Mens Sana

http://www.mens-sana.be

LES ARTICLES

à la date du 5 mai 2008

Introduction 2
Ce Site 4
Le Système des Fictions 7
2001, Année de la Santé Mentale 19
La "Santé Mentale" 24
La Prévention 28
Stigmatisation - Déstigmatisation 30
Des Difficultés Fondamentales 35
Des Difficultés Quotidiennes 38
Victimisation et Diabolisation 40
Evidences Escamotées 43
La Santé Sociale 46
Limites Difficiles 49
Du Positif 55
Politique 1 63
Intermède : Mots de Psys 68
Casques Bleus ? 79
Coups de Sang 86
Entre les Lignes 90
Politique 2 101
Droits Conflictuels 105
Eurocrates 110
New-Age 114
Idées Fausses 120
Anniversaire 126
Politique 3 132
WHOOMS 138
Prix Nobel ? 143
Mirage Psy 146
Illusions 152
Folklores 155
Priorités 164
Comment Faire? 170
Méprises 175
Humeurs 179
Casse-tête 181
Paradoxes 187
Démissions 190
Deux Ans 196
Non-Dit 203
Génétique 206
L'Aide 209
Violence 212
Simulacres 218
Bon Sens 223
Trois Ans 227
Erreurs 230
Paroles Vides 236
Comment? - Pourquoi? 243
Que Changer? 252
Questions 257
Du Vent 263
Béquilles Psy 266
Lenteurs 275
Quatre Ans 280
Rabâchages 288
Précaution 294
Aveuglement 299
Les Droits 304
La Puce dans la Pommade ... 308
Compétences 313
Cinq Ans 315
Confusions 317
Que des Mots 328
Souffrances 331
Il n'y a qu'à 335
Six Ans 338
Incohérences 340
Entêtement 343
Faux Savoir 350
Pièges du Langage 354
Patience 360

"Dans notre société très policée, nous reconnaissons qu'une maladie est grave à ce que nous n'osons pas en parler directement. [...]Mais lorsque le silence ou les ruses du langage contribuent à maintenir un abus qui doit être réformé ou un malheur qui peut être soulagé, il n'y a pas d'autre solution que de parler clair et de montrer l'obscénité qui se cache sous le manteau des mots."

Albert Camus

Les troubles mentaux chroniques accompagnent l'espèce humaine depuis son apparition sur terre. Ils sont, pour l'homme, une sorte de contrepartie que certains doivent payer pour l'appartenance de tous à cette humanité, ils sont la rançon de cette conscience et de ce langage qui sont tout à la fois le propre et la fierté de notre espèce.

Malgré les progrès spectaculaires des sciences et des techniques acquis au cours des cinq ou six dernières décennies, la compréhension de ce qu'on appelle les maladies mentales n'est encore que très confuse. Les remèdes qu'on tente de leur apporter sont encore fort loin d'être satisfaisants.

L'horreur réelle de ces affections ne peut s'entrevoir que si on se représente qu'elles atteignent et détruisent tout ce qui, précisément, fait de nous ce que nous sommes: notre identité, notre personnalité, nos sentiments, notre raison, bref: notre humanité. L'apparente et persistante indifférence, l'ignorance dont on entoure les maladies mentales et leurs victimes, constituent un des scandales les plus éclatants et les plus intolérables de notre époque dite éclairée.

Notre impuissance face aux maladies mentales et leur extrême gravité font qu'il n'y est jamais fait allusion que par euphémisme, même par ceux qui s'efforcent d'y apporter des soulagements.

Certaines associations belges ont décidé de "placer l'année 2001 sous le signe de la Santé Mentale". Je crois que pareille manifestation n'est qu'un bien pauvre signe, surtout symbolique et encore bien trop timide, une sorte d'incantation dirigée vers la mauvaise adresse. Ce n'est ni un vrai geste ni même un acte véritable et, par conséquent, sa seule fin ne peut être que le sentiment réconfortant mais illusoire d'un certain devoir accompli chez ceux qui croient l'avoir posé.

Il est urgent de se remémorer les observations que faisait Albert Camus, il y a cinquante ans déjà, et tenter d'enfin s'en inspirer.

Prof. Jean Desclin (février 2001)

SURVOL GENERAL des THEMES ABORDES dans les ARTICLES et DOSSIERS de MENS SANA

Le site Internet www.mens-sana.be a été créé en 2001 (qui avait été décrétée "année mondiale de la santé mentale") pour donner, au plus grand nombre possible de personnes intéressées aux maladies mentales à l'un ou l'autre titre, une information simplifiée mais critique et sans complaisance sur ce qu'on sait (*et sur ce qu'on ne sait pas!*) des affections mentales chroniques sévères, sur les moyens mis en oeuvre (*et sur ceux qu'on néglige!*) dans notre pays pour en combattre les multiples conséquences néfastes.

Les articles et "dossiers" qu'on trouvera sur ce site sont une tentative:

- pour diffuser un peu de connaissance et de vérité sur ces maladies mentales dont, paradoxalement, chacun de nous croit tout savoir ou , en tous cas, croit en savoir "assez" mais en réalité ne veut rien savoir, car chacun soupçonne peut-être que cette connaissance risquerait d'être inconfortable, dérangeante. Et ce soupçon est justifié;

- pour faire mieux connaître ces maladies mentales dont à la fois on ne parle pas assez pour vraiment en mesurer toute l'étendue scandaleuse des méfaits, mais aussi dont on pourrait parfois penser qu'on en parle trop si l'on n'en juge que par le nombre d'idées fausses et d'âneries qui se débitent et se colportent à leur sujet, ou encore si, comme c'est souvent le cas, on imagine qu'en parler suffit et dispense de passer à l'action, c'est-à-dire de lutter activement **pour** les malades et **contre** leur maladie;

- pour aider les familles comptant un malade schizophrène à mieux comprendre la maladie d'un des leurs, car la compréhension de la maladie est indispensable pour être capable d'en affronter la plupart des conséquences et s'organiser au mieux dans cette longue lutte de tous les jours.

Un des fils conducteurs des différents articles et dossiers du site Mens Sana est l'affirmation répétée de la nature concrète, physique, biologique et "organique" des maladies mentales psychotiques chroniques dont les origines sont des altérations ***matérielles*** du cerveau.

Un autre thème consiste à rappeler que nos connaissances scientifiques actuelles sur le cerveau sont encore loin de nous fournir tous les moyens "médicaux" qui seraient nécessaires pour parvenir à maîtriser de façon satisfaisante chaque cas de schizophrénie, par exemple.

Par conséquent, il faut sans cesse rappeler que la prise en charge des malades mentaux psychotiques et chroniques doit comporter des mesures sociales d'accompagnement et d'encadrement destinées à compenser, autant que possible, les pertes constatées d'autonomie et de fonctionnement que les traitements médicaux ne parviennent pas à restaurer dans leur intégralité.

Certains parlent alors de psychothérapie. D'autres, dont la grande majorité de nos pouvoirs publics, parlent surtout de prévention des maladies mentales et de "promotion de la santé mentale". Ces deux types de discours sont erronés, sources d'illusions, d'immobilisme, d'attitudes irresponsables et néfastes. Ils sont prétextes à bavardages supplémentaires et à l'inaction. Ils incitent au gaspillage des énergies individuelles et des ressources publiques en les affectant à la poursuite de simulacres inefficaces et de mirages de fausse bienfaisance. Ils encouragent ainsi l'accumulation de multiples entraves, directes et indirectes et de toutes sortes, au progrès véritable des conditions de vie et des soins auxquels les malades mentaux devraient avoir droit dans toute société humaine civilisée qui se respecte. Ils retardent indéfiniment la recherche et la mise en place des vraies solutions.

Enfin, les différents articles de ce site se veulent une dénonciation des erreurs qui encombrent et paralysent notre système de "santé mentale", et une protestation contre les parodies de solutions qu'une majorité de nos "responsables", tant professionnels du secteur que politiques, avec pas mal d'inconscience se vantent d'apporter aux problèmes que vivent en permanence les malades mentaux chroniques de ce pays.

"Il n'y a pas de liberté pour l'ignorant"
Condorcet

Sur Ce Site

on s'efforcera de vous dire ce qu'on sait, aujourd'hui, des maladies mentales chroniques les plus graves, comme par exemple et surtout ce que les psychiatres appellent "la" schizophrénie. "La" maniaco-dépression, c'est-à dire les troubles bipolaires, et la dépression grave [unipolaire], seront également évoquées, mais plus accessoirement.

On ne prétendra pas donner de "la maladie mentale" une "définition" d'apparence "savante" à force de contorsions de vocabulaire creux. Tout le monde peut comprendre si on se borne à dire l'évidence: les maladies mentales chroniques dont il sera question résultent de défectuosités très précoces survenant au cours de la mise en place des constituants de cette gigantesque machine qu'est notre cerveau (pendant son développement). Tout le monde peut comprendre quand on dit que, très logiquement ces défectuosités ont pour conséquences des anomalies de fonctionnement du cerveau, qui portent principalement sur ce qu'on appelle très généralement nos fonctions mentales supérieures (*celles qui, dans l'évolution des espèces, ont été les dernières à apparaître*), ces fonctions qui font de chacun de nous ce que nous sommes et qui nous permettent de vivre, percevoir, éprouver, sentir et ressentir, penser, agir, réagir de manière cohérente.

On évitera d'employer un jargon psychologique ou psychiatrique pseudo-technique, d'ailleurs inutile, mais plus propice à "noyer le poisson" et à embrouiller les choses qu'à les clarifier. On tentera de fournir les explications dont la neuroscience dispose actuellement, qui permettent de mieux comprendre en quoi notre cerveau est différent de tous nos autres organes. Cela nous amènera à démanteler un certain nombre d'idées reçues qui ont toujours cours, dans le public profane, à propos des maladies mentales chroniques (*et que certains, qui se disent professionnels, semblent avoir plaisir à entretenir*). On se propose donc de démystifier ces idées.
Démystifier ne signifie pas rendre moins terribles ou moins redoutables les affections mentales, ce n'est pas en minimiser l'importance. **Démystifier** ne veut pas dire qu'on dispose déjà de toutes les explications, que la neuroscience aurait dès aujourd'hui toutes les réponses.
Démystifier, ce n'est pas s'inventer des explications imaginaires dans le but de se rassurer face à l'inconnu, comme le ferait un enfant apeuré dans l'obscurité de la nuit. Ce n'est pas non plus échafauder des explications fantaisistes et de circonstance, alambiquées ou, au contraire, simplistes et infantiles, comme celles destinées à éluder les questions embarrassantes que poserait un enfant précoce et curieux, les questions qu'on n'a pas prévues mais auxquelles on ne veut pas paraître ignorer les réponses.
Démystifier, c'est dire et expliquer ce que, raisonnablement, on pense savoir, mais c'est aussi dire ce qu'on ne sait pas (avouer où notre savoir s'arrête), c'est dire ce que les scientifiques croient plausible et pourquoi c'est plausible; c'est dire ce que les scientifiques ont de bonnes raisons d'exclure ou de bonnes raisons de tenir pour peu probable.
Démystifier, c'est assumer, avec honnêteté, ses fonctions, ses connaissances mais aussi ses ignorances, de manière responsable; c'est agir et traiter les autres en humains eux aussi adultes et responsables, c'est-à-dire témoigner à chacun le respect auquel il a droit et qu'on reconnaît lui devoir, en lui donnant les moyens de juger par soi-même et de prendre ses propres décisions, faire librement ses choix en toute connaissance de cause. C'est informer correctement les autres pour que les adultes qu'ils sont ne se prennent plus pour les petits enfants ignorants qu'on voudrait parfois leur faire croire qu'ils seraient.
Sur ce site, il ne sera pas question de ces maladies que les humains s'infligent à eux-mêmes:
c'est-à-dire les assuétudes aux différentes drogues socialement admises que sont l'alcool, le tabac, par exemple, ou aux autres drogues bien plus rapidement toxiques comme la cocaïne, l'héroïne, le crack, etc., dont ensuite on ne parvient plus à se défaire parce qu'elles ont modifié le métabolisme sinon définitivement, du moins pour fort longtemps.

Sur ce site, on ne passera pas en revue les propriétés soi-disant spécifiques à chaque médicament psychotrope (neuroleptique ou antidépresseur) actuellement disponible sur le marché belge parce que, telle qu'elle est décrite dans la notice d'emploi, la prétendue spécificité de chacun de ces médicaments sur les diverses manifestations de la maladie n'est qu'un leurre, une illusion.
En effet, chaque malade mental constitue un cas particulier, il est une personne unique, ce qu'on peut encore exprimer autrement en disant qu'il n'y a aucune maladie mentale chronique bien définie qui serait justiciable d'une médication bien précise: il n'y a que des cas particuliers. Les effets, favorables ou non, d'un médicament donné pour tel ou tel malade, ne sont donc jamais prévisibles avec certitude. Il n'y a pas de médicament bon à coup sûr pour telle affection, ni sûrement mauvais pour telle autre. Il y aura le bon médicament pour Mr ou Mme Untel, parce qu'à l'essai, il s'avèrera "marcher" chez Mr ou Mme Untel. Un médicament plus récent sera évidemment vanté par la firme pharmaceutique qui l'a mis au point et le commercialise. Cela ne garantit nullement qu'il sera plus efficace chez Mr ou Mme Untel qu'un autre médicament, éventuellement plus ancien. Par conséquent, on ne tentera pas ici d'étourdir le lecteur sous une accumulation de noms de médicaments, de descriptions de molécules et de leurs soi-disant propriétés tant biochimiques que "psychotropes". Cela ne lui serait d'aucune utilité. Nous laisserons cela à ceux qui en ont l'expérience - ou qui devraient l'avoir: les médecins neurologues, les neuropsychiatres dits "biologiques" et les pharmacologues.
Puisqu'ils semblent croire que cela rehausse leur image et leur crédibilité, laissons cela aussi à ceux qui confondent énumération de catalogues avec compréhension et expérience de leur contenu, fausse érudition mal digérée avec savoir véritable.

Contrairement à ce que vous pourrez souvent lire sur d'autres sites, on ne vous fera pas miroiter ici l'apparition très prochaîne de neuroleptiques meilleurs parce que ne provoquant pas ou peu d'effets secondaires gênants. Aucun neuroleptique n'est actuellement suffisamment spécifique pour être dépourvu d'effets secondaires et, par définition autant que par nature, ceux-ci ne peuvent être que gênants.
Absolument personne ne sait aujourd'hui quelle cible spécifique, dans le cerveau, un médicament psychotrope devrait viser pour supprimer ou seulement atténuer sensiblement les troubles mentaux psychotiques. Par conséquent, dire qu'on a déjà amélioré la spécificité du médicament ou qu'on y est presque me paraît le fait, soit d'ignorants, soit de fumistes (*et rien n'empêche non plus de cumuler*). On a le choix...

Sur ce site, nous aurions aimé **fournir une liste commentée des structures et lieux d'accueil** pour les malades mentaux dont l'état de santé et l'autonomie trop limitée continuent de requérir un encadrement par des professionnels, que cet accompagnement soit périodique ou même permanent (*cela aurait pu être une sorte d'équivalent de "guide Michelin" pour malades mentaux*). Quoiqu'il soit en apparence tentant de se livrer à pareil exercice sur le papier, et bien que beaucoup de familles (et de médecins) soient à l'affût de ce genre de renseignements qui manquent cruellement à l'heure actuelle, **on ne s'y risquera pourtant pas ici** (*une ébauche rudimentaire dans ce sens existe, sous la forme du "Memento de la Santé Mentale", élaboré par la Fondation Julie Renson à Bruxelles, dont le n° d'appel téléphonique est le 02 538 94 76*).
Un tel répertoire, pour être d'une quelconque utilité, doit, en effet, être très détaillé (adapter étroitement l'offre à la demande individuelle est impératif!) et doit aussi être fréquemment remis à jour (au moins tous les ans), car une des caractéristiques du secteur psychiatrique est la grande variabilité en nombre, compétences particulières et affectations géographiques de son personnel au cours du temps. L'appréciation permanente et nuancée des caractéristiques et de la qualité de l'hébergement, de l'encadrement et des activités proposées dans chaque lieu, bien qu'elle soit pourtant d'une **importance évidente qu'on ne saurait assez souligner**, n'est pas à la portée de quelques bénévoles dépourvus des moyens financiers et des compétences requises, aussi grande leur bonne volonté soit-elle.

Sur ce site, on s'attachera plus particulièrement à faire comprendre quelles sont, pour les traitements et les soins actuellement possibles, les conséquences évidentes et incontournables découlant des caractéristiques propres aux maladies mentales chroniques.

C'est ainsi qu'on rappellera que les causes et les mécanismes de ces affections, quoi que certains continuent à prétendre, ne peuvent être que bien concrets. De plus, les causes n'étant pas encore connues, les actuels traitements à mettre en oeuvre ne pourront être que palliatifs, mais ils devront, eux aussi, être bien concrets (*médicamenteux*). Sauf exceptions fort rares et totalement imprévisibles, même quand ils seront efficaces ils ne donneront, sans doute, pas entière satisfaction et présenteront par eux-mêmes des inconvénients.
Les résultats partiels, insuffisants ou imparfaits de la médication obligeront de continuer à dispenser, à de nombreux malades médiqués, en plus de leur médication, des soins consistant, non pas en l'une ou l'autre prétendue "psychothérapie" plus ou moins arbitraire et fantaisiste, mais en un encadrement et un soutien psychologique individuellement adaptés à chaque personne (*on peut, si on veut, baptiser cette aide du nom de psychothérapie, mais cela ne lui confère aucune efficacité supplémentaire, même si certains soignants croient en retirer un prestige accru et si cela jette de la poudre aux yeux des naïfs et des crédules*).

D'autres conséquences découlent encore de ce qui précède, qui, à la réflexion, devraient paraître non moins évidentes, mais qui ne semblent pas encore être parvenues à la conscience des responsables. C'est pourquoi sans doute on n'en parle guère, même sur Internet! Décider, par l'observation - c'est le seul outil dont on dispose dans le domaine des affections mentales psychotiques - de "ce qui va" et de "ce qui ne va pas" chez une personne malade demande, de la part des "professionnels" (psychiatres, psychologues, soignants) **une présence continue de tous les instants, une observation attentive, soutenue et prolongée auprès du (de la) malade**, pendant des périodes s'étendant souvent sur plusieurs semaines, voire des mois, quelle que soit la "psychose" que l'on prétend "diagnostiquer".
Il en va évidemment de même quand il faut apprécier les effets de la médication, reconnaître ce qu'elle améliore, ce qu'éventuellement elle aggrave, ce qu'elle ne change pas.

C'est aussi cette observation attentive et continue qui, seule, permet de décider si certains "apprentissages" des comportements et de la vie en société sont encore possibles ou si les capacités et la motivation pour y parvenir sont trop détériorées pour les rendre accessibles dans la pratique.
Vouloir forcer un malade mental, qui n'en a plus toutes les capacités, à se comporter dans la société comme une personne bien portante, est comparable à vouloir forcer un possible paraplégique (qu'on ne s'est pas donné le temps de reconnaître tel) à traverser l'autoroute en courant (on verra bien s'il y parvient sans se faire écraser). Ce n'est pas de la thérapie, ce ne sont pas des soins, c'est plutôt, sous prétexte de le "réinsérer dans la société", lui infliger une torture sadique et criminelle.

Les vrais soins consistent à administrer à chacun le médicament qui s'avère le plus efficace pour lui, et à lui aménager des lieux de vie adaptés à son invalidité. Forcer à s'adapter à la société ceux à qui nous sommes incapables ou nous refusons d'en donner ou rendre les moyens, cela ne s'appelle pas soigner. Il n'y a pour cela qu'un seul mot qui convienne: **torturer**.

Soigner correctement suppose donc un important investissement en temps, en personnel motivé et qualifié, et donc en argent du contribuable. Jusqu'à présent les responsables politiques ne semblent pas avoir voulu l'envisager.
Tout ce qui touche à la "Santé Mentale" partage avec la politique une dose importante de baratin, comme on pouvait s'en douter. Le présent site veut aider chacun à être capable de démasquer le baratin, pour mieux promouvoir les vraies solutions.

Première publication: **6 Juin 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **5 Octobre 2001**

LE SYSTEME DES FICTIONS

En Belgique, notre société s'enorgueillit d'un système de sécurité sociale et de soins de santé dont on nous dit qu'ils seraient souvent cités en exemple dans d'autres pays. Pourtant, que fait-elle pour les victimes des

maladies mentales chroniques?
ou
le système des fictions qui donnent bonne conscience.

De nombreux clichés, et des idées toutes faites plus nombreuses encore, circulent dans le grand public, sur les maladies mentales, la "Santé Mentale", la psychiatrie et les psychiatres, les conditions de vie des malades mentaux chroniques. En général, on se garde soigneusement de remettre ces idées reçues en question. Dans l'esprit de certains, douter de leur bien-fondé équivaudrait à menacer la crédibilité, la respectabilité d'institutions, professions, habitudes et traditions allant à ce point de soi qu'il est devenu inutile de s'interroger sur leurs significations et finalités réelles ou de s'en inquiéter. Ces idées font si bien partie de notre paysage mental et social que nous n'y pensons plus. D'ailleurs, pourquoi le grand public se soucierait-il de problèmes qui, croit-il, ne concernent que les autres, quelques autres sans doute assez rares pour qu'on n'en parle pour ainsi dire jamais?

Pourtant, les psychoses sont des affections mentales chroniques qui touchent bien plus de personnes qu'on ne se l'avoue généralement puisque, dans leur ensemble, on estime qu'elles frappent quelque 3% au moins d'entre nous au cours de notre vie. C'est dire que, si nous-mêmes et nos proches, nous avons eu, jusqu'à présent, la chance d'être épargnés par ce type d'affection, tous, pourtant, nous connaissons, parmi nos amis, connaissances ou ceux que nous côtoyons chaque jour, l'une ou l'autre famille dont un membre est atteint par une maladie mentale chronique grave. Que nous le voulions ou non,

nous sommes donc tous concernés.

Dans ce qui suit, on se propose de débusquer, de la jungle des idées reçues sur les maladies mentales et ce qui s'y rapporte, quelques unes des nombreuses fictions dont on persiste à vouloir nous gaver. Bien plus qu'inutiles, elles sont néfastes, car elles s'opposent à tout progrès. Il faut les dénoncer, les mettre en lumière, en démonter les mécanismes. On laissera toutefois à chacun le soin de découvrir ou imaginer par lui-même les raisons pour lesquelles ces fictions ont la vie si dure.

Les fictions sont un expédient commode, le moyen remplaçant tous les autres dont on ne dispose pas ou dont on ne veut pas.

Notre société, moderne et industrialisée, connaît des crises économiques qui, à leur tour, engendrent leur lot de difficultés sociales. Celles-ci sont à l'origine de phénomènes de marginalisation et d'exclusion d'individus et de familles entières. Le chômage, la paupérisation, l'illettrisme entraînent avec eux l'exclusion sociale. A son tour, cette dernière engendre des détresses et des troubles psychologiques plus ou moins visibles.

Ces troubles psychologiques-là, ceux qui, selon l'expression de certains, refléteraient le "mal-être" et le "mal-vivre" dans notre société, ils sont certes très réels. Leurs causes véritables et bien connues sont, de toute évidence, économiques et sociales. Personne n'ignore quel en est le remède obligé: l'emploi correctement rémunéré donnant accès aux ressources financières et, par voie de conséquence, au logement, à la nourriture, à l'instruction, aux soins de santé, etc., bref à un minimum décent de "qualité de vie", une certaine dignité.

Faute de pouvoir apporter aux causes socio-économiques les solutions spécifiques, on préfère

inverser les rôles, permuter causes et conséquences. On appelle ces dernières maladies mentales, et on les accuse de provoquer la précarité et l'exclusion qui, en réalité, sont à l'origine des difficultés psychologiques. Les problèmes socio-économiques deviennent ainsi des problèmes de santé mentale. On proclame désormais bien haut qu'il suffit, pour tout résoudre, de les prévenir et de les soigner par la psychothérapie dont le seul nom semble présager la guérison. Une administration, institution spécifique, est chargée d'y pourvoir.

Par diverses "thérapies", la "Santé Mentale" prend en charge l'ensemble de la problématique des maladies mentales et des malades mentaux chroniques: première fiction

Cette nouvelle et providentielle panacée est composée d'administratifs, de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux, d'éducateurs, d'aides psychologues, etc., etc. Ces techniciens du psycho-social - par définition consciencieux, dévoués, experts compétents, omniscients, aisément accessibles et disponibles en permanence - orientent et guident leurs protégés et rescapés dans le dédale d'un interminable parcours toujours recommencé, d'organisme en organisme, de bureaux en bureaux, d'un guichet à d'autres guichets. Certains de ces fonctionnaires d'un nouveau type noircissent un papier abondant attestant de leur activité humanitaire et socialement bénéfique. En réalité, n'ayant rien de concret à proposer, aucun emploi décemment rémunéré à leur offrir, ils se bornent à transformer les défavorisés économiques et sociaux en assistés permanents et en malades sociaux; ils les appellent malades mentaux qu'il faut soigner, réinsérer ou "réhabiliter". Ce faisant, ils se convainquent de leurs propres compétences psychologiques et psychiatriques, ils pensent prouver à tous et à soi-même leur utilité pour la communauté, leur importance dans le système social, justifier leurs propres postes et leurs salaires, bien mériter de la société.

Ils recommandent la création de "centres" et autres lieux divers, leur attribuant des noms ronflants et des sigles imposants. Ils permettent ainsi à d'autres psychologues, assistants sociaux, psychiatres, etc., de s'y installer et d'y trouver leur raison d'être: discourir, de manière aussi convaincante que possible, à propos de malades artificiels dont ils diront qu'ils les "soignent" en les occupant à des tâches qualifiées d'éducatives et "revalidantes" mais habituellement dépourvues de tout intérêt et d'une quelconque utilité pratique. Mais a-t-il jamais été question de mesurer l'efficacité aux résultats obtenus, alors qu'il est plus aisé de séduire par la typographie luxueuse et le beau papier de pamphlets publicitaires masquant délibérément l'absence de réalisations effectives derrière l'annonce des bonnes intentions?

Qu'on se rassure, la fiction suivante n'est qu'une "hypothèse d'école". Que penserait-on, par exemple, de compagnies aériennes qui, ayant procédé à leurs prévisions financières, préféreraient réduire ou même abandonner l'entretien régulier, estimé trop coûteux, des appareils de leur flotte, en faveur de la création "d'équipes d'accompagnement et de soutien psychologique" aux familles des victimes des crashs aériens?

Une telle situation n'est, bien sûr, qu'imaginaire. C'est une fiction romanesque volontairement absurde, tout au plus digne d'un roman d'anticipation. Elle est d'autant plus absurde que, dans la vie réelle, les hypothétiques compagnies aériennes responsables d'une pareille politique éprouveraient à coup sûr beaucoup de mal à convaincre leur clientèle que les équipes de psychologues et psychiatres seraient capables d'empêcher les avions de s'écraser ou, à défaut, de faire endurer ces catastrophes par leurs clients ou les leur faire oublier.

Dans la vie réelle cependant, il semble beaucoup plus aisé à la "Santé Mentale" de persuader le public - pour les besoins de sa cause - que les défavorisés sociaux le sont pour des raisons "psychiques", qu'il suffit de ne se soucier que de ces dernières. Pareille interprétation tendancieuse n'offre que des avantages. Elle permet d'effacer, pour un temps, les économiquement exclus de la liste officielle des demandeurs d'emploi. Elle les distrait en leur imposant d'autres occupations et, par la même occasion, tout en se donnant l'image du bon Samaritain, elle justifie sa propre existence aux yeux du public et aux siens-mêmes. La charge financière immédiate des expédients mis en oeuvre peut être présentée comme importante (plus

ça coûte, plus c'est sérieux?) mais toutefois moins lourde que celle des solutions à long terme (les vraies solutions écartées). En résumé: n'essayons pas de résoudre les problèmes, tentons seulement de les faire oublier. Remplaçons les par d'autres, artificiels et fictifs mais apparemment maîtrisés au prix d'efforts qu'on dit méritoires, et prétendons que tout est ainsi résolu.

Un exemple flagrant de cette **intoxication psychologique** (cette désinformation) devrait suffire à illustrer notre propos. Nos "experts responsables" de la "Santé Mentale" proclament "mettre l'accent sur la prévention des maladies mentales", et ils en persuadent les responsables politiques qui, apparemment, ne demandent qu'à les croire. Cependant, et c'est de notoriété publique, les experts scientifiques du monde entier admettent que **les causes et mécanismes des maladies mentales chroniques sont toujours inconnus aujourd'hui, et l'apparition chez quelqu'un d'une psychose chronique est encore imprévisible par les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle.**

A quels simples d'esprit croit-on s'adresser pour espérer leur faire croire qu'il serait possible de prévenir quelqu'événement imprévisible que ce soit dont, de surcroît, les causes et les mécanismes sont inconnus? Et ceux qui sont officiellement chargés de cette prévention notoirement impossible, à quoi donc occupent-ils leurs laborieuses journées sinon peut-être à perfectionner et moderniser les très anciennes techniques de l'auto-omphaloscopie, ou encore à entretenir leur chirotrichose tout à loisir?

Sera-t-il toujours politiquement rentable de paraître gober pareille absurdité?

Mais l'institution "Santé Mentale" existe, ses promoteurs veulent l'exploiter au mieux. Elle s'occupe de **tous** ceux que désormais elle appelle des malades mentaux (les faux et les vrais). Dès lors, pourquoi ne pas la substituer aussi aux "Instituts psychiatriques", "hôpitaux psychiatriques" et "Services psychiatriques d'hôpitaux généraux"? Pourquoi ne pas lui faire assumer la "psychiatrie ambulatoire" dont on vante tout à la fois l'aspect humanitaire et social, les prétentions à l'efficacité thérapeutique et à la réinsertion sociale, à la gestion plus rationnelle et moins onéreuse, en l'opposant à la psychiatrie "hospitalocentrique" dite "asilaire", réputée dispendieuse, qualifiée de "iatrogène" et, pour tout dire, de sinistre réputation?

Et voilà comment, en une seule opération quasi magique, on construit non pas une, mais deux fictions propres à endormir le public et à "laver plus blanc".

Fiction suivante: les maladies mentales sont un mal de notre société moderne

Cette vision nous présente donc les défavorisés économiques et sociaux, les exclus à la dérive, comme des malades mentaux rendus tels par la nocivité supposée de notre système de société industrielle. La "Santé Mentale" prétend s'efforcer de résoudre leurs problèmes "psychiques", suggérant par là-même aplanir leurs difficultés économiques et sociales qui ne seraient en réalité que des "problèmes psychiques"... Nous savons pourtant bien que les troubles mentaux vrais, les maladies mentales chroniques graves, celles qu'on appelle les psychoses, ces affections mal connues du grand public qui les regroupe sous le nom de folie, sont un fléau qui a existé depuis l'aube de l'humanité. Tout au long de son histoire, l'humanité a été confrontée à la folie. **La folie n'a pas attendu l'avènement de notre société moderne et industrielle et n'en a pas eu besoin pour se manifester. Elle a sévi à toutes les époques, elle est de tous les temps**. Seule une minorité des actuels exclus de la société sont des malades mentaux vrais.

Fiction suivante: les maladies mentales sont de purs "dysfonctionnements psychiques" immatériels (sans réalité organique)

C'est l'extension cohérente, la suite logique de la fiction précédente. Elle nie l'existence des vrais malades mentaux, c'est-à-dire les malades psychotiques chroniques graves. En effet, elle les dilue et en quelque sorte les dissout dans la catégorie fourre-tout des malades victimes de la société aliénante, victimes de ce monde moderne qui rendrait fou. Une fois l'amalgame obtenu, les mêmes méthodes de diagnostic et de traitement (les remèdes "psychothérapeutiques"?)

deviennent applicables à l'ensemble des laissés pour compte. On règle ainsi le problème des malades mentaux vrais - avant même de l'avoir abordé - en même temps que celui des exclus du travail, ces autres personnes "à problèmes psychiques". Les malades mentaux chroniques graves ont ainsi disparu, escamotés. Désormais, ils n'existent plus, ils n'ont peut-être jamais existé et, ce qui est encore mieux, ils ne dérangent plus.

Telle qu'elle est constituée, organisée et fonctionne aujourd'hui dans ce pays, la "Santé Mentale" est inadéquate aux deux fonctions - sociale et "médicale" - qu'elle prétend remplir.

En effet, le marché du travail ne peut pas plus offrir de vraies perspectives aux personnes rentrant dans les circuits de la "Santé Mentale" qu'il n'en propose actuellement aux autres chômeurs. On pourrait même penser que le passage par ces circuits, loin de contribuer à une quelconque formation valorisante dont ses bénéficiaires pourraient se prévaloir, risquerait au contraire de constituer un label péjoratif, une discrimination qui rendrait l'obtention ultérieure d'un emploi rémunéré plus problématique encore.

La réorganisation anarchique - et jamais achevée - du réseau psychiatrique hospitalier, destinée à promouvoir et privilégier les "soins psychiatriques ambulatoires", reporte, dangereusement et toujours à plus tard, le diagnostic des malades psychotiques et le rend inutilement aléatoire. Les diagnostics de ces vrais malades gravement atteints ne peuvent être posés à temps, les traitements et les soins adéquats, essentiels et vitaux pour eux, ne sont pas définis ni mis en oeuvre en temps utile, et leur continuité, tout aussi indispensable, n'est presque jamais assurée. Telles qu'elles existent (?) actuellement, et même telles qu'on dépeint celles, indéfiniment promises mais encore inexistantes, les "structures de soins ambulatoires" (!?) ne peuvent avoir, **techniquement**, ni les capacités ni les ressources pour remplir correctement les missions de prévention (?), de dépistage, de traitements et de soins qu'on prétend leur assigner.

La démystification des multiples fictions dont est truffée l'opinion générale à propos de la psychiatrie requiert un minimum d'éclaircissements sur les caractéristiques des maladies mentales appelées psychoses chroniques. En effet, nombreux sont ceux qui croient encore - ou parfois peut-être voudraient faire croire - que les psychoses ne sont que des troubles virtuels ou imaginaires et immatériels quoique menaçants (comme quand on joue sur l'ambiguïté du langage, dans l'expression bien connue "faire naître la psychose", par exemple).Une majorité d'entre nous se représentent la nature des maladies mentales à tel point différente de celle des autres maladies, qu'elles s'auréolent d'un mystère inquiétant. C'est une erreur fondamentale, mais elle est si répandue qu'elle passe pour une banalité, un truisme. L'ignorance du public profane à ce sujet est la source d'innombrables malentendus que d'aucuns se plaisent à perpétuer. Il faut tordre le cou à cette erreur et dissiper les malentendus, rétablir les évidences malgré qu'elles gênent. Que le lecteur inquiet se rassure, le jargon psychiatrique n'est jamais nécessaire pour cela et sera évité. Pour faire aussi bref que possible, on se limitera aux explications indispensables, au risque de parfois trop simplifier. Qu'importe! Au moins, cela nous changera des traditions dans le domaine abordé.

Fiction encore: les maladies mentales chroniques graves sont d'une autre nature que les maladies du corps: ce seraient des "maladies de l'esprit"

La grande majorité des maladies mentales ont en commun de se manifester par des signes et symptômes qui n'ont rien de matériel, rien de concret ni qui soit facilement mesurable: ce ne sont que des discours, des croyances, des attitudes, des comportements, des sentiments, des états d'humeur contrastant fortement avec ceux habituellement rencontrés dans le restant de la population et qui peuvent paraître incompréhensibles ou choquants pour cette dernière.

Premièrement, cette **absence de signes matériels** concrets et mesurables confère aux maladies mentales une part de cette différence apparente, si fortement ressentie par tous, d'avec les maladies dites somatiques. L'absence d'éléments matériels tangibles semble encore toujours justifier le cliché selon lequel "ce n'est rien, c'est imaginaire, c'est dans sa tête que cela se

passe", comme si le crâne humain n'était qu'une coquille vide!

Deuxièmement, les signes et symptômes des affections mentales sont des **altérations de traits et "fonctions psychologiques".** Tous, par habitude et facilité, nous considérons et nous parlons de ces traits et fonctions comme si ils étaient des entités concrètes, presque des objets matériels préexistants: la mémoire, la pensée, le raisonnement, la colère, la joie, la volonté, etc., etc., alors que ce ne sont que des **constructions produites par notre cerveau**, continuellement recommencées, plus ou moins instantanées, toujours temporaires, dont nous ne percevons que le résultat final, mais rien de leurs supports biologiques ni des mécanismes de leur élaboration qui se déroule dans des galaxies de neurones, sous notre crâne. (De la même façon, quand nous voyons des images altérées ou déformées sur l'écran de notre télévision défaillante, nous oublions qu'elles n'existent pas en tant qu'images, dans le poste TV bien plus rudimentaire pourtant que notre cerveau!)

Troisièmement, notre personnalité, nos fonctions mentales, nos perceptions, notre capacité à communiquer tant avec le monde extérieur qu'avec le monde intérieur de notre organisme (avec nous-même) dépendent de l'intégrité et de l'agencement correct des éléments biologiques constitutifs de notre cerveau.

"**Nous sommes notre cerveau dans notre corps**".

Cet organe est bien plus extraordinaire et complexe que tous les autres organes de notre corps. A la différence de ceux-ci, il traite surtout de l'information et chacun de ses éléments constitutifs, chacune de ses cellules (les neurones) est un individu unique, irremplaçable. Recevant et envoyant en permanence des signaux depuis et vers toutes les parties de notre corps, c'est ce cerveau qui coordonne et commande à tous nos organes et en assure la cohérence de l'ensemble, l'unité et l'identité: **c'est le chef d'orchestre de notre organisme.**

Quand l'intégrité de la structure du cerveau est altérée précocement et profondément, entraînant la désorganisation des relations entre ses différents constituants, l'affection mentale psychotique finit par apparaître, et les seuls moyens connus de communication avec soi-même et avec le monde extérieur disparaissent. **La vraie aliénation, la voilà: le chef d'orchestre est indisponible!**

Les maladies mentales sont des maladies comme les autres, mais c'est l'organe qu'elles atteignent, tout à la fois unique, immensément complexe, essentiel à l'ensemble de nos fonctions et à notre identité, qui fait toute la différence.

Les psychiatres européens ont coutume de répartir les troubles mentaux en deux catégories distinctes: les **névroses** et les **psychoses.**

Les **névroses** sont des affections de l'humeur et des émotions se manifestant éventuellement par des phobies, des appréciations et des interprétations fausses des situations vécues, des valeurs, des personnes et de soi-même. Quoique pouvant être obsédants et extrêmement gênants dans tous les aspects de la vie quotidienne, les troubles névrotiques ne sont cependant pas sévères au point de rendre leurs victimes incapables de raisonnement et de prendre conscience qu'elles ont des problèmes psychologiques. Souvent, les personnes névrosées en arriveront, d'elles-mêmes, à la décision de consulter un médecin, un psychologue, un psychanalyste ou un psychiatre. Ces professionnels pourront les aider par l'écoute favorisant et dirigeant l'introspection, parfois avec un adjuvant médicamenteux destiné à soulager dans l'urgence (tranquillisants, anxiolytiques, antidépresseurs, etc.) Les scientifiques des neurosciences ont de bonnes raisons de penser que les **névroses sont des affections acquises** (apprises, par expérience) **tardivement par rapport au développement du cerveau.** Elles surviennent après que le développement cérébral se soit déroulé normalement (ceci pendant la vie embryonnaire et jusqu'au début de l'âge adulte).

Tous les circuits cérébraux importants s'étant mis normalement en place, la machinerie cérébrale n'est altérée que très superficiellement, elle demeure capable, moyennant l'aide d'un guide,

observateur extérieur, de réviser et corriger les idées, croyances et interprétations erronées, ou encore les appréciations inexactes dont la personne névrosée peut ainsi être amenée à reconnaître elle-même le caractère soit absurde, soit faux, soit excessif ou invraisemblable.

Cette prise de conscience constitue l'étape la plus importante pour la guérison d'une névrose. Elle est le point de départ de la rééducation et de la guérison. Celles-ci sont possibles parce que les structures biologiques qui en sont le support matériel sont présentes, disponibles. Ces structures avaient achevé leur organisation fondamentale normale avant que la névrose ne se développe. Les connexions neuronales sont présentes, qui permettent aux neurones ayant engrangé des impressions inadéquates de se remodeler sous les influences nouvelles, correctes cette fois.

Des **psychoses**, on retiendra ici surtout la **schizophrénie et les troubles bipolaires (la maniaco-dépression)**, car ce sont les plus dévastatrices et parmi les plus fréquentes. Ce sont des affections mentales qui, contrastant avec les névroses, altèrent à ce point les fonctions mentales de leurs victimes que ces dernières n'ont souvent pas conscience que les problèmes auxquels elles se heurtent sont de leur fait. **Elles ne pensent donc pas à consulter un médecin, elles n'en éprouvent pas le besoin. Lorsqu'on le leur propose, souvent elles s'y refusent obstinément. Ceci ne reflète pas un refus "psychologique" de la maladie, mais correspond à ce que les neurologues appellent l'anosognosie. C'est l'incapacité d'une personne à prendre conscience de ses propres troubles, déficits et signes morbides, alors qu'ils sont évidents pour tous et qu'ils sembleraient devoir l'être aussi et d'abord pour leur propre victime. Elle résulte de la défectuosité ou de la disparition des circuits cérébraux nécessaires à cette prise de conscience.**

Les causes et mécanismes des psychoses sont encore toujours inconnus à ce jour

(et ceux qui disent être d'un autre avis, soit ne savent pas de quoi ils parlent, soit travestissent la vérité.)

Même la réalité de l'existence des psychoses en tant qu'entités bien individualisées (**la** schizophrénie, **la** maniaco-dépression, par exemple) fait l'objet de controverses entre psychiatres. Ceci ne signifie aucunement que les multiples et très divers troubles mentaux qu'on regroupe sous ces dénominations n'existeraient pas. Ils existent, leurs victimes sont là pour en témoigner. Cela signifie seulement qu'on ne sait pas si les groupements et classements que, pour les décrire et les reconnaître, les psychiatres en font - de manière intuitive et plus ou moins arbitraire - correspondent à une quelconque réalité matérielle. En termes médicaux, on dit que **les psychoses sont des syndromes et non des maladies**. Ce sont des affections pour ainsi dire fabriquées de toutes pièces, des sortes de puzzles dont l'image finale, la mosaïque reconstituée reste incertaine et discutable. Cela permet parfois à certains psychiatres, sans doute plus amateurs de provocation et de sophismes que médecins, d'affirmer que la schizophrénie, par exemple, n'existe pas - ce qui les autoriserait par conséquent à ne pas tenter de la traiter. Et peut-être qu'en effet, **la** schizophrénie en tant que maladie unitaire pourrait n'avoir aucune existence autre qu'hypothétique et artificielle. Malheureusement, les malades de la schizophrénie, eux, ils existent, et qui oserait affirmer qu'il ne faut pas se préoccuper de leur sort?

Si les causes précises de ces affections chroniques graves ne sont toujours pas connues, on sait pourtant que les facteurs à l'origine des psychoses sont en partie génétiques (ils font partie du patrimoine génétique de l'humanité toute entière), en partie présents dans le milieu (facteurs "environnementaux") et, à la différence de ce qui se passe pour les névroses, ils entrent en jeu très vraisemblablement bien plus **précocement** par rapport au développement cérébral (dès la 4ème semaine embryonnaire et peut-être jusqu'à la fin de l'adolescence). Les anomalies de structure du cerveau sont donc beaucoup plus étendues et moins superficielles que dans les névroses et ne sont pas susceptibles d'être corrigées par les mêmes méthodes.

Les méthodes, c'est tout l'arsenal des remèdes et des soins destinés, si possible à guérir, sinon au moins à soulager et atténuer les conséquences de la maladie. Tout le monde croit à peu près

connaître la signification des mots "remèdes" et "soins" quand il s'agit de médecine non psychiatrique. D'où naît, par analogie intuitive et facile,

la fiction selon laquelle les soins psychiatriques ne sont que des soins médicaux spécialisés.

Dans notre société industrielle dite civilisée, "évoluée", progressiste, etc., où tous sont assujettis à la sécurité sociale et bénéficient donc d'une relative gratuité des soins médicaux les meilleurs possibles, le grand public imagine, et on le laisse bien entendu dans cette illusion, que les soins psychiatriques sont des soins médicaux. Il croit que, certes, ils sont sans doute un peu particuliers, mais enfin, ils sont dispensés dans des lieux réputés à vocation médicale, et n'ont-ils pas dû, eux-aussi, comme tous les autres soins médicaux, bénéficier des formidables progrès de la médecine actuelle dans son ensemble?

Ceux qui se sont personnellement efforcés de trouver les réponses à cette question en arrivent toujours à la même conclusion qui risque de faire hurler une majorité de nos psychiatres: **les "soins" dans l'acception médicale du terme n'ont pas de véritable équivalent en psychiatrie**. Cette conclusion peut paraître brutale et excessive, "réductrice" diront sans doute les plus modérés.

La situation constatée des "soins psychiatriques" n'est pourtant que la conséquence très logique de la stagnation de nos connaissances scientifiques dans le domaine de la psychiatrie par rapport aux autres domaines de la médecine, de la biologie, des neurosciences. Cet état de fait, on ne peut que le déplorer, pas vraiment le reprocher aux praticiens de la psychiatrie. **Mais il est inutile et même très dangereux de vouloir l'ignorer.**

Dans nos pays francophones d'Europe occidentale surtout, la psychiatrie a beaucoup de mal, encore aujourd'hui, à se dégager de la vision de la dualité de l'esprit et du corps qui, depuis Descartes, a eu chez nous une influence prépondérante. Cette influence est loin d'avoir entièrement disparu. La vision cartésienne conduit souvent la psychiatrie - même quand elle s'en défend - à se considérer et à se comporter plus comme une discipline philosophique théorique et désincarnée (parfois même comme une sorte de théologie) que comme une science naturelle concernée par la réalité physique dont nous faisons partie: certains psychiatres l'appellent la "médecine de l'esprit". Cette formule semble sonner bien tant qu'on ne s'interroge pas sur le sens d'une telle dénomination.

Les développements récents des neurosciences (depuis une cinquantaine d'années) permettent à présent d'orienter la recherche sur les psychoses et leurs traitements dans des directions résolument distinctes des multiples et invérifiables théories pseudo-scientifiques qui ont obnubilé les esprits pendant la majeure partie du 20ème siècle, créant plus de détresses qu'elles n'en prétendaient soigner, et les aggravant plus souvent qu'elles ne les soulageaient.

Les théories scientifiques actuellement les mieux étayées considèrent que les psychoses chroniques sont la manifestation du dysfonctionnement d'un nombre encore indéterminé de territoires cérébraux qui ne parviennent pas à coopérer normalement les uns avec les autres. **Ce fonctionnement altéré serait la conséquence d'anomalies du développement cérébral dont les débuts pourraient être très précoces (dès la 4ème semaine de la vie embryonnaire)** mais aussi s'étendre jusqu'au début de l'âge adulte (25-30 ans, selon certains). Une prédisposition génétique pour ces anomalies a clairement été démontrée dans nombre de cas de psychoses. Mais d'autres facteurs physiques (du milieu), de nature encore conjecturale, interviennent également dans leur genèse, mettant la prédisposition génétique à profit pour se révéler. Il en résulte - et ceci est avéré grâce aux techniques actuelles de l'imagerie cérébrale in vivo - des anomalies du câblage, des circuits, des connexions de certaines populations de cellules nerveuses les unes avec les autres, ainsi que des substances chimiques **(les médiateurs synaptiques)** qui permettent aux cellules nerveuses de communiquer entre elles. De nombreux neurones ne parviennent donc plus à fonctionner dans cet immense et extraordinaire ordinateur biologique - à présent détraqué - qu'est le cerveau humain.

Même si nos progrès en neuroscience depuis seulement 50 ans peuvent paraître spectaculaires et si les scientifiques peuvent à juste titre en tirer une certaine fierté, les lacunes de notre savoir restent néanmoins plus importantes que certains hésitent parfois à l'admettre. Notre système nerveux central est la machine la plus complexe à laquelle les scientifiques se sont jamais attaqués (de l'ordre de quelque 10 milliards de neurones!) Les outils actuels (les microscopes ultra-puissants, la biochimie, les isotopes, les ordinateurs, etc.) permettant d'explorer systématiquement, laborieusement et avec méthode, la structure, l'architecture et le fonctionnement du cerveau humain, n'ont été développés que fort récemment (certains n'ont pas soixante ans). Ils fournissent les données de base et les fondations biologiques indispensables à la compréhension de **toutes** les fonctions de notre organisme biologique, y compris celles de notre cerveau et de nos activités mentales. Parce que, récemment encore, certains pouvaient ou même voulaient croire ces connaissances à jamais hors de portée, ou parce que l'imagination débridée peut séduire ceux qui croient y voir une alternative valable, rapide et commode (moins ardue et moins exigeante) à l'approche scientifique (trop lente et contraignante aux yeux de certains), on a souvent préféré combler les lacunes de nos connaissances par des théories présentées comme révolutionnaires, basées sur des intuitions dites géniales, mais en réalité dénuées de tout fondement scientifique, c'est-à-dire ne pouvant être ni vérifiées ni réfutées expérimentalement, objectivement.

Ces théories ne pouvaient que fourvoyer la psychiatrie dans des impasses et la stériliser, souvent en la discréditant de surcroît. Beaucoup des fausses pistes qui empoisonnaient la psychiatrie ont eu un succès de provocation considérable, un certain "parfum de modernisme", qui expliquent que nombreux sont ceux qui s'y obstinent encore aujourd'hui, même parmi les professionnels de la psychiatrie. Le parfum provoquant de ces théories "psychologiques" commence pourtant à s'éventer, et les théories des origines psychologiques des psychoses ont aujourd'hui heureusement perdu leur crédit et leur attrait auprès des professionnels compétents.

On reconnaît enfin que la "mauvaise éducation" (le discours peu orthodoxe) au sein des familles n'a jamais provoqué ni déclenché la psychose d'un enfant tout en épargnant ses frères et soeurs. Inversement, la "bonne éducation" (le discours "correct", le comportement "conforme") n'a jamais empêché une psychose d'éclater dans une famille chez ceux des frères et soeurs qui y étaient prédisposés. Toutes les implications logiques de ces observations semblent n'être encore acceptées qu'avec réticence ou même parfois fort mal, tant par les professionnels de la psychiatrie que par les profanes. Bien que moribondes, les interprétations "psychologiques", intuitives et souvent simplistes de la nature des psychoses et de leurs causes ressuscitent toujours quand on en arrive aux traitements qu'il convient de mettre en oeuvre.

Conformément, d'une part aux connaissances scientifiques limitées dont notre psychiatrie dispose actuellement, d'autre part aux théories invérifiables dont elle est toujours imprégnée et ne parvient à se débarrasser qu'avec une peine extrême, les traitements des psychoses se répartissent en deux grandes catégories: la psychothérapie, les médicaments.

Les médicaments.

Chez les malades psychotiques - dépressifs graves, maniaco-dépressifs, schizophrènes, p. ex. - des taux cérébraux anormaux de certains médiateurs synaptiques ont été observés, dont principalement la dopamine et la sérotonine. Ceci justifiait de tenter d'interférer avec ces substances au moyen de **médicaments** modifiant artificiellement, soit la libération de ces médiateurs par les neurones émetteurs, soit leur réception par les neurones qui en sont la cible. On voulait ainsi corriger les déséquilibres observés, qu'on soupçonnait de provoquer une partie au moins des troubles mentaux. Ces efforts sont à l'origine du développement explosif d'une multitude de médicaments psychotropes, les **neuroleptiques** et les **antidépresseurs**, entre autres.

L'utilisation de ces médicaments est purement empirique. Leurs effets, favorables ou non

chez tel ou tel autre malade pris individuellement, ne peuvent être prédits avant d'en avoir tenté l'essai. De plus, puisqu'ils ne s'attaquent en réalité pas aux causes inconnues des troubles, ils ne sont pas curatifs. Par analogie avec d'autres médicaments utilisés en médecine, on a pris l'habitude de dire qu'ils sont "palliatifs" ou symptomatiques. Cette dernière dénomination est à l'origine de regrettables malentendus, toujours renouvelés, jamais complètement dissipés.

Dire que les médicaments neuroleptiques (ou les antidépresseurs) agissent sur les symptômes n'est qu'une fiction de plus.

En effet, si on connaît parfaitement les propriétés pharmacologiques de ces médicaments (sur quels récepteurs synaptiques des cellules nerveuses ils se fixent, et de quelle manière), on ne sait cependant que fort peu de choses sur la propagation et les répercussions des interférences initiales qu'ils produisent à distance dans le labyrinthe du système nerveux central. On doit donc se souvenir que **les médicaments psychotropes n'agissent pas sur les symptômes, ils agissent sur des neurones.** Souvent (parfois) mais pas toujours, les signes et symptômes pourront en être favorablement influencés, mais sans doute très indirectement. On n'est jamais sûr d'agir sur les neurones qu'il faudrait, ni sur tous ceux qu'il faudrait, puisqu'on n'est pas sûr de les connaître. Par contre, on peut être assuré que les médicaments agiront aussi sur des neurones "qu'il ne faudrait pas" (bien qu'on les connaisse, ceux-là!), provoquant ainsi des signes et symptômes indésirables. Les psychiatres appellent ces signes, improprement, les effets secondaires des médicaments. Sans doute vaudrait-il mieux, par analogie avec un euphémisme militaire à la mode, les appeler des "dégâts collatéraux".

Dire que les neuroleptiques plus récents, de "deuxième génération" ou "atypiques" sont plus efficaces et ont moins d'effets secondaires que leurs prédécesseurs est une fiction.

Presque chaque année, de nouveaux **médicaments neuroleptiques (dits "atypiques")** sont mis sur le marché. Ils diffèrent les uns des autres et des **neuroleptiques plus anciens (dits "typiques")** par des différences plus ou moins importantes de leur "profil pharmacologique", c'est-à-dire leurs affinités pour leurs diverses cibles sur les neurones (les récepteurs de la transmission synaptique). En réalité, les neuroleptiques d'aujourd'hui ne sont pas individuellement meilleurs ni plus efficaces que les anciens; simplement, ils sont plus ou moins différents et élargissent ainsi la gamme des médicaments disponibles parmi lesquels choisir. Cependant, recourir au dernier né de l'industrie pharmaceutique ne garantit aucunement d'avance un meilleur résultat. Employés convenablement (à doses correctes), les neuroleptiques "typiques" (les "anciens"), quand ils sont efficaces, et parce qu'on en a une longue expérience, ne sont pas détrônés par les neuroleptiques atypiques plus récents.

Beaucoup de nos psychiatres semblent n'avoir pas remarqué que les doses recommandées aujourd'hui pour tous les neuroleptiques, de quelque "génération" qu'ils soient, sont bien plus faibles que celles qu'ils préconisaient encore il y a seulement 15 ans de cela. Il en va de même pour la progressivité des doses initiales, où l'on est beaucoup plus prudent aujourd'hui qu'on ne l'était alors. Les doses excessives de neuroleptiques encore utilisées chez nous il y a à peine plus d'une décennie (et souvent de nos jours encore!) sont pour une bonne part responsables de la mauvaise réputation des neuroleptiques, surtout des plus anciens parmi ceux-ci. Il a fallu à la psychiatrie plusieurs décennies d'expérience de ces médicaments pour en apprendre l'utilisation correcte. Cette connaissance est encore loin d'être suffisamment répandue dans la profession. Terminant le volet médicaments des "soins psychiatriques", disons encore que même quand leurs effets se révèlent favorables, la nécessité de continuer à prendre les médicaments ne s'impose souvent pas à la conscience des malades mentaux, et

croire que tous les malades continueront spontanément à prendre leur médicament ou qu'on pourra les en persuader est une fiction, non pas parce que des effets gênants du médicament sont prétextés pour arrêter, mais parce que beaucoup sont intimement convaincus de n'en avoir aucun besoin.

est l'autre pilier obligé des "soins psychiatriques". Parmi nos psychiatres, nombreux sont ceux qui n'admettent qu'avec réticence, sinon répugnance, la nécessité de recourir aux médicaments. Ils en disent que "ce sont des béquilles" auxquelles il faut bien se résoudre pour s'en aider comme adjuvant de la psychothérapie, cette dernière étant, selon eux, l'élément déterminant du traitement. Comme il s'agit du traitement de psychoses plutôt que de névroses, on peut se demander sur quelles bases factuelles ces opinions reposent. Le crédit qu'on leur accordera dépendra sans doute de la forme et du contenu que l'on prêtera aux diverses psychothérapies car, depuis longtemps, ce vocable passe-partout a été mis à toutes les sauces.

Quand on tente de définir le mot **psychothérapie**, que ce soit grâce au dictionnaire, soit en se référant à des ouvrages techniques spécialisés, on ne trouve que des définitions très imprécises. Résumée de manière très générale, la psychothérapie, c'est la thérapie par la parole. Cela posé, reste à voir en quoi consistera cette parole et l'usage qui en sera fait. Tout un chacun, s'il s'estime doté d'un charisme suffisant, s'il croit posséder les indispensables capacités d'empathie, et s'il a la langue suffisamment bien pendue, a toute latitude, si le coeur lui en dit, de s'introniser psychothérapeute dans notre pays. C'est la porte ouverte à toutes les soi-disant "thérapies" plus ou moins sérieuses ou, si l'on préfère, farfelues (*et ce ne sont pas les "dispositions" annoncées [premier semestre 2001] des projets ministériels de "règlementation" de la profession de psychothérapeute qui, en aucune manière, risquent de donner au contenu de ces "thérapies" une base plus sérieuse et crédible.*)

Les effets bénéfiques de la psychothérapie sur la sévérité des signes et symptômes des psychoses, sur la fréquence des exacerbations de ces affections (les "rechutes") sont encore une fiction, qui consiste à prendre ses désirs pour la réalité.

Pour mettre en oeuvre la psychothérapie, pour venir en aide aux psychotiques (bipolaires comme schizophrènes), on commet un contresens qu'on refuse de voir, on nie la réalité des troubles qu'on prétend combattre, leurs caractéristiques et leur gravité. On affecte de s'adresser à des névrosés dont les problèmes sont accessibles à l'introspection critique, donc susceptibles d'auto-correction. Quelle erreur d'appréciation!

S'adressant aux bipolaires, par exemple, on s'efforce, par le discours, de leur faire prendre d'eux-mêmes une vision plus proche de la réalité objective (du moins, telle que la perçoivent et l'évaluent les thérapeutes). On se comporte avec ces malades comme si on croyait que la phase dépressive de leurs troubles résulte d'une appréciation "négative" ou, à l'opposé, que la phase maniaque de leur affection est la conséquence d'une appréciation euphorique et sans discernement de soi-même, des autres et des situations vécues. Il suffirait donc d'en discuter, éventuellement jusqu'à en perdre le souffle, pour parvenir à amener les malades à enfin réviser et corriger leurs appréciations.
Tous, nous le savons bien, nous avons nos hauts et nos bas, plus ou moins marqués selon les circonstances, et, sur le moment, ils colorent notre jugement sur les choses, les gens, nous-même, les situations vécues. Mais l'oscillation de notre balancier interne de l'humeur ne s'amplifie pas au point que le balancier se coince en position extrême: soit sur la dépression, soit sur l'agitation maniaque.

C'est, chez les malades bipolaires, **l'état au départ profondément altéré de ce balancier de l'humeur** qui le rend excessivement sensible au moindre événement (interne ou externe, surmontable ou même anodin pour les bien portants), mais qui aussi, ensuite, en empêche le retour à sa position d'équilibre. Selon le côté vers lequel il penche puis se bloque, les jugements seront colorés soit tout en noir, soit tout en rose. Et toutes les démonstrations optimistes qu'on pourra faire ou, au contraire, toutes les exhortations à la prudence, les discours qu'on pourra tenir devront d'abord traverser cette sorte de filtre de l'humeur dont, obligatoirement, ils prendront la couleur. L'humeur pathologiquement déréglée se moque bien de l'objectivité et de la rationalité.

Tout comme on sait aujourd'hui que des facteurs "psychologiques" ne sont pas à l'origine d'une

psychose bipolaire, on devrait par conséquent se douter aussi que le discours de la psychothérapie ne peut pas plus constituer un rempart contre le basculement à venir du prochain "épisode psychotique", que celui-ci plonge sa victime dans l'humeur noire ou qu'au contraire il le/la fasse planer par-dessus les sommets de l'une ou l'autre utopie euphorique.

Quand ils s'adressent aux malades schizophrènes, les psychothérapeutes projettent sur eux leurs propres croyances et désirs, ils croient pouvoir "se mettre dans la tête" des malades, savoir à leur place quelles sont leurs aspirations et, par conséquent, quels efforts ils devraient fournir pour parvenir à les satisfaire. Ils leur prêtent les vagues désirs généraux qu'un certain consensus attribue, d'ailleurs sans y réfléchir vraiment, à tous les individus de la foule anonyme. Ou encore, ils leur prêtent leurs propres désirs, sans aucunement pouvoir s'assurer de la justesse de leurs hypothèses, car fort souvent les malades ne parlent plus le même langage qu'eux, et **il n'existe pas de dictionnaire fiable de traduction**. **Savoir ce qui se passe dans la tête des autres quand ils sont bien portants, c'est déjà aléatoire; mais prétendre le savoir alors que ces autres ne fonctionnent plus comme nous et ne se comprennent plus bien eux-mêmes, n'est-ce pas là faire preuve d'une arrogance qui frise l'absurde (ou devrait-on dire la stupidité)?**

Certains psychothérapeutes prétendent inculquer aux malades schizophrènes des "habiletés sociales" dont ils affirment qu'elles leur permettraient de se réinsérer dans la société. Mais il ne peut s'agir que de comportements réflexes et stéréotypés. Les déficits cognitifs des malades schizophrènes les privent des capacités de prévision et d'adaptation permanente aux situations perpétuellement changeantes entourant chacun de nous dans un monde complexe:

Quelques comportements réflexes de marionnettes ne peuvent tenir lieu de prévision, de planification, d'évaluation et de calcul des conséquences de ses propres actes - et de ceux des autres.

En dépit de toutes les affirmations selon lesquelles c'est le seul bien-être des malades qui est au centre des préoccupations des thérapeutes, on est fatalement amené à soupçonner que les psychothérapies destinées aux malades psychotiques (schizophrènes ou dépressifs bipolaires) visent en réalité un but principal plus ou moins ouvertement reconnu. Ce but, c'est de rendre les malades psychotiques capables d'un comportement en apparence aussi conforme que possible aux normes acceptées par le restant de la population de la société dans laquelle ils vivent (pour employer une expression à la mode: **les rendre "transparents"** aux autres - mais non pas capables de vivre par eux-mêmes -). On veut imaginer qu'ainsi on favoriserait leur réinsertion dans la société, et cette réinsertion devient l'objectif poursuivi officiellement. **Les statistiques des agences pour l'emploi montrent pourtant que la réinsertion des malades psychotiques chroniques est pratiquement inexistante.**

Les psychothérapies ne peuvent s'attaquer aux causes ni aux mécanismes des affections qu'elles prétendent combattre, puisqu'on ne les connaît pas. De plus, pour "agir" sur les malades et leur affection, elles sont bien forcées de passer précisément par l'intermédiaire de ces facultés mentales de leurs patients dont nous savons qu'elles sont détériorées ou même disparues. Donc, pour les besoins des psychothérapeutes et de leur psychothérapie, on décide que ces facultés sont quand même intactes (ou on fait comme si).

Quels bienfaits les malades peuvent-ils espérer retirer de thérapeutiques et techniques basées sur des **sophismes et des pétitions de principes?**

Plutôt qu'au contenu même des psychothérapies, c'est au meilleur encadrement et à la surveillance plus soutenue des malades, nécessités par la mise en oeuvre de ces "techniques thérapeutiques", qu'on peut attribuer les effets bénéfiques revendiqués par certains sur les statistiques de ré-hospitalisation des malades schizophrènes.

Les psychothérapies jouent cependant encore un deuxième rôle. Elles s'adressent à l'entourage bien portant mais malheureux des malades, elles l'occupent et tentent de le distraire de ses

angoisses en les organisant; (c'est aussi ce à quoi, faute de mieux, s'emploient majoritairement les associations - bénévoles ou non - croyant "promouvoir la santé mentale"). Elles donnent ainsi à nos professionnels de la psychiatrie l'illusion de se rendre utiles malgré leur impuissance face à la maladie elle-même. Peut-être aussi, les familles en retirent-elles parfois un espoir momentané, la force nécessaire pour être capables d'entourer mieux leurs malades. Pour ces derniers, l'aide supposée n'est que très indirecte, mais peut-être n'est-elle pas totalement nulle. Cette aide, ce ne sont pourtant pas "des soins" dispensés à l'hôpital ou en institution. On pourrait, à la rigueur, y voir des "effets collatéraux" pour, une fois de plus, parler comme certains porte-parole militaires.

De ce qui précède, on peut déduire à quoi se réduisent les "**soins psychiatriques**" dans les "**structures**" ou **"institutions**" psychiatriques: c'est la distribution quotidienne des médicaments psychotropes et la surveillance des malades pour leur éviter les accidents, leur assurer un minimum d'hygiène de vie et des horaires qui rentrent dans les normes acceptées par la société.

Eventuellement, comme l'idée de l'oisiveté et du désoeuvrement des malades comporte des connotations péjoratives pénibles pour l'imagination de la plupart d'entre nous (suivant en cela le vieux dicton très bien-pensant selon lequel l'oisiveté est la mère de tous les vices), des occupations diverses sont imaginées, qu'on nomme ergothérapies, psychothérapies, etc., et qu'on organise selon les disponibilités en "personnel soignant" et suivant les compétences de ce personnel. Avec un peu de chance, il peut se faire que ces activités plaisent à l'un ou l'autre malade, ou même plusieurs d'entre eux: tant mieux si et quand c'est le cas, puisqu'on peut espérer que la vie leur en serait rendue un peu moins insupportable.

Les soins psychiatriques ne sont donc rien d'autre que ceux qu'on dispenserait aux enfants, plutôt bien portants, confiés à de très médiocres et trop rares garderies,

mais ils s'adressent cette fois à des adultes lourdement handicapés psychiquement. Nos connaissances scientifiques à propos des fonctions mentales normales et des maladies mentales ne nous permettent guère de faire actuellement beaucoup plus. S'il n'y a pas de quoi se vanter de cet état de choses, ce n'est pas pour autant une raison de l'ignorer et prétendre qu'on fait ce qu'il faut, qu'on agit au mieux. Le problème des maladies mentales (et des malades mentaux!) existe depuis toujours; notre société parle d'abondance de **"SANTE MENTALE"**. Pourtant, les zélateurs de cette "santé mentale" ne sont jamais parvenus à donner à ce concept une définition ni un contenu vraiment utiles. De manière très révélatrice, ils n'évoquent que fort rarement les **MALADES MENTAUX** chroniques qu'ils semblent vouloir oublier car, selon toute apparence, ils en ignorent les caractéristiques et les véritables problèmes. Ils ne recherchent donc pas activement les solutions pratiques accessibles et humainement acceptables qui rendraient, à ces malades et à leurs proches, une vie peut-être un peu plus digne d'être vécue. Pourtant,

ce n'est pas en niant les problèmes ou en les ignorant qu'on parvient à les supprimer, ni en y substituant des fictions qu'on arrive jamais à les résoudre.

Dr. Jean Desclin, M.D., Ph.D.,

Prof. Hon. U.L.B.

(Ancien président de Similes - Bruxelles)

Bruxelles - mai 2000

"2001 Année de la Santé Mentale" en Belgique

Est-ce, enfin, ***vraiment*** la lutte contre les maladies mentales, ou seulement une illusion, une imposture humanitariste de plus?

Selon les indications qu'on pouvait lire dans le n° 23 (décembre 2000 - février 2001) du Périodique trimestriel de la Fédération des Associations SIMILES francophones (une des organisations intéressées à cette manifestation), quatre objectifs sont visés, repris textuellement ci-après:

> ***1.*** Faire prendre conscience que la santé mentale est essentielle, tout autant que la santé physique;
>
> ***2.*** Sensibiliser aux difficultés et aux problèmes que soulève la santé mentale;
>
> ***3.*** Faire connaître les actions et les aides mises en place pour améliorer la santé mentale;
>
> ***4.*** Faire accepter la différence de l'autre.

Le point 1 perpétue une très ancienne distinction arbitraire entre santé mentale et santé physique qui, de nos jours, n'a plus aucune raison d'être qui soit scientifiquement fondée, et ainsi entretient précisément tous les préjugés les plus communément répandus, ceux que justement on désire dénoncer et qu'on prétend combattre.

Les initiateurs de "2001 Année de la Santé Mentale" se gardent bien de dire ce en quoi, selon eux, consiste la "santé mentale", ce que, pour eux, elle a de spécifique. Ils laissent ainsi transparaître qu'eux aussi, comme presque tout le monde, ils n'osent habituellement parler des "maladies mentales" que par euphémismes, qu'ils ne sont donc pas eux-mêmes exempts des préjugés et superstitions qu'ils ne prêtent qu'aux autres.

Il est temps de parler clair, de dire sans détours ce que sont les "maladies mentales". Arrêtez, s'il vous plaît, de parler de "Santé Mentale" avec des majuscules en laissant à chacun le soin d'y mettre la signification qui l'arrangera le mieux (ou le dérangera le moins), ce qui engendre tous les malentendus et autorise l'inaction. (*En fait, la dénomination de "**Santé mentale**" n'est qu'une mauvaise tentative d'**euphémisme par litote**, ce que semblent avoir oublié ceux qui s'en servent et qui, par conséquent, s'y empêtrent, comme on pourra le voir plus loin.*)
Mais à qui faut-il parler clair? A qui faut-il "faire prendre conscience..."? **On ne nous le dit pas**.

> Il faut parler clair, **en priorité**, à tous ceux qui sont directement concernés par les maladies mentales:
>
> **› aux proches des malades**, pour qu'ils soient capables de prendre eux-mêmes leur sort en mains;
>
> **› aux professionnels du secteur** de cette fameuse "Santé Mentale", pour qu'ils assument leurs responsabilités en se formant, en apprenant, et en exerçant avec compétence, de manière réellement professionnelle, le métier qu'ils ont librement choisi en toute connaissance de cause: soigner, prendre soin des malades mentaux et les accompagner avec humanité, comme il est normal de le faire pour tout être humain dont on doit respecter l'humanité.

Mais vouloir "faire prendre conscience..." à ceux qui **ne savent pas et ne veulent rien savoir, rien entendre**, c'est perdre son temps. Ceux-là, ce sont, malheureusement, la majorité des bien portants. Ce sont ceux qui, comme vous et moi, sont à juste titre terrifiés par la représentation qu'il se font de la vie intérieure et de la "non-vie" d'un malade mental, quand ils essayent de s'imaginer "dans sa peau". Mais, sauf quelques-uns, la majorité choisiront toujours d'ignorer ce cauchemar, croyant ainsi éviter et s'épargner par l'indifférence ou la fuite un malheur auquel ils abandonnent les autres. Commencez donc par "faire prendre conscience..." à ceux dont, depuis longtemps, ce devrait être le premier des devoirs, puisqu'ils prétendent en faire métier. On peut espérer que cette étape une fois franchie, d'autres suivront. Ne mettez pas la charrue avant les boeufs!

Quant au point 2, voyez à quelle absurdité vous entraîne l'emploi des euphémismes abusifs! Depuis quand la santé, qu'elle soit mentale ou non, devrait-elle soulever des difficultés et des problèmes? La santé, c'est comme le bâtiment qui va: on a la santé quand elle est **bonne**. Les problèmes et les difficultés, c'est la maladie qui les crée, c'est la maladie qui est la négation et la destruction de la santé, et jouer sur les mots, c'est se moquer du monde.

C'est ainsi que pareils abus de langage conduisent certains journalistes de la grande (?) presse quotidienne à publier des articles avec des titres aussi dépourvus de sens que: "**Positiver et accepter la santé mentale**" (*http://www.lalibre.be, 07/04/2001, sous les initiales T.D.G.*).

Le mépris du sens de leurs phrases n'est pas le privilège des seuls journalistes. Nos élus politiques n'éprouvent aucune peine à les égaler et parfois même à les surpasser sur les plans de la méconnaissance et de l'incompréhension flagrantes du sujet abordé, de la syntaxe erronée, du style et du contenu rédactionnels respectivement obscurs et vagues, qui tous constituent une insulte à l'intelligence de leurs électeurs. C'est ainsi que l'une d'elles (députée MR wallonne de Warneton - Comines) nous dit, entre autres joyeusetés: "Le concept de santé mentale est donc encore aujourd'hui fort méconnu mais je suis certaine que, grâce à toutes les initiatives prises en la matière, nous pourrons très prochainement lutter de manière efficace contre ***ce nouveau fléau du XXIème siècle.***" (si nous en croyons les uns et les autres, il faudrait à la fois lutter contre le fléau de la santé mentale et le "positiver"? *Pour ceux qui seraient curieux d'un morceau d'anthologie de campagne électorale: http://www.bertouille.org/htdocs/html/cb/tribunes/cb_trib_12.htm*).

Qui faut-il "sensibiliser" aux problèmes engendrés par la **maladie** mentale? **On ne nous le dit pas**. C'est pourquoi il est nécessaire de compléter cette phrase tellement vague qu'elle en perd toute signification.

Les ***malades, leur entourage et leurs familles*** sont bien au courant - forcément - des "difficultés et problèmes" qu'ils rencontrent. Ils n'ont donc aucun besoin d'être sensibilisés et beaucoup d'entre eux sont même devenus allergiques à ces problèmes!

Sensibiliser ***le grand public en général***, c'est essayer d'impliquer les gens bien portants. Or, comme on vient de le dire, ceux-là refusent d'être impliqués, ils préfèrent ignorer ce qui sûrement les dérangerait et à quoi, ils en sont sûrs, ils ne pourraient quand même rien changer. De toutes façons, se disent-ils avec une certaine logique, c'est l'affaire des professionnels du secteur, ce n'est pas la nôtre. Le directeur d'une des associations initiatrices de cette manifestation, lui-même semble, un peu comme malgré lui, laisser transparaître son scepticisme quant à l'utilité de cette "campagne" dont il paraît d'ailleurs avoir du mal à préciser ce qu'il appelle "le véritable enjeu". (*Article "Carte Blanche", pp. 22-23 du n° 21 de mars 2001 de "Bruxelles Santé"*, *voyez http://www.questionsante.org*)

Restent les "***professionnels***". De ceux-ci, on pourrait supposer que s'ils ont choisi d'exercer le métier qu'ils font, c'est justement parce qu'ils étaient, d'avance,

> "sensibilisés aux difficultés et aux problèmes que soulève la santé mentale". Cependant, voilà, la présence du point 2 parmi les objectifs de "2001 Année de la Santé Mentale" conduit à penser que leur sensibilisation ***à eux*** pourrait laisser à désirer. Si c'est le cas, pourquoi ne pas les nommer et le leur dire, ***à eux*** et bien haut pour qu'ils se reconnaissent? Le professeur Norman Sartorius (président des Associations Mondiale et Européenne de Psychiatrie), que certaines associations Similes aiment à citer pour ses vues sur la "déstigmatisation", admettait lui-même que "*Il est difficile d'envisager d'emblée de changer l'image des malades mentaux auprès du public. Mais nous pouvons au moins oeuvrer à faire changer les attitudes du corps médical.*" (in: Les Troubles Schizophréniques, pp. 79-80. M. De Clercq & J. Peuskens Eds., De Boeck & Larcier, s.a., Paris Bruxelles 2000, ISBN 2-8041-3134-3).

Le **point 3** veut "faire connaître les actions et les aides mises en place pour améliorer la santé mentale". Tel qu'il est présenté ici, l'objectif visé ne peut être clair pour le public non averti qu'on prétend "sensibiliser", et ne peut que l'amener à se poser plusieurs questions qui, elles, par contre sautent aux yeux immédiatement.

Ainsi, la ***santé*** mentale, pour qu'il faille l'améliorer, ne serait-elle pas aussi ***bonne*** qu'on pourrait le souhaiter? On pourrait imaginer que les professionnels du secteur devraient être, en principe et par définition, les experts en ce domaine. N'en prenons pour preuve que le fait que c'est à eux uniquement que le politique, les profanes et les malades s'adressent (et on les leur indique) pour s'informer sur les sujets liés à la "santé mentale".

Pourtant, à la différence d'autres catégories professionnelles (enseignants, magistrats, avocats, policiers et gendarmes ou encore infirmières, etc., etc.) qui n'hésitent pas à manifester pour revendiquer de meilleures conditions de travail quand elles leur semblent compromises, on n'entend guère les psychiatres et psychologues ou autres professionnels de la "santé mentale" revendiquer pour une meilleure prise en charge des malades mentaux ("améliorer la santé mentale"). Estimeraient-ils donc, grâce à leur expertise et en désaccord avec les initiateurs de cette "2001 Année de la Santé Mentale", que, comme sans doute son nom l'indique, la "Santé Mentale" telle qu'elle est aujourd'hui ne peut être que bonne, et que, selon le proverbe, le mieux est l'ennemi du bien? Ou seraient-ils mal informés, eux-aussi, mais alors qu'en serait-il de leur expertise?

Pourquoi faut-il faire connaître les "actions et aides mises en place..."? Sont-elles donc tellement confidentielles que même les professionnels n'en auraient pas connaissance? Si elles ne sont pas assez connues, est-ce à cause de leur discrétion qui friserait la timidité? Faut-il les faire connaître pour qu'elles fonctionnent mieux, ou est-ce parce qu'elles sont inefficaces qu'elles ne parviennent pas à se faire connaître? Mais en quoi une publicité qui ne pourrait tout au plus que flatter leur image sans rien changer par ailleurs, devrait-elle en même temps améliorer leur bilan thérapeutique?

> (*la publicité pour une mauvaise lessive peut, pour un temps, en améliorer les chiffres de vente, elle ne la fait pas laver plus blanc pour autant; d'ailleurs, les spots publicitaires télévisés au texte sibyllin limité - peut-être pour éviter de dire des âneries? - comme, par exemple, "La Santé Mentale, j'en parle...", ne véhiculent en réalité aucun message qui soit utile ou informatif*).

