la politique de santé mentale :

«La réduction du nombre de lits, l'accélération des sorties provoquent un appel important à la législation en faveur des handicapés, plus ouverte sur l'insertion sociale et professionnelle que la législation psychiatrique. (...) L'alternative sociale doit être conçue de façon créative, dans un cadre collaboratif et en continuité, sur la base d'un partenariat».

«La priorité que représente la psychiatrie à l'hôpital général doit être annoncée, au plus haut niveau sans ambiguïtés»: il s'agit de passer des «structures repliées» où persiste la logique asilaire à des «structures semi-ouvertes» sur l'extérieur, s'appuyant sur des moyens extrahospitaliers, enfin à des «structures ouvertes» qui finiraient par s'intégrer à l'hôpital général pour ce qui concerne l'hospitalisation complète et les urgences.

Cette présentation sous la forme d'une bipolarisation est très schématique. Elle ne résume que les traits saillants d'un document de plus de 300 pages où de multiples hypothèses sont analysées et où sont abordés tous les domaines concernés par une politique de santé mentale. Mais elle donne une idée de l'ambition de cette nouvelle «voie française», ainsi que des implications concrètes de telles inflexions stratégiques. En particulier, le devenir du patrimoine (aussi bien immobilier que technique) des centres hospitaliers spécialisés jusque-là en psychiatrie fait l'objet de propositions allant, selon les cas, de la reconversion à la vente pure et simple, pour transférer les nouveaux moyens ainsi obtenus soit vers l'extrahospitalier, soit vers les deux pôles cités plus haut.

Depuis la remise du rapport, la mission Massé s'est transformée en «mission d'appui» auprès des établissements, des Directions Départementales et des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, pour mettre en œuvre de manière progressive et concrète cette stratégie de rénovation. Parallèlement, une mission animée par Philippe Clery-Melin travaille, à la demande du Ministère de la Santé, sur les alternatives à l'hospitalisation «pour des soins diversifiés et de qualité en psychiatrie»; elle doit remettre son rapport fin 1995 pour définir des orientations à moyen terme (2 à 5 ans).

Un problème délicat reste à régler. Comment faire accepter aux personnels concernés les changements annoncés? Ces derniers impliquent en effet à la fois des modifications dans l'organisation du travail, dans les identités professionnelles, voire, pour les personnels des servi-

ces généraux, des suppressions de postes, avec des perspectives incertaines de reconversions. C'est sur cette question que la Direction des Hôpitaux du Ministère de la Santé entend travailler dans l'année qui vient.

Dans tous les cas, on retiendra que ce ne sont pas les idées qui manquent, mais que les résistances institutionnelles, les corporatismes, les enjeux de pouvoir, les pesanteurs sociologiques constituent le problème principal dans les processus de transformation de la politique de santé mentale et surtout dans son rapport aux pratiques.

RÉFÉRENCES

- Association Nationale des Présidents et Vice-Présidents des Commissions Médicales d'Établissements des Centres Hospitaliers de Psychiatrie, 1994, *De la psychiatrie*, Les Bulletins d'Information Spécialisés, Nantes.
- JAEGER, M., 1981, *Le désordre psychiatrique – des politiques de santé mentale en France*, Payot, collection Médecine et Sociétés, Paris.
- JAEGER, M., 1989, *La psychiatrie en France*, Syros, collection Alternatives sociales, Paris.
- LOUBIÈRE, A., 1994, *Demain la psychiatrie*, Édition Multiple, Paris.
- LOUZOUN, C., 1990, *Législations de santé mentale en Europe*, La Documentation Française, Paris.
- MASSÉ, G., 1992, *La psychiatrie ouverte, Rapport au Ministre de la Santé*, École Nationale de la Santé Publique, Rennes.
- Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, 1990, *Psychiatrie et santé mentale*, SESI, Cahiers Solidarité-Santé, Paris.
- SOEUR, A., 1995, *La politique de santé mentale en question*, Les Études Hospitalières, Bordeaux.
- SWAIN, G., 1994, *Dialogue avec l'insensé*, Gallimard, Bibliothèque des Sciences Humaines, Paris.

ABSTRACT

Inflexions in France's mental health policy

Following psychiatry's turning point in 1960, as well as very slow progress in the establishment of a sectorial policy, these last few years have been characterized by the increased production of reports that aim to organize France's mental health policy in a coherent fashion. Meanwhile, thought on the issue has taken on a broader scope. The mental health issue is no longer limited to the structural modernization of the

field of psychiatry, in the sense of remaining within traditional boundaries. From this approach arise two strategic orientations designed to let go patients and arise two strategic orientations designed to let go patients and find therapeutic responses from an institutional environment that has long kept to itself. The first orientation deals with mechanisms that are based in social support interventions, while the second focuses on integrating psychiatry in general hospitals. Faced with this bipolarization, how will psychiatric institutions fit in the overall scheme of things?