Si même les professionnels du secteur, les experts reconnus en matière de "santé mentale", n'éprouvent pas le besoin de mieux connaître les "actions et aides mises en place...", c'est peut-être qu'elles n'en valent guère la peine. Pourquoi alors lui, le grand public, devrait-il s'en soucier, et ne pas faire confiance aux experts?

Le **point 4** nous dit qu'il faut "faire accepter la différence de l'autre". Les promoteurs de "2001 Année de la Santé Mentale" sont-ils à ce point frileux qu'ils n'osent eux-même appeler les malades mentaux par leur nom et qu'ils désignent "l'autre" comme si c'était un objet de honte? Ce

point est celui de la "stigmatisation" des malades mentaux, une légende entretenue par les psychiatres, et dont il est fait justice ailleurs (v. stigmatisation).

Et voici, en bonus, un **point 5** repris d'un périodique médical belge:
Dans un article intitulé "2001, Année de la Santé Mentale" (*n°562 du 11 juillet 2001 du périodique "Le Généraliste", destiné aux médecins*), la journaliste Claire Coljon écrit en sous-titre: "*2001 offre aux Ligues bruxelloise francophone et wallonne pour la Santé mentale l'occasion de réfléchir à* **une juste définition de la notion de santé mentale** *et aux meilleurs moyens de prise en charge des personnes...*"
Ces Ligues qui disent oeuvrer ***pour la santé mentale***, elles existent pourtant depuis bien avant 2001? Ont-elles donc eu besoin d'attendre une "occasion" comme celle de 2001 pour seulement réfléchir (enfin!) à une juste définition de ce dont elles prétendent assurer la promotion? Voilà qui laisse perplexe! Pareille réflexion fondamentale, des naïfs la croiraient devoir être fondatrice et permanente. Quelle est donc, chez ces Ligues "**pour la Santé Mentale**", l'activité envahissante et obsédante, prioritaire et urgente au point d'avoir, jusqu'à présent, prévalu sur toute autre "occasion" de cette réflexion? Comment ces associations sont-elles donc, pendant des années, parvenues à promouvoir, malgré tout, des objectifs dont elles n'avaient pas eu "l'occasion" d'établir, par une réflexion préalable, une "juste définition"? Miracle? Mystère? La conjonction des deux, peut-être?

Un bonus supplémentaire constitue le **point 6**.
Il paraitrait, d'après le directeur de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale (v. le quotidien "*Le Soir*" du 25 aout 2001, *Carte blanche, "La santé mentale, c'est quand on n'est pas fou ?*"), que
"*Déjà, définir la santé mentale n'est pas un mince affaire. En mots simples ou compliqués, l'explication nous échappe constamment. Pas étonnant qu'interrogés à l'improviste, la plupart répondent: "la santé mentale..., c'est quand on n'est pas fou",...* ***comme si la santé n'était là que pour nous épargner la maladie.***"(sic)
Je fais sûrement partie de la plupart de ces frustes qui, malgré qu'on leur pose la question à l'improviste, parviennent à se contenter de la **réponse méprisée**, **parce qu'elle est la bonne**, alors que d'autres, qui disent s'évertuer et s'interroger constamment, ne parviennent pas à la saisir, nouveaux Achilles prétendant poursuivre une tortue... Ces têtes pensantes se triturent les neurones pour n'arriver qu'à faire des noeuds (*pourtant, là n'est pas l'origine de l'expression "tête de n...."*).

Tout d'abord, l'amour des formules sonores ou des belles phrases entraîne souvent ceux qui les distillent à perdre de vue le sens qu'ils croyaient y mettre. Et alors, comme de juste, le peu de sens qui peut-être s'y trouvait à l'origine ne peut que s'en évaporer. Je ne crois pas que quiconque aujourd'hui attribuerait à la santé, concept issu de l'esprit humain, des intentions personnalisées. Personne ne croit que, comme la bonne fée protectrice de la Belle au bois dormant se penchant sur le berceau de la princesse, la "santé soit là pour ***nous épargner***" quoi que ce soit, et n'y croient peut-être que ceux-là mêmes qui, paternalistes ou "protecteurs", voudraient attribuer cette croyance aux simplets pour lesquels on voudrait nous faire passer. La santé est là (*ou bien la maladie l'abolit*), **un point, c'est tout**. Mais passons...

Ensuite, imaginons un instant un monde où les maladies n'existeraient pas, où l'usure liée à l'âge serait inconnue, où les accidents mutilants et invalidants n'arriveraient jamais. Je doute fort que dans ce monde paradisiaque le concept de santé s'impose jamais à l'esprit de ses habitants: il serait superflu, inutile, et sans doute le mot santé n'aurait même jamais été inventé. Je prétends que dans notre monde réel à nous, tout comme dans ce monde utopique un instant imaginé, le concept de santé, qu'elle soit "mentale" ou autre, n'est difficile (***et même impossible!***) à définir que pour ceux qui se refusent à reconnaître sa relation nécessaire au concept de maladie.
Tant qu'on s'obstinera - pathologiquement - dans cette attitude d'aveuglement, tous les discours tenus sur la "Santé" et sur la "Santé mentale" par des responsables (?) atteints de cécité d'origine idéologique, volontaire ou congénitale, seront totalement dépourvus de sens, ils ne seront que l'équivalent d'une sorte de masturbation verbale.

Ce sont les mêmes (*"Bruxelles Santé" de mars 2001*) qui, déjà, affirmaient que les professionnels de la "Santé Mentale" redouteraient à juste titre "les dangers de la vulgarisation" à propos des maladies mentales, et qui maintenant nous disent que "*La santé mentale n'est pas seulement l'affaire des spécialistes. Chaque personne est compétente, pour elle-même et pour ses proches. La* ***scientificité et l'hermétisme de la spécialisation*** *ont tendance à faire oublier cela.*" Selon les moments et selon les supports médiatiques où l'on s'exprime, on peut donc affirmer tour à tour tout et son contraire. De surcroît, on a l'aplomb de parler de "scientificité de la spécialisation", ce qui est se moquer du monde, car cela ne revient qu'à accréditer une nuée délibérément entretenue par un jargon ridiculement creux et volontairement hermétique.

Ce sont les mêmes qui craignent le "risque" de limiter la campagne "2001-Année de la Santé Mentale" à de la "simple philanthropie". Et en quoi, s'il vous plaît, la simplicité de la philanthropie constituerait-elle un défaut? Pourquoi mépriser la philanthropie, elle qu'en ce domaine on a si peu vue jusqu'à présent? Il paraît qu'elle correspondrait à "*la banalisation de notre regard sur ce qui fait la différence entre les parcours de vie des humains*"!
Ceux qui osent, du haut de leurs confortables positions bien aseptisées, parler de banalisation du regard à propos des maladies mentales et de leurs victimes étalent, avec une complaisance et une apparente candeur proches de l'inconscience (*ou devrions-nous, avec Albert Camus, parler d'obscénité?*), leur totale méconnaissance et incompréhension de ce sur quoi ils glosent (*qu'ils essayent donc, de banaliser, juste "pour voir"!*) Et si, l'espace d'un instant, on leur accordait le bénéfice du doute sur la "banalisation du regard", celle-ci ne vaudrait-elle pas encore mieux, tout compte fait, que ce qu'ils font depuis longtemps, c'est-à-dire ignorer et **détourner soigneusement leur regard, précisément de ceux qui, en priorité, auraient le plus besoin** de cette aide et de ce soutien que certains proclament promouvoir mais dont, en fait, ils se bornent à en dire qu'on y réfléchit?

Cette campagne n'est, en effet, qu'une opération publicitaire au seul bénéfice de l'ensemble des organisations elles-mêmes qui se targuent, avec la bénédiction des autorités publiques, de "promouvoir la santé mentale". Et s'il est vrai que cette brève campagne comporte un risque, ce n'est pas celui que ses promoteurs dénoncent ou disent redouter. Ce risque, c'est celui qu'ils prennent en rendant leur discours enfin accessible à tous, permettant ainsi à tous de reconnaître le vrai visage des "acteurs de la santé mentale", permettant à chacun de juger de la vraie nature de leur "action", de comparer les paroles aux actes, d'apprécier **leurs résultats sur le terrain**.
Ce risque, ils l'ont pris. Il est trop tard pour reculer. Et si le risque se concrétise, cette campagne aura quand même été utile, mais pas exactement comme ses promoteurs sans doute le prévoyaient.

SANTÉ MENTALE

"***Il n'y a aucune réalité objective dans les mots vie, mort, santé, maladie***. *Ce sont des expressions littéraires dont nous nous servons parce qu'elles représentent à notre esprit l'apparence de certains phénomènes.*"

Claude Bernard, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (Paris 1865)

*Pour l'O.M.S., la Commission Européenne, pour nos responsables belges fédéraux, des Communautés et des Régions, et pour la World Federation for Mental Health, la "Santé Mentale" est un exemple particulièrement démonstratif d'**entéléchie aristotélicienne.** (mais ils ne le savent pas...)*

Ceux qui emploient ces deux mots accolés ne s'accordent jamais sur leur définition claire. Une certaine confusion sur leur sens s'est donc installée dans les esprits. Cette confusion prend son origine de la peur des mots, de la crainte d'appeler les choses par leur vrai nom, mais, comme on le verra d'autre part, elle trahit aussi la volonté inavouée des promoteurs de la "Santé Mentale" de choisir les solutions de facilité et les expédients commodes aux problèmes socio-économiques générateurs de "mal-être" et de "mal-vivre" social; d'autre part, cette confusion permet de faire accroire aux citoyens en général que les pouvoirs publics donnent la réponse adéquate aux problèmes que les ***maladies*** **mentales** posent à leurs victimes.

Séparément, chacun de ces deux mots ne semble pas poser de problèmes à la plupart d'entre nous: en général, nous comprenons la **SANTE** comme étant l'absence de maladie(s) et, quand on jouit d'une "**bonne santé**", on ne s'en rend même pas compte, elle va de soi, on n'y pense pas.

Quant au qualificatif "**MENTAL**", sa signification est déjà plus difficile à cerner, et chacun lui attribue des sens et des nuances qui peuvent varier assez sensiblement d'une personne à l'autre. Pour rester simple et bref, disons que ce mot renvoie à nos multiples **activités cérébrales**, parfois intellectuelles, invisibles par elles-mêmes, telles que la "pensée", les "sentiments", les "émotions", la "mémoire", par exemple, dont nous ne percevons, chez les autres, que certaines des **manifestations extérieures qui en découlent**: la parole, le ton, les comportements, les mimiques, les attitudes, etc., tandis que chez nous-mêmes s'y ajoute la conscience qu'éventuellement notre cerveau nous donne de nos propres émotions.

Certaines personnes veulent voir une distinction entre le mot "**mental**" et le mot "**psychique**", ce dernier prenant souvent, à leur yeux, une connotation plus "spiritualiste" qu'ils imaginent plus "noble" ou plus "élevée". En réalité, les deux adjectifs sont équivalents, "**mental**" dérivant du latin, "**psychique**" venant du grec, mais ils recouvrent un même concept.

Le sens de "***SANTÉ MENTALE***" dépend non seulement du contexte dans lequel il est employé, il varie également avec ceux qui énoncent ces deux mots juxtaposés.

Dans son emploi le plus fréquent, "Santé Mentale" désigne habituellement une administration et des organismes publics ou privés, qui organisent, pour notre Etat Fédéral et les Régions (ou avec leur bénédiction), la mise en place, la gestion et le contrôle de la "SANTÉ", des "AFFAIRES SOCIALES", de "l'ENVIRONNEMENT".

La "**SANTE**", c'est, entre autres, l'administration publique responsable de l'organisation, la surveillance et la gestion des hôpitaux et cliniques. C'est donc, dans l'esprit des gens, un grand organisme étatique mal délimité qui:

- assure la lutte contre la maladie et les handicaps fonctionnels, puisque, pour la majorité d'entre nous, la "bonne santé", c'est habituellement l'absence de maladie: "...tant qu'on a la santé...";

- devrait s'efforcer de prévenir la maladie en édictant les règles d'hygiène et de salubrité

publiques (et veillant à leur application) que l'on estime propres à éviter l'apparition des maladies et les atteintes à l'intégrité physique.

Quoique cette institution publique soit chargée de prévenir la maladie et de la combattre une fois qu'elle est présente (on parle bien de l'**I***nstitut* **N***ational* d'**A***ssurance* **M*aladie*** et **I*nvalidité*** ou INAMI), il semblerait qu'on répugne pourtant à la nommer en employant les mots qui font peur et que, surtout pour préfigurer et évoquer (invoquer?) son rôle bénéfique, on préfère utiliser le mot "santé" qui est de bon augure, plutôt que le mot de "maladie" qui semble déjà attirer sur nous le malheur. **Santé mentale** sonne bien, **maladie mentale** au contraire suscite aussitôt le besoin de la conjurer avec véhémence. Cette crainte superstitieuse et inavouable est à l'origine de malentendus difficilement dissipés sur les maladies mentales chroniques. A leur tour, ces malentendus permettent de **faire passer pour troubles mentaux** (certains disent: "mauvaise santé mentale"!) de nombreuses, banales et oh! combien compréhensibles **difficultés individuelles d'adaptation** à une société économiquement et administrativement complexe - parfois déshumanisée jusqu'à l'absurde. **Ces difficultés, *quelles que soient leur nature et leurs causes*, deviennent ainsi justiciables de la "Santé Mentale"**. Réciproquement, par une sorte d'amalgame passé dans les habitudes, même de nombreux professionnels, les véritables maladies mentales chroniques (les psychoses) sont assimilées à ces "difficultés de vivre", elles n'en sont plus distinguables.

D'après un prospectus diffusé par l'O.M.S. en avril 2001 (et téléchargeable, pour l'Europe, sur le site http://www.who.dk/), la "SANTÉ" est définie, dans les statuts de l'O.M.S., comme un "état de complet bien-être physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité."
On peut s'interroger sur la légitimité de l'idée selon laquelle le "bien-être social" résulterait de la santé, ou si c'est l'inverse... Mais, mis à part cet amalgame pervers, on remarquera qu'on se garde bien de définir clairement la "Santé ***Mentale***", laissant à chacun l'illusion que la définition est fournie, et on permet d'imaginer ce qu'elle serait en laissant à chacun la possibilité d'y mettre ce qu'il voudra, ce qui est tellement plus confortable et satisfaisant pour tout le monde...

C'est ainsi que, pour certain quotidien belge (*La Libre Belgique, http://www.lalibre.be 07/04/2001*), c'est bien la **"définition de la santé *mentale*"** selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, WHO) qui deviendrait "un état de parfait bien-être physique et social et qui ... etc." C'est dire avec quelle conscience professionnelle les journalistes auxquels leur rédaction confie pareils sujets s'acquittent de leur tâche d'information, la maîtrise qu'ils croient avoir de leur sujet et le peu d'importance qu'ils lui accordent.
Il est permis - et ce serait sans doute à conseiller - d'effectivement s'interroger sur le *bon sens*, sans parler des connaissances et qualifications réelles, de ceux qui seraient parvenus à concocter pareille définition fourre-tout, mais aussi sur l'esprit critique de ceux qui les acceptent et les répètent.

Un autre exemple caractéristique de définition et d'affirmation définitive, péremptoire, catégorique, mais tout aussi irréfléchie et dépourvue de sens, peut se retrouver sur le site web Internet d'ONGs européennes disant "oeuvrer dans le domaine de la santé mentale" (*http://www.mhe-sme.org/mhe-sme*). On peut, entre autres perles, y lire en effet: "Good mental health is a basic human right" (*La bonne santé mentale est un droit de l'homme fondamental*). Ah? Bon? Comme celui, pour chacun, de ne naître que riche, que beau (belle), qu'intelligent(e) ou génial(e), etc., etc. ?

Les difficultés économiques, sociales, et même tous les aléas, les vicissitudes de la vie quotidienne banale peuvent toujours, plus ou moins directement, se révéler sources de détresses morales et psychologiques; personne ne voudrait prétendre qu'il ne faut ni s'en soucier ni tenter de les alléger. Mais ces détresses morales, qu'elles soient parfois très profondes ou même insoutenables, qu'elles soient même aggravées par la précarité des situations particulières, est-il toutefois légitime et utile de les assimiler à des troubles et maladies mentales ne relevant que de la "Santé Mentale"?

Cette assimilation abusive permet, soit de se persuader en toute bonne foi d'avoir exorcisé les maladies mentales dès lors qu'on leur a appliqué les mêmes mesures "sociales" et "psychothérapeutiques" qu'aux "difficultés psychologiques du mal-vivre";

Soit, et c'est encore pire, on peut même aller jusqu'à se persuader que les maladies mentales ne sont en fait que des "difficultés du mal-vivre" et que les mesures "psychothérapeutiques" (celles qu'on a sous la main, c.à.d., le plus souvent, "tout et n'importe quoi") sont la solution à tout.

Un corollaire de ce dérapage de la logique - économiquement bien commode pour les pouvoirs publics - est qu'il devient inutile de se doter des moyens techniques qui permettraient d'identifier précocement les malades mentaux vrais parmi la foule des "mal-vivants", puisque désormais et par définition, ils n'en sont pas distincts!

Depuis Descartes (XVIIème siècle!) a prévalu, dans les pays occidentaux, le concept philosophique selon lequel le corps matériel d'une part, l'esprit immatériel (l'âme) d'autre part, sont distincts et ont une vie indépendante l'un de l'autre. Bien que la neuroscience - entre autres - apporte aujourd'hui de très nombreux arguments à l'encontre de cette vision, elle continue néanmoins à imprégner notre civilisation occidentale, où toujours ont dominé quelques religions monothéistes et les philosophies qui en sont dérivées.
Ceci explique la distinction qu'à l'origine on a voulu faire aussi de la "Santé" implicitement dite "physique" et de la "Santé mentale" car, selon cette conception, la maladie peut logiquement frapper distinctement le corps (ce sont les maladies "somatiques") ou l'esprit (l'âme) (ce sont les maladies "mentales" ou "psychiques").
Par conséquent, on a voulu également tracer une démarcation entre médecine dite "somatique" (du corps) et médecine de l'esprit ou psychiatrie, même si cette dernière restait uniquement de la compétence des porteurs d'un diplôme de docteur en médecine.

Du point de vue scientifique - c'est-à dire indépendant de toute philosophie, religion et théologie, les données de la neuroscience moderne montrent que **la distinction entre maladies mentales et maladies physiques ou somatiques n'a aujourd'hui plus aucun sens**, aucune justification réelle, sauf celle des habitudes et d'une certaine tradition. La psychiatrie ne devrait donc être qu'une branche particulière, une spécialisation, mais à part entière, de la médecine. Si les dénominations des diplômes universitaires peuvent en effet laisser penser qu'il en serait ainsi, l'expérience quotidienne démontre pourtant que, dans la réalité et dans les mentalités, on est loin de compte.

Généralement, médecine somatique et psychiatrie s'ignorent réciproquement et complètement, encore aujourd'hui, maintenant ainsi en survie forcée le concept dépassé, moribond, de dualité de l'esprit et du corps. Cette survivance entretient par conséquent aussi l'habitude de "croire" à une nécessaire dualité des moyens et techniques à mettre en oeuvre pour étudier et traiter, indépendamment les uns des autres, les dysfonctionnements du corps, d'une part, et de l'esprit, d'autre part.

La "Santé Mentale" devient ainsi un seul organisme tentaculaire et flou, où les **pathologies "psychiatriques" se mêlant aux souffrances purement existentielles et morales** finissent par ne plus en être distinguables et, en quelque sorte, s'y dissolvent. Tous les "professionnels" qu'on y rencontrera, quelle que soit la structure (le lieu) où ils exercent, pourront dès lors se persuader qu'ils possèdent les mêmes et universelles compétences et capacités: psychologiques, psychosociales, psychiatriques, psychothérapeutiques, voire médicales. Ils ne manqueront pas de s'en prévaloir et de les revendiquer face à une "clientèle" très hétérogène, même si leurs formations, leurs expériences professionnelles et leurs conditions de travail très diverses ne peuvent leur permettre d'également reconnaître, classer, orienter et, a fortiori, prendre en charge chaque "client" de la manière convenant le mieux à son cas particulier. La confusion des compétences, des rôles, des moyens et des besoins ne peut qu'entraîner, entre secteurs dits "hospitalier" et "extra-hospitalier" ("*ambulatoire*", "*de proximité*") des sentiments de rivalité déloyale, des dissensions et des antagonismes. Ces secteurs entrent alors en compétition et se disputent les ressources financières limitées que le pouvoir politique ne leur alloue que

chichement. Les politiques entretiennent ainsi entre les deux secteurs (hospitalier et extra-hospitalier) une concurrence qui leur paraît propice à la restriction budgétaire souhaitable (*diviser pour régner*), mais nuisible à la communication, à la collaboration, et même, ô paradoxe! à une saine gestion, ce qui, évidemment, n'améliore pas les conditions de "prise en charge" des malades psychotiques chroniques.

Du point de vue du médecin, la "santé mentale" ne peut se définir que par exclusion: c'est l'absence de maladie mentale. Pareille définition est malheureusement trop simple pour ceux qu'on devrait appeler les nouveaux mandarins et "experts en socio-psycho-philosophico-psychiatrie post-moderne". Ils la qualifient de "réductrice" parce qu'elle les obligerait à définir au préalable ce que sont les maladies mentales, ce qui semble leur poser problème. Les professionnels du secteur "psycho-social" et de la "Santé Mentale" ne paraissent pas prêts à reconnaître la spécificité des maladies mentales chroniques. Ils préfèrent donc les définitions absconses et ridicules à force de contorsions verbales jargonnantes et de néologismes dépourvus de sens, qui n'ont pour toute utilité que de leur permettre le mélange des genres et tous les amalgames, la **confusion entre malaises psychologiques, problèmes "existentiels", difficultés de société, et troubles mentaux véritables**. **Cette confusion bien commode autorise à son tour la confusion des remèdes à mettre en oeuvre, ce qui conduit à n'en jamais développer aucun qui soit réellement satisfaisant ni applicable à bon escient.** Elle n'est qu'une fausse solution de facilité, un miroir aux alouettes, une belle excuse pour pérorer beaucoup, paraître s'agiter tout en agissant bien peu. C'est sans doute pourquoi, malgré la diversité des gouvernements qui se succèdent au fil du temps, son succès ne se dément pas auprès de ceux qui décident des orientations politiques et des budgets ...

Première publication: **22 Février 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **13 Février 2006**

PREVENTION

(sous-entendu: des troubles mentaux)

"*La prévention n'a de chances d'être efficace que lorsque l'on comprend la cause de la maladie que l'on traque*".
Petr Skrabanek & James McCormick,
"Idées folles, idées fausses en médecine."
(Trad. française: Odile Jacob édit., Paris 1997)

Certains parlent de "***notions de prévention, c.à.d. de 'maintien de sa santé mentale' par une certaine hygiène de vie et un recours raisonnable à des aides en cas de nécessité***" (*selon l'expression d'une directrice de Fondation belge s'occupant de "santé mentale"; communication personnelle à J.D.*).

Ceux qui tiennent ce langage n'illustrent en général pas leur propos de l'un ou l'autre exemple explicitant leur pensée. Si toutefois ils avaient le courage - ou seulement la curiosité - de s'y risquer, ils seraient rapidement obligés de reconnaître la vacuité de pareilles phrases toutes faites, dont le seul mérite éventuel ne pourrait résider que dans la "musique" qu'elles font dans les discours officiels.

Que signifie donc "maintien de sa santé mentale"?

Pour le savoir, il faudrait d'abord tomber d'accord sur ce qu'on entend par "santé mentale". Ensuite, en fonction de la réponse, on pourrait examiner si son "maintien" ou sa "mise en danger" sont vraiment du pouvoir délibéré de l'individu.

> **Pour le médecin, la (bonne) santé mentale, c'est l'absence de maladie mentale**.

Conséquence des mauvaises conditions matérielles de vie, la fatigue physique excessive et prolongée, tout comme la maladie en général, amoindrit et dégrade les performances intellectuelles et physiques, assombrit l'humeur, exacerbe l'émotivité. Elle peut donc entraîner à la longue une "fatigue nerveuse" (le "stress") se traduisant par une difficulté accrue pour résoudre les problèmes quotidiens: le travail incertain, le logement précaire, la cherté de la nourriture et de l'habillement, les diverses préoccupations familiales. Il n'est guère nécessaire d'être psychologue ou psychiatre pour savoir cela.

> Ces difficultés dites "psychologiques" consécutives aux conditions matérielles défavorables constituent-elles une mauvaise "santé mentale"? L'intervention de psychologues, voire de psychiatres, va-t-elle changer les conditions matérielles de vie, procurer le repos et permettre la récupération de la forme physique indispensables aux fonctionnements mentaux (intellectuels et affectifs) optimaux?

Comment les rescapés des camps de concentration et d'extermination de la dernière guerre ont-ils préservé leur "santé mentale"? En ayant recours à quelles aides? à des psychologues professionnels, peut-être? ou encore à des psychiatres? je doute qu'il y en ait eu de disponibles!

Ils ont fait appel à la solidarité de leurs compagnons de malheur, psychologues sans le savoir ni avoir besoin du diplôme, et donc véritablement humains, désintéressés et motivés comme eux. Par contre, comment accorder sa confiance et croire à la vertu thérapeutique du seul discours de "techniciens professionnels du psychologique", discours de circonstance, stéréotypé, récité contre rétribution , compassion superficielle de commande, choisie comme un article tout prêt à telle ou telle page d'un catalogue d'ailleurs bien vite refermé? Je mets en doute l'utilité du psychologue auquel on aurait recours comme on appellerait le plombier en cas de fuite ou

d'inondation, ou l'électricien lors d'une coupure de courant (*d'ailleurs, saurait-il comment résoudre les problèmes de fond, c.à.d., en l'occurrence, comment fermer les vannes ou rétablir le courant?*).

Quel est le sens de "une certaine hygiène de vie"?

Ce sens varie avec chaque personne interrogée, selon son origine sociale, son éducation, ses croyances religieuses ou philosophiques, son niveau social et ses possibilités financières, etc., etc. Le concept d'une "bonne hygiène de vie" a varié, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et on peut prédire qu'il continuera à fluctuer à l'avenir.

Chacun de nous croit savoir, intuitivement, ce qu'est, pour soi-même et pour ses proches, la "bonne" hygiène de vie. Ces "notions" font partie des idées reçues et des modes du moment. Les modes sont généralement éphémères, elles changent donc souvent. Par contre, les idées reçues ont une inertie considérable, elles ne changent parfois que sur plusieurs générations. Tous, cependant, il nous arrive de déjà sourire avec indulgence des "idées" auxquelles nos grand-parents tenaient encore, il n'y a pas si longtemps de cela.

Qu'elles soient temporaires ou, au contraire, de longue durée, les idées générales sur la "bonne hygiène de vie" constituent un corps d'idées reçues et de croyances qui, en fin de compte, dépendent principalement de l'organisation et de l'histoire de la société où elles prennent naissance. ***Mais elles ne sont que cela: des croyances.*** La fréquence des maladies mentales dans les populations ne change pourtant pas sensiblement, ni avec ces croyances, ni dans le temps, ni avec le type de civilisation.

> Cependant, l'expérience quotidienne nous montre que, par exemple, l'abus d'alcool et nombre de drogues psychotropes altèrent, souvent de manière irréversible, le métabolisme, la structure, les fonctions de notre organisme tout entier et plus particulièrement de notre cerveau. Une bonne "hygiène de vie" comporte donc, très vraisemblablement, l'abstinence de ces substances ou, tout au moins, la prudence et la modération dans leur consommation.

Excepté cet exemple important, mais de portée limitée, on voit mal sur quelle base, autre qu'imaginaire, autoritaire, arrogante et dogmatique, une "certaine hygiène de vie" plutôt qu'une autre pourrait être proposée, en exemple général de rempart assuré ou même seulement plausible, contre le spectre qu'on agiterait des maladies mentales en puissance.

Stigmatisation

dans le vocabulaire des professionnels du psycho-social, ce terme a été repris de l'anglais ***stigma*** (d'origine latine) qui signifie flétrissure, au sens, par exemple, de la marque au fer rouge infligée à un esclave pour indiquer sa condition de servage. Sa signification correspond alors approximativement au sens péjoratif de discrimination (discriminer signifiant traiter un groupe social ou ethnique plus mal qu'un autre groupe). On peut stigmatiser des personnes pour leurs comportements, leurs attitudes, leurs prises de positions politiques extrémistes, par exemple. On ne stigmatise pas la nature, des choses inanimées ou indépendantes de la volonté humaine. On ne stigmatise pas la maladie; c'est elle qui, éventuellement laisse des stigmates, des séquelles chez ses victimes. De nos jours, personne, en principe, n'oserait plus stigmatiser ouvertement des malades à cause de leur maladie quelle qu'elle soit. Pourtant, il se trouve encore des gens pour croire que certaines maladies s'acquièrent et se propagent par des comportements que "la morale et les bonnes moeurs" réprouvent. Cela suffit pour que les victimes de ces maladies soient considérées d'un oeil méfiant ou réprobateur, pour qu'elles soient "stigmatisées", et que cette "stigmatisation" en quelque sorte s'étende à leur maladie elle-même (le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles en sont des exemples connus de tous). Pareille extension est évidemment dénuée de sens, puisque aucune maladie n'existe jamais par elle-même, mais bien seulement grâce à ceux qu'elle frappe et au travers d'eux.

Déstigmatisation

est un néologisme exprimant l'idée de la suppression de la stigmatisation (ou, par extension, celle du combat pour obtenir cette suppression), c'est-à-dire une sorte de réhabilitation, de révision d'une condamnation ou réputation infamante.

"*D'où vient qu'un boiteux ne nous irrite pas, et un esprit boiteux nous irrite? A cause qu'un boiteux reconnaît que nous allons droit, et qu'un esprit boiteux dit que c'est nous qui boitons; sans cela, nous en aurions pitié et non colère*." Pascal (Pensées)

Je soutiens que la discrimination (la "stigmatisation") dont les malades mentaux seraient l'objet de la part de la société en général est, en fait, plus une légende qu'une réalité. Elle n'est que le reflet indirect de nos instincts, ces idées irraisonnées, forgées au long des millénaires, héritées de nos lointains ancêtres animistes pratiquant la magie. Reconnaissons que, en regard de l'âge de l'espèce humaine homo sapiens, le rationalisme moderne n'est encore que dans sa petite enfance; à notre insu et tout comme ces ancêtres qui, à l'échelle de notre courte durée de vie individuelle, nous paraissent fort anciens et éloignés, nous continuons à vouloir personnaliser les événements - heureux comme malheureux - qui nous arrivent, nous voulons leur trouver une "raison", une origine en quelque sorte dotée d'individualité, de volonté, d'intention, de finalité. En d'autres termes, nous éprouvons le besoin de désigner un **responsable** des événements qui nous touchent, que ceux-ci soient ou non la conséquence immédiatement visible de nos actes. Souvent nous avons la faiblesse de nous attribuer à nous-même le "mérite" des événements heureux; quant aux événements malheureux, nous avons encore toujours besoin d'un **bouc émissaire** pour en porter la "faute".

Certains encore osent dire (ou écrire) que "***la déstigmatisation de la maladie mentale signifie réduire la peur face à la personne malade grâce à une meilleure compréhension et une autre forme de connaissance***" (*article signé F.P., Bull.trimestr. Féd. Similes n°17, p.17, 1999*). Je ne suis pas un adepte de formes alternatives de connaissance, sans doute plus ou moins ésotériques, mais je soupçonne qu'elles ne sont généralement que des arnaques intellectuelles. Quant à la meilleure compréhension, ne devrait-elle pas être, par définition, l'apanage des experts professionnels? Malheureusement, l'expérience quotidienne démontre régulièrement que, si ces experts sont réellement détenteurs de cette "meilleure compréhension", ils la cachent si bien et la font si peu partager aux profanes qu'on pourrait légitimement se demander s'ils l'ont réellement.

La "peur face à la personne malade", ce sont en réalité deux choses bien distinctes plutôt qu'une seule.

> L'une est la peur ressentie en constatant ce qu'est désormais devenu un être cher: un inconnu, étrange, étranger, incompréhensible, imprévisible, à la suite d'une transformation mystérieuse et incompréhensible, elle aussi. Les psychiatres, dont on nous dit pourtant que ce serait leur métier, ne parviennent cependant pas à rien nous en dire de convainquant, de rassurant: cette peur-là, les professionnels pourraient la chasser, ils ne le font pas, bien au contraire. Il paraît, selon Mr Eric Messens, directeur de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, qu'ils "redoutent les dangers de la vulgarisation. Ils n'ont pas tort." (*"Dialogue avec le grand public", Bruxelles Santé n° 21 de mars 2001, p.22*). Serait-ce qu'ils craindraient de scier la branche sur laquelle ils sont assis?
>
> L'autre est la représentation qu'on se fait du cauchemar que doit vivre le malade mental, qui ne maîtrise plus ni les choses extérieures, ni ses propres perceptions, ni soi-même (ses raisonnements, ses sentiments, ses désirs, sa volonté, etc.). En résumé, **il n'est plus maître de ses facultés, il n'est plus maître de soi ni de rien de ce qui le concerne**. Ce constat ne peut qu'engendrer une peur panique chez celui qui imaginerait qu'il n'est lui-même pas à l'abri de pareille catastrophe, qui s'imaginerait la subir en effet: quoi de plus naturel, de plus profondément élémentaire que cette peur-là? Quoi de plus naturel que le refus viscéral d'en savoir quoi que ce soit et le réflexe de se détourner, de n'y pas penser, de prendre la fuite? Je doute qu'on parvienne à exorciser cette peur-là!
> Cette peur, ce n'est pas celle qu'inspirerait la personne malade elle-même; c'est celle qui naît de l'inconnu. C'est celle qu'on ressent devant ces exemples vivants de ***dépossession*** de soi: de la volonté, de ses facultés, de son intelligence, de ses capacités, de son identité; c'est la crainte de ce qu'il n'y a pas si longtemps, les religions et croyances appelaient d'un nom qui terrifiait: la possession. Si le nom a changé, et si l'interprétation de la chose n'est plus la même, la chose elle-même a-t-elle vraiment changé, et n'est-elle pas, à juste titre, plus terrifiante encore que le cancer ou le SIDA, par le sentiment d'impuissance qu'elle exprime?

Par ses théories dogmatiques - à la fois irréfutables et invérifiables - sur les causes et les mécanismes des troubles mentaux, par ses hypothèses en vogue pendant plus de la première moitié du XX^{ème} siècle, la psychiatrie s'est construite, développée et a capitalisé sur des interprétations imaginaires, de nature essentiellement magique, des processus mentaux; comment d'ailleurs aurait-il pu en être autrement, car comment ses promoteurs auraient-ils été capables de se dégager eux-mêmes des "idées reçues" dans lesquelles ils ne baignaient pas moins que le restant du corps social dont ils faisaient partie?

Selon ces théories psychiatriques tout intuitives et conformes aux idées et modes du moment, les "fautes" conduisant aux troubles mentaux ont été rejetées sur les boucs émissaires les plus divers: la mauvaise éducation familiale, les conflits parentaux ou entre générations, les mauvais traitements intra-familiaux, les structures et les conventions sociales plus ou moins mal ressenties parce que plus ou moins en mutation, la mauvaise "hygiène de vie", etc., etc.

Dans le grand public, volontiers crédule et peu critique car ne se sentant pas concerné - et refusant instinctivement de le devenir, par une sorte de crainte superstitieuse de la contagion -, pareilles théories ont toujours eu et garderont encore d'autant plus de succès qu'elles étaient (et seront toujours) en parfaite cohérence avec l'éducation que, dans notre société et dès la plus tendre enfance, chacun de nous reçoit de ses parents. En effet, on nous inculque à tous, pour ainsi dire avec le lait maternel ou le biberon, les gestes et les comportements de mise dans notre société, de même qu'on nous apprend à éviter de commettre les gestes, comportements et actes que notre société réprouve, en nous habituant précocement à les réprouver nous-mêmes (ce qui est logique et légitime, puisque nous sommes appelés à faire partie de cette société). C'est là

notre éducation, source de comportements, d'appréciations, de réactions, goûts et répugnances automatiques, involontaires, c.à.d. qui nous semblent aller de soi, que personne ne songerait à remettre en question: c'est un conditionnement, une **acquisition de réflexes**.
Qu'on ne s'y trompe pas: ce qui vient d'être dit ne constitue nullement une condamnation, ni une critique ou une remise en cause de l'éducation donnée par les parents à leurs enfants dès la petite enfance. En effet, cette éducation, pour arbitraire et sujette aux modes qu'elle puisse parfois paraître, est nécessaire parce qu'elle apporte les règles fondamentales, à la fois acceptables par chacun et indispensables au développement et au maintien d'une vie sociale harmonieuse entre tous les individus d'une société donnée, tous ceux qui se côtoient ou qui partagent, de près ou de loin, un même territoire.

De toute évidence, il est bon que ces règles soient respectées de manière automatique, instantanée, **réflexe,** pour qu'il ne soit pas besoin d'y réfléchir à chaque instant avant de les mettre en application, ce qui, d'un point de vue purement pratique, serait lent, mentalement épuisant, inefficace, inutilisable au quotidien.

Ce conditionnement profondément enraciné nous dissuade, pour ainsi dire sans douleur, de transgresser les règles, usages et convenances de mise dans notre société. Mais, conséquence logique, inévitable de ce conditionnement, une sorte de réciproque est vraie aussi, car **notre éducation nous conduit inévitablement à réprouver, automatiquement, les transgressions commises, aussi par les autres, et dont nous sommes témoins ou qui nous sont rapportées.**

Il est donc normal et inévitable que nous attribuions spontanément, une fois de plus **automatiquement et sans y penser**, ces transgressions du bon usage et des convenances **par les autres**, à une erreur ou une "faute" ou un "manque" d'éducation dans le chef de ces "mal élevés" non conformes et de ceux, parents et éducateurs qui, sans doute, ont manqué à leurs devoirs d'éducation envers eux. Certains diraient que nous les "stigmatisons".

Quand, parce qu'elle est handicapée, une personne de notre connaissance ne nous serre pas la main, quand un aveugle, assis dans la rame de métro en face de nous semble nous fixer avec une insistance gênante de ses orbites vides, nous en offusquons-nous? Bien sûr que non. En effet, l'invalidité physique est le plus souvent évidente, elle nous explique, justifie à nos yeux et "excuse" automatiquement les comportements d'apparence excentrique qu'elle entraîne. De manière tout aussi évidente, elle ôte à ses victimes un certain nombre de capacités et leur interdit de nombreuses activités, l'accès à diverses professions et à certains types de loisirs.

Aucun invalide des membres inférieurs ne pourra envisager de devenir facteur à l'administration des Postes, par exemple. De même, aucune personne dont l'acuité visuelle est inférieure à un seuil donné ne pourra jamais devenir pilote d'avion, que ce soit dans le civil ou à l'armée. L'absence ou la paralysie d'une main, ou seulement d'un ou de plusieurs doigts écarte définitivement sa victime d'une carrière de musicien exécutant.

Quelle personne de bonne foi oserait prétendre que ces interdits et ces exclusions sont une stigmatisation des invalides et de leur invalidité, plutôt que la conséquence logique et inéluctable de - et inhérente à - leur invalidité même?

La maladie mentale est, le plus souvent, encore bien plus invalidante que l'infirmité physique mais, au contraire de cette dernière, elle n'est pas immédiatement visible. Cependant, bien plus encore que l'infirmité physique visible, elle prive ses victimes des capacités indispensables à une vie relationnelle normale, c'est une infirmité mentale qui, par elle-même, constitue l'exclusion, l'incapacité d'inclusion (pas le rejet!)

Mais, comme la maladie mentale n'est **ni visible ni tangible** immédiatement, comment le passant, l'homme de la rue pourrait-il savoir, à moins d'en être averti, si c'est à elle ou à la "mauvaise éducation" qu'il faut attribuer un comportement incompréhensible, donc choquant car non conforme aux usages, aux convenances?

Ce qui paraissait évident à Pascal il y a quelque 350 ans semble nous échapper aujourd'hui. Aurions-nous changé à tel point depuis ou aurions-nous tout oublié?

Lutter auprès du grand public pour la "déstigmatisation" des malades mentaux, alors que cette stigmatisation n'est qu'imaginaire parce qu'elle n'existe que dans les théories des professionnels qui en convainquent ensuite les proches et parfois peut-être les malades eux-mêmes, ce n'est qu'***un faux combat*** qui, de surcroît, ***se trompe de cible***.

Le grand public ne peut se sentir concerné par la maladie mentale, car il ne la "voit" ni ne la "touche", il ne la vit pas. Le grand public n'est pas "motivé", il ne peut pas l'être car il ne peut (ni ne veut) connaître la maladie mentale. Cette connaissance, en effet, ne se transmet pas par des descriptions, elle ne peut être acquise qu'en subissant la maladie directement, jour après jour, ou en y étant confronté personnellement en permanence.

De plus, les campagnes publicitaires ne font jamais naître la motivation chez ceux où elle n'existe pas déjà en germe ou qui, par crainte la refusent, chez ceux qui ne se sentent pas déjà concernés parce que la vie ne les y a pas forcés.

Tenter de modifier, dans le grand public en général, les idées reçues au sujet des malades mentaux, cela ne reviendrait-il pas précisément à nier, à saper, à compromettre dangereusement cette éducation qu'on a mis tant de temps à inculquer à chaque enfant? Il est vrai que, compte tenu du caractère fondamental, précoce et permanent de cette éducation, on ne parviendrait pas à seulement nuancer des réflexes qui, par nature, sont irréfléchis. Pour peut-être y parvenir, sans doute faudrait-il au moins user, à grande échelle, de méthodes coercitives et de techniques de "lavage de cerveau", à la manière que connurent naguère certains pays à régime politique totalitaire. Est-ce cela qu'on veut?

Alors, pour leur éviter nos jugements prématurés et moralisateurs, ces ***préjugés*** péjoratifs dont nous sommes nourris et **définitivement imprégnés**, devrions-nous en arriver à marquer les malades mentaux d'un signe distinctif bien visible? Ainsi dûment mis en garde et prévenus, serions-nous ensuite, ***au profit spécifique des malades mentaux mais à l'exclusion des contrevenants délibérés aux normes en vigueur***, capables de surmonter nos habitudes réflexes en matière générale d'usages et de convenances, et de les ignorer? Il est permis d'en douter... De plus, pareilles dérogations aux conventions ne constitueraient-elles pas, à leur tour, une sorte de **"discrimination positive",** selon une terminologie actuelle, absurde à force d'hypocrisie? Et pour "positive" qu'on la prétende, n'en serait-elle pas moins une discrimination, indéniable et délibérée cette fois, rappelant un retour au moyen-âge, quand les lépreux agitaient une crécelle pour annoncer leur approche, ou, plus près de nous, le port de certaine étoile jaune à six branches?

L'*information* correcte à propos des maladies mentales doit être diffusée non pas lors de campagnes épisodiques - p.ex. la "décennie du cerveau", "l'année de la femme", la "quinzaine du blanc", la "journée de la francophonie" - mais en permanence, auprès de ceux qui sont confrontés aux troubles mentaux chroniques graves et qui les subissent, qui donc sont **déjà motivés**: l'entourage immédiat des malades et, même et surtout - pourquoi ne pas le dire ouvertement? - **auprès de ceux pour qui graviter autour de la maladie mentale est devenu un simple gagne-pain comme un autre, c'est-à-dire les professionnels du psycho-social et de la psychiatrie**. C'est le cerveau de ceux-ci et de ceux-là qui sont directement concernés, qu'on doit tenter de "laver" pour *éradiquer non pas la stigmatisation, mais son mythe* qu'en réalité ils portent en eux-mêmes et qu'ils perpétuent sans même s'en rendre compte. Ils en sont, en effet, les principaux responsables, les uns par leur qualité officielle d'experts seuls compétents et habilités à diffuser une information correcte, **et parce qu'ils ne le font pas**; les autres par leur bonne foi naïve et une certaine crédulité, qui leur fait placer en ces experts officiels une confiance aveugle qu'ils leur renouvellent sans cesse malgré qu'elle soit plus souvent déçue - voire trahie - que confortée par les expériences vécues; ils ne remettent jamais en question les discours creux qu'on leur tient, ni les pratiques parfois ineptes des professionnels et **ne placent jamais**

sérieusement ces derniers devant les responsabilités qu'un monopole de fait et des prérogatives officiellement accordées tout à la fois impliquent et devraient leur imposer.

En mars 2003 encore, Conseil de l'Europe (à l'adresse http://www.eu2003.gr/en/articles/2003/3/24/2338) et Commission Européenne (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_020603_fr.pdf - 274 K) s'obstinent à insister sur l'importance de la lutte contre la "**stigmatisation liée à la maladie mentale**" comme moyen "**d'amélioration de la connaissance de la promotion de la santé mentale**" (sic). Comme on le montre à diverses reprises sur ce site, ce sont là des contresens qui, de manière inadmissible, font renoncer aux efforts qui seraient indispensables pour lutter vraiment contre les maladies mentales. Ils favorisent au contraire une soi-disant "promotion de la santé mentale" qui ne peut être qu'une fiction, un trompe-l'oeil dont l'inefficacité est avérée et qui est tout au plus bon à entretenir - à grands frais mais peu de fatigue - le mythe de l'utilité de ses promoteurs et, ainsi, à justifier l'existence de ces derniers.
Rappelons ici ce que, déjà en mai 2002, Mme Marie-Agnès Letrouit et Mr Michel Misset (association Schizo?...Oui!) disaient au Congrès International de Barcelone sur la "Réadaptation psychosociale intégrale dans et avec la communauté":
"**Ce n'est pas, comme il est souvent affirmé, la société qui stigmatise le malade. Le stigmate existe d'abord dans la tête du médecin qui considère la schizophrénie comme une maladie trop horrible pour être nommée. Quelle espérance, quelle raison de lutter, un tel médecin transmettra-t-il à son jeune patient?**"
La stigmatisation, elle est dans la tête de ceux qui prétendent la combattre.

Première publication: **22 Février 2001** Dernière modification: **3 octobre 2003**

Des difficultés fondamentales

"*In the ever oscillating rivalry beween psychology and biology, psychology always has a built-in advantage: it alone offers an escape from the randomness of fate. Biology offers no such consolation. [...]*
[...] Biological "explanations" stop with "it just so happened". That is an unsatisfying answer" .

(*Dans la rivalité qui oppose psychologie et biologie et fait osciller sans cesse de l'une à l'autre, la psychologie possède un avantage intrinsèque: elle seule permet d'échapper à l'aléatoire du sort. La biologie n'offre pas de consolation comparable. [...] Les "explications" biologiques s'arrêtent à "c'est arrivé, voilà tout". Pareille réponse laisse sur sa faim.*)

Edward Dolnick: "Madness on the couch", 1998.

Dans leur grande majorité, nos psychiatres francophones ne semblent s'intéresser ni à la structure (l'architecture), ni aux mécanismes, ni au fonctionnement du cerveau. Ils semblent ne s'intéresser qu'aux conséquences et manifestations extérieures de ce fonctionnement auxquelles, alors, faute d'autre source de connaissance, ils ne peuvent attribuer d'origines et de mécanismes que celles et ceux, purement imaginaires et invérifiables, qu'ils sortent tout droit de leur propre imagination. C'est ce qu'on n'a pas manqué d'appeler la psychiatrie sans cerveau, celle qui nous donne un parfait exemple de démarche non scientifique, ou même, anti-scientifique.

Les théories explicatives échafaudées dans ces conditions, pour justifier, tant les diagnostics psychiatriques que les psychothérapies préconisées pour les traitements, ne sont étayées par aucune preuve scientifique expérimentale solide: elles en restent nécessairement au stade des assertions incontrôlables. Malgré une croyance fort répandue dans le public profane, leur accumulation, en systèmes ou corps de doctrines plus ou moins élaborés selon les "écoles" ou "chapelles" psychiatriques, ne leur confère aucunement un caractère plus plausible, une "valeur de vérité" qui serait proportionnelle à leur volume ou à leur complication apparente. Ce ne sont, en quelque sorte, que des théologies et des exégèses à partir de textes écrits par des théoriciens intuitifs ou recueillis et commentés par leurs disciples, à la manière de vérités révélées érigées en systèmes de religion. Seul y est pris en compte l'argument d'autorité (Freud l'a montré, Lacan l'a dit, etc, etc.), les "preuves" scientifiques en sont désespérément absentes, malgré toutes les affirmations plus ou moins tonitruantes prétendant le contraire. Ce ne sont donc même pas des théories - puisqu'elles ne sont en général pas testables -, ce ne sont que des fictions, des romans.

Reconnaissons cependant aux praticiens de la psychiatrie d'importantes circonstances atténuantes.

Tout d'abord, l'exceptionnelle, l'unique complexité du cerveau humain, déjà signalée par ailleurs, et dont personne aujourd'hui ne peut prédire combien de temps encore elle ralentira les efforts de déchiffrement par la neuroscience (ces efforts néanmoins progressent en s'accélérant). On peut aisément imaginer que l'ampleur immense de la tâche constitue une perspective décourageante, une utopie inaccessible pour ceux qui songeraient à s'y attaquer...

Ensuite, rappelons l'absence, chez l'animal, d'un développement cérébral comparable à celui de l'homme pour ce qui est du langage, de la conscience et des capacités d'abstraction. Cette absence exclut de construire des modèles animaux des psychoses humaines. Une recherche scientifique fondamentale analogue à celle menée dans les autres branches de la médecine et de la biologie ne peut par conséquent être mise en oeuvre en psychiatrie. On en est donc réduit à se contenter d'une recherche psychiatrique humaine purement clinique, exploitant de heureux hasards (la "serendipity" des Anglo-saxons) de la recherche fondamentale en neuroscience et en biologie. Ces contraintes expliquent l'extrême lenteur des progrès réalisés (*ce n'est pas un psychiatre, mais un neurochirurgien français, Henri Laborit qui, dans les années 1950, fut à*

l'origine de la découverte des neuroleptiques. Les pharmacologues ont suivi la voie ainsi tracée. C'est bien un psychiatre australien, John Cade qui, en 1949 ***mais en quelque sorte par erreur*** *et pour de mauvaises raisons, découvrit les effets du lithium sur les manifestations de la maniaco-dépression).*
Incidemment, cette lenteur de la recherche psychiatrique liée à l'absence de modèles animaux devrait donner à réfléchir aux "anti vivisectionnistes" inconditionnels.

Enfin, il faut insister sur une des conséquences directes et évidentes, bien que le plus souvent passée sous silence, de notre ignorance actuelle des causes et mécanismes des maladies mentales:
Quel que soit le traitement mis en oeuvre, qu'il consiste en une "psychothérapie" ou un traitement médicamenteux, ou une combinaison des deux, ou même qu'on s'abstienne de tout traitement, il constitue toujours, inévitablement, une forme déguisée d'expérimentation humaine (fort peu scientifique et très mal conduite) qui, actuellement, n'ose s'avouer comme telle.
Les bases théoriques sur lesquelles ces traitements s'appuient étant toujours invérifiables et fortement influençables par les idées reçues du moment et par les idéologies, ils doivent toujours être soumis à une surveillance critique de tous les instants et dépourvue de toute complaisance.

D'autres difficultés apparaissent, qui semblent plus quotidiennes, plus immédiates, elles sont pourtant tout aussi fondamentales. Elles sont le reflet et la conséquence des particularités des "maladies" mentales et de nos connaissances encore trop fragmentaires du fonctionnement de notre cerveau.
On a déjà rappelé à de multiples reprises sur ce site que les affections dites "mentales" se distinguent des maladies "somatiques" (*du corps*) parce que ces dernières se manifestent par des symptômes et par des signes (*le grand public, mais aussi les psychiatres, semblent confondre les significations de ces deux mots*), alors que les troubles mentaux ne comportent pas de signes à proprement parler.

En médecine, les symptômes sont les troubles dont le malade se plaint, ceux pour lesquels il vient consulter (pour ne prendre que quelques exemples, insomnie, fatigue, maux de tête et douleurs diverses, etc.), tandis que les signes sont les anomalies que le médecin lui-même peut observer, constater et objectiver en les évaluant et en les mesurant chez son patient (par exemple: pâleur exagérée, amaigrissement excessif ou, au contraire prise de poids anormale, gros foie, rythme cardiaque anormal, etc., etc.).
Fort souvent, les patients psychotiques (schizophrènes et maniaco-dépressifs, p.ex.) ne vont pas spontanément consulter le médecin: ils n'interprètent pas nécessairement leurs **symptômes** comme des anomalies de leur propre état mental.
C'est donc l'entourage qui, habituellement, est alerté par le *discours* et le *comportement* du malade, *incohérents, inadéquats, inappropriés aux situations*.
Ce sont là les **signes** des affections mentales. A la différence des signes des affections dites "physiques" que l'on peut reconnaître (et "toucher") dans l'instant, les signes de désordre mental sont immatériels et très indirects. Ils fluctuent énormément et de manière aléatoire au cours du temps, leur caractère et leur degré "d'anomalie" (*leur valeur de signe*) ne peut s'apprécier que dans la durée (*épisodes* ***imprévisibles***, d'*intensité*, de *fréquence*, et de *durée* variables *selon les moments et les circonstances*) et en fonction du contexte dans lequel ils surviennent.
Par conséquent, décider si quelqu'un est réellement atteint d'une psychose chronique grave ne peut se faire qu'après une période plus ou moins longue d'observation attentive et continue. Idéalement, cela ne serait réalisable qu'au cours d'un séjour hospitalier parfois assez long (*plusieurs semaines au moins!*)
Quelle est donc la personne présumée malade qui accepterait d'envisager pareille hospitalisation de longue durée, alors qu'elle n'imagine même pas pouvoir être malade? Quel est donc le psychiatre qui, se basant uniquement sur son flair et son intuition (son "sens clinique"), oserait proposer un long séjour en clinique à un patient à la fois incrédule et terrorisé à la perspective d'une possible maladie incurable, alors même que la survenue d'un accès psychotique (*qui serait la seule* ***vraie preuve*** *de l'affection redoutée*) pendant ce séjour ne serait aucunement garantie?

On ne s'étonnera donc pas si de nombreux malades mentaux ont vécu un parcours chaotique parfois fort long avant que leur affection ait été enfin reconnue et qu'on soit ensuite parvenu à la traiter de manière adéquate.
Comment concilier le caractère nécessairement rétrospectif du "diagnostic" avec les recommandations irréalistes de traitement aussi précoce que possible (*basées sur des données statistiques de validité forcément discutable*)?
Comment choisir entre la poursuite ou l'arrêt d'un traitement efficace, entre ses inconvénients ou le risque de récidive imprévisible des troubles? Personne aujourd'hui n'a de réponse satisfaisante à ces questions.

Une autre difficulté encore est à ce point évidente qu'elle nous crève les yeux. Pourtant, nous ne parvenons pas à la voir et, en général, ceux dont ce serait le métier de la garder sans cesse à l'esprit et de nous l'expliquer pour nous y préparer nous aussi, ils s'en gardent bien. En effet, ils savent, sans peut-être se l'avouer toujours clairement, qu'ainsi réduire leur rôle thérapeutique à sa véritable importance fort limitée leur imposerait une grande modestie et une plus grande humilité encore. Ce sont là des traits de caractère difficiles à acquérir et à défendre par ceux qu'on s'est tellement habitué à en attendre qu'ils accomplissent des miracles, qu'ils ont parfois eux-mêmes fini par s'en croire capables.
Répétons-le à nouveau ici: ce que nous savons et ce qu'on nous dit des "maladies" mentales chroniques, ce sont des généralisations à partir d'observations et de constatations individuelles, assez arbitrairement classées et regroupées, au fil des décennies, sous forme de statistiques dont les "marges d'incertitude" sont très grandes et nécessairement calculées rétrospectivement.

Dans des loteries officielles (p.ex. Lotto, Loteries nationales, etc.), le nombre connu de billets émis et les tirages bien définis permettent de prédire, grâce au calcul des probabilités et avec une grande précision, le nombre de billets gagnants sur l'ensemble des billets vendus. Cependant, le détenteur d'un unique billet, que peut-il dire? Tout au plus, il peut dire qu'il a un certain "pourcentage" de chances de gagner quelque chose, c'est-à dire que, s'il avait acheté cent billets, il aurait, ***à peu près***, un nombre prévisible (*un certain "pourcentage"*) de billets gagnants. Il ne pourrait cependant pas désigner à l'avance quels billets il devrait conserver, quels billets il pourrait déchirer. Il devra attendre le tirage pour en connaître le résultat.

A la loterie des maladies mentales, les numéros des billets distribués sont bien moins lisibles que sur les billets des loteries officielles d'Etat. Des psychiatres ont recensé, rétrospectivement, de nombreux malades et ont comptabilisé leurs divers troubles. Ils ont, plus ou moins fidèlement, retracé leurs histoires individuelles. Cela leur a permis, en fonction des troubles présentés par chacun et de l'évolution de sa maladie, de ranger les malades dans différentes catégories diversement nombreuses. Mais les règles de cette loterie-là sont les mêmes que pour les loteries officielles d'Etat. Si on connaît à peu près les caractéristiques d'ensemble que les affections mentales présentent ***statistiquement***, il n'est guère possible, pour un malade mental donné en particulier, de prévoir comment sa maladie ***à lui*** évoluera, ni quel traitement sera le meilleur, ni dans quelle mesure il sera efficace.
Mais, chaque malade individuellement, n'est-ce pas précisément cela qu'il lui importe de savoir? Quel peut être pour lui le sens de savoir que, "dans son cas, il y a autant de chances (*pour cent*) que son affection évolue plutôt comme ceci que comme cela"? Alors que les pourcentages dont il est fait état sont très approximatifs et toujours loin d'avoisiner des valeurs qui seraient clairement rassurantes.
Alors que, pour de nombreuses affections dites "somatiques", il est aujourd'hui devenu possible de faire un pronostic assez sûr (*un pourcentage élevé de prédictions justes*) pour chaque malade individuel, ce n'est pas encore le cas pour les affections mentales psychotiques chroniques, et **il faut que cela se sache**.

Première publication: **16 Mars 2001** Dernière modification: **17 Mai 2002**

Des difficultés quotidiennes et terre-à-terre

"Mental illness is a cruel disease. No one knows whom it might strike or why. There is no known cure. It lasts forever."

Pete Earley: **Crazy**, p. 361
G.B. PUTNAM'S SON'S. New York 2006, ISBN 0-399-15313-6

"La maladie mentale est cruelle. Personne ne sait qui elle pourrait frapper, ni pourquoi. On ne connaît pas de moyen de la guérir. Elle est là pour toujours."

Les malades mentaux chroniques souffrant d'une psychose sont chaque jour confrontés à de multiples problèmes très prosaïques engendrés par leur état, et cet état en rend la solution impossible, sinon à tout le monde, du moins certainement et toujours à eux-mêmes.
Les exemples de situations absurdes ou inextricables rencontrées du fait de la maladie sont innombrables et varient avec le cas de chacun (*selon les caractéristiques personnelles de l'affection de chacun*). On ne peut en faire ici l'inventaire exhaustif. Quelques exemples devraient cependant suffire à illustrer ces difficultés. Quelques-uns, tous véridiques, en sont donnés ci-dessous.

Un malade mental chronique, psychotique, est "invité" à quitter l'institution psychiatrique où on a traité un épisode aigu de son affection pendant quelques semaines: bien qu'il doive continuer à suivre un traitement neuroleptique, son état ne semble en effet plus fluctuer rapidement: on le considère donc comme "stabilisé"; d'autre part, le temps de son séjour en service psychiatrique doit être "le plus court possible". Il est alors admis à louer, à l'extérieur, auprès d'une association qu'on lui recommande, un "appartement supervisé" où on lui laisse espérer pouvoir mener une vie plus autonome et plus libre qu'en institut ou hôpital psychiatrique.

Il rencontre les membres de "l'équipe responsable" de la gestion et de la "supervision" de ces appartements (comportant, en principe, des "professionnels" de la "santé mentale").

Par analogie avec d'autres banales procédures de location généralement en usage, une sorte de contrat de bail de location est présenté au futur "résident" locataire. Ce contrat est habituellement à sens unique: il stipule les règles de bonne conduite que le locataire, en signant, s'engage à respecter, et prévoit son expulsion immédiate en cas de non respect. **Par contre, il ne mentionne jamais les obligations auxquelles le bailleur s'engagerait. Il ne définit pas non plus en quoi consiste la protection ou la supervision censée conférer à ce logement sa spécificité**. Un état des lieux sommaire et expéditif sera établi et imposé unilatéralement (*par qui?*) à la sortie, on ne pense surtout pas à en proposer un à l'entrée, mais le dépôt d'une somme caution équivalant à 1-2 mois de "loyer" sera exigé.

Ainsi, le bailleur qui, de par ses qualifications (un "professionnel de la santé mentale extra-hospitalière"), ne peut ignorer que son locataire est en situation de faiblesse, d'infériorité pour des raisons évidentes de "santé mentale", en profite manifestement pour se soustraire à ses obligations les plus élémentaires.
Les formalités - à remplir auprès de l'administration communale - d'ouverture des divers compteurs (eau, gaz, électricité) sont laissées à l'initiative du futur résident, comme éventuellement la fermeture des compteurs du résident précédent (si, p.ex. celui-ci l'avait négligée). Bien qu'il n'en soit pas à son premier locataire, le bailleur (les membres de son "équipe responsable") n'est souvent pas en mesure de l'informer sur les modalités et horaires auxquelles ces formalités sont soumises.

Au sein des "équipes responsables", souvent personne ne semble vouloir se souvenir que les résidents locataires, hébergés dans des appartements officiellement appelés "protégés" ou "supervisés", sont des personnes mentalement malades, dont les capacités de raisonnement, de prévision des conséquences de leurs propres actes (mais aussi de ceux des autres), donc la responsabilité, sont atténuées, diminuées (*peuvent-ils toujours comprendre toutes les*

implications de ce qu'on s'empresse de leur faire signer à la va-vite?)

Fort souvent, les "responsables des équipes d'accueil" considèrent leurs locataires comme si ils étaient des personnes en bonne santé à tous points de vue. Ils ne s'informent même pas pour savoir si les résidents continuent à suivre l'indispensable traitement médicamenteux qui, seul, leur permet de mener une vie à peu près "normale": s'alimenter correctement, dormir et se laver régulièrement, s'habiller plus ou moins décemment, accomplir quotidiennement un minimum de tâches domestiques, etc., etc. Si on se risque à leur en faire la remarque, ils vous rétorquent: "Ce sont des adultes, il faut les responsabiliser, leur apprendre à assumer leurs responsabilités". C'est l'histoire de "la paille et la poutre".

De nombreux "professionnels de la santé mentale extra-hospitalière" étalent ainsi leur ignorance crasse des caractéristiques des psychoses et font preuve d'une désinvolture irresponsable et inadmissible: s'ils ont des clients et des résidents, c'est bien parce que ce sont des malades mentaux dont les capacités et les moyens ne sont plus ceux de chacun ni de tout le monde! Si ces personnes n'étaient rendues infirmes par la maladie mentale, elles n'auraient en effet aucune raison de s'adresser à ces "professionnels" (*auto-proclamés tels?*) et bien sûr elles éviteraient d'en dépendre! Mais d'autre part, si on leur annonce protection et supervision, il faut alors effectivement tenir ses engagements envers elles de manière responsable! Les "professionnels" ne peuvent continuer d'exister, dans le rôle qu'ils prétendent tenir, que par les services qu'ils se sont très publiquement engagés à rendre à ceux qui s'adressent à eux. Qu'ils se gardent bien de l'oublier. La profession qu'ils ont choisie d'exercer n'est peut-être pas la sinécure qu'au départ ils croyaient, mais cela, c'est devenu *leur* problème!

Le deuxième exemple vécu est survenu dans un service psychiatrique universitaire dont il vaut mieux taire le nom. Un jeune homme psychotique en crise y a été admis, dans des circonstances comme toujours assez angoissantes, tant pour la famille que pour le malade. Après plusieurs semaines pendant lesquelles le malade se replie de plus en plus sur lui-même, ses parents obtiennent de rencontrer l'assistante sociale du service, qui leur assène: "je ne l'ai pas encore vu! J'ignore donc s'il pourrait avoir besoin de quelque chose. D'ailleurs, si c'était le cas, mon nom est sur la porte s'ouvrant sur le couloir, il passe tous les jours devant, il n'a qu'à me demander". Que penserait-on d'un maître nageur et sauveteur qui, observant la mer du haut de son poste sur la plage et voyant un nageur en grande difficulté et risquant la noyade, n'aurait d'autre réaction que de dire: "Il sait où je me trouve, il n'a qu'à nager jusqu'à moi..."? *Bel exemple de compétence et de conscience professionnelles, n'est-il pas vrai?*

Un troisième échantillon est celui de ce patient hospitalisé dans une institution psychiatrique de la région bruxelloise, dont il n'était autorisé à sortir que selon un horaire très strict. Sa mère reçut un jour, de la compagnie bruxelloise de transports en commun (STIB) un avis selon lequel une amende était réclamée à son fils pour avoir voyagé sans "titre de transport" (*la resquille est un sport très pratiqué dans les transports en commun bruxellois, on essaye d'en dissuader par des amendes aux tarifs progressifs*). L'heure de l'infraction correspondant avec celle de la présence obligée du malade dans l'hôpital, la mère contestait la matérialité des faits reprochés à son fils et refusait de payer. La compagnie de transports harcelait ensuite la mère de lettres comminatoires et accroissait périodiquement le montant de l'amende et, pour renoncer à percevoir celle-ci, exigeait de recevoir une attestation du médecin selon laquelle le "coupable" était bien à l'hôpital à l'heure dite. Se retranchant bien sûr derrière le secret médical, le psychiatre de l'institution, de son côté, refusait obstinément de remettre à la mère du malade une lettre attestant de sa présence (*dans son bureau, par exemple*, *ce qui n'aurait trahi aucun secret*) à l'heure dite. Et l'amende d'augmenter encore pour atteindre un montant astronomique... (*finalement, les choses se sont arrangées autrement: la STIB a fini par découvrir que le fils malade était la victime innocente d'une homonymie avec un autre voyageur qui, lui, par contre, était bien en infraction!*)

Première publication: **16 Mars 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **3 Juillet 2006**

"There are now so many laboratory tests available that some doctors may interpret 'absence of evidence' as 'evidence of absence'. Thus if tests fail to identify a physical cause, some may reason that there is no physical cause to be identified and that the symptoms therefore have a non-organic, i.e. psychological cause."

Ellen Goudsmit: The Psychologisation of Illness.
- http://freespace.virgin.net/david.axford/psy-algy.htm -

(Nous disposons aujourd'hui de tant d'examens de laboratoire que certains médecins peuvent interpréter "l'absence de preuves " comme étant "la preuve de leur absence". Ainsi, si les tests ne parviennent pas à reconnaître une cause physique, certains croient pouvoir en déduire que, pour cette raison, les symptômes doivent avoir une cause non-organique, c'est-à dire psychologique.)

"Victimisation" et "Diabolisation"

Voici deux néologismes (anglicismes) qui disent bien ce qu'ils veulent dire. Les "professionnels de la Santé Mentale" n'avaient pourtant pas encore pensé à les inventer ni imaginé de les utiliser. Ils auraient dû, cependant, car ces mots ont un rapport direct très étroit avec les mots "culpabilisation" et "stigmatisation / déstigmatisation" qu'ils emploient aussi généreusement qu'ils peuvent.

A propos de la stigmatisation, j'ai rappelé le besoin éprouvé par beaucoup de gens d'attribuer une cause "personnalisée" aux événements qui les touchent directement, personnellement. Quand il s'agit d'événements malheureux, nombreux sont ceux qui ont encore toujours besoin d'un bouc émissaire qu'ils se mettent à rechercher et qu'ils finissent inévitablement par trouver là où on s'empresse de le leur désigner.

Par la faute de leur maladie, cette maladie qu'ils portent en eux et qui donc les accompagne en permanence et partout où ils vont, les malades mentaux psychotiques (souffrant de "schizophrénie", de "dépression profonde", de "troubles bipolaires", par exemple) ne peuvent pas parvenir à comprendre (ni à s'en convaincre), soit que les difficultés auxquelles ils se heurtent ne sont pas "la faute aux autres", soit que c'est leur propre "humeur" (qu'ils ne peuvent changer) qui leur fait voir le monde au travers de verres déformants et anormalement colorés (gris foncé ou, au contraire, en couleurs exagérément flatteuses).

Victimes en réalité de la maladie, ils se sentent cependant victimes des choses, des autres, du monde autour d'eux. Certains imaginent, - en premier les thérapeutes qui ne s'en font jamais faute - , que les malades se persuaderaient qu'ils seraient, eux-mêmes, au moins partiellement responsables des malheurs qui leur arrivent. C'est en effet le raisonnement que tiennent habituellement de nombreuses personnes bien-portantes se livrant à l'introspection et procédant, intérieurement, à leur autocritique.

On oublie justement l'essentiel: ces personnes ne sont pas bien-portantes, elles sont malades! Chez les unes, c'est leur état d'humeur qui détermine une dépréciation (ou une surestimation) erronée de soi-même et des choses, non l'inverse! Chez d'autres, les capacités faussées de raisonnement et de pensée ne peuvent être corrigées, ni par l'évidence matérielle à laquelle on les confronte, ni par toutes les démonstrations concrètes qu'on peut en faire (*et encore moins par les discours qu'on leur tient!*)

Alors, sans doute en désespoir de cause, ou parce qu'on imagine qu'il est mauvais de "les contrarier" ou encore parce qu'on prétend ainsi "gagner leur confiance", on préfère paraître "entrer dans le jeu" de ces malades, on veut paraître croire avec eux (?) qu'ils sont les victimes, non pas de la maladie (car *même les "experts" autorisés n'avouent pas ne pas la comprendre et*

ils n'admettent pas leur impuissance contre elle), mais les victimes "***des médecins généralistes peu au fait des troubles psychologiques***", eux-mêmes prescrivant, paraît-il de manière "effrénée" des médicaments antidépresseurs "***sous la pression des firmes pharmaceutiques***" (*v. le Quotidien "Le Soir" du 20.03.2001*)

Les victimes sont ainsi confirmées dans leur statut: c'est la "victimisation". Leurs bourreaux sont désignés à la vindicte publique par les "experts": ce sont les médecins généralistes et les firmes pharmaceutiques (*pour faire bon poids, il faudrait ajouter "multinationales"*). On a trouvé les boucs émissaires: c'est la "diabolisation". La grande presse y contribue par sa crédulité fort peu journalistique et une certaine complaisance pour les lieux communs de "Café du Commerce".

Les médecins généralistes ont toujours bon dos, et pas seulement dans la "grande" presse. Même dans la presse périodique médicale qui leur est réservée (*ce qui est quand même un comble, non? Voir "2001, Année de la Santé Mentale", Le Généraliste n° 562 du 11 juillet 2001*), citant des experts du social (?) et des pontifes de la psychologie (?), on nous affirme avec aplomb que "***l'actuelle formation des généralistes les prépare peu à faire face aux souffrances psychiques.***"
Si c'était effectivement le cas, alors **je sais** (*par de multiples expériences personnelles et de nombreux exemples vécus qui m'ont été directement rapportés*) que la formation actuelle des psychiatres sur ce plan n'est, elle non plus, assurément guère meilleure. Et les "autorités" citées d'ajouter encore vouloir "...plaider pour l'introduction des sciences humaines dans le cursus universitaire..."
Ceux qui tiennent un tel langage étalent au grand jour leur totale incompréhension des mécanismes de la psychologie humaine, et ils font, de plus, gravement injure aux médecins généralistes.
Les médecins généralistes ont, par le choix de leur métier et plus que tous les autres, l'expérience du terrain, c'est à dire des contacts humains. Les souffrances morales et "psychiques", ils les rencontrent tous les jours, très pratiquement. Les généralistes n'attendent pas, confortablement et tout à loisir, de voir ces détresses arriver peut-être dans leur cabinet pour, alors seulement, passer d'une théorie fumeuse à une pratique plus platonique que concrète, plus passive qu'active. Et ils savent bien, eux, que ni la vraie politesse, ni l'empathie, ni l'écoute compatissante, ni la véritable motivation ne s'apprennent dans les livres ou les traités ou encore dans les amphithéatres universitaires. C'est pendant l'enfance, au contact des siens puis, plus tard, au contact de tous les autres, que ces indispensables qualités s'acquièrent. Ce ne sont pas les cours ex cathedra mais la vie qui vous les inculque. Et cela, si vous ne l'avez pas encore appris alors que vous arrivez à l'université, parce que ces dispositions-là vous manquent, vous risquez, sauf exceptionnelle illumination tardive et miraculeuse, de ne jamais l'apprendre; et dès lors, les études de médecine ne devraient pas être pour vous.

Tout se passe comme si, soudainement en 2001, les associations, certains psychiatres, les professionnels du "psycho-social" et de la "santé mentale" découvraient enfin que, dans ce domaine qui est le leur depuis fort longtemps, les choses ne vont pas aussi bien que les malades mentaux seraient en droit de le souhaiter. Tout se passe comme si quelques-uns percevaient enfin que les malades et leurs familles pourraient commencer à s'impatienter, à se poser des questions sur le rôle que les "professionnels de la santé mentale" jouent effectivement dans les drames qu'ils subissent, peut-être aussi "les clients" risqueraient-ils de ne plus différer leurs protestations. Tout se passe comme si, face à ce frémissement de possibles revendications, les "professionnels" et "acteurs" du secteur avaient décidé de lancer une vaste campagne promotionnelle. Mais, si on en juge d'après son contenu et sa forme, cette campagne n'est qu'un simple plaidoyer *pro domo*. Elle vise plus à faire illusion et à se justifier, à redorer le blason de la "santé mentale" qu'à améliorer la situation désastreuse des malades mentaux eux-mêmes. Suivant en cela leurs habitudes bien rodées, les "experts" du secteur profitent de cette campagne pour se décerner un satisfecit (*qui, sinon, le ferait?*) et pour désigner, comme toujours, encore des boucs émissaires, mais cette fois de deuxième génération (*les familles, ça ne marche plus*), les responsables (?) de la médiocrité des résultats obtenus jusqu'à présent. Ils espèrent ainsi se dédouaner à bon marché, la technique n'en est pas nouvelle.

Dans cet article du "*Généraliste n° 562*", déjà cité, notons aussi que les psychiatres, anonymes mais omniscients et paternalistes, donnent, avec une condescendante mansuétude digne de l'admiration des naïfs, le conseil aux généralistes "mal préparés" de ne pas prescrire de médicaments psychotropes aux chômeurs déprimés, ni de délivrer de certificats médicaux aux lycéens ayant séché les cours à cause de leur "mal-être". Ils doivent par contre "passer le relais à temps", c-à-d. plutôt les envoyer chez le psy. Si le sujet n'était aussi tragique, les chômeurs, les lycéens et les généralistes qui liraient cela s'esclafferaient à coup sûr devant pareille duplicité.

En de multiples circonstances, les psychiatres font preuve d'une logique qui leur est propre et qui, digne de curiosité, serait aussi digne d'admiration si elle ne conduisait à des aberrations. C'est ainsi qu'interviewée pour le périodique des mutualités libres *"Profil", n° 62 de mars-avril 2001*, le Prof. Chr. Reynaert (Mont-Godinne, U.C.L.) déclarait: "***C'est parce qu'on est psychiatre qu'on peut dire que ceci ou cela n'est pas une maladie psychiatrique...***"
D'où, si on est à peu près sain d'esprit (simplet, si vous préférez), on ne peut que déduire que, quand on n'est pas psychiatre, mais "seulement" médecin généraliste, alors "***on ne pourrait pas dire que ceci ou cela n'est pas une maladie psychiatrique***". D'où il devrait découler, selon une "*logique psy*", que les médecins généralistes devraient, systématiquement, envoyer indistinctement leurs patients tout d'abord chez le psy, afin d'écarter d'emblée tout risque de ne pas reconnaître la nature psychiatrique possible des symptômes pour lesquels ils sont consultés. Comme les généralistes n'en font pourtant pas une règle, on pourrait, à la rigueur, imaginer que certains psys puissent les suspecter de détourner à leur profit une partie de la clientèle potentiellement psy, et que les carences de la "santé mentale" doivent être attribuées, non aux psys, mais bien aux généralistes (*diabolisation des autres = "angélisation" de soi-même?*)

Puisque les "experts en tour d'ivoire" semblent eux-mêmes atteints d'une paranoïa soigneusement entretenue qu'ils nous invitent de plus à cultiver (*trouver des fautifs*), ne devrions-nous pas, à notre tour, accorder quelque crédit à cette sorte de "théorie du complot"? Ne devrions nous pas nous demander sérieusement quels sont les véritables "bénéficiaires objectifs" de la situation actuelle de la "Santé Mentale" et des malades mentaux (*quels sont ceux qui auraient intérêt à la pérenniser*) ? A chacun d'apporter la réponse qu'il lui plaira...

Première publication: **25 Mars 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **9 Mai 2007**

Evidences escamotées.

Par facilité, on sera sans doute toujours tenté d'attribuer à une prétendue stigmatisation des malades mentaux la plupart des maux dont ils sont victimes: il semble bien que, dans notre grande majorité, nous ayons encore toujours besoin d'un "responsable" sur qui rejeter la "faute" de nos malheurs, et la stigmatisation, chose anonyme et vague comme la rumeur, générale, insidieuse, détestable comme la calomnie, vient ici à point nommé pour remplir ce rôle. C'est pourquoi il est nécessaire de revenir sur cette stigmatisation, encore et encore, pour montrer que si son existence est, le plus souvent, reçue comme une vérité établie, sans même y réfléchir, elle est pourtant presque toujours totalement imaginaire, et donc très contestable.
Une telle affirmation, sous peine de soulever une tempête générale de protestations, exige sans doute quelques explications. Celles-ci, de nature très générale, pourraient n'être qu'une accumulation inutile de lieux communs. Ces considérations préalables sont cependant nécessaires pour faire apparaître clairement la perversité de la notion de stigmatisation. Lecteur, prends patience!

Un lieu commun universellement répandu affirme que "personne n'est parfait; chacun a ses qualités et ses défauts". Simplifions et évitons que trop de philosophie ne nous entraîne hors du sujet, appelons ***qualités*** des caractéristiques souhaitables s'attachant à la personne, appelons ***défauts*** des caractéristiques indésirables ou même intolérables de la personnalité, du caractère d'un individu.

Reconnaissons aussi que c'est l'actuelle société dont nous faisons partie (le "consensus") qui décrète ce qui, aujourd'hui, est souhaitable et ce qui ne l'est pas, ce qui est indésirable ou intolérable. C'est ce qu'on appelle aussi les "***valeurs***" que la plupart admettent et veulent faire respecter, et dont les esprits chagrins, à toutes les époques de l'histoire, ont régulièrement déploré "qu'elles se perdent, qu'on ne les enseigne plus". Traduisons: les valeurs auxquelles nous tenons, ces critères qui nous servent à nous apprécier (juger), mutuellement mais aussi nous-mêmes, ces valeurs qui nous permettent de vivre ensemble ou côte à côte, changent avec le temps, les lieux, les circonstances.

Dès le plus jeune âge, notre éducation nous inculque qu'il est bon d'encourager, de développer, de "cultiver" les qualités que nous avons déjà "naturellement", et qu'il est bon aussi de tenter d'en acquérir peut-être d'autres encore, par un "travail" sur nous-mêmes. A l'opposé, il est, paraît-il, souhaitable de réprimer, corriger et se débarrasser de ses défauts, éviter d'en contracter d'autres. Venu sans doute de la nuit des temps, ce langage a été tenu depuis la plus haute antiquité par tous les philosophes qui parlaient alors de vertus et de vices, tandis que nous préférons aujourd'hui parler de qualités et de défauts, mais le sens profond du discours n'a pas changé malgré la différence apparente des mots.

En accord avec son éducation et sa propre histoire, chacun de nous se construit sa hiérarchie personnelle de qualités et de défauts, son "échelle des valeurs". On peut donc imaginer qu'il devrait probablement y avoir presque autant d'échelles de valeurs particulières que d'individus sur terre. Cependant, dans une société donnée, certaines valeurs se regroupent bien plus souvent ou plus généralement que d'autres en haut de l'échelle. Ce sont les "valeurs" que, dans son ensemble, cette société-là privilégie et que la majorité accepte. L'échelle de ces valeurs, c'est aussi ce que chacun - et la société - appelle ***le mérite***.

Notre société occidentale se veut démocratique. Elle veut privilégier par-dessus tout la liberté et l'autonomie individuelles, démocratiquement, c'est-à dire dans l'intérêt du plus grand nombre et dans le respect des droits de la minorité. Industrialisée, elle accorde une place importante au confort matériel. On peut en effet concéder qu'un minimum matériel est la condition nécessaire d'un minimum de bien-être physique. Celui-ci, à son tour est la condition nécessaire d'un minimum de "bien-être mental", ou dirions-nous d'un minimum de capacité à la poursuite du bonheur?

C'est l'argent qui permet d'accéder aux biens matériels. C'est donc aussi l'argent qui, en dernière analyse, permet à son possesseur l'accès à l'autonomie et à la liberté. Dans notre système de société, la très grande majorité des gens n'ont d'autre source d'argent que leur travail. Comme notre système prétend fonctionner au mérite, le proverbe selon lequel "toute peine mérite salaire" illustre cette vérité.

Le travail et l'emploi deviennent ainsi les valeurs les plus considérées. Etre travailleur, au sens d'aimer être actif, c'est donc une qualité. A l'opposé, l'oisiveté, qu'elle soit forcée ou non, est considérée d'un oeil pour le moins méfiant, les oisifs sont suspects de paresse, on les soupçonne d'être des tire-au-flanc profitant des autres; cette vision s'exprime par un autre proverbe qui veut que l'oisiveté soit la mère de tous les vices.

C'est ainsi que, pendant fort longtemps, les chômeurs ont été considérés par une portion importante de l'opinion comme des paresseux et des parasites de la société: ***on les stigmatisait*** (*mais le mot n'était pas encore à la mode*). Le travail étant leur seule source de revenus, donc d'autonomie et de liberté, donc de dignité, certains d'entre eux finissaient par croire eux-mêmes aux accusations dont on les accablait: honteux d'être au chômage, ils ***se culpabilisaient*** (*ce mot-là non plus n'était pas encore à la mode*) et encourageaient ainsi eux-mêmes l'erreur de l'opinion générale à leur sujet. De nombreuses années de chômage endémique ont dû s'écouler avant qu'enfin les gens prennent conscience que les chômeurs étaient les victimes involontaires des conditions économiques, qu'ils n'étaient en rien responsables de leur oisiveté forcée.

Lors des grandes récessions économiques précédentes, comme par exemple dans les années 1930, les mesures sociales prises pour atténuer les conséquences du chômage ont été d'une ampleur bien moindre que les actuelles dispositions permanentes de sécurité sociale. Les détresses morales rencontrées alors étaient au moins aussi nombreuses et aussi profondes que celles dénoncées par certains aujourd'hui. A-t-on parlé alors de "Santé Mentale" plutôt que de mise au travail et de soupe populaire? Aux personnes désespérées de ne pouvoir assurer ni l'avenir ni même la survie présente de leur famille, a-t-on alors proposé des psychothérapies, sous prétexte que c'était la "stigmatisation" qui leur interdisait l'accès au "traitement psychiatrique" requis par les multiples conséquences de leur indigence?

Non, bien sûr. Dans ces années-là, les psychothérapies (*fort chères et très longues, comme chacun sait*) étaient d'ailleurs réservées à quelques privilégiés nantis se créant des problèmes existentiels plus artificiels que réels. L'idée saugrenue de soigner les suites d'une famine dans un pays africain en dépêchant là-bas des psychothérapeutes ne serait venue à personne, ni celle d'arrêter un conflit armé au moyen de très charismatiques aumoniers militaires envoyés aux armées belligérantes. Aujourd'hui, on serait parfois tenté de croire qu'on y vient.

En effet, on a fait des progrès considérables depuis quelques années: on a inventé la stigmatisation, la culpabilisation, la "Santé Mentale" pour soigner les victimes des problèmes économiques. On dispose, paraît-il aujourd'hui, d'une panoplie considérable de médicaments psychotropes miracles, et de spécialistes de la "Santé Mentale" en nombre croissant (*mais encore insuffisant: chômeurs présents et à venir, songez-y, il y a là un créneau à prendre!*): ils vont guérir la misère, la famine, la maladie et combien d'autres calamités encore, auxquelles ils n'ont pas encore pensé?

C'est ainsi que, dans un pamphlet récent (avril 2001) portant le titre "Mental Health in Europe. Stop exclusion. Dare to care.", (*La Santé Mentale en Europe. Halte à l'exclusion. Osez soigner*) le Directeur Régional pour l'Europe de l'O.M.S. (Organisation Mondiale pour la Santé, W.H.O.) affirme que "la discrimination constitue l'obstacle le plus important s'opposant à la dispensation du traitement de la mauvaise santé mentale."
Dans ce même opuscule, on nous dit que les conditions économiques qui règnent dans les pays de l'ancien bloc soviétique sont telles que le nombre des suicides y est en recrudescence et qu'elles entraînent de nombreux "problèmes de santé mentale". Immédiatement ensuite, en quelque sorte dans la foulée, on affirme que ces "problèmes de santé mentale" peuvent être

soignés par une psychothérapie et une médication précoces. Voilà qui est d'une logique imparable: au moyen de médicaments et de psychothérapies, rendez les gens indifférents à leurs misères, et tout sera réglé! Comme on dit, depuis le temps que cela dure, si c'était vrai, il est probable que cela se saurait...

Le rapprochement qu'on a fait plus haut des malades mentaux avec les chômeurs est moins gratuit qu'il pourraît sembler à première vue.

Les chômeurs, en effet, à cause de l'actuel manque réel d'emplois, sont dépossédés de leur autonomie, de leur liberté, de leur dignité et peuvent éprouver, à cause et en plus de leurs difficultés matérielles, des difficultés psychologiques plus ou moins importantes. De plus, on leur laisse souvent croire que, s'ils ne trouvent pas de travail, "à eux la faute": ils peuvent s'en "rendre malades".

Les malades mentaux, quant à eux, sont dès le départ handicapés par des troubles et des déficits psychologiques et mentaux: ils ne remplissent pas les critères minimum (entre autres exemples, la fiabilité et l'assiduité) que les employeurs recherchent: leurs "échelles de valeurs" ne correspondent pas aux valeurs usuelles requises pour décrocher un emploi, ils ne le "méritent" pas selon les normes de notre société.
Ils ne trouvent donc pas d'emplois, non plus cette fois du fait de la rareté des emplois, mais parce qu'ils "n'ont pas le profil" requis, ce profil détruit par la maladie et qu'ils sont devenus incapables de réacquérir. Même s'il y avait "de l'emploi", ils n'en obtiendraient pas. Leur situation économique devient donc comparable à celle des chômeurs. N'ayant souvent pas même conscience de leurs handicaps (leur maladie les aveugle sur ce point), ils peuvent croire qu'eux aussi sont stigmatisés, qu'on s'acharne à les rejeter, comme par une espèce de plaisir sadique. Certaines "bonnes âmes" se complaisent à les laisser d'abord dans cette croyance, pour pouvoir se donner ensuite le beau rôle de prétendre les détromper.

Les uns comme les autres se retrouvent privés de ressources matérielles et souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques. Mais les causes ne sont pas les mêmes chez tous et, par conséquent, les remèdes ne devraient pas l'être non plus. Mais cela, on ne veut pas le reconnaître.

Les exclus pour causes économiques comme les malades mentaux, tous ont droit à l'aide matérielle et au soutien moral. Depuis toujours, ce droit porte les noms d'humanité et de solidarité humaine, et rebaptiser ces qualités-là de "Santé Mentale" ne leur confère aucune vertu nouvelle, ne leur insuffle aucun souffle nouveau. Les malades mentaux ont, sans doute plus que les autres, besoin aussi de véritables soins, médicamenteux et psychiatriques, qui vont au-delà du simple soutien moral ou matériel. La "Santé Mentale" ne peut leur venir en aide que si, au lieu de s'y refuser comme elle le fait actuellement, elle devient enfin capable de vraiment les reconnaître, eux et leur spécificité, parmi la foule de tous les exclus.

SANTE SOCIALE

"*Comme l'amour, la beauté ou le bonheur, la santé est une idée métaphysique qui échappe à toute approche objective.*"
Petr Skrabanek, "La fin de la médecine à visage humain".
(Trad. française: Odile Jacob édit. , Paris 1995)

Santé Mentale n'est pas "Santé Sociale", pas plus que synonyme de paix sociale ni de maintien de l'ordre social établi.

De nombreuses O.N.Gs et associations (a.s.b.l.) revendiquant un rôle actif dans la "promotion de la santé mentale" cultivent soigneusement **l'ambiguïté entre deux objectifs pourtant totalement distincts:**

le premier objectif est la mise en place et le développement de mesures et structures sociales destinées à tempérer les imperfections et dérives de notre système de société (liées, surtout, aux disparités économiques), ou du moins à en limiter et atténuer les conséquences sur les conditions de vie des citoyens défavorisés. Ces mesures sociales ont, en principe, pour but égalitariste d'offrir à l'ensemble des citoyens les possibilités de s'épanouir au mieux de leurs capacités individuelles et d'atteindre ainsi à un certain bien-être: le bien-être social, qui est le bien-être général du plus grand nombre; c'est, en résumé, la recherche de la satisfaction générale de la population à propos du fonctionnement du système de société dont elle fait partie.
Les moyens à mettre en oeuvre et structures à mettre en place sont décidés par le pouvoir politique qui les met à la disposition de la communauté dans son ensemble. Ils concernent le logement, les communications et transports ("la mobilité"), l'instruction publique, la santé publique, la sécurité sociale, etc., etc., ils sont destinés à la généralité de tous les citoyens indistinctement. **Leur signification est de nature très généralement politique**, puisqu'elle touche des **problèmes très généraux de société**.

le deuxième objectif est la dispensation des soins et l'aménagement des conditions de vie pour les malades mentaux (chroniques). Ceux-ci, en effet, quoiqu'en principe déclarés citoyens à part entière, sont affligés d'infirmités qui, en pratique, leur interdisent d'accéder, sur pied d'égalité avec tous, aux infrastructures mises à la disposition de la population générale des personnes bien portantes. Ces infirmités les empêchent de tirer pleinement parti des moyens auxquels tous les citoyens ont droit. Par conséquent, les malades mentaux chroniques deviennent, à cause de leurs handicaps, des citoyens de seconde zône. Il est naturel qu'eux-mêmes et leurs familles en retirent le sentiment d'être rejetés par le restant de la société, exactement de la même manière, mais plus intensément encore que les handicapés moteurs et invalides ressentant l'absence d'aménagements des lieux publics, qui leur en rendraient l'accès moins malaisé.
Les moyens à mettre en oeuvre et les structures à mettre en place pour réduire les inégalités naturelles qui défavorisent ces malades (ces citoyens "hors normes") par rapport aux autres, et pour leur permettre de mener une vie qu'ils trouvent supportable, ***doivent s'ajouter*** à ceux et celles qui existent déjà pour la population des bien portants. **Leur signification est, d'abord et très évidemment, de nature humanitaire et de solidarité humaine**. Elle est aussi, indirectement, *politique*, dans la mesure où elle indique quelle image notre société démocratique veut donner d'elle-même. Mais elle touche principalement des **problèmes humains très individuels**.

Ces deux objectifs, l'un de bien-être général et social (ou, si on préfère, de non-mécontentement aussi général que possible), l'autre d'aménagement des lieux, modes et moyens de vie des malades mentaux, sont aujourd'hui systématiquement réunis et confondus sous une même appellation suggérant une bienveillance, une sollicitude de bon ton: c'est la "**SANTE MENTALE**", qu'on pourrait tout aussi bien appeler "le nouvel opium du peuple".

Les exemples illustrant cette affirmation sont nombreux. N'en prenons que deux. Un troisième exemple, important pour la Belgique - puisqu'il reflète l'attitude du pouvoir politique belge du moment - ne pourra "qu'enfoncer encore un peu plus le même clou".
Déjà signalé dans un autre des présents articles, l'exemple donné par l'O.M.S. (W. H. O., Organisation Mondiale de la Santé) est d'autant plus frappant qu'il émane d'une organisation supranationale de dimension planétaire dont les avis font habituellement autorité. On pourrait supposer qu'elle privilégie l'efficacité, l'économie bien comprise des moyens judicieusement choisis et mis en oeuvre, la santé au sens médical du terme. Mais elle affirme encore que ***la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Ce serait aussi un état de "parfait bien-être social"*** (selon le Dr Petr Skrabanek, op. cit., "*Sensation que le commun des mortels peut connaître brièvement pendant l'orgasme ou sous l'influence de drogues*"). La santé, pour l'OMS, cela ne peut donc être que le paradis sur terre?

D'autres exemples peuvent être trouvés dans les textes d'une publication trimestrielle (Bruxelles Santé) par l'a.s.b.l. "Question Santé" (http://www.questionsante.org). On y lit notamment:"*quand nous disons 'prévention en santé mentale', nous ne parlons pas de prévention des maladies mentales (au sens psychiatrique du terme) ou des handicaps mentaux. Il s'agit de la souffrance psychique et psychosociale et, plus concrètement, de problèmes comme la dépression,...".*
Voilà, en prime, la confusion qu'on installe entre d'une part la déprime, c'est-à-dire le découragement et le désespoir liés aux conditions de vie particulièrement ingrates, et la dépression vraie (psychiatrique) d'autre part.

Dans une brochure datant de 1999, intitulée "Les Services de Santé Mentale de la Communauté Française" (et qu'on pourra encore, si l'on veut, télécharger à partir du site déjà mentionné plus haut), on peut lire: "***Pour permettre aux personnes d'exprimer leur souffrance et leur détresse, la Commission Communautaire Française s'appuie sur les services de santé mentale. Ceux-ci ne s'intéressent donc pas seulement aux individus souffrant de troubles mentaux. Ils permettent à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.***"

Que voilà donc une suite d'affirmations péremptoires, crédibles et rassurantes! Mais quelle est donc cette distinction subtile (?) quoique fondamentale qu'on fait, "sans avoir l'air d'y toucher", entre les "**troubles mentaux**" et la "**santé mentale perturbée**"? Quels sont donc les administratifs visionnaires et théoriciens extra-lucides qui la décrètent? Combien de temps (*en minutes, bien sûr!*) leur faut-il pour l'établir? Quels sont donc ces *nouveaux experts pseudo-psys (auprès des tribunaux?)* qui prétendraient être capables de décider, en l'espace d'une ou même plusieurs "consultations", si une personne "risque de voir son équilibre psychique compromis"? Faut-il aller les voir en leur disant: "Je sens que je deviens fou"? Beaux discours de bureaucrates, mais fort mauvaise poésie et prose détestable, et tellement peu en rapport avec la réalité du terrain!

Enfin, dans une "note de politique générale" du ministre des Affaires Sociales et des pensions et du ministre de la Santé publique (mars 2001) mise en ligne sur Internet le 11 mai 2001, ces ministres (fédéraux) affirment: "Partisans d'une vision "écologique" de la santé, nous partageons cette conception bio-psycho-sociale [*celle de l'OMS*]". On peut toujours se demander en quoi pourraît bien consister une "vision écologique de la santé" - (*peut-être à proscrire le port de lunettes jetables?*). Sans doute veut-on parler d'une **conception idéologique "écologiste" de la santé**. Dans le contexte où il y est fait allusion, cette "vision" risque de n'être guère plus qu'une hallucination, un mirage, une formule politicienne tout aussi dénuée de sens véritable que les affirmations de l'OMS. L'histoire du siècle dernier nous a amplement démontré, à diverses reprises, que la mise en ménage forcée de l'idéologie avec la biologie conduit toujours à des catastrophes (*quoi qu'on en dise, la santé est affaire surtout de biologie d'abord, sans aucun doute de politique aussi, mais ensuite seulement*). Certains hommes et femmes politiques, à défaut de mémoire, s'inventent hâtivement des "visions" entr'aperçues auxquelles, de plus, ils voudraient nous faire croire.

La "vision" politique dite "écologique" et "sociale bon teint" de la "santé mentale" me fait toujours irrésistiblement penser à la vieille plaisanterie suivante, qui pourraît aisément résumer et symboliser de nombreuses "visions" officielles sur la "santé mentale":

> affalé par terre, appuyé contre le mur d'un lieu de culte, un mendiant tend sa casquette pour quémander une aumone auprès d'une dame élégamment vêtue sortant de l'office: "une petite pièce, madame! Cela va faire une semaine que je n'ai pas mangé!" Et la dame, prenant un air horrifié, de lui répondre sur un ton plein de certitudes, apitoyé mais sans réplique: "Oh! Le pauvre! Mais il faut vous forcer, mon brave!"

Je ne peux m'empêcher d'imaginer aussitôt une suite plausible à cette histoire: cette dame, plutôt que d'ouvrir son porte-monnaie ou son garde-manger (ce qui ne serait pas une solution, n'est-ce pas?), emmène le mendiant suivre une psychothérapie, où on s'efforcera de lui faire retrouver l'appétit. La dame sera bien contente de sa bonne action qu'elle s'empressera de raconter à ses amies réunies autour de quelques pâtisseries; de leur côté, les psychothérapeutes seront ravis de pouvoir dire qu'ils sont débordés de travail, et de démontrer ainsi leur utilité!

Non, lecteur, ce n'est pas moi qui me moque de toi, mais je suis d'accord avec toi: quelque part, il y a sûrement des gens qui font métier de nous prendre pour des c... (*mais, à la réflexion, n'est-ce pas nous qui les encourageons à l'exercer, ce métier, puisque nous donnons nos sous pour cela? Auraient-ils donc raison?*)

LIMITES DIFFICILES

Dans le domaine du "mental", jamais on n'a cessé d'user de concepts et d'en inventer qui n'étaient simples qu'en apparence, sans se soucier de leur complexité qu'ils cachent pourtant mal, sans les délimiter, sans non plus disposer des instruments adéquats permettant d'en mesurer des dimensions mal définies.

En quoi ce qui est dit "anormal" diffère-t-il de ce qui est dit "normal"?

Dans pareilles conditions, en effet, tracer une démarcation nette entre ce qui serait "mentalement normal" et ce qui ne le serait pas (une des tâches d'ordinaire assignées à la psychiatrie) relève plus de l'intuition et de l'arbitraire - ne faudrait-il pas dire de la divination et de la magie? - que d'une démarche rationnelle, cohérente et reproductible (donc utile).
Si elle existe, où est la limite entre le "normal et " l'anormal "?

Ce qui se voit et se touche peut se mesurer directement...

En 1866, le moine tchèque Mendel fonda les premières lois de la génétique après avoir étudié diverses variétés de petits pois dont les grains étaient plus ou moins gros, lisses ou ridés, etc. Comme pour ces petits pois - dont les rides n'étaient que simplement présentes ou absentes - , mais avec cette fois une diversité bien plus grande et des nuances bien plus subtiles, on attribue aux composantes de la personnalité humaine, aux traits distinctifs du "caractère" et aux facultés intellectuelles des individus une multiplicité d'aspects, de particularités. Chacune a sa "dimension" (sa "grandeur", son "ampleur", son "importance", son "intensité", ou n'importe quel autre nom qu'on veuille encore donner à cette dimension). Ces caractéristiques, chacune avec sa grandeur particulière, s'associent et se combinent entre elles de manière unique pour conférer à chacun de nous la personnalité qui lui est propre.

Ce qui n'est peut-être qu'imaginaire, imaginé d'après les conséquences supposées qui pourraient en découler, la mesure n'en est peut-être qu'illusion. On ne mesure pas l'intensité d'un deuxième soleil hypothétique à la couleur des nuages qui toujours le cacheraient...

Tous les traits de caractère et de personnalité sont des caractéristiques, des "qualités" ou des "défauts", (des particularités, des sortes de "propriétés") qui ont été reconnues et définies tout d'abord **intuitivement**: on les appelle "l'intelligence", la "sensibilité", la "mémoire", "l'imagination", le "courage", la "volonté", "l'attention", la "persévérance", la "force de caractère", la "paresse", "l'indolence", "le soin", la "désinvolture", que sais-je encore... Mais à la différence des rides sur la peau des petits pois de Mendel, ces caractéristiques ne se voient ni ne se touchent directement. On ne peut qu'en inférer l'existence à partir de leurs manifestations ou conséquences supposées. On pourrait dire qu'elles sont des concepts tout à la fois *a priori* (*notre imagination les postule*) et *a posteriori* (*on les déduit de ce qu'on suppose être leurs effets*). Elles ne se mesurent évidemment pas au moyen d'un mètre, ni d'un thermomètre ou d'une balance, ni d'aucun autre appareil de mesure. Mais, comme il n'est de science véritable que du mesurable (*des comparaisons utilisables et des évaluations généralisables ne peuvent se baser que sur des mesures*), on a décidé qu'il devait quand même être possible de mesurer les traits et caractéristiques psychologiques propres aux individus.

C'est ce que certains tentent de faire, très **indirectement**, en mettant en quelque sorte ces "qualités", capacités et aptitudes supposées à l'épreuve, par le biais de "tests" auxquels les réponses (les réactions) sont notées et portées sur des échelles de valeurs graduées arbitrairement (*et standardisées, c'est-à-dire en principe toujours les mêmes, et dont le mode d'appréciation est supposé invariant quel que soit celui qui apprécie les résultats*).

Dans ce but, les psychologues ont mis au point, tout au long des années, une multiplicité d'épreuves, des batteries de "tests" censés évaluer les particularités "psychologiques", mentales

et intellectuelles les plus diverses participant à la constitution de la "personnalité", parmi lesquelles la "mémoire", "l'attention", "l'intelligence", d'ailleurs le plus souvent sans avoir d'idée bien précise (ni bien étayée, ni bien arrêtée) de ce que chacun de ces tests "mesurait" réellement, sans savoir si, par exemple, les mots "mémoire", "attention", "intelligence" désignaient toujours la même chose précise dans l'esprit de ceux qui en parlent, ou encore sans vérifier ce que telle ou telle "aptitude" testée recouvrait précisément, sans non plus savoir à quelles fonctions cérébrales élémentaires les "tâches psychologiques" prétendûment mises en jeu faisaient appel en réalité.

Quoi qu'il en soit de la signification véritable de ces "mesures" et de leur validité pour les buts qu'on leur assigne, une caractéristique leur est commune à toutes: elles varient à la manière de variables continues (*par opposition à des variables discrètes diminuant ou augmentant par degrés séparés, ou encore à des variables de type présent/absent*). Cela veut dire que quand on procède à pareilles évaluations ("tests") sur un échantillon [suffisamment] important de population, elles ne permettent pas de définir des catégories bien tranchées d'individus en fonction des valeurs obtenues (*p.ex. "gentils" versus "méchants", "intelligents" versus "bêtes", etc., etc.*): en effet, si on définissait artificiellement telles ou telles catégories prétendues distinctes, il serait néanmoins toujours possible de trouver des exemples de "cas intermédiaires" pouvant constituer une nouvelle catégorie, et ainsi de suite à l'infini. Autrement dit encore, chaque catégorie qu'on tenterait de définir se fondrait insensiblement dans les catégories qui lui seraient adjacentes, sans délimitations précises possibles. Toute limite ainsi tracée entre catégories d'individus serait arbitraire et ne pourrait avoir de justification qu'idéologique et politico-sociale, mais ne serait certainement pas basée sur des faits (elle n'aurait rien de "scientifique").

Les caractéristiques "psychologiques", de "personnalité", de "caractère", de "mentalité", "intellectuelles", etc., etc., dont on vient de parler et que les psychologues tentent d'apprécier ou d'évaluer [semi]-quantitativement, se trahissent extérieurement par des attitudes, des discours et des actes. Souvent, on rassemble ces manifestations visibles dans le concept plus général et vague de **comportement**. Les comportements sont plus ou moins adéquats pour les buts recherchés par leurs acteurs, et ils sont plus ou moins bien adaptés à la vie que leurs acteurs mènent en société. A son tour, la société (nous tous) évalue ces comportements et les juge plus ou moins convenables ou tolérables (*compréhensibles, n'éveillant pas la curiosité ou l'étonnement - mais ne peut-on avoir plus ou moins de mal à comprendre, ne peut-on être plus ou moins curieux, plus ou moins prompt à s'étonner?*)

Si, en réalité, la limite entre les degrés artificiels de chacune des multiples composantes du comportement est fluctuante, celle qu'on tente de tracer entre le comportement jugé "globalement" admissible - ce que non seulement la société peut tolérer, mais aussi ce que chacun de nous est personnellement prêt à endurer - et le comportement globalement intolérable (l'insupportable) que la société ne peut que rejeter, cette limite-là est nécessairement aussi imprécise et indécise. De plus, elle est interprétée et placée différemment selon qui on interroge sur ce point.

On peut s'informer à ce sujet, d'abord auprès du groupe le plus nombreux, formé par ceux dont les caractéristiques "psychologiques" ne s'écartent pas "**trop**" des valeurs statistiques moyennes de la majorité de la population générale (ceux que, forcément, on appelle les gens "normaux" parce qu'ils se répartissent *dans leur majorité* autour de la valeur modale de la statistique théorique dite "de distribution normale" ou de Gauss - *et voici déjà une première difficulté qui surgit: sur quelle base décide-t-on de ce qui s'éloigne **trop** de la moyenne?*)

Mais dans un indispensable souci d'équité (le respect démocratique des minorités), parce que ces personnes font partie de la société au même titre que toutes les autres, et parce qu'elles sont les premières à s'estimer directement concernées, on devrait aussi demander leur avis aux personnes du deuxième groupe, celles dont les caractéristiques de personnalité les placent à proximité, en deçà et au delà des extrêmes de la courbe de Gauss.

C'est ce que revendiquent, au nom de leurs libertés individuelles de citoyens vivant en

démocratie, de nombreuses personnes affligées de troubles mentaux qui ont subi les traitements psychiatriques. Beaucoup d'entre elles se considèrent désormais comme des rescapés, des "survivants" de ces traitements. Certaines, pour défendre leurs droits, ont décidé de se regrouper sous cette appellation.

La question fondamentale est: à partir de quand ***les uns*** s'écartent-ils trop de la moyenne statistique de la population pour qu'il devienne légitime qu'ils soient considérés par la majorité ***des autres*** comme des citoyens "hors normes" ou "d'exception", qu'ils soient comptés parmi ceux faisant partie d'une catégorie arbitrairement distincte de toutes les autres? Une deuxième question se pose aussitôt, tout aussi fondamentale que la première: **si on reconnaît pareille distinction**, celle-ci confère-t-elle ***aux uns****,* qui sont "hors limites", une qualité particulière qui autorise ***les autres*** à s'arroger le droit de prendre, à l'égard des premiers (***les uns***), (*à leur encontre selon un camp / en leur faveur, d'après l'autre camp*), des mesures elles aussi particulières et d'exception, lourdes de multiples conséquences: les "traitements psychiatriques"?

> ***Chacun de nous ne peut qu'être, à chaque instant, persuadé d'avoir toujours "toute sa tête" et d'être, en général, capable de reconnaître, quand il le/la rencontre, celui ou celle qui, par contre, "ne l'a plus tout à fait". Cependant, quand soi-même "on n'a plus toute sa tête", n'est-ce pas évidemment et justement alors qu'on n'est plus capable de juger correctement, ni de soi-même, ni des autres, et qu'on ne sait pas non plus admettre le jugement des autres? Il serait donc logique de s'en remettre alors au jugement des autres; mais comment pourrait-on désormais s'en rendre compte et l'accepter?***

Gardons-nous soigneusement d'oublier que poser correctement les bonnes questions, en comprendre tout le sens et y répondre de manière réfléchie et nuancée sont des démarches faisant nécessairement appel à toutes nos facultés mentales, c'est-à-dire, entre autres, à nos capacités de jugement, d'appréciation, ce qui veut dire non seulement à nos capacités de raisonnement, mais aussi à nos sentiments dont il est difficile d'exclure toute velléité passionnelle excessive.

Là, entre autres obstacles, réside une part importante de la difficulté du problème qui se pose à nous: ces fonctions et facultés mentales, ces sentiments et ces capacités indispensables pour porter un jugement et prendre des décisions, dans les faits mais aussi par définition, ils ne sont plus tout à fait comparables chez tous: il y aura désormais "les uns" et "les autres" (*les "plus normaux" et les "moins normaux"*), tant et si bien que ni le sens des questions, ni celui des réponses ne seront réellement équivalents pour les deux partis en présence; de telle sorte qu'aucun accord entre eux ne pourra être trouvé qui puisse être compris de la même façon par tous et entraîner une satisfaction générale (un "*consensus*"). L'accord apparent auquel certains croiraient être parvenus ne pourrait, au mieux, que cacher un malentendu risquant à tout moment d'éclater au grand jour. Alors s'exacerberaient encore les méfiances et les rancoeurs de la minorité "hors normes" envers la majorité, cette dernière exerçant, selon la première, sous prétexte de bienfaisance, une oppression sur la minorité, oppression dépourvue de légitimité et inadmissible parce que basée uniquement sur des théories purement "idéologiques".

1) Où tracer la limite entre citoyens "dans les normes" et citoyens "hors normes"? et
2) Quelles conséquences tirer de l'existence de cette limite dès lors qu'elle aurait été acceptée? Ces deux questions principales déclenchent aussitôt une avalanche d'autres interrogations. Par exemple, et parmi d'autres: qui la société va-t-elle charger de définir des limites et de décider quelles sont celles au-delà desquelles certains comportements deviennent inacceptables pour elle? Qui va-t-elle ensuite désigner pour décider des causes et de la nature de ces comportements, peut-être dangereux pour les individus eux-mêmes qui les manifestent et pour la société où ils vivent? Qui sera chargé de décider s'il faut remédier à ces comportements et, dans ce cas, quels seront les remèdes? D'où les experts désignés pour cette tâche tireront-ils les connaissances et l'expertise leur permettant d'identifier des personnes à classer à part (désigner les "fous"), qui sera "officiellement" capable de distinguer les éventuels "malades mentaux" de

ceux qui ne le seraient pas, et, le cas échéant, de reconnaître ("diagnostiquer") leur(s) maladie(s)? Qui saura connaître, choisir, prescrire et mettre en oeuvre le(s) traitement(s) approprié(s)? Qui encore pourra décider que les experts seuls autorisés à exercer ces différentes tâches méritent toujours bien leur qualité d'expert et sur quelle base objective, admissible par tous, cette décision sera-t-elle fondée?

Dans la pratique, les décisions - tant techniques que juridiques et politiques - prises en matière de "santé - maladie mentale" par la grande majorité de toutes nos sociétés modernes sont très révélatrices, tout à la fois des conceptions régnantes à propos des troubles mentaux, et des contradictions et incohérences plus ou moins volontaires qui en même temps les accompagnent et surgissent dès que le sujet est abordé.

Tous les citoyens possèdent, dans leur vocabulaire, les mots, assez vagues et généraux pour chacun, de folie, fous, troubles mentaux. Même des termes, plus "techniques" à l'origine, sont passés dans le vocabulaire profane courant, comme schizophrénie, maniaco-dépression, dépression, etc., et ces termes sont employés à tort et à travers par beaucoup d'entre nous. Dans la bouche des profanes, ils désignent et souvent servent à expliquer et en quelque sorte à conjurer (*à "évacuer"*) des dérangements plus ou moins marqués, plus ou moins "gênants" ou même seulement excentriques ou "bizarres" du comportement dont un nombre (qu'on veut croire faible) d'individus feraient occasionnellement preuve.

Tous, nous pensons être capables de détecter, chez ceux que nous connaissons bien pour les avoir longuement fréquentés et côtoyés (*et cette conviction s'étend même souvent à des inconnus!*), les particularités qui pourraient paraître "bizarres", "étranges", "étonamment exceptionnelles", que ces "anomalies" soient présentes depuis longtemps ou qu'elles apparaissent subitement. Autrement dit, chacun de nous a sa propre opinion plus ou moins bien arrêtée, son intuition de ce qui est "normal" et de ce qui ne l'est pas.

Tant que les "excentricités" ou "écarts de ce qui nous semble normal" ne nous paraissent pas mettre en danger la situation sociale ni les conditions matérielles de vie (*ou la vie elle-même!*) de la personne ou de son entourage (sa famille, ses enfants, etc.), la majorité d'entre nous acceptent en général assez bien "l'originalité" du comportement de l'un ou l'autre. Bien sûr, il existe toujours certains conformistes étroits et rigides risquant de faire exception à cette règle de tolérance...

Cependant, les comportements "inhabituels" peuvent constituer une transgression des lois, ils peuvent contrevenir à nombre de règlements, publics et de police, assurant la sécurité générale, ils peuvent donc s'avérer répréhensibles et même dangereux (pour leurs acteurs eux-mêmes et pour autrui). Ils peuvent aussi rendre les relations sociales et intra-familiales très difficiles voire, parfois, impossibles. Dès ce moment et pour se prémunir contre les risques d'accidents, les gens (la société) sont contraints de prendre ce qu'on appellera des "mesures de santé et de sécurité".

Quoique le grand public se fasse toujours, sur l'origine (les causes) des troubles du comportement (les désordres mentaux), les idées les plus diverses, très nombreux sont ceux qui continuent de croire "qu'on devient fou" pour des raisons "psychologiques", c'est-à-dire ***par la faute*** de certains événements (extérieurs ou non) "agissant sur l'esprit et les sentiments": douleurs insupportables, deuils intolérables, tortures psychologiques, éducation "fautive", mode de vie non conforme appelant la réprobation générale, etc., etc. Ces "agressions contre l'esprit" détraqueraient le fonctionnement de l'esprit, il faudrait par conséquent le restaurer par un "discours" correcteur approprié (la "psychothérapie"), une "rééducation", un peu comme on corrigerait un enfant qui aurait "commis une erreur".

Cependant, en dépit de ces croyances, les proches et l'entourage de personnes "dérangées" sont en général bien forcées de se rendre à l'évidence: les personnes atteintes de troubles du comportement, soit semblent sourdes à tout discours venant de l'entourage, soit elles ne paraissent pas capables d'en tenir compte. On en déduit que, chez ces personnes, "l'esprit est malade". On décide alors qu'il faut le guérir et on confie cette tâche aux professionnels qui, d'ailleurs, en revendiquent la compétence. On s'adresse à des "médecins de l'esprit", c'est-à-dire

aux psychiatres. Ceux-ci disent détenir le savoir disponible, les discours et moyens efficaces. De plus, ce sont des médecins, réputés "scientifiques", on suppose donc qu'ils ont fait les longues études leur permettant de soigner les "blessures et maladies de l'esprit" (c'est aussi ce que leurs diplômes laissent entendre). Quoique chacun de nous, pauvre profane, ait pourtant sa petite idée personnelle sur le sujet, ce n'est qu'à eux seuls qu'on laisse le soin de définir officiellement ce qui est "mentalement anormal", leur diplôme officiel leur conférant le monopole de l'autorité en ce domaine.

D'où ces "experts en troubles mentaux" tirent-ils donc le savoir et l'expertise qu'on leur prête? En quoi leur opinion sur le comportement de tel ou telle personne est-elle mieux fondée que celle de ses proches, de ses parents, ou même du voisin d'à côté ou d'en face?

La réponse immédiate à cette question semble facile: le diplôme de spécialiste en psychiatrie atteste de leur compétence et de leur savoir. Mais cette réponse n'est en réalité qu'une échappatoire. Car le diplôme n'est rien d'autre que la consécration de la fréquentation de cours théoriques et de "stages pratiques" en milieu hospitalier (*tout cela loin de toute réalité quotidienne et prosaïque*). Et ce qui s'enseigne et s'apprend, sur ces bancs d'école et lors de ces stages hospitaliers, n'est souvent qu'une accumulation systématisée: de descriptions abstraites, d'interprétations intuitives - théorisées et codifiées dans un jargon technique - tirant leurs sources, à la fois d'observations superficielles et épisodiques de malades et de compilations d'idées reçues, de vieux lieux communs. Ces théories ne sont, en général, ni vérifiables ni réfutables, elles n'ont donc pas plus (ni moins) de valeur ni d'utilité réelles que n'en a l'opinion de "l'honnête homme de la rue, l'homme de bon sens".

Il nous faut donc espérer que les psychiatres auxquels s'adressent le législateur, les hommes politiques, les médecins généralistes et les particuliers (les patients), ces psychiatres soient restés, malgré leur spécialisation et en plus d'elle, des "hommes de bon sens" et aussi des médecins "ordinaires".
Sinon, pourquoi, en effet, s'adresser à des médecins plutôt qu'à des psychologues ou à des philosophes? Ces derniers ne pourraient-ils, eux aussi, légitimement prétendre avoir, sur le "fonctionnement de l'esprit", des vues tout aussi acceptables - et, pourquoi pas? peut-être même plus défendables encore! - que celles des psychiatres?

Les raisons de préférer s'adresser à des médecins sont simples.
Tout d'abord, seul un médecin peut départager, dans l'ensemble des troubles, signes et symptômes de son patient, ce qui est dû à une affection mentale et ce qui résulte peut-être d'une maladie "somatique" intercurrente (surajoutée). Cela, ni un psychologue ni un philosophe ne le peuvent vraiment et ils sont trop prudents pour s'y aventurer seuls. En principe, le psychiatre le peut, lui, si toutefois il est bien devenu et resté le médecin (biologiste) qu'au départ ses études le destinaient à devenir.
Ensuite, et malgré que cela ne soit pas toujours avoué explicitement, tout le monde a aujourd'hui de bonnes raisons de soupçonner que les manifestations "anormales" du comportement résultent d'une altération, bien concrète quoique discrète, matérielle quoique microscopique, organique quoiqu'extraordinairement complexe, de cette merveilleuse et mystérieuse machine biologique qu'est le cerveau. Et seul le médecin est supposé capable de sonder et réparer les profondeurs de cette fabuleuse machine de chair et de sang.

Seulement, voilà: cette fabuleuse machine n'a commencé à livrer quelques-uns de ses innombrables secrets que depuis peu de temps. Les médecins psychiatres, qui ont débuté leurs efforts vers la fin du XIXème siècle, ne pouvaient, pour exercer leur art, attendre (rester les bras croisés, si l'on peut dire) d'en savoir assez. Ils ont dû construire la totalité de leur corps de doctrine tout en se passant des connaissances véritables que nous n'acquérons que très lentement aujourd'hui. Ils ont donc dû élaborer une discipline qui, par la force des choses, devait n'être que théories et spéculations, une sorte de somme hybride entre de multiples théologies tour à tour schismatiques et une flore descriptive systématique à la Linné, purement spéculative de surcroît (*une sorte de "cosmographie de l'esprit"*). Ainsi, les théories psychiatriques et leurs

nombreuses exégèses ne pouvaient que se multiplier et engendrer des polémiques, sortes de réminiscences des disputes de scoliastes, puisqu'elles n'étaient ni vérifiables ni réfutables, et qu'elles n'entraînaient, pour les patients, que des traitements aux résultats peu encourageants et totalement aléatoires. Malheureusement, les habitudes scolastiques ressassées, rabâchées et remaniées pendant plus d'un siècle sont souvent devenues une deuxième nature. Alors qu'il faudrait aujourd'hui repartir sur des bases enfin solides, nombreux sont pourtant les psychiatres qui se refusent encore à renoncer à l'autorité protectrice et rassurante du dogme obsolète mais imposant, si laborieusement construit de la psychiatrie spéculative. Ils livrent en permanence un combat d'arrière-garde qu'on sait perdu d'avance, et qui s'oppose au progrès et en ralentit la marche au détriment du bien-être de leurs patients.

Ces psychiatres-là maintiennent la psychiatrie aux confins, à la fois d'une philosophie brumeuse, d'une médecine moderne mal assimilée, et de superstitions ancestrales toujours vivaces; bref, ils en font une sorte de syncrétisme qu'ils croient avantageux, mais ils ne se rendent pas compte qu'ils s'écartent ainsi de leur but premier: soulager et peut-être guérir leurs patients.
Dans ces conditions, comment donc tracer la limite entre d'une part les pragmatistes, empiristes instruits et prudents et, d'autre part les charlatans, ignorants mais de bonne foi et sûrs de leurs convictions, les uns comme les autres tous aussi persuadés de leurs bonnes intentions?
Ce ne sont certainement pas leurs patients qui seraient capables d'apercevoir cette limite-là. Pourtant, c'est bien eux qui subissent les conséquences de son existence. En effet, s'adressant aux praticiens du premier type, ils ont *statistiquement* plus de chances d'être réellement soulagés; par contre, s'ils s'adressent aux psychiatres de la deuxième catégorie, ils courent *statistiquement* plus de risques de continuer à souffrir plus encore qu'auparavant. Dans ce dernier cas, la mauvaise réputation qui, obligatoirement, en résulte plus souvent, rejaillit indistinctement sur l'ensemble des professionnels de la "santé mentale", elle semble justifier les accusations des groupements de "survivants de la psychiatrie" (*et en justifie effectivement une proportion importante au détriment de l'ensemble des cas*).

Les "survivants de la psychiatrie" revendiquent pour eux-mêmes le droit, reconnu à tous les citoyens, de refuser les traitements (psychiatriques) auxquels il arrive qu'on doive les contraindre. C'est oublier que la société s'impose l'obligation de traitement de ceux qui se trouvent en danger. Pour elle, renoncer à ces traitements, c'est se rendre coupable de non assistance à personne en danger, non assistance d'autant plus flagrante que les personnes concernées sont inconscientes du danger qu'elles courent elles-mêmes ou font courir à autrui. Il est vrai que ces "survivants" ont des motifs valables à leurs revendications: rien, en effet, ne leur assure un type de médecin psychiatre plutôt qu'un autre pour prendre soin d'eux, rien non plus ne peut leur garantir qu'un traitement rationnel qui convienne avec certitude à leur cas particulier leur soit d'emblée correctement appliqué.
Quand un sauveteur se jette à l'eau pour sauver une personne qui s'y débat et va se noyer, on peut trouver légitime que le sauveteur soit parfois amené à assommer celui qui se noie, pour l'empêcher de se débattre et de compromettre ainsi son sauvetage. Mais il est aussi impératif que le sauveteur sache lui-même nager, sache la différence entre assommer et infliger une fracture du crâne, et qu'il sache comment faire pour respecter cette différence! On comprend que les noyés potentiels se méfient...

Il est grand temps que les médecins psychiatres fassent le ménage chez eux: qu'ils réinventent une psychiatrie moderne à partir des données actuelles de la médecine et de la neuropsychologie expérimentale; qu'ils rajeunissent les principes déontologiques qui régissent les pratiques de leur profession et leurs rapports avec leurs patients; en bref, qu'ils établissent **les limites rationnelles claires qu'ils s'engagent à respecter, et qu'ils aient le courage de les reconnaître**.

DU POSITIF

Quelques gouttes d'espoir dans l'océan de la morosité...

"Experience has shown that the mechanistic question leads to scientific knowledge, while the teleological question does not."

Bertrand Russell: History of Western Philosophy
p. 73. Routledge 2004-2005 (1946), London. ISBN 0-415-32505-6

(L'expérience a montré que répondre à la question mécaniste conduit à la connaissance scientifique, tandis que poser la question finaliste n'y conduit pas.)

01 - Stimulation du nerf vague
02 - Imagerie in vivo - IRM - VIVID
03 - Distinguer les schizophrénies
04 - SMT - Stimulation magnétique
05 - Oestrogènes favorables?
06 - DHEA (déhydroépiandrostérone)
07 - Conte Center - Pittsburgh
08 - Diagnostiquer par l'ARN
09 - Adjuvants - compléments
10 - DHEA et diminution des SEP
11 - Glycine et sarcosine
12 - Marqueurs biologiques
13 - Test de l'odorat

Parmi les surfeurs du Net qui ont feuilleté les pages-écran du présent site, ou qui même auraient pris la peine de télécharger ("descendre") certains des fichiers au format PDF qui y sont disponibles, sans doute nombreux sont ceux qui pourraient n'en avoir retiré qu'un sentiment général de lassitude et de découragement. Il faut bien reconnaître que les sujets traités n'incitent guère à la joie.

Mais la "philosophie" qu'on a choisi de suivre sur ce site est d'y exposer, sur les maladies mentales chroniques et leurs traitements, sur les conditions de vie de leurs victimes, **la vérité** telle qu'elle est, telle que les scientifiques actuellement la connaissent, et aussi telle que la vivent les malades et leurs proches. Cette réalité-là est, le plus souvent, difficile à admettre. C'est pourquoi, ailleurs, pour la rendre plus "acceptable", on la travestit et on l'enjolive presque toujours. Mais, la rendre plus acceptable, n'est-ce pas s'y résigner plutôt que tenter de la changer pour l'améliorer? L'enjoliver sous prétexte de l'adoucir, n'est-ce pas vouloir se bercer d'illusions, au risque de désillusions plus amères encore?

Ici, on croit au contraire qu'il faut se battre: **contre** les affections mentales et, en attendant d'avoir pour cela les armes décisives qui manquent encore aujourd'hui, il faut se battre aussi **pour** l'aménagement et l'amélioration des conditions de vie des malades mentaux. Il faut encourager activement la recherche biologique sur le développement, l'architecture et le fonctionnement de notre cerveau; pour améliorer l'avenir des malades mentaux, il faut utiliser les progrès de nos connaissances biologiques, mais aussi les progrès technologiques que nous avons déjà.
Pour combattre efficacement un ennemi et espérer le vaincre un jour, il faut, non seulement bien connaître les forces et les faiblesses de cet ennemi, mais aussi connaître ses propres forces et ses propres lacunes. Aucun moyen contribuant à cet effort de connaissance ne peut être négligé. Exemple parmi d'autres de ressources inexploitées dans notre pays, l'imagerie médicale assistée par ordinateur, pourtant déjà disponible en Belgique, est porteuse d'immenses promesses pour améliorer la compréhension des affections mentales. Pourquoi nos chercheurs ne l'explorent-ils pas en collaboration avec les psychiatres? *Est-ce donc à ce point trop cher en comparaison du prix payé, tant pour les "traitements", les "soins", les "mesures sociales", ou en comparaison du prix inappréciable des souffrances qui continuent de s'accumuler?*
Bien sûr, les résultats de la recherche sont rarement immédiats mais, si la recherche ne se fait pas, on aura beau les attendre jusqu'à la fin des temps...

A l'échelle planétaire, la recherche se poursuit dans de nombreux pays. Sur cette page, dès qu'on en aura connaissance, on s'efforcera d'attirer l'attention sur les avancées qui paraissent prometteuses.

01. C'est ainsi qu'une percée récente semble avoir été réalisée en ce qui concerne le traitement de la **dépression majeure** (dépression unipolaire) et l'atténuation des **épisodes dépressifs des troubles bipolaires**. Les chercheurs de psychiatrie **biologique** ont montré qu'on peut sensiblement diminuer la fréquence des épisodes dépressifs des troubles bipolaires, mais aussi atténuer très significativement les manifestations de la dépression majeure (unipolaire) par des stimulations électriques du nerf vague (la dixième paire de nerfs crâniens, ou nerf X, parfois encore appelé de l'ancien nom de nerf pneumogastrique).
Qu'on se rassure tout de suite! Les stimulations électriques dont il est question délivrent au nerf X des impulsions dont l'intensité et la fréquence sont tout à fait comparables à ce qui peut naturellement circuler dans un prolongement de cellule nerveuse. Il ne s'agit donc aucunement d'une sorte d' "électrocution" ou d'une version améliorée de ces "électrochocs" dont la sinistre réputation est encore toujours vivace dans la mémoire de certains.
La technique actuellement utilisée consiste à implanter une sorte de "pacemaker" sous la peau du thorax. Il en part des fils conducteurs qui, par un trajet sous-cutané, rejoignent le nerf vague dans le cou. (*L'intervention chirurgicale et l'implant sont chers et ne sont pas encore remboursés par la sécurité sociale en ce qui concerne les malades dépressifs. Un remboursement est prévu depuis peu pour ce même traitement s'il s'adresse à des patients souffrant d'épilepsie. Espérons que l'intervention INAMI s'étendra bientôt aux patients dépressifs pouvant bénéficier de ce traitement.*)
Les effets favorables sont beaucoup mieux ciblés que ceux obtenus par la prise de médicaments antidépresseurs. Ces derniers, en effet, agissent sans distinction sur l'ensemble des structures cérébrales, c'est-à-dire également là où cela n'est pas indiqué (d'où des effets secondaires indésirables). La stimulation du nerf X, par contre, parvient à un groupe localisé de cellules nerveuses de la moëlle allongée (le "*noyau du faisceau solitaire*" des neuroanatomistes). Ainsi stimulés, les neurones de ce noyau vont à leur tour envoyer des influx à d'autres noyaux voisins (dont le "*locus coeruleus*") dont les médiateurs synaptiques sont la noradrénaline et la sérotonine. Ce sont ces médiateurs-là dont dépend l'activité plus ou moins grande dans les circuits cérébraux plus "haut" situés qui influencent nos "états d'humeur" (et avec lesquels les médicaments antidépresseurs interfèrent, mais cette fois globalement, sans distinction de leur origine).
Il y aura sans doute encore des améliorations techniques à apporter à cette thérapeutique, mais on peut d'ores et déjà dire qu'on a trouvé une bonne piste.
(*Pour plus de renseignements sur cette innovation, voir http://www.biopsychiatry.com/vagus/index.html)*

---

02. Signalons aussi un développement technologique intéressant survenu en Angleterre (*annoncé en janvier 2002*). Des chercheurs de l'Institut de Psychologie (dépendant du King's College de Londres), sous la direction du physicien Derek Jones, ont mis au point une modification de la programmation informatique des appareils de IRM (Imagerie de Résonance Magnétique). Cette modification (appelée "VIVID") permet d'observer, sur le vivant et de manière non invasive, les trajets nerveux myélinisés (la "substance blanche") reliant, dans le cerveau, différents territoires cérébraux entre eux. Jusqu'à présent, ces faisceaux ne pouvaient pas être mis en évidence par les techniques d'imagerie in vivo disponibles.
On sait qu'une des hypothèses les plus plausibles expliquant certaines des manifestations de la schizophrénie est que, au cours du développement cérébral, certains territoires cérébraux ne se relient pas les uns aux autres de manière correcte, ce qui les empêcherait par conséquent d'évoluer normalement et de collaborer efficacement entre eux par la suite.
Les chercheurs anglais sont actuellement en train de comparer ces connexions chez des volontaires en bonne santé et chez des malades, notamment chez des malades atteints de schizophrénie. Bien qu'il soit beaucoup trop tôt encore pour espérer retirer de ces travaux des thérapeutiques nouvelles et décisives, ces recherches pourraient permettre néanmoins, assez rapidement, d'aider à mieux choisir à l'avance, pour chaque malade, la médication qui devrait s'avérer la plus favorable pour son cas particulier (ce qui n'est pas possible encore aujourd'hui).
Nous regrettons, à nouveau, de devoir constater qu'en Belgique, les techniques d'imagerie cérébrale sont, à la fois considérées comme trop chères par les pouvoirs publics, et décriées

comme étant une "technicisation" excessive par certains de nos "professionnels psy" de la "santé mentale". Se prenant pour des poètes, préférant encore, à l'ère des traitements de texte sur P.C., taquiner leur muse avec une anachronique (*mais combien snob!*) plume d'oie, nos psys ne semblent donc pas pressés de s'y intéresser vraiment. Espérons que l'exemple des Anglais leur change un jour les idées (*ou leur en donne*)...

Une fois de plus, le progrès viendra sans doute de différents côtés (*mais pas de la psychiatrie elle-même, du moins telle qu'elle est pratiquée ajourd'hui dans notre pays!*) Les exemples les plus frappants de progrès seront probablement donnés d'abord par les neurologues et les neurochirurgiens se basant sur les données apportées par les neurophysiologistes et les neuroanatomistes. Les psychiatres seront alors bien forcés de suivre le mouvement, à moins de devoir "passer la main". Les progrès annoncés sont déjà en marche. Ils résultent, entre autres, de très nombreuses études (des milliers de cas!) réalisées sur des patients atteints de maladie de Parkinson, p.ex., et aussi des avancées techniques (imagerie cérébrale, etc.). Ils font partie de ce que certains appellent déjà la "**psychochirurgie**", dénomination qui, chez les personnes mal informées, risque de faire resurgir d'anciens mauvais souvenirs et de provoquer des polémiques passionnées.

En effet, les interventions de neurochirurgie (leucotomies, lobotomies) pour des indications psychiatriques furent pratiquées dans les années 1940 et 1950. Premièrement, les connaissances neuroanatomiques et neurophysiologiques de l'époque étaient bien plus lacunaires que celles dont nous disposons aujourd'hui. Très aléatoire, la décision d'intervenir chirurgicalement pour telle ou telle "indication psychiatrique" correspondait souvent plus à une sorte de loterie qu'à une décision basée sur des connaissances neuroanatomiques assez solides et assez précises. Deuxièmement, les interventions neurochirurgicales pratiquées alors étaient, nécessairement toujours et uniquement destructrices, ce qui veut dire que leurs conséquences, favorables et non favorables, étaient irréversibles. D'autre part, la précision avec laquelle on parvenait à localiser et à délimiter l'étendue des lésions chirurgicales (par stéréotaxie) était fort grossière en comparaison de ce que nos capacités techniques actuelles nous permettent déjà (et qui ne cessent de s'affiner encore).

Aujourd'hui, il est devenu possible de stimuler le cortex cérébral au moyen de courants induits par des champs magnétiques variables extérieurs à la boîte crânienne, sans qu'il soit nécessaire d'implanter des électrodes (stimulation magnétique transcrânienne ou SMT). La SMT a déjà été utilisée avec succès pour le traitement de la dépression, qu'elle soit unipolaire ou bipolaire. Par rapport à la sismothérapie (électro-convulso-thérapie ou ECT, "électrochocs"), la SMT présente de très grands avantages: elle ne nécessite pas de narcose ni d'anesthésie, le patient reste conscient et participe au traitement. Celui-ci n'entraîne pas de troubles cognitifs (pas d'amnésie rétrograde, par exemple).

Des aménagements et améliorations techniques peuvent être prédits pour un avenir peut-être proche: 1) l'amélioration du pouvoir de résolution des techniques d'imagerie (leur précision), ce qui permettra de visualiser et de cibler de mieux en mieux la (/les) structure(s) à stimuler; 2) l'amélioration de la précision - et donc de la sélectivité - des sondes de stimulation, 3) la stimulation de territoires cérébraux (*"afférents" de la cible à influencer*) contenant des neurones inhibiteurs, ce qui rendra inutile le recours à des interventions destructrices irréversibles.
A l'heure actuelle, ce sont les TOC (troubles obsessionnels compulsifs) qui semblent devoir être les premiers pour lesquels cette "**psychochirurgie de seconde génération**" serait entreprise. Certaines dépressions rebelles aux traitements actuels devraient logiquement être les suivantes sur la liste.

---

03. Depuis quelques années, les chercheurs (dans d'autres pays que le nôtre) s'efforcent d'établir des corrélations entre, d'une part les déficits cognitifs, les anomalies cérébrales structurales et fonctionnelles, et d'autre part des "catégories" distinctes de schizophrénies qui correspondraient à une classification basée sur des critères plus solides que ceux actuellement

utilisés, qui sont intuitifs, arbitraires et donc discutables. Il semble bien qu'ils y arrivent: en détectant l'absence ou la présence de certains déficits de diverses modalités de mémoire (*par des tests neuropsychologiques*) qu'ils peuvent corréler avec des anomalies anatomiques cérébrales (*visualisées par imagerie TEP et IRM*). Il est désormais possible de distinguer des schizophrénies où les atteintes pathologiques des cortex cérébraux temporaux prédominent, et des schizophrénies où ce sont surtout le cortex frontal et le striatum qui seraient touchés. Ceci conforte l'hypothèse controversée de l'hétérogénéité du syndrome schizophrénique et devrait permettre, à l'avenir, entre autres de mieux adapter la médication en fonction des territoires cérébraux atteints par l'affection, c'est-à dire en fonction du "type" clinique de schizophrénie à soigner.
(Turetsky, B.I., *et al*., *Neuropsychol.* ***16,*** *481-490, 2002*)

---

04. La stimulation magnétique transcranienne (SMT) du cortex temporo-pariétal gauche a récemment été mise en oeuvre dans des cas de schizophrénie (et de "psychose schizo-affective") dont les manifestations d'hallucinations auditives s'étaient montrées résistantes aux traitements par neuroleptiques. Les résultats encore préliminaires de ces essais montrent une rémission - ou au moins une atténuation significative en fréquence et en intensité - des hallucinations auditives, se prolongeant pendant au moins 15 semaines chez la moitié des patients traités. Aucun effet neuropsychologique secondaire défavorable n'a été signalé. Ces recherches se poursuivent et représentent une future possiblité additionnelle de traitement.
(Hoffman, R.E., et al., *Arch Gen Psychiatry.* ***60****, 49-56, 2003*)

---

05. Depuis longtemps déjà, on avait remarqué que "la" schizophrénie se déclare en moyenne de 5 à 10 ans plus tard chez les femmes que chez les hommes, ce qui pouvait laisser supposer que les hormones sexuelles femelles (**les oestrogènes**) pourraient exercer "une influence protectrice" sur le cerveau féminin contre cette affection. Des équipes internationales de chercheurs (Australie, U.S.A., Ecosse) suivent actuellement cette piste. Ils ont observé que chez les femmes atteintes de schizophrénie, l'intensité des signes et symptômes peut subir des fluctuations en phase avec le cycle hormonal et menstruel, en accord avec l'hypothèse de départ. Des études préliminaires semblent montrer une potentiation des effets favorables de la médication neuroleptique par l'adjonction (sous forme de patch cutané) de faibles doses d'oestradiol (inférieures à celles qu'on trouve dans les pilules contraceptives).
Des essais préliminaires ont aussi été pratiqués pendant deux semaines chez plus d'une trentaine de volontaires de sexe masculin. Chez eux aussi, des effets favorables ont été rapportés, dont on a dit qu'ils étaient très nets. Dans le sexe mâle, l'administration prolongée d'oestrogènes ne peut évidemment être envisagée telle quelle. Si ces premiers résultats encourageants se confirment, il faudra mettre au point des **molécules dérivées des oestrogènes**, interférant avec les récepteurs neuronaux pour ces hormones, mais qui soient dépourvues d'effets en dehors du cerveau (dépourvues d'effets "féminisants" généraux).
Les mécanismes par lesquels ces effets favorables sont produits ne sont pas encore élucidés; il faudra quelque temps pour établir quels sont les circuits cérébraux (surtout hypothalamiques) impliqués, mais on sait, déjà maintenant, où regarder plus précisément (par imagerie du cerveau - RMN).
(Kulkarni, J., & al., *Arch. Women Ment. Health* ***5****(3), 99-104, 2002*)

Les conclusions de cette publications ont depuis lors été mises en doute: à cause des nombres trop faibles de patientes traitées dans différentes études passées en revue, et à cause de méthodologies hétérogènes. Pour pouvoir conclure (dans un sens comme dans l'autre), il faudra attendre de disposer de cohortes de patientes plus importantes et de traitements plus comparables entre eux.
(W.L. Chua & al., The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, ***4****, Art No:CD004719. DOI:101002/14651858. CD004719pub2.)*

06. Dans la même ligne que le point précédent, partant du constat des effets "psychologiques" de la DHEA (*la déhydroépiandrostérone, un métabolite physiologique des stéroïdes sexuels, un moment préconisé comme traitement de confort "anti-âge" par le professeur français Beaulieu*), des chercheurs israéliens ont administré ce stéroïde pendant 6 semaines à des patients schizophrènes des deux sexes, en plus de leur traitement neuroleptique habituel. Sans influence décelable sur les signes "positifs" de l'affection, la DHEA a pourtant exercé un effet favorable sur les signes et symptômes négatifs (*qui, jusqu'à présent et quoi qu'en disent les firmes pharmaceutiques, ne sont que fort peu améliorés par les neuroleptiques*). Les effets bénéfiques significatifs sur les signes négatifs, l'anxiété et la dépression étaient plus marqués chez les femmes que chez les hommes. Ces résultats préliminaires (*30 patients seulement jusqu'à présent*) demandent évidemment à être confirmés chez un nombre plus élevé de patients. (Strous, R.D., & al., *Arch. Gen. Psychiatry **60**(2), 133-141, 2003*)

---

07. On s'obstine généralement à oublier que le cerveau est une machine extraordinaire composée de quelque cent milliards de neurones conversant les uns avec les autres de manière coordonnée après avoir établi entre eux, (*au cours du développement foetal puis dans l'enfance et jusqu'à l'âge adulte*), d'innombrables réseaux de communication.
Comprendre comment les anomalies des fonctions mentales et du comportement prennent naissance, cela suppose de déchiffrer ce labyrinthe d'une immensité et d'une complexité uniques (*sans commune mesure avec quelque autre objet à quoi l'homme se soit jamais attaqué*). Cela suppose aussi de connaître les étapes successives du développement et de la mise en place de cette immense toile d'araignée jamais en repos qu'est notre cerveau.

Il ne suffit pas d'observer que, chez les malades mentaux, la fonction d'un médiateur synaptique (*p.ex. la dopamine*) semble altérée dans certains territoires cérébraux. Il faut aussi se rendre compte que toute altération constatée dans une des mailles de l'immense réseau neuronal, non seulement influence - et altère - la structure et le fonctionnement d'autres mailles (en aval ou plus tardives), mais qu'elle est peut-être elle-même la conséquence d'altérations d'autres mailles (en "amont" ou plus anciennes). Il n'y a donc pas d'altération qui se limiterait à un seul médiateur synaptique et qui "expliquerait" toutes les manifestations d'une affection mentale chronique: toute altération neuronale retentit nécessairement sur un nombre indéterminé d'autres neurones et de leurs circuits, elle modifie aussi les actions d'autres médiateurs synaptiques, et ceux-ci, à leur tour, provoquent d'autres altérations, etc., etc.

En résumé fort simpliste, pour pouvoir soigner efficacement, il faut comprendre "la machine". Il faut "débrouiller" les innombrables cascades de causes et de conséquences qui conduisent à la formation d'un cerveau qui "fonctionne bien", et il faut reconstituer les enchaînements défectueux qui ont pour conséquence l'apparition des "maladies" mentales, c'est-à-dire la formation d'un cerveau qui "ne fonctionne pas bien".

Cette tâche fondamentale, on conçoit qu'elle ne puisse être que titanesque et de longue haleine, et qu'elle nécessite la collaboration de nombreuses équipes de chercheurs, tant "fondamentaux" que "cliniciens", de disciplines fort diverses: psychiatres, psychologues, neurologues, biologistes, généticiens, statisticiens, biochimistes, cytologistes, etc., etc.

On peut donc se féliciter de l'existence du **Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders**, réunissant de nombreux chercheurs de plusieurs universités des U.S.A., qui se sont attelés à cette tâche monumentale, essentielle et indispensable, constituée actuellement de sept programmes différents mais complémentaires (*université de Pittsburgh* http://cortex.psychiatry.pitt.edu). Evidemment, personne aujourd'hui ne peut dire quand des conséquences pratiques de ces recherches deviendront disponibles pour les malades. Cependant, nous pouvons être optimistes: les résultats de la recherche étant cumulatifs, celle-ci ne peut aller qu'en s'accélérant.

---

08. Tout récemment, une équipe de chercheurs (U.S., Canada, Taiwan) a montré qu'on peut, avec une grande fiabilité (95-97%), à partir d'un simple prélèvement sanguin, identifier les malades atteints de schizophrénie, ceux souffrant de troubles bipolaires, les distinguer les uns des autres et des personnes indemnes (les "témoins") grâce à l'examen de l'ARN de leurs cellules sanguines ("microarray analysis" [*génomique*]).

Ceci pourrait constituer une première percée décisive dans le domaine du diagnostic biologique et objectif de ces affections en nous donnant enfin quelques uns de ces "marqueurs biologiques" dont, depuis si longtemps, les uns insinuent qu'ils n'existeraient pas, pour tenter de ridiculiser les efforts des autres pour les trouver.
(Ming T. Tsuang & al., *Am. J. Med. Genetics, **133B**, **1.**, 1-5, 2005.*)

---

09. Les "adjuvants" aux traitements neuroleptiques et "psychotropes".

- Depuis longtemps (*sans doute depuis toujours*), on a voulu attribuer l'apparition de la schizophrénie aux causes les plus diverses (*des plus plausibles aux plus fantaisistes*). Ainsi, entre autres exemples, constatant que la maladie coeliaque est, un peu plus souvent que le simple hasard ne le voudrait, parfois concommittante de troubles neurologiques et psychiatriques, certains ont voulu voir dans cette affection l'origine des troubles schizophréniques ou, peut-être, leur trouver une cause commune. Alors, suivant en cela une tendance fort répandue de nos jours (*les "alicaments"*) consistant à encourager la consommation de toutes sortes de compléments alimentaires supposés "améliorer la santé", ils ont vanté les (possibles) vertus thérapeutiques sur la schizophrénie des régimes dépourvus de gluten (c.à.d. principalement appauvris ou dépourvus de céréales). En réalité, ces régimes "sans gluten", d'ailleurs fort chers et très lourds à mettre effectivement et correctement en pratique, n'influencent nullement les manifestations des troubles schizophréniques. Des effets bénéfiques ne peuvent en être espérés que chez les malades qui souffrent ***à la fois*** de schizophrénie ***et*** de maladie coeliaque. Pour ces malades-là, même si le soulagement des troubles digestifs et intestinaux (*dûs à la maladie coeliaque*) constitue bien évidemment la délivrance bien venue d'une partie de leurs maux et donc un mieux global, leur schizophrénie elle-même n'en est pas pour autant ni soignée ni atténuée. ***Les régimes spéciaux dépourvus de gluten ne présentent donc pas d'intérêt pour le traitement des affections psychotiques chroniques***.
  La (*faible*) association statistique qu'on peut observer entre schizophrénie et maladie coeliaque s'explique très vraisemblablement par la proximité, sur un même chromosome, de certains des gènes en partie responsables respectivement pour chacune de ces affections.

- Depuis quelques années, des arguments plus nombreux et peut-être mieux étayés existent à l'appui des possibles effets favorables d'une supplémentation alimentaire en acides gras essentiels (les "oméga-3"), tant sur les troubles schizophréniques que sur les troubles bipolaires (la maniaco-dépression).
  Malheureusement, la dispersion des diverses études cliniques menées jusqu'à présent, portant chacune sur des nombres trop faibles de cas et effectuées dans des conditions et sur des cas souvent difficilement comparables d'une étude à l'autre, ne permet pas encore de se prononcer avec certitude sur l'utilité réelle des "adjuvants omega-3" pour améliorer les manifestations cliniques des malades psychotiques chroniques.
  Il est d'ailleurs difficile d'apprécier et de départager, sur pareil sujet où les attentes des usagers sont grandes, ce qui relève de l'effet placebo, d'un véritable effet thérapeutique, d'un éventuel effet de mode et d'éventuels mais très réels intérêts commerciaux.
  Cependant, les acides gras essentiels que sont les "omega-3" ne sont pas en soi des médicaments et ne présentent aucun danger de toxicité (*tout au plus peuvent-ils, s'ils sont pris à trop fortes doses, s'accompagner de légers problèmes digestifs*). Leur usage pourrait

par conséquent être encouragé chez nous, mais il semble que, jusqu'à présent, la "tournure d'esprit biologique" n'a pas encore vraiment fait son chemin chez nos psychiatres européens, qui semblent préférer surtout les "approches intersubjectives" et les théories sociologisantes plutôt poétiques, esthétisantes et contemplatives.
Les études cliniques de plus grande ampleur et d'une rigueur méthodologique suffisante pour en tirer des conclusions utilisables ne devraient pas non plus être hors de portée (ni hors de prix, ni fort difficiles à organiser), par exemple pour quelques centres universitaires se regroupant pour l'occasion, et disposant du soutien des associations de proches de malades. Qu'attend-on pour s'y mettre?

- Depuis quelques années aussi, on commence à reconnaître que, si dans une majorité de cas (60-70%), on parvient à trouver (*même si ce n'est qu'en tâtonnant*) le neuroleptique qui atténue ou même supprime la plupart des signes "positifs" de schizophrénie se manifestant chez un malade, par contre les résultats de la lutte contre les signes "négatifs" sont beaucoup plus décevants, voire nuls chez une proportion élevée de patients. Ce sont ces signes négatifs chroniques qui, actuellement, sont les plus invalidants chez la plupart des malades et contribuent à leur "désocialisation".
  Cependant, des chercheurs ont pu montrer que des acides aminés spécifiques de certains sites des récepteurs synaptiques (les récepteurs NMDA) comme, par exemple le glycocolle (glycine), sont susceptibles d'améliorer (de potentialiser) l'action favorable des neuroleptiques et que ces acides aminés, administrés comme adjuvants alimentaires, sont efficaces pour atténuer, enfin! les signes "négatifs" rebelles jusqu'à présent.
  A nouveau, qu'attend-on chez nous pour les essayer vraiment? A-t-on peur de s'empoisonner avec ces composants pourtant très "bio", très biologiques, non médicamenteux et très physiologiques? Craindrait-on de mettre certains "psys" sur la paille?

---

10. Effectuée par des chercheurs israéliens, une étude récente portant sur 34 patients atteints soit de schizophrénie, soit d'un syndrome schizo-affectif, a consisté à leur administrer, pendant une semaine, en plus de leur traitement neuroleptique habituel (qui provoquait des signes extrapyramidaux), une dose quotidienne de 100 mg de DHEA (*déhydroépiandrostérone, vide supra* - *bas de la page 4*). Cette adjonction au traitement neuroleptique a significativement réduit les signes extrapyramidaux, sans toutefois influencer l'akathisie due au neuroleptique. *Ces résultats demandent à être confirmés sur des nombres plus grands de patients et des temps plus longs.*
(T. Nachshoni & al., *Schizophrenia Research **79** (2), 251-256, 2005*)

---

11. Le glycocolle (glycine) auquel on se référait plus haut circule dans l'organisme grâce à des transporteurs; la sarcosine (N-méthylglycine) inhibe l'un de ces transporteurs (ce qui revient à élever les taux synaptiques locaux de glycine). Dans une récente étude portant sur 65 patients en phase aiguë de schizophrénie, des chercheurs taiwanais ont observé une potentiation manifeste des effets favorables du traitement par la rispéridone ("Risperdal") en adjoignant (pendant 6 semaines) au neuroleptique 2 grammes/jours de sarcosine dans l'alimentation.
Bien que les nombres de patients de cette étude soient encore peu élevés et que la durée des observations soit courte, les résultats obtenus sont néanmoins cohérents avec ceux, favorables, déjà observés pour le glycocolle. Les auteurs prévoient de poursuivre cette recherche et d'augmenter le nombre des patients.
(H.-Y. Lane & al., *Arch. Gen. Psychiatry 2005; **62**: 1196-1204*)

---

12. On ne dispose jusqu'à présent, pour les schizophrénies, par exemple, d'aucun "marqueur biologique" validé (confirmé scientifiquement) qui permettrait d'une part de poser le diagnostic de

l'affection, d'autre part de prédire de façon assurée sa réponse à un traitement donné. (*Les "marqueurs biologiques" d'une affection sont ces produits de notre organisme dont soit la présence, ou l'absence, ou la concentration anormales - résulte de l'affection et en signe l'existence*). Cette lacune qui handicape encore toujours lourdement la recherche nous est opportunément rappelée par le Dr R. Kaddurah-Daouk (PLoS Med 3(8):e363, DOI: 10.1371/journal.med.0030363, août 2006). Mais ***ceci pourrait bientôt changer*** grâce aux progrès techniques avançant à pas de géant (cette "technomédecine si décriée par certains "culturopsys" de chez nous).

Nous commençons en effet à disposer de méthodes automatisées d'analyse permettant d'établir le "profil" de l'ensemble des protéines et peptides, des sucres, des composés lipidiques qui se rencontrent (normalement et anormalement) dans les liquides biologiques (plasma, LCR) des malades et des personnes en bonne santé. Cette tâche est à ce point gigantesque qu'elle était, il y a peu encore, difficilement envisageable (*tout comme pour le déchiffrement du génome humain!*). (Les profanes pourraient se faire une vague idée des résultats que ces méthodes fournissent, en les comparant à ces spectres des émissions lumineuses qui nous sont envoyées par les étoiles, qui nous permettent d'en analyser les composants et leurs importances quantitatives).

Les recherches de plusieurs équipes, au moyen de ces techniques, sur des maladies mentales telles que les schizophrénies, les dépressions, les TOC, ont commencé. Les résultats ne portent encore que sur des nombres trop peu élevés de patients pour qu'on puisse en tirer des conclusions générales. Ils permettent néanmoins déjà d'espérer que ces techniques d'analyse constituent une aide précieuse au diagnostic et au choix du neuroleptique le mieux adapté à chaque malade en particulier.
(Homes, E. & al.: PLoS Med 3(8): e327, DOI: 10.1371/journal.pmed.0030327)
(Huang, J.T.-J., & al.: PLoS Med 3(11): e428, DOI:10.1371/journal. pmed.0030428)

---

13. Depuis maintenant une bonne dizaine d'années, les chercheurs se sont intéressés aux anomalies de l'odorat observées chez certains malades schizophrènes.

Tout récemment, on a pu établir que ces malades, qui présentent, dans leur transpiration, un métabolite de l'acide hexénoïque qui lui confère une odeur particulière, sont moins sensibles à cette odeur que les individus en bonne santé. Cette insensibilité coïncide aussi avec une importance plus marquée de "symptômes négatifs" et de "désorganisation". L'insensibilité à l'odeur du dérivé de l'acide hexénoïque était plus fréquente chez ceux des malades qui étaient insensibles aux phéromones.
Les chercheurs australiens sont actuellement en train de mettre au point un "kit" test d'odorat très simple d'emploi (languettes de plastique à gratter et à "renifler") qui devrait permettre de détecter très précocement, non seulement les malades dès le début des manifestations de l'affection , mais déjà pendant la période prodromique (et peut-être déceler des anomalies de même nature chez les membres de la famille...). Ce test devrait aussi permettre de prévoir le "type" de schizophrénie auquel on devrait s'attendre.

[*On sait que le cortex olfactif est un des plus anciens phylogénétiquement, qu'il reçoit des afférences dopaminergiques, et on a montré que, si on le compare à celui de personnes en bonne santé, son volume est diminué chez les personnes atteintes de schizophrénie.*]

Les surfeurs intéressés pourront trouver
des indications sur schizophrenia.com (http://www.schizophrenia.com/sznews/archives/004743.html)
et une abondante bibliographie sur smelltest.com (http://www.smelltest.com/publications.asp#achizophreania).

Première publication: **28 Juillet 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **12 Mars 2007**

PROJETS MINISTERIELS

du gouvernement fédéral belge, qui auraient un rapport direct avec la "Santé Mentale"

"Le sophisme de la moyenne dorée prend souvent l'aspect d'une conférence médicale 'de consensus', organisée dans le but de publier un avis qui représente l'opinion partagée par un groupe d'experts. Dans ces circonstances, une chose au moins est sûre: personne ne connaît la vérité; si c'était le cas, la conférence ne serait pas nécessaire. Une vérité scientifique s'établit sur la base de preuves irréfutables, et non d'après l'opinion de la majorité."
Petr Skrabanek & James McCormick: Idées folles, idées fausses en médecine.

Selon les informations fournies par les autorités publiques elles-mêmes (voir le rappel historique de Mr Bob Cools, encore accessible sur le web à la date de juillet 2001: www.health.fgov.be/AGP), c'est **à l'instigation de trois associations professionnelles** (l'Association Européenne de Psychothérapie, la Fédération Belge des Psychologues, et la Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten) que deux ministres de la Santé publique successifs, c.à.d. Mr Colla puis Mme Alvoet, ont décidé de réglementer et de donner un statut légal à la profession de psychothérapeute.

S'adressant à un "groupe de travail constitué d'experts" dont les membres émanaient précisément de ces associations précitées, et auxquels s'adjoignirent des "**formateurs**" francophones et néerlandophones des "**quatre grands courants de la psychothérapie**", les ministres leur ont confié la tâche de proposer une réglementation de la profession de psychothérapeute. Les propositions ainsi élaborées figurèrent dans un **document de consensus**.

Déjà, ce qui précède invite à la vigilance. Il faut évidemment se garder des procès d'intention.

1) Néanmoins, ce seraient des associations professionnelles qui, apparemment, étaient seules demanderesses d'une réglementation (*les "usagers" n'apparaissent nulle part*). Ce simple fait ne peut que fortement suggérer l'existence possible de **préoccupations de nature corporatiste**, d'ailleurs bien compréhensibles chez ces associations. La possibilité ne peut être écartée sans plus. Une allusion très claire de Mr Bob Cools ne laisse guère de doute à ce sujet: il écrit en effet que "Chacun souhaite mettre un terme à l'actuelle multiplication sauvage et aux risques de charlatanisme." (*Psychothérapie et "counseling": historique et avenir d'un débat public. Texte disponible sur le site Internet déjà cité*).

2) Puisqu'aucune réglementation n'est encore en vigueur, une question se pose au sujet des experts dits "formateurs": ont-ils été désignés par les associations professionnelles sur base, d'abord de leur représentativité au sein de leur groupement et, ensuite, sur base de leur expertise (*ou l'inverse*)? D'où tenaient-ils l'expertise qu'on se plaît ici à leur attribuer et qu'ils revendiquent, et sur quels critères objectifs et reconnus de qualité repose-t-elle? D'où les "quatre grands courants de la psychothérapie" tirent-ils la prétention à la primauté, ou même à l'exclusivité qu'on semble ici leur reconnaître, et comment leur validité objective a-t-elle été scientifiquement établie au préalable?

3) Il est fait état d'un document dit de "consensus". **Un document de consensus n'est qu'un compromis *a minima* entre des opinions diverses et contradictoires, ce n'est certainement jamais un document faisant autorité sur l'état actuel réel des connaissances dans un domaine donné**. C'est une sorte d'accord "politique" (*à la manière des "accords de gouvernement" entre différents partis d'une coalition hétérogène*) dont toutes les opinions contradictoires (les opinions "peut-être vraies" comme les idées "peut-être fausses") ont été expurgées, donnant ainsi au public l'illusion de l'unanimité des signataires. Un document de consensus ne tranche pas entre "bonnes" opinions et "mauvaises" théories: il oublie et rejette les

désaccords pour ne retenir que ce qui ne gêne personne. Pareil texte de consensus n'a donc d'intérêt réel que pour ceux qui l'ont établi: son élaboration leur permet en effet de mieux cerner, dans un sujet traité, les contradictions qui, malgré les discussions, demeurent irréductibles entre factions opposées et mériteraient donc qu'on s'y attarde. Quand il émane de vrais scientifiques, ce n'est qu'un document de travail, une étape parmi d'autres pour indiquer quelles incertitudes il faut encore lever, et avec quelles priorités: pour déblayer et baliser le chemin de recherche qui reste à parcourir.

Contrairement à ce que beaucoup de personnes croient, les contradictions, volontairement omises d'un document de consensus et passées sous silence, sont donc bien plus importantes et plus utiles encore que les points d'accord qu'on a bien voulu y laisser figurer. En effet, ces "dissensions" mettent clairement en lumière les problèmes non encore résolus. En cacher l'existence équivaut à un "mensonge par omission". Et les politiques qui prennent des décisions en se basant sur des documents pareillement tronqués encourent des risques (*et les font courir aux autres!*) dont ils devraient savoir qu'ils les ignorent délibérément, ce qui ne devrait pas être la même chose qu'avoir bonne conscience.

A nouveau, il ne s'agit, dans le cas présent et comme pour tous les documents de consensus, que d'opinions sur des faits supposés ou sur des interprétations de faits, et non de faits eux-mêmes. Il est très important de s'en souvenir, pour garder à l'esprit que **le sujet traité n'est que d'opinions et de croyances ou convictions à propos de théories**. Ces dernières sont toutes discutables et contestables, non vérifiées car rarement vérifiables avec la rigueur indispensable, et leurs partisans - tout comme leurs adversaires, d'ailleurs - ne font état que de leurs convictions et opinions, non de faits matériellement avérés et reproductibles. Nous verrons, un peu plus loin, que ceci est lourd de conséquences potentielles pour ceux que la circulaire ministérielle appelle les **patients** qu'on prétend **protéger**.

4) Dans une autre circulaire ministérielle datée du 21 novembre 2000 ("*La garantie de la qualité pour le patient...*"), il est dit explicitement, à propos de ces "nouvelles professions de santé", que **"Le praticien doit, quant à lui, pouvoir se distinguer des charlatans et autres individus qui discréditent la profession**". **Le projet ministériel ne garantit aucunement d'atteindre ce but**.

Pour illustrer notre propos, prenons un instant l'exemple de la profession médicale.
La médecine est une profession qui, surtout depuis quelques décennies, a beaucoup profité de son recours à la méthode scientifique expérimentale qui, seule, lui a permis de progresser. Elle est, d'autre part, très strictement réglementée depuis longtemps. Il arrive pourtant - même si c'est heureusement assez rare - qu'on y rencontre des charlatans: ce phénomène n'épargne aucune profession, ce qui montre bien que la seule réglementation ne peut jamais nous en garantir à coup sûr.

Mais on peut cependant facilement distinguer les médecins charlatans des bons praticiens. On peut confondre les médecins charlatans, car ils utilisent des thérapeutiques, des techniques et des procédés qui s'écartent radicalement des bonnes pratiques. Les bonnes pratiques, ce sont celles dont la valeur a été établie scientifiquement, c'est-à-dire de manière vérifiable et reproductible par de multiples chercheurs indépendants les uns des autres. Les bonnes pratiques, ce sont celles qui, s'appuyant sur des théories étayées par de longues expérimentations rigoureusement conduites et par l'expérience, produisent des résultats vérifiables, mesurables et reproductibles avec une constance et une fréquence nettement plus élevées que celles observables par pur hasard. En médecine, les bonnes pratiques ne sont habituellement aujourd'hui plus question d'opinion, du moins pour l'essentiel. Ce sont des faits bien établis, avérés. Aucun "consensus" préalable n'est en général nécessaire pour les définir. Par conséquent, quand on s'écarte des bonnes pratiques, il est facile de s'en apercevoir, d'en juger et de justifier son jugement. Ce jugement, parce qu'il est basé sur des faits solidement établis ("*scientifiquement*"), peut alors rencontrer l'assentiment de la majorité des membres compétents de la profession.

La situation de "la" psychothérapie (on devrait dire "des") est radicalement différente. Comme les

textes ministériels eux-mêmes le laissent entendre sans ambiguïté, cette profession comporte [*au moins*] "quatre grands courants" (*pourquoi pas plus, d'ailleurs?*). C'est bien reconnaître qu'il s'agit, non pas d'une discipline s'appuyant sur des théories étayées par des faits expérimentaux reproductibles, mais plutôt de "courants d'opinion", comme on pourrait le dire en résumé. Et le document de consensus sert principalement à masquer le fait que les tenants de ces différents "courants" n'ont jamais cessé de s'anathématiser mutuellement, chacun prétendant être le seul à détenir une certaine "vérité psychothérapeutique" meilleure que celle des "courants" concurrents. Ces soi-disant vérités ne sont faites que d'arguments d'autorité, d'affirmations péremptoires et d'un fatras d'idées reçues le plus souvent dépourvues de bases empiriques correctement contrôlées, si bien que, comme pour des religions, des cultes ou des philosophies, leurs dogmes et credos ne peuvent s'imposer qu'à leurs adeptes respectifs.

Et ainsi apparaît clairement la conséquence annoncée plus haut de cet état de fait, très lourde et dangereuse pour les **patients à protéger**. A la différence de ce qui se passe pour la profession médicale, il n'est guère possible d'établir, pour les psychothérapies, un code universel (*reconnu et appliqué par tous*) des "bonnes pratiques", car celles-ci ne sont affaire que d'opinions. Et ce qui sera tenu pour bon par les tenants d'un "courant" pourra, très légitimement, être rejeté par les tenants d'un "courant" concurrent, entraînant ainsi des "disputes d'experts", par nature aussi impossibles à trancher que des points litigieux de théologie entre catholiques et protestants ou encore entre juifs et musulmans, parmi d'autres exemples possibles. Autrement dit, les uns seront toujours les orthodoxes (les "bons") de leur camp, mais les schismatiques et "charlatans" des autres, même si tous, chacun dans son "courant", sont honnêtement convaincus de leur propre bonne foi.

Dans ces conditions, comment serait-il possible de rendre justice à des patients s'estimant lésés à la suite de pratiques "inadéquates"? En d'autres termes, le cas échéant, comment pourrait-on jamais établir ou, au contraire réfuter le "charlatanisme", tout comme l'incompétence, d'ailleurs?

Qui donc, objectivement, profitera de la nouvelle réglementation, si du moins elle voit le jour?

- Ce ne seront **pas les "patients"**, puisque, comme on vient de le voir, la principale justification annoncée du projet, cette protection des patients que la future réglementation prétend assurer n'est, dès le départ, qu'un faux-semblant très superficiel. Pour eux, aucun changement dans le contenu et la qualité des prestations des psychothérapeutes ne devrait être prévisible. Tout au plus devrait-on, sans doute, s'attendre à des "réajustements" des tarifs demandés. Si on n'en est pas encore à discuter - avec l'INAMI? - de ces détails trop terre-à-terre pour les mentionner dès maintenant, on peut cependant prévoir qu'on n'y couperait pas, au cas où...

- Les **futurs psychothérapeutes** tireront-ils véritablement avantage de la nouvelle réglementation qu'on leur annonce (*c.à.d. seront-ils plus qualifiés, seront-ils "meilleurs"*)? En réalité, cette réglementation ne change rien au contenu des diverses "formations" déjà proposées actuellement. Comme on peut facilement s'en convaincre à la lecture du projet, elle n'en change que les conditions d'accès et la durée, mais cette dernière s'allonge dans des proportions qui feraient hésiter n'importe quel titulaire de diplôme universitaire de cycle long ou même court. Il est peu probable que ces nouvelles modalités suscitent et encouragent les vocations de futurs psychothérapeutes.

- Restent les **psychothérapeutes actuels**, déjà en exercice, ceux à qui le projet est prêt à reconnaître les droits acquis que leur plus ou moins longue activité passée semble leur valoir malgré l'absence de législation spécifique. Ceux-là, ils obtiennent, pour ainsi dire d'office, sans grandes "tracasseries" administratives supplémentaires, la reconnaissance officielle, l'autonomie d'exercice, pignon sur rue et plaque de cuivre sur la porte, en quelque sorte.

En conséquence des nouvelles modalités d'accès à la profession, l'ancienne génération en exercice serait désormais assurée de retarder et de sévèrement limiter l'arrivée "sur le marché" d'une génération nouvelle, résultat d'une multiplication peut-être pas toujours aussi "sauvage" que Mr Bob Cools voudrait le laisser entendre (*en tous cas pas plus sauvage que l'ancienne*), mais plus jeune et aux dents certainement aussi longues. C'est un *numerus clausus* qui ne s'avoue pas; il assure la protection de l'establishment de la psychothérapie, dont les "experts" semblent avoir bien "manipulé" les ministres pour leurs propres fins.

5) J'ai déjà signalé ma conviction que la réglementation annoncée ne modifiera en rien le contenu des formations en psychothérapie. Je justifie ici cette affirmation (*on m'excusera de reprendre ici, in extenso, l'article 1 du texte ministériel sur les critères d'agrément des psychothérapeutes: il contient l'indispensable "définition" de la psychothérapie telle que les "experts" et les ministres à leur suite l'énoncent actuellement*).

Dans sa présentation des propositions des "experts", Mr Bob Cools affirme que "l'avis repose sur une définition très précise et restreinte de la psychothérapie". Jugeons-en donc sur pièces:

"

Article 1.1. : La psychothérapie consiste en l'utilisation systématique et pertinente d'un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions) dans un cadre de référence scientifique psychologique, par une personne spécifiquement formée à cet effet, et ce dans le cadre d'une relation psychothérapeute-patient/client, en vue d'éliminer ou d'atténuer les difficultés, les conflits et les troubles psychologiques.

1.2. : Le patient/client, qui peut être un individu isolé, mais aussi un système (*sic*) social (un couple, une famille, un groupe), a des problèmes et nécessite (*sic*) une aide. Ces problèmes, qui peuvent avoir trait aux aspects psychologiques, somatiques et sociaux de son fonctionnement, sont appréhendés sous les trois angles suivants:

- la subjectivité personnelle du patient/client, à savoir:
  + soit des conflits intrapsychiques apparus au cours du développement;
  + soit des problèmes "de vécu" qui se renforcent et s'autoalimentent.

- les problèmes relationnels qui s'autoalimentent et se renforcent au sein d'un ou de plusieurs systèmes dont le patient/le client fait partie;

- les problèmes comportementaux qui s'autoalimentent et se renforcent.

Tous ces troubles peuvent s'accompagner de manifestations sur le plan physique et organique. "

On voit que l'article 1.1 consiste en une "définition" de la psychothérapie proprement dite, tandis que l'article 1.2. définirait plutôt son champ d'application.

A propos de l'article 1.1.,
Qu'entend-on par "moyens (interventions) psychologiques"?
Quand est-ce que ceux-ci forment un "ensemble cohérent", ou encore, qu'est-ce qu'un "ensemble cohérent de moyens psychologiques"?
Qu'est-ce qu'une "utilisation systématique et pertinente"? Sur quoi repose la pertinence et qui en est juge?
Qu'entend-on par "cadre de référence scientifique psychologique"? (*il faut rappeler que le projet ne tolère que les seuls "quatre grands courants de psychothérapie", et que ceux-ci, c'est notoire, ne peuvent certainement pas tous être également crédités d'un véritable "cadre de référence scientifique"!*)

L'article 2. traite de la pratique et stipule que: "Le psychothérapeute doit être libre d'exercer son travail thérapeutique, c'est-à-dire **d'assumer la responsabilité de l'indication, du traitement et de sa mise en oeuvre**, dans le respect de la déontologie de sa profession, y compris du secret professionnel."

Il serait oiseux et parfaitement ennuyeux de recopier ici l'entièreté des 11 articles du projet. Rappelons seulement que la formation des futurs psychothérapeutes **DOIT** se fonder sur "les principaux cadres de référence ou orientations psychothérapeutiques basées sur les théories fondées sur des données empiriques suivantes (***sic!***) (article 4.2): psychoanalytiques et psychodynamiques; les thérapies cognitives et cognitivo-comportementales; centrées sur le client et expérientielles; interactionnelles et systémiques. Une concession à l'avenir est cependant consentie: "d'autres cadres de référence psychothérapeutiques basés sur des données scientifiquement étayées sont également acceptées." (***sic***)

Ce qui précède montre bien de quoi il retourne: la définition initiale de la psychothérapie, prétendument très précise et restreinte, ne répond aucunemenrt à ces qualificatifs. Elle est, certes, une accumulation de termes pouvant laisser croire à une volonté de précision. Mais tous ces termes sont aussi peu précis les uns que les autres, chacun d'eux est indéfini. Au contraire de ce qu'on veut nous faire croire, la clarté ne naît pas d'une accumulation de fumées toutes plus opaques les unes que les autres.
En bref, cette "définition" autorise "tout et n'importe quoi", ne changeant donc rien à la situation actuelle, sauf que cette situation recevra désormais la sanction officielle, ce qui était sans doute le but recherché.

On pourrait donc croire que ce projet ne serait - sans doute au mieux pour certains, peut-être au pire pour d'autres - qu'une sorte de "coup d'épée dans l'eau" que les ministres donnent pour, à peu de frais croient-ils vraisemblablement, redorer le blason de la "santé mentale". Cependant, ils ne semblent pas s'être rendu compte que leur projet équivaut, non seulement a exonérer les psychothérapeutes de toute responsabilité et obligation "technique" envers leurs "clients" (*ils jouiront en effet d'une sorte "d'immunité contre l'erreur" car il n'existe pas de délits d'opinion dans notre démocratie*), mais ce projet revient aussi à entériner ce qui, dans nombre de cas, tomberait aujourd'hui encore sous le coup de l'exercice illégal de l'art de guérir.

D'autre part, peu de psychothérapeutes étant aussi médecins, et parce qu'ils pourront cependant assumer seuls la responsabilité de l'indication, du traitement etc., le projet implique qu'ils auraient aussi la compétence requise pour distinguer à temps les signes dûs à des affections "somatiques" de ceux dûs à des troubles "purement psychologiques". Leur formation leur donne-t-elle cette compétence? Lourde responsabilité en effet que celle de pareille décision, à laquelle il me semble qu'on aurait pu réfléchir plus qu'on ne l'a fait. Voilà, pour reprendre la même métaphore que plus haut, un bien mauvais coup d'épée dans l'eau qui risque néanmoins de faire quelques vagues...

Et pendant que les décideurs et "responsables" passent leur temps, qu'ils dépensent leur énergie (?) et nos ressources à n'élaborer des projets que de règlements, d'efficacité très incertaine et pour des motifs contestables ou parfois même troubles, les **vrais malades mentaux**, une fois de plus, sont complètement passés sous silence.

On laisse croire qu'on a pris d'importantes "mesures pour améliorer la santé mentale", et on laisse par là-même imaginer que les vrais malades mentaux seraient, eux aussi, concernés. Il n'en est à nouveau rien! Que voulez-vous, bien qu'ils ne le disent pas, - ils s'en gardent bien! - les "responsables" de la "santé mentale" et les "psys" savent pertinemment que les psychothérapies, ce n'est pas pour ces malades-là.

INTERMEDE: MOTS DE PSYS

Parmi les visiteurs de ce site, beaucoup de simples curieux sans doute ne font que passer, car les sujets abordés doivent leur paraître rébarbatifs et d'un optimisme pour le moins timide. D'autres personnes, plus personnellement intéressées, s'attardent peut-être malgré tout à lire son contenu. C'est plus particulièrement à l'intention de ces dernières que la présente "rubrique" (*on n'oserait dire le divertissement*) a été mise en place. Les visiteurs se sentant plus directement concernés, certainement n'ont déjà que trop d'occasions de pleurer plutôt que de rire ou même, de seulement sourire. Et si l'atmosphère et le coeur serré peuvent, un instant, se détendre grâce à un franc éclat de rire, pourquoi donc s'en priver? Pourquoi se refuser une pause, si brève soit-elle, pour respirer une bouffée d'air frais, enfin?

Le rire est, en effet, la meilleure "psychothérapie" que je connaisse. Je serais même tenté de dire que c'est la seule qui, éminemment universelle et intemporelle, me paraisse vraiment utile, et qui n'ait jamais eu aucun besoin de faire ses preuves, car ces dernières sont toujours évidentes, immédiates et éclatantes, elles parlent d'elles-mêmes, elles vont de soi, elles s'imposent à nous par notre rire.
La comico-[psycho]thérapie ne requiert pas d'études, aucun prétendu diplôme n'est [encore] exigé pour avoir le droit de se proclamer comico-[psycho]thérapeute (*serait-ce un heureux oubli de nos gouvernants un moment distraits?*). La comico-[psycho]thérapie est bienvenue dans [presque] toutes les situations et s'applique avec bonheur aux cas les plus divers. Avec un minimum d'entraînement, elle devrait être accessible à [presque] tous les humains normalement constitués.

Quoique très réelle et beaucoup plus sérieuse qu'il n'y pourrait paraître sur la seule base de son nom, cette thérapie n'a qu'une seule exigence préalable indispensable à son bon exercice: le comico-[psycho]thérapeute n'a aucune latitude de se prendre [trop] au sérieux (*mais il est vrai que, chez ceux qu'on appelle les "professionnels de la Santé Mentale", nombreux sont ceux qui semblent éprouver beaucoup de mal à remplir cette seule mais impérative condition. Je suis pourtant persuadé qu'ils seraient eux-mêmes les premiers, moyennant toutefois un petit examen préalable destiné à écarter les cas désespérés, à tirer bénéfice de quelques séances de comico-[psycho]thérapie préparatoire, voire correctrice - dispensées confidentiellement et à tarifs préférentiels, cela va de soi.*)

Les exemples commentés qui suivent devraient permettre à chacun de se convaincre que de nombreux "professionnels de la Santé Mentale" pourraient bien, mais à leur insu, avoir des dispositions naturelles pour ce nouveau mais éternel "courant psychothérapeutique" jusqu'à présent négligé. Ils pourraient bien avoir, systématiquement, refoulé ces capacités ignorées dans les profondeurs de cet inconscient qu'ils ne cessent pourtant d'invoquer. Ces exemples ont été fournis par les "professionnels" eux-mêmes qui les ont publiés, ou ils ont été recueillis auprès d'eux par des journalistes qui les ont ensuite rapportés.

Selon certains penseurs, en apparence très sérieux dans leurs propos, (*v. "Bruxelles Santé" n°21, p. 8, déjà cité par ailleurs*), le "modèle médical classique" de la prévention comporterait trois constituants: les "préventions" primaire, secondaire et tertiaire. La prévention dite "primaire" consisterait à "anticiper, agir pour que le 'problème de santé' n'apparaisse pas". La prévention dite "secondaire" consisterait à "déceler le 'problème de santé' le plus rapidement possible pour le prendre en charge efficacement". Enfin, la prévention dite "tertiaire" consisterait à faire en sorte que le 'problème de santé' "ne se reproduise plus ou entraîne moins de souffrance".
Les dénominations de primaire, secondaire et tertiaire me paraissent fort techniques, peu explicites, plutôt contre-intuitives, comme on dirait aujourd'hui. Pourquoi ne pas donner à ces diverses "préventions" des noms ou des qualificatifs immédiatement parlants, évocateurs de leurs vraies natures et fonctions? D'un point de vue mnémotechnique, ce serait certainement plus confortable et efficace.

Ainsi, la prévention dite "primaire" pourrait avantageusement s'appeler la "prévention anticipative", ce qui permettrait aux personnes ayant des penchants pour la bureaucratie et l'administration (fortement prisés et encouragés dans les cabinets ministériels) de la classer dans une catégorie particulière (dite pléonastique).

La prévention dite "secondaire" pourrait, mieux que "prévention instantanée" qui vient d'abord à l'esprit, être baptisée "prévention sur le fait" ou encore "prévention de flagrant délit", ce qui, en plus de son pouvoir d'évocation, pourrait peut-être, si on voulait en croire certains théoriciens de la sociologie, présenter une certaine valeur intrinsèque opportunément suggestive de prévention "dissuasive" (à ranger dans une catégorie à part ou une sous-catégorie encore indéfinie).

La prévention dite "tertiaire" porterait alors, forcément, le nom de "prévention rétrospective" ou, pour les latinistes nostalgiques des humanités classiques, la "prévention *a posteriori*", mais cette dernière appellation pourrait revêtir, pour certains, un aspect un peu prétentieux ("*intello-ringard*") envers lequel ils auraient, éventuellement, leurs propres "préventions" (personnelles, hors catégories, cette fois).

Prévention en flagrant délit et prévention rétrospective seraient classées, tout naturellement et par souci d'économie, de concision et d'efficacité bien comprises, dans une seule et unique catégorie dite oxymorique (*en hommage à l'écrivain Umberto Eco et son roman "Le Pendule de Foucault"*).

Mais pourquoi donc s'arrêter en si bon chemin? La voie était pourtant toute tracée! Pourquoi se limiter à seulement trois types de prévention? Ne devrait-on pas nuancer, ne pourrait-on préciser davantage? Avant même le niveau primaire de prévention, et pour tenir compte du sacro-saint principe de précaution mis en lumière en plusieurs domaines et diverses occasions récentes, ne devrait-on pas envisager la création d'une prévention de niveau zéro, une sorte de prévention originelle, pour empêcher, dans l'oeuf comme c'est justement le cas de le dire, de produire (*procréer*) de possibles malades (*car le risque zéro n'existe pas*)? Ceci risquerait cependant de peut-être rencontrer une légère réticence chez certaines autorités ecclésiastiques. Une commission constituée d'experts venant de divers horizons devrait y réfléchir.

Enfin, une "prévention quaternaire" paraîtrait très utile également, mais ce nom pouvant trop aisément prêter à confusion avec l'ère géologique pléistocène (*évoquer, péjorativement, de vieux fossiles*), il vaudrait probablement mieux parler de "prévention *post mortem*". Ce dernier type de prévention consisterait à pratiquer l'autopsie des cas qui seraient passés au travers des mailles du filet des autres préventions; on recueillerait ainsi des indications scientifiques indispensables pour que le "problème de santé ne se reproduise plus" (*chez d'autres, on s'en doute*).

L'exemple suivant est extrait de la brochure "Les Services de Santé Mentale", 1ère édition 1999. Ce document (*toujours disponible en aout 2001*), mis en ligne sur la toile et bénéficiant de la bénédiction et du soutien [moral, bien sûr, mais aussi financier] des autorités politiques (COCOF, Région de Bruxelles Capitale), comprend un chapitre intitulé "Le concept de Santé Mentale". On peut y lire, entre autres précieuses expressions de la sapience socio-psychiatrique, que "*Si donc nous ne nous satisfaisons pas de l'idée de santé comme simple absence de désordre psychonévrotique - c'est-à-dire, de troubles liés à la progression des positions du ça vers une pleine génitalité et à l'organisation des défenses contre l'angoisse dans les relations interpersonnelles -, alors nous pouvons nous attendre à ce que la santé ne soit pas la facilité.*" Nous pouvons constater que ceux qui sont parvenus à pondre cela en tiennent effectivement une solide, de santé, et qu'ils n'ont, manifestement, pas fait dans la facilité, ni du style, ni des positions! (*du kama soûtra?*)

La brochure déjà mentionnée est une source inépuisable d'inspiration pour les comico-[psycho]thérapeutes. Sa lecture est hautement recommandée pour toutes personnes ayant un coup de blues ou une digestion temporairement difficile. Il y est dit, entre autres choses

vertigineusement profondes que:
"*...la perte et le malheur (et la maladie, comme je l'ai indiqué) peuvent être plus terribles pour des gens sains que pour ceux qui sont psychologiquement immatures ou déformés. Il faut laisser à la santé le droit de comporter ses propres risques.*"
Bravo! Car cela ressemble, comme une goutte d'eau à une autre goutte d'eau, à une version modernisée, fortement "améliorée psy" de l'affirmation "bienheureux les pauvres d'esprit, le paradis leur appartient". Laissons donc "à la santé ses droits aux risques", laissons à la maladie, sans doute ses droits à la sécurité (?) , c.à.d. chacun son truc et les psys seront bien gardés (*tout en rappelant quand même que généralement, les êtres vivants seuls - pas les choses - peuvent avoir des droits que les humains ont imaginés et croient leur avoir accordés*). L'exemple précédent laissait transparaître le goût refoulé de nos socio-psycho-penseurs pour la gaudriole. Dans celui-ci se manifestait leur goût du risque...

A propos de goût du risque, voici, recueillie par une journaliste collaborant à la rédaction du périodique médical belge "Le Généraliste", n° 562 du 11 juillet 2001, p.2 (*excellent journal au demeurant*), l'interrogation que se pose une psychiatre - dont nous tairons le nom, puisque la publicité nominative pour les médecins est évidemment proscrite (*on pourra néanmoins le retrouver aisément en consultant ce périodique*): "*la société est-elle prête à laisser prendre le risque de l'adolescence?*" Vaste et essentielle question, assurément, dont la profondeur est encore soulignée par le caractère éminemment et opportunément sibyllin, mais comment y répondre à la satisfaction de tous? Car si, par exemple, les moyens anticonceptionnels commencent à être bien connus et la valeur de protection du préservatif contre les risques du SIDA n'est plus à démontrer, par contre nous ne disposons pas encore de techniques anti-adolescence dont l'inocuité sur le développement ultérieur de la personne soit clairement établie.
Dans le même article, on nous rapporte que, selon un psychothérapeute interviewé à propos des médecins généralistes, "*Leurs cabinets sont un lieu naturel où les gens viennent se déposer...*". Les associations de protection de la nature devraient peut-être se préoccuper de cette nouvelle sorte de pollution?

Dans une conférence de presse organisée par la firme pharmaceutique Astra-Zeneca (rapportée dans le n° 1366, p. 12 du "Journal du médecin" du 4 septembre 2001 - sous la signature du Dr Ph. Mauclet), une des conclusions d'une "étude" sur un questionnaire soumis à "350 sujets stables traités en ambulatoire" était que "*La communication entre les patients schizophrènes et les professionnels de la santé laisse souvent à désirer*". Voilà bien une découverte révolutionnaire qu'on a dû attendre jusqu'en 2001! Mais ce défaut de communication n'est-il pas justement une des caractéristiques les plus marquantes de ce syndrome, et il ne se limite certainement pas aux contacts avec les seuls professionnels? Les professionnels seraient-ils toujours les derniers à découvrir les évidences, alors que les proches des malades les connaissent depuis longtemps pour les avoir constatées, sans avoir besoin, eux, de recourir à de laborieuses et dispendieuses "études" bonnes tout au plus (à justifier la promotion d'un neuroleptique atypique supplémentaire et) à établir que la pluie, c'est de l'eau, et qu'elle mouille? *(Ne sont-ils pourtant pas doués pour la contemplation?)*

Interviewé par la revue Bruxelles Santé (*n° spécial 2001, pp. 52-58, "Pour une alternative à l'hospitalisation psychiatrique"*), un psychiatre bruxellois aux tendances manifestement et résolument "post-modernes" nous dit: "*Un psychiatre qui conteste le modèle bio-psycho-social s'entend répondre: "tu ne peux quand même pas nier que l'être humain est fait de neurones, que nous avons un cerveau et que la biologie est quelque chose d'important". Bien entendu que je ne le nie pas! Mais* ***en quoi est-ce explicatif de ce que je rencontre dans mon métier?***"

C'est évident! Le cerveau et ses neurones, cela ne peut jamais rien expliquer. C'est pourquoi il ne faut pas même essayer de s'en servir pour tenter de comprendre comment c'est fait, comment ça

marche, à quoi ça sert. C'est bien trop compliqué, il ne faut pas se prendre la tête avec cela. C'est inutile pour le métier de psychiatre, qui a plus vite fait de fabriquer ses propres explications (*ou alors, par exemple, pourquoi ne pas aller les chercher chez le proctologue: "cause à mon c.., ma tête est fatiguée"? Ou chez les faiseurs d'horoscopes?*).
Somme toute, si, un jour, nous apprenions que, pour certains psychiatres, le cerveau ne serait, après tout, qu'un petit coussin bien pratique surtout pour s'asseoir dessus ou mettre **derrière** sa tête, devrions-nous nous en étonner?

Relevé dans "Schizophrenia and public Health" (Angelo Barbato, document WHO/MSA/NAM/97.6 - English only, Distr.: General. 1998, p. 9) :
"The findings for marital status are remarkable as well. The risk ratio for unmarried individuals in comparison with their married counterparts is around 4 (Eaton et al., 1988). Although this is probably related to a selection process analogous to that described for social class, **there are some suggestions that marriage, as well as any close interpersonal relationship, could act as a protective factor.**
(Les constatations à propos de la situation de famille sont tout aussi remarquables. Les risques [de schizophrénie - J. D.] encourus par les personnes célibataires sont environ 4 fois plus élevés que ceux encourus par les individus mariés (Eaton et al., 1988). Quoique ceci soit probablement à mettre en relation avec un processus de sélection analogue à celui décrit pour la classe sociale, certains indices suggèrent que le mariage, comme toute relation interpersonnelle étroite, pourrait agir à la manière d'un facteur protecteur. [Trad.: J. D.])

C'est fou, tous les "facteurs de risque" et les "facteurs de protection" dont nous ne nous doutions pas! On nous aurait dit simplement qu'il y a 4 fois plus de schizophrènes qui restent célibataires que de schizophrènes qui se marient, nous n'aurions rien trouvé d'étonnant à cela. Mais voilà, nous, nous sommes des simplets, tandis qu'à l'O.M.S., ils ont réuni des équipes de super-penseurs pour nous dire les choses "autrement" et de manière "éclairante"... *Gai, gai! Marions-nous!* Ne devrions-nous pas tous disposer du téléphone ou d'une chaîne Hi-Fi pour nous protéger de la surdité ou, mieux encore, nous inscrire dans une chorale pour nous protéger de la surdi-mutité qui risque de s'emparer de nous après pareille lecture?

Dans le "Journal du médecin" du 20 novembre 2001 (n° 1387, p.10), le journaliste (Nicolas de Pape) rend compte des propos recueillis auprès du professeur Isidore Pelc ("Isy", sic) à l'occasion d'une "journée d'études" organisée par la Fondation "Médicaments et société". Le professeur Pelc y a pris la parole. Nous apprenons ainsi que, selon le professeur Pelc, "**Aujourd'hui, les schizophrènes vivent presque normalement moyennant quelques séjours hospitaliers de décompensation...**"
Voilà une bien réconfortante affirmation, quoiqu'en contradiction avec une majorité de publications psychiatriques venant d'un peu partout dans le monde, comme d'ailleurs aussi des associations, dans de multiples pays, de familles et proches de malades. Au cours de cette (sans doute folle) "journée d'études" organisée par la Fondation "Médicaments et société", l'orateur et le journaliste auditeur n'auraient-ils pas un peu forcé sur des zakouskis sournoisement pimentés aux euphorisants? Ne devraient-ils pas, à leur tour, "décompenser" quelque peu durant l'un ou l'autre "séjour hospitalier de décompensation"? Ils pourraient ainsi, eux aussi, discourir "presque normalement" ensuite... *Easy, "Isy", cool, ma poule!*

Dans "Le Généraliste" du 20 février 2002 (n° 588, p. 5), la journaliste (Claire Coljon) interviewant un "ethnopsychiatre" du CHU Brugmann à Bruxelles, recueille de sa bouche cette perle qu'on ne peut manquer de savourer: "**Le sens donné à la maladie, psychique ou physique, est culturel et nous n'avons pas le privilège de la pensée**". Vous interprèterez cela comme vous voudrez mais il est vrai que, pour ma part, j'avais en effet toujours nourri quelques doutes...

Rapportée par Jacques Poncin ("Réconcilier les 'chapelles' ", Le Soir en Ligne du 13/03/2002), cette phrase d'un psychiatre qui minimisait les discordances régnant entre les différents "courants" psychothérapeutiques, en les comparant aux diverses théories des astrophysiciens: **"Il suffit d'écouter les physiciens pour savoir qu'il y a bien des controverses parmi eux. Ça n'a pas empêché l'homme d'aller sur la lune"**. Il oubliait de dire que les physiciens n'ont pas dû faire appel aux astrologues pour envoyer des astronautes "dans les étoiles" ou sur la lune et qu'ils n'ont pas non plus essayé de faire passer cet exploit pour l'explication du big bang.

Recueillis par Isabelle Blandiaux (DH, Edition de Namur du 26/03/2002, Section "Culture"(!) "**L'art de voir, clé du bien-être**"), les propos d'une psychologue-thérapeute de tendance "oculo-thérapie" (*c'est nouveau, ça vient de sortir...*) qui nous dit, entre autres: "**La myopie est un mécanisme de défense psychologique comme un autre et il n'est pas facile de le lâcher.** [...] **L'hypermétropie, elle, est plutôt liée à une colère refoulée.**"
On se doutait depuis longtemps que se rincer l'oeil pouvait mettre de bonne humeur [*aqueuse, évidemment*]. Mais une question capitale se pose désormais: quand on est presbyte, qu'est-ce qu'on refoule?

Dans la rubrique "Entre Guillemets" (*La Libre en ligne du 14/04/2002*), recueillons cette précieuse citation, extraite d'un nouveau texte du directeur de la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale: "***Les souffrances psychiques et sociales des pauvres sont devenues un problème de santé publique tel que de nouveaux crédits sont régulièrement alloués à des projets réparateurs. A défaut d'intervenir sur les causes, la motivation associative et politique s'oriente vers une action qui porte en amont des difficultés. La psychologie est convoquée en renfort sur ce terrain délicat, mais les psychologues se montrent plutôt circonspects. A moins d'être gonflés par l'élan humanitaire, ils s'interrogent sur le bien-fondé de leur contribution inconditionnelle à panser les blessures psychiques engendrées par la sous-économie et se demandent à quel projet politique ils participent en centrant leur attention sur les troubles des pauvres, comme si ceux-ci étaient seuls responsables de leurs malheurs.***"
Le terrain m'a en effet tout l'air d'être délicat, et sans doute est-il fortement en pente, truffé de difficultés manifestement mal repérées: celles-ci sont-elles en amont ou en aval? Qu'importe, à défaut de le savoir, ramons toujours! Que l'élan humanitaire inconditionnel gonfle nos voiles et boursoufle notre prose circonspecte, laissons-nous dévaler et couler vers la source de notre motivation associative pour y apporter notre renfort réparateur!

Sur le site Internet http://www.e-sante.fr/francais/article.asp?idarticle=2767&idrubrique=242, à la date du 06/09/2001, sous la plume du Dr Pierre Lalonde (psychiatre canadien, découvreur de la "***causalité circulaire***") on pouvait lire, à propos de la schizophrénie et des schizophrènes, que "***...la maladie disparaît toute seule, vers les 45 ans, chez la moitié d'entre eux. La schizophrénie est donc une maladie qui a tendance à s'améliorer toute seule, surtout si un traitement efficace (médicament et réadaptation) est suivi.***"
C'est comme les rages de dents: elles ont tendance à s'améliorer toutes seules, ***surtout si on se rend chez le dentiste...***

Au cours d'un entretien mené par la journaliste Sarah Colasse avec le Dr Eric M., neuropsychiatre, "consultant aux hôpitaux universitaires de Bruxelles" (La Libre en ligne du 29/10/2002: *"Aller mieux: je le veux!"*), on nous apprend que: "***Nous n'utilisons que 10 pc de nos neurones. L'hypnose permet de puiser dans ce potentiel...***"
C'est toujours une grande satisfaction que de voir un spécialiste professionnel mettre généreusement son expérience toute personnelle au service d'autrui, en dépit de son très grave handicap (de 90% ?)

Dans La Libre Belgique (en ligne le 11/11/2002), la journaliste (Laurence Bertels) rapporte les confidences que lui a faites Hubert van Gijseghem, présenté comme "psychologue québécois d'origine belge, spécialiste de l'abus sexuel". Il est question du "syndrome d'aliénation parentale", un machin psy ("encore trop peu connu") qui exploite les opportunités nouvelles qu'offre aux psys la recrudescence des divorces (*admirons au passage l'inventivité, le sens de l'initiative de la profession et la productivité croissante de ce secteur des activités humaines, qui contraste heureusement avec de nombreux autres secteurs en récession de l'économie mondiale!*)
On peut lire que "***Un enfant ne se défait pas impunément de ses géniteurs. L'apothéose du clivage peut mener à la schizophrénie.*** ..."
Après quoi, on ne peut plus que s'interroger avec terreur: l'apothéose de certaine psychologie mène-t-elle à une grave affection mentale encore trop peu connue, ou n'en serait-elle pas, déjà, une manifestation? Ou bien, dans le grand nord de ce pays aux longs hivers rigoureux, s'agirait-il de l'apothéose de la "frite givrée"?

On vous disait plus haut que la revue "Bruxelles Santé" (http://www.questionsante.org/publi/bruxsante.htm) était une source inépuisable d'inspiration pour la comico-psychothérapie. Et en effet, à l'occasion du "2ème Congrès international francophone: Prévention du suicide et pratiques de réseaux", (Liège, 18-22 novembre 2002), cette revue (n° 29) présente un "Dossier" montrant que les fulgurances psy qu'on pouvait déjà y trouver précédemment ne se sont pas le moins du monde taries depuis, bien au contraire! Et pourtant, le suicide, ce n'est guère un thème joyeux...

Nous proposions (plus haut dans cette rubrique) d'ajouter, aux préventions primaire, secondaire et tertiaire que nos "préventionnistes" de "santé publique mentale" se contorsionnent à distinguer, une prévention quaternaire ou *post mortem*. Eh! Bien, ils semblent nous avoir entendus! Mais comme il s'agit de la prévention (*mais après coup!*) du suicide, et qu'à ce propos on ne peut se montrer que grave et sérieux, et que l'humour (encore eut-il fallu qu'ils en eussent!) serait ici de mauvais goût, ils n'ont quand même pas osé lui donner ce nom-là.
Il semblerait qu'ils ne soient pas parvenus à reconnaître ni à admettre que leur but, ce n'était plus d'éviter, et pour cause, les suicides dont les origines possibles, multiples, ne sont souvent pas identifiées ni même détectées (*combien de suicides ne surviennent-ils pas précisément au sortir d'une séance chez un psy, ou d'une consultation chez un "professionnel de la santé"? v. les médias [point 21]*).
Le but inavoué, c'est, une fois commis le suicide imprévu, de tenter de limiter "la casse" en réduisant les risques (*purement hypothétiques*) d'une "contagion par le suicide" d'autres personnes: proches, amis, entourage, collègues, condisciples, etc.
Et ils ont voulu ennoblir cette chose vague, hypothèse indéfinissable, non mesurable, non vérifiable et, surtout, **inavouable** qu'on devrait plus justement appeler de son vrai nom: un ***échec de la prévention***, ils ont prétendu en faire un concept: ***le concept de la* POSTVENTION**, pas moins! Il fallait le faire, non? Créer un ***concept oxymore*** (ou oxymoron), c'est vraiment l'exemple parfait de l'absurdité inhérente aux circuits neuronaux (la "case en moins") de certains "psycho-penseurs" qui se sont, naguère, peut-être trop penchés sur les textes de Freud et, semble-t-il, ne s'en sont jamais vraiment relevés (par "vulnérabilité" constitutionnelle au lumbago mental?) Oxymore, oxymoron, occis, mort, more, moron[s] (ces deux derniers en anglais), voilà des associations libres bien significativement freudiennes, sans doute. Charité bien ordonnée commençant par soi-même, ces congressistes et leurs disciples ne devraient-ils pas commencer par se faire soigner - cela ne serait probablement pas du luxe - avant de prétendre savoir et "enseigner" comment prendre soin des autres? A quand la ***postvention*** des incendies par les pompiers, des accidents de roulage par les ambulanciers, voire les embaumeurs ou les ferrailleurs, à quand la ***postvention*** (par les forces du maintien de l'ordre?) des passages à tabac pour les délits de sale gueule?

Les équipes "psy" d'accompagnement des rescapés de crash aériens et de leurs proches existent déjà dans un certain nombre d'aéroports. Appeler leurs activités de la ***postvention***, cela va-t-il empêcher d'autres avions de s'écraser à l'avenir? S'apesantir en classe, avec une complaisance morbide sur les circonstances du suicide d'un camarade d'école, puis appeler cela de la

postvention, comment sait-on que cela réduit significativement les statistiques de suicide des élèves au sein de cette école, plutôt que de les augmenter? (*on n'en sait rien, on laisse imaginer, on suggère...*) Ce n'est plus ici de la comico-psychothérapie. C'est, plus exactement de la stupidité pure et simple. C'est, de surcroît, apparentée à une publicité dangereusement mensongère, une diversion hypocrite et tragiquement sinistre.

Dans "LE SOIR *en ligne*" du jeudi 4 décembre 2003, dans un article intitulé "L'anorexie mentale gagne du terrain", le journaliste (*Raphaël Duboisdenghien*) signale la parution de trois ouvrages consacrés à l'anorexie mentale. L'un d'eux, intitulé "**L'enfant anorexique**" a pour auteur la psychiatre française Marie-France Le Heuzey. Le journaliste nous en extrait cette citation: "*Bien que les causes de l'anorexie mentale de l'enfant gardent encore une grande part de mystère, il est possible d'intervenir avant que la maladie ne s'installe.*"
Présentée ainsi, cette phrase ne nous conforterait-elle pas dans la conviction que la prévention des affections de cause(s) mystérieuse(s) serait tâche faisable pour les "psys"? Impossible n'est pas français (*psychiatrique, évidemment!*)

Au cours d'une "conférence de presse" plutôt confidentielle organisée le 9 février 2004 par la "Ligue des Droits de l'Homme" en ses locaux de Bruxelles, les journalistes présents (bien que fort peu nombreux à s'être déplacés pour l'occasion) ont été informés de la publication d'un "dépliant" rédigé à l'initiative de la "Commission Psychiatrie" de cette Ligue. Dans les quelques feuillets de ce prospectus destiné, entre autres aux malades mentaux hospitalisés "sous contrainte" (*puisqu'il s'adresse explicitement à eux aussi*), on apprend ce qui suit: "**Que vous soyez hospitalisé de manière volontaire ou sous contrainte, le traitement ne doit vous être administré qu'avec votre consentement éclairé**". Ceux qui ont concocté cette absurdité, l'ont-ils fait "***à l'insu de leur plein gré***"?
On serait en effet tenté de le croire, puisqu'ils terminent ce point 4 de leur publicité par : "**En fin de compte, une fois le débat sur le traitement terminé (sic), si vous n'êtes toujours pas convaincu du traitement proposé, vous pouvez le refuser, sans que ce refus ne puisse vous priver de soins de qualité (article 8§1er de la nouvelle loi)**".
En d'autres circonstances, quand vous aurez une rage de dents et que vous vous retrouverez chez votre dentiste, si vous êtes terrorisé par la perspective de la fraise, vous aurez le droit de garder la bouche fermée et les mâchoires serrées, sans que toutefois cela puisse vous priver de "soins de qualité".

Dans un entretien de la journaliste Laurence Bertels avec un pédopsychiatre des Cliniques Universitaires Saint-Luc (Bruxelles) (*www.lalibre.be du 17 février 2003, "***Les enfants du pays ont dépassé le trauma Dutroux***"* (sic)), on nous apprend, en passant: "***La mémoire étant aussi la faculté d'oublier...***". L'homme de l'art et la journaliste n'ont-ils pas eu un trou de mémoire et, plutôt que de parler des enfants, n'ont-ils pas confondu avec les "malades Alzheimer", ou peut-être même avec les éléphants dont on sait la mémoire proverbiale...
Serait-ce un cas d'une nouveauté psy encore peu connue, le "coma du trou dépassé " ?

Sous le titre "**Voir le cerveau penser n'est qu'une métaphore poétique**" (*ce qui, en effet, n'est autre qu'une métaphore du Professeur Edouard Zarifian lui-même*), Mr Jean-Yves Nau, dans *"Le Monde.fr" du 17 avril 2004* recueillait les propos de Mr Edouard Zarifian, professeur de psychiatrie (C.H.U. de Caen), sur la "psychiatrie biologique" et la "neuro-imagerie" cérébrale. On y apprend, par exemple, que "**La recherche en neuro-imagerie est scientifique mais ses interprétations, ses conclusions ou ses affirmations sont scientistes.**" (sic). On relèvera aussi cette prophétie du Dr Zarifian, qui donne un aperçu de ses dons de prescience: "**Le jour *improbable* où le trouble psychique aura une signature lésionnelle cérébrale, il deviendra alors une maladie neurologique.**"
Certains psychiatres confondent encore, même de nos jours, sciences et "scientisme". Ne

comprenant en fait pas la nature de la démarche scientifique, ils imaginent eux-mêmes un certain "scientisme" un peu débile qu'ils s'empressent d'attribuer, comme par jalousie ou par envie, aux scientifiques. Ces derniers savent bien, eux, que neurosciences et croyances philosophiques (ou théologies) sont des domaines bien séparés; les psychiatres francophones l'ignoreraient-ils?
Certains psychiatres aussi semblent encore ignorer que le "***jour improbable***" auquel ils refusent manifestement de croire, ce jour depuis longtemps les a rattrapés sans qu'ils le sachent *(mais ils ne se tiennent pas au courant)*. Il leur suffirait de lire la littérature *vraiment* scientifique...
(Pourtant, tout comme eux, elle aussi s'exprime par la parole!)

Dans une interview - ("**L'intelligence du joueur d'échecs**", *www.lalibre.be du 02/07/2004)* - du Dr. Walter Denys (que le journaliste Christophe Blaivie nous présentait comme un expert psychiatre à "la carrière aussi longue que brillante", riche de 3300 expertises (*pas moinsse!*): à la question "l'analyse psychiatrique a-t-elle ses limites?" (*sans doute le journaliste confondait-il les termes "expertise" et "analyse"*), l'expert auprès des tribunaux répondait: **"Elle a en tous cas sa dose de subjectivité suivant le praticien. Il s'agit d'une science humaine, c'est-à-dire qu'il n'y a rien de scientifiquement vérifiable"** (sic).
Comment appelle-t-on habituellement ces "sciences" humaines dont aucune des observations ne sont "scientifiquement vérifiables"? Des tas de noms sont possibles, qui n'ont rien à voir avec les sciences mais qui évoqueraient plutôt l'ésotérisme et l'occultisme, sans oublier les lignes de la main, la lecture dans le marc de café ou les feuilles de thé...
L'actualité judiciaire, tant en France qu'en Belgique, est là pour nous le rappeler et nous en convaincre.

Dans un "article d'opinion" intitulé "Sciences 'dures' et sciences 'tendres' " (paru dans le quotidien "la Libre Belgique" et mis en ligne le 01/09/2004 - http://www.lalibre.be/article.phtml?id=11&subid=118&art_id=181615), on pouvait lire, sous la plume du professeur Marcel Bolle de Bal, psychosociologue professeur émérite de l'Université Libre de Bruxelles (U.L.B.), ce qui suit à propos de sciences dites "dures" et de sciences dites "molles" (dont les sciences dites "humaines"):
"L'heure n'est-elle pas venue d'élaborer une science des phénomènes non reproductibles, *à base d'expérientiel* plus que d'expérimental, de *recherches-actions* à côté des recherches en laboratoire, d'*interprétations humaines* par-delà les modèles mathématiques?" (souligné par moi).
Ceci semble confirmer de manière éclatante les soupçons que nous avions déjà exprimés, en d'autres occasions sur ce site: certains psychologues intuitifs, certains sociologues et d'autres qui, peut-être, tentent de cumuler et se disent psycho-sociologues, adoptent souvent les tournures d'esprit des psychanalystes. Comme eux, ils semblent avoir une fâcheuse tendance à ignorer (ou mépriser?) la logique, la méthode scientifique et l'épistémologie pour leur préférer les oxymorons.
Plutôt que de parler de sciences dites "dures" et d'autres "sciences" dites "molles" ou "tendres" (sic), ne devrait-on pas plutôt parler ici de ***"pseudosciences ramollies?"***
La "science des phénomènes non reproductibles": voilà bien un titre qui a échappé à la vigilance de Umberto Eco qui néanmoins aurait pu, avantageusement, le faire figurer dans la liste des ouvrages oxymoriques et farfelus imaginés par les joyeux farceurs de son roman "Le Pendule de Foucault" (dans la catégorie des "Adynata" ou "Impossibilia").
Cette "néopsychosociologie-là" ne serait-elle pas un amalgame de Charles Hoy Fort et de Sigmund Freud avec une pincée de Lacan?

Dans le vol.31, n° 12 (décembre 2004) du périodique **Folia Pharmacotherapeutica** (publié sous la responsabilité du Service Public Fédéral Belge de Santé Publique etc., et distribué aux médecins de Belgique), on trouve (pp. 100-103) un article intitulé: "*Utilisation d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents souffrant de dépression: état de la question*". On peut y lire, en plus des conclusions - plutôt normandes que concluantes - sur le sujet auxquelles sont

arrivées les administrations de santé outre-Atlantique et outre-Manche, et à l'exclusion de toutes données solides émanant de notre petit pays, cette explication qui ne devrait laisser rêveurs ou perplexes que les gens sans doute un peu débiles ou dépourvus d'imagination pour lesquels on paraît nous prendre: "**...l'amélioration de la dépression peut avoir comme conséquence que la personne éprouve son désespoir de manière encore plus intense, ou revit encore plus intensément un traumatisme psychique antérieur.**"
Il faut croire que cette explication a paru plausible aux rédacteurs de cette revue, puisqu'ils l'ont reprise textuellement (un quasi "copié-collé" d'un avis "d'expert belge" [!?] consulté précédemment pour le même sujet: numéro de janvier 2004 de ce périodique *http://www.cbip.be/Folia/2004/F31F01F.cfm*).
Conclusion qu'il faudrait donc tirer des avertissements pondus par nos "autorités": "n'améliorez" surtout jamais une dépression car, selon nos "experts", en "l'améliorant" vous risqueriez de la rendre plus intense! Et ces autorités qui se fient ainsi au premier "expert" venu, sans se poser la moindre question, quelle médication ***sans risques*** devrions-nous leur recommander pour ne pas intensifier encore leur défaillance d'esprit critique?

Le 18 janvier 2005, dans un article du journal Le Monde - http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0@2-3244,36-394711,0.html - ("**Une parfaite illustration des relations entre le corps et le psychisme**"), Mr Jean-Yves Nau a de nouveau fait appel aux indispensables compétences du spécialiste en psychiatrie bien connu qu'est le Professeur Edouard Zarifian. Celui-ci nous dit: "**La célèbre formule "*j'en ai plein le dos*" peut être pourvoyeuse de lombalgies pénibles et sans causes pouvant être clairement identifiées.**"
S'il en est effectivement ainsi, de quoi le distingué psychiatre consulté pense-t-il que cette autre formule, tout aussi célèbre quoique plus triviale: "j'en ai plein le c.." puisse être pourvoyeuse: de diarrhée, de constipation ou d'hémorroïdes? Ou encore, cette autre image: "il me casse les c.....", pense-t-il qu'elle peut être "*pourvoyeuse*" d'orchites douloureuses quoique "*sans causes pouvant être clairement identifiées*"?
Certaines "formules" pourraient néanmoins être "pourvoyeuses" de conséquences discordantes. Par exemple, si je dis de quelqu'un qu' "***il me fait mal au ventre***", on peut penser que sa personne m'est désagréable au point de me donner la colique; mais on pourrait tout aussi bien croire qu'il me fait tellement rire que j'en attrape des crampes abdominales...

Extrait de "*Le Journal* **La Nation**" (Djibouti - http://www.lanation.dj/news/2005/ln54/national5.htm), cet entretien avec un psychiatre assurant la formation psychiatrique des médecins, le Professeur Riadh Bouzid (jeudi 19 mai 2005), sous le titre "**Il faut impérativement traiter les troubles mentaux**", dans lequel on relève l'affirmation suivante: "*C'est dire que des thérapeutiques efficaces existent actuellement et que* ***la majorité des troubles psychiatriques sont actuellement curables****.*" (*souligné par moi*).
Voilà qui devrait contribuer à faire de Djibouti une nouvelle Lourdes de la psychiatrie en Afrique orientale et vivement encourager les généralistes du monde entier à suivre des stages de perfectionnement sur la côte africaine des Somalis... (*avis aux "tour-opérateurs"...*)

Rien ne vaut la perspicacité et l'expertise sans égales d'une "historienne de la psychanalyse" pour choisir, parmi les nombreuses phrases ronflantes de l'ouvrage d'un "psy" et pour en faire l'éloge, précisément une de ces phrases qui est peut-être parmi celles le plus manifestement dépourvues de sens. Ainsi, Mme Elisabeth Roudinesco, dans un article intitulé "Le cerveau psychique" (Le Monde, http://www.lemonde.fr/web/imprimer_element/0,40-0@2-3260,50-636275,0.html, édition en ligne du 08/04/2005), extrait du dernier livre paru du Professeur Edouard Zarifian (Le Goût de vivre, Odile Jacob, Paris 2005) ce qui suit: "***Certains psychanalystes ont pu laisser croire qu'ils s'intéressaient à un psychisme sans cerveau, suscitant la réprobation des neurosciences, de même qu'il existe aujourd'hui des tenants des neurosciences*** *[lesquels?]* ***qui défendent la conception absurde d'un cerveau sans psychisme, confondant délibérément ou non le psychisme avec le fonctionnement neuropsychologique de cet organe.***"

Et certes, si le livre du Dr Zarifian mentionne abondamment le psychisme, il évite soigneusement de nous donner sa définition personnelle claire de ce concept, et il ne nous parle pas non plus du cerveau, dont on pourrait se demander, une fois arrivé à la dernière ligne du livre, si effectivement et selon lui, cet organe sert bien à quelque chose.
De son côté et précédemment, Mme Elisabeth Roudinesco a déjà nettement affirmé que, selon elle, "le psychisme, c'est ce qui lui échappe" (*v. Que Changer?*), et qu'il faut s'affranchir de l'esclavage de ses neurones (*v. Point 34 des Médias*).
Dans pareilles conditions, qui donc ici est l'aveugle, qui est le paralytique?

Dans le Figaro magazine (http://www.lefigaro.fr/cgi/edition/genimprime?cle=20051008.MAG0012) en date du 16 octobre 2005, sous le titre "**Vivre avec un schizophrène**" (08 octobre 2005, Philippe Doucet, Gersande Bignon, Eloïse Malet), on pouvait lire: "*Soigner un schizophrène signifie vivre avec lui, comme c'est le cas dans certaines sociétés pourtant moins développées que les nôtres.* ***"Un environnement familial accueillant et structurant représente une aide énorme***", précise le Dr Lachaux [psychiatre des hôpitaux et chef de service au CH Paul Guiraud de Villejuif, dans la région parisienne].
Le Dr Bernard Lachaux prêche ainsi ce que, certainement et comme l'immense majorité de ses collègues, il hésiterait à faire lui-même. Il oublie aussi de dire qu'une société pourtant aussi "développée" que la nôtre ne fournit pas aux familles (ni, d'ailleurs, à personne d'autre) les moyens, tant financiers qu'intellectuels, de mettre à disposition de leurs malades cet environnement "accueillant et structurant" qu'il imagine (et dont on ne peut que rêver sans toutefois le vivre - à Villejuif?)

Florilège de belles phrases: récemment mis en ligne sous les auspices et avec le soutien du "Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale" (Fondation Roi Baudouin), un ouvrage collectif intitulé "**Au plus près des gens**" est disponible sur le site de la Fondation.
(2,02 MB! PDF à l'adresse http://www.kbs-frb.be/files/db//fr/PUB_1546_sante_mentale.pdf)
Nous n'avons pu résister à la "***pulsion***" d'en extraire quelques unes des phrases révélatrices des pensées et "***idées novatrices***" de nos psychiatres et autres "intervenants" de la "Santé Mentale" belge, parmi la "***mosaïque***" d'autres considérations dont nous laissons aux amateurs éventuels le douteux plaisir (par curiosité et goûts sans doute quelque peu morbides) de les glaner eux-mêmes dans ce fichier PDF de 321 pages, pas moins!

Dès la **préface**, sous la plume fleurie du Dr Ann d'Alcantara, psychiatre, psychanalyste et présidente du "Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale", le ton est donné: "*La santé mentale n'est pas une tour d'ivoire habitée par de doctes spécialistes; c'est dans la réalité de tous les jours qu'elle se donne à vivre, par tous et chacun, à tous les âges de la vie et dans toutes les strates de la société.* ***Qu'on l'appelle bonheur, émotion, amour, folie, tristesse, solidarité, révolte, désespoir... elle est une évidence quotidienne pour chacun d'entre nous.***"
Voilà une énumération, une définition bric-à-brac de la "santé mentale" (??), longue métaphore pseudo-poétique se voulant sans doute lyrique, encore bien plus encombrée mais au moins aussi délirante que celle de l'O.M.S. est bureaucratique, et qui, pas plus que cette dernière, ne "veut rien dire" (*voyez plus loin...*), sinon qu'elle pourrait être suggestive de confusion mentale "psy". Il n'y manque que certain raton laveur cher à Jacques Prévert... C'est donc cela, la santé mentale, chez nous?

Ensuite, sous le titre de "**Quelle image le public a-t-il de la santé mentale?**", on trouve, recueillis par Mme Karin Rondia ("*journaliste médicale*"), les propos de Mme Christiane Bontemps, Directrice de "l'Institut Wallon pour la Santé Mentale", qui évoque "*...la vaste campagne '2001 Année de la santé mentale' qui a mobilisé l'ensemble du pays, sans que l'on n'arrive jamais à se mettre d'accord sur ce dont on parlait...* ***<u>et qui fut pourtant une belle réussite</u>!***" (sic) (*je souligne*).
Faudrait-il comprendre qu'une belle réussite, comme pour certains cortèges de travailleurs et

chômeurs de divers syndicats, cela consiste à rassembler le plus de gens possible (?), qui gueuleraient sans être d'accord entre eux et qui rentreraient chez eux satisfaits de leur journée de défilé, contents de s'être bien époumonés sans toutefois rien obtenir de concret?

Cette bonne personne, directrice de "l'Institut Wallon pour la Santé Mentale" nous fait aussi bénéficier de sa conception et de la distinction éclairée qu'elle fait entre ce qu'elle appelle "santé mentale" et, peut-être, "maladie mentale": "***[...]on ne dit jamais que parfois, on tombe du côté de la maladie, qui n'est finalement qu'un pas plus loin dans la difficulté d'être.***"
Dites-moi, c'est pas beau, cela? Cela ne vous fait-il pas penser à quelqu'un qui dirait "*On ne dit jamais que parfois on fait une chute assez malencontreuse, ou on est victime d'un accident assez grave pour en mourir. Et* ***mourir, ce n'est finalement qu'un pas plus loin dans la difficulté de vivre.***" Quelle "santé"!

Dans un chapitre intitulé "**Santé mentale et citoyenneté**", Mme Karin Rondia se laissait dire par le Dr M. De Hert, psychiatre et psychanalyste, que "*Le terme santé mentale recouvre effectivement un domaine extrêmement vaste, et il faut bien s'entendre sur la manière dont on la définit. Parle-t-on de la définition de l'OMS, '* **l'absence de maladie***', **ce qui ne veut rien dire?***" (sic).
S'il faut s'entendre sur la manière dont on définit la santé mentale, il faut aussi s'entendre sur la lecture qu'on prétend faire des définitions de l'O.M.S., ce à quoi le Dr De Hert, sans doute comme il fallait s'y attendre, ne semble avoir accordé que l'attention "flottante" que les psychanalystes affectionnent. Sur ce site, nous avons à diverses reprises évoqué la définition de la santé mentale par l'O.M.S. (*bien plus proche de celle de Mme d'Alcantara que de celle attribuée à tort par le Dr De Hert à l'O.M.S.*), pour en montrer autant l'absurdité que la vacuité. Par contre, l'***absence de maladie***, c'est une notion suffisamment simple et claire pour être comprise du premier venu. Evidemment, il ne faut pas confondre "psy" et premier venu.

Pour reprendre la question posée par un des chapitres de cette brique de laborieuse littérature, quelle image le public peut-il avoir de la santé mentale dans notre pays? Si c'est d'après ce que les divers auteurs de ce "livre" nous en disent, il ne peut guère en avoir retiré grand-chose. Par contre, l'image qu'involontairement (?) les auteurs y donnent d'eux-mêmes dans l'opinion d'éventuels lecteurs risque bien d'être beaucoup moins flatteuse encore que certainement ils ne l'imaginent.

Qualifié de "pédopsychiatre le plus célèbre de France" dans l'hebdomadaire l'Express (v. Médias 41) mais aussi par Elise Lucet au journal télé de 13 h (France2, vendredi 5 octobre 2007), Mr Marcel Rufo a confié à Claire Chartier (L'Express) qu'à l'âge de 4 ans (!! Donc en pleine période oedipienne ainsi qu'il l'a déjà dit lui-même ailleurs), il se disait que son père était intelligent parce qu'il s'intéressait à un sport compliqué: le rugby.

Aujourd'hui, arrivé enfin à un âge adulte de plus de 4 ans, Mr Rufo dit se méfier de la séduction qui préoccupe les adolescents et préfère être séduit plutôt que de séduire lui-même.
Il dit aussi "croire" en l'empathie. Il nous dit "j'ai besoin de ressentir le malaise du patient, puis d'échanger avec lui sur ce malaise." Ce qu'il ne nous dit pas - ne s'en serait-il pas douté? - c'est qu'avec des malades psychotiques, l'empathie qu'il prétend ressentir lui fait nécessairement échanger non pas sur un malaise, mais sur des malentendus. Mais cela n'est pas grave. La célébrité, elle aussi, peut reposer sur des malentendus.

Première publication: **24 Août 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **8 Octobre 2007**

L' O.M.S. (W.H.O.) a pondu un volumineux rapport sur "*La santé dans le monde en 2001*", consacré exclusivement à la "*Santé mentale*".

Est-ce un nouvel exploit de "casques bleus"?

Mise en ligne le 4 octobre 2001, la version en français est une brique de plus de 91 feuillets au format A4 imprimés recto-verso (200 pages). Ceux dont la curiosité serait suffisamment éveillée pour se risquer à en entreprendre la lecture peuvent télécharger ce document (format .PDF, 2.743 Ko) depuis le site suivant: **www.who.int/whr** (*mais un exemplaire papier du Rapport sur la Santé dans le Monde peut aussi être obtenu depuis la Belgique en passant commande à: bookorders@who.int, pour la modique (?) somme de 15 Francs suisses*). Il est accompagné de quatre "aide-mémoire" et d'un "Communiqué de Presse" séparés, censés fournir un abrégé condensé du rapport lui-même (*attention! Très abrégé, très condensé et, de plus, dénaturé de manière regrettablement orientée vers ce qu'on pourraît appeler le "psychiatriquement et politiquement correct*"). Ces aide-mémoire sont destinés sans doute à ces journalistes, à ces responsables politiques ou encore à ces "professionnels de la santé" qui, toujours pressés, seraient peu soucieux de s'imposer la lecture de l'original dans son entièreté.

Compte tenu de la réputation - ou du prestige, sans vouloir préjuger de leur bien-fondé - que beaucoup seraient habituellement tentés d'accorder aux organisations dites humanitaires dépendant de l'O.N.U., on peut s'attendre à ce que, sous peu, la presse de nombreux pays en général, et du nôtre en particulier, mais aussi nos politiques, s'emparent avidement des déclarations sans nuances contenues dans ces aide-mémoire et s'en servent pour, au choix, vanter la prise de prétendues mesures ou dénoncer leur absence, c'est-à-dire justifier comme condamner, à leur convenance du moment, tout et n'importe quoi et leurs contraires (*on en a l'habitude*).

Il ne peut être question de procéder ici à l'analyse critique détaillée que ce "Rapport" mériterait pourtant, car elle serait beaucoup trop longue et fastidieuse. Nous voudrions seulement mettre en garde contre l'acceptation crédule et aveugle de toutes les affirmations que certains croiraient y trouver, sous prétexte qu'elles émaneraient d'experts sponsorisés par l'O.M.S. (et donc, indirectement, par l'O.N.U.). On se contentera donc de quelques extraits démonstratifs (*les lecteurs en jugeront*), choisis pour leur exemplarité. La plupart peuvent être trouvés déjà dans le chapitre intitulé "Résumé" (*Overview*), mais les autres chapitres, eux non plus, ne sont pas exempts de passages discutables, loin de là. On mentionnera aussi des extraits des "aide-mémoire" car, par leur brièveté bien commode, ils risquent de flatter les tendances naturelles à la facilité de certains médias qui les relayeront sans vraiment en examiner ni vérifier la teneur.

D'entrée de jeu, le ton de compassion un peu miséricordieuse est donné qui, sous prétexte de "positiver" - sans toutefois rien arranger -, prévaudra systématiquement dans l'ensemble des documents. Mais nous voilà prévenus.

Le Directeur général de l'O.M.S., Mme le Dr Gro Harlem Brundtland, dans son message d'introduction au rapport, nous affirme: (p. ix) "**La maladie mentale n'est pas un échec personnel.**" (*"*a personal failure*", dans la version anglophone*).

Il aurait été plus juste (et plus honnête intellectuellement) de dire que la maladie mentale est un accident fortuit et malheureux qui fait, de la vie de sa victime, un échec très personnel dont ***celle-ci n'est en rien elle-même responsable et encore moins coupable*** (pas plus que son entourage, d'ailleurs). Nous disions déjà, en introduction sur notre site MENSSANA, que la maladie mentale ampute ses victimes de tout ou partie de ces caractéristiques et capacités qui participent de (et à) leur humanité, elle les dépossède de ces qualités particulières, uniques, qui nous rassemblent tous dans cette humanité. Comment dès lors ne pas ressentir pareille

amputation comme une injustice, un réel échec de la vie? Et comment un échec de cette nature pourrait-il n'être pas partie intégrante de la personne, enfoui au plus intime d'elle-même, comment pourrait-il n'être pas **personnel**? Seuls, sans doute, des spectateurs distants, touchés ("concernés") seulement en apparence, et aussi lénifiants que soient les discours qu'ils s'efforcent de tenir, peuvent croire ou prétendre croire que la maladie mentale n'est pas un "échec personnel" pour celui qui en est atteint.

Bien au contraire, la maladie mentale est peut-être même l'exemple par excellence de l'échec personnel, car elle détruit précisément et tout d'abord ces moyens personnels-là, ceux-là seuls auxquels la personne pourrait faire appel pour, en la combattant, se libérer de la maladie ou pour la dominer, ou encore pour s'en accommoder faute d'autre solution. La maladie mentale ne peut donc que condamner à un échec, plus ou moins important selon les circonstances et les cas. Cela, ceux qui proclament se préoccuper du sort des malades mentaux semblent systématiquement l'oublier, voire l'ignorer. Parmi ces "experts" et "responsables", nombreux sont ceux qui, tout à la fois affectent de s'évertuer à "enseigner" aux malades comment surmonter ou contourner quoi? précisément cet échec qu'ils se refusent de voir et de nommer, comme s'ils pouvaient ainsi effacer ce dont, en même temps, ils prétendent nier l'existence.

Le Directeur Général nous dit aussi (p. ix): "**Rien ne justifie en effet que l'on mette au ban de la société ceux qui souffrent d'un trouble mental et cérébral: tout le monde y a sa place.**" ("... there is no justification for excluding people with a mental illness or brain disorder from our communities – there is room for everyone.")
Pareille affirmation n'est qu'un affichage faussement naïf de bons sentiments, parfait exemple de confusion délibérée de ses désirs avec la réalité (*wishful thinking*). Elle occulte les véritables problèmes de société qui, dans nos systèmes occidentaux "développés", rendent aux malades mentaux l'existence souvent invivable. Il serait en effet souhaitable que chacun puisse trouver sa place dans notre société (*qui oserait contester cela?*). Mais encore faudrait-il pour cela fournir à chacun les moyens de se trouver ou de se créer cette place; et si aucune place acceptable n'existe dans notre société pour ceux dont les moyens mentaux diminués leur interdisent de s'y imposer, sans doute serait-il impérieux que notre société y pourvoie et crée, à leur intention particulière, des espaces aménagés de vie ou l'existence leur serait rendue supportable.

Il est donc **faux** de dire que "tout le monde y a sa place". **Il serait plus juste (et plus honnête intellectuellement) de dire** que tout le monde ***devrait*** y avoir une place (there ***should*** be room for everyone).
Nos citoyens ***ne mettent pas*** délibérément les malades mentaux au ban de la société, et chacun de nous pourrait sans doute, bien assuré qu'il est et persuadé de sa propre bonne conscience, se récrier lorsqu'il entend émettre l'opinion contraire. En réalité, l'attitude générale est bien plus hypocrite et pernicieuse. Notre société industrialisée, en permanence obsédée surtout par la poursuite de la productivité et du "meilleur rendement", n'a tout simplement ***pas prévu de place*** pour ces citoyens "hors normes" que sont les malades mentaux dont, aujourd'hui encore, elle ne sait toujours pas que faire. Elle les exclut donc de fait, automatiquement, en ignorant leur existence, ce qui est le plus commode, et elle ne reconnaît pas sa part de responsabilité dans cette situation et dans toutes les conséquences qui en découlent.

Le Dr Gro Harlem Brundtland nous dit (p. x): "**Nous savons que les troubles mentaux résultent de nombreux facteurs et ont une origine physique dans le cerveau.**" ("We know that mental disorders are the outcome of many factors and have a physical basis in the brain.")
Ceci est **inexact**. **Il serait plus juste (et intellectuellement plus honnête) de dire** que: **nous ne connaissons pas** les causes des troubles mentaux, même si nous savons qu'ils sont la manifestation finale d'altérations bien matérielles (organiques) du cerveau. C'est pourquoi nous **sommes forcés de supposer** que de multiples facteurs puissent être à leur origine, dont nous ne pouvons aujourd'hui négliger aucun, sans toutefois non plus pouvoir en désigner aucun en particulier avec une quelconque certitude.

Le Dr Gro Harlem Brundtland nous dit (p. x.): "**La dépression majeure est aujourd'hui la**

première cause d'incapacité dans le monde en général et figure au quatrième rang parmi les dix principales causes de la charge globale de morbidité. *Si les projections sont correctes*, elle aura dans une vingtaine d'années le triste privilège d'accéder à la seconde place." (Major depression is now the leading cause of disability globally and ranks fourth in the ten leading causes of the global burden of disease. If projections are correct, within the next 20 years, depression will have the dubious distinction of becoming the second cause of the global disease burden.)
Notons que, dans ce passage, c'est bien la dépression majeure qui est désignée, et dont on nous dit que les cas ne cessent d'augmenter. Rappelons ici, car ils sont justement pertinents, les propos du professeur Isidore Pelc (psychiatre U.L.B., hôpital Brugmann à Bruxelles), rapportés dans le quotidien belge "Le Soir" en date du 7 avril 1999. Il nous disait alors: "*Si l'on est puriste par rapport à la nosographie psychiatrique,* [traduisons: si l'on s'en tient à la stricte définition psychiatrique de la dépression majeure] ***il n'y a pas d'augmentation.*** *[...]* ***Il ne faut pas confondre maladies mentales et mal-être.***"

Voilà déjà, et pour seulement les deux premières pages d'introduction au "Rapport" de l'O.M.S., c'est-à-dire le "message du Directeur Général", quelques unes des remarques et quelques commentaires qu'on devrait faire. S'il fallait ici passer en revue la totalité du document pour en analyser les vérités mais aussi les erreurs qui en déforcent ou même en déforment malencontreusement les vérités, ni vous, ni moi n'en aurions fini avant longtemps. Limitons-nous donc à quelques exemples caractéristiques.

Dans le communiqué de presse diffusé par l'O.M.S. le 4 octobre 2001, portant le titre "***Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux***" et annonçant l'existence du rapport sur la santé mentale "dans le monde", on nous déclare de manière péremptoire:
"**Il existe des traitements, mais près des deux tiers des personnes que l'on sait souffrir d'une pathologie mentale, ne vont jamais se faire soigner auprès d'un professionnel de la santé. Le rejet social, la discrimination et les négligences empêchent ces malades de bénéficier des traitements,...**"
mais aucun des rédacteurs de ce communiqué ne semble avoir éprouvé le besoin de se poser les questions (et encore moins d'y répondre!) que de telles affirmations catégoriques ne devraient pourtant pas manquer de soulever. Si elles ne vont jamais se faire soigner, comment connaît-on les personnes qu'on "sait souffrir d'une pathologie mentale"? Comment connaît-on leur nombre? Comment saurait-on de quelle pathologie mentale elles auraient à souffrir et quels seraient les traitements appropriés?

Tout un chacun (*mais les responsables du communiqué ne sont sans doute pas tout un chacun!*) devrait savoir qu'une "pathologie mentale" sérieuse, justiciable d'un "traitement psychiatrique", ne s'identifie pas (ne se "diagnostique" pas) en quelques minutes de consultation et d'examen clinique, comme on le ferait peut-être pour une simple écorchure, une jambe cassée ou même l'un ou l'autre trouble respiratoire, voire cardiovasculaire ou digestif relativement courant. De plus, même une fois le "diagnostic psychiatrique" posé (*quel qu'il soit!*), après parfois plusieurs semaines de "consultations" successives, rien ne permet de prédire avec certitude que le premier traitement choisi sera approprié, et encore moins qu'il sera efficace. Il faudra attendre d'en constater les effets pour en décider. Les auteurs de ce communiqué de presse auraient pu faire à leur public la politesse de lui expliquer comment leur boule de cristal permet de dénombrer les malades ***qui ne viennent pas*** voir le psy, alors que pourtant et selon eux, ils le devraient.

Dans l'aide mémoire intitulé "***Troubles mentaux et du comportement***", à propos de "la" schizophrénie, on nous dit: "Jusqu'à une époque récente, environ un tiers des patients guérissaient complètement. Avec les progrès de la chimiothérapie et des soins psychosociaux, près de la moitié des personnes chez qui se déclare une schizophrénie peuvent désormais espérer une guérison complète et durable." (**sic**). Il semblerait que les rédacteurs de ce remarquable morceau d'anthologie euphémique aient eux-mêmes craint que la notion de simple guérison pouvait n'apparaître que peu convaincante, et qu'ils aient voulu la rendre plus plausible par l'adjonction de qualificatifs (*malheureusement révélateurs de restriction mentale par leur*

caractère redondant).

Dès la deuxième phrase de cet aide-mémoire, tous les lecteurs, qu'ils soient profanes ou même s'ils fréquentent des milieux médicaux et paramédicaux sont, **insidieusement et de manière inadmissible, gravement induits en erreur**. Cette phrase dit en effet: "On peut désormais diagnostiquer ces pathologies [les "*troubles mentaux ou du comportement*"] de manière aussi fiable et précise que la plupart des troubles physiques courants." On peut la retrouver, à quelques nuances et "précisions" près, en page 22 du "Rapport" lui-même: "Enfin, les critères diagnostiques ont été normalisés au niveau international. On peut donc désormais diagnostiquer les troubles mentaux avec autant de certitude et de précision que la plupart des troubles physiques courants. La concordance des diagnostics de deux experts se situe en moyenne entre 0,7 et 0,9 (Wittchen et al.,1991; Wing et al., 1974; OMS,1992; APA,1994; Andrews et al., 1995). Cette fourchette est la même que pour des troubles physiques comme le diabète sucré, l'hypertension ou les coronaropathies."

Pour faire comprendre l'intoxe que cette phrase encourage, rien de mieux que de reprendre les explications lumineusement simples du psychologue britannique Richard Bentall (*on en trouvera la référence précise dans notre dossier .PDF sur la schizophrénie*). Ces explications, à l'origine, concernent "la" schizophrénie, mais nous pensons qu'elles sont tout aussi valables pour la plupart des syndromes psychiatriques, et particulièrement pour toutes les "pathologies psychiatriques psychotiques chroniques".
Mr Bentall nous dit:

> "Pour déterminer si le concept de schizophrénie [*ici, vous pouvez remplacer "schizophrénie" par n'importe quel autre diagnostic psychiatrique de votre choix, aussi fantaisiste que vous voudrez - J.D.*] est utile, soit pour des buts cliniques, soit pour la recherche, il faut lui faire subir deux tests: celui de la **fiabilité** et celui de la **validité**. Le premier test évalue la mesure dans laquelle les cliniciens parviennent à se mettre d'accord entre eux pour décider qui a droit au diagnostic, tandis que le second estime dans quelle mesure le diagnostic est cohérent lorsqu'on l'évalue par d'autres critères (par exemple si les symptomes se regroupent de la manière prévue, s'ils ont un aboutissement [pronostic, *outcome*] particulier et si ils répondent à un traitement particulier). La fiabilité est un critère nécessaire mais non suffisant de validité. **Un diagnostic ne peut être valide à moins d'être d'abord fiable, alors qu'il peut être fiable sans être valide.**
> [...] Ces préoccupations conduisirent au développement de manuels diagnostiques (par exemple, DSM-IV et ICD-10) qui indiquent de manière précise quels sont les symptomes requis pour pouvoir poser le diagnostic de schizophrénie [*ou de XYZ - J.D.*]. Il n'y a aucun doute que des cliniciens se servant d'un même manuel diagnostique tombent habituellement d'accord sur qui est atteint de schizophrénie [*ou de XYZ - J.D.*] et qui ne l'est pas. Cependant, il est important de se rendre compte que les critères décrits dans les manuels diagnostiques n'ont pas été écrits sur la base d'une recherche empirique mais sont, en fait, du folklore psychiatrique officialisé par des comités de distingués psychiatres."

Retenons donc bien ceci, que le "Rapport..." semblerait vouloir nous faire oublier: "La **validité d'un diagnostic psychiatrique**, c'est-à-dire **sa valeur prédictive**: pour l'évolution et les péripéties de l'affection, pour le choix du traitement et l'efficacité de celui-ci et pour le pronostic à long terme, n'a de rapport que très ténu et très aléatoire avec sa **fiabilité** (c.à.d. la concordance entre diagnostiqueurs).
Dans ces conditions, les patients et leurs proches, qu'en ont-ils à f....., du nom particulier qu'on met "avec beaucoup de précision et de certitude" sur leur maladie?

A de multiples reprises, on peut retrouver dans le "Rapport..." la confusion systématique entre corrélation statistique et relation de cause à effet (c'est une des erreurs des plus constantes du secteur psychiatrique et des plus fréquentes dans beaucoup de publications psychiatriques et

"psycho-sociales"). Il en résulte, presque inéluctablement, selon les inspirations et tendances personnelles, les circonstances particulières, les modes du moment et l'opportunité politique, des interprétations contestables sur les causes et les effets des troubles mentaux et, fréquemment, on prend les effets pour les causes et vice versa.

- C'est le cas pour le rôle prétendu de l'influence de "l'émotion exprimée" sur la fréquence de récidive de schizophrénie, alors qu'on ne semble jamais se poser la question de savoir si, à l'inverse, ce n'est pas la sévérité plus grande des troubles mentaux qui ne peut qu'entraîner, très naturellement, une émotion accrue chez l'entourage;

- c'est aussi le cas de l'interprétation de l'évolution des troubles mentaux, qui serait plus favorable quand les patients sont "soignés" en traitement ambulatoire qu'en institution psychiatrique. A nouveau, on ne semble jamais évoquer la possibilité que si certains patients sont gardés en institution, c'est peut-être justement parce que, d'emblée, la sévérité de leurs troubles ne permet pas d'autre solution, et le pronostic en est, dès le départ, évidemment moins bon;

- un autre exemple de raisonnement défiant le bon sens a trait aux interactions entre pauvreté et troubles mentaux (v. p.14). Depuis que le monde est monde, tout le monde sait bien (*sauf les socio-psychologues?*) que les troubles mentaux entraînent de multiples incapacités, dont découle la perte des revenus, donc aussi la dégringolade sociale en même temps que la pauvreté. Prétendre le processus inverse, c'est entretenir la controverse et permettre de ne traiter correctement ni la pauvreté, ni les troubles mentaux. La "Santé Mentale" devient le nouvel âne de Buridan. Certains y trouvent peut-être leur avantage.

- On nous dit encore (p.114): "Ils [*les soins communautaires*] sont aussi plus économiques et plus respectueux des droits de l'homme."

- Les Droits de l'Homme: dans nos pays occidentaux développés, parmi les malades gardés en institution figurent ceux qui ne parviennent pas à prendre conscience de leur maladie. Ceux-là doivent être protégés d'eux-mêmes et de la jungle impitoyable que notre société constitue pour eux. Laissés à eux-mêmes et "en liberté", ils courent des dangers que notre société ne peut délibérément leur laisser courir ([non] assistance à personne en danger). Ces malades-là ne sont très souvent pas conscients non plus de la nécessité, pourtant vitale pour eux, de suivre un traitement médicamenteux. Notre société peut donc être amenée à leur imposer le traitement, sauf à encourir l'accusation de manquer à son devoir d'assistance. Ces contraintes de restriction temporaire des "libertés" (de mouvements et les traitements forcés) sont souvent considérées par des associations de défense des "Droits de l'Homme" comme des atteintes inadmissibles aux grands principes des "Droits de l'Homme et de l'individu". Ceux qui défendent ce point de vue voudraient sacrifier, dans l'abstrait et le présent, l'évolution possible et l'avenir des malades (la "guérison") sur l'autel du principe des "Droits de l'Homme". Ils sacrifient ainsi, en faveur d'un principe général abstrait et intemporel, un autre droit, le "Droit à se porter mieux" dans l'avenir, de personnes bien actuelles, individuelles et concrètes.
  Ces "défenseurs" oublient que, de par sa nature même, cette maladie vide, au présent, le principe des "Droits de l'Homme" de toute signification pour ceux qu'on veut défendre, elle en rend l'application nulle et non avenue. Ils montrent ainsi qu'ils ne comprennent pas la nature des psychoses. Qu'avant de se draper dans de grands principes généraux et apparemment généreux, ces rapporteurs experts veuillent bien prendre la peine de s'informer d'abord pour y réfléchir ***sérieusement***, ensuite...

- Plus économiques, les soins communautaires [*comprenez "ambulatoires"*]? Les soins ambulatoires sont supposés être "plus proches" du malade, plus accessibles, mieux faire partie du paysage social auquel le malade mental est accoutumé. On laisse ainsi entendre que ces soins seraient mieux adaptés aux besoins individuels des malades. Ce serait du "sur mesure" plutôt que du "prêt à porter". Si c'était vrai, si on le voulait vraiment, cela impliquerait, quoiqu'on évite de le dire, des lieux "de soins" plus dispersés, une intendance éclatée et un personnel soignant très nettement plus nombreux (par malade) qu'avec des

structures plus centralisées. On peut y rêver, car ce serait sans doute fort bien. Mais prétendre que ce serait plus économique? **Cherchez l'erreur!**
L'erreur est comptable. On omet de mentionner que, là où elle a été tentée, la "désinstitutionalisation" s'est accompagnée d'une reprise des malades par les familles (*lorsqu'ils en ont encore une!*). Les postes budgétaires des hôpitaux ainsi allégés (voilà l'économie) sont maintenant assumés par ces familles, mais n'apparaissent plus officiellement ni dans les calculs, tandis que les structures "communautaires" de remplacement en nombres et qualités adéquats n'ont pas été mises en place (elles coûteraient bien trop cher)! Beau tour de passe-passe, déjà dénoncé publiquement depuis longtemps par les associations de familles de nombreux pays, mais que les fonctionnaires onusiens ignorent encore toujours.

Avant d'en terminer, attirons encore l'attention sur une des "Recommandations Générales" de ce "Rapport...". Il y est dit qu'il faut "**Traiter les troubles** [*mentaux*] **au niveau des soins primaires**". Qu'est-ce que les "soins primaires"? Bien que ces deux mots jumelés reviennent à de multiples reprises tout au long de ce volumineux rapport, leur définition n'a été donnée nulle part, sans doute parce que les auteurs de "cette publication très importante" (*this landmark*) n'ont pas voulu s'y risquer. On peut les comprendre. Ils voulaient un rapport aussi général que possible.

Les structures, les moyens et l'organisation des soins de santé sont très disparates dans l'ensemble du monde. Sans doute cela est-il valable aussi pour ce que l'O.M.S. appelle les "soins primaires" (*on n'en retrouve pas non plus de définition - à moins quelle ne soit bien cachée - sur les autres pages WEB du site de l'O.M.S.*)
En ce qui concerne la Belgique, peut-être pourrait-on croire que les "soins primaires" correspondent à ce que certains de nos ministres, qui semblent aimer les termes martiaux (*signe d'énergie, donc d'activité!*), appellent les "soins de première ligne". La signification réelle de cette dénomination n'est guère beaucoup plus certaine que celle de l'O.M.S. Tentons de nous contenter, pour le moment, d'une définition simple pour tout un chacun, pour le citoyen commun de notre pays: les soins primaires, c'est ceux que nous pouvons recevoir chez notre médecin généraliste, ou au dispensaire situé au bout de la rue, ou à l'hôpital le plus proche (*le moins éloigné*) de chez nous; dans tous ces lieux, nous pouvons consulter et recevoir des soins sans trop (?) attendre.

Cependant, ces structures de "soins de première ligne" ne conviennent aucunement aux exigences spécifiques de la "Santé Mentale" parce qu'elles ne tiennent aucun compte des particularités propres aux maladies mentales; elles leur sont aujourd'hui totalement inadaptées, même dans des pays réputés "développés" comme, par exemple, la Belgique.

Plutôt que de recommander, de manière générale et vague, de "traiter les troubles au niveau des soins primaires", les auteurs du rapport auraient, au moins, fait oeuvre utile s'ils s'étaient contentés de définir toutes les caractéristiques et les critères généraux minimum auxquels ces "soins primaires" devraient répondre quand il s'agit de la "Santé Mentale" et de maladies mentales.

Etablir un "Rapport..." qui s'applique indifféremment à toute la planète, c'est se forcer à rester très général et vague, et c'est aussi risquer que les recommandations qui y figurent, à force de vouloir englober tous les pays, de l'avis de chacun ne s'appliquent jamais qu'aux autres.
C'est aussi le moyen le plus sûr d'encourager chaque pays à ne prendre du rapport que ce qui semble lui convenir, même si cela revient à ne rien faire réellement.
Vous n'êtes évidemment pas obligés de nous croire. Pour vous forger votre propre opinion, allez donc voir le site de l'O.M.S. déjà mentionné plus haut:

www.who.int/whr

En "annexe" de ce qui précède, et pour confirmer, si besoin était, le dernier paragraphe ci-dessus, mentionnons ce qui suit, qu'apprécieront certainement tous ceux qui, en Belgique, se préoccupent ***vraiment*** des malades mentaux.

A l'occasion de la 54ème Assemblée Mondiale de la Santé (O.M.S.), des "Tables Rondes Ministérielles" ont été organisées, qui se sont tenues en mai 2001. Un document de l'O.M.S. est disponible sur le site de cette organisation, qui en résume la teneur. On y trouve notamment l'intervention de la ministre belge Magda Aelvoet. Nous n'avons pas pu résister au (*douteux*) plaisir (*?*) de vous en présenter le compte-rendu original *in extenso*. Les soulignements et chiffres (liens) entre parenthèses ont été rajoutés par nous.

Tables Rondes Ministérielles 2001 (O.M.S.) Belgique

> Mme Aelvoet dit que l'on constate en Belgique, comme dans beaucoup d'autres pays, une augmentation de la demande de traitements psychiatriques et cela malgré une croissance économique importante, ce qui tend à montrer que la richesse en soi n'est pas une solution(1). De plus, la stigmatisation est encore largement répandue(2); les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas traitées de la même manière que celles qui ont des maladies physiques et tendent à être considérées comme anormales. Au cours des 25 dernières années, on s'est employé à encourager les malades à rester chez eux et, donc, à leur permettre de continuer à travailler et à fonctionner normalement(3). Cela a été rendu possible par le développement des soins de première ligne ainsi que des services d'aide et de soins à domicile(4), en plus des soins ambulatoires et en institutions. En 2001, le budget de la santé a été augmenté de 10 %, soit plus que tout autre poste des dépenses publiques. L'idée a été admise que les malades chroniques, au nombre desquels les personnes souffrant de troubles mentaux, devraient recevoir un soutien financier et institutionnel. Un système de plafonnement des dépenses annuelles des malades a également été mis en oeuvre, tout ce qui dépasse le plafond fixé étant couvert par un système de remboursement, compte dûment tenu des conditions socioéconomiques de chacun. Au sujet de la sexospécificité, il a été établi que les femmes sont davantage dépendantes des drogues légales, alors que les hommes tendent à être dépendants de l'alcool. Pour toutes les questions d'importance nationale, y compris la santé, il est stipulé qu'un tiers au moins des membres des commissions nationales doivent être des femmes(5).

(1)*: mais une solution en soi à la pauvreté!*
(2)*: uniquement dans l'esprit de ceux qui en font le sujet de leurs discours!*
(3)*: Quel remarquable euphémisme politicien! Traduisons: au cours des 25 dernières années, on s'est employé à supprimer le plus grand nombre possible de "lits psychiatriques", expulsant ainsi des institutions psychiatriques de nombreux malades mentaux chroniques, les renvoyant dans leurs familles quand celles-ci existaient encore et étaient capables de les accueillir et, sinon, les mettant à la rue tout simplement. Quant à leur remise au travail ("normalement", comme on ose le dire!), elle relève du plus pur fantasme ministériel et de la désinformation.*
(4)*: Le "développement des soins..." est, lui aussi, plus un mot dont l'existence se trouve dans la bouche des politiques qu'une chose réelle, mais la chose ainsi évoquée se recherche vainement sur le terrain.*
(5)*: Voilà qui va certainement faire un immense plaisir à tous les commissaires mâles se morfondant pendant les séances, et bien faire évoluer leurs rapports de commissions! Mais, à propos, quelle est donc la relation avec la situation des malades mentaux?*

Coups de sang

"*Ceux donc qui rêvent à ces choses et décrivent ces choses comme elles sont pour ceux qui y rêvent, sont aussi loin du vrai qu'il est possible, et font le plus grand mal peut-être, donnant comme objet à la pensée ce qui ne doit pas être objet hors de l'action.*" Alain, Propos (1924)

"Les cons dangereux sont ceux qui exploitent ta connerie pour t'imposer la leur."
Frédéric Dard (San Antonio): Les Con, Editions Fleuve Noir 1973.

Lors d'une "Table Ronde Ministérielle" sur la "Santé Mentale" en mai 2001, sous l'égide de l'O.M.S., notre ministre fédérale belge de la Santé Publique, **Mme Magda Aelvoet**, a déclaré:

> "Les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas traitées de la même manière que celles qui ont des maladies physiques et tendent à être considérées comme anormales."

Rapportées par le journaliste Jan Vanderveene dans le n° 573 du périodique médical "Le Généraliste" du 24 octobre 2001, voici les paroles du **Dr Hubert Ronse de Craene, Président de la Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale**:

> "Un diagnostic ne peut plus être perçu comme une honte, un traitement ne peut plus être une punition. La stigmatisation et l'exclusion sociale rendent les problèmes des patients encore plus difficiles à résoudre, et aggravent leurs difficultés. Les patients atteints de problèmes psychiques doivent avant tout être aidés, car il existe toujours une solution."

En guise d'accueil au Rapport sur la santé dans le monde 2001 de l'O.M.S., la toute première phrase du "message" du Directeur Général de cette organisation, **Mme le Dr Gro Harlem Brundtland**, est:

> "La maladie mentale n'est pas un échec personnel."

Dans le même texte, elle nous rappelle un "principe énoncé par les Nations Unies" en 1991. Selon ce principe,

> "Aucune discrimination ne doit s'exercer sous le prétexte d'une maladie mentale."

On ne peut s'empêcher d'être, en permanence, abasourdi, et de ressentir, toujours, le même agacement - et ceci sont des euphémismes - face à la constance sereine et imperturbable de précisément ceux-là mêmes qui, soit responsables politiques, soit se proclamant défenseurs (*"pour leur bien*") des malades mentaux, fort naïvement et malgré eux s'entêtent à montrer combien ils sont, en réalité, ignorants de la nature et des caractéristiques des maladies mentales. A chaque discours, en toute occasion, ils étalent aux yeux de tous à quel point ils partagent en fait ces préjugés qu'ils dénoncent chez les autres et qu'ils prétendent combattre. En réalité, ces préjugés, ils les portent en eux et sur eux, ils les transpirent et les respirent, ils en sont imprégnés. Affectant de les dénoncer, loin de les combattre, bien au contraire ils en encouragent la survie, ils les propagent et les pérennisent en toute bonne conscience.

Cela ne serait rien si ce n'était pas justement à ces personnes-là que nous confions la tâche de décider des moyens à mettre en oeuvre pour améliorer le sort des malades mentaux. Ne nous étonnons pas si les paroles des discours sont une chose, le sens qu'on leur prête en est une autre, les pensées de ceux qui les disent sont une troisième chose différente des deux premières, et à son tour, enfin, la concrétisation de tout cela n'est plus une chose mais une grande absence de chose, un grand vide.

Est-ce donc "être normal" que d'être paralysé, que d'être borgne ou aveugle, que d'être sourd et

muet? Est-ce bien "être normal" que d'être diabétique, ou de n'avoir plus qu'un seul poumon ou un seul rein? Epargnons-nous la liste interminable de toutes les pathologies et de tous les malheurs possibles! Si l'on en croyait certains ministres, pour traiter un paraplégique ou un hémiplégique "en personne normale", il faudrait ne pas tenir compte de son handicap (*le nier*) quand une porte ne s'ouvre pas devant lui; en aucune façon il ne faudrait aider un aveugle à traverser une rue, ou lire à sa place un panneau indicateur, car ce serait ne pas le traiter en "personne normale". Si on raisonnait toujours comme certains ministres, on en arriverait forcément à ce que toutes les femmes visiblement enceintes à qui on céderait sa place assise dans le train ou le tram bondé doivent se formaliser parce que "elles auraient tendance à être considérées comme anormales"!

Non, je refuse quant à moi de croire qu'un citoyen malade est un citoyen "normal" et qu'il faille le traiter en tous points comme s'il était en bonne santé. Mais, par contre, je crois profondément que, même s'il est malade, il est néanmoins toujours un citoyen à part entière, et je suis persuadé que la personne humaine de ce citoyen a droit au même respect que tous les autres citoyens (***et, par solidarité humaine, il a même droit à des égards supplémentaires pour compenser ses handicaps***).
Mais je soupçonne que, si ce citoyen est chroniquement malade, ceux qui insistent pour que, en jargon de ministre, "il ne tende pas à être considéré comme anormal" (!), ce sont justement ceux pour qui, malgré leurs dénégations (*c'est donc qu'ils y pensent!*), la particularité "hors normes" et le handicap, qu'ils soient physiques ou mentaux, signifient dévalorisation, citoyenneté de seconde zone, personne humaine diminuée. Je crois leur mansuétude de convenance et de commande plus insultante encore que ne le serait une indifférence affichée; le jugement moralisateur qu'à voix haute ils condamnent, au nom de grands principes généraux, généreux en apparence mais théoriques et abstraits, n'est jamais complètement absent de leur vision personnelle de la "normalité" et de "l'anomalie", et il transparaît dans leurs discours. Leurs paroles sont, je le crains, révélatrices de leur carence de respect vrai pour la personne humaine individuelle et bien concrète, mépris pour l'individu humain, bien dissimulé car peu avouable.

Ils ne manquent pas d'air non plus, comme on dit, ceux qui pensent que les malades mentaux éprouveraient de la **honte** à cause du diagnostic qu'on pose de leur "maladie". Pensent-ils vraiment à ce qu'ils disent, ceux qui affirment cela? Plus exactement, sont-ils capables de penser juste? La **honte** dont ils parlent, c'est celle qu'eux, ils imaginent, c'est celle qu'on leur a inculquée à eux, eux les diagnostiqueurs et les bien-portants bien-pensants, depuis leur plus tendre enfance, c'est donc la leur! A leur tour, ils s'empressent aujourd'hui de la prêter, de la donner et de la rendre (*au centuple*) aux malades et, surtout, à leur entourage immédiat.
Ont-ils donc oublié que toute leur éducation, leur savoir-vivre, leur ancienne qualité d'enfants "bien élevés", tout cela repose sur la **honte inculquée**? **Honte** quand on ne se comporte pas "comme il faut", **honte** encore, quand "on s'oublie", **honte** toujours, quand on ne se montre pas à la hauteur des attentes de ceux qui vous entourent.

La **honte**, c'est celle que certains enseignants incompétents et stupides, confondant endoctrinement et pédagogie, fréquemment essayent d'insuffler (*les motiver!*) aux "cancres" de leurs classes en les ridiculisant aux yeux des autres élèves. S'étonnera-t-on ensuite de la **confusion** qui, pour longtemps (*toujours, peut-être?*), s'installera dans les esprits, **entre *crainte* de l'échec et *honte* de l'échec**? Ceux qui parlent de **honte** du diagnostic sont eux-mêmes, peut-être, les victimes qui s'ignorent de pareille confusion.

Quand une mère de famille se promène en public accompagnée de ses enfants, et que l'un d'entre eux commet, par inadvertance et en toute innocence, une incongruité bien sonore et bien sentie, cet enfant ressent-il de la **honte**? Non, c'est d'abord la mère qui ne sait plus où se cacher et qui, grondant son enfant, lui enseigne ***sa propre*** **honte,** pour se l'épargner à soi-même peut-être, la prochaine fois.
Quand, parmi une bande de copains en sortie, l'un d'eux se comporte de manière considérée comme grossière et inconvenante, ce sont les autres qui se sentent brusquement "gênés pour lui", et qui, bien souvent, se détournent et affectent de ne plus le connaître.

Non, ce ne sont pas les malades mentaux qui perçoivent le diagnostic comme une honte. Ce sont certains autres autour d'eux qui éprouvent et leur prêtent ce sentiment. Mais, instinctivement, tous, les malades comme leurs proches éprouvent, non pas la honte, mais une terreur envahissante pour tout ce que ce diagnostic annonce de malheur et d'impuissance à venir, et qui pourrait leur donner tort? Car ils se doutent bien, malgré tous les discours hypocritement lénifiants et faussement rassurants que les "professionnels" leur tiennent, qu'ils risquent fort d'avoir tiré un très mauvais lot à la foire de la vie. Et **la peur, ce n'est pas la honte**.

Cette prétendue honte-là, c'est une morale pervertie, inventée par ceux qui ne savent que s'en draper et qui, du haut de leurs certitudes bien-pensantes, voudraient toujours imposer leur "morale" aux autres et là où elle n'a que faire.

Il paraît qu'un traitement ne peut plus être une **punition**. C'est ce dont tente de se convaincre, chaque jour, le diabétique qui se fait sa piqûre car, personne raisonnable, il essaye de "se raisonner". C'est aussi la démarche intérieure adoptée par de très nombreux cancéreux ou autres malades graves dont le traitement est extrêmement pénible. Toutefois, s'ils se "raisonnent", arrivent-ils pourtant à se persuader que leur traitement n'est pas une punition? En arriveraient-ils même à croire que le traitement constituerait, en quelque sorte,une récompense (*c'est pour ton bien*)? Un petit traité de remise à jour du masochisme s'impose sans doute...
Mais quel est donc l'esprit lumineusement génial qui parvient à se persuader (*au point de vouloir y faire croire aussi les autres!*) que les malades mentaux puissent, eux, raisonnablement et constamment, "se raisonner" ? La méthode Coué, ça n'est pas fait pour les chiens?

Il paraîtrait que "**il existe toujours une solution**". Comme toujours, tout dépend de ce qu'on appelle "solution", qui en décide, et pour qui. La solution "existe toujours" si, prudemment, vous ne la qualifiez pas; elle existe toujours, si elle ne vous est pas imposée à vous personnellement mais à un autre et, surtout, si vous ne comptez pas trop sur une **solution heureuse** ni même **satisfaisante**.
Quand le psychiatre pense avoir obtenu une amélioration relative de l'état mental de son patient et croit avoir fait "le maximum" que ses connaissances lui permettent d'entreprendre, il se déclare satisfait: c'est normal, il pense avoir fait ce qu'il pouvait. Cela ne signifie nullement que le résultat soit satisfaisant du **point de vue du malade**.
A partir de ce moment, le sort du malade passe entre les mains de l'assistant(e) social(e). Comme ce nouvel "intervenant" et le psychiatre ne font pas nécessairement, de la vie en général et de leur client en particulier, la même évaluation, et comme ils n'échangent que peu leurs points de vue ("*ce que fait l'autre, ce n'est pas ma partie*"), la solution finalement trouvée pour leur client commun n'est, le plus souvent, que boiteuse et précaire, pour le moins. Les descendants possibles d'un certain Docteur Pangloss peuvent en effet prétendre qu'**une solution existe toujours**... mais **quelle solution? Pour quels Candides?**

Quant à "**l'échec personnel**", il est inutile d'y revenir ici (*voyez l'article "casques bleus"*). Mais, une fois de plus, admirons la duplicité des grands "**machins**" (*pour reprendre l'expression célèbre d'un général et ancien président de la République Française bien connu*) qui parviennent toujours à **énoncer des recommandations littéralement ruisselantes de bons sentiments, tout en les sachant impraticables**:
"**Aucune discrimination ne doit s'exercer sous le prétexte d'une maladie mentale.**" Avant même que l'homme en général et les politiques ne s'en mêlent, c'est la nature elle-même qui crée ces discriminations et, si c'est le droit de chacun de les trouver injustes, le devoir des sociétés et de chacun devrait être de s'efforcer d'atténuer ces "injustices naturelles".
Mais prétendre que des discriminations délibérées (*pour le travail, notamment*) visent les malades mentaux, voilà une bien belle et bien sournoise **hypocrisie.** Toutes les activités de notre société, celles qui nous permettent de survivre et de vivre parce qu'elles rémunèrent notre travail et parce qu'elles fournissent du travail aux autres, toutes ces activités, nous les avons développées et prévues **uniquement en fonction de nos capacités de bien-portants.** Celui dont les capacités mentales [de travail] ne sont plus au niveau de celles de tous**,** comment pourrait-il entrer en compétition avec les autres pour des places en nombre limité, déjà insuffisantes pour la

population des bien-portants plus rentables? Et pourquoi un patron et une firme dont la survie financière dépend de la "rentabilité" engageraient-ils plutôt un malade mental imprévisible, non fiable, peu productif et peu rentable, alors que de nombreux bien-portants plus fiables se présentent et se pressent à l'embauche?

La paupérisation progressive, dont on sait bien qu'elle frappe les malades mentaux, ne résulte pas d'une prétendue discrimination, elle est est la conséquence de la perte de leurs compétences et de leurs qualifications sur le marché du travail. Tout le monde le sait, personne ne le reconnaît. Pourquoi?
Parce que **notre société ne veut admettre aucun de ses échecs**: ni dans le domaine de **la psychiatrie**, dont elle tente de masquer les échecs derrière des annonces de progrès manifestement exagérées, ni dans **le domaine social** où les nombreux acquis du siècle dernier s'effritent chaque jour par pans entiers.

En d'autres termes, certainement moins agréables que ceux des discours officiels, disons que les maladies mentales sont une calamité naturelle propre à l'espèce humaine, qui produit en son sein des disparités, des handicaps et des souffrances durables, extrêmes, souvent insurmontables par ceux qui en sont les victimes. N'en déplaise à certains, **nous devons reconnaître n'y avoir pas encore le remède adéquat.**

Tant que nos sociétés n'auront pas le courage de regarder cette vérité-là en face, tant que nous n'aurons pas accepté de **payer le juste prix** pour compenser efficacement les disparités et les handicaps (recherche biologique enfin organisée à l'échelle mondiale, mesures sociales ***tenant effectivement compte des spécificités des maladies mentales et de leurs victimes***), nos sociétés continueront à trouver et à désigner des boucs émissaires (*la prétendue discrimination, entre autres*) sur lesquels évacuer la honte que leur immobilisme et leur passivité leur inspire, et les solutions proposées ne seront que de tristes et mauvais pis-aller.

Savoir Lire *ENTRE* les lignes

Sans aucun doute c'est, au départ, l'existence de ceux qu'on appelle des "malades mentaux" qui justifie la création de cette institution très malencontreusement baptisée "LA SANTÉ MENTALE".

Résultat d'erreurs du développement précoce du cerveau - pour des raisons et par des mécanismes dont la plupart sont encore obscurs -, les troubles du fonctionnement cérébral entraînent de nombreuses incapacités d'apprentissage et d'adaptation au monde environnant (ce sont en réalité une seule et même chose).

Les analogies apparentes que les "maladies mentales" peuvent présenter avec d'autres affections mieux maîtrisées sont trompeuses. En général, on ne s'aperçoit qu'assez tard de leur existence chez leurs victimes, et leurs manifestations fluctuent au cours du temps. Ceci peut, superficiellement, imiter le déclenchement d'une "maladie", suivi de son "processus morbide plus ou moins évolutif", suggérant ainsi, faussement, des causes extérieures et actuelles (*qu'elles soient "psychologiques" ou "sociales", ou " biologiques et toxiques", etc., etc.*).
Pareille interprétation est, fort probablement, une monumentale erreur dans laquelle de nombreux "professionnels de la santé mentale" continuent, les uns d'y tomber ou de s'y engouffrer, les autres de s'y obstiner (*est-ce l'inertie des habitudes, la paresse d'esprit, ou parce que se recycler en neuroscience est un effort excessif pour beaucoup?*)

Plutôt que de maladie mentale, il vaudrait mieux sans doute parler d'un phénomène comparable à une malformation qui frappe précocement le cerveau, ce véritable organisme à lui seul, cet organe extraordinairement complexe à l'intérieur du restant de notre organisme. Le cerveau se développe et se remanie sans cesse depuis les premières semaines de l'embryon jusqu'au delà de l'enfance. Tout avatar ou "erreur" ou "altération" survenant pendant ce développement (*l'organogénèse cérébrale*) modifie profondément, irréversiblement, le cours du développement ultérieur, l'organisation et la structure finales du cerveau.

Les personnes atteintes ne devraient pas être appelées des "malades" mentaux, elles sont plutôt des infirmes ou des invalides mentaux. L'habitude du nom est malheureusement prise et, par facilité plus que par accord, on la suivra ici aussi. Les altérations de l'architecture cérébrale des "malades mentaux" se traduisent par des troubles de la conscience, de la pensée, des sentiments et de l'humeur qui, à leur tour, se manifestent en fin de compte par des anomalies du comportement (*"anomalie", contrairement à l'opinion courante, ne contient pas de jugement de valeur, sauf dans l'esprit des pseudo-professionnels qui veulent y faire croire*). On charge des médecins spécialisés (les psychiatres) de combattre ces manifestations.

Globalement, les traitements "médicaux" et "psychologiques" mis en oeuvre dans ce but n'ont, au mieux, qu'une efficacité aléatoire et réduite, incomplète. Forcément non curatifs, puisqu'ils ne peuvent ni supprimer ni corriger les défauts inconnus à l'origine des "maladies mentales" (*ils ne réorganisent pas les circuits cérébraux mal cablés, ils tentent seulement, **à l'aveuglette**, de favoriser ou, au contraire, de contrecarrer l'activité des uns ou des autres*), ils laissent persister de nombreux troubles et apportent eux-mêmes des difficultés supplémentaires liées au caractère non spécifique de leur action.

Par conséquent, même "soignés", les malades mentaux continuent d'être malades, et donc d'exister en tant que tels, les "traitements médicaux" ne suffisant en général pas à leur rendre toutes les capacités fonctionnelles nécessaires à leur intégration dans les structures standard de nos sociétés industrialisées modernes. Autrement dit, les traitements médicaux ne font pas disparaître tous les malades mentaux du paysage social. Une proportion significative de ces malades va ainsi constituer, bien malgré eux, un corps étranger dans l'ensemble du corps social. Cela signifie qu' **il faudra trouver des "solutions sociales" pour suppléer les "carences de la médecine".**
Cela signifie aussi qu'isolément et indépendamment les unes des autres, les interventions purement médicales et les interventions uniquement sociales n'offriront qu'exceptionnellement

des solutions réellement satisfaisantes aux problèmes rencontrés par les malades mentaux. Il faudra que médecins et travailleurs sociaux s'informent et s'instruisent mutuellement, qu'ils collaborent étroitement en fonction et en faveur de leur clientèle. L'habitude n'en est pas encore répandue.

Dans ce domaine "non marchand" de nos activités, en pleine expansion et, plus particulièrement dans le secteur désormais appelé "SANTÉ MENTALE", différentes catégories de personnes vont alors se mettre à proliférer. Cette prolifération est proportionnelle à notre ignorance et à notre réelle impuissance face aux "maladies mentales". Elle reflète la confusion permanente entre connaissances avérées et convictions philosophico-religieuses quasi sectaires (*là où il ne s'agit que d'opinions, chacun est "expert" et "toutes les opinions sont respectables"*).
De nos jours, on appelle les acteurs de ce secteur des "**intervenants**", dont la raison d'être officielle est, à l'origine et en principe, l'amélioration du sort, l'amélioration de la "qualité de vie" des malades mentaux. Ce seront, d'une part des intervenants médicaux et paramédicaux mais, d'autre part aussi des intervenants sociaux. Certains, parfois, sont des hybrides entre ces différentes disciplines ou ils les cumulent (*ce qui, souvent, peut signifier qu'ils n'en maîtrisent réellement aucune*). Ces spécialistes se répartissent sur deux niveaux principaux.

Le premier niveau d'intervenants, ce sont, tout d'abord, les "vrais" acteurs du secteur, les "professionnels", parmi lesquels figurent ceux qui sont plus ou moins proches du terrain, du champ d'action (*quoiqu'aucun ne voudrait avouer son ignorance éventuelle du terrain*). Ce sont, par exemple, des psychiatres et des psychologues, des infirmières et des infirmiers, des travailleurs sociaux. C'est l'infanterie, la piétaille, la chair à canon, les besogneux, ceux qui sont, sinon en permanence, du moins fort souvent, en contact direct avec les malades.
A eux, auraient-ils pourtant des choses à dire à propos de leur expérience de terrain, qu'on ne leur demanderait pas leur avis sur "la santé mentale". Ou bien, on s'arrangerait pour ne le leur demander que hors contexte pour, à l'occasion, renforcer une opinion ou seulement pour l'anecdote, ce qui lui ôte toute portée générale. Ces intervenants-là ont fini par en prendre leur parti et, en général, ils se taisent.

Le deuxième niveau (plus "élevé") d'intervenants, ce sont les décideurs, c'est-à-dire des personnes qui détiennent une parcelle, plus ou moins importante, de pouvoir politique. Ils ne sont pas sur le terrain, ils n'en ont pas d'expérience personnelle. Ils n'ont pas non plus de contact direct avec les malades, la plupart n'en ont même jamais rencontré. Ce sont les hommes et femmes politiques. Eux, évidemment, ils parlent. C'est un de leurs rôles mais, pour des raisons évidentes, ils ne disent que ce qu'ils croient qu'on désire leur entendre dire.
Ils ne sont pas seuls; pour pouvoir montrer qu'ils savent de quoi ils parlent, ils choisissent et s'entourent de "conseillers conseilleurs techniques", c'est-à-dire de personnages parfois issus du premier niveau ("*sortis du rang*") mais en général trop heureux de s'en dégager au plus vite pour de multiples raisons qu'il serait oiseux et, sans doute, malséant de détailler ici. On pourrait peut-être considérer qu'ils se situent à un niveau intermédiaire entre les deux premiers (*on peut aussi y trouver des philosophes et des sociologues, etc., venant de milieux académiques ou espérant soit s'en rapprocher soit y revenir.*)

Ces conseillers s'estiment, à divers titres, détenteurs d'une expertise en "santé mentale" dont attestent des diplômes d'études supérieures en psychologie, sociologie, économie, parfois même médecine, etc., etc. La proximité (*promiscuité?*) des membres de cette "**intelligentsia de la santé mentale**" avec le pouvoir politique accrédite et renforce l'idée de cette expertise et de leurs compétences qui semblent aller de soi. Elle leur confère, auprès du grand public, un certain prestige et une réputation qu'à elle seule la compétence effectivement acquise par l'expérience du terrain (*que souvent, d'ailleurs, ils n'ont pas*) ne suffirait habituellement pas à étendre au-delà d'un cercle restreint d'initiés.

Les retombées, matérielles, sociales et d'amour propre peut-être plus encore, dont ces conseillers espèrent bénéficier du fait de leurs positions dans l'ombre du pouvoir, ne peuvent qu'encourager ces experts à ***ne pas dire*** clairement, aux politiques qu'ils conseillent, même s'ils en sont avertis, les vérités que ces derniers ***ne désirent pas*** ou même dont seulement on

imagine qu'ils ***pourraient ne pas désirer*** les entendre. Pourquoi, en effet, prendraient-ils le risque d'encourir le déplaisir de leur ministre du moment? Par conséquent, eux aussi ils ont tendance à ne dire que ce qu'ils croient qu'on désire leur entendre dire.

Il en va de même pour ces experts délégués par leur pays auprès de l'une ou l'autre grande organisation supranationale dépendant des Nations Unies, comme par exemple l'O.M.S., pour ne pas la citer. Comment ces experts pourraient-ils se permettre de critiquer, même et surtout si elle est criticable, la politique de santé publique pratiquée dans leur pays, alors qu'ils ne sont pas vraiment indépendants des autorités politiques de ce pays?

C'est pourquoi, tout comme les déclarations et annonces des politiques sont, en principe, toujours soumises à l'examen critique de tous les citoyens et de leurs représentants élus, les rapports des experts sur lesquels ces déclarations se basent devraient, eux aussi, être confrontés les uns aux autres (recoupés) et comparés à la réalité qu'ils prétendent décrire.

> **Il faut être capable de lire entre les lignes des déclarations politiques pour en dégager la vraie signification: celle que les politiques ne désirent éventuellement pas voir ou laisser voir; il faut lire entre les lignes des rapports d'experts pour en débusquer la vérité que les experts n'osent éventuellement pas montrer aux politiques qu'ils conseillent de leurs avis.**

C'est ce que la presse devrait aider le citoyen à faire, mais souvent elle oublie cette tâche essentielle. Peut-être intimidés par *l'argument d'autorité* que constitue le prestige de l'expertise officiellement conférée et reconnue, de nombreux journalistes font confiance inconditionnellement aux "experts" (*puisque ce sont des experts!*) Ceux-ci ont alors toute latitude pour faire eux-mêmes et à eux seuls, dans les déclarations et communiqués à la presse, le jeu des questions et des réponses. De cette manière, les questions gênantes ne risquent guère d'être jamais posées, et les journalistes peuvent croire trouver, dans les "aide-mémoire" gracieusement mis à leur disposition, leur travail tout mâché. Ils n'ont plus à se documenter au préalable, même lorsque les sujets abordés leur sont peu familiers ou même, totalement étrangers. Les éventuels paresseux y trouvent sûrement leur compte mais, pour ce qui est de la vérité, il n'en va souvent pas de même.

Quelques exemples suivent, destinés à illustrer le danger évident de pareilles habitudes. Ce danger s'appelle la **désinformation**. Pour les politiques, ce danger s'appelle aussi **prendre ses désirs pour la réalité**, c'est le danger de confondre les discours annonciateurs de bonnes intentions avec leur concrétisation dans la réalité quotidienne; il consiste à faire des promesses sans se soucier de savoir si on pourra les tenir, et parfois même cela revient à laisser croire qu'elles sont déjà tenues: c'est alors plus que de la **démagogie**; dans le dernier cas, cela s'apparente au **mensonge** pur et simple.
Dans le domaine de la "santé mentale" (*où il est habituel de confondre faits avérés et opinions à propos de faits supposés*), il est toujours possible de choisir les bons "experts" pour trouver des apparences de justification à n'importe quelles attitudes, aussi incohérentes ou contradictoires soient-elles; les politiques ne demandent évidemment qu'à se laisser séduire par les théories qui, par leur opportunité du moment, leur conviennent. Ils semblent ne prendre l'avis d'experts que pour en recevoir la bénédiction de leurs décisions et, bien sûr, l'absolution *a posteriori* comme *a priori* de leurs erreurs.
C'est au grand public de résister à ces dérives, c'est à la presse d'y rester attentive et de les dénoncer en exposant pour ce qu'elles sont les contradictions des experts et celles des politiques.

Déjà évoqués ailleurs, les propos tenus (*en mai 2001*) par notre ministre Mme Aelvoet (v. *Casques bleus?*) sont un exemple de désinformation particulièrement flagrante ("SANTÉ MENTALE - Les ministres appellent à l'action", *p. 109, à l'adresse http://www.who.int/mental_health/media/en/250.pdf* [2,37 MB] *sur le site de l'O.M.S.*) puisque, par exemple, ils suggéraient que les services de "soins à domicile" pour les malades mentaux

auraient déjà été une réalité à la date où le ministre prenait la parole... Allez donc vérifier sur place ce qu'il en est!
Mais la ministre n'en reste pas là!
En effet, faire passer la suppression, en vingt-cinq ans (?), d'un grand nombre de "lits psychiatriques chroniques" pour une bienveillante incitation au retour à domicile, prétendre ensuite créer de cette manière la possibilité pour les malades mentaux de "fonctionner et travailler normalement" depuis chez soi, ne pourrait-on y déceler un certain cynisme? Mais peut-être cela peut-il se comparer aux discours d'une soirée de charité soigneusement médiatisée, dans l'un ou l'autre orphelinat; on y lirait quelques extraits de Contes de Perrault ou de Grimm, version moderne revue, corrigée et supervisée par les *ministères réunis des Affaires Sociales, de la Santé Publique and Co*., et tout le monde se féliciterait pour la bonne ambiance qui règne. Mais **cela apporte-t-il quoi que ce soit de "positif"** à la situation déplorable des malades mentaux (*cela l'aggraverait plutôt*)? Cela a-t-il un rapport quelconque avec la réalité? Les statistiques des agences pour l'emploi disent ce qu'il en est à ceux qui prennent la peine de les consulter.

Dans un communiqué émanant du Cabinet du Ministre des Affaires Sociales (30.04.1999 - 18) ayant trait à la "Programmation des services psychiatriques" (et qu'on peut encore trouver aujourd'hui (1er juin 2002) à l'adresse http://faits.fgov.be, nos ministres montrent à quel point ils sont bien informés par leurs conseillers et combien ils maîtrisent le savoir des sujets dont ils décident. Ainsi, dans leur communiqué de presse, faisant allusion aux patients schizophrènes, ils prennent bien soin de renvoyer le lecteur à une note explicative précisant qu'il s'agit de personnes souffrant d'un dédoublement de la personnalité... Où il y a de la gêne, il n'y a pas de plaisir, comme on dit très justement. Ce ne sont que des ministres, après tout.

Sur leur site (vandenbroucke.com), à la date explicite de mars 2001, nos ministres annoncent que "...***en janvier 2001***, un groupe de travail composé d'experts sera constitué. Ce groupe de travail aura pour mission de réaliser rapidement (sic) une étude portant sur les services de psychiatrie..."
Il est permis de se poser des questions: s'il s'agit d'une erreur typographique, où est-elle? est-ce mars 2001 qui est une erreur, ou bien est-ce janvier 2001? La date de mars 2001 se trouvant dans le titre (en plus grands caractères), on pencherait plutôt pour la deuxième hypothèse. Mais peut-être faudrait-il la considérer non pas comme une erreur, mais comme l'indice d'une volonté d'extrême rapidité et le recours à la rétroactivité? (*serait-ce une nouvelle technique de l'oxymore, "la rétrospection anticipative"*?) Ou encore, mais alors malheureusement, ne serait-ce qu'une bonne intention *oubliée* (*avortée*) depuis, dont personne ne sait plus très bien si elle a été concrétisée ou non? (*et alors, dans le doute, positivons, c.à.d. parlons en quand même, à tout hasard...*)

Dans le même document ministériel, on peut lire, dans les dernières lignes, au chapitre des bonnes intentions finales, la résolution portant le n°8: "le **service social** sera légalement reconnu, normé et financé, **en prélude à la mise en oeuvre** d'un service d'accompagnement des patients dans chaque hôpital."
Ce qui suggère fortement qu'un tel service n'existerait toujours pas. Que font alors les travailleurs sociaux qu'on rencontre dans les couloirs des services et hôpitaux psychiatriques? (*ces rencontres seraient-elles fortuites, ou les travailleurs sociaux ne seraient-ils là que pour faire du macramé [c'est déjà mieux que faire tapisserie]?*)
A ce propos, rappelons les affirmations trouvées dans les documents diffusés récemment par l'O.M.S. au sujet du projet "Atlas" mis sur pied par cette organisation, destiné, avec le "Rapport sur la santé dans le monde en 2001", à faire un état des lieux sur la santé mentale dans tous les pays.
Pour ce qui est de la Belgique, l'O.M.S. **ne dispose pas** de données concernant le nombre de travailleurs sociaux travaillant dans le secteur de la "santé mentale" (*pour la bonne raison que ces chiffres ne lui ont pas été communiqués; traduisons: les autorités belges ne les ont pas*).

Bien sûr, on nous rétorquera qu'il ne faut pas prendre toutes les affirmations, estimations et projections dans l'avenir faites par l'O.M.S. pour paroles d'évangile.

Tout d'abord, dans son tout récent projet "Atlas" (2001), l'O.M.S. nous dit ceci, qui est révélateur: "On ne dispose d'aucune donnée [*pour aucun pays* - J.D.] sur le nombre de travailleurs sociaux intervenant dans les divers secteurs de la santé mentale,..." Alors, qui devons-nous "croire"? Nos ministres, qui vont financer les travailleurs sociaux de la santé mentale, ou l'O.M.S. qui prétend qu'on n'en connaît pas les effectifs? On optera sans doute pour un compromis "à la Belge", ce qui signifie qu'on financera sans savoir qui ni quoi ni combien... mais on n'en a sans doute pas fini avec les "préludes".

Non, ne prenons pas les évaluations de l'O.M.S. pour paroles d'évangile. Les rédacteurs du document sur le projet Atlas avouent eux-mêmes, à propos de la collecte des données sur lesquelles leurs estimations se basent, que "On ne dispose pas actuellement de précisions sur les méthodes ou les types de collectes de données". Ils ajoutent: "Les études épidémiologiques sont également de qualité et de taille très variables. On ne dispose pas actuellement de davantage de précisions sur celles-ci".

Quelle confiance peut-on accorder à des évaluations et des statistiques dont ceux qui les ont établies reconnaissent eux-mêmes qu'ils ne savent pas comment les données en ont été recueillies?

Dans le document ministériel déjà cité plus haut, les ministres nous disent: "Il y a un manque criant de bonnes données épidémiologiques en matière de santé mentale".
Permettons-nous de rappeler aux enfonceurs impénitents de portes ouvertes l'existence d'un arrêté royal (*qu'ils sont payés pour ne pas ignorer*) publié au Moniteur du 3 décembre 1996, qui stipule que **les données statistiques relatives aux séjours en service neuropsychiatrique ne doivent pas être transmises au ministre de la santé publique**.

Une autre résolution des ministres, portant le n° 6 dans le document déjà cité, n'est pas "triste" non plus. Elle nous dit que "**Les soins psychiatriques à domicile seront soutenus financièrement grâce aux moyens financiers provenant de la reconversion, plus un budget supplémentaire de 100 millions** *[BEF]*.
Ce que les ministres ne disent pas, c'est que la "reconversion", c'est-à-dire la restructuration (*le dégraissage*) de tout le système psychiatrique d'hospitalisation et de soins a été entamée depuis plus de 10 ans au moment où ils en escomptent encore des économies. Si, là où elle a pu être menée à bien, c.à.d. principalement en Flandre, la reconversion avait permis de faire des économies, ce dont nous doutons fortement, on peut soupçonner que ces maigres économies devraient aujourd'hui s'être volatilisées depuis belle lurette (*la reconversion vers une psychiatrie "ambulatoire"* ***de qualité*** *ne peut pas conduire, dans son ensemble, à un système moins coûteux que le système "hospitalocentrique" actuel, quoi que prétendent des théoriciens et administratifs qu'il vaut mieux ne pas tenter de qualifier*). Mieux encore, si une "reconversion" véritable, jusqu'à présent n'a pu être obtenue en Région Bruxelloise, de telle sorte que certains s'imaginent ***à tort*** qu'elle serait encore à venir et pourrait dégager d'hypothétiques ressources nouvelles, c'est parce que la programmation de la reconversion y rend cette dernière impossible: il y a, en Région Bruxelloise, un déficit de structures psychiatriques d'accueil, alors que la ***reconversion ne peut, légalement, se faire qu'à partir des excédents***. Les moyens financiers évoqués par les ministres, ce sont donc, en majeure partie sinon en totalité, des voeux pieux, le pot-au-lait de Perrette.

D'après un grand (?) quotidien belge qui sans doute éprouvait le besoin de souligner l'importance de "l'information" en en réitérant la mise en ligne sur le web à 24 heures d'intervalle (La Libre Belgique, 03 et 04/07/2002, http://www.lalibre.be/article.phtml?id=10&subid=90&art_id=69711), sous le titre évocateur (?) de "**Une réforme concertée**" (de source comme souvent non communiquée, ce journal ne voulant peut-être pas compromettre l'anonymat de ses indicateurs "infiltrés" dans les cabinets ministériels), nous apprenons que "**Les huit ministres compétents en matière de santé publique ont créé une force de travail** [sic, énergiquement baptisée "task force"!] **dont l'objectif est d'élaborer un nouveau concept de soins de santé mentale.**" , etc., etc.
Cela ne vous rappelle-t-il rien? Dans ce cas, rafraîchissez votre mémoire:

le **25 juin 1998 déjà**, Mme Magda de Galan, alors Ministre fédérale des Affaires Sociales, informait le Président de la Chambre, d'une Conférence Interministérielle de Santé Publique qui, précisément, avait établi les bases d'une pareille "réforme" (voir notre dossier "Revendications"). Comme déjà mentionné plus haut dans le présent article, **en mai 2001 déjà**, à l'occasion de la 54ème Assemblée Mondiale de la Santé (O.M.S.), participant à une "Table Ronde Ministérielle" (voir la fin de notre article "Casques Bleus"), Mme Magda Aelvoet, actuelle Ministre Fédérale des Affaires Sociales, etc... déclarait que les soins à domicile avaient été "développés", etc., etc.
Ne se serait-il donc rien passé en réalité depuis 1998? Mais alors, pourquoi se passerait-il quoi que ce soit en 2002, sinon une répétition de vieux discours sans effets? A vous de juger...

Si le visiteur de ce site a bien lu tout ce qui précède, il sera sûrement d'accord avec nous: il faut toujours lire, non seulement les textes eux-mêmes, mais entre les lignes aussi, pour en extraire tout le non-dit qui, bien souvent, est encore plus important que ce qu'on veut bien nous dire et nous faire croire.

Lire "entre les lignes" ne suffit pas. Il faut encore confronter les unes aux autres les déclarations successives de nos ministres et de nos "responsables" professionnels de la "Santé [mentale]", de même qu'aux prophéties de l'O.M.S. De telles comparaisons et confrontations sont édifiantes.
A l'occasion de la "**Journée Européenne de la Dépression**" (*que certains pourtant semblent mettre à profit pour ne pas s'emm...!*) à la date du 7 octobre 2004, notre ministre (Communauté Française) [de la prévention] de la Santé [mentale], le Docteur Catherine Doyen-Fonck aurait déclaré: "***Notre société est une société à deux vitesses: certains sont mentalement malades de trop travailler alors que d'autres le sont en raison de leur exclusion du système socio-économique.***" (*rapporté par le Dr Etienne Bourdon dans "Le Généraliste", n°709 du 21 octobre 2004, p.16*). Si c'est cela qu'on enseigne de nos jours dans nos Facultés de Médecine en Belgique, il va falloir sérieusement recycler tant les enseignants que leurs programmes. La confusion entre les effets prétendus (les "maladies" mentales) et leurs causes supposées continue ses ravages chez les ministres, même quand ils (elles) sont titulaires d'un diplôme de médecin!

La même ministre rappelait aussi que "***on peut effectivement craindre une véritable épidémie de dépressions dans les prochaines années.***" Ceci sans doute s'appuierait sur les prophéties alarmistes de l'O.M.S. qu'il est toujours de bonne politique de citer. Mais ce n'est pas exactement cela que l'O.M.S. prédit. Qu'on croie l'O.M.S. sur parole ou non, cette organisation annonce plus précisément que la charge financière résultant directement et indirectement des cas de dépression remontera progressivement au deuxième, sinon au premier (?) rang du palmarès (le "hit-parade") des **charges globales** de "santé". Cela n'est certainement pas la même chose qu'une "***épidémie de dépressions***", mais cela frappe moins les imaginations! Remarquons aussi que, si nous devions en croire Mme la Ministre, on pourrait constater que c'est surtout depuis que nos responsables politiques s'évertuent à nous dire qu'ils "*mettent l'accent sur la prévention*" que l'on peut aussi les entendre dire qu'on "***peut craindre une véritable épidémie de dépressions dans les prochaines années***" (*alors, prévention, piège à c...?*)

De son côté, le Prof. Christine Reynaert (Psychiatrie CHU de Mont-Godinne, U.C.L.) s'interrogeait, lors de la même "Journée": "***Dans notre société, le droit à la santé n'est-il pas un leurre? Tout le monde ne peut pas être heureux tout le temps! Les gens ont parfois tort de le croire et sombrent dans la dépression au moindre échec.***"
Que de confusions et d'amalgames, involontaires ou bien délibérés? Car si, en effet, ce que certains appellent le "droit à la santé" n'est bien qu'un souhait, un leurre brandi par des rêveurs, une bienveillante utopie (*comme, par exemple, le droit [?] pour chacun de ne naître qu'à terme, beau, intelligent et dans une famille fortunée et célèbre*), par contre l'accès et le droit aux meilleurs soins en cas de maladie, eux, ne devraient certainement pas être des leurres puisqu'ils ne dépendent que de la volonté humaine et politique; on pourrait donc espérer que tous, y compris nos professeurs de psychiatrie, puissent en convenir et contribuer à leur mise en oeuvre!

De même, suggérer que la santé [mentale] ne consisterait qu'à être heureux en permanence (*à la manière d'une brute repue ou d'un benêt béat?*) et, inversément, laisser croire qu'être malheureux - avec de bonnes raisons de l'être - correspondrait à une mauvaise "santé mentale", voire à la dépression psychiatrique, quelle vision de la vie et de la psychiatrie est-ce là? Laissons donc, s'il vous plaît, pareil discours aux rédacteurs de communiqués et porte-parole de l'O.M.S.!

Toujours lors de la même "Journée", et telle une vérité enfin sortie de "la bouche des enfants", cette constatation en forme de voeu émis cette fois par des médecins généralistes: "***Les médecins généralistes suggèrent des réunions interdisciplinaires de concertation*** *[avec les psychiatres]*, ***à l'instar de ce qui se pratique déjà en oncologie, car il y a tout un suivi du patient que le psychiatre ne connaît pas du tout.***" (*Thierry Goorden, "Le Journal du médecin" n° 1625 du 22 octobre 2004, p.8: "Comme un nouveau souffle"*) (*on ne le leur fait pas dire, et souhaitons bonne chance à ces généralistes optimistes; cela ne se passe-t-il pas de tout commentaire?*)

> Dans un contexte plus "politique" bien qu'aussi plus "surréaliste" encore que ce qui précède, voici deux "informations" qui jettent une lumière crue sur les conceptions plutôt "infantiles" de nos gouvernants, politiques et décideurs au sujet de la "santé mentale", sur l'importance réelle qu'ils accordent en fait au sort des malades mentaux (*plutôt que ce qu'ils en disent*), et sur le mépris évident qu'ils affichent à l'égard de l'intelligence de leurs concitoyens.

1) Dans une "Fiche de Budget **2005** n°12" qu'on peut trouver sur un site web du gouvernement fédéral belge (*v.http://www.rudydemotte.be/communiques_asp/cp240904fr.doc 337K*), portant le titre de "circuit de soins psychiatriques", nos décideurs politiques et gouvernants nous rappellent que "***les Ministres compétents en matière de Santé ont décidé le* 24 juin 2002 *d'organiser l'offre des soins de santé mentale dans notre pays selon les principes des groupes cibles et des réseaux...***" . Il paraît que la "***mesure proposée***" aujourd'hui (pour **2005**!) a pour objectif de "***permettre la mise sur pied d'expériences pilotes de réseaux et circuits garantissant notamment la continuité des soins.***" Ils nous disent aussi que "***cette mesure permettrait une création d'emplois.***"
Et, pour en quelque sorte couronner cette succession de "déclarations d'intentions" débutant déjà en 1998-1999, on nous dit aujourd'hui que le coût (l'incidence financière) de cette mesure proposée sera nul. En effet, "***il s'agit d'une part, du transfert des moyens existants - correspondant aux lits des maisons de soins psychiatriques extinctifs*** (sic), ***à concurrence de 581.760 euros; et d'autre part, de l'utilisation de moyens prévus pour les "renouvellements de soins" - soit 1.627.000 euros qui seraient exclusivement utilisés pour l'élaboration de ces projets pilotes.***" (*une question indiscrète ne vous effleure-t-elle pas, du genre: "et ta soeur, va-t-elle au lit avec un extincteur? Comment s'y renouvelle-t-elle?"*)
Donc, aujourd'hui, c'est-à-dire très bientôt 2005, on en est toujours aux intentions, portant sur des projets seulement "pilotes", qui devraient tout à la fois créer des emplois et ne coûteraient rien (ils utiliseraient des ressources financières soit fictives, soit retirées d'autres postes où elles risquent pourtant d'être encore nécessaires).
Résumé: on vous dit que demain, c'est sûr, on rasera gratis, mais il ne faut surtout pas être pressé ni trop y croire, parce que cela fait déjà des années que cela dure sans qu'on en perçoive de résultats sensibles.

2) Récemment (26/10/2004), à la Chambre des Représentants, en Commission "Santé Publique", des questions ont été posées au ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique (Mr Rudy Demotte) sur les "projets pilotes relatifs à "l'**activation** des patients" (sic) dans le secteur des soins de santé mentale" (questions n° 4055 et 4099). Ces questions étaient révélatrices de la désarmante naïveté et des illusions que semblent nourrir, sur la "santé mentale" et tout ce qui s'y rapporte, ceux qui les posaient. A leur tour, les réponses du ministre laissent clairement entendre que les résultats obtenus par ces "projets pilotes" paraissent, dans l'ensemble, trop décevants pour que le gouvernement continue à les subsidier. D'après Mr Ludwig Verduyn, rédacteur au

"Journal du ***médecin***" (n°1629, 9/11/2004), **19** "projets pilotes en santé mentale" seraient ainsi arrêtés.

> Pour mémoire, rappelons que, d'après notre Administration des Soins de Santé, "*La fonction de soins activation doit être intégrée par les soins de santé mentale dans la perspective de l'inclusion. Le patient ne doit pas être le seul à devoir s'adapter aux attentes de la société. La société doit faire preuve d'ouverture et prendre des initiatives qui visent à soutenir la resocialisation des personnes présentant des problèmes psychiatriques*".
> (v. activation http://www.julierenson.be/files/activf.html [février 2003])
> D'après la même Administration, *les projets pilotes de "renouvellement en matière de soins concernent les soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile* [*comprenez les patients hébergés dans des 'initiatives d'habitations protégées*'] *et imposent une collaboration avec une 'initiative de coordination de soins à domicile'.*"
> (v. renouvellement http://www.julierenson.be/files/nvsof.html [février 2003]).

Ainsi, Mme la députée Annelies Storms (sp.a-spirit) a remarqué "***que les projets "arrêtés" concernent quelque 1.600 patients, leurs proches et un personnel nombreux (sic) - deux équivalents temps plein par projet [...]***"
Le ministre rappela que: "***L'objectif des projets était d'accompagner les participants dans leur recherche d'un emploi approprié dans le circuit régulier. Cette démarche n'a été couronnée de succès que pour moins de 8% des participants. L'accompagnement du parcours de formation dans le circuit régulier est quasiment resté lettre morte.***"
Mr le député Luc Goutry (CD&V) a néanmoins affirmé: "***Le secteur*** [de la Santé] ***lui-même reconnaît que les résultats obtenus à ce jour ne sont pas extraordinaires. Le ministre ne peut toutefois ignorer l'utilité indéniable de ces projets.***" (sic). (v. La Chambre, http://www.absym.be/chambre-sp-26-10-04.html, point 10).

Quelques remarques évidentes s'imposent à la suite de pareille lecture. Ainsi, commençons par procéder à un calcul d'arithmétique élémentaire, qui ne tient toutefois compte ni de l'hétérogénéité des nombres de "participants" à chacun des projets, ni de la diversité des pathologies dont étaient victimes ces participants (les intervenants au débat semblaient peu se soucier de cet aspect des choses). N'importe, faisons pour l'instant comme eux, parlons en nombres globaux et toutes pathologies confondues...

Si **19** projets ont été "arrêtés", portant sur **1600** "participants" et un personnel de 2 équivalents temps plein par projet, cela représente, en moyenne, 2 personnes "d'encadrement" ou "d'accompagnement" devant s'occuper chacune de plus de 84 patients à "activer".

Et on a l'inconscience (*l'indécence*) de trouver cela "**nombreux**"?
Par exemple, vous en connaissez beaucoup, vous, des instituteurs qui ne protesteraient pas si on tentait de leur faire éduquer des enfants - et des enfants **bien portants** cette fois - dans des classes comportant 42 enfants par enseignant? Et vous croyez sincèrement que l'enseignement, dans pareilles conditions, d'enfants, bien que ***non handicapés***, conduirait à des résultats acceptables? Et croyez-vous que les parents de ces enfants serrés à 42 par classe ne crieraient pas au scandale? Et ne sait-on pas que la "revalidation" de patients "mentaux", si on veut la croire possible, est pourtant encore bien plus délicate, difficile et plus longue que celle d'enfants bien-portants?
Alors, si, en effet, licencier quelque trente-huit (?) personnes "soignantes" peut légitimement être ressenti comme une perte d'emplois certes regrettable et non négligeable, on oublie l'essentiel: le nombre de ces personnes était en réalité tout à fait insuffisant, **dérisoire** même en regard des objectifs prétendument poursuivis, et leur échec était aisément prévisible.

On nous parle de "*perspective de l'inclusion*" (*vide supra*) qui serait le but poursuivi. Cette

"perspective" ne serait actuellement atteinte que par moins de 8% des participants, ce qui devrait correspondre à quelque 128 personnes. Mais celles-là, compteraient-elles "pour du beurre" pour nos responsables gouvernementaux? On veut espérer que ce sont ces 128 personnes peut-être "réinsérées" (*mais pour combien de temps si désormais on s'en désintéresse?*) auxquelles Mr le député Goutry pensait quand il parlait "**d'utilité indéniable**" qu'il n'a pas explicitée.
S'il a fallu quelque 38 personnes "soignantes", travaillant dans de fort mauvaises conditions, pour arriver à ce résultat, soit un peu plus de 3 aides par patient "réussi", doit-on trouver cela une proportion et une dépense excessives? Mais alors, quels sont donc les seuils de dépenses et de résultats à partir desquels on décidera que cela "n'en vaut pas la peine"?

Mr le député Luc Goutry disait encore: "Il est impensable qu'aucun projet ne donne satisfaction". Pourtant, n'oublions jamais que ce sont bien les faits qui toujours ont raison. Si aucun projet ne donne satisfaction, c'est soit qu'aucun d'eux n'est applicable en pratique, soit qu'il est inadéquat au but poursuivi, soit qu'aucun de ces projets ne dispose des moyens qui lui permettraient d'aboutir à la "satisfaction" recherchée.
En bref, soit les projets ne sont pas bons, soit ils n'ont pas les moyens de leurs ambitions.
Et cela, c'est tout à fait pensable. Mais sans doute n'a-t-on aucune envie d'y penser. Cependant, les "non-envies" ne suffisent pas à construire une politique.

Note: *Mme la députée Annelies Storm s'est étonnée qu'il n'ait pas été tenu compte de "l'avis" favorable à la poursuite des "soins activation" émis par le **C**onseil **N**ational des **E**tablissements **H**ospitaliers. On peut se demander si Mme la députée a réellement lu cet "avis" et si, dans ce cas, elle est parvenue à y comprendre quelque chose d'utile; en effet, le document en question n'est qu'un magnifique exemple de psittacisme administratif (du type "galimatias double" selon Voltaire). On ne peut qu'approuver le ministre de s'être assis dessus (voyez, si vous en avez le courage, mais n'en usez qu'avec la plus grande modération:*
http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/com/raden/ziekenhuisvoozieningen/adviezen/avis 2004/cneh d 235-1.pdf , 86 KB).

Certaines interventions publiques de nos **représentants politiques belges** sont suffisamment explicites pour ne nécessiter aucune interprétation compliquée, et dispensent donc opportunément de "lire entre les lignes". Qu'on en juge: au Sénat de Belgique, le 11 mars 2005, la sénatrice Mme Jacinta De Roeck a posé au ministre (Mr Rudy Demotte) une question sur les "soins de santé mentale" et les "maisons de soins psychiatriques" (MSP)(question n° 3-2344). La sénatrice y affirme, entre autres, que "*Les personnes pour lesquelles un **traitement psychiatrique** **est peu utile** ou n'offre plus aucune perspective et qui sont encore à peine considérées parce qu'elles n'ont **plus aucune utilité économique directe**, ont droit à un accompagnement et à des soins dans un environnement adapté, tel que celui qu'offrent les MSP*" (*je souligne*). Mme la sénatrice semble oublier que les MSP ont été instaurées, non pas à l'intention des personnes handicapées mentales, mais plus précisément pour les personnes devant ***continuer à bénéficier de soins et d'un traitement psychiatrique*** (même si on ne le qualifie pas d' "intensif", ce qui, d'ailleurs, ne veut rien dire...)
De plus, si les appréciations et jugements de certains sénateurs sur "l'utilité" des résidents de MSP ne laissent ici que peu de place au doute quant à leur "humanitarisme", pareilles appréciations pourraient tout aussi bien amener le citoyen lambda à s'interroger à propos de "*l'utilité économique directe*" de ces représentants eux-mêmes, pour employer leur propre expression...

Dans l'article du site Mens Sana intitulé "***Quatre Ans***", il était fait allusion aux tentatives de "*réseaux et de circuits de soins psychiatriques*" qui avaient été expérimentées dans d'autres pays que le notre. On rappelait que leur but était de limiter le nombre et la durée des hospitalisations et de prévenir les ruptures de traitement des malades en évitant de les laisser sans aucun suivi véritable (*cette absence d'un suivi digne de ce nom, chez nous mais aussi ailleurs en Europe, est la situation habituelle de la majorité des malades mentaux chroniques non hospitalisés*).
Nos politiques, dès **1998** (!), se sont saisis de ces mots - mais uniquement des mots! - constitutifs

de l'appellation "réseaux et circuits de soins psychiatriques", auxquels ils ont ajouté le "concept des groupes cibles" (*les jeunes, les vieux, les drogués, les alcooliques, etc.*). L'accumulation de tous ces beaux mots juxtaposés semblait alors augurer d'une toute nouvelle façon d'assurer les "soins psychiatriques" aux malades mentaux chroniques, elle paraissait promettre une "politique de soins" en quelque sorte révolutionnaire qui allait améliorer radicalement leur sort, les "resocialiser" voire même les "réactiver" (sic), tout en faisant les économies exigées par un budget de la santé publique et de la sécurité sociale menacé en permanence de faillite annoncée. On allait enfin s'y mettre (dans le courant de 2005), et on allait voir ce qu'on allait voir!

Des documents relatifs à ces annonces de "politique de soins" sont accessibles sur Internet, sur le site gouvernemental fédéral belge consacré à la "Santé publique" (http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/thema/sanment/Apilootproject-projet pilote/piloot volwassenen-projet pilote adultes/psychiatrische thuiszorg-soins psychiatrique à domicile/rapportfinale.pdf, 270 K , http://www.rudydemotte.be/communiques_asp/samfr.doc, 275 K, http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/thema/sanment/Apilootproject-projet pilote/piloot volwassenen-projet pilote adultes/soinsadomicile/lettreAPPELcandidature2005FR.pdf, 40 K). Les personnes motivées et ne reculant pas devant la perspective d'une lecture et d'un décryptage extrêmement ardus, (*pour le moins de très faible rendement et fort peu gratifiants après traduction et débroussaillage indispensables*), peuvent tenter d'en prendre connaissance. Ici, je me bornerai à résumer ce qu'on peut en tirer (*plus que du vent?*):
notre gouvernement fédéral a désigné (choisi) ses "experts scientifiques" qu'il a chargés de lui faire un rapport "d'évaluation" sur des "projets pilotes" de soins psychiatriques, notamment pour les "patients résidant à domicile". Cette désignation et le "rapport sur l'évaluation de ces projets pilotes" semblent déjà constituer, en eux-mêmes, ce qu'on appelle un "projet pilote", ce qui permet à certains d'affirmer - avec une belle candeur - que les projets pilotes ont bien "démarré".

Le gouvernement fédéral ("l'autorité de tutelle") a fourni à ses "experts" un "modèle à suivre et à respecter" d'organisation des "soins psychiatriques" imposant de ne faire appel qu'aux structures et services existant déjà dans le pays (qu'il s'agisse de "santé mentale" ou de "services généraux et de soins à domicile"), ainsi qu'au personnel qui y fonctionne déjà actuellement (si la nécessité de tâches supplémentaires devait apparaître, elles devraient être accomplies par du personnel détaché des institutions et organisations existantes). Justification sous-jacente, non exprimée mais évidente de ces exigences: ne pas créer de dépenses nouvelles: il faut "faire avec ce qu'on a déjà" (*et on n'évoque surtout pas la possibilité, en de nombreux endroits de Belgique, de n'avoir rien encore, ou que ce qui existe peut-être serait très insuffisant!*).

De leur côté, les "experts scientifiques" choisis et subsidiés par le gouvernement ont, pendant deux années consécutives, utilisé ces subsides pour constituer, avec divers "intervenants", des équipes "scientifiques", pour réunir à diverses reprises ces équipes, leur permettre de se rencontrer, de se concerter, pour leur faire "mener une 'recherche' permettant de répondre aux questions posées par le gouvernement".
Cette "recherche" a consisté en réalité à faire une sorte d'inventaire des structures de "soins" (de "santé mentale" et de "services de soins généraux") existantes et, parmi elles, de celles disposées à établir une collaboration entre elles. Cette recherche a aussi tenté de résumer quantitativement, au moyen d' "évaluations" chiffrées en fonction du nombre d'accompagnants, du nombre des patients et du temps qui leur était consacré, les activités mensuelles des intervenants (soignants psychiatriques et autres) déployées lors des deux années de leurs interventions. Aucune "évaluation" du "rendement thérapeutique" de ces "projets" n'a été fournie ni même recherchée, semble-t-il.

Les "chiffres" fournis par le "rapport final" des "experts" sont des pourcentages divers (*de temps, parfois en nombres astronomiques de minutes! Et de personnes, parfois en nombres fractionnaires!*) à partir desquels il n'est le plus souvent pas possible de remonter aux nombres et valeurs originaux. On peut donc se douter qu'il serait difficile, pour une "autorité de tutelle" quelqu'elle soit, de tirer de pareilles "études" dites "scientifiques" (?) des conclusions utilisables en pratique pour la mise en oeuvre d'une politique rationnelle, cohérente et efficace de "soins psychiatriques".

Il est donc permis de soupçonner que là n'était pas le but poursuivi par le SPF Santé publique. Mais le gouvernement fédéral a officiellement fait la preuve de son souci des malades mentaux en chargeant des "experts scientifiques" de lui faire parvenir un rapport sur la question. Les "experts", quant à eux, après s'être réunis et après avoir réfléchi (2 ans), ont sorti leurs calculettes et ont pondu un certain nombre de pages à peu près illisibles bien que souvent répétitives; mais ils savaient que cela n'avait guère d'importance, car ils savaient d'avance que le ministre, qui se flatte de n'être pas technicien, ne risquait pas de les lire. L'important pour tous, c'est que les rapports aient été demandés et qu'on puisse dire qu'ils existent, même si cela ne change finalement rien dans le quotidien concret des malades.

Quant aux malades mentaux chroniques, quant à ceux qui s'en soucient réellement, qui donc se préoccupe de savoir s'ils retireront un jour un soulagement effectif de pareilles pantomimes psycho-administrativo-pseudo-"scientifiques"?

J'ai un peu hésité sur l'emplacement où faire part de l'information qui suit: la faire figurer dans "du positif" ? Ou bien dans "Entre les lignes" ?
Quoique, à première vue, la nouvelle qu'une véritable tentative **concrète** de "soins à domicile" était enfin envisagée ne pouvait qu'être accueillie avec l'enthousiasme que mériterait du "vrai positif", quelques instants de réflexion m'ont incité à la prudence et, finalement, j'ai préféré la signaler ici et laisser les internautes décider, après lecture, de l'interprétation qu'eux-mêmes ils donneraient de cette nouvelle.

Le 18 avril dernier, la Fondation Roi Baudouin a attribué au projet pilote "ACT Mendeljev" un subside, en provenance du Fonds Johnson & Johnson (un consortium de plusieurs firmes commerciales), de 100.000 euros par an renouvelable deux fois (donc 300.000 euros au total). Le projet ACT (***A***ssertive ***C***ommunity ***T***reatment) s'inspire d'initiatives déjà mises en place depuis quelques années dans certains états des U.S.A., ainsi que plus récemment en Australie et aux Pays-Bas. Le projet se limite actuellement aux communes bruxelloises d'Ixelles (St Alexius) et d'Etterbeek. Son coordinateur nous apprend que "*Les patients sont accompagnés d'une équipe de quatre thérapeutes disponibles jour et nuit*", et "une équipe ACT se compose de psychologues, d'infirmiers et d'assistants sociaux".

Des questions viennent aussitôt à l'esprit de ceux qui attendent en vain et depuis fort longtemps qu'on aide effectivement les malades mentaux chroniques; peut-être devrait-on suggérer au public intéressé de se les poser, lui aussi, bien qu'on n'ait pas éprouvé le besoin de les soulever dans la presse:

- combien d'ETP disponibles 24h sur 24 et ***hautement spécialisés*** (psychologues, infirmiers et assistants sociaux), disposant de quel salaire brut, peut-on espérer attirer dans de telles "équipes ACT" pour les rémunérer avec un budget annuel global de 100.000 euros?
- les déplacements de "l'équipe ACT", itinérante et en quelque sorte "volante" sont-ils, eux aussi, défrayés grâce à ces 100.000 euros?
- Une fois les trois ans du projet écoulés, quel organisme assurera le renouvellement du financement du projet? Ou bien pense-t-on que les malades "suivis" (par des "contacts" de quelle durée et à quelle fréquence dans le temps?) seront définitivement "réintégrés" ou "réinsérés" (sous-entendu: "guéris"?) dans la société au bout de trois ans, et qu'à partir de ce moment, on pourra s'en désintéresser?

Première publication: **15 Novembre 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification:3 Juillet**t 2006**

Projets ministériels (2)

de la ministre fédérale de "la protection de la consommation, de la santé publique et de l'Environnement"

*Il s'agit du projet (ou de "l'avant-projet") de Mme la ministre Magda Aelvoet, relatif aux "**Droits du patient**".*

Attendue depuis longtemps par de nombreux proches de malades mentaux, dans l'espoir qu'elle inspirerait ou imposerait enfin, à tous les psychiatres en général, des changements fondamentaux dans les attitudes et les comportements qu'ils adoptent habituellement envers les malades et leurs proches, cette future loi ne pourra pourtant apporter, dans la pratique, que très peu ou même **pas du tout d'améliorations notables** aux conditions actuelles d'hospitalisation et de traitement des malades mentaux chroniques. Leurs proches doivent donc se préparer à essuyer, une fois de plus, une amère désillusion.

En effet, si le projet de loi évoque bien, mais de manière très succincte - on pourrait même dire furtive -, le cas de personnes incapables, il ne prévoit aucunement la situation particulière des **malades mentaux majeurs hospitalisés sous contrainte, eux qui n'ont aucun moyen de désigner, à l'avance et quand ils en sont encore capables, c'est-à-dire en toute connaissance de cause, une "personne de confiance" pour les représenter.**

LES MALADES MENTAUX PSYCHOTIQUES CHRONIQUES SONT, A NOUVEAU, LES OUBLIES DE NOS MINISTRES, DES RESPONSABLES POLITIQUES ET DES "EXPERTS" QUI PRETENDENT LES CONSEILLER.

L'avant-projet de loi comporte une énumération des droits du patient. Parmi ceux-ci, le premier est "*le droit à la prestation de services de qualité*" qui a pour but de garantir à chaque patient

1) "***des soins de santé efficaces, vigilants et de bonne qualité***".

En psychiatrie, les appréciations portant sur l'**efficacité**, la **vigilance** et la **qualité des soins** sont empreintes d'une très grande subjectivité et ne peuvent que rarement faire l'objet, entre professionnels, d'un consensus qui serait obtenu sur des bases scientifiquement étayées et universellement reconnues.

Bien souvent, dans notre pays, force est de constater que seuls les proches de malades mentaux s'avèrent à même d'évaluer à peu près correctement "l'efficacité des soins de santé" (ou l'absence d'efficacité) que les "prestataires de soins" sont censés apporter à leur malade.

a) En effet, à quelle aune mesurer "**l'efficacité**" sinon à l'ampleur (et à la qualité?) de l'amélioration obtenue dans la manifestation des signes et symptômes du malade? **Par définition, l'efficacité s'évalue d'après l'écart constaté entre les buts recherchés et les résultats effectivement obtenus**. Et quelles sont les personnes les mieux placées pour apprécier au plus juste l'importance effective de cet écart?

- Est-ce que ce sont les membres de l'entourage proche qui, depuis toujours, ont connu et cotoyé en permanence et de près le malade et ont participé à sa vie (l'ont partagée) et, souvent, le font encore?
- Ou bien est-ce que ce sont les "experts" et "professionnels" qui, chaque jour, en plus de multiples autres activités, rencontrent plusieurs patients comme lui (*pour les professionnels, ils ne sont en somme que de vagues "connaissances de rencontre"*) et doivent consulter leurs notes pour se souvenir de la teneur et des particularités du dernier "entretien" plus ou moins long, plus ou moins ancien, qu'ils ont eu avec tel ou tel patient en particulier?

La tentation est grande de dire que, poser la question, c'est déjà, en grande partie, y répondre. La future loi, *comme elle ne prend aucunement en considération les malades mentaux*, ne fait pas non plus **obligation** aux prestataires de soins de consigner dans le dossier médical du patient les observations des membres de sa famille, de ses proches, ni de son possible représentant désigné (choisi?)

b) Ensuite, qu'est-ce, en psychiatrie, que des **soins de bonne qualité?** Telle quelle, cette notion est toute subjective et, figurant dans une loi, ne peut conduire qu'à des interprétations contradictoires et, éventuellement, à des polémiques et disputes insolubles, voire des litiges entre "experts". La seule façon d'objectiver quelque peu la notion de "bonne qualité", c'est de la subordonner à la notion d'efficacité déjà évoquée précédemment.
En médecine en général, les soins de bonne qualité, - et lorsqu'ils sont prodigués à bon escient -, ce sont ceux dont la *spécificité* et l'*efficacité* ont été scientifiquement démontrées et sont raisonnablement garanties et raisonnablement prévisibles dans une très grande majorité des cas. **Pareille garantie a-t-elle jamais existé dans le domaine de la psychiatrie?** ...
Pour les malades mentaux psychotiques chroniques, on peut donc prévoir que ***cette loi sera inopérante***. Du moins, la "qualité" des soins sera toujours considérée comme bonne par ceux qui les dispensent, [parfois ou] souvent mauvaise par ceux qui les reçoivent, toujours détestable par ceux qui les subissent. Les contestations fréquentes qu'à coup sûr ces soins ne manqueront pas de faire naître ne seront pas tranchées objectivement, en équité, mais en fonction d'opinions, de convictions subjectives, et sans doute plus souvent en faveur des professionnels, seuls et toujours réputés "experts", plutôt qu'en faveur des proches du malade, toujours réputés ignorants et incompétents.

c) Où commence et où s'arrête la "**vigilance des soins**" pour les patients mentaux psychotiques chroniques? Les proches de ces malades savent, eux, qu'il s'agit d'affections fluctuant au cours du temps, dont les manifestations sont imprévisibles, même d'un jour à l'autre, et que la **"vigilance"** des professionnels, quoique réputés experts, est bien trop souvent prise en défaut, pourtant sans que cela remette jamais leur qualité d'expert en question. Les "**soins vigilants**" tels que prévus par la future loi sont donc un terme dépourvu de signification réelle pour ce qui est des malades mentaux chroniques.

L'affirmation du "droit à la prestation de services de qualité" n'est donc, en ce qui concerne les malades mentaux psychotiques chroniques, pas mieux définie, ni plus contraignante, ni finalement plus crédible que ne le serait une déclaration ministérielle qui annoncerait, par exemple, que "***le temps venu, seront prises toutes les mesures adéquates que la situation imposera***". En fait, cela n'engage pas à grand-chose.

2) D'après cette loi, le patient aurait aussi le "***droit au libre choix du prestataire de soins***".

Ici encore, les malades mentaux hospitalisés sous contrainte sont, en fait, (*mais non de **leur** fait!*) "**hors la loi**". En effet, les établissements psychiatriques qui, dans chaque Région du pays, disposent de sections dites "fermées" où ces malades peuvent être pris en charge, sont en nombre très limité et leurs capacités d'accueil sont, la plupart du temps, saturées. Même quand les malades acceptent d'être "soignés médicalement", ils n'ont pratiquement aucune possibilité de libre choix du "prestataire de soins", qu'il s'agisse de l'établissement ou du psychiatre qui y travaille.
Dans la pratique, le "prestataire de soins" a toujours été imposé au malade mental hospitalisé sous contrainte, il lui était ensuite quasiment impossible d'en changer; et la présente loi ne devrait rien modifier à la situation actuelle.

3) Le "***droit à l'information sur son état de santé***" n'a que peu de sens s'il n'est la prérogative que du seul malade mental. En effet, le malade étant hospitalisé sous contrainte, cela signifie

qu'**on admet qu'il ne peut comprendre ni reconnaître la nécessité de son hospitalisation**, c'est-à-dire qu'**ON SAIT** qu'il ne se considère pas malade, même si le "prestataire de soins" essaye de l'en convaincre.
La loi ne fait pas non plus **obligation** au malade de désigner une personne de confiance dont il peut fort bien, dans l'état mental où il se trouve, ne pas comprendre l'intérêt ni l'importance pour lui. Si une telle "personne de confiance" n'est pas formellement et officiellement désignée *dès avant la rencontre avec le médecin*, il y a peu de chances que le psychiatre "traitant" accepte d'informer un volontaire, parent ou proche du malade, aussi motivée, bienveillante et désintéressée cette personne soit-elle. En effet, l'expérience montre que, en l'absence d'injonction légale officielle qui les y forcerait, la grande majorité des psychiatres croiraient enfreindre les règles du secret médical concernant leur patient "majeur" s'ils informaient "un tiers" de l'état de santé du patient; il en a toujours été ainsi, et il y a fort peu de chances que les psychiatres changent d'attitude en ce domaine.

4) Le "***droit au consentement***", ainsi que le dénomme improprement (*de manière inepte*) le texte ministériel, pose, lui aussi, des problèmes difficiles à résoudre, auxquels cette loi se heurtera nécessairement dès qu'il s'agira de malades mentaux psychotiques chroniques.
Indépendamment de ces difficultés, il aurait été plus simple et plus clair de parler de l'**obligation faite au "prestataire de soins**" d'obtenir du patient (*ou de son représentant*), après l'avoir clairement informé du traitement projeté (sa nature, ses effets bénéfiques espérés, mais aussi ses effets indésirables et les risques possibles qu'il comporte), l'autorisation pour entreprendre ce traitement (obtenir son "consentement éclairé"). Ce "droit au consentement" est donc, en langage cette fois correct et compréhensible par tous, **la liberté de choix**, laissée au patient, d'accepter ou de refuser, ***en connaissance de cause***, le traitement qui lui est proposé. Cette liberté de choix n'existe, en fait, pas pour les malades mentaux psychotiques et on se retrouve là dans une situation conflictuelle où, en permanence et depuis toujours, les défenseurs théoriques des "Droits de l'Homme et de l'individu, *ici et maintenant*" s'affrontent aux défenseurs des **Droits à la préservation de la santé personnelle *et à son recouvrement* *à l'avenir*** (*voyez l'article* droits conflictuels).

5) Le patient (ou son représentant) aurait le "***droit de consulter son dossier [médical] personnel***" pour autant qu'il s'agisse des "données objectives" de ce dossier. Selon les documents ministériels, *les notes personnelles des médecins ainsi que les données relatives à des tiers resteront confidentielles et ne seront accessibles "qu'aux professionnels"*.
La critique pertinente de ce point a déjà été émise et bien justifiée par d'autres(*) pour ce qui est des patients en général, montrant qu'il existe un risque important de tentation de créer deux "dossiers médicaux distincts ou à deux vitesses", l'un accessible mais éventuellement vide, l'autre peut-être plus fourni mais inaccessible, et que cette disposition de la loi risque de vider le secret médical de sa signification.
En ce qui concerne le dossier médical des malades mentaux psychotiques chroniques, il devrait être évident pour tous que, **par nature, il ne peut jamais contenir que des appréciations personnelles tout à fait subjectives de médecin(s) psychiatre(s) à propos du patient et à propos de tiers**. Seuls des "professionnels" pourraient donc y avoir accès (*ce que le ministère appelle le "droit de regard indirect"*). Si le "secret médical" y trouve peut-être son compte, la future loi ne modifie en rien les dispositions déjà existantes dans le cas des malades mentaux. Les parents et les proches de malades mentaux savent combien il est toujours fort difficile, voire impossible, de vaincre l'inertie et la résistance passive des "professionnels" extérieurs consultés, pour les pousser à exercer ce soi-disant "droit de regard indirect" (*pourtant déjà acquis dans les lois dites "de protection"!*) à l'encontre de la répugnance des "prestataires de soins" à y consentir.

6) La note ministérielle au sujet du projet de loi mentionne également le "***Droit à la protection de la vie privée qui comporterait, entre autres, le droit à l'intimité en termes d'espace***" (sic), mais ne précise pas ce qu'on entend par là.

7) Le "***droit à la médiation des plaintes***" pourrait être, pour les malades mentaux, la seule innovation réelle apportée par cette loi. Cependant, son contenu et ses modalités d'application sont, pour le moment, indéfinis et ne devraient être fixés que par un Arrêté Royal pris ultérieurement. Force est donc de réserver son jugement à ce propos. Wait and see...

CONCLUSION: POUR LES MALADES MENTAUX, RIEN DE NOUVEAU !

(*): v. p.ex. l'opinion du Président du Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins d'Anvers à ce sujet, dans le n° 1389 du "Journal du médecin", p.6 (27 novembre 2001)

OBLIGATIONS et DROITS CONFLICTUELS

Les notions et principes défendus par les juristes, et qui ont trait aux droits permanents, inaliénables et imprescriptibles de la personne (l'autonomie, la liberté, le libre choix, etc.) semblent parfois entrer en conflit avec les droits à long terme (*mettant en jeu l'avenir*) de cette personne.

Tous, nous savons que la société - soit tous les citoyens - s'impose à elle-même, c'est-à-dire pour et envers ses membres, individuellement et dans leur ensemble, le devoir de se porter mutuellement secours et assistance en cas de danger. Nous savons que le non respect de cette obligation peut être passible de poursuites judiciaires (*ceci vaut même lorsque la personne à secourir s'est, elle-même, mise volontairement en danger, lors d'une tentative de suicide, par exemple*).

Tous, nous approuvons que notre société, démocratique et sociale, accorde, à chaque citoyen indistinctement, le droit aux soins médicaux pour obtenir, dans un délai aussi bref que possible, la guérison ou le soulagement d'une maladie ou d'une infirmité. Ce ***droit aux soins*** pour chacun, il implique nécessairement pour la société le ***devoir de rendre l'exercice de ce droit accessible*** à chacun. Droits et devoirs sont donc les deux faces obligées "d'une seule et même pièce de monnaie".

Notre société est même plus exigeante quant aux devoirs qu'elle se fixe. S'instituant gardienne de la Santé Publique, elle impose aux administrations publiques, mais aussi à la plupart des entreprises privées, l'obligation de contrôler le bon état de santé de leurs ouvriers, employés et salariés, et ceux-ci doivent, s'ils veulent conserver leur poste ou leur emploi, se soumettre à ces contrôles et, le cas échéant, ils doivent se soigner et se faire soigner.

Nous ne pouvons ignorer que les "soins de santé" consistent parfois en de longues hospitalisations, en une longue immobilisation forcée et en des traitements médicaux fort contraignants et pénibles. Cependant, la très grande majorité des citoyens étant composée de personnes de bon sens, raisonnables (accessibles au raisonnement), ils comprennent la nécessité des astreintes pénibles qu'ils doivent parfois subir pour conserver, préserver ou recouvrer la santé momentanément compromise ou perdue, et ils s'y soumettent généralement avec assez de bonne volonté et de patience, car ils savent que ces contraintes ne visent qu'à protéger leur bien-être et leurs intérêts à court et à long termes. Ils savent que ces obligations, si elles semblent parfois restreindre temporairement leurs libertés dans l'instant présent, sont cependant nécessaires pour assurer la continuité du plein usage de ces libertés à l'avenir.

Remarquons ici qu'à notre connaissance, aucun mouvement revendiquant de militer pour la défense des Droits de l'Homme ne s'est jusqu'à présent mobilisé pour dénoncer ces restrictions en les présentant comme des atteintes inacceptables aux libertés et droits fondamentaux (*et si certaines sectes refusent les soins, ces refus ne se basent que sur des croyances et convictions "religieuses" niant nos connaissances scientifiques bien établies en biologie et en médecine*).

L'évidence suivante est souvent oubliée, même par nombre de ceux qui font métier de parler abondamment de "santé mentale". C'est pourtant une tautologie. **Les malades mentaux psychotiques ne sont *pas* de bon sens, ils ne sont *pas* raisonnables, c'est-à-dire qu'ils ne sont généralement *pas* accessibles au raisonnement.**

Nombreux sont ceux qui oublient cette caractéristique particulière, **cette déraison, qui oublient qu'elle n'est que la manifestation visible ultime, la conséquence involontaire d'une altération cérébrale, et qui oublient aussi qu'elle ne peut se corriger par la parole, puisque c'est précisément l'appareillage cérébral permettant d'entendre (comprendre) cette parole qui est en panne.**

Ces oublis étonnants, bien plus répandus qu'on ne pourrait le croire, résultent et sont encouragés

par une conception viciée du respect des Droits de l'Homme et de la personne humaine que les malades mentaux n'ont évidemment pas cessé d'être. Cette conception superficielle et irréfléchie peut se résumer en une phrase, recommandation souvent énoncée, souvent entendue, pleine de fausse bienveillance et de sollicitude paternaliste: "*il faut traiter les malades mentaux comme toutes les autres personnes, il ne faut pas les considérer comme des personnes anormales*", ("anormales" et "normales" ayant abusivement pris, dans l'usage familier et courant, une signification de jugement de valeur).

La volonté de mettre en oeuvre, mais surtout d'afficher, ce faux "respect de la personne humaine", finit par amener certains à réellement oublier jusqu'à les méconnaître la "déraison" des malades psychotiques et son origine cérébrale. Elle conduit à se comporter avec ces malades - et parfois en leur nom - comme s'il s'agissait de personnes en parfait état de santé ("*normales*"), c'est-à-dire sans tenir aucun compte des particularités que leur affection leur impose, en refusant de voir les handicaps que cette affection leur inflige, par exemple en s'obstinant à interpréter toutes leurs actions et leurs propos, quelqu'illogiques ou inappropriés qu'ils soient, comme s'ils venaient de personnes parfaitement sensées.

Les psychoses empêchent les malades mentaux de prendre conscience de leur "maladie", car elles les privent de leur jugement et de leurs capacités d'autocritique. Ils sont convaincus que les problèmes auxquels ils se heurtent sont le fait des autres et du monde qui les entoure, qu'ils n'y sont eux-mêmes pour rien. Ce qu'on résume souvent en leur attribuant, de manière expéditive, cette phrase à l'emporte-pièce: *je ne suis pas fou, ce sont les autres qui le sont*.

Les psychotiques chroniques ont donc, entre autres multiples déficits possibles, des capacités diminuées de raisonnement et de jugement. Ces déficits peuvent les amener, de manière ou dans des circonstances souvent imprévisibles, à se mettre dans des situations dangereuses pour leur propre intégrité physique, ou à ne pas savoir les éviter; ils peuvent aussi créer ou occasionner, sans en avoir conscience, des situations dangereuses pour autrui et les biens d'autrui. Ce sont autant de raisons qui amènent forcément la société à se préoccuper des malades mentaux chroniques pour les "soigner", les protéger et leur éviter les accidents dûs à leurs inconséquences involontaires (*et non, comme certains tentent de le faire croire, parce que la société voudrait elle-même s'en protéger et s'en débarrasser*).

Cependant, compte tenu des caractéristiques très particulières de leurs affections qu'on vient d'évoquer, n'étant pas conscients de leur "maladie" et n'étant pas non plus raisonnables (accessibles au raisonnement), comment les malades mentaux psychotiques chroniques pourraient-ils accepter la nécessité de se faire soigner, pourquoi consentiraient-ils à des traitements psychiatriques (médicaux) contraignants dont ils sont incapables de voir la justification? Comment et pourquoi s'y soumettraient-ils spontanément, de leur propre initiative?

Il n'est donc pas étonnant que la société ait prévu de pouvoir ***contraindre*** ces personnes à l'hospitalisation pour "mise en observation".

Seulement, voilà: à la différence de la *majorité des citoyens raisonnables* et en bonne santé évoqués plus haut, qui *acceptent sans protester* les examens médicaux qui leur sont imposés (par la législation du travail, mais aussi par l'Hygiène, l'Inspection scolaire, etc.), et qui acceptent les traitements médicaux qui éventuellement s'ensuivent, parce qu'ils en comprennent la nécessité et l'utilité, les malades mentaux psychotiques ne peuvent comprendre et, bien souvent, refusent les traitements, et ***eux, ils protestent*** contre les contraintes qui, cette fois, doivent leur être imposées par la force.

Oubliant délibérément tout ce qui vient d'être rappelé, de "bonnes âmes compatissantes" et des mouvements de "défense des Droits et des Libertés" se mobilisent alors et prêtent une oreille complaisante à ces protestations, et s'érigent en défenseurs de la liberté de ces malades de refuser l'hospitalisation et de refuser les traitements.

Pourtant, restent-ils cohérents avec eux-mêmes en adoptant pareille attitude?

Ainsi, les entend-on prendre parti, au nom des libertés individuelles, pour le droit au suicide des dépressifs? Proposent-ils de laisser à des jeunes gens momentanément désespérés la liberté de se défenestrer ou de se jeter sous un train, se portent-ils volontaires et insistent-ils, badauds sadiques ou morbides, pour assister (*et applaudir, peut-être!*) à ce spectacle sans même ébaucher la moindre tentative d'opposition à l'acte de désespoir? (*quelque chose de comparable se faisait, du temps de la guillotine, peut-être cela leur manque-t-il aujourd'hui que la peine de mort est abolie en Belgique, mais ils n'osent sans doute pas l'avouer?*)

Si le suicide, le "suicide assisté" et l'euthanasie sont, de nos jours, parfois considérés comme des droits (*mais pas par tous!*), on ne les concède pourtant qu'avec la plus grande répugnance, dans des cas très particuliers de fin de vie, quand les moyens de la médecine actuellement disponibles ne laissent plus entrevoir aucune perspective de vie digne de ce nom, et on ne s'y résout qu'après une longue réflexion consacrée à en "peser le pour et le contre".

Les "défenseurs des Libertés et des Droits de l'Homme" croient-ils donc que leur maladie laisse aux malades mentaux psychotiques chroniques la capacité de procéder au libre choix réfléchi d'accepter ou de refuser l'hospitalisation? Qu'ils ont la capacité, malgré leur affection et en toute sérénité et liberté, de "peser le pour et le contre" d'un traitement médical et de l'abstention de traitement? Ces défenseurs des libertés veulent-ils laisser au malade délirant ou halluciné ce qu'ils ont eux-mêmes l'inconscience d'appeler "la liberté" de se précipiter du haut d'une tour, pour [lui] demander ensuite [à ses restes sur le pavé] si, tout compte fait, il n'aurait pas préféré "choisir" qu'on l'empêche de sauter?

Certains champions des libertés individuelles admettent pourtant (*à contrecoeur*) qu'on soit parfois forcé d'hospitaliser les malades mentaux psychotiques chroniques contre leur gré (cette éventualité est prévue par des lois). Cependant, comme la loi ne prévoit pas explicitement que l'hospitalisation s'assortisse d'un traitement obligatoire, ces défenseurs des libertés ont pu imaginer que les malades hospitalisés sous contrainte conservent malgré tout le droit de refuser le traitement. Ceci conduit à des situations paradoxales où les psychiatres sont amenés à devoir choisir entre des solutions contradictoires dont aucune n'est acceptable par un médecin. Le projet de loi de Mme Aelvoet sur "les droits du patient" ne peut qu'accentuer encore le paradoxe.

Le médecin qu'est, en principe, le psychiatre, a pour obligation, pour premier devoir celui de soigner au mieux ("*selon les dernières données de la science médicale*") le patient qui lui est confié ou qui s'est confié à lui. C'est ce que lui imposent, non seulement sa conscience, mais aussi le serment d'Hippocrate qu'il a prêté au moment de recevoir le diplôme consacrant l'aboutissement de ses études de médecine.

Mais, si le médecin impose un traitement au malade qui, incapable de jugement, le refuse, il enfreint la loi (Aelvoet) qui lui interdit d'aller contre la volonté de son patient.
Si, au contraire, il s'abstient de traiter pour respecter la volonté de son patient, il renonce à la mission qui est son devoir et sa raison d'être: soigner pour soulager et guérir, au mieux des intérêts de son patient (qui sont ici de recouvrer le plus possible d'autonomie, définitivement et dans les délais les plus courts possibles); les proches de son patient pourraient légitimement engager des poursuites contre ce médecin, par exemple pour non assistance à personne en danger. Sans parler de la très probable et très justifiée procédure disciplinaire par les instances de l'Ordre des Médecins...

Ce psychiatre se trouve donc devant un dilemme apparemment insoluble provenant d'un paradoxe: le droit, pour le patient, de refuser le traitement (*ce que le projet de loi Aelvoet, très remarquablement, ose appeler le "droit au consentement"*) qui s'oppose à l'obligation faite à tout médecin de traiter au mieux des intérêts véritables de son patient et selon ce que lui dictent ses connaissances et sa conscience.

Ce paradoxe est aussi à la source d'un argument dont s'emparent, en apparence à juste titre, les défenseurs des libertés des malades mentaux: si l'on admet la nécessité d'une hospitalisation sous contrainte des malades mentaux, mais qu'aussitôt on reconnaît à ces malades le droit de

refuser les traitements, quelle différence peut-on faire désormais entre cette prétendue "hospitalisation" dont les soins sont absents, et un enfermement carcéral? L'hospitalisation forcée des malades mentaux se limite alors à la simple privation de liberté, elle devient leur emprisonnement, la sanction d'une faute imaginaire dont ils sont pourtant innocents. N'a-t-on pas raison de dénoncer cela?

Les juristes, les psychiatres experts-conseils qui les guident et les politiques et législateurs qui s'inspirent de leurs avis devraient savoir que les paradoxes n'ont jamais d'existence dans la réalité. Ils prennent naissance dans l'esprit de ceux qui s'y heurtent et résultent toujours d'une erreur qui s'est glissée dans leur raisonnement. Pourquoi ces malades, si on admet qu'ils sont incapables de reconnaître la nécessité de se faire hospitaliser (*on postule bien cette incapacité, puisque c'est par elle qu'on justifie la contrainte!*) seraient-ils par contre capables de choisir d'accepter ou de refuser le traitement? L'incapacité disparaîtrait-elle, comme par enchantement, les portes de l'hôpital à peine refermées sur le malade?

L'**incapacité** (c'est le terme employé par les lois) des malades mentaux psychotiques chroniques porte sur la capacité de ***choix***, c'est-à-dire aussi bien sur le refus que sur le consentement au traitement. On oublie que c'est la maladie mentale qui, la première, prive le malade de sa liberté de choix, pas la loi.
Toute loi de protection des malades mentaux "incapables" devrait, **explicitement, comporter l'obligation du traitement** destiné à restaurer, le plus rapidement possible, cette liberté. Cette mention, qui fait actuellement défaut dans la loi, aiderait les malades à recevoir les soins adéquats qu'aujourd'hui encore, devant leur refus, on hésite parfois à leur donner, et elle décourageraient les amateurs de paradoxes vénéneux.

Les psychiatres devraient aussi expliquer aux proches des patients et aux défenseurs de leurs libertés que l'adéquation des traitements à chaque cas et le soulagement de la maladie qu'on en espère ne sont jamais, ni exactement prévisibles dès le départ, ni rapidement acquis (rarement immédiats).
Ils devraient faire comprendre à tous que les échecs d'une première tentative thérapeutique, s'ils prolongent la durée de l'hospitalisation, imposent aussi d'autres essais médicamenteux peut-être longs. Si on en retire alors parfois l'impression d'une incarcération injustifiée, cela ne vaut-il pas mieux que de refuser les traitements, de ne rien tenter, ce qui signifierait renoncer définitivement à toute amélioration possible, reviendrait à prononcer une sentence d'enfermement à durée illimitée? Sous prétexte de "liberté" de refus du traitement, ne serait-ce pas refuser le droit à l'espoir?

*(Les lois belges sur l'hospitalisation sous contrainte et sur les soins psychiatriques imposés malgré le refus des malades [mentaux] d'y consentir présentent quelques différences d'avec les lois françaises correspondantes. Elles partagent cependant assez de points communs pour poser, dans leur application et leurs conséquences, des problèmes d'éthique fort comparables dans les deux pays. C'est pourquoi je renvoie ici (www.espace-ethique.org) au texte d'une réflexion éthique fort instructive menée en France, datant déjà de 1999. Parmi d'autres, une des conclusions en était que "**Il revient aux professionnels impliqués dans ce champ de la médecine, d'expliciter leurs positions et de solliciter, si nécessaire, un débat ouvert qui permette d'assurer de réels droits aux personnes soumises aux contraintes d'une hospitalisation non consentie.**"*
Il me semble que nos professionnels belges pourraient utilement s'inspirer de cette suggestion. A ma connaissance (mais je serais heureux qu'on me détrompe!), pareil débat ouvert n'a, jusqu'à présent, pas eu lieu chez nous.)
(Je remercie le lecteur du site mens-sana.be , un père de malade belge, qui a pris l'heureuse initiative d'attirer mon attention sur le texte en question. Il conserve l'anonymat, mais, s'il lit ceci, il se reconnaîtra.)

Les 5, 6 et 7 juin 2003 se sont tenus, à Montpellier (France), les "États Généraux de la Psychiatrie". On peut en trouver extraite (à *http://www.serpsy.org/montpellier/DDH.htm*) une

proclamation, sorte de charte des droits des malades mentaux et des obligations de "la psychiatrie" envers ces malades. Nous renvoyons à ce texte pour déplorer tout particulièrement l'omission - qui ne peut être que délibérée - qui y est faite de l'absence de conscience (l'anosognosie) de la maladie chez une proportion importante des malades. On évacue à nouveau un aspect très important de l'accès urgent aux soins, et les problèmes soulevés par l'application des lois sur la protection des malades mentaux incapables sont, eux aussi, passés sous silence. On se borne à proclamer haut et fort que "**Nul ne peut être soigné en psychiatrie contre son gré**", et on se drape ainsi dans la vertu que semble conférer le respect ostentatoire mais irréfléchi des grands principes abstraits. L'éthique y trouve-t-elle vraiment son compte?

Portant le titre "Liberté et obligation de soins", on pouvait trouver, sur le site web de l'espace éthique des Hôpitaux de Paris (*ex://www.espace-ethique.org*), un article signé du Dr Yann Hodé, psychiatre au Centre Hospitalier de Rouffach (68). Le Dr Hodé me semble s'y distinguer courageusement de nombre de ses confrères français en s'interdisant d'éluder l'apparent dilemme constitué par l'obligation de soins - qui s'impose à tout médecin - et la prétendue "liberté" laissée à la personne malade mentale qui paraît refuser ces soins. Saluons l'analyse dépassionnée, objective de cet épineux problème par le Dr Hodé, et espérons qu'elle fasse évoluer les opinions au sein des professionnels de la "santé mentale".

Première publication: **20 Décembre 2001** ***(J.D.)*** Dernière modification: **5 Mai 2008**

Les laborieuses cogitations de nos eurocrates

"*Tu causes, dit Laverdure, tu causes, c'est tout ce que tu sais faire.*"
Raymond Queneau, "Zazie dans le métro", p. 27 (Gallimard, Paris 1959)

Sur le site Web **http://europa.eu.int** on peut trouver, au chapitre intitulé "15.30 - Protection de la santé", le texte d'une "Résolution du Conseil de l'Union européenne", datée du 18 novembre 1999, concernant la "promotion de la santé mentale" (sic) (portant le n° d'identification 300Y0324(01) . Ce texte figurerait au "Journal officiel" n° C086 du 24/03/2000, p. 0001 - 0002 (date de "livraison": 09 octobre 2000; date de mise en ligne sur le Web : 09 juillet 2001!).

Cette "Résolution" comporte 16 points, commençant par, soit: "Rappelant", soit "Prenant acte", "Se félicite", "Reconnaît", "Considère", "Souligne", "Estime", "Invite" (*les Etats membres, la Commission*).
Voyons-en quelques uns.

- **Au point 3**. de cette "Résolution", on **décide** que: "*...il est probable que l'action communautaire sera la plus profitable en termes de santé des citoyens de l'Union européenne si elle est centrée, entre autres, sur une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux conditions de vie générales et aux modes de vie, en ce qui concerne les aspects tant physiques que mentaux;*"

  Paraphrasons cela en français compréhensible pour tous les citoyens benêts pour lesquels on semble nous prendre: Si la Communauté s'efforce, en améliorant le niveau général de vie, de réduire la mortalité, la fréquence et la gravité des maladies, la santé (physique et mentale) des citoyens risque de s'en trouver meilleure. (*Ce n'est que "probable", mais ce n'est donc pas sûr!*)
  Nos eurocrates, connaissent-ils encore La Palice?
- **Au point 8**., on **décide** de nous informer que "*la santé mentale contribue d'une manière importante à la qualité de la vie, à l'insertion sociale et à la pleine participation à la vie sociale et économique*";
  A nouveau, traduisons: On vit bien mieux quand on n'est pas malade mental que quand on l'est. S'en serait-on douté si nos "Conseillers européens" ne l'avaient décidé?

- **Au point 9**., on **décide** de souligner que "*les maladies et problèmes mentaux sont courants, qu'ils sont source de souffrances humaines et d'incapacités, qu'ils augmentent la mortalité et qu'ils ont des effets négatifs pour les économies nationales;*"
  Dans la suite des truismes et des lieux communs, on aurait peut-être plus logiquement pu commencer par là. Cela aurait épargné aux concepteurs de cette "Résolution" des souffrances peut-être ***inhumaines*** endurées pour faire preuve de leurs ***capacités*** à en rédiger des considérations n'engageant surtout personne à rien... Même si on laisse timidement entendre que les maladies mentales coûtent cher.

- **Au point 10.**, on **décide** de souligner que "*les problèmes de santé mentale sont souvent liés, entre autres facteurs, au chômage, à la marginalisation et à l'exclusion sociales, à l'absence de logement, à la toxicomanie et à l'alcoolisme;*"
  Admirons la formulation et la tournure de la phrase, dont l'ambiguïté soigneusement calculée et involontaire en apparence , permet de ne pas dire que les "problèmes de santé mentale" sont des facteurs de chômage, de marginalisation et d'exclusion sociale, d'absence de logement, etc., et de laisser croire que ce serait l'inverse. Ainsi, les "Etats membres" pourront toujours justifier leur immobilisme habituel par la perplexité devant ce texte. Et on évite surtout d'avouer que les "problèmes de santé mentale" sont des causes certaines de chômage, marginalisation, exclusion, etc.

- **Au point 11.**, on **décide** de reconnaître qu' "*il existe des méthodes efficaces de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies et problèmes mentaux;*"
  Comme cette affirmation constituerait, si elle était justifiée de manière recevable et crédible, **une grande première mondiale**, elle aurait mérité un minimum d'explications et de références. A défaut, elle court de grands risques de passer, à fort juste titre, pour une monumentale ânerie proférée par des "inconscients" et des incompétents, mal informés et mal conseillés (serait-ce la première fois que cela se produirait?)

  etc., etc.

Il aura donc fallu de novembre 1999 à juillet 2001 pour que, par l'intermédiaire d'Internet, les citoyens européens puissent profiter de ce pitoyable accouchement de "bonnes résolutions" ("décisions" qui n'en sont pas, au mieux "invites" n'ayant pas force de loi, donc n'engageant personne à quoi que ce soit), consistant en quelques médiocres lieux communs de Café du Commerce, de surcroît souvent farcis d'affirmations dépourvues de fondements solides.
Pareil document fait-il honneur à l'Europe? Renforce-t-il le respect pour les institutions européennes? Fait-il la "promotion" de la démocratie?
Veut-on faire de l'Europe un nouveau **MACHIN** ?

En 2003, on est irrésistiblement amené à penser que la réponse à cette dernière question doit être **OUI** puisqu'à nouveau, mais cette fois sous la présidence grecque de l'Union européenne de 2003, le "Conseil" a adopté des "***conclusions sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale***" qui ne sont en rien plus vraisemblables, plus effectives, plus concrètes, ni surtout plus utiles que ce dont nos eurocrates avaient déjà laborieusement accouché précédemment, comme dit ci-dessus
(*voyez http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_020603_fr.pdf* - PDF - 274 K)

ET LE RONRON CONTINUE!

(*imperturbablement, comme en provenance d'une lointaine Olympe satisfaite de soi, mais sourde et aveugle à ce qui se passe réellement sur la terre des mortels...*)

Les considérations qui suivent auraient tout aussi bien pu figurer à la suite de l'article "New-Age". Si elles ont été placées arbitrairement ici, cela ne doit cependant pas empêcher le visiteur de les remettre en perspective en allant voir (*dans New-Age*) ce que nous disions des mélopées et autres turlutaines entonnées en choeur depuis des années déjà par nos ministres, députés et fonctionnaires belges et européens à propos des "plans d'action", des "actions", que celles-ci soient seulement "envisagées" ou seulement "projetées", etc., etc., de l'Union Européenne dans le domaine de ce qu'ils appellent la "Santé Mentale" (sans toutefois connaître cette dernière ni vraiment comprendre en quoi elle devrait consister).

Sur le site web (http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_fr.htm) de l'Union européenne, le ton, l'attitude "philosophique" et la connaissance (*approfondie? la compétence?*) du sujet par les rédacteurs des textes sautent aux yeux dans toute leur éblouissante splendeur et montrent qu'en 2005, on n'a toujours pas fort progressé intellectuellement:
"***Les étroites relations qui unissent la santé mentale et la santé physique sont de mieux en mieux connues: par exemple, les maux de dos sont souvent la conséquence de troubles mentaux; quant à la dépression, elle représente un facteur de risque des maladies cardiaques. [...] etc., etc.***"
(*Soit dit en passant, ceux qui, aujourd'hui, continuent à répandre de façon irresponsable la croyance selon laquelle "les maux de dos sont souvent la conséquence de troubles mentaux", et autres stupidités, feraient bien de s'instruire à de meilleures sources que celles qu'ils semblent habituellement consulter! (pourquoi pas l'excellent article* "The Psychologisation of Illness" *de Ellen Goudsmit, par exemple? http://freespace.virgin.net/david.axford/psy-algy.htm*).

Sans doute soucieux aussi de faire admirer leur zèle et leur efficacité (?) aux citoyens européens, nos experts européens de la santé ont de plus accouché (et mis en ligne sur le web vers le **14/10/2005**) de ce qu'ils dénomment un "Livre vert" , long d'une trentaine de pages (http://www.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf - PDF, 914 KB), dont la vocation annoncée en sous-titre est de nous informer du travail à quoi nos eurocrates intellos de la santé prétendent passer leur temps: "***Améliorer la santé mentale de la population: vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne***" (*sic, et souligné par moi*).
Comme bien souvent en ce qui concerne les nombreux "documents" encombrant le labyrinthe - difficilement navigable - du site www.eu.int, les rédacteurs de cette anthologie d'idées reçues, de lieux communs et d'annonces d'intentions hypothétiques, semblent avoir préféré garder (*par modestie?*) un prudent anonymat collectif plutôt que d'assumer nommément en signant, la responsabilité de leur prose (*disponible tant en "français" qu'en "anglais", mais qui ne vaut guère mieux dans l'un de leurs baragouins que dans l'autre*). Après lecture, on comprend pourquoi.
Nous nous permettons de suggérer aux visiteurs de mens-sana, éventuellement curieux des ***réalisations concrètes en "Santé mentale"*** de l'Union européenne (*très imaginatives quoique plutôt administrativement imaginaires et, de ce fait, en tous points dignes d'admiration virtuelle?*), de s'armer de courage et de patience avant de s'attaquer à la lecture de cette très édifiante entreprise de fort médiocre mais pure publicité de type "électoral".

Dès l'introduction de ce "Livre vert" (*ainsi appelé par volonté d'analogie avec une certaine écologie? Ou parce que vert "symboliserait" l'espoir?*), on affirme: "***La santé mentale de la population européenne est l'un des moyens d'atteindre quelques-uns des objectifs stratégiques de l'Union européenne: le retour de l'Europe sur la voie de la prospérité durable, la concrétisation des engagements de l'Union en faveur de la solidarité et de la justice sociale, ou encore, l'amélioration tangible et concrète de la qualité de la vie des citoyens européens.***" (*souligné par moi*).

On peut y lire aussi: "**La santé mentale, la mauvaise santé mentale et leurs déterminants**
L'OMS définit la santé mentale comme 'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté'.
La mauvaise santé mentale englobe les troubles mentaux et la psychasthénie, les dysfonctionnements associés au stress, les symptômes de démence et les démences susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic, telles que la schizophrénie ou la dépression [sic]. ***L'état mental*** [qu'entendent-ils par là? - ndlr] ***d'un individu est déterminé par une multiplicité de facteurs dont des facteurs biologiques (par exemple le sexe ou la génétique)*** [qu'entendent-ils par là? - ndlr], ***personnels (par exemple la vie privée), familiales et sociales (par exemple l'accompagnement social)*** [qu'entendent-ils par là? - ndlr], ***ou encore économiques et existentiels (par exemple, le statut social et les conditions d'existence)*** [qu'entendent-ils par là? - ndlr].", etc., etc.

Nos eurocrates de la santé mentale continuent donc de mélanger allègrement psychologie et maladies mentales, sans jamais comprendre ce qui distingue la première des secondes. Ils parlent aussi de "***démences susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic, telles que la schizophrénie ou la dépression***", affichant ainsi avec une belle inconscience leur ignorance (*leur incompétence*) et, par conséquent et tout autant, leur désinvolture voire le mépris dans lequel ils semblent tenir, non seulement leurs éventuels lecteurs, mais sans doute aussi ceux pour qui ils devraient "oeuvrer".

Ils disent que "***la santé mentale***" serait "***un des moyens d'atteindre quelques-uns des objectifs stratégiques de l'Union européenne...***". Si c'est vraiment cela qu'ils croient penser, ils devraient sérieusement envisager de se faire soigner, car ils marchent sur la tête: **la "bonne santé mentale" n'est jamais un "moyen", c'est évidemment un but et ce but devrait obtenir la priorité sur tous les autres**. Et ce but, c'est **une des conditions nécessaires préalables** qui, **si elle est remplie**, rend éventuellement possible la poursuite des "objectifs stratégiques"

grandioses dont parlent nos eurocrates penseurs. Ceux qui ne sont pas capables de comprendre cela méritent à coup sûr qu'on s'interroge sérieusement sur la maturité de leurs fonctions mentales. Ceux-là perdent aujourd'hui le temps des citoyens, ils dilapident leurs ressources et celles qui pourraient être destinées à aider nos malades, et à quoi donc? A pondre des "comptes rendus", à concocter de multiples "rapports d'activité" (de bavardages stériles), à organiser à grand frais des réunions, à commanditer des études et des enquêtes prétendument "scientifiques" mais creuses dont le seul résultat concret est, en dernière analyse, de contribuer à la déforestation de notre planète.

Pour résumer l' "activité" de nos eurocrates de la santé mentale, leur "Livre vert" dit se diriger (?) ou s'orienter "***vers une stratégie sur*** [sic] ***la santé mentale...***". Nos eurostratèges réfléchissent à une stratégie. Ils étayent leur trentaine de pages sur des "références" qui, dans leur grande majorité, ne font, elles aussi, état que de constatations et de réflexions très platoniciennes et tout sauf pragmatiques.
Résumons à notre tour: si on rêve à une ***stratégie***, on semble ne se préoccuper aucunement de savoir si la volonté politique existe de créer les moyens ***tactiques*** permettant de mettre cette stratégie en oeuvre: on se borne donc à tirer des plans sur la comète.
Est-ce ainsi qu'on renforcera la confiance des citoyens dans l'Union européenne?
(*si vous ne me croyez pas, allez donc voir à l'adresse*
http://www.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf - PDF, 914 KB)

Première publication: **3 Janvier 2002** ***(J.D.)*** Dernière modification: **30 Janvier 2006**

New-Age

Des hommes et femmes politiques, des sociologues, des intellectuels et philosophes, ainsi que les organisations régionales, nationales et supra-nationales, ou même les gouvernements dans lesquels ils officient ou qu'ils conseillent, découvrent ou redécouvrent, avec un certain retard, le post-modernisme. **Toutes les affirmations injustifiées, aussi contradictoires soient-elles, deviennent acceptables du moment qu'elles émanent des Nations Unies, de la Communauté Européenne, de l'O.M.S., d'une instance gouvernementale belge fédérale ou régionale, sans doute parce que personne ne les lit attentivement.**

Oubliant que "**qui trop embrasse mal étreint**", les post-modernes peuvent en effet croire que "**tout est dans tout**" et confondre causes et effets de tout et de rien dans un grand mélange confus.
C'est, en même temps, le retour des superstitions et de la magie, c'est-à-dire des mélopées, des rituels et des incantations qui tiennent lieu de réflexion et d'action, et qui substituent les représentations théatrales aux actions sur le terrain.
C'est le recours au pouvoir hypnotique, non pas des mots mais de leur son, non pas des phrases mais de leur musique. C'est, enfin, l'abdication de la raison, l'abandon de la logique et de l'esprit critique au profit de la sentimentalité facile et de la démagogie. Il n'y a plus de réalité physique objective extérieure à l'Homme, dont il ferait partie et où il vivrait, mais seuls comptent l'imaginaire et le rêve dans lesquels certains se complaisent à nous parquer, et surtout dont nous ne sommes pas supposés jamais sortir.

Néologismes d'apparence savante et phrases pompeuses proférées par des "officiels" de la "santé" (*ces autorités que nous croyons avoir choisies, élues, et ceux qui siègent à des colloques, qui se réunissent autour de Tables Rondes, qui décident et élaborent pour nous des Chartes, qui papotent entre eux et parfois disent qu'ils nous informent, qui déclarent et déclament à tous vents, qui prétendent savoir pour nous et à notre place, etc.*), aujourd'hui tous ces (*leurs*) discours ne sont, la plupart du temps, que des sons dépourvus de sens intelligible. Ce ne sont que des bruits se suffisant à eux-mêmes, qui semblent remplir leurs auteurs d'une auto-satisfaction les rendant imperméables à la logique la plus élémentaire. Ces "décideurs", tout à la fois se bercent de leur propre musique, se figent dans le contentement de soi, dans l'inaction, et deviennent étrangers à ce monde concret qu'ils croient pouvoir ignorer alors même qu'ils y baignent et qu'ils prétendent l'aménager pour le bien-être des autres.
Ces technocrates post-modernes, et les hommes et femmes politiques qui s'en inspirent et s'y réfèrent, confondent le brouhaha de leur bavardage avec l'écho imaginaire renvoyé par la mise en oeuvre des vagues "mesures" qu'ils n'ont que peut-être rêvées, mais qu'ils n'ont certainement pas ***pensées***. Ils rêvent qu'ils "oeuvrent", qu'ils agissent. Ils s'en persuadent et imaginent qu'ils nous en convainquent, nous aussi. L'image qu'ils donnent ainsi de notre démocratie met cette dernière en péril.

Dans un communiqué de presse (à Bruxelles, daté du 6 avril 2001 - publié le 18 avril 2001 sur le site web europa.eu.int), la **Commission Européenne** nous disait: "***En vertu de l'article 152 du traité d'Amsterdam, la Communauté est habilitée à agir dans le domaine de la santé publique et à contribuer à réaliser un niveau élevé de protection de la santé. Dans le cadre de la réalisation de cet objectif, l'accent est mis essentiellement sur les risques sanitaires et les déterminants de la santé de la population plutôt que sur une intervention de la Communauté au niveau des traitements et soins individuels ou sur des actions ciblées sur des maladies et pathologies spécifiques. Par conséquent, il est de la plus haute importance pour la Commission d'opérer une distinction entre la santé mentale et maladies mentales. Les activités de la Commission s'inscrivent dans le cadre général de la prévention et de la promotion de la santé et sont centrées sur la protection et la promotion de la santé mentale....***"

Dans ce même communiqué de presse, on se référait à une conférence de l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) à Genève, et on citait le Commissaire européen David Byrne, chargé de la santé et de la protection des consommateurs, qui avait déclaré: "***Promouvoir la santé mentale, s'attaquer aux problèmes de santé mentale et lutter contre l'opprobre*** (sic) ***et la discrimination*** (sic) ***dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux figurent parmi les priorités de l'agenda de la Commission européenne en matière de santé publique, priorités que partage l'OMS***".

> **S'attaquer aux "*problèmes* de santé mentale", puisqu'il paraît que cela ne consiste pas en une "action ciblée sur des maladies et pathologies spécifiques", on aimerait bien, alors, apprendre de quoi il est réellement question (*de "problèmes (?) de bonne santé"?,* *[un premier exemple d'oxymore]*) et en quoi cette attaque projetée n'est pas qu'une simple annonce attrape-nigaud...**
> **A moins que, se prenant à leur propre jeu, les "experts" européens, confondant métaphores et réalité, n'identifient "promotion de la santé mentale" à "lavage de cerveau"?**

Le 21 novembre 1986 se réunissait à Ottawa (Canada) la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Elle publiait une "Charte" pour l'action visant à obtenir la santé pour tous dès l'année 2000 et au-delà (pas moins que cela!). Cette Conférence constituait essentiellement, paraît-il, une réaction aux attentes croissantes, dans le monde entier, d'un renouveau de santé publique.

Dans la version anglophone de cette "Charte d'Ottawa", on peut lire:
*"**PREREQUISITES FOR HEALTH: The fundamental conditions for health are peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.**"*
Ce qui, dans la traduction francophone officielle, devient:
*"**CONDITIONS PREALABLES A LA SANTE: Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé: la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base**."*

Avez-vous remarqué la différence? En francophonie, ni l'éducation, ni un écosystème en équilibre, ni des ressources durables, ni la justice sociale et l'équité ne sont plus des conditions préalables nécessaires pour assurer (conserver) la santé. On éprouve quelque peine à croire que, au niveau international, ces omissions puissent résulter, ***et*** d'un oubli des traducteurs, ***et*** d'une distraction de relecture. Elles ne peuvent être que délibérées. De quelles motivations sont-elles le reflet?

Avez-vous remarqué? La Communauté européenne est habilitée à "**AGIR**"; la conférence internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé publiait une "Charte" pour "**L'ACTION**"; (*d'ailleurs, vous l'aurez sans doute aussi remarqué, on n'intervient pas, mais on "met l'accent"*, *on "opère (?) des distinctions"*).
Mais alors, en quoi, concrètement, consiste l'action, sinon en proclamations d'intentions, beaucoup de salive, d'haleine et d'encre, c'est-à-dire une action purement platonique, (*encore un bel exemple d'oxymore*)?

Avez-vous remarqué qu'en français (*si on peut dire!*), nos responsables (?) parlent des "***déterminants***" de la santé? Cela existe-t-il, des "déterminants de la santé"? Quelles sont donc ces bêtes-là? Nos responsables connaissent-ils la signification des mots qu'ils emploient? Ont-ils oublié le sens, pourtant source de nombreuses et anciennes polémiques, donné au mot ***déterminisme***? Ne savent-ils pas que les ***déterminants*** d'une chose, ce sont les facteurs (*les causes*) qui sont à l'origine de cette chose et rendent son existence obligée, inéluctable? Croient-ils donc que pareil concept, accolé au concept bien flou de santé ("mentale" ou autre), ait un sens quelconque?
Dans la version anglophone de la "*Charte d'Ottawa*", on emploie, de manière justifiable et très

correctement, le terme de "***prerequisites***". Ce qui, en français, signifie "***conditions préalables nécessaires***". Certains d'entre nous ont été à l'école et se souviennent quand même encore de ce qu'on leur a appris aux cours de mathématiques (*et éventuellement de logique*). Ils se souviennent de ce qu'on appelait les "***conditions nécessaires et suffisantes***".
Des déterminants, ce sont des conditions nécessaires et suffisantes. Et ce concept est absurde quand on tente de le coupler avec celui de **santé**, surtout si, incapable de cerner avec précision cette dernière, on y inclut et on la confond avec bien-être, bonheur, épanouissement complet, sérénité infinie, béatitude, etc., etc., soit le paradis sur terre, c'est-à-dire tout et n'importe quoi (*parce que plus on lui rajoute de couches de peinture, plus séduisant sera le tableau?*)

Mais, pour la Communauté française de Belgique, la "**promotion de la santé**" est ainsi devenue "***le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques***".
Cette définition d'un "processus" imaginaire, idéal et utopique, définition encombrée d'un bric-à-brac de vagues aspirations et de tous les "possibles et souhaitables", offre un parfait exemple d'incantation de nature magique, sans plus aucune référence à quoi que ce soit de concret, mais dans laquelle on espère n'avoir oublié personne.
On nous présente cette "définition" comme un "progrès" par rapport à une ancienne proposition de loi (4 décembre 1969) qui, raisonnablement, définissait la promotion de la santé comme "***l'ensemble des mesures d'hygiène sociale et d'information sanitaire prises par les autorités en vue de favoriser l'état général de santé de la population, notamment par la prévention et le dépistage des maladies***".
Désormais, il n'est même plus question de prévention ni de dépistage des maladies (*ce qui serait pourtant à la fois nécessaire et plus immédiatement accessible*), mais "d'agir sur des facteurs déterminants de la santé", eux ***qui ne sont qu'imaginés dans les discours médiatisés!***

Santé mentale et maladies mentales, ces dernières n'ayant plus rien à voir avec la première, distinguons-les donc bien! "Opérons" la distinction! C'est la santé qui compte, les maladies et pathologies ne sont que secondaires, des épiphénomènes, des faits divers en dernière page, juste après les petites annonces, en quelque sorte. Nous "n'intervenons" pas sur des pathologies spécifiques!
Organisons tous nos efforts pour ne surveiller attentivement que la santé [mentale] et pour lui assurer, selon l'article 152 du Traité d'Amsterdam, "un niveau élevé de protection".

Fort bien, Mesdames et Messieurs! Mais dites-nous, qu'allez-vous donc si attentivement surveiller? Serait-ce les fameux ***déterminants*** (imaginaires) de la santé? Et comment allez-vous juger de l'efficacité de vos efforts, au moyen de quel appareil de mesure allez-vous évaluer la hauteur atteinte par votre "niveau de protection"? Comment saurez-vous que vous n'aurez pas perdu votre temps et votre énergie (!), puisque vous ne vous préoccupez pas des "pathologies"? Vous fierez-vous uniquement à votre infaillible intuition de la santé? En ferez-vous part dans de prolixes et filandreux rapports soigneusement rédigés à partir de données recueillies auprès d'on ne sait qui (*auprès de ministres qui déplorent l'absence de données épidémiologiques*)? Rapports établis Dieu sait comment, rapports qui célébreront la nouveauté, l'originalité et l'universalité de vos décisions, mais qui en tairont prudemment les modalités d'application, l'absence réelle de mise en oeuvre et d'effets concrets?

Et pendant ce temps-là, la condition des malades mentaux, qu'on aura tenté d'oublier (*quoiqu'on ne "cible pas l'action sur eux", ils existeront pourtant encore*), cette condition n'aura pas changé d'un iota, parce que "nous n'intervenons pas", nous n'entreprenons surtout pas "des actions ciblées sur les pathologies", mais nous surveillons la santé (*peut-être celle des bien-portants*), nous la protégeons et nous en assurons la promotion (*assertions comparables à cette pub, "promotion" pour certains produits de nettoyage: "hmmm, quelle odeur efficace!": pour nettoyer ou*

pour attirer les mouches?).

Pour les responsables et technocrates de la Communauté française de Belgique, l'ancienne conception de la promotion de la santé, basée sur la prise de mesures par les autorités, a été remplacée par "***un concept mettant davantage l'accent sur la participation des populations à l'élaboration des décisions,...***" (Programme quinquennal 1998-2003 et législation de promotion de la santé de la Communauté française, Direction générale de la Santé, Bruxelles 1998)
A notre connaissance, si "l'accent a été mis sur quelque chose", les populations concernées n'en ont pas été affectées et n'ont guère participé à quoi que ce soit...
Ces mêmes experts affirment (*ibid.*) que "***La santé mentale se définit par des critères négatifs tels que la dépression, l'anxiété chronique, la tentative de suicide voire le suicide.[...] La santé mentale se définit aussi par des critères positifs - mais pas toujours quantifiables - comme la sensation de bien-être, la capacité d'avoir des relations satisfaisantes, la confiance en soi, etc. La santé mentale tient à des facteurs intra-psychiques (??), mais aussi relationnels; elle tient aussi à la satisfaction des besoins fondamentaux: ceux qui sont définis dans la Charte d'Ottawa (la sécurité, un abri, une nourriture adéquate, un revenu suffisant), mais aussi les besoins affectifs de base...***"

D'après ce qu'on vient de lire, il semblerait que, malgré sa "plus haute importance" soulignée précédemment, la distinction à "opérer" entre "santé mentale" et maladies mentales soit ici passée à côté de la table d'opération; de même, il apparaît, de l'aveu même de nos experts de la Communauté française de Belgique, que les ***déterminants de la santé*** ne seraient pas toujours quantifiables. Comment, alors, jugeront-ils de "l'amélioration" qu'ils leur auront apportée? Comment, pour reprendre leur admirable expression, sauront-ils qu'ils auront "**produit de la santé**" (sic)? Quand ils seront enfin en rupture de stock de phrases creuses? On peut craindre que cela n'arrive pas de sitôt.

De son côté, l'O.M.S., avec laquelle l'Union européenne se flatte de coopérer, nous dit, dans son "**Rapport sur la santé dans le monde** (*2001 La Santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, p. 104)", que "***la guerre, les conflits, les catastrophes naturelles, l'urbanisation non planifiée et la pauvreté ne sont pas seulement d'importants déterminants de la maladie mentale...etc., etc.***", ce qui est parfaitement faux mais rassurant et sonne si bien aux oreilles conventionnelles et bien-pensantes.

On voit donc que, malgré les distinctions à opérer par les uns, les interventions ou non-interventions des autres, les définitions progressistes, la santé mentale est, au choix, à la fois tout ce qu'on veut et tout ce qu'on ne veut pas. Ce ne sont pas les maladies mentales, et vice-versa, quoique... et donc, en résumé, santé mentale et maladies mentales, c'est un énorme bric-à-brac, un fourre-tout indescriptible qui permet de tout dire, tout prétendre, faire l'important, bien déconner, beaucoup se réunir, longuement "réfléchir", concocter de nombreux rapports et communiqués où vous pourrez toujours trouver réponse à tout.
Mais, **faire quelque chose de concrètement constructif pour les malades mentaux, vous aurez beau chercher dans toutes les "déclarations et décisions officielles" à propos de la "santé mentale", cela, vous ne le trouverez pas**.

A force d'imaginer des "***déterminants***" les plus divers qu'ils auraient un impact plus ou moins indirect sur la "santé" (et la "santé mentale"), il est toujours possible de faire passer la moindre décision banale et insignifiante de n'importe quel ministère pour "une action visant à améliorer le niveau de santé". C'est ainsi qu'on peut proclamer que tous les ministères participent à la nouvelle politique de santé publique, qui embrasse tous les aspects de la vie politique et sociale. On se donne l'air de faire de grandes choses. Mais ce ne sont que des nuées. Qui trop embrasse mal étreint.

Est-ce cela, la fierté de notre ère post-moderne?

(*Suite du feuilleton...*)
En date du 11 mars 2003 (mise en ligne sur le Web), les experts de la Commission européenne ont tenté de quelque peu nuancer leurs notions et positions de 2001 en matière de "santé mentale" et de "maladies mentales", mais ce qu'ils nous en disent n'est guère plus convaincant qu'auparavant, et les choses ne s'améliorent guère non plus quand on compare versions française et anglaise de leur texte (aux adresses *http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Mental_health_fr.htm* et *http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Mental_health_en.htm*).

Ainsi, les "***problèmes de santé mentale***", c'est à dire les seuls dont on disait précédemment qu'on acceptait de s'y attaquer (*mais par la pensée seulement*), on les identifie désormais par élimination: ce ne sont pas les troubles (inexistants) dont ne se plaignent peut-être que les autres; ce ne sont pas non plus les "maladies mentales", c'est à dire celles auxquelles on serait capable d'attribuer un diagnostic psychiatrique. Ce sont des manifestations "intermédiaires", celles dont "***les signes et symptômes*** [*quoique*] ***évidents sont d'une intensité ou d'une durée insuffisante pour répondre aux critères de l'une quelconque des maladies mentales.***"
Ils ne se sont évidemment pas risqués à définir ce qui rend les signes et symptômes d'une "quelconque" maladie mentale évidents - et, *a fortiori*, ceux d'une non-maladie - aux yeux des commissaires européens (*et de tout un chacun?*); ils ont estimé tout aussi inutile de définir quand la "mesure de leur intensité" ou la "mesure de leur durée" cessent d'être "insuffisantes", deviennent "suffisantes" pour commencer à "répondre à des critères" sur lesquels ils ne risquaient pas de s'attarder. En effet, les moyens de procéder à ces mesures ne font l'objet d'aucun réel consensus des professionnels, ils ne sont ni standardisés ni même toujours disponibles en tous lieux. Mais sans doute les commissaires européens ont-ils une totale confiance en leur "***modèle fondé sur la population***" et dans leur "***inquiétude pour la santé d'une population dans sa globalité...***"(sic). Il paraît aussi que ce modèle (*Dieu seul sait ce que ce vocable désigne dans l'esprit de ceux qui s'en prévalent!*) "***se caractérise par la connaissance du lien existant entre la santé [mentale] et l'environnement physique et psychosocial.***" Eh bien ! Dites donc, s'ils connaissent effectivement ce lien, ils en savent plus que tous les scientifiques du monde entier réunis! (*dans la version anglaise, on laisse entendre qu'on a conscience d'un lien possible, on ne prétend pas le connaître... Cela ne fait rien, "positivons", il en restera bien quelquechose!*)

Ils continuent aussi à affirmer que "***l'approche de santé publique se concentre sur*** [...] ***la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales.***" Tout le monde devrait pourtant savoir que la **promotion de la santé**, qu'elle soit mentale ou autre, n'**est** qu'**une utopie attrape-nigaud**, que la **prévention des maladies mentales n'est pas possible** tant que leur(s) cause(s) n'est (ne sont) pas connue(s). En dernière analyse, ceux qui prétendent la "promouvoir" ne font qu'exploiter à leur seul profit personnel la crédulité et le malheur des gens.

Et ils s'obstinent toujours à parler de ***déterminants de la santé***..., ce qui permet de diluer et dilapider les maigres ressources publiques en prétendant les consacrer à l'élimination - fort improbable - d'une multitude de risques de "morbidité", tous surtout de convenance et moraux, et plus hypothétiques les uns que les autres quant aux effets soi-disant salutaires de leur diminution souhaitée. Ils ont de surcroît l'arrogance de dicter des "styles de vie" qui "détermineraient" la santé, et n'arrêtent pas de tenir des raisonnements circulaires... ni de concocter de nombreux (et coûteux) rapports creux... Ils nous prennent vraiment pour des c... ! Qu'ils relisent donc Skrabanek et s'instruisent!

(*Nouvel épisode du même feuilleton*)
Le **10 janvier 2003**, le parlementaire européen Struan Stevenson adressait à la Commission européenne une question écrite (parlementaire, évidemment!) (n° E-0051/03) comportant plusieurs points, dont les suivants devraient intéresser plus particulièrement les lecteurs de ce site:

*"Quels fonds la Commission a-t-elle libérés en faveur de la recherche sur les effets à long terme des **médicaments prescrits sur ordonnance et utilisés en psychiatrie** pour le traitement des patients au sein des services médicaux européens?"*
*"Quel est le **taux observé** dans l'Union européenne en ce qui concerne les troubles suivants: **les troubles autistiques, les troubles de l'attention, les troubles des déficits de l'attention, les troubles liés à l'hyperactivité, la schizophrénie, la dyslexie, la dyspraxie et le syndrome de Down?**"*

Le **21 mars 2003**, au nom de la Commission, Mr David Byrne (*déjà cité précédemment*) répondait à ces deux points:
"*Les programmes de santé publique **n'ont pas affecté de ressources financières** à la recherche dans les domaines mentionnés*".
"*La Commission **ne collecte pas d'informations sur la prévalence des états pathologiques cités.** Le programme communautaire de santé publique pour 2003-2008 est destiné à mettre en place un système de suivi médical qui recueillera des données sur une série d'aspects sanitaires.*"

Eh! Bien, voilà! A peu près simultanément (allez voir les dates!), les uns disent qu'ils se concentrent sur la "promotion de la santé mentale" et sur la "prévention des maladies mentales" et qu'ils se basent pour cela sur un modèle, tandis qu'on doit déduire des paroles des autres que cela peut se faire sans moyens financiers, et qu'il n'est pas non plus nécessaire de disposer d'informations chiffrées à ce sujet (*ni avant que peut-être on s'y mette, ni après qu'on s'y serait éventuellement mis)*. Peut-être y pensera-t-on plus tard, mais ce n'est pas sûr (*en attendant, le modèle de la boule de cristal et l'imagination suffiront bien*).
(source: http://www.europarl.eu.int : question écrite E-0051/03*)*

Idées fausses, problèmes mal posés, fausses solutions

Les préjugés, les idées fausses et toutes sortes de légendes anciennes mais toujours bien vivaces circulent dans le grand public à propos des malades mentaux chroniques, de leurs "maladies" mentales, des mesures qu'il y a lieu de prendre pour soulager ces malades et pour atténuer les multiples conséquences de leurs affections.

Ce constat d'une représentation lacunaire et, bien souvent, fantaisiste des maladies mentales dans le public est la raison officielle invoquée par diverses organisations belges qui, en 2001, justifiait une campagne de "sensibilisation" du grand public aux "problèmes de santé mentale". Cette campagne s'efforçait surtout, paraît-il, de réduire la "stigmatisation" et la "discrimination" dont les malades mentaux seraient victimes de la part de la population en général. Nous avons déjà dit, dans les autres articles de ce site, quelles sont nos convictions à ce sujet, et nous n'y reviendrons plus ici: il n'y a, jusqu'à présent, aucune raison qu'elles changent.

Cependant, les idées fausses et les préjugés ne se limitent pas aux représentations qu'on se fait des maladies mentales et de leurs victimes. Elles ont également trait à la psychiatrie, c'est-à-dire non seulement au traitement des malades mentaux, mais aussi aux moyens dont on dispose pour définir, détecter et identifier "les maladies mentales" (*en poser le diagnostic*), pour en prédire l'évolution (*en faire le pronostic*) et elles concernent tout autant les diverses thérapeutiques qu'on imagine devoir mettre en oeuvre pour les "soigner" (*les traiter*).

Les idées fausses et les préjugés ne sont pas non plus le monopole du grand public profane. Malheureusement, on les rencontre aussi, et beaucoup moins rarement qu'on ne le voudrait, parmi ceux qui, dans l'exercice de leur profession, ont à s'occuper de malades mentaux chroniques. Ces professionnels, ce sont le corps médical - psychiatres ou non - et les juristes (juges et avocats).
Ces derniers ne sont pas médecins. Au départ, ils partagent donc, sur les maladies mentales, les idées reçues de Mr. et Mme Tout-le-monde. S'ils veulent se forger une opinion plus "professionnelle", ils ne peuvent que se référer à ce que les "experts" médicaux officiellement reconnus en la matière leur disent.

Mais, si on se base sur les récits des familles et des proches de malades mentaux chroniques (*et quelles raisons valables aurait-on de ne pas les écouter?*), il semblerait que les médecins eux-mêmes, qu'ils soient psychiatres, généralistes ou exerçant d'autres spécialités, soient nombreux à se faire une représentation fausse des maladies mentales chroniques et de la psychiatrie. En réalité, ils en savent ce que d'autres psychiatres leur en enseignent sur les bancs des facultés de médecine et dans les services de psychiatrie hospitaliers: dans ces lieux-là (comme nous l'avons déjà dit ailleurs), les choses dites et parfois montrées, entendues et parfois vues, ont peu en commun avec la réalité quotidienne vécue par vous et moi. Sans doute pourrait-on dire que de nombreux médecins croient y avoir "reçu la science", mais rares sont ceux qui ont vraiment l'occasion de la confronter journellement et continûment à l'expérience vécue. Ils n'acquièrent donc qu'exceptionnellement une véritable expérience personnelle des multiples aspects des maladies mentales.
Or, dans le domaine du "mental", l'intuition basée sur l'expérience personnellement vécue et ressentie, même si elle est loin de suffire à tout résoudre, revêt une importance capitale et prépondérante, elle est le préalable indispensable à la prise de toute décision par le médecin. On semble aussi très généralement oublier que, par nature même, pareille expérience reste personnelle, elle n'est pas transmissible, c'est-à-dire qu'elle ne peut être enseignée ex cathedra ni par des descriptions (*elle ne l'a donc jamais été!*)

Dans son Bulletin trimestriel (pp. 3-5, n° 94 de décembre 2001), notre Conseil National de l'Ordre des Médecins publie un "avis" (*référence a094002f*). Cet avis, par l'exemple concret caractéristique qu'il nous donne, illustre fort bien certains des aspects évoqués ci-dessus. L'avis a trait au "**Rapport médical circonstancié**" qui doit accompagner toute requête auprès du juge de paix en vue d'hospitalisation sous contrainte, pour obtenir la "mise en observation" (pour maladie

mentale).
La première partie du document cité consiste en "l'énoncé du problème", la deuxième partie est l'avis du Conseil pour la "solution" du problème.

Avant de relever quelques uns des points intéressants de cet avis, il n'est pas inutile de rappeler, peut-être avec quelque insistance, la **donnée ou condition initiale principale du problème** soumis par le psychiatre à l'avis du Conseil National de l'Ordre des médecins. En effet, comme on peut précisément le voir ici, cette condition initiale risque d'être perdue de vue au cours de l'étude même du problème, les solutions proposées perdant alors toute signification utile puisqu'elles s'adresseront à un problème désormais différent de celui d'origine, et l'on pourrait aussi en retirer l'impression, justifiée ou non, que les réponses fournies éluderaient en fait les questions posées.

Il est question ici du **"Rapport médical circonstancié", dont l'obligation de le rédiger et de l'adresser au juge de paix résulte du caractère forcé de l'admission du patient dans un établissement psychiatriqu**e. On ne semble pas s'être demandé pourquoi il fallait recourir à l'admission forcée. Les psychiatres faisant partie du Conseil National de l'Ordre des médecins (ou ceux dont les conseillers auraient pu recueillir les avis) auraient certainement été en mesure d'expliquer à leurs confrères que **l'admission forcée est, très généralement, la conséquence fort logique de la non reconnaissance, par le malade, de son affection mentale. Cette non reconnaissance entraîne son refus et la non observance du traitement, que celui-ci soit administré en ambulatoire ou en institution. La non observance du traitement constitue pour l'état du malade un risque dont le médecin traitant ne peut assumer la responsabilité. Il ne peut donc accepter pareil refus, car ce serait s'y associer, au détriment des véritables intérêts de son patient.**

Reprenons tout d'abord - bien que nous n'en disposions que "de seconde main" - les raisons qu'aurait invoquées le juge de paix mentionné plus haut pour refuser la validité du "rapport médical circonstancié". Nous pouvons imaginer que, confronté à une demande d'hospitalisation forcée, un juge de paix, garant des droits et libertés individuelles, ait un premier mouvement, une tendance naturelle à mettre en doute le bien-fondé d'un document qui, avant toute autre chose, justifiera de priver, au moins temporairement, quelqu'un de sa liberté. Il devra donc tenter de préserver cette liberté s'il a le moindre doute à propos des motivations et du désintéressement du rédacteur du rapport.

D'après le juge de paix, le médecin traitant rédacteur du rapport pourrait avoir entendu parler du patient, par exemple par des collègues ou autres professionnels, ou il aurait pu en entendre parler par des membres de sa famille, ou encore, de par sa relation étroite et prolongée de médecin traitant avec son patient, il aurait tissé avec ce dernier des liens comparables à des liens de parenté.
Pour ce juge de paix, ce que le médecin pourrait avoir entendu des propos tenus par des tiers sur son patient, mais aussi ce que lui-même aurait appris et observé de son patient au cours de leurs rencontres aurait privé le médecin de son "indépendance professionnelle et intellectuelle". Son "Rapport médical circonstancié" en deviendrait donc "une attestation de convenance".

Plusieurs erreurs entachent ce raisonnement.

- La première, c'est que la "perte de l'indépendance professionnelle et intellectuelle" est un argument *non sequitur* dans le raisonnement avancé. Les indépendances professionnelle et intellectuelle d'un médecin traitant (*en l'occurrence, qu'est-ce que le juge de paix entend par là?*) ne sont pas mises en danger par l'exercice même de sa profession ni par ce qu'il apprend à propos de son patient. Gardons-nous bien de prendre un médecin traitant ayant à coeur les intérêts de son patient (*un expert technique de la défense, en quelque sorte*), pour un juré de cour d'assises qui, supposé naïf au départ, doit se forger son intime conviction en ne se basant que sur ce qu'il entend aux audiences; et le juge de paix devrait, lui aussi, résister à la tentation de se prendre pour un président de cour d'assises récusant un juré!

- La deuxième erreur est de croire que, puisque le médecin traitant [*l'expert technique de la défense*] du patient [*de l'accusé*] demande l'hospitalisation forcée du patient [*l'emprisonnement du client de la défense*], il ne peut (*dans l'esprit du juge*) qu'avoir partie liée avec, par exemple, des membres de la famille du malade [*une partie adverse supposée*] nourrissant de la malveillance ou d'hypothétiques intérêts inavouables dans la mise hors circuit de leur parent ou proche. Le fait de demander l'hospitalisation forcée de son patient ne transforme pas le médecin traitant en "témoin de l'accusation"!

- La troisième erreur est de prendre la demande d'hospitalisation sous contrainte pour une sorte de sanction pénale à l'encontre du malade concerné. Si, dans l'état mental où le malade se trouve, celui-ci la prend bien pour telle, il ne faut cependant pas oublier que, malgré cette interprétation morbide des apparences, le médecin traitant en prend la décision tout à la fois à contrecoeur, mais aussi et d'abord *dans l'intérêt véritable de son patient*, et au risque de compromettre la relation de confiance que peut-être il croyait avoir établie avec ce dernier.

- Une quatrième erreur consiste à partager la croyance populaire entretenue par une certaine littérature romanesque et par de nombreux médias. Cette croyance voudrait qu'un médecin, expert psychiatre "fraîchement débarqué d'ailleurs" et donc réputé "indépendant et objectif" (naïf, c'est-à-dire sans idée préconçue au sujet du malade puisqu'il n'en saurait rien à l'avance), ce psychiatre pourrait, rien qu'en "examinant" plus ou moins brièvement le patient présumé malade mental, décider rapidement, grâce à sa seule réputation d'expertise, à ses dons personnels et à l'acuité particulière de son regard qualifié de "professionnel", si le patient souffre d'une affection mentale. Ces mêmes pouvoirs quasi divinatoires et de prescience qu'on prête à l'expert extérieur devraient aussi le rendre capable de prédire le comportement, dangereux ou non, - pour soi-même et pour autrui - d'un patient dont il ne connaît rien et qu'il n'a pu qu'observer, grâce à un "examen" (*le mot magique!*) pour lequel il ne dispose que d'un temps fort limité *******.
  L'expérience de l'actualité quotidienne apporte en permanence à de telles chimères un cinglant démenti (pour la plus grande délectation des médias).
  Est-ce donc bien sérieux d'ainsi faire passer les psychiatres pour des sortes de magiciens comparables à des illusionnistes de music-hall, des diseuses de bonne aventure ou des voyantes extra-lucides?

A la différence de tous les autres médecins, le psychiatre ne dispose pas de signes physiques mesurables ni d'examens techniques ou d'analyses de laboratoire pour poser un diagnostic et se faire une opinion sur l'état de son malade. Pour atteindre ces objectifs, il procède un peu à la manière d'un juge d'instruction menant son enquête et recueillant des témoignages. Du fait même de sa maladie, le patient est lui-même un témoin peu fiable, ce qu'on a trop tendance à oublier. Les manifestations de son affection (son discours, ses attitudes, son comportement, son/ses humeur/s) peuvent très fortement et rapidement varier au cours du temps. Ses affirmations doivent donc être comparées (recoupées) avec les témoignages d'autres personnes: par exemple, la parentèle, les proches, parfois aussi les collègues de travail: tous ceux qui, vivant avec le malade, le connaissaient déjà avant qu'il ne soit manifestement atteint et ont été témoins des changements qu'il a subis depuis, ou ont eux-mêmes assisté aux événements qu'il rapporte. Pour le médecin, la conviction qu'il se trouve face à un malade mental est donc, le plus souvent et bien plus que le seul constat dans l'instant présent, l'aboutissement d'une histoire dont il a soigneusement reconstruit le parcours. Cela, seul le médecin ***traitant*** (psychiatre ou non), peut y arriver de manière crédible.
Quant au psychiatre extérieur, implicitement supposé indépendant, objectif et, surtout, à la fois omniscient et infaillible, lui qu'on appelle pour "concertation", on lui fait en l'occurrence jouer un rôle dont il est difficile de comprendre comment il peut accepter de s'y prêter: celui de prête-nom pour signer le "rapport médical circonstancié", voire le rôle d'homme de paille pour assumer la responsabilité de l'hospitalisation forcée, alors qu'il ne peut personnellement s'appuyer que sur

trop peu de ces "constatations irréfutables" que pourtant on attend de lui qu'il les débusque. Alors, mais cette fois de manière bien plus plausible que dans les cas évoqués par le juge de paix en cause, on pourrait, en effet, être tenté de parler d'attestation de "complaisance" et non de "convenance", non plus du médecin traitant, mais bien du consultant, de ce dernier envers le premier!

Toutes ces erreurs pourraient se résumer ainsi: contrairement à ce que certaines justices (juges) de paix sembleraient croire, il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'un problème de partialité ou d'impartialité du rédacteur du "rapport médical circonstancié". Il s'agit de savoir, du médecin traitant averti ou d'un consultant extérieur, réputé expert mais choisi délibérément pour son ignorance initiale de la plupart des éléments d'après lesquels apprécier l'état du malade et la nature de sa maladie, qui est le mieux à même de prendre la décision qui assurera la meilleure protection du patient.
On pourrait encore nous rétorquer que l'expert jouit d'une compétence dont peut-être le médecin traitant ne pourrait se prévaloir. C'est le moment de se souvenir d'un vieux proverbe oublié: expérience passe science. Dans le cas qui nous occupe, si l'expert est réputé avoir la "science", c'est pourtant le médecin traitant qui a l'expérience.

On devrait peut-être encore rajouter ceci: quand une personne est accusée d'avoir commis un délit ou un crime, on lui accorde habituellement la présomption d'innocence tant que sa culpabilité n'a pas été démontrée et qu'une sentence n'a pas été prononcée. Rejeter le "rapport médical circonstancié" sous prétexte qu'il a été rédigé par le médecin traitant équivaut à condamner ce dernier sur simples présomptions de "non dévouement à son patient", "négligence de ses vrais intérêts", voire même "intention de lui nuire."
Le médecin traitant se rendrait-il suspect de tous ces méfaits du fait qu'il doit se résoudre à forcer son patient incapable de jugement, ***dans son meilleur intérêt***, à une hospitalisation qu'il refuse? Est-il donc coupable d'office? Est-ce cette culpabilité d'office qui servira au mieux les intérêts véritables du patient?

Nous renvoyons à l'avis du Conseil National de l'Ordre des médecins publié en réponse à la question du psychiatre vers laquelle nous avions pointé plus haut. Cet avis, à son tour, appelle quelques remarques.

Certaines affirmations de l'avis peuvent laisser perplexe à cause des contradictions qu'elles semblent recéler. Il est dit très clairement et très justement, nous semble-t-il, que l'intérêt du patient doit être le souci primordial de tout médecin. On reconnaît ensuite que le médecin traitant est "le mieux placé" pour rédiger le rapport médical circonstancié mais, aussitôt, on tempère cette affirmation en disant que le médecin traitant "peut avoir de bonnes raisons d'y renoncer". Ces "bonnes" raisons (personnelles?) du médecin traitant entreraient-elles donc en conflit avec les intérêts véritables de son patient?

Un peu plus loin, toujours à propos du médecin traitant, il est dit que "En effet, pour des raisons personnelles, il ne peut négliger ni l'intérêt de son patient, ni les intérêts éventuels de la collectivité". On peut penser que le rédacteur ait voulu dire que "*des raisons personnelles ne peuvent, en aucune manière, inciter le médecin traitant à négliger l'intérêt de son patient ou les intérêts éventuels de la collectivité.*"
Or, si le médecin traitant envisage l'opportunité du rapport médical circonstancié, n'est-ce pas justement parce qu'il estime que l'hospitalisation forcée de son patient s'impose dans l'intérêt même de celui-ci? Et ses éventuelles raisons personnelles (même "bonnes?") ne doivent-elles pas alors s'effacer derrière le souci **primordial** du médecin traitant, c'est-à-dire l'intérêt véritable de son patient?

Il est dit aussi: "Bien que celui-ci [*le médecin traitant*] soit le mieux placé pour le rédiger [*le rapport médical circonstancié*], il peut avoir de bonnes raisons d'y renoncer. ***Ceci ne le dispense toutefois pas du devoir de veiller à ce que le rapport médical requis soit délivré*** lorsqu'il juge que des mesures de protection sont nécessaires afin d'éviter un plus grand désastre."
En d'autres termes, le médecin traitant devrait "prendre ses responsabilités" mais il pourrait

prétendre, en déléguant la rédaction du rapport à un autre, ne pas avoir à les assumer ouvertement lui-même. N'est-ce pas là une sorte de restriction mentale?

On peut craindre que "les bonnes raisons" de ne pas rédiger le rapport médical circonstancié ne soient, le plus souvent, qu'une illusion. En effet, et bien que l'avis émis par le Conseil ne les explicite pas, les "bonnes raisons" le plus souvent invoquées sont le souci, de la part du psychiatre traitant, de préserver, entre son patient et lui, la relation privilégiée de confiance qu'il croit avoir nouée et qu'il estime nécessaire au bon déroulement d'un traitement adéquat. En d'autres termes, nombreux sont les psychiatres traitants qui répugnent à imposer eux-mêmes à leur patient le traitement que celui-ci refuse, ils ne veulent pas "se disputer" avec leur patient à propos de ce traitement refusé, même s'ils sont convaincus de sa nécessité.
Nombreux sont les médecins psychiatres qui pensent que "seul un traitement librement consenti peut être efficace", faisant ainsi preuve, soit d'une grande ignorance des caractéristiques des psychoses, soit de bien peu de véritable volonté de soigner efficacement les malades psychotiques. Nous ne trancherons pas...

Le "rapport médical circonstancié" est, rappelons-le encore, la principale prémisse du présent problème. Cette prémisse précisément implique [et se justifie par] l'impossibilité où est le médecin traitant [de faire accepter] d'appliquer, soit à domicile, soit en "ambulatoire", le traitement indispensable qui évite à son patient de se mettre lui-même - ou autrui - en danger. A son tour, cette impossibilité est, principalement, la conséquence de l'incapacité du malade à prendre conscience de son état, incapacité qui entraîne sa non observance du traitement - par refus autant que par négligence et inconscience morbides.
Est-il besoin de dire que, dans pareilles conditions, la fameuse relation de confiance invoquée par nombre de psychiatres traitants n'est plus rien d'autre qu'une fiction?

L'avis du Conseil affirme aussi que "Le rejet d'une requête introduite avec le concours du médecin traitant n'est pas favorable à la relation de confiance ultérieure entre le médecin et le patient". Assurément! Mais est-ce bien le ***rejet*** de cette requête qui est mal ressenti par le patient, et ne serait-ce pas plutôt et bien plus vraisemblablement ***l'introduction elle-même de cette requête*** par son médecin que le malade n'apprécierait pas, car, l'aurions-nous oublié, il s'agit bien d'hospitalisation **forcée**?
En cas de rejet de la requête, le psychiatre traitant risque de se retrouver à nouveau et immédiatement face à un patient peu compréhensif et, cette fois, sans doute rancunier, tandis qu'il y a moins de chances qu'ils se revoient de sitôt si l'hospitalisation forcée est acceptée!

Constatons enfin que, au cas où la jurisprudence de la justice de paix concernée risquerait de n'être pas favorable à la requête d'hospitalisation forcée, l'avis du Conseil est que "le médecin traitant doit rechercher une solution pragmatique", par exemple de "parvenir à une admission de plein gré ou de demander une deuxième opinion à un médecin avec lequel il n'a pas de liens, ***encore que le patient doive se déclarer d'accord avec ces propositions***".

Autrement dit et en substance, comme dans ce cas la solution au problème posé n'existe pas, supprimons tout simplement le problème [du rapport médical circonstancié]. Il suffit d'inventer un nouveau concept révolutionnaire: celui du malade mental toujours raisonnable et d'avance accommodant (*les démonstrations [par l'] absurde[s], vous connaissez?*) Dès ce moment en effet, c'est l'admission de plein gré qui s'impose à l'esprit de tous, et elle ne requiert aucune autorisation!
Comment n'y avait-on pas pensé plus tôt? Etait-il donc besoin de se casser la tête avec ce rapport médical circonstancié?

Non mentionné dans l'avis du Conseil, un avantage pourtant non négligeable de cette admission de plein gré finalement arrachée grâce aux ressources inépuisables de psychologie et de diplomatie du psychiatre traitant doit encore être évoqué.
Dans le cas d'une admission de plein gré, le malade conserve en effet une liberté entière. Et cette liberté comporte, bien sûr, celle de changer d'avis aussitôt admis à l'hôpital, de refuser à nouveau tout traitement et d'exiger sa sortie immédiate (*et nombreux sont les malades mentaux*

psychotiques qui, en apparence raisonnables un instant, se révèlent déraisonnables l'instant suivant et ne se privent pas de pareils revirements! - cela étonne?)
Le psychiatre "attaché" à l'institution n'a aucun droit de s'opposer à l'apparente volonté du patient, même si l'état de ce patient lui en fait un devoir moral et professionnel.
"Il ne serait pas raisonnable d'attendre sciemment une escalade de la situation", mais n'en favorise-t-on pas la survenue en prétendant "sciemment" en ignorer la probabilité?

Il ne reste plus aux médecins et psychiatres traitants qu'à mettre en pratique, sur le terrain, l'avis tout en nuances émis par le Conseil National de l'Ordre des médecins de Belgique. Espérons que, pour le plus grand bien des malades mentaux, ils y parviennent avec succès...

******* Dans le Bulletin du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Belgique n° 98 (décembre 2002), p.3, un avis du Conseil a été émis à propos de "l'avis des services spécialisés dans la guidance ou le traitement de délinquants sexuels". Cet avis illustre à nouveau le dilemme devant lequel se trouvent placés ceux qui doivent décider de la remise (ou de la non-remise) en circulation d'une personne internée et "traitée" à la suite de délits sexuels. Ce dilemme est de même nature que celui devant lequel se trouve placé l'expert psychiatre devant étayer, par la rédaction d'un rapport médical circonstancié, la décision d'hospitaliser sous contrainte un malade mental: il ne peut être simultanément médecin traitant du patient et médecin expert commis à l'évaluation de l'état de ce patient.
Le Code de déontologie médicale (article 121) est très clair sur le sujet: *Un médecin ne peut accepter une mission d'expert judiciaire concernant une personne qu'il aurait déjà examinée en une autre qualité*. Ceci explicite bien l'incompatibilité existant entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin expert quand un même patient est concerné, incompatibilité bien compréhensible d'ailleurs.

Ce qu'on ne nous dit cependant pas, et qui est pourtant évident, c'est que, précisément dans le cas de l'expertise psychiatrique, **cette incompatibilité prive l'expert des éléments indispensables sur lesquels baser un jugement, si bien que ce dernier ne peut alors plus être autre chose qu'une intuition, une sorte de pari plus ou moins raisonné**. Le silence qu'on observe sur cette difficulté ne peut qu'entretenir une interprétation faussement optimiste des savoirs scientifiques et des capacités réelles de la psychiatrie actuelle, ainsi que des compétences effectives de ses praticiens. Ce silence est certainement préjudiciable aux psychiatres eux-mêmes. En effet, il est loin d'être exclu que les prévisions qu'ils font dans pareilles expertises soient ultérieurement démenties par les faits. Des erreurs de ce genre reçoivent alors, dans les médias, une publicité tapageuse et on a beau jeu de les faire passer pour des fautes ôtant toute crédibilité à l'ensemble des experts, alors que ces derniers font ce qu'ils peuvent avec les seuls éléments "objectifs" qu'on leur autorise. Peut-être serait-il temps de se pencher sérieusement sur ce dilemme pour tenter, sinon de le résoudre entièrement, au moins d'en préciser tous les aspects et de les faire connaître au public.

Antérieurement, dans son Bulletin n° 97 en date du 20.04.2002, notre Conseil National de l'Ordre des médecins (de Belgique) avait dit, à propos de l'application de l'article 488bis-B, §3, du Code civil (*"Sous peine d'irrecevabilité, est joint à la requête, sauf en cas d'urgence, un certificat médical circonstancié, ne datant pas de plus de quinze jours, décrivant l'état de santé de la personne à protéger.*"): "Le Conseil national estime qu'il est déontologiquement incorrect d'examiner une personne dont on n'est pas le médecin traitant, à la demande d'un tiers intéressé (membre de la famille ou avocat), en vue de la délivrance d'un certificat médical circonstancié dans le cadre de l'article 488*bis* du Code civil. (http://www.ordomedic.be/web-Fr/fr/a97/a097003f.htm)
Doit-on, cette fois, "oublier" l'article 121 du Code de déontologie médicale que tout médecin est censé respecter?
La cohérence, au fil du temps, des avis émis par notre Conseil national de l'Ordre des médecins, peut parfois paraître difficile à percevoir à ceux qui doivent les suivre...

En février 2002,
le site MENS SANA atteint l'âge d'un an.

Il y a un an, des groupements et associations belges, et l'**O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté (OMS/WHO), décidaient de "placer l'année 2001 sous le signe de la **SANTE MENTALE**" (*libre à chacun d'interpréter à sa guise le sens profond de pareille formule*). Au cours de cette année 2001, en de nombreuses occasions, nos hommes et femmes politiques, mais aussi un certain nombre de ténors de la psychiatrie et du domaine psychosocial (de la "santé mentale") ont fait part, auprès des médias, des "initiatives" et des "mesures" qu'ils comptaient prendre, ainsi que des "projets" qu'ils disaient mettre en chantier pour "améliorer la santé mentale".

Comme on a pu le constater en visitant ce site, dès le début de cette campagne dite "de sensibilisation", nous exprimions notre scepticisme quant aux changements ***véritables*** que les malades mentaux pouvaient espérer de ce qui, selon nous, n'était qu'une toute éphémère gesticulation médiatisée, destinée surtout à donner bonne conscience à ses acteurs. Un an plus tard, nous pensons que les faits nous ont donné raison, que nos craintes étaient justifiées.

Lors d'une conférence sur le thème "Pour une politique citoyenne de santé mentale" tenue le 9 octobre 2001, (*www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_011009gu.htm*) la ministre française de l'emploi et de la solidarité, Mme Elisabeth Guigou avait déclaré:"***Le besoin d'un soutien psychologique ne signe pas l'existence d'une maladie mentale, et il n'y a aucune raison de psychiatriser la souffrance existentielle.***"
Il semblerait que toute personne raisonnable ne puisse qu'approuver pareille déclaration. Cependant, la déclaration de la ministre est malheureusement insuffisante parce qu'incomplète. Elle aurait dû dire aussi que:
répondre aux besoins psychologiques de la souffrance existentielle ne dispense cependant pas d'apporter les meilleures solutions possibles aux problèmes que les véritables maladies mentales posent à leurs victimes.
Cela, pourtant, ce pourrait bien être de la psychiatrie.

Ce que nous dénonçons sur ce site, c'est la dérive qui, dans notre pays, consiste à dévoyer les soins psychiatriques en les transformant en entreprise publique de bienfaisance plus ou moins charitable (*de désinformation*) qu'on baptise "santé mentale". Les énergies et les ressources nécessaires à la psychiatrie proprement dite et aux malades mentaux sont ainsi distraites de leur véritable fin, elles sont réservées à la création d'un écran de fumée: celui qui masquerait l'incapacité des politiques face aux grands problèmes socio-économiques, et qui nous cacherait aussi l'impuissance de nos psychiatres face aux maladies mentales chroniques. Laissons donc croire que la "santé mentale" s'occupe aussi des malades mentaux...

Quoique des psychiatres bien connus dans notre pays proclament, les uns qu'il ne faut pas confondre "mal-être" ou "mal de vivre" avec maladies mentales, les autres qu'il ne faut pas "psychiatriser les problèmes sociaux", ce sont eux pourtant qui continuent à faire et à encourager ce que, précisément, eux-mêmes ils disent d'éviter de faire.

Aussi, puisque, selon un récent communiqué de presse du ministre Frank Vandenbroucke (17 janvier 2002, *www.vandenbroucke.fgov.be*), "***Par excellence, la psychiatrie consiste à parler avec le patient***", (*comme dans "paroles, paroles..." par Dalida?*), pourquoi devrions-nous nous étonner si une "initiative en faveur de la santé mentale" est opportunément nommée Eole, dieu du vent de la mythologie grecque antique? Pourquoi les Ministres ne transposeraient-ils (et elles) pas à la psychiatrie leur expérience du dialogue avec les citoyens, dont ils (et elles) nous donnent chaque jour des exemples si parlants?

Les professionnels compétents (*si, si, il y en a*), même s'ils ne le disent pas à voix haute, savent pourtant fort bien, aujourd'hui, que les véritables maladies mentales chroniques graves ne se guérissent ni même ne se soignent vraiment par la conversation avec le patient car, justement,

dans ces "maladies" précisément, l'appareil est détraqué qui, seul, rend possible toute conversation sensée et permet d'en retirer le bénéfice. Mais beaucoup d'entre ces "professionnels" ne veulent pas l'admettre ouvertement, ils préfèrent s'accrocher à une légende légitimant, sinon leur paresse, au moins leur indolence et leur confort personnel.
Et, pour rendre cette légende plus crédible, ils font passer ce que certains appellent le "mal de vivre" ou le "mal-être" pour une "mauvaise santé mentale" qui, très vite, se transforme, par leurs soins, en officiels "troubles psychiques" justifiant la sollicitude et les préoccupations des psychiatres, de la psychiatrie et des psychothérapeutes de tout poil - pardon! De toutes obédiences et tous "courants".

Cependant, ce sont les conditions économiques et sociales prévalant dans nos sociétés industrialisées (de pays "développés") qui engendrent au sein de ces sociétés le "mal-être" et le "mal de vivre". Les signes en sont évidents, quotidiens, ils s'étalent sous nos yeux de plus en plus largement au fil du temps, mais on refuse d'en identifier les origines, on préfère, absurdement, prétendre "faire de la prévention" *a posteriori* en faveur (?) des individus et groupes déjà atteints plutôt que de ***soigner la société*** quand il en est encore temps.

Ceux qui subissent ce mal de vivre ou qui souffrent de "mal-être" ne sont pas des "malades mentaux" ou des "malades psychiques". Ce sont des personnes défavorisées par les circonstances et les conditions de la vie qu'elles mènent. Ce sont des personnes à juste titre mécontentes de leur sort, parfois à un point tel que leur mécontentement devient malheur intolérable, et qu'elles s'enlisent dans ce malheur. Mais ***ce ne sont pas des personnes "en mauvaise santé mentale"***.

Par le passé, les bouleversements sociaux ne se sont pas produits en réaction à une mauvaise "santé mentale" ou pour y remédier. Les révolutions n'ont pas non plus été le fait de malades mentaux. Elles ont été la conséquence du mécontentement et de la misère de populations finalement poussées à bout par le malheur. Et aujourd'hui pas plus que quand elles n'existaient pas encore, ni la psychiatrie, ni la psychanalyse, ni les psychothérapies n'apportent de réponse véritable à ces malaises sociaux-là. Mais elles sont des leurres qui viennent à point, de piètres expédients bien utiles pour, à bon marché, masquer le mal et, accessoirement, servir de justification commode à la multiplication de "prestataires de soins" s'affairant à donner la sérénade pour qu'on n'entende pas trop les grincements ambiants (*le choix existe entre de nombreuses autres images, mais malheureusement beaucoup moins flatteuses*). On croit ainsi pallier la carence des vraies solutions estimées trop onéreuses, on pense repousser les échéances. On ne résout rien; on temporise en se disant: cela tiendra bien autant que nous.

Ceux dont les bons samaritains du "psycho-social" s'occupent ou seulement affectent de se préoccuper, ce sont donc des personnes qui subissent les extrêmes des conditions économiques parmi toutes celles qu'engendre notre système économique et social. Et si, en permanence, nos politiques ont à la bouche le mot magique de ***prévention***, cette prévention qu'ils imaginent se borne à un flot de paroles dont ils se gargarisent et dont ils croient qu'elles ont des vertus calmantes. Non seulement ils croient ainsi se mettre en valeur et souligner leur souci de bienfaisance, mais les paroles leur coûtent peu, certainement moins que les actes. Ensuite, à d'autres qu'eux de payer le prix le plus élevé: celui de l'absence d'actes qui seraient nécessaires mais s'avèrent trop difficiles à poser (*trop chers*).

La prévention à laquelle les politiques et les pontifes de la santé mentale se réfèrent toujours, ce n'est pas celle qui consisterait en véritables mesures économiques et sociales bien concrètes supprimant les véritables causes du malheur. C'est celle qui, dans le domaine médical, serait censée prévenir les maladies connues et prévisibles. Mais les causes des ***maladies mentales*** ne sont toujours pas connues aujourd'hui (*ceux qui prétendent le contraire soit n'y connaissent rien, soit mentent effrontément, et certains parviennent même à cumuler*). Ces affections ne peuvent encore être ni prédites ni prévenues, pas plus qu'on ne pourrait encore prédire la date d'un tremblement de terre ou qu'on parviendrait à l'empêcher de se produire.

Les "mesures" annoncées ne sont donc jamais que cela: des annonces. Elles ne corrigent pas

les causes économiques des détresses sociales et morales, mais on dit d'elles qu'elles permettent de s'en consoler et on ose suggérer que cela reviendrait au même. On laisse croire qu'il n'y a pas de différences entre, d'une part les maladies mentales, et d'autre part les difficultés morales et le malheur provenant de la misère matérielle; les mêmes annonces, les mêmes discours sont donc toujours de mise dans tous les cas. On continue par conséquent à faire croire que les "mesures" qu'on va peut-être prendre s'adressent à tous, aussi bien aux véritables malades mentaux chroniques qu'aux malheureux laissés pour compte économiques.

Quel est le résultat de cette confusion mentale délibérée? C'est que cela ne marche dans aucun cas. On aurait pu le prévoir. En effet, ce ne sont pas les psychiatres ni les assistantes sociales qui peuvent donner des emplois aux chômeurs; d'ailleurs, qui donc songerait à leur assigner pareil rôle? Mais certains sans doute pourraient penser que trouver de nouveaux emplois pour des psychothérapeutes, des psychiatres et des travailleurs sociaux, c'est déjà bon à prendre... (*c'est bon pour la "croissance"?*)
D'autre part, affirmer la progression du mal-vivre et du mal-être, comme notre ministre Mme Magda Aelvoet qui parle de "l'augmentation de la demande de traitements psychiatriques", ou encore comme l'O.M.S. jouant les Cassandres en agitant le spectre de la dépression mentale à l'échelle planétaire, n'est-ce pas, même si on s'en défend par des échappatoires, implicitement reconnaître l'échec des "mesures" tant annoncées et de toutes celles prétendûment déjà prises? Faut-il être sourd et aveugle pour ne pas s'en apercevoir?

Malgré les évidences qui nous sautent à la figure de partout et dont les médias semblent ne jamais se lasser (terrorismes divers, insécurité, délinquance accrue des jeunes, banalisation des délits et crimes sexuels, pénurie et malaise des enseignants, échecs dans l'enseignement, illettrisme accru, etc., etc.), nos ministres, figés et imperturbables dans leurs certitudes, s'obstinent et nous assènent des formules pour le moins étonnantes et d'un humour dont on se demande parfois s'il ne serait pas délibéré: **il faudrait, paraît-il, porter à un niveau normal (sic) le nombre de psychiatres** (*www.vandenbroucke.fgov.be, 17 janvier 2002*) et le ministre nous dit que "**le problème fondamental à l'origine de la *pénurie* de psychiatres est la dévalorisation relative de leur travail**".

C'est bien trop bon à "noss brav' Mossieu l' Miniss" de s'inquiéter des finances de ces pauvres psychiatres travaillant (*actifs en pensée*) pour des ronds de carottes (*à des tarifs qu'aujourd'hui le ministre reconnaît peu alléchants, quoiqu'ils soient réputés plus favorables que ceux des médecins généralistes car, sans doute, les "actes intellectuels" de ces derniers seraient-ils de moindre valeur que ceux des psys?*)
Cependant, si pénurie de psychiatres il y a, ce dont il est d'ailleurs permis de douter, les causes n'en sont probablement pas celles que le ministre voudrait nous faire croire.

Comme leur nom l'indique, les études de médecine visent à former des médecins. Les candidats médecins choisissent leur futur métier parce que, dans leur immense majorité, ils se destinent à soigner des gens et à les guérir de leurs affections dans la mesure où l'état des connaissances et les techniques disponibles le permettent. Les gens à soigner sont du concret et du solide, ce sont des êtres de chair et de sang, les soigner efficacement suppose au préalable une fort longue et solide formation ancrée dans les sciences, les sciences naturelles et les techniques.
Ceux qui s'engagent dans pareille voie ont, en général, en plus de leurs tendances naturellement humanistes et humanitaires, une tournure d'esprit pragmatique et critique, un esprit tourné vers les sciences et vers le concret (certaines mauvaises langues, peut-être méprisantes, diraient: terre-à-terre). Ils pratiquent leur métier dans l'espoir d'obtenir des résultats bien tangibles, concrets eux aussi, qui constituent pour eux une récompense bien plus précieuse encore que toutes les rémunérations: la satisfaction du travail bien fait et du devoir accompli accompagnée du sentiment du service rendu.

Cependant, au cours de ces déjà longues études de médecine, les futurs praticiens se rendent bien vite compte que nos connaissances des fonctions mentales, normales ou altérées, sont encore loin d'avoir atteint le niveau qui permettrait d'obtenir, en psychiatrie, des résultats

comparables à ceux dont les autres domaines de la médecine peuvent aujourd'hui se vanter. Ils découvrent ainsi que la psychiatrie, pour peut-être un jour devenir enfin efficace de façon prévisible et utile, exigerait une recherche et une étude beaucoup plus approfondies du système nerveux central que celles proposées au cours et autour du curriculum actuel des études médicales. Elle devrait comporter la maîtrise de multiples disciplines, encore nouvelles de nos jours et dont certaines ne sont pas encore enseignées dans chaque faculté de médecine ou par toutes nos universités.

Pour être conférée officiellement, la spécialisation de neuropsychiatre requiert, déjà aujourd'hui et dans l'état actuel des connaissances médicales, plusieurs années venant s'ajouter encore aux études de médecine proprement dites. Quels futurs médecins de notre pays pourra-t-on convaincre, au moyen d'une carotte "revalorisée" qu'un ministre agiterait devant leur nez, de s'aventurer dans la psychiatrie actuelle alors qu'ils doivent savoir qu'ils n'obtiendront jamais, sur les vrais malades mentaux chroniques, que des résultats aléatoires et très peu satisfaisants?

Le ministre prend d'ailleurs un grand risque: celui de ne pouvoir recruter que ceux qui, d'avance, tout à la fois auraient le temps, c'est-à-dire les moyens financiers de se payer des études se prolongeant loin dans l'âge adulte, qui seraient décidés, tels des médecins selon Molière, à ne traiter que des malades imaginaires - c'est plus facile, plus sûr et reposant -, qui n'attacheraient pas trop d'importance à l'efficacité réelle et aux résultats de leurs traitements, pourvu qu'ils parviennent néanmoins à conserver leur clientèle lucrative en convainquant les patients du pouvoir salvateur de leurs discours. Les médecins qui auraient pareil profil courent-ils donc encore les rues de nos jours? On a peine à le croire! Le ministre Vandenbroucke parviendra-t-il a en faire former assez et assez vite pour parer à la pénurie qu'il annonce? (*quid d'une formation "accélérée-allégée" d'aides-psys, comme les aides-soignantes en remplacement des infirmières?*)

En attendant (*15 à 17 ans ou plus?*) les nouvelles générations de psys attendues d'urgence que nous promettent les ministres, les psychiatres actuels recommandent de ne pas psychiatriser les problèmes sociaux, ils disent qu'il ne faut pas "**coller tout de suite une étiquette psychiatrique sur une difficulté de vie qui provient du milieu familial ou de la société.**" (*Prof. Chr. Reynaert, Mont-Godinne UCL, Profil n°62, mars-avril 2001, p.7*). Ils veulent aussi nous persuader que "**...c'est parce qu'on est psychiatre qu'on peut dire que ceci ou cela n'est pas une maladie psychiatrique...**" (*Prof. Chr. Reynaert, Ibid.*)
Est-ce donc le regard spécialement expert qui permet aux psychiatres de si bien éviter que des malades se suicident peu après, voire immédiatement en sortant de leur cabinet de consultation?

C'est donc aussi cette remarquable clairvoyance propre aux psychiatres qui, sans nul doute, devrait leur permettre d'orienter, grâce à la toute nouvelle structure Eole, par téléphone, des malades dont ils ne connaissent l'histoire que de loin et par ouï-dire (*littéralement!*), soit vers l'institut psychiatrique, soit vers le commissariat de police. Généraux penseurs (*ou seulement pensifs?*) dirigeant la bataille depuis leur P.C. d'état-major où ils continueront de se calfeutrer, les psys guideront désormais avec expertise ces pauvres troufions de médecins généralistes dans les embûches de la psychiatrie de terrain (*de plus, comme cela, si jamais les choses ne tournaient pas trop bien, on pourrait à nouveau "faire porter le chapeau" par les médecins généralistes, mais cela, c'est un autre aspect des choses*).

Pourquoi omet-on à nouveau (nous sommes pourtant en 2002!) de nous dire combien de semaines ou de mois, voire souvent d'années de galère des malades mentaux chroniques (et leurs familles) doivent attendre et subir avant que la "***nature psychiatrique***" de leur affection soit reconnue et correctement traitée, alors même qu'ils ont été "vus" en chair et en os par de nombreux psychiatres, tous reconnus comme tels?

Non, poser le diagnostic psychiatrique n'est pas chose facile. Non, il ne se pose pas en quelques minutes ni même en quelques heures, et il est rarement correct d'emblée, même si de bien médiatiques "experts" vous le prétendent avec autorité sur le petit écran.

Non, le bon traitement n'est pas trouvé aussitôt après; non, il ne découle pas automatiquement du

diagnostic; il faut souvent tâtonner longtemps pour en mettre un au point, si tant est qu'on y parvienne. Tant pour le diagnostic que pour le traitement, si on tombe juste du premier coup, il faut en remercier la chance (ou la providence, ou la divinité, ou qui bon vous chante) mais, pour ce qui est de l'expertise et de la perspicacité, elles n'y sont pas pour grand-chose; elles ne servent qu'à excuser toutes les fois où l'expert s'est trompé. Certains "experts" ont de l'***expérience***, mais de quoi leur sert-elle si leur "art" s'apparente au jeu de la roulette ou à la loterie (*même pas aux courses de chevaux ni au bridge, par exemple, où le hasard est pourtant moins important*), et s'ils ne peuvent ni tricher ni s'arrêter de jouer?

Mais, de grâce, qu'on arrête de tromper le monde, qu'on s'abstienne enfin de dire qu'en psychiatrie les experts ont la science, le savoir et l'expertise, et que ceux qu'on dit "experts" cessent de le laisser dire, arrêtent de laisser croire qu'ils vont vous faire gagner à leur jeu en le présentant comme s'il s'agissait de science! Personne, en réalité, n'a rien à gagner à pareils mensonges, les psys moins encore que les autres, car on finira bien par ne plus les croire.

D'autres font l'apologie des psychothérapies (voir, par exemple: *"Psy le psy m'était conté", A. Dejond & S. Ministru, télé moustique 23/01/2002, pp. 16-21*) et de la psychanalyse , réaffirment "l'augmentation des demandes", affirmation péremptoire à la manière d'une vérité révélée, étayée par une note précisant que "l'INAMI ne dispose pas de statistiques spécifiques à la fréquentation des consultations psy". Bel exemple d'objectivité, de sérieux journalistique (*et, plus fondamentalement encore, de "logique oxymorique"*), qui n'a d'égales que les déclarations de Mme Aelvoet (v. ***Casques bleus***).

Nos ministres (dont Mme Aelvoet) ont décidé d'accorder leur sanction officielle aux psychothérapies dominantes et à leurs adeptes dûment reconnus, leur reconnaissant ainsi un rôle thérapeutique qui devrait très logiquement et incessamment se concrétiser par des tarifs et des remboursements INAMI (*sinon, à quoi bon?*)
Bon nombre de ceux qui prônent les psychothérapies reconnaissent eux-mêmes qu'elles sont utiles surtout "quand on n'est pas encore vraiment malade", et qu'un diagnostic de maladie n'est pas nécessaire pour y recourir.

Cela me rappelle ce qu'un de mes maîtres, le Professeur Paul Govaerts, d'un air malicieux, disait, dans les années 1950, aux étudiants de premier doctorat de l'U.L.B. qui assistaient à son cours de propédeutique: "Il n'y a pas si longtemps, mes maîtres de médecine enseignaient que quand une affection était grave, la médecine n'y pouvait rien ou pas grand-chose; et que quand la médecine semblait avoir guéri une affection, c'est probablement parce qu'elle se serait guérie d'elle-même, sans médecin, car elle n'était qu'imaginaire". Et il ajoutait: "En réalité, les choses n'ont pas vraiment beaucoup changé depuis".

Heureusement, nous sommes en 2002 et la médecine a quand même énormément progressé depuis 1955. Pourtant, si, dans la phrase du Professeur Govaerts, nous remplacions "médecine" par "psychothérapie" ou "psychanalyse", elle deviendrait: "Quand une affection est grave, la psychothérapie (ou la psychanalyse) n'y peut rien ou pas grand-chose; et quand la psychothérapie (ou la psychanalyse) semble avoir guéri une affection, c'est probablement parce qu'elle se serait guérie d'elle-même, sans psychothérapeute, car elle n'était qu'imaginaire". Cette phrase n'a-t-elle pas retrouvé une nouvelle jeunesse, n'est-elle pas d'une brûlante actualité?

Quand les fidèles ont assisté à l'office religieux de leur culte, quand ils ont consulté le prêtre à propos de leurs problèmes, souvent, après ils se sentent mieux. Quand nous nous réunissons avec des amis pour causer, ou bien autour d'une bonne table, ou au bistrot, ou encore si nous allons à un spectacle qui nous plait ou nous amuse, nous nous sentons souvent mieux ensuite. Ceux qui y croient vont consulter des mages, des marabouts, des tireuses de cartes, des voyantes, et souvent sortent rassérénés de leurs officines.
En toutes ces circonstances, parlons-nous de psychothérapie quoique nous ayons la conviction de nous être "fait du bien" par toutes sortes de "moyens psychologiques"? Demandons-nous alors au prêtre, au restaurateur, au distributeur de billets du spectacle, (peut-être à la tenancière de mauvais lieu, pourquoi pas?) une "attestation de soins donnés" qui nous donnera droit au

remboursement partiel de nos frais par l'INAMI ? Pourtant, ce serait dans la logique du temps et de nos ministres, non?

L'année 2001, dite "année de la santé mentale", n'a pas été l'année des explications véritables. Elle aurait pu l'être. Qui ne l'a pas voulu?
2001 n'a pas non plus été l'occasion d'initiatives concrètes et décisives en faveur des malades mentaux psychotiques chroniques. Elle aurait pu l'être. Qui ne le veut toujours pas en 2002?

Combien de temps encore?

"... la psychothérapie la plus élémentaire, mais aussi la plus directe et évidente, est celle que le médecin engage, ou devrait engager systématiquement, lorsqu'un patient est en face de lui, quelle que soit son affection, son âge et les circonstances."

Médecin et député français Bernard Accoyer
(**J**ournal **F**rançais de **P**sychiatrie, 12, 2001 (1), p.5)

...CONTINUONS LE COMBAT !

- Puisque ceux qui se disent des professionnels officiels de la "santé mentale" continuent à se payer de mots creux auxquels ils voudraient nous faire croire;
- puisque les hommes et femmes politiques qui se prétendent "responsables" récupèrent à leur propre usage ces mots creux et s'en servent pour des motifs à la fois démagogiques et de comptabilité budgétaire simpliste à court terme;
- puisqu'aucun bilan concret et crédible ne peut jamais être obtenu - et pour cause - qui, indiscutablement, démontrerait enfin la prétendue efficacité, aussi bien des mesures politiques et sociales prises que des thérapeutiques mises en oeuvre en faveur des malades mentaux;
- parce que, par ces politiques suivies, ces attitudes affichées, ces habitudes invétérées de facilité qu'on se garde bien de perdre, ces fausses thérapeutiques auxquelles on s'accroche, à cause même de leur inefficacité et des déceptions que celle-ci engendre et qu'ensuite elle entretient, on ne peut qu'encourager le développement et la multiplication de procédés, pratiques et soi-disant médecines dites "alternatives", ou "non conventionnelles", ou aussi "parallèles", parfois encore prétendues "douces";
- parce que ces médecines dites alternatives ont encore moins d'efficacité prouvée que n'en a, aujourd'hui, celle qu'elles visent à remplacer ou à compléter, parce qu'elles se parent abusivement d'un jargon pseudo-scientifique et se revendiquent de "la science" sans pourtant jamais en tirer leur origine ni se prêter à vérification scientifique réelle;
- Faute des moyens qui lui seraient nécessaires, mais qui sont détournés et gaspillés en faveur de superstitions et au profit de ceux qui en vivent en exploitant celles des autres, la recherche scientifique vraie sur les affections mentales chroniques et leurs traitements ne peut être poursuivie de manière utile dans notre pays (*petit par la géographie, grand par l'ambition des discours de ses dirigeants politiques, remarquable par le silence, l'inertie et la passivité de ceux qui, en principe, ont le savoir - ou le prétendent - et dont la mission serait de l'accroître et de le diffuser*).
  On entretient et on renforce ainsi le **statu quo**, ce qui équivaut à **délibérément refuser aux malades mentaux chroniques tout espoir d'amélioration de leur sort** dans un avenir qui serait assez proche pour n'être pas qu'une utopie.

Toutes les fausses "médecines", les pseudo-sciences, toutes les pratiques (*ce ne sont pas des savoirs mais plutôt des recettes de grimoires!*) plus ou moins ésotériques de saltimbanques aux prétentions faussement scientifiques, qui décrètent, sans la moindre preuve valable, aussi bien préserver des maladies mentales que restaurer la "santé mentale", doivent être dénoncées et exposées pour ce qu'elles sont: de mauvais trompe-la faim ou pire: des attrape-nigauds plus profitables aux praticiens qu'à leurs clients.

Les hommes et femmes politiques de chez nous qui disent règlementer ces pratiques et donner un statut officiel (une *reconnaissance officielle*) à ceux qui les dispensent, cèdent aux pressions de certains lobbies et obéissent à une démagogie facile. Ils laissent ainsi transparaître leur infinie crédulité (*leur absence de rationalité, leur superbe méconnaissance, voire leur mépris de tout esprit critique*) autant que leur ignorance (et/ou celle de leurs conseillers "scientifiques"). Si le

XVIIIème siècle a été appelé celui des lumières, veut-on, au XXIème, retourner à l'obscurantisme et à la magie exploitant la jobardise?

Mais il y a plus grave encore: ces politiques profitent du pouvoir dont ***nous*** les avons (provisoirement!) investis pour décerner un certificat officiel et définitif de respectabilité et de validité à certaines pratiques surtout fantasmatiques, alors que le pouvoir politique ne possède pas en soi - ou automatiquement - le savoir requis, et alors qu'il ne prend pas non plus de précaution sérieuse pour s'entourer des compétences indispensables afin d'en juger valablement. Et ce n'est pas tout. En agissant de la sorte, on lâche systématiquement la proie pour l'ombre. Mises à mal en faveur de simulacres, les maigres ressources des citoyens sont dilapidées, dans lesquelles puiser pour un jour trouver et promouvoir les vraies solutions. Ces ressources ne sont peut-être pas perdues pour tout le monde, mais elles le sont certainement pour le progrès de nos connaissances véritables et pour les malades mentaux chroniques dont nos "responsables", depuis toujours, semblent se soucier comme d'une guigne.

Nos gouvernants semblent avoir imaginé que légiférer pour règlementer la "psychologie clinique" et les "psychothérapies" (v. *Politique 1*) - et pour en "reconnaître" les praticiens - constituerait le témoignage (*donnerait la preuve*) de leur souci bienveillant de la "santé mentale". Sans doute pensaient-ils aussi répondre aux revendications de plus en plus pressantes de nos nombreuses associations de psys (psychologues et "thérapeutes" de divers "courants") devenues fort encombrées en à peu près deux décennies. Ils pensaient peut-être du même coup "moderniser" la "santé mentale" à moindres frais.
Amateurs se croyant éclairés mais en réalité peu avertis, peu prudents et impatients (pressés par les impératifs des échéances politiques), ils ne se doutaient vraisemblablement pas des difficultés, aussi bien de principes que techniques, dans lesquelles ils n'ont pas hésité à foncer tête baissée (*les "réformes" de 1988-1990 et les tristes effets des lois dites "Busquin" ne semblent pas leur avoir inspiré de réflexions salutaires*).

L'incompréhension et une certaine naïveté de nos ministres se dévoilent au grand jour dans cette phrase de l'exposé des motifs du projet de loi modifiant l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967:
"***Grâce à un règlement légal, le patient a une garantie quant à la qualité*** et le praticien est reconnu dans la société."
Nous avons déjà rappelé ailleurs (v. *Politique 1*) qu'à l'évidence, décerner de beaux diplômes, voire attribuer de clinquantes médailles (*de quoi surtout décorer les murs d'une salle d'attente ou une vitrine*) à un praticien quel qu'il soit et de quelque pratique que ce soit, ne peut jamais rien garantir quant à la **qualité du contenu** de sa pratique. Il faut aussi que ce contenu satisfasse à un certain nombre de critères fort stricts, c.à.d. que sa validité se base sur des preuves scientifiques, c.à.d. des données scientifiquement établies et reconnues. Et là, il se trouve qu'on est, bien souvent, fort loin du compte.
Il semblerait que les ministres et leurs conseillers ne paraissent pas - ou ne parviennent pas à - comprendre la nature de ces preuves ni les caractéristiques auxquelles elles doivent répondre. Comme beaucoup de personnes, ils sont impressionnés par l'actuelle ubiquité de "la science" dans tous les domaines de notre vie quotidienne, par l'importance et le prestige considérables qu'elle a acquis dans notre société occidentale moderne. Mais ils ne distinguent pas entre sciences véritables et les pratiques intuitives plus ou moins fantaisistes et magiques. Certaines d'entre elles s'affublent d'un jargon pseudo-scientifique visant à les déguiser en science pour emprunter à cette dernière et usurper, à moindre coût et à moindre effort, un peu de cette reconnaissance officielle, de ce "**crédit**" et de ce prestige tant recherchés.

Et, ***faute de volonté de clarté*** (*ou manque de lucidité, ou ignorance, ou encore manque de courage devant les pressions?*) dans les définitions et dans les textes, voilà les difficultés qui commencent. En effet, à peine les ministres ont-ils (il/elle) commencé à faire promulguer leurs lois et à rédiger hâtivement (*devrait-on dire: bâcler?*) d'autres projets de loi, aussitôt ces projets suscitent un tollé, une levée de boucliers dans les associations professionnelles de psychologues et psychothérapeutes dont les dirigeants poussent des cris d'orfraie à la perspective, entre autres calamités annoncées, que leurs membres soient "inféodés" aux médecins et, ainsi, perdraient leur autonomie, leur "liberté de diagnostic, d'indication et de traitement", perdraient leur "identité

professionnelle".

Et il y a fort à parier que les difficultés et les remous, provoqués par nos ministres et par les réactions des psys à leurs décisions politiques, risquent de s'amplifier encore car, ne l'auriez-vous pas remarqué? les médecins, quant à eux, se sont jusqu'à présent cantonnés dans un silence discret et prudent. Cela risque de ne pas durer. Il n'est guère besoin d'être devin pour prédire de prochaines nouvelles péripéties, polémiques et autres disputes. Leurs causes et origines véritables devraient être évidentes s'il n'y avait autant de personnes, de tous bords, intéressées à les dissimuler pour de multiples raisons (*dont les bonnes sont souvent difficiles à avouer*). On peut dire qu'animés d'intentions que certainement ils croyaient bonnes, nos ministres ont néanmoins commis un fameux pas de clerc dont ils ne mesurent apparemment pas le moins du monde les multiples conséquences qui surgiront bientôt.

Cette bataille de la "santé mentale", peut-être peu préméditée car sans doute redoutée et sans cesse reportée, qui finalement s'annonce, il y a déjà longtemps qu'elle aurait dû avoir lieu. De multiples acteurs devraient y prendre part, c.à.d. les politiques, les médecins (neuro-psychiatres mais aussi généralistes et neurologues), les psychologues dits "cliniciens", les psychothérapeutes de toutes "obédiences" ou "courants". De ce débat qui peut-être va s'ouvrir, la clarté pourrait jaillir, **la vérité devrait enfin éclater**. Soyons optimistes et, une fois n'est pas coutume, remercions les ministres pour leur maladresse, même si nous voulons la croire involontaire; elle a l'avantage de nous laisser espérer que les usagers, c.à.d. les premiers et véritables intéressés, finiront par en retirer un bénéfice depuis longtemps attendu: d'une part, **que les véritables malades mentaux chroniques reçoivent enfin, des praticiens compétents, l'attention, les *soins médicaux* ET l'aide psychologique qu'ils méritent**; d'autre part, que les personnes qui, malgré leurs difficultés du moment, peuvent cependant se contenter de la seule ***assistance psychologique non médicale***, ne soient plus considérées (*déconsidérées!*) comme des malades, comme les patients à "mauvaise santé mentale" pour lesquels on essaye de les faire passer actuellement.

La vérité trop longtemps occultée qui devrait éclater, nous croyons, contrairement à ce qu'affirme le proverbe, qu'elle est *toujours* bonne à dire et doit *toujours* être dite, quoiqu'elle ne soit *pas toujours agréable à entendre par tous* ceux qu'elle concerne. Une fois de plus, revenons-y, même si les autres articles de ce site y ont déjà, clairement, fait allusion à de nombreuses reprises.

> Sur ce site, on n'a cessé de répéter qu'il ne faut pas confondre "souffrances existentielles" et affections mentales, qu'il ne faut pas faire passer pour des troubles mentaux véritables (*des pathologies*) les "malaises psychologiques", les difficultés de société, les "problèmes existentiels", le "mal-[de]-vivre", le "mal-être" . Pourtant, c'est justement cette confusion que tous indistinctement s'obstinent à créer et à entretenir depuis toujours, qu'ils se disent "thérapeutes", qu'ils soient psychiatres médecins, qu'ils s'appellent "psys" de quelque "tendance" que ce soit, parfois même se mêlant à eux des sociologues académiques sans doute en mal (*et en quête*) de notoriété facile.

Tous, en effet, ont adopté la détestable habitude de regrouper ces manifestations "psychologiques" ou "psychiques" ou "mentales" au sein d'une seule et même entité indéfinissable et floue nommée, par une sorte d'antiphrase particulièrement pernicieuse, à la fois révélatrice et génératrice de confusion mentale généralisée, la "SANTÉ MENTALE". Et, se voulant sans "complexes", ils s'en proclament les experts et s'en disputent sinon le monopole, au moins la part la plus importante et la plus avantageuse possible pour eux-mêmes, un peu à la manière de charognards sur les dépouilles d'un champ de bataille (*pour ceux qui seraient choqués par la métaphore, rappelons leur, si besoin en était, qu'il est question d'un secteur d'activité de notre société qui, globalement et littéralement **ne vit essentiellement que du malheur des gens**, et qu'on nous demande de croire ses responsables sur parole - jamais sur pièces! - quand ils en vantent les bienfaits et l'efficacité, alors qu'en même temps, ô paradoxe passé pudiquement sous silence! tous nous en disent cependant que "la demande augmente considérablement"* (R.T.B.F.: Santé: pas de "psy" sans docteur?", 26/02/2002).

Madame la Ministre Aelvoet, après une première mouture de son projet de règlementation du statut et de la pratique du "psychologue clinicien", s'est aperçue que ces praticiens n'ont pas la formation, c'est-à-dire les compétences ***médicales*** requises pour exclure l'existence possible d'une véritable pathologie médicale chez ceux qui viendraient les consulter. Ceci présentait des dangers évidents que nous avions d'ailleurs déjà signalés (v. *Politique 1*). Dans une version ultérieure de son projet, optant pour la prudence, elle a donc subordonné, mais de manière peu nuancée, les consultations et thérapies chez les psys à l'accord préalable du médecin. C'était, en apparence, la sagesse. C'était cependant encore insuffisant. Dans le domaine de la santé des gens, Madame la Ministre a eu l'occasion d'en faire l'expérience au gouvernement, on n'est jamais trop prudent, on n'est jamais assez prévoyant (*rappelons-nous les exemples récents des problèmes d'E.S.B. et des contaminations de la volaille par la dioxine*).
Pour renforcer la sécurité des clients suivis par des psys désormais "autonomes", il fallait encore responsabiliser ces derniers. Quoi de plus normal et d'ailleurs obligé, que d'assumer la responsabilité des actes qu'on pose, ou du défaut des actes qu'on devrait poser dans le cadre d'un contrat tacite de service?
Il était donc naturel et logique d'imposer aux psys l'obligation d'adresser leurs clients au médecin en cas de suspicion de **pathologie** (*ce que la ministre appelle les causes "**biomédicales**"* [sic!]), pathologie éventuellement présente non seulement dès le départ, mais aussi qui pourrait survenir en cours de "thérapie". C'est ce que Mme la ministre a fait figurer dans le projet de loi, mais apparemment sans tenir compte du fait que la formation des psys ne leur donne pas les moyens d'assumer correctement cette responsabilité.

La distinction entre ce que la ministre appelle des "***troubles*** psychiques" comportant des causes "biomédicales" (*les pathologies*, de la compétence des seuls médecins) et ce qu'elle nomme des "***problèmes*** psychiques" n'en comportant pas (*le non pathologique*, dont les psys pourront se charger seuls) **est, paraît-il, quasiment impossible à établir aux yeux des psychologues** (R.T.B.F., 26/02/2002, *Ibid*.). Si ce n'est là un aveu, spontané quoique sans doute involontaire d'impuissance, voire d'incompétence des psychanalystes et thérapeutes protestataires, qu'on nous propose donc une autre interprétation plus plausible!
De plus, il semblerait que "*la nécessité d'un diagnostic médical, prévue par le projet de loi, pourrait aussi avoir comme conséquence de pousser les psychologues à envoyer systématiquement leur clientèle chez le médecin, de quoi **se prémunir contre tout risque de voir le patient se retourner contre son psychologue** et l'attaquer en justice, réflexe protecteur que l'on observe déjà aux Etats-Unis" (R.T.B.F., ibid)*.
Cette "nécessité", les psychanalystes la refusent. Pourtant, l'absence de diagnostic médical, contrairement à ce qu'ils semblent croire, ne les protège nullement de l'éventualité de la présence, chez leurs "patients", de pathologies ne relevant pas des "thérapies" qu'ils pratiquent. Leur "sainte ignorance" (*ce que, précisément, ils appellent la distinction impossible à leurs yeux!*) ne les protègerait alors pas non plus d'éventuelles actions en justice, bien au contraire! Croient-ils donc éluder leurs responsabilités, simplement en niant - parce qu'ils les ignorent (*délibérément ou naïvement, qu'importe!*) - des risques bien réels que, de leur propre aveu, ils ne peuvent pourtant identifier? Comment aussi qualifier l'attitude de "professionnels" qui revendiquent d'exercer seuls des responsabilités mais s'avouent incapables de les assumer ainsi que leurs conséquences, et qui refusent même de minimiser les risques (*d'abord encourus par qui?*), refusant de répartir peut-être mieux les responsabilités entre intervenants en fonction de leurs compétences ***officiellement*** reconnues (*ou, si l'on doit en croire les prétentions, voire les accusations des uns comme des autres, leurs parts respectives d'incompétences objectives, avouées ou non*)?

> Pauvres "clients" ou "patients" dont les "décideurs politiques" ont l'inconscience (*ou le culot?*) et surtout l'indécence de prétendre qu'ils auront une "garantie de qualité", d'affirmer qu'ils seront désormais "mieux protégés", de suggérer qu'on va enfin cesser de les mener en bateau parce que l'équipage de ce bateau aurait obtenu de beaux uniformes dessinés par des stylistes ayant l'aval ou la faveur des ministres!

Les problèmes des véritables malades mentaux, parents pauvres de toujours de notre si beau

système [de santé], proviennent pour une bonne partie de ce nom de "**SANTÉ MENTALE**", une **fable**, un mirage tout à la fois absurde, fantôme inexistant mais incontournable, bien pratique pour certains qui en vivent et s'en servent, peu utile ou même néfaste pour ceux qui doivent y vivre, ceux à qui on peut en imposer tous les caprices, toutes les humeurs. Ceux-là doivent subir, ce sont les poissons d'espèces diverses peuplant le vivier de la "**SANTÉ MENTALE**". Les poissons sont les "***clients***" des uns ou des autres, les "***patients***" de tous, leur "matière première".

La **fable** de "**SANTÉ MENTALE**" que nous allons conter maintenant, c'est la concrétisation cauchemardesque d'un délire flou, imaginaire, théorique, dogmatique et fabriqué de toutes pièces à partir de fantasmes jamais dissipés qui s'élaborent et ne cessent de s'amonceler au fil du temps. C'est un univers devenu administratif, ayant donné finalement naissance à une institution bureaucratisée, une administration en soi, un monde à part à la Kafka.
Confortablement assis autour du vivier qu'à la fois ils alimentent (*repeuplent*) constamment et qu'ils exploitent (*à la manière de ces chasseurs qui se disent, bien sûr, protecteurs de la faune*), qu'ils soient professionnels ou pêcheurs du dimanche ayant le permis, nos pêcheurs psys de la **fable** sont collègues et/ou concurrents, qui s'opposent et s'entre-déchirent, quoiqu'en douceur, plus ou moins sournoisement. On compte parmi eux des pêcheurs psys appelés psychiatres, porteurs d'un diplôme de médecin spécialiste, et de nombreux pêcheurs psys qu'on pourraitt appeler psys "parallèles" ou "alternatifs" désormais "reconnus" (*les actuels et plus bruyants protestataires contre les projets ministériels*).
Malgré les multiples schismes qui les divisent en clubs de pêche psy ou "chapelles", tous parviennent cependant à s'accorder pour préserver cette fiction qu'est la "**SANTÉ MENTALE**". Elle est en effet leur pêche réservée (*chasse gardée?*) commune, leur fonds de commerce à partager, leur raison sociale, la vitrine qui justifie une majorité des leurs, c'est l'alibi accréditant leur utilité sociale et assurant leur survie matérielle.
Quant à la population des poissons nageant dans le vivier de la **fable**, elle est très hétérogène, mais on peut toutefois en répartir les individus en deux grandes catégories distinctes: d'une part ceux qui devraient effectivement se trouver là (*ceux qui souffrent d'une pathologie*), d'autre part ceux qui s'y sont égarés par erreur - ou qu'on y a attirés - (*et qui n'ont pas de pathologie!*)
Une partie des pêcheurs psys affirment qu'entre ces deux catégories de poissons (*dans le vivier parce qu'il faut les soigner, ou inversement*), les uns sans doute vraiment malades, les autres peut-être pas vraiment, la distinction, quoique toujours délicate, ne leur est pas impossible. Ils disent que leur formation médicale les en rend capables mais, avec quelque raison d'ailleurs, ils contestent cette capacité à ceux qui n'ont pas reçu leur formation.
Les autres pêcheurs psys affirment, au contraire, que cette distinction n'a pas de sens puisqu'ils sont incapables de la faire *(tous les poissons seraient à la fois malades et non malades)*.
Ces pêcheurs psys-là, par contre, contestent aux premiers, aux pêcheurs médecins (et psychiatres) les compétences requises pour appâter efficacement les poissons, compétences qui ne seraient acquises qu'après de longues formations tout à fait spécifiques que seuls certains psys reçoivent.

> Quoi qu'il en soit, quel est l'enjeu de cette fable, de cette querelle? C'est, pour chaque pêcheur, et pour pouvoir continuer son activité, d'être à même de revendiquer le nombre le plus élevé possible de poissons "guéris" qu'on serait capable de rejeter, non plus dans le vivier, mais dans la rivière, enfin!
> Et, pour tous les pêcheurs psys quels qu'ils soient, voilà un but bien plus facilement atteint avec des poissons pas vraiment malades (*dépourvus de pathologie*) qu'avec des poissons réellement atteints (*souffrant d'une pathologie*). C'est pourquoi ils veulent laisser tous les poissons, malades ou non, indistinctement dans le même vivier. C'est pourquoi certains ne veulent ***pas pouvoir distinguer entre pathologique et non pathologique***. Ainsi, dans leur grande majorité, les pêcheurs pourront se vanter de soigner efficacement un grand nombre de poissons, en les faisant tous passer pour de vrais malades. Les nombreux échecs pourront ainsi être tus et ignorés, opportunément noyés dans la masse des fausses réussites qu'on présente comme étant les plus nombreuses, sinon les seules (*c'est ça, noyer le poisson?*)

Il faut mettre fin à cette fable. Cessons donc, enfin! de parler de "**SANTÉ MENTALE**". De nombreux "psychothérapeutes" de diverses tendances clament depuis longtemps et sur tous les toits qu'il faut "démédicaliser la santé mentale", et que les médecins n'ayant pas de formation psy (*sauf, disent-ils avec quelque condescendance, certains psychiatres*), ils prescriraient, à tort et à travers, des médications psychotropes plus nocives que bénéfiques, alors que les psychothérapies (*les leurs, de préférence!*) seraient plus indiquées.
Prenons les au mot! Supprimons la "**SANTÉ MENTALE**" et remplaçons-la par deux organismes ou institutions (*comme on voudra*) qui seraient, d'une part, les "**AFFECTIONS MENTALES**" ou "**MALADIES MENTALES**", et d'autre part l' "**ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE**".

Les maladies ou "pathologies" mentales seraient, au départ, de la compétence des médecins, tandis que l'assistance psychologique n'aurait plus pour officielle vocation première de "guérir" mais de soutenir psychologiquement et de parfois aider à obtenir le renforcement d'un traitement médical ou encore, d'aider à le supporter. L'assistance psychologique serait donc de la compétence incontestée des "psys", médecins ou non. On ne voit pas pourquoi une personne ne se sentant pas malade mais éprouvant le ***besoin d'un soutien psychologique***, ne pourrait s'adresser directement à un psy si elle le souhaitait, sans devoir d'abord faire appel à un médecin.
Les "pathologies" mentales, quant à elles, ont toujours une base biologique et organique, personne, aujourd'hui, ne peut plus l'ignorer. Quoi que proclament sur leur site Internet des ministres sans doute mal instruits par des conseillers mal choisis, ces affections-là ne se soignent pas essentiellement par la parole. Elles sont ***toujours et obligatoirement*** justiciables de traitements médicamenteux. Raison supplémentaire pour en laisser la responsabilité aux seuls médecins, mieux à même de prescrire la médication, dans la mesure toutefois où la pratique prépondérante de techniques "psychologiques" n'a pas fait oublier à certains leur formation biologique médicale initiale.
On veut croire que le monopole médical des prescriptions médicamenteuses ne devrait pas poser de problèmes à nos psys s'ils veulent rester cohérents avec eux-mêmes, puisqu'ils se récrient généralement contre l'usage de psychotropes. (*Signalons cependant que, dans certains pays (p.ex. l'Etat du Nouveau Mexique, U.S.A.), les psys revendiquent le droit de prescrire des médicaments, et des velléités de légiférer dans ce sens se manifestent actuellement. Mais, très logiquement, le droit à prescrire ne sera envisagé dans cet état qu'après que les connaissances correspondantes, théoriques et pratiques, en neurosciences et en neuropharmacologie auront été acquises et sanctionnées par un diplôme reconnu et agréé.*)
L'art de guérir - ce que maintenant certains, chez nous, appellent "l'art médical" - étant ainsi devenu bien distinct de l'assistance psychologique, les plates-bandes des uns ne devraient plus craindre les piétinements des autres, ce qui devrait encourager médecins et psys à collaborer, peut-être mieux que par le passé.

Le réaménagement de la "SANTÉ MENTALE" en "**ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE**" et en "**AFFECTIONS MENTALES**" aurait aussi pour conséquence d'enfin ne plus permettre d'ignorer et délaisser les malades mentaux psychotiques et chroniques véritables, aujourd'hui noyés parmi les autres. Il deviendrait enfin possible de rechercher pour eux de vraies solutions (*et de les mettre en oeuvre!*).
On se donnerait ainsi les moyens d'afficher un bilan enfin plus réaliste et crédible des **résultats objectifs** des efforts déployés par les professionnels de l'actuelle "santé mentale". Ce bilan objectif n'existe pas à l'heure actuelle, nous ne disposons que de messages publicitaires peu crédibles de certains, et du silence des autres.

Première publication: **5 Avril 2002** ***(J.D.)*** Dernière modification: **9 Mai 2007**

WHOOMS

Que veut-on nous dire? A qui croit-on s'adresser? (Où va-t-on chercher ceux qui parviennent à pondre de pareils lieux communs à l'eau de rose?)

En fin d'année 2001, après avoir concocté et largement répandu son Rapport 2001 sur la santé dans le monde, consacré à "la santé mentale" (v. notre article Casques bleus),

l'O.M.S. PERSISTE et SIGNE.

A l'adresse
http://www.who.int/m/topicgroups/mental_neurological_disorders_disabilities/fr/index.html, on trouvait [encore il y a peu**] cette définition tout à fait remarquable à bien des points de vue:

> "La santé mentale est un phénomène complexe déterminé par de multiples facteurs sociaux, environnementaux, biologiques et psychologiques, qui dépend en partie du succès de la mise en oeuvre des mesures de santé publique visant à lutter contre les troubles neurologiques et psychologiques tels que la dépression, les troubles anxieux, la schizophrénie, la démence et l'épilepsie."
> *(Mental health is a complex phenomenon which is determined by multiple social, environmental, biological and psychological factors. It depends in part on the successful implementation of public health efforts to control neurological and psychological disorders such as depression, anxiety disorders, schizophrenia, dementia and epilepsy.)*

(** depuis le mois d'août 2002, ce fichier n'est plus accessible. Aurait-on éprouvé le besoin de revoir la copie?)

La santé mentale est un phénomène? Où a-t-on trouvé cela?
Non! La santé [*mentale*], ce n'est pas un phénomène. Ce n'est qu'un mot, une idée. C'est un concept.
Ce concept rassemble et résume la ***représentation*** que nous nous faisons du ***fonctionnement correct*** de [***notre système nerveux en harmonie avec***] notre organisme tout entier.
C'est ce bon fonctionnement qui nous permet [*à notre organisme*] de vivre dans le monde qui nous entoure et de nous y adapter, pour pouvoir continuer à y vivre même lorsque ce monde, progressivement, change - *et, plutôt que d'énoncer des définitions circulaires, certains feraient mieux de prendre conscience que le monde change de plus en plus rapidement, principalement* ***par la faute de l'Homme***.

Si l'ensemble de notre corps fonctionne bien (de manière satisfaisante), c'est parce que chacun de nos organes est en bon état de marche (***matériel***), et parce que ces organes, dans leur conformation actuelle, avec leurs rapports réciproques qui en font un ensemble, sont le ***résultat de l'évolution*** des espèces et de la sélection naturelle qui sont à l'oeuvre depuis l'apparition de la vie sur terre.

Qu'elle soit mentale ou autre, la "santé" n'a jamais existé que dans l'imagination humaine. L'homme a imaginé la santé [*mentale*] dans son esprit, la construisant à partir de son absence et la déduisant de ses imperfections. De manière comparable, il définit ce qu'il appelle le bien (*ce qu'il aime*) par le contraste qu'il fait avec ce qu'il considère être le mal (*ce qu'il n'aime pas*).

La santé [*mentale*] ne devient réalité humaine que rétrospectivement, à partir du moment où elle a disparu et dans la mesure où elle a disparu. On n'en a donc conscience que pour autant qu'on sache, (*par expérience personnelle et par l'observation des autres*), qu'elle peut être "diminuée" ou détruite .
Une fois détruite, elle n'existe plus qu'en souvenir, comme une sorte de paradis perdu. La santé [*mentale*], c'est donc bien et avant tout "l'innocence avant la chute", c'est l'absence de la maladie

[*mentale*], sa négation. La santé [*mentale*] n'est pas "*déterminée*" par des éléments extérieurs à l'Homme, c'est une donnée, une caractéristique propre à l'espèce humaine, un état de fait dont on ne prend conscience que quand il est modifié, altéré, exactement comme, selon la Genèse, Adam et Eve n'ont su et pu apprécier ce qu'était le jardin d'Eden, où pourtant ils se trouvaient, qu'après qu'ils en eurent été chassés.

En regard de la durée d'existence de l'espèce humaine *homo sapiens* sur terre, la mise en oeuvre des mesures de santé publique n'a encore que l'âge d'un instant. Par conséquent, prétendre que la santé [*mentale*] serait **déterminée** et dépendrait, ne fût-ce qu'en partie, du "succès des mesures de santé publique...etc.", est un non-sens. Si c'était vrai, soit nous serions une espèce fossile éteinte depuis longtemps et nous ne serions pas là pour en parler, soit les populations humaines du monde entier compteraient aujourd'hui une écrasante majorité de malades mentaux (*et on peut supposer que l'O.M.S. ne tiendrait alors pas, sur la "santé mentale", le langage que nous lui connaissons*).

La définition de la "santé mentale" par les fonctionnaires de l'O.M.S. équivaut à affirmer que la santé mentale n'est en effet qu'une denrée en quelque sorte artificielle, un produit de l'activité sociale humaine, la récolte par les pouvoirs publics du produit de leur lutte contre les maladies mentales (*si la récolte est bonne, il y aura peut-être de la santé mentale dans les rayons des magasins, mais y en aura-t-il pour tout le monde cette année?*)

Les facteurs (*les causes*) psychologiques qui "détermineraient la santé mentale" n'ont jamais été que supposés ou imaginés, jamais ils n'ont pu être prouvés, nombre d'entre eux ont même été clairement réfutés. Il en va de même pour les facteurs sociaux, et ce sont précisément des études scientifiques épidémiologiques soutenues par l'O.M.S. elle-même qui ont suggéré que la fréquence des affections mentales chroniques graves était indépendante des types de société et de civilisation, et assez uniforme parmi toutes les classes sociales, et cela ***dans le monde entier***.

Comment un organisme comme l'O.M.S. peut-il continuer à faire état d'hypothèses comme s'il s'agissait de faits prouvés, alors que les études, que souvent lui-même il suscite, depuis pas mal de temps les réfutent ou, pour le moins, les mettent sérieusement en doute?

L'O.M.S. a annoncé, à grand renfort de publicité, la mise en place de son projet "**ATLAS**" qui, en procédant au recensement mondial des ressources mises en oeuvre en faveur de la "santé mentale", permettrait enfin de brosser un tableau général de la lutte pour la "santé mentale" dans le monde. Tous les pays ont fourni les renseignements dont ils disposaient (ou qui leur paraissaient pertinents) à l'O.M.S., qui les a ensuite résumés et rassemblés dans une série de fichiers disponibles sur son site web. Celui qui contient les renseignements concernant la Belgique porte la dénomination Atl2BroEnP2bFinal.PDF.

> Si l'on veut en croire ce document, il paraît que la Belgique aurait une politique de santé mentale, mise en place en 1988 et amendée en 1990. L'Etat fédéral et les Communautés [linguistiques] prenant en charge différents aspects de la santé mentale, il y aurait donc, à la fois, une politique nationale et une politique communautaire de la santé mentale.
> Il paraît qu'un programme national de santé mentale est en place, qui a été formulé en 1990, et auquel diverses modifications (adaptations) ont été apportées depuis.
> Il paraît qu'il y aurait: 25 lits psychiatriques par 10.000 habitants, 18 psychiatres par 100.000 habitants, un neurologue par 100.000 habitants. On ne connaît pas le nombre d'infirmiers (/infirmières) psychiatriques, de psychologues ni des assistantes et assistants sociaux travaillant dans le secteur de la santé mentale.
> Voudrait-on nous faire **prendre le paraître pour l'être?**

Le fichier Atlas pour la Belgique nous affirme que la récolte des données épidémiologiques concernant la santé mentale est assurée au moyen du document appelé **R**ésumé **P**sychiatrique **M**inimum (RPM), établi pour chaque patient. Ce qu'on ne nous dit pas, c'est que l'utilité réelle de ce formulaire est parfaitement illusoire et que, entre eux et à juste titre, les psychiatres en

"rigolent" doucement. Ce qu'on ne nous dit pas, c'est que nos ministres eux-mêmes reconnaissent le "manque criant" de données épidémiologiques (v. entre les lignes) que le RPM ne peut combler.
Ce qu'on ne nous dit pas, c'est la répartition géographique des "lits psychiatriques". On ne nous dit pas non plus qu'il y en a de différentes catégories: pour les cas "aigus", pour les cas "chroniques", pour les enfants, etc., etc., et on ne nous en donne pas les proportions.
On ne nous dit pas non plus combien de "lits psychiatriques" sont disponibles dans des institutions "fermées", c.à.d. là où, en cas d'urgence, des malades mentaux peuvent être hospitalisés et mis en observation "sous contrainte".
On ne nous dit pas que pareilles institutions sont en permanence saturées, qu'elles sont donc trop peu nombreuses et qu'on est donc fréquemment obligé d'hospitaliser des malades, par exemple francophones, dans des hôpitaux de régime linguistique différent, loin du domicile de leur famille, en dépit des droits humains élémentaires que par ailleurs on proclame défendre.

Si on nous dit qu'il y a 18 psychiatres pour 100.000 habitants, on ne nous dit par contre pas combien d'entre eux consacrent la totalité ou la majeure partie de leur activité professionnelle aux malades mentaux psychotiques chroniques se trouvant dans les instituts psychiatriques ou qui les fréquentent assidument. On ne nous dit pas combien d'entre eux se contentent, à longueur de semaine dans leur cabinet privé, d'écouter des personnes atteintes du "mal-de-vivre" déballer leurs problèmes "psychologiques".

En somme, les autorités belges ont assuré l'O.M.S. que la Belgique a un "système de santé mentale" qui fonctionne et est doté de tous les perfectionnements souhaitables. Mais force est de constater qu'il est impossible, même pour ceux qui en auraient la responsabilité, de savoir si cela fonctionne de manière satisfaisante.

En effet, ni l'O.M.S., ni nos responsables politiques ne semblent s'être préoccupés de se doter de moyens d'évaluation valables et fiables permettant de juger de l'utilité réelle du système, de son efficacité.

Dans ces conditions, quel est l'intérêt des rapports de l'O.M.S. sur la SANTE MENTALE?
C'est, d'abord, de faire croire que certains sont chargés de "prendre soin de nous";
C'est, ensuite, faire croire qu'ils s'acquittent effectivement de cette tâche;
C'est, enfin, de justifier l'utilité et les besoins de ceux qui élucubrent les rapports.

La distinction entre l'être et le paraître, vous la saisissez?

Non seulement ils persistent, mais ils s'obstinent!
Errare humanum est, perseverare...

A l'adresse http://www.who.int/inf-fs/fr/am220.html, on peut trouver un texte intitulé: "**Renforcement de la promotion de la santé mentale**" (aide-mémoire n° 220, révisé en novembre 2001).
On y trouve, entre autres proclamations dépourvues de sens utile, ce qui suit:

"Les politiques nationales de santé mentale ne doivent pas limiter leur action à la maladie mentale mais aussi reconnaître et tenter de résoudre les grands problèmes affectant la santé mentale dans tous les secteurs de la société."

Ceci équivaut à confondre l'élimination ou l'atténuation de multiples facteurs de risques purement hypothétiques (*les maladies mentales étant considérées comme "d'étiologie multifactorielle"*) avec la prévention de ces maladies, ce qui est prendre ses désirs pour la réalité et, de surcroît,

parfaitement démenti par l'expérience et les statistiques épidémiologiques.

En 1989 déjà, le Dr Petr Skrabanek (*avec James McCormick, Trad. Française: "Idées folles, idées fausses en médecine", Odile Jacob édit., Paris 1992)* écrivait de manière fort imagée et compréhensible pour tous (mais apparemment pas pour l'O.M.S.): "*...Les accidents de la circulation dépendent de la conjonction de nombreux facteurs: le taux d'alcool sanguin, le caractère et l'humeur des conducteurs, leur vue et le temps qu'il fait. Personne ne parle d'étiologie multifactorielle à propos des accidents de la circulation. Cette expression est réservée aux maladies de cause inconnue. Elle est donc synonyme d' "inconnu" et n'est qu'un euphémisme pour exprimer notre ignorance.*"

Et la prévention d'événements de cause inconnue est une impossibilité évidente, un non-sens. Encore faut-il le savoir... Les aide-mémoire et recommandations de l'O.M.S. conseillent donc de répartir et diluer - à l'infini - tous les efforts de lutte contre les maladies mentales sur une multitude d'activités diverses qui n'ont, éventuellement, de rapports que très lointains et fort hypothétiques avec ces maladies. Entre cela et ne rien faire, quelle différence? Et, pour tous les pays qui suivent ces conseils, quels bons alibis pour, effectivement, "activement" ne rien faire!

---

et d'autres, forts de cet exemple, en profitent pour emboîter le pas à l'O.M.S. et, en même temps, l'encouragent à poursuivre ce mirage:

C'est ce dont on peut se convaincre en consultant, à l'adresse http://www.wfmh.org/wmhday/wmhd2002/missionvisiongoals.html, le site web de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale (WFMH), où on peut lire, par exemple:

> "***La WFMH a été créée en 1948 afin de promouvoir, [...] la prévention des troubles mentaux et émotionnels [...] et promouvoir la santé mentale.***"...
> ou encore:
> "***Des programmes conséquents et efficaces sont axés sur la recherche, la formation et les services de promotion de la santé et du fonctionnement mentaux, optimaux, la prévention des troubles...***", etc., etc.

Eh! Bien, dites donc, si des programmes ***efficaces de prévention*** (?) ont été mis en oeuvre dès 1948, comment ces visionnaires bienfaiteurs de l'humanité expliquent-ils les constatations et les prévisions (*prédictions!*) pourtant apocalyptiques de l'O.M.S. (auprès de laquelle ils sont accrédités) sur la progression générale des maladies mentales dans le monde? Auraient-ils présumé de leur efficacité "objective"?

---

et, malgré que le temps passe et que les années défilent, malgré que les connaissances que nous avons des maladies mentales s'accumulent, s'améliorent et se diffusent dans le grand public,

> l'O.M.S. / W.H.O., par la voix de son Secrétaire Général (à l'occasion de la "Journée Mondiale de la Santé Mentale" du 10 octobre 2004), s'obstine à dire que:
>
> "***[...] de nombreuses personnes souffrent à la fois d'une maladie mentale et d'une maladie physique.***" (sic)
>
> On proclame aussi:
>
> "***C'est pourquoi, lorsqu'on traite une maladie, il faut examiner la personne globale, dans tout son ensemble.***" (sic)

(Communiqué de presse SG/SM/9500 - OBV/438 - http://www.un.org/News/fr-press/docs/2004/SGSM9500.doc.htm)

Ainsi formulée, la première phrase laisse croire que, selon l'OMS et son Secrétaire Général, les maladies mentales ne seraient **pas** des maladies **physiques**. Et que seraient donc alors, pour l'O.M.S., ces maladies "**non physiques**", sinon des maladies prétendument "**imaginaires**"? Et pareille croyance, n'est-ce pas un encouragement explicite pour n'opposer aux maladies mentales que des "**traitements imaginaires** et **non physiques** ou **virtuels**", eux aussi? Quant à la deuxième phrase, tous les médecins du monde, s'ils ont été correctement formés et s'ils ont un minimum de pratique, savent bien qu'on ne "traite pas des maladies", mais qu'on "**soigne des personnes malades**". Le Secrétaire Général de l'O.M.S. ne l'aurait-il appris lui-même que récemment? Ou craindrait-il que ses confrères praticiens sur le terrain - loin des bureaucrates - l'aient oublié?

Si c'est là tout le message et "l'action" que l'O.M.S. parvient à trouver pour une "Journée Mondiale", on ne manquera pas de se demander à quoi pareille "Journée" pourrait bien servir, sinon à justifier les émoluments des rédacteurs de communiqués de l'O.M.S. ! (*Et on ne devrait pas s'étonner - ni trop s'affliger - si cette "Journée" passait inaperçue...*)

Première publication: **20 Avril 2002** Dernière modification: **25 Octobre 2004**

PRIX (*Nobel*) de (*la*) CONSOLATION

Dans le n° 1427 (mardi 30 avril 2002, p. 14) du "Journal du *médecin*" , Mme Martine Versonne proposait un article faisant allusion à une projection spéciale du film "*A Beautiful Mind*", lors d'une séance organisée (où? quand?) à l'initiative des associations ***Similes*** (familles et amis de personnes souffrant de "troubles psychiques"), dans le but de mieux faire connaître la schizophrénie et "de rendre la société plus accueillante aux personnes qui en souffrent" (***Schizophrénie: "Les étiquettes au panier"****; "...le film aux quatre Oscars, est une bonne illustration de la schizophrénie et de ses conséquences. C'est aussi un élément parmi d'autres qui pourraient initier une déstigmatisation de cette pathologie dans la société.")*

La parution de pareil article, dans un périodique réservé au corps médical, fournit, une fois de plus, une illustration particulièrement démonstrative du proverbe selon lequel "*l'enfer est pavé de bonnes intentions*". C'est pourquoi, malgré le caractère anecdotique et quelque peu confidentiel de l'événement, il n'est peut-être pas inutile d'y revenir ici.
On aurait pu espérer que, à la suite de cette manifestation, cette publication s'efforcerait de répondre à deux préoccupations, toutes deux très légitimes, et qui auraient eu très logiquement leur place dans cet hebdomadaire.
L'un de ces buts aurait pu être d'informer brièvement les médecins - sans doute surtout non psychiatres - ou, à tout le moins, d'attirer leur attention sur les aspects généralement méconnus ou trop peu connus des "psychoses schizophréniques";
l'autre aurait été de faire connaître aux médecins, cette fois tant psychiatres que généralistes, l'existence et les buts (*l'intérêt, l'utilité*) des associations ***Similes*** qui disent aider les malades mentaux**.** Ces deux préoccupations ont-elles été rencontrées? Je prétends que la réponse est non dans les deux cas, et que l'article de Mme Martine Versonne n'a dès lors d'autre finalité que de noircir du papier.

En effet, qu'est-ce que les lecteurs (des médecins!) peuvent découvrir dans ces quelques insipides colonnes? C'est, entre autres, que le film "...est ***une bonne illustration de la schizophrénie et de ses conséquences.***"
Je n'ai pas été voir ce film et, n'ayant aucune tendance au masochisme, je n'ai pas non plus l'intention de combler cette lacune, quelqu'ait été la performance des acteurs "oscarisés" qui y figurent. Mais je sais, et il devrait être évident pour tout un chacun, et tout particulièrement pour les responsables des associations ***Similes***, qu'on n'illustre pas fidèlement, en quelques vingtaines de minutes, toute une vie dont une bonne trentaine d'années de naufrage! (*exactement comme le talent pourtant incontestatble de Jack Nicholson dans "Vol au-dessus d'un nid de coucou" ne pouvait rendre aucun compte de la réalité des affections ni des asiles psychiatriques, pas plus que la tout aussi remarquable performance d'acteur de Dustin Hoffmann dans "Rainman" ne pouvait traduire ni transmettre correctement la réalité quotidienne de l'autisme*).

Nos visiteurs et lecteurs seront peut-être intéressés par son autobiographie ***originale*** que Mr John F. Nash Junior avait lui-même rédigée à l'intention du Comité Nobel pour la remise de son prix en 1994. Quoiqu'elle soit un modèle tout à fait exemplaire de discrétion et de modestie, on peut cependant lire entre les lignes et se dire que même un prix Nobel ne compense pas trente années d'enfer, pas plus que ces dernières ne l'expliquent.
(Visitez http://www.nobel.se/economics/laureates/1994/nash-autobio.html)

De l'avis même de l'acteur principal qui l'a confié à la presse américaine qui l'interviewait, le film ne pouvait en aucune manière illustrer de façon fidèle la réalité de ce qu'a été la vie du prix Nobel d'économie de 1994 (John Nash). On peut donc penser que la projection de ce film au cours d'une séance spéciale ne devait servir que de prétexte, d'amorce en quelque sorte, à des exposés et débats d'information sur "la maladie". Si l'on en juge d'après le compte-rendu du "Journal *du médecin*", l'information diffusée n'a guère été éclairante.
On peut craindre qu'il ne se soit agi, somme toute, que d'une séance où les parents et les proches de malades se sont, pendant quelques instants, consolés de leurs malheurs en imaginant que leur malade, lui/elle aussi, n'était peut-être pas passé(e) loin d'un possible prix

Nobel. Tant mieux, bien sûr, si le rêve permet de mieux supporter la triste réalité qui nous accueille au réveil.

Si l'on en croit ce que la "journaliste" nous en rapporte, et à la manière de nombre de ses confrères belges, le psychiatre [universitaire] qui participait à cette séance tenait un discours richement orné de formules d'autant plus sonores que bien creuses qui, sans doute, lui conféraient tout son charme, sinon la valeur ou l'intérêt.
Par exemple, il affirmait que "***Le film montre bien qu'être schizophrène ne veut pas dire être idiot...***" Ah? Bon! Mais, surtout, il ne se serait pas risqué à nous expliquer ce que, pour lui, "être idiot" veut dire! Et qu'est-ce que les idiots lui ont fait, à ce psy? Les "idiots", selon la représentation que cet expert semble s'en faire, seraient-ils donc à stigmatiser? (*ou, à défaut, à "plaindre" plus que les schizophrènes?*)

Car, sans grande surprise d'ailleurs, la fameuse et bien pratique stigmatisation réapparaissait ici, hydre dont la tête hideuse d'épouvantail ne cesse de repousser à chaque fois qu'on croit l'avoir coupée. Il paraît que "**stigmatiser, c'est aussi utiliser un vocabulaire inapproprié, raison pour laquelle [**le Dr**] B. G. demande qu'on parle plutôt de 'patients atteints de schizophrénie' et non de 'schizophrènes'** ". La phrase des Ecritures, à propos de la paille et la poutre, vous connaissez? Qui donc vient de dire qu'***être schizophrène***, ce n'est pas être idiot? Qui donc, de surcroît, semble ne pas connaître le sens du verbe stigmatiser, ni la signification de son action, la stigmatisation, et qui l'emploie de façon totalement inappropriée (*à quoi pourraient donc bien servir les dictionnaires*)? (v. stigmatisation)

Deux sortes de personnes prétendent toujours accorder une importance primordiale au vocabulaire et aux mots, mais tout en les malmenant, en les torturant, en les détournant de leur sens, bien souvent sans les comprendre vraiment (*à la différence des poètes et avec moins de bonheur qu'eux, dont les motivations sont tout autres et aussi plus désintéressées*).

Les premières personnes spécialisées en emploi [douteux] des mots sont surtout des politiciens qui, par exemple, pour afficher à bon compte leur souci démagogique de défense de l'égalité entre les sexes, voudraient féminiser de nombreux noms qui, dans notre langue, sont du genre masculin (mais peuvent être de l'autre genre dans un autre langage!) Comme si c'était le vocabulaire d'une personne qui l'inciterait au machisme, plutôt que peut-être - et plus vraisemblablement - la réciproque! Mais pareilles prétendues "réformes" purement verbales, présentées comme "progressistes", sont d'autant plus prisées par ceux qui les proposent qu'elles ne leur coûtent absolument rien, si ce n'est un peu de salive ou d'encre, et elles assurent leur bonne réputation (*pour eux, c'est sans doute l'essentiel*).

Nos psychiatres sont les autres jongleurs du vocabulaire: parmi eux, nombreux sont ceux qui semblent croire que changer (en "*mieux?*") le nom désignant une chose changerait ("*améliorerait?*") aussi la chose désignée elle-même. C'est là un magnifique exemple de "*magical thinking*", littéralement de pensée magique, qui repose sur la croyance, explicite ou non, qu'il n'y a pas de différence entre une chose concrète, bien réelle, et la représentation mentale qu'on s'en fait. D'où découle tout naturellement l'idée que, si grâce au vocabulaire judicieusement choisi on parvient à adoucir la représentation mentale qu'on se construit, par exemple de "la" schizophrénie, par là-même et automatiquement on atténuerait sa gravité, autrement dit on ferait un pas vers la "guérison". Certains vous expliqueront que "c'est psychologique". Moi, j'appelle cela "magique", c'est-à-dire de la superstition, l'opposé de la rationalité, et pareille "thérapie" ne risque de "marcher" que si vous êtes crédule et "guéri" d'avance, c'est-à-dire si, d'avance, vous vous portez bien.

Et le psychiatre de nous dire aussi:"***L'aliénation commence quand on n'est plus une personne mais que l'on est réduit à ses failles***". Eh! Bien, voilà un docte[ur] psychiatre qui ne semble pas avoir, ni longuement ni souvent, observé beaucoup de malades schizophrènes dans sa propre patientèle! Sinon, il aurait peut-être fini par comprendre une chose pourtant élémentaire, que même des profanes commencent à savoir: l'aliénation de ces malades, elle est

une manifestation première de l'altération cérébrale, elle est, d'emblée et obligatoirement, intérieure et vis-à-vis de soi-même, avant même et tout autant qu'envers et depuis le monde extérieur. Dire qu'elle résulte du regard (ou du vocabulaire) des autres est non seulement une contre-vérité, c'est une absurdité.

L'article de Mme Versonne, destiné à l'information des médecins (?), rapporte, recueillies auprès d'un "spécialiste de Saint-Luc" (CHU U.C.L. - Bruxelles) une série de considérations générales et vagues, surtout fort peu instructives pour les lecteurs. Par contre, elles se veulent rassurantes, lénifiantes et "actuellement psychiatriquement correctes" à propos d'***une*** schizophrénie imaginaire et théorique qui n'a jamais existé dans la réalité. Ce sont des bribes de "la schizophrénie" théorique telle que l'enseignent *ex cathedra* dans nos Facultés et Ecoles de Médecine, d'éminents Professeurs de psychiatrie bardés de distinctions officielles et honorifiques, dont les incursions "*sur le terrain*" réel de la vie quotidienne des malades psychotiques, d'ailleurs fort brèves, superficielles et peu nombreuses, pour la plupart d'entre eux se limitent à de lointains souvenirs plus ou moins bien reconstitués.

On apprend ainsi que "***Le malade doit accepter de nouvelles règles de vie, il doit faire le deuil de sa bonne santé*** (sic). ***Certains de mes patients mènent une activité professionnelle 'normale', mais ils doivent parfois accepter de ne plus être aussi ambitieux qu'avant, de ne plus viser trop haut***".
Les lecteurs médecins auraient sûrement aimé pouvoir se faire une idée de l'importance numérique relative de l'échantillon de patientèle schizophrène de ce psychiatre (par rapport au nombre réel de schizophrènes). Ils auraient certainement aussi été intéressés à savoir ce que ce "*certains de mes patients*" représente comme proportion de la population des schizophrènes (et de l'échantillon). Malheureusement, d'une part la "maladie" mentale ne s'est jamais bien prêtée aux évaluations numériques sérieuses, et les psychiatres, dans leur grande majorité peu portés à l'arithmétique, manipulent les statistiques à leur propre manière, encore bien plus originale que leur vocabulaire; d'autre part, et malheureusement aussi, ces questions-là n'ont pas été posées.
Il paraîtrait aussi que "***depuis plusieurs années, la tendance est au traitement extra-hospitalier, une période d'hospitalisation s'avérant toutefois parfois nécessaire.***" (*soulignons ce "parfois", car c'est parce que certains veulent croire à ce "parfois" que le diagnostic est,* ***bien trop souvent***, ***trop tardif***, ***mal posé*** *et que, par conséquent, le traitement adéquat n'est pas trouvé d'emblée ni correctement adapté: cela ne se met pas au point en ambulatoire, quoi qu'en dise le rassurant bon docteur*).

L'autre information que les médecins lecteurs du "Journal du *médecin"* chercheront en vain dans l'article de Mme Martine Versonne, ce sont les renseignements utiles concernant les associations ***Similes***. Pour les généralistes, tout comme pour les psychiatres, s'ils connaissaient mieux les activités et les réalisations de ces associations (existant depuis 1964), ils pourraient trouver intéressant de leur adresser certains patients ou leurs proches. A moins que la journaliste ait eu une appréciation différente sur ce sujet...

Qu'attendre de ces "psys-là"?

"*Quand deux choses ne vont pas ensemble, croire à toutes les deux, et avec l'idée que quelque part, il en existe une troisième, occulte, qui les unit, c'est ça, la crédulité.*"
Umberto Eco "***Le Pendule de Foucault***".

"*But where shall we find the evidence of hesitancy or bewilderment, the avowals of sheer ignorance, the sense of groping and incompleteness that is commonplace in an international congress of, say, physiologists or biochemists? A lava-flow of ad hoc explanations pours...*"
Peter Medawar: "***Pluto's Republic***", p.68.
Oxford University Press 1983 ISBN 0-19-217726-5
(*"Mais où sont les signes des hésitations, de la perplexité, les aveux de complète ignorance, l'impression de tâtonnement et d'inachèvement qui sont la banalité d'un congrès international, par exemple de physiologistes ou de biochimistes? Un torrent d'explications* ***ad hoc*** *se déverse..."*)

La "**Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale**" prévoit un "Congrès européen francophone" (Colloques et Conférence, Bruxelles 7/11 - 9/11 / 2002) sur le thème:

Penser la psychose

Du traitement à l'accompagnement

(http://www.psychiatrie-francaise.com/LLPF/2002/juin/article5.htm
ou le document fourni en **annexe**, à la fin de cet article)

Si l'on se fie au titre, on peut considérer qu'il s'agit en quelque sorte d'une suite bruxelloise donnée à trois "Journées d'études", trois séances consacrées au même thème par l'Association Française de Psychiatrie, et qui s'étaient tenues dans un château à Saint-Etienne (France) en 2000, 2001 et, dernièrement, le 27 avril 2002.

A en croire les quelques lignes de l'annonce (du Directeur de la Ligue?) "**Le projet du Congrès est de réintroduire vigoureusement** (sic) **l'idée du repérage et du déchiffrage nécessaires de la psychose pour penser le traitement, mais également l'accueil et l'accompagnement des sujets psychotiques...**"

D'emblée, malgré son style typiquement et laborieusement ampoulé, voire abstrus, malgré une logique quelque peu décousue ou tortueuse pour le moins, cette petite introduction annonce, néanmoins sans détours, les intentions des organisateurs au travers de plusieurs affirmations caractéristiques du crédo "psycho-anencéphale". On s'apprête à répéter et à célébrer, une fois encore, pour la plus grande autosatisfaction de tous les participants, le rituel bien rodé de la liturgie psychodynamique, désincarnée et immatérielle, virtuelle, purement spéculative et onirique.

Il paraît, à nouveau, que l'emploi du DSM IV trahirait un simple "**souci de performance, bien dans l'air du temps**" (?) en relation avec les "**mutations socio-économiques**" et les "**transformations de la norm**e" (sic).

Il paraît, à nouveau, que l'on doive déplorer la place considérable que la psychiatrie contemporaine ferait au "**tout symptomatique**" et au "**tout biologique**". Il semblerait qu'il faille regretter "**l'avènement des neuroleptiques, la recherche pharmacologique et la poussée des sciences cognitivo-comportementales**" parce qu'elles auraient "**eu pour effet d'encourager**

des approches cliniques centrées sur le symptôme, au *détriment du temps propre à l'écoute* et à l'élaboration psychique inhérentes au courant psychodynamique".
Sans doute peut-on soupçonner que le temps aurait été réduit, qui était "propre à l'**élaboration psychique**", mais on peut aussi se demander si cette dernière ne consisterait pas qu'en un pur délire interprétatif émanant du thérapeute, suscité, suggéré, encouragé et orienté par lui, auquel cas son abandon pur et simple ne pourrait qu'être considéré comme un réel progrès fort souhaitable, trop longtemps différé...

Tout porte à croire que "l'écoute" dont se targue le psychodynamicien, particulièrement précieuse par sa sélectivité préconçue, n'est, en réalité, que celle qu'il consacre à ses propres résonnances intimes, lorsque les discours de ses patients les évoquent et les réveillent en lui. Et il peut alors faire passer les exhumations de cette introspection médiate et inavouée pour ce qu'il appellera "**repérage**" et "**déchiffrage**" de la psychose: opérations commodément indéfinissables, qu'on veut auréolées de mystère pour en préserver le faux prestige dont le magicien se pare, mais simples ficelles ou trucs de "métier", de toutes façons dénués de sens et d'utilité thérapeutique parce que basés sur des malentendus et des quiproquos. Ces derniers sont intentionnels, et les noms dont on les affuble ne peuvent être que des impostures pseudo-intellectuelles délibérées.

Il paraît, en effet, que "**la psychose est trop souvent présentée comme un déficit, du fait de sa marque handicapante, douloureuse, parfois dérangeante. C'est dommage et injuste. Il y a aussi à la considérer comme la réponse et la position de celui qui est débordé par sa condition d'être au monde.**"
Qu'est-ce donc que "**la *marque handicapante, etc.,* de la psychose**"? "La psychose" ne constitue-t-elle pas déjà, par elle même, un handicap suffisant pour sa victime, sans que le prétendu thérapeute doive encore y voir et désigner une marque? Sous le couvert de la dénoncer, qui parle ici d'injustice pour aussitôt la commettre lui-même?
Heureusement, fort souvent, les poètes ratés mais impénitents succombent à la tentation de surenchère de leurs envolées lyriques (*de feuilletons pour vieilles jeunes filles éprises de romanesque, chlorotiques alanguies et nostalgiques de siècles révolus*). Souvent aussi, ils rachètent par le ridicule l'ennui que leur prose distille. Cette tentation à laquelle ils semblent incapables de résister, elle leur fait oublier le sens des métaphores qu'ils "élaborent". Ils se retrouvent alors, comme ici, pataugeant dans de réjouissantes tautologies. La "**condition d'être au monde**", n'est-ce pas notre condition humaine commune à tous et un banal lieu commun très éculé? Et lorsque certains d'entre nous sont "**débordés par elle**" (?!), ne donnent-ils pas l'illustration exemplaire d'un ***déficit*** de nos capacités (*tout récipient qui déborde, - combien trivial mais tonique et salutaire dans ce contexte! - n'est-ce pas, précisément, un récipient en "déficit de contenance"?*)

On nous dit qu'il faut tenter de "**penser la psychose autrement**" et, en même temps, utilisant un vocabulaire maladroitement emprunté à cette "technologie" moderne que pourtant, sous prétexte "d'humain", on dénonce sans cesse et partout et qu'on rejette sans l'avoir assimilée, on nous propose un lieu commun usé jusqu'à la corde, qui n'apprend rien à personne, qui n'apporte rien, surtout pas du neuf: **"La psychose elle-même est à comprendre comme une modalité de traitement du réel".**
Tous, psychotiques ou non, nous vivons plongés dans le réel, même si certains voudraient parfois l'oublier et nous en faire douter. Et, psychotiques ou non, nous savons bien que nous ne pouvons qu'interagir avec le réel (le subir et y réagir, c'est-à-dire le "traiter"), sauf par exemple à postuler, par une hypothèse de roman de science-fiction, que nous vivrions dans un monde "d'une autre dimension". Chez les non psychotiques, l'interaction avec le réel fonctionne plus ou moins bien - *pour mémoire, signalons qu'elle passe quand même par notre cerveau* - ; chez les psychotiques, certains rouages cérébraux de cette interaction manquent ou sont détériorés.

Il paraît encore que "**Désespérée, cocasse, énigmatique ou folle, cette réponse *a toujours un sens* qui mérite qu'on s'y attache.**" Par ces qualificatifs résumant des conventions simplistes, reflets de la satisfaction suffisante engendrée par une pacotille d'idées reçues et mal digérées, l'auteur de cette phrase trahit son parti-pris fondamental d'ignorance des psychotiques

eux-mêmes (*son dédain de tout savoir réel à leur sujet*), bien plus qu'il ne parvient à nous convaincre qu'il aurait une vision (*ce qu'il appellera sa "pensée"!*) seulement plausible de "la psychose". Mais il exprime, enfin! l'affirmation péremptoire à laquelle il fallait s'attendre:

> cette affirmation n'est autre que la vérité révélée sur laquelle repose le culte d'une certaine "psychologie" intuitive et spéculative, pour tout dire c'en est le dogme central. C'est le fameux, l'éternel, le fascinant **mythe du *sens caché*,** le mythe des énigmes (petites et grandes) à décrypter, le mythe du sens (*du monde, des choses, de la vie, etc*.) qui toujours resterait à découvrir. C'est ce mythe que cultivent aussi, par exemple, les thuriféraires de nombreuses sectes et de groupuscules à préoccupations ésotériques plus ou moins occultes, mythe dont ils se délectent sans jamais se lasser de s'en mystifier, eux-mêmes pas moins que les "profanes" à qui ils proposent d'en dévoiler leurs interprétations (*contre P.A.F. idoine, cela va sans dire, mais cela va encore mieux en le disant*).

Pourtant, à peine une ligne plus loin, la mention d'un "**dialogue avec l'*insensé***" échappera à la vigilance du présentateur et suggèrera, de sa part même, un doute sur l'existence de ce sens crypté qu'il postule chez le psychotique; dans ce cas, ne serait-ce qu'un *lapsus révélateur* aussitôt réprimé?
Plus justement, le "**dialogue avec l'insensé**", à moins d'y voir le rite sacramentel d'une religion révélée, ne serait-ce pas plutôt un magnifique exemple d'absurdité éclatante et resplendissante, un nouvel échantillon de verbiage, un oxymoron se croyant flamboyant, peut-être destiné à éblouir (*aveugler*) les jobards?

Seules les religions révélées peuvent légitimement prétendre dévoiler ce qu'elles appellent le sens, parce qu'elles n'ont recours pour cela qu'à la foi des croyants qui, à elle seule, suffit à assurer la vérité du dogme. La plupart des religions révélées n'éprouvent plus aujourd'hui le fallacieux besoin de démontrer leur vérité. A partir de cette vérité, le sens de l'univers, des choses, de l'homme, de la vie, etc., les religions proclament les connaître et les proposent à leurs croyants qui n'ont plus qu'à y croire et à s'y conformer aussi docilement que possible, mais aussi sans questionnement difficile et inconfortable.
Quant aux agnostiques et incroyants, leur position est plus difficile. Ils savent que le sens des choses n'existe pas en soi mais qu'il n'est que le reflet du besoin que les hommes et femmes en éprouvent. Ils savent que ce besoin de sens est le propre de la nature humaine. Mais ils savent aussi que l'esprit humain ne reçoit vraiment ni ne "trouve" le sens inexistant des choses; c'est lui-même qui, en le créant, le leur confère. C'est en ce difficile travail de création, jamais terminé, que réside la grandeur de la condition humaine, le sens de la vie de chaque homme, de chaque femme. Et cette tâche ardue, elle est individuelle et très personnelle, ce qui veut dire qu'elle ne *saurait jamais être déléguée* à aucun autre que soi-même.

Quand notre machine cérébrale à créer du sens - et donc à le trouver - est cassée, il est inutile de tenter de l'utiliser pour "trouver" ou deviner du sens, pour continuer à en créer, c'est-à-dire pour se comprendre et se faire comprendre des autres, pour les comprendre. **Il faut d'abord réparer la machine, mais on ne la réparera pas en s'acharnant seulement à la faire marcher comme si elle était intacte**. Cela, les "psychodynamiciens" et autres "analystes" semblent incapables de le comprendre ou de l'admettre.

Refusant de reconnaître que nous sommes tous des êtres de chair et de sang et non des concepts ou d'immatériels esprits , oubliant que nous n'existons et ne fonctionnons que dans le cadre biologique obligé de toute vie, les psys conviés au congrès "Penser la psychose" par la "Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale" veulent réduire l'importance des "approches cliniques centrées sur le symptôme", ils rejettent ce qu'ils nomment abusivement le "tout symptomatique", le "tout biologique".
Ils écartent les signes et symptomes, sans doute trop liés à la biologie elle-même trop encombrante, trop difficile à ignorer mais aussi trop longue à apprendre sans doute; ils en arrivent forcément à nier la biologie, à négliger les psychotiques eux-mêmes, pour n'avoir plus qu'une seule obsession: "**penser la psychose autrement**".

Mais alors, dans de telles conditions, c'est-à-dire sans biologie, sans symptômes ni signes cliniques, où sont donc passés les psychotiques? Sont-ils encore des êtres vivants ou seulement des souvenirs? Sans les psychotiques, à quoi se réduit "la psychose", sinon à un fantasme, à une médiocre invention de fort mauvaise poésie? Et, venant pourtant de "professionnels" prétendant soigner, soulager voire guérir, la phrase "**Penser la psychose**", à quoi peut-elle dès lors renvoyer, sinon à penser à **RIEN**, sinon à se bercer d'une rêverie de signification peut-être vaguement théologique mais certainement pas thérapeutique?

Il paraît que **"les avancées"** des courants psychodynamiques et que **"les repères de la psychanalyse et de la pensée systémique"** ont permis "**un travail de rencontre avec la psychose**" (sic)! **Cependant, nulle part ni à aucun moment, des chiffres, des statistiques vérifiables ne sont jamais produites dont on pourrait faire état, et qui démontreraient les effets bénéfiques de ce "travail de rencontre avec la psychose" (*pas avec les psychotiques*). Aucun bilan concret n'est jamais présenté, mais seulement des affirmations dépourvues de tout support factuel.**

Alors, les psychotiques, eux, quelle est donc leur place dans cet événement annoncé pour novembre 2002? Ils ne sont plus qu'un prétexte à futile bavardage. Ils sont l'alibi, le faire valoir des thérapeutes... à la manière des modèles qui posent pour les artistes peintres, photographes et sculpteurs, ou encore pour les couturiers qui organisent des défilés de mode et font admirer leurs prouesses artistiques (*mais ici bien réelles!*) A la différence près que dans tous ces cas, les modèles ne s'attendent pas à devoir payer des honoraires pour leurs prestations, mais que la décence prescrit l'inverse!
Quand donc les psychotiques se feront-ils payer par les thérapeutes le droit de parler d'eux?

Les associations de défense et d'entraide des malades mentaux et de leurs proches devraient y réfléchir à deux fois avant de placer leurs espoirs dans pareilles pantomimes (ces "*self-admiring gatherings*"), avant d'accorder leur confiance et leur caution à pareils acteurs: ils n'ont rien à en attendre.

En annexe, la pré-annonce du congrès européen francophone PENSER LA PSYCHOSE.
Du traitement à l'accompagnement. Congrès organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale en collaboration avec l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale et l'Association Française de Psychiatrie.

Première publication: **1 Juin 2002** ***(J.D.)*** Dernière modification: **30 Janvier 2006**

PRE-ANNONCE

CONGRES EUROPEEN FRANCOPHONE

PENSER LA PSYCHOSE

Du traitement à l'accompagnement

Organisé par

LA LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTE MENTALE

En collaboration avec

L'UNION INTERNATIONALE D'AIDE A LA SANTE MENTALE et

L'ASSOCIATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE

7-8-9 NOVEMBRE 2002
PALAIS DES CONGRES DE BRUXELLES - BELGIQUE

Qu'en est-il de la conception, du traitement et de l'accompagnement de la psychose aujourd'hui ?

De plus en plus, la psychiatrie contemporaine fait une place considérable au tout symptomatique et au tout biologique. L'avènement des neuroleptiques, la recherche pharmacologique et la poussée des sciences cognitivo-comportementales ont eu pour effet d'encourager des approches cliniques centrées sur le symptôme, au détriment du temps propre à l'écoute et à l'élaboration psychique inhérentes au courant psychodynamique.

Le DSM IV fait mondialement référence comme grille de lecture diagnostique. Il n'en constitue pas pour autant une théorie cohérente des maladies mentales.

Les mutations socio-économiques et les transformations de la norme ne sont sans doute pas étrangères à ce souci de performance, bien dans l'air du temps.

Dans cette perspective, la psychose est trop souvent présentée comme un déficit, du fait de sa marque handicapante, douloureuse, parfois dérangeante. C'est dommage et injuste. Il y a aussi à la considérer comme la réponse et la position de celui qui est débordé par sa condition d'être au monde. Désespérée, cocasse, énigmatique ou folle, cette réponse a toujours un sens qui mérite qu'on s'y attache.

Peut-on penser la psychose autrement, en dépassant la réduction classificatoire et le recours aux seules solutions pharmacologiques pour le *dialogue avec l'insensé.*

Le projet du Congrès est de réintroduire vigoureusement l'idée du repérage et du déchiffrage nécessaires de la psychose pour penser le traitement, mais également l'accueil et l'accompagnement des sujets psychotiques, surtout lorsque la réalité sociale se fait violente.

La psychose elle-même est à comprendre comme une modalité de traitement du réel : elle réclame de la part des soignants une attention pour la variété de ses contours et une inventivité pour la création de cadres thérapeutiques adaptés.

Depuis les avancées des courants psychodynamiques, et sans oublier les propositions de la psychothérapie institutionnelle ni les contestations de l'anti-psychiatrie, des cliniciens ont poursuivi un travail de rencontre avec la psychose en s'appuyant sur les repères de la psychanalyse et de la pensée systémique.

Le Congrès sera l'occasion de transmettre l'expérience acquise dans ce champ particulier de la maladie mentale, en laissant toute la place aux témoignages contradictoires et complémentaires de ceux qui veulent penser et écouter la folie, plutôt que la colmater.

Thèmes principaux des symposia et ateliers :

1. Psychose et familles : perturbations réciproques
2. Le travail du transfert psychotique
3. Traits de structure et symptômes
4. La psychanalyse interrogée par la psychose
5. Folies adolescentes
6. Psychose, invention et création
7. Etre enfant de parent psychotique
8. Figures culturelles de la psychose
9. Folies collectives
10. Autisme/Psychose infantile
11. Psychose dans la cité
12. Formes actuelles de l'errance
13. Un autre espace : communauté thérapeutique et centre de jour
14. Institution, équipe et travail à plusieurs.

Ont confirmé leur participation, comme orateurs :

Virginio Baio (I.), Lina Balestrière (B.), Jean-Marie Brossard (F.), Jean Broustra (F.), Michèle Cadoret (F.), Jean-Yves Cozic (F.), Vincent Dachy (GB.), Michel Demangeat (F.), Jean De Munck (B.), Renaat Devisch (B.), Assimakis Drossos (B.), Christian Fierens (B.), Marie-Louise Fressy-Meunier (B.), Martine Girard (F.), Bernard Golse (F.), Jean-Michel Havet (F.), Didier Houzel (F.), Antoine Masson (B.), Muriel Meynckens (B.), Etienne Oldenhove (B.), Jean Oury (F.), Gérard Pommier (F.), Alain Quinet (B.), Romano Scandariato (B.), Dan Schurmans (B.), Marc Segers (B.), Dominique Struyf (B.), Michel Toussignant (Can.), Marc Valette (B.), Philippe van Meerbeeck (B.), Christian Vasseur (F.), Alfredo Zenoni (B.),…….

Secrétariat du congrès, pour tous renseignements et pré-inscription :

Eric Messens – rue du Président,53 – 1050 Bruxelles, Belgique

Tél. 0032–2-511.55.43 - Fax. 0032-2-511.52.76 - e-mail : lbfsm@skynet.be

Les activités de la Ligue sont soutenues par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

PSYCHOLOGIE *et* "PSYCHOPATHOLOGIE" *purement* DESCRIPTIVES *et* INTUITIVES

"Many explanations of behavior have an airy-fairy feel to them because they explain psychological phenomena in terms of other, equally mysterious psychological phénomena. [...] These explanations are scams."

Steven Pinker, 1997, "How the mind works".

"*De nombreuses explications du comportement laissent une impression de farfelu parce qu'elles expliquent des phénomènes psychologiques par d'autres phénomènes psychologiques tout aussi mystérieux. [...] Ces explications sont des arnaques."*

Une erreur fondamentale est systématiquement commise par nombre de nos psychologues "cliniciens" (*intuitifs*), mais aussi par beaucoup d'autres et surtout par ceux qui font appel à eux. Cette erreur consiste à croire qu'il serait possible de transposer aux malades mentaux les conclusions qu'ils tirent de leurs observations sur des personnes en bonne santé. Ils croient que ce qu'ils prennent pour des "explications" qu'ils donnent des actions, réactions et comportements des gens bien portants en général peut aussi s'appliquer aux malades mentaux. Ceci n'est pourtant qu'un postulat, une simple croyance, et la seule logique (le bon sens) devrait suffire à montrer qu'il y a d'excellentes raisons de rejeter cette croyance.

En effet, les observations des psychologues intuitifs ne permettent de tirer de conclusions que très superficielles: celles-ci, obligatoirement, sont limitées à la ***description*** des actions et réactions comportementales observables et de leurs enchaînements. Elles prennent parfois aussi en compte les sentiments et émotions qui les accompagnent, visibles ou dont les sujets observés leur font part quand ils le peuvent. Répétées à de nombreuses reprises avec des sujets différents, dans un très grand nombre de circonstances et de situations diverses, les observations recueillies peuvent ensuite être rassemblées et résumées en descriptions plus générales (*généralisées et artificiellement regroupées en catégories*). Un des buts de cette démarche est de parvenir à prédire (*décrire à l'avance*) le comportement ***probable*** d'une personne en particulier, à partir de son histoire personnelle et des circonstances dans lesquelles elle se trouve. Et, sans doute, ce but peut-il être atteint plus souvent que le simple hasard ne le prévoirait, prouvant ainsi le bien-fondé et l'utilité de la méthode.

Cependant, contrairement à ce que souvent on se laisse aller à croire, parce qu'on s'y est depuis longtemps habitué et parce que c'est la facilité, pareilles descriptions et prédictions ne constituent, en aucune façon, des "explications" (*de la psychologie, du comportement*). Ce ne sont que des généralisations d'observations et de récits, généralisations érigées en règles à valeur statistique et inférées de l'observation. Elles ne comportent pas de relations causales démontrées, elles signalent seulement des coïncidences plus ou moins systématiques, des concours de circonstances. Par habitude, on les appelle, *abusivement*, des "explications". *Ces explications-là ne vont pas bien loin, en réalité elles n'expliquent rien: elles décrivent, elles racontent, NOUS LES INTERPRETONS ENSUITE AU GRE DE NOTRE PROPRE IMAGINATION.*

La confiance que nous accordons aux "règles" ainsi déduites (*les pseudo-explications*) repose sur l'hypothèse préalable que tous les individus observés doivent posséder un cerveau, et que la structure et les règles de fonctionnement de ce cerveau (*et du nôtre!*) sont assez proches d'un individu à l'autre pour autoriser ces généralisations.

Ce postulat est-il encore crédible quand, au lieu d'individus bien portants, on observe des personnes dites "malades mentales psychotiques"?

Si on imaginait que le postulat resterait valable chez les malades mentaux psychotiques, ***il faudrait alors expliquer*** comment un organe tel que le cerveau, dont on prétendrait ainsi qu'il

serait resté en tous points identique à lui-même et fort proche de celui des autres représentants bien portants de l'espèce, ce cerveau ne semble pourtant plus capable de fonctionner "normalement" (*de produire un comportement bien adapté aux circonstances*), c'est-à-dire de fonctionner de façon comparable à sa manière "d'origine" et à celle des autres individus. ***Ceux qui défendent ce point de vue devraient condescendre à exposer comment ils se représentent en quoi le cerveau "aurait changé sans cependant avoir changé"***. A ma connaissance, ***personne n'a encore fourni la nécessaire et tant attendue solution de cette impossible énigme: c'est sans doute un mystère révélé aux seuls "psychodynamiciens".***

Tout porte à croire, au contraire, que l'hypothèse n'est plus valide, et de nombreux indices bien documentés et confirmés (*d'anatomie, de physiologie, de neuropsychologie, par exemple*) s'accumulent aujourd'hui pour l'infirmer en effet. Autrement dit, et ***cette explication-là, immédiate, c'est celle du bon sens commun***: si le comportement des malades psychotiques n'est pas le même que celui des bien-portants, c'est que l'organe générateur de ce comportement et qui en permet la manifestation est altéré (*devenu différent et, si vous y réfléchissez ne fût-ce qu'un peu, la différence ainsi survenue ne peut être que matérielle*: *proposez-nous donc un exemple de différence immatérielle, si vous le pouvez!*)

D'où on devrait bien être forcé de reconnaître que la "psychologie" des bien portants ne peut s'extrapoler telle quelle aux psychotiques. Inversement, les "règles" de "psychopathologie" qu'on tenterait d'inférer du comportement des psychotiques n'ont avec leurs hypothétiques correspondantes chez les individus bien portants, que des relations de correspondance elles aussi hypothétiques et non démontrées, et certes non démontrables, du moins par leur seule description.

En effet, les descriptions de la psychologie descriptive "normale" (*et "anormale"*) ne nous renseignent en rien sur les ***mécanismes*** "normaux" (*et "anormaux" ou "pathologiques"*) mis en jeu pour finalement aboutir aux actions et réactions "normales" (*et "anormales"*) décrites. Elles ne nous disent rien non plus du support matériel (biologique, organique) nécessaire (*obligé!*) pour que ces mécanismes puissent exister et se manifester: quoique certains d'entre nous se croient, bien à tort, abaissés, amoindris par cette représentation qu'ils qualifient de "mécaniste" (*ce qu'ils croient péjoratif*), nous sommes bien des machines biologiques, des êtres "de chair et de sang" qui fonctionnons grâce à notre biologie, dans un monde très matériel (*j'attends toujours qu'on nous dise ce que nous serions d'autre, qu'on nous propose donc d'autres théories testables, non surnaturelles ni magiques, et "tenant la route"!*)

Non contents d'employer avec les malades mentaux psychotiques les méthodes qu'ils utilisent avec les personnes bien portantes, alors qu'elles ne leur sont pas (*plus*) applicables, les psychologues se disant "psychodynamiciens" affirment de plus que "la psychose", entité hypothétique, nébuleuse et indefinissable, est "***la réponse qui a toujours un sens qui mérite qu'on s'y attache***" (v. Mirage Psy).
Seules les religions révélées peuvent prétendre connaître ce qu'elles appellent le sens des choses, ce sens fait partie des dogmes qu'elles enseignent. Mais, basées sur la foi, les religions révélées n'ont en général pas de vocation autre que le "salut" de l'âme dans l'au-delà et, peut-être à l'exception des exorcismes parfois encore pratiqués par certaines, elles ne parlent pas de thérapeutique. Prudentes, elles ne se risquent d'ailleurs pas à "***s'attacher au sens***" hypothétique de "***la psychose***", elles ne se reconnaissent pas de compétence pour "***donner un sens à la psychose***".

Les praticiens et zélateurs des méthodes "psychothérapeutiques" qui se disent "psychodynamiques" et "analytiques" sont moins prudents. Ils reprennent à leur compte des prétentions de révélation de sens (*des comportements et des paroles des malades psychotiques*), à la manière de religions révélées. Toutefois, à la différence de ces dernières qui peuvent, très légitimement, proclamer ne se baser que sur le dogme, la foi et les croyances en ce dogme, eux ne le peuvent pas.

Ce serait, en effet, avouer la vraie nature de leur démarche, de générale et religieuse devenue cette fois particulière et sectaire. Ils préfèrent donc laisser croire, sous prétexte de thérapeutique, qu'ils sont des "scientifiques": de nos jours, c'est plus "porteur".
Malheureusement pour eux, ils ne sont pas des scientifiques, car ils ne comprennent rien à la méthode scientifique et ne veulent rien en savoir. Elle est beaucoup trop exigeante et trop contraignante pour eux.
La rigueur de la méthode scientifique exige des preuves concrètes et reproductibles, des chiffres vérifiables et reproductibles par des observateurs impartiaux et indépendants.
Ces preuves valables, crédibles, les psychodynamiciens et autres psychologues spéculatifs ont toujours été incapables de les apporter à l'appui de leurs prétentions concernant le traitement des psychotiques. Ils se réfugient dans un discours qui n'est que pseudoscientifique, derrière un jargon creux qui ne parvient à leurrer que ceux qui, d'avance, désirent y croire.

Quel peut donc être le sens, quelle peut être la signification d'une démarche dite thérapeutique qui consiste à "chercher et trouver du sens" à une chose hypothétique qu'on ne définit pas, qu'on ne parvient à concevoir, qu'on n'appréhende pas, c'est-à-dire qu'on ne connaît en réalité pas et qu'on ne comprend forcément pas plus, car, pour lui donner une apparence d'existence, on se borne à lui donner des noms pour paraître l'invoquer?
Une seule réponse semble plausible: inventer du sens à une nuée qui n'est qu'imaginée par ceux qui en parlent, c'est ainsi paraître l'avoir comprise sans toutefois jamais avoir eu à y rien comprendre ni en rien **savoir** vraiment.
C'est construire une première illusion pour pouvoir ensuite s'en servir à créer l'illusion seconde de chasser l'illusion première (*ce qu'alors on appelle "guérir" ou "soigner"*). Avec des malades imaginaires et les crédules inconditionnels, il paraît que cela "marche".

Comment cela s'appelle-t-il? C'est de l'imposture intellectuelle. Cela pourraît n'être qu'un inoffensif jeu de société, comme de faire tourner les tables ou d'évoquer des expériences de "vie après la mort", par exemple.
Mais, comme cette imposture s'exerce aussi aux dépens de véritables malades (psychotiques) qu'elle prétend "soigner" sans y parvenir, c'est, en plus, un dangereux charlatanisme qui vit de la crédulité des jobards. Les marchands d'orviétan n'ont pas disparu, ils sont parmi nous, sans doute trouveront-ils toujours des acheteurs crédules et assez désespérés pour leur accorder leur confiance.

"*Les comportements ne sont pas des produits de la culture.*
Ce ne sont pas des artefacts créés par le langage,
non plus que des entités culturelles".

Pierre Roubertoux: "Existe-t-il des gènes du comportement?", p.14.
Odile Jacob, Paris, 2004. ISBN: 2-7381-1545-4

FOLKLORES

De nombreux psys (médecins ou non) jouent au "pompier-philosophe": **Ils *dissertent* du feu.** Mais les uns se bornent à contempler l'incendie et spéculent sur la nature des matériaux inflammables; d'autres pensent l'étouffer ou le noyer en l'inondant, n'importe comment. Ils réfléchissent aux diverses méthodes possibles d'extinction; d'autres encore attisent le feu et l'alimentent; tous en vivent! Quand les uns et les autres (parfois) se rencontrent sur le terrain, ils s'invectivent et en oublient de mettre les lances en batterie, ils se disputent sur les emplacements où peut-être il serait bon de déployer les échelles. Quant aux victimes humaines du feu, elles comptent peu; d'ailleurs, d'autres sans doute n'auront qu'à s'en occuper! Dans les "institutions" ou dans les rues, qu'importe à ces purs penseurs philosophant...

- Ces derniers passent leur temps à des jeux de mots qu'ils présentent comme si c'étaient de profondes réflexions, mais ce n'est que pour amuser la galerie et pour détourner l'attention de la triste réalité;
- Tous ces "penseurs" font passer l'idéologie et le dogmatisme doctrinaire avant l'humanisme et la solidarité humaine;
- Tous ceux-là font passer l'idéologie avant le respect des faits: donc, avant le respect des autres et de soi;
- Tous ces mauvais philosophes confondent idéologie et méthode scientifique qu'ils prétendent appliquer, alors qu'ils devraient savoir que ces attitudes sont opposées et définitivement inconciliables;
- Tous ces humanitaires ne pensent qu'à *justifier leur propre existence*, non pas en démontrant leur efficacité, gage de leur utilité (*ils seraient bien en peine de le faire*), mais en contestant celle des concurrents sans toutefois jamais se remettre soi-même en question, sans jamais sérieusement tenter d'acquérir les savoirs indispensables, sans jamais vraiment tenter de comprendre ce que leurs "clients" seraient en droit d'attendre de thérapeutes dignes de ce nom.
- Tous, ils sont persuadés d'être les seuls à détenir - *par l'imagination seulement* - LA VERITÉ, (la leur); ils se contentent d'essayer d'y convertir de nouveaux croyants (non par l'apport de preuves solides, bien sûr, mais par la *prédication* obstinée constamment répétée de leurs credos). Ils n'attaquent leurs concurrents qu'en apparence. En réalité, ils s'en servent comme de prétextes bien commodes à publicité réciproque. Il n'y a parmi eux pas de vrais adversaires, mais de fort utiles faire-valoir qui, faisant mine de se le disputer, se renvoient néanmoins mutuellement l'ascenseur qu'ils entretiennent et préservent pour leur intérêt commun.
  La seule "bonne" publicité, celle qui ne serait pas mensongère, ne devrait-elle pas être celle qui s'appuierait sur un bilan objectif, favorable ("positif") et *vérifiable* du résultat de leurs activités, un bilan dont ils pourraient faire état? Ce bilan positif, malheureusement, ils savent bien qu'ils ne peuvent le produire, car il n'existe pas. Ils tentent d'occulter cette absence gênante, preuve évidente de leur carence.

Quand on les écoute tous, on pourrait se croire revenu au temps des guerres de religion. Il n'en est rien. Toute la rhétorique du jargon psycho-psychiatrique, ce ne sont que des

manifestations et représentations folkloriques, mais d'un fort mauvais rapport "qualité/prix".

Pour des médecins, des psychiatres (médecins), des psychologues, des sociologues, des philosophes, des juristes, et plus encore pour tous ceux qui, se faisant passer pour intellectuels et "maîtres à penser", prétendent enseigner ces disciplines et parfois les exercent, ne se baser aveuglément que sur l'une ou l'autre idéologie ou rêverie dénuée de fondement démontré, c'est trahir leur fonction, c'est abuser de leurs rôles social et humanitaire qu'ils pervertissent et, les vidant de toute signification, c'est finir par les dévaloriser totalement et se discréditer.

Ils laissent transparaître leur mépris à peine voilé, non seulement des personnes en difficulté qui ont recours à eux, mais ils proclament en plus leur déni de l'intelligence de tous ceux qui seraient portés à leur faire confiance sur la foi de diplômes plus ou moins officiels et de titres à réputation plus ou moins prestigieuse.

Mais, très médiocres artistes - poètes et saltimbanques imbus d'eux-mêmes - tentant de se faire passer pour des "scientifiques", ils s'efforcent en vain de dissimuler leurs ignorances et leur impuissance face aux troubles mentaux. En effet, bien souvent, ne sachant pas eux-mêmes si leurs ignorances sont légitimes ou non, ils préfèrent ne pas se les avouer, ils sont ou deviennent incapables de les reconnaître. Ils s'aveuglent eux-mêmes et, pour maintenir ce qu'ils croient être leur "image", n'hésitent pas à tromper délibérément et grossièrement le grand public. Ils l'empêtrent sans cesse dans les astuces de langage, les sophismes, les paradoxes, les pétitions de principes, les vérités partielles, les omissions, les amalgames tendancieux, les insinuations, les faux concepts, les *non sequitur*, bref, les mensonges déguisés.

Mieux (pire) encore, cette ***élite autoproclamée, suffisante et satisfaite de soi*** en arrive, peut-être sans s'en rendre compte, à se nier ainsi soi-même. Les discours creux qui deviennent son unique langage et verbiage, son seul outil, cette musique dont elle s'étourdit et à quoi elle finit peut-être par elle-même attribuer du sens (*et y croire!*), elle suffit à ***l'élite*** pour s'imaginer "s'élever" au dessus du commun des mortels dont elle oublie qu'elle est pourtant issue, et dont elle ne se distingue en rien sinon par la haute opinion de soi qu'elle s'évertue à cultiver et à répandre. En réalité ***l'élite*** s'exclut du *vulgum pecus* en croyant le survoler, elle cesse d'être le prestataire de services qu'elle prétend être, elle ne rend plus service mais devient une coterie. Nécessairement, à la longue, son inefficacité de fait ne peut qu'engendrer la méfiance, souvent provoquer l'hilarité, voire inciter à la dérision. En s'obstinant à parler et faire parler de soi, ne faire que semblant d'écouter bien plus qu'elle ne s'efforce de satisfaire et d'aider vraiment sa clientèle, la caste ainsi créée se perd en vaines et interminables polémiques stériles, qui dégénèrent en schismes, elle éclate en clans et en chapelles. Ce sont les patients/clients qui font les frais de cette stérilité et d'une cacophonie dont ils ne peuvent espérer retirer aucun soulagement ni compensations, mais seulement confusion et difficultés accrues, déceptions et, finalement, rancoeurs, colères et désespoir.

Le comble de la supercherie est atteint quand certains ténors parviennent à convaincre les patients eux-mêmes de prendre publiquement parti dans ces disputes, quand d'éminents "spécialistes" réussissent à leur faire croire que les polémiques entre "professionnels" n'ont pour seul enjeu que d'améliorer le sort des malades, ces malades qui, bien souvent, ne se sentent ni ne se croient malades, mais qui pourtant ne parviennent pas à vivre comme les autres ni comme tous ceux qu'on dit "bien-portants".
Ces "grands professionnels" exploitent alors l'ignorance et la crédulité des "patients" pour les enrôler dans leur parti et combattre, avec eux, les factions "dissidentes", c'est-à-dire celles qui sont en désaccord avec la leur: ils tentent de faire croire que les échecs thérapeutiques trop évidents subis par les malades sont la faute aux autres psys, les mauvais, ceux d'en face. (*Les échecs évidents sont nombreux au point qu'on n'ose désormais plus les passer sous silence, mais on ose quand même nous dire que les efforts déployés pour endiguer la "montée" des troubles mentaux ne parviennent pas à l'empêcher tout en étant efficaces!*)

Certains vont même plus loin dans la récupération perfide des frustrations des patients: ils

proclament que ce sont les psys qui fabriquent des malades en inventant les maladies imaginaires et inexistantes qu'ensuite ils leur prêtent (*mais alors, ceux qui pensent cela, pourquoi continuent-ils à prétendre enseigner et à pratiquer la psychiatrie?*)
Rien de tel que la confusion générale pour entretenir, accroître et fidéliser la patientèle des uns et des autres, dont les seuls clients toujours satisfaits ne seront que ceux qui, dès le départ, auraient pu faire la salutaire économie d'un recours aux psys, parce qu'ils se portaient bien sans le savoir (*mais, depuis, rassurez-vous, on les a détrompés!*)

Quand donc un nouveau Jules Romains se manifestera-t-il, qui nous offrirait une tragi-comédie intitulée cette fois, "Knock II., ou le triomphe de la psychiatrie", par exemple? Nous en aurions bien besoin pour apporter un peu d'air frais dans l'atmosphère méphitique sciemment entretenue autour des troubles mentaux et de leurs victimes!

La diversité de la clientèle des "psys" a déjà été évoquée dans d'autres articles de ce site (v. entre autres, Les Fictions, Politique 3). Sur ce site, on s'en tient à ceux que les psychiatres appellent les malades "psychotiques" et "chroniques" (principalement les "schizophrènes", les "dépressifs majeurs", les "bipolaires" ou "maniaco-dépressifs"): les malades atteints d'une affection très "sérieuse".

> *(De très nombreux autres troubles mentaux "chroniques" sont décrits et répertoriés dans les traités de psychiatrie et dans le fort décrié DSMIV, mais comme, en psychiatrie, il ne s'agit jamais que de "syndromes" [v. le dossier schizophrénie pour l'explication de ce mot] constitués du regroupement arbitraire de signes et symptômes et de leurs combinaisons et permutations, leur nombre possible n'est limité que par les règles de l'analyse combinatoire et par le nombre des fonctions mentales humaines distinctes que chaque psychologue et psychiatre est prêt à reconnaître, voire à inventer selon son imagination éventuellement surchauffée. On se gardera bien de s'aventurer à les suivre sur ce terrain de fantasmes)*.

Quant aux professionnels de la psychiatrie, il est possible de les répartir en ***trois camps principaux***, dont les importances (numériques) relatives ont surtout varié dans le temps (*et cela continue...*) Le temps ne semblant pas s'écouler à la même vitesse partout dans le monde (*ni pour tout le monde*), on peut parfois en retirer l'impression (fausse) que les conceptions psychiatriques varieraient également avec la géographie et la langue, ce qui ajoute aux confusions déjà nombreuses celle des soi-disant exceptions culturelles, toutes confusions aussi parfaitement néfastes les unes et les autres (sauf, sans doute, pour justifier l'existence, par exemple, de cette nouvelle venue baptisée "ethnopsychiatrie"; mais pourquoi arrêterait-on les apparences de progrès, même (*ou surtout?*) si ce ne sont que des apparences?)
Mais les confusions présentent l'avantage, non négligeable pour ceux qui les créent - et qui s'en servent - , qu'elles donnent prétextes à rectifications, clarifications, récriminations et disputes, etc., etc., donc aussi à analyses, critiques et exégèses multiples qui, à leur tour, pourront faire l'objet de rencontres, confrontations, débats, "conférences de consensus" qui, toutes, soigneusement médiatisées, seront présentées sous l'étiquette parfaitement trompeuse mais très flatteuse et gratifiante d'événements "scientifiques" témoignant du "progrès de la science psychiatrique" dans l'intérêt général de l'humanité souffrante...

Les psychiatres du premier camp sont ceux que leurs détracteurs appellent les "***psychiatres biologiques***". Ils sont ceux qu'on pourrait aussi dénommer pratiques ou praticiens, car ils sont les seuls à "faire" quelque chose de **matériel**, quelque chose de réellement **tangible** pour combattre les troubles mentaux, ils mettent la main à la pâte, en quelque sorte. En administrant aux malades des médicaments dits "psychotropes", ils tentent d'appliquer à la psychiatrie les notions lentement, patiemment mais sûrement acquises (*bien que par d'autres*) en neurosciences fondamentales. Leurs efforts peuvent être méritoires et assez souvent couronnés de succès. Mais ils essuient aussi de fréquents échecs. On y reviendra plus loin.

Les efforts des "biologiques" ne se soldant souvent que par des succès seulement partiels, parfois aussi par des échecs, ils exposent ces psychiatres à de multiples critiques émises par

leurs concurrents. Quelques unes de ces critiques peuvent être justifiées mais, même dans ces cas et la plupart du temps, elles se trompent de cible et elles n'ont souvent d'autre fondement que l'inertie des esprits et l'obstination dans des croyances obsolètes mais reçues de temps immémorial; parfois même, tenant plus du sarcasme que d'une critique réfléchie, elles peuvent n'être, tout banalement et simplement, que le reflet d'une certaine médiocrité et de l'acrimonie de leurs auteurs.

Le deuxième camp compte les psychiatres, psychothérapeutes et psychologues que j'appellerais ***contemplatifs et spéculatifs***. Ils sont ceux qui proclament accorder la primauté de leurs préoccupations au "psychisme". Ils prétendent rechercher dans le "psychisme" même des patients psychotiques (*dans l'histoire reconstruite de leur mémoire*) les origines et les causes des anomalies de leur "psychisme". Bien entendu, ils ne peuvent manquer de toujours exhumer ces causes à coup sûr: d'abord parce que les résultats "positifs" de cette recherche sont un postulat (*un dogme, une obligation*) préalable, ensuite parce que leur recherche est rétrospective et, enfin, parce que l'identification de ces "causes" est laissée à l'interprétation (*à l'imagination*) de précisément ceux qui désirent et ont décidé de les trouver (*ils "savent" d'avance qu'ils les trouveront*).
Qui plus est, tout en ne disant surtout jamais ce que, pour eux, le mot "psychisme" recouvre (par hasard, ne serait-ce pas ce qu'on appelle communément "l'esprit"?), ces fervents défenseurs du "psychisme" semblent ne pas s'apercevoir que leur démarche place la cause du "psychisme" dans le "psychisme" lui-même, ce qui, soit ressuscite le vitalisme qu'on croyait pourtant définitivement enterré et fossilisé, soit nous plonge dans une théologie simpliste et d'une logique toute circulaire et absurde.

Mais nos psychiatres contemplatifs semblent peu s'embarrasser de logique car, sans paraître s'en inquiéter le moins du monde, ils écartent définitivement toute possibilité de thérapeutique effective (*en effet, qui donc aujourd'hui imaginerait, sérieusement, soigner, par exemple, la surdité congénitale ou celle des imprudents qui ont abusé des décibels, uniquement par l'audition "thérapeutique" de musique cette fois discrètement feutrée, forcément nulle et non avenue pour les sourds eux-mêmes mais simulacre gratifiant pour l'imagination infantile de leurs thérapeutes "bien entendants", et pour le public crédule qu'ils parviendraient à mystifier?)*

Les contemplatifs accusent leurs concurrents "biologiques" de "déni du psychisme", c'est-à-dire de déni de l'esprit. Ils prétendent que "la représentation *exclusivement* biologique de l'homme évacue l'existence du psychisme", et qu'ainsi "l'homme est réduit à un ordinateur et son fonctionnement à la cybernétique." (v., p. ex. E. Zarifian, 1999, http://psychiatrie-francaise.com/psychiatrie_francaise/psypatient/PsyFr199a.htm#3).
Pareilles affirmations caricaturales, manifestement partisanes, fausses de manière flagrante au point de confiner au ridicule, ne plaident guère en faveur ni de l'objectivité, ni des connaissances scientifiques supposées de ceux qui les profèrent - ici, nous ne jugeons même pas d'intelligence ni de "bonne foi" - , et on ne s'étonnera donc pas si beaucoup les ressentent comme une insulte à l'intelligence et au bon sens de tous ceux à qui elles prétendent s'adresser.
Nous préférons rappeler certaines évidences qui devraient s'imposer à tous, et qui ont été fort bien exprimées par le Prof. Dr. Antonio Damasio dans son livre "L'Erreur de Descartes" (textes repris en épigrammes dans le dossier sur la schizophrénie):

> *"L'âme respire par le corps, et la souffrance, qu'elle naisse dans la peau ou dans une représentation mentale, réside dans la chair."*
>
> *"Ni l'angoisse ni la joie que peuvent apporter l'amour ou l'art ne sont dépréciés par la compréhension de quelques uns de la myriade des processus biologiques qui en font ce qu'ils sont. C'est précisément le contraire qui devrait être vrai: notre sentiment d'émerveillement devrait s'accentuer face aux mécanismes compliqués qui rendent possible cette magie."*

La biologie et le "rationalisme matérialiste des nord-américains" (sic!) mis en cause par certains psychiatres francophones sont donc bien loin "d'évacuer l'existence du psychisme", contrairement à ce qu'affirment, pour le moins hâtivement - sans trop réfléchir - ces distingués psychiatres. La biologie est à la fois l'origine et le support ***obligé*** du vivant et de l'esprit qu'elle crée, qui l'habite et qui s'en dégage. C'est aussi pourquoi, pour les êtres de chair et de sang que nous sommes, et en dehors de toutes considérations religieuses et de théologie dont nous pensons qu'elles n'ont que faire ici, l'esprit (le "psychisme") ne peut exister et se manifester que dans le cadre de la biologie. En dehors du vivant forcément biologique (*c'est un pléonasme et une tautologie*), point d'esprit, point de "psychisme".

On pourrait parfois être tenté de se laisser effleurer par un soupçon: celui que beaucoup rejetteraient le rôle de la biologie parce qu'ils aimeraient surtout le bercement et la facilité des rêveries, cette passivité sans efforts qui précisément confère aux rêveries (*"balançoires" ou berceuses qu'on ennoblirait en "savantes intuitions"?*) la séduction de certains mirages et une fausse élégance qualifiée de poétique; par contre, ils éviteraient le fastidieux apprentissage du réel et du concret, tâche trop aride, prosaïque et exigeant d'eux une rigueur trop contraignante. Peut-être aussi, par l'emploi du seul mot "psychisme", sésame qui se suffirait à lui-même et fort opportunément expliquerait tout (*sans toutefois rien expliquer*), croiraient-ils pouvoir s'épargner l'étude indispensable mais sans doute devenue trop longue des neurosciences, matières trop compliquées et rebutantes pour leurs natures de poètes philosophant, fourvoyés dans ce monde terre-à-terre de la médecine moderne.

Quoi qu'il en soit des motivations qui animent les psychiatres contemplatifs et malgré leur rejet (*ou seulement leur méconnaissance?*) du rôle de la biologie dans le "psychisme" (*et de son utilité pour l'influencer, c.à.d. les traitements*), eux-mêmes sont gagnés par elle (sans toutefois l'admettre, reconnaissons-le), puisqu'ils se laissent aller à parler de phénotypes [*l'expression finale visible des gènes*] à propos des manifestations des affections mentales (Zarifian, *ibid.*), ce qui suppose nécessairement l'existence de génotypes correspondants [*les groupes de gènes responsables*], et cela, si ce n'est pas de la biologie...

Ils accusent aussi les tenants de la biologie de "réduire la souffrance psychique d'un être humain aux seuls symptômes qui la rendent visible aux autres..." et ainsi à lui faire "perdre toute capacité à réfléchir sur lui-même donc à être libre..."

D'abord, la souffrance, qu'elle soit physique ou "psychique", elle est individuelle et personnelle, ressentie, vécue, intérieure et non transmissible, et son incommunicabilité vaut pour son absence comme pour sa présence, tout comme le bien-être, ou le sentiment du bonheur, ou la béatitude ne peuvent, eux non plus, ni se prêter ni se transmettre; tout le monde sait cela depuis bien avant que les psys ne s'en mêlent et, selon toutes apparences, beaucoup mieux qu'eux! Qu'ils ne viennent pas nous dire que la souffrance des autres leur serait visible! Cette souffrance nécessairement intérieure (*encore un pléonasme!*), on ne peut tout au plus que tenter de se l'imaginer, se la représenter, ou encore tenter de se souvenir de sa propre souffrance passée; on ne saurait cependant jamais affirmer que cette représentation ou ce souvenir serait en quoi que ce soit comparable à la souffrance (*"visible"?*) de l'autre. Faut-il être psy pour ignorer cela?

Ensuite, faut-il être psy et se prétendre "philosophe" pour oser dire et écrire que la "souffrance psychique" des psychotiques laisse à leurs victimes l'entière liberté, "toute capacité" de réfléchir sur elles-mêmes? A ceux-là, on serait tenté de "ne pas envoyer dire", en effet, le très américain, très rationaliste mais aussi très universel et inévitable conseil que s'attire chaque écolier négligent ou paresseux: "***do your homework, Mac!***" Ce qui, en français, traduit assez librement, donnerait: "déconne pas, rentre donc plutôt chez toi faire tes devoirs et réviser tes leçons, mec!"

D'avoir écumé une abondante littérature "psy", l'impression recueillie qui s'impose avec force est que, en général, les seuls psys parvenant à s'abstenir de proférer des non-sens sur les affections mentales graves sont ceux dont des proches ou des êtres aimés sont ou ont été victimes de ces affections. Eux seuls semblent savoir vraiment de quoi ils parlent.

C'est à juste titre que les psys "contemplatifs" reprochent aux psys "biologiques" leurs erreurs thérapeutiques. Ils ont tort cependant quand ils rendent responsable de ces erreurs l'approche thérapeutique biologique dans son ensemble (*ce qu'ils appellent "le tout biologique"*) et accusent leurs concurrents d'incompétence et d'ignorance du "psychisme".
Par la même occasion ils dévoilent leurs propres lacunes qui sont immenses et difficilement pardonnables, car elles trahissent le refus délibéré d'acquérir les bases indispensables à l'exercice effectif et efficace du métier qu'ils prétendent pratiquer: soigner, soulager, si possible guérir. Ils ne reconnaissent pas lâcher la proie pour l'ombre, mais ils ont décidé que l'ombre est plus à leur portée et ils la peuplent de fantômes qu'ils se font forts d'exorciser plus aisément.

S'il arrive effectivement à des "psys biologiques" de donner des doses trop élevées de médicaments trop nombreux ou multiples, s'ils tâtonnent et en changent trop souvent, c'est, à la fois, parce que les neurosciences ne progressent que lentement et sont encore dans l'enfance, et parce que ce qu'on en sait ou devrait savoir n'est que fort mal assimilé par la plupart de nos psys, même "biologiques" (*peut-être les neurosciences leur seraient-elles mal enseignées?*)
Mais aussi ces neurosciences sont-elles totalement négligées, voire ignorées ou même méprisées des "psys contemplatifs", dont on a pu très justement dire qu'ils pratiquent une "psychiatrie sans cerveau". Ils osent parfois dire ouvertement que la connaissance des neurosciences ne leur sert à rien dans leur métier (v. Mots de Psys), mais ont-ils jamais voulu vraiment essayer de s'y intéresser? Ou bien y ont-ils d'avance renoncé après avoir décidé qu'à l'impossible aucun psy ne devrait être tenu?

De nombreux psys "biologiques" se laissant malgré eux influencer par cette tradition bien connue de paresse intellectuelle, ils éprouvent beaucoup de mal à se dégager des brumes [pseudo-] philosophiques entretenues depuis trop longtemps par leurs confrères contemplatifs; ils n'éprouvent pas encore assez le besoin de connaître et comprendre le cerveau. Par conséquent, beaucoup d'entre eux confondent encore structure, fonctionnement et rôles du cerveau, pourtant extraordinaires et uniques, avec ceux d'un foie, d'une rate, ou d'un autre morceau quelconque de notre méprisable carcasse humaine. D'où l'incompréhension de la "pharmacologie du cerveau" et l'usage inadéquat des médicaments, ce dont s'emparent avidement les contemplatifs, qui semblent pourtant y comprendre encore moins qu'eux.
Mais cela est en train de changer, même si les "psys biologiques" apprennent trop lentement encore. Mais eux, au moins, ils tentent pratiquement de vrais traitements. Inévitablement, ils se tromperont encore, c'est bien sûr regrettable, mais ces erreurs deviendront de plus en plus rares, et eux au moins, ils ne se cantonnent pas dans d'illusoires rituels magiques destinés à distraire les superstitieux et les crédules.

Reste ***le troisième camp***. C'est celui de certains psys - ils se disent tels! - et de soi-disant défenseurs des droits civiques plus démagogiques encore que tous les autres (www.antipsychiatry.org, www.szasz.com): ils sont ceux qui, souvent renégats d'un autre camp, tentent de rallier à eux tous les déçus des deux camps précédents; ils sont ceux qui, par leurs raisonnements spécieux, leurs dénigrements démagogiques et leur mauvaise foi, s'efforcent de récupérer à leur profit tous ceux, malades ou non, qui ont souffert de l'inefficacité, des erreurs et des échecs des deux premiers camps déjà évoqués, en exploitant de façon inqualifiable et inexcusable leurs souffrances et surtout leurs rancunes bien compréhensibles, en profitant de leur fragilité, de leur prédisposition naturelle à la paranoia qu'ils exacerbent et ensuite entretiennent.

Certains d'entre eux disent qu'une maladie, c'est nécessairement de nature physique, et que le mot mental signifie non physique; par conséquent, selon eux, le terme de "maladies mentales" est un non-sens; par conséquent aussi, toujours selon eux, les maladies mentales, cela n'existerait pas (*cherchez les deux erreurs élémentaires: dans les prémisses et dans la logique!*)
Peu pressés (*peu curieux?*) de se tenir au courant des connaissances scientifiques actuelles (*seraient-ils désireux de les connaître et d'en comprendre la portée, en seraient-ils capables pour autant?*), ils prétendent, contre toute évidence, contre vents et marées, que ce qu'ils appellent les "maladies mentales inexistantes" ne comporterait pas d'altérations physiques détectables, qu'il ne

s'agit donc que de maladies inventées pour justifier les reproches que la société adresse aux comportements qui ne lui conviennent pas mais qu'elle répugne à sanctionner (punir).

Certains d'entre eux affirment: 'La notion selon laquelle les familles font nécessairement ce qui est le mieux pour "ceux qu'elle aime" n'est qu'un mythe (*les guillemets doubles sont d'origine!*), car la plupart des personnes qui doivent subir un traitement psychiatrique forcé y ont été contraintes par des membres de leur famille.'
Voilà un flagrant exemple de mensonge très pervers! De manière inqualifiable, il exploite la fragilité de certains malades. Il suscite la paranoïa si elle n'existait pas encore, il l'entretient ensuite! Ce qu'ici, très hypocritement, on se garde bien de dire, c'est qu'une majorité des malades graves ne sont pas conscients de leurs problèmes pourtant bien réels, qu'ils ne vont donc pas consulter de leur propre mouvement, et que ce sont donc les familles qui, face au désastre et en désespoir de cause, doivent prendre les choses en main. Admettons, à la rigueur, que peut-être elles ne feraient pas toujours ni d'emblée "ce qui est le mieux pour ceux qu'elles aiment", mais ***elles s'efforcent toujours de faire ce que des "professionnels reconnus" leur disent être le mieux pour ceux qu'elles aiment.*** Que pourraient-elles faire d'autre? Toutes les familles de malades psychotiques chroniques savent bien cela. Seule la maladie empêche la plupart des malades eux-mêmes de se rendre compte de cette vérité, mais leurs "dévoués défenseurs" qui ne peuvent pourtant l'ignorer, eux s'abstiennent soigneusement de le reconnaître. Et si ces preux chevaliers, qui s'affichent défenseurs de la veuve et de l'orphelin, ont, en plus, l'impudence de reprendre à leur compte la vieille question "***Cui bono?***" (*à qui cela profite-t-il?*), cela ne peut être que pour prendre les devants et éviter ainsi de se la voir poser à eux-mêmes.

Certains de ces médicastres nous disent que tous les médicaments employés par les psys "biologiques" sont mauvais et détruisent le cerveau. C'est vrai aussi de l'eau du robinet et de l'oxygène de l'air.
Ils ne disent surtout pas que les accidents n'arrivent que par la faute de ceux (*encore trop nombreux, malheureusement*) qui ne connaissent ni ne comprennent l'usage correct de ces substances et s'en servent comme des apprentis cuisiniers assaisonneraient un mauvais potage: Pas assez de goût? Trop de sel? Rajoutons donc un peu de sucre ou de poivre, peut-être du glutamate, à tout hasard, pour voir, peut-être le goût sera-t-il meilleur, déjà même avant que tous les ingrédients rajoutés se soient bien mélangés...
Surtout, ils ne disent pas non plus que, comme beaucoup de malades en ont pourtant déjà témoigné, sans ces détestables médicaments, le sort d'un grand nombre de malades serait encore bien pire qu'il n'est actuellement.

Ils disent aussi que les malades (*mais existent-ils, si leurs maladies n'existent pas?*) sont des citoyens comme les autres, et c'est évident si on entend par là qu'ils sont des citoyens à part entière. Malheureusement, s'ils sont bien des citoyens à part entière, ils ne sont pourtant pas tout à fait comme les autres, eux-mêmes en conviennent souvent. Mais cela non plus, les médicastres ne le mentionnent surtout pas: n'effarouchons pas la clientèle potentielle!

Pour ces pseudo-défenseurs des droits civiques et des libertés, et pour certains avocats sophistes au dévouement peut-être moins désintéressé qu'il n'y paraît à première vue, ces malades-non-malades seraient aussi libres et aussi responsables de leurs actes que n'importe quel citoyen "ayant toute sa tête".
Ces malades-non-malades, ces "protégés" qu'ils s'approprient d'autorité, dont ils s'arrogent la protection au nom d'une compétence que sans doute ils croient innée mais dont ils n'ont manifestement pas hérité, pas plus qu'ils ne se seraient donné de mal pour l'acquérir réellement, les juristes/médicastres les imaginent disposant pleinement de la ***capacité*** et donc du droit, comme tout citoyen sensé ("*sain d'esprit*"), de refuser les traitements même si cela devait éventuellement les conduire au suicide (*et ils font du droit des malades au suicide un droit civique*); si ces "faux malades" commettent des actes répréhensibles, ils devraient donc, comme tout un chacun, en assumer toute la responsabilité et en subir toutes les conséquences: en fait et selon cette logique, ils ne pourraient donc jamais être des malades, mais seraient des "inadaptés gênants pour l'Ordre des Familles et de la Société", voire des délinquants et des criminels potentiels.

Circulez! Y a rien à voir! Les maladies mentales n'existant pas, les malades mentaux par conséquent non plus. Il n'est donc pas nécessaire ni même utile de prévoir ni de proposer de traitements ni de soins, et les psys médicastres de ce troisième camp n'y penseraient même pas! (*Posent-ils toujours leur chapeau ainsi, directement sur leurs épaules?*)
Leur logique est celle de ce vieux piège bien connu des logiciens: Socrate dit que tous les athéniens sont menteurs. Or, Socrate est un athénien; donc...

Actuellement, les différents camps de psys se comportent à la manière de corps de pompiers dont les équipes, envoyées sur le lieu d'un incendie, se contenteraient d'admirer le feu et, à tour de rôle, exécuteraient sur cette scène bien éclairée par les flammes, diverses représentations de pantomimes, danses folkloriques, etc. C'est à qui parviendra à se faire le plus admirer des autres artistes. Pourquoi donc éteindraient-ils le brasier? N'étant plus éclairés par ses lueurs, les acteurs non seulement ne seraient plus visibles, mais ils pourraient craindre de ne plus pouvoir s'apercevoir entre eux et se distinguer les uns des autres! Comment, alors, les jurys issus de leurs rangs pourraient-ils décerner les médailles récompensant l'excellence de la représentation des uns ou des autres? Pendant ce temps, les spectateurs redoutent avec raison que les figurants involontaires, au milieu du spectacle, finissent par rôtir.

De quelque camp qu'ils soient, il est plus que temps que ***tous*** les psys procèdent à des révisions peut-être déchirantes parfois, certainement toujours difficiles.
Tous, s'ils veulent effectivement vivre dans la société et y "tenir leur rang", si, comme ils le prétendent, ils veulent faire profession d'aider d'autres à y vivre, alors ils ne peuvent plus se contenter de ne faire de cette profession qu'un mauvais simulacre.
Ils doivent accepter de payer le prix de leur place dans la société. Il ne peut y avoir d'exception à cette règle fort générale. Comme pour toutes choses qui se payent, le prix est d'autant plus élevé que la place est "meilleure" ou plus en vue.

Quel est donc ce prix qu'ils ont à payer?

Ils doivent accepter qu'il y a un monde physique réel qui les entoure, dont ils ne se distinguent pas, car ils en font bien *entièrement* partie (*leur esprit aussi*).
Il doivent reconnaître que tous les humains sont des êtres matériels faits de chair, d'os et de sang, et que ***leur esprit n'est pas une chose ni un objet mais un ensemble et une succession d'actions, il est l'expression, la manifestation ultime et globale du fonctionnement*** de cette extraordinaire et merveilleuse machine qu'est l'ensemble de leur organisme, aboutissement temporaire d'une évolution qui a nécessité des milliers de millénaires.
Il est temps que ***tous*** ils comprennent que l'esprit ne peut exister ni se manifester en dehors du corps physique et que, de même, il n'est accessible au monde (*et à l'esprit des autres*) que par l'intermédiaire de ce corps bien physique.
Les psys ne peuvent plus se contenter, pour leur facilité personnelle, d'inventer eux-mêmes et à bon compte un monde imaginaire dont ils tenteront de convaincre les autres. Cela, qu'ils le laissent à ceux qui le feront mieux qu'eux: aux théologiens et aux poètes, à ceux qui n'ont pas la prétention de "guérir les âmes", mais vocation seulement de les distraire et les enchanter parfois, ou mission de les "sauver", peut-être.
Pour atteindre l'esprit qu'ils prétendent soigner et guérir, les psys doivent d'abord apprendre à connaître le corps qui lui donne naissance, ils doivent comprendre comment ce corps fonctionne et fait apparaître l'esprit. Ils doivent admettre que l'esprit ne peut profondément changer que si le corps dont il émane change, lui aussi.
Pour connaître et comprendre le corps (le cerveau), la tâche paraît interminable et extrêmement ardue. Elle suppose, de la part de ceux qui s'attellent aux neurosciences, un travail constant et acharné, une infinie patience et, surtout, beaucoup de modestie, voire d'humilité: il est tout aussi important de connaître et savoir reconnaître ses lacunes (légitimes) que de pouvoir faire état de son savoir.

Ce savoir est encore insuffisant aujourd'hui pour soigner de manière satisfaisante tous les malades mentaux. Tous les psys doivent le reconnaître et en expliquer les raisons aux profanes

pour, dans la mesure du possible, leur faire prendre patience et leur faire accepter les imperfections des traitements actuels.
Les psys ne peuvent se désintéresser des conséquences sociales qui découlent des insuffisances présentes des traitements. Ils doivent collaborer étroitement avec les travailleurs sociaux, ce qui signifie que ces deux professions doivent mutuellement s'instruire et s'écouter sans se payer de mots.

La philosophie, même si elle peut parfois paraître le summum de l'abstraction, n'a de sens que si elle prend son origine dans le concret. Le concret vient donc en premier. Le sort et le bien-être des malades mentaux doivent passer avant les considérations philosophiques que leur état peut inspirer à ceux qui se chargent de les soulager. Voilà le prix à payer. Est-il trop élevé?

Première publication: **9 Août 2002** ***(J.D.)*** Dernière modification: **9 Août 2002**

"We need to rethink our understandable dread of state mental hospitals. Despite their horrific past, asylums are not intrinsically evil. They are buildings of bricks and steel. They became giant warehouses because of neglect, ignorance, prejudice and wanton indifference. But they didn't have to be that way. They shouldn't have been that way."

Pete Earley: Crazy, p. 361
G.B. PUTNAM'S SON'S. New York 2006, ISBN 0-399-15313-6

"Nous devons revoir notre répulsion bien compréhensible envers les hôpitaux d'état pour malades mentaux. En dépit de leur horrible passé, les asiles psychiatriques ne sont pas le mal en soi. Ce [ne] sont [que] des bâtiments faits de brique et d'acier. Par la faute de l'abandon, par ignorance, à cause des préjugés et par pure indifférence, ils étaient de gigantesques entrepôts. Mais cela n'était pas inéluctable. Ils n'auraient pas dû devenir cela."

DEFINIR et SERIER les PRIORITES

Améliorer le sort des malades mentaux chroniques, leur rendre la vie meilleure, plus supportable, digne d'être vécue ("améliorer leur qualité de vie", comme disent les technocrates de la "socio-bienfaisance"), trouver des traitements d'efficacité plus généralement prévisible et fiable des affections mentales, tout cela constitue une tâche à ce point infinie que ceux qui s'y acharnent ont souvent l'impression qu'elle n'est pourtant même pas entamée.

La tâche est à ce point démesurée et multiple que, souvent aujourd'hui encore, on ne sait par quel bout l'aborder ni comment s'y atteler utilement. On imagine devoir tout entreprendre en même temps et on croit d'abord pouvoir y arriver.
Le résultat le plus fréquent de cette illusion est l'inefficacité des actions isolées entreprises plus ou moins bénévolement pour combler les énormes lacunes laissées par les pouvoirs publics. Quand la pauvreté du rendement des efforts consentis devient perceptible à ceux qui ne cessent d'espérer pour leurs proches malades, quand leurs déceptions répétées se sont accumulées, leurs bonnes volontés finissent par s'épuiser, le découragement s'installe parmi eux: ils laissent tomber les bras.
Ils s'aperçoivent que les maigres ressources que, parfois peut-être, ils sont péniblement arrivés à réunir, seront loin de suffire à démarrer les quelques rares projets et initiatives auxquelles ils avaient rêvé pour aider leurs malades, et ils prennent conscience que, faute de soutien matériel officiel et public, ils pourraient encore moins les maintenir dans la durée.

Faute de disposer des compétences professionnelles spécifiques indispensables qui coûtent cher (*organisation et gestion, etc.*), et en l'absence d'une information objective solide sur les maladies mentales chroniques (*toujours d'accès fort malaisé aux profanes*), les initiatives privées, plus ou moins individuelles, peut-être généreuses dans leurs intentions, sont habituellement ponctuelles, souvent mal justifiées, mal adaptées, mal pensées, ou encore mal ciblées, de portée et de durée de vie dérisoirement réduites en regard des objectifs poursuivis. Bien souvent, quoiqu'ils s'en défendent, leurs initiateurs finissent par ne plus rien tenter du tout et s'installent dans une routine toute d'apparences: consacrée à la rédaction de projets de belle allure sur le papier, mais impraticables et condamnés à dormir éternellement dans quelque archive poussiéreuse; ou encore passée en réunions de comités divers, groupes de "travail" et de "réflexion", toutes activités aussi stériles que mangeuses de temps et de salive.

Paradoxalement, la calamité que sont les affections mentales graves a, de tous temps, constitué un ***problème humain individuel aigu***, très ***urgent*** et ***impérieux***, mais sa permanence et l'absence de vrais moyens thérapeutiques pour s'y attaquer efficacement l'ont transformé en ***problème social chronique***, ressenti comme ***honteux*** par beaucoup de ceux chargés de le résoudre, parce que sans solution qui soit immédiatement visible à leurs yeux, ni accessible, ni satisfaisante. Pendant longtemps et par commodité, il a donc été ignoré de la grande majorité et

volontairement passé sous silence par les responsables politiques. Les "professionnels" du secteur psychiatrique eux-mêmes l'ont discrètement maintenu dans la confidentialité, sans doute peu désireux qu'ils étaient d'étaler sur la place publique l'étendue réelle de leurs impuissances et de leurs ignorances (*malgré qu'au départ, ils n'en fussent pas réellement responsables; aujourd'hui, par contre, on pourrait, sans doute on devrait même, en discuter...*).

L'ampleur, la multiplicité et la diversité des aspects de l'éternel et universel problème humain des affections mentales ont poussé à s'y intéresser des médecins, des biologistes, des scientifiques de toutes disciplines, des psychologues, des sociologues, des philosophes, l'homme de la rue, le politique. Tous et chacun depuis leurs points de vue particuliers et partiels, selon leur discipline ou activité professionnelle, ils ont, à de multiples reprises et avec plus ou moins de pertinence, fait connaître leurs opinions sur l'un ou l'autre aspect partiel, et surtout théorique et abstrait de ce très vaste sujet.

Compte tenu de la pauvreté, voire souvent de l'absence de données scientifiques solides concernant les fonctions mentales, ils ne pouvaient toutefois s'empêcher de compenser leurs lacunes en se laissant guider par leurs convictions philosophiques, religieuses et politiques. Quoi de plus naturel, en effet, si l'on songe que le sujet touche aux fondements, au sens que chacun donne à la vie, à sa vie et à celle des autres.
Au mieux leurs avis ne pouvaient que refléter, non seulement leurs croyances personnelles, mais aussi leurs ignorances, c'est-à-dire les lacunes dans leurs connaissances. Nombre d'entre eux s'estimèrent en droit d'échafauder une représentation imaginaire des fonctions mentales (du "psychisme") les supposant totalement indépendantes des contraintes matérielles, biologiques, du corps qui leur donne naissance: restes d'une conception animiste d'un monde surnaturel, faisant de surcroît bon marché de la réalité concrète même quand celle-ci se rappelle à vous sans ménagement.

Aussi n'est-il pas étonnant que certains aient pu imaginer que les problèmes humains soulevés par les affections mentales chroniques n'étaient du ressort que de la philosophie et que, par conséquent, ils pouvaient être embrassés dans leur ensemble et dominés par le premier "philosophe" venu, fût-il amateur accoudé par exemple au comptoir de l'un ou l'autre "Café du Commerce" ou encore, participant à une réunion de ces "Cafés philosophiques" actuellement très "tendance". En effet, le droit de philosopher n'appartient-il pas à chacun?

On semble souvent oublier que, de nos jours, philosopher ne peut plus être, simplement, synonyme de savoir ou de connaître, *par la réflexion*, ce qu'on imagine ou ce à quoi on rêve, mais signifie interpréter, donner du sens à ***ce qu'on sait***, à ***ce qu'on connaît***, tout en tenant compte des limites de nos connaissances (de ***ce qu'on ne connaît pas***). Et cet oubli entraîne ceux qui le commettent à "philosopher" sur l'imaginaire qu'ils ont inventé, ***sans aucunement tenir compte de la réalité des faits connus***: cela, ce n'est plus philosopher; en termes polis cela s'appelle ***fantasmer*** (*en termes plus triviaux, certains diraient "déconner"*). Mais, à nouveau, le droit de fantasmer n'appartient-il pas à chacun?

Par contre, sur la foi de quelle croyance, par quelle opération littéralement magique, des fantasmes qui sont nécessairement personnels à ceux qui y ***croient*** exerceraient-ils des vertus thérapeutiques sur le "psychisme" des autres, alors même que ces autres sont incapables de les entendre et encore moins en état de les apprécier? Et sur base de quoi pareils fantasmes confèreraient-ils, à ceux qui les élaborent et qui s'y complaisent, une compétence thérapeutique quelconque et le droit de "traiter" ce qu'ils appellent les "troubles du psychisme" d'autres êtres humains, alors que jamais ne sont fournies, ni les preuves de cette compétence ni la démonstration vérifiable de l'efficacité thérapeutique de leurs pratiques?

Malgré l'accumulation des progrès récents des sciences, de la biologie et des techniques, les attitudes de "philosophie" spéculative simpliste, face aux affections mentales pourtant bien concrètes, sont fort lentes à disparaître, à cause de l'inertie que constitue l'attachement aux idées reçues; celles-ci s'opposent à la mise en oeuvre de solutions rationnelles que le savoir actuel pourtant imposerait. Les idées reçues représentent, pour ceux qui s'y accrochent obstinément, les

balises rassurantes auxquelles ils se repèrent dans un monde perçu comme hostile en raison de son perpétuel changement trop rapide pour eux.
Les idées reçues sont tenaces et prépondérantes dans le domaine des troubles mentaux plus encore que dans n'importe quel autre. Elles ont la vie d'autant plus dure que ceux qui les reçoivent et les propagent s'en croient, automatiquement et avantageusement, dispensés de tout effort intellectuel d'esprit critique, voire dégagés du besoin véritable d'information correcte, de savoir (*donc, de l'obligation d'apprendre*).

Là où les connaissances font défaut, les croyances en tiennent lieu, l'argument d'autorité fait office de preuves: toutes les opinions, même totalement dépourvues de support prouvé, passent pour du savoir dès lors qu'elles émanent de "notables"(*et la notoriété dans un domaine d'activité n'implique nullement le savoir dans un autre domaine!*)
Les opinions que ces personnes émettent semblent alors acquérir un vernis de légitimité et de respectabilité qu'on ne peut se risquer à mettre en doute, sous peine d'encourir l'excommunication des pontifes de tous les conformismes (*et même certains anticonformismes de façade, à la mode pendant un temps, n'en sont souvent que le contre-pied ou des faire-valoir sans plus de validité réelle que celui qu'ils prétendent remplacer n'en a lui-même*).

Blaise Pascal disait déjà: "***Lorsqu'on est accoutumé à se servir de mauvaises raisons pour prouver des effets de la nature, on ne veut plus recevoir les bonnes lorsqu'elles sont découvertes.***" Tous ceux qui font profession de s'occuper de "santé mentale" auraient intérêt à longuement méditer cette parole et à s'en imprégner.

Les neurosciences apportent chaque jour des arguments et des éléments supplémentaires de preuves montrant que **les origines et mécanismes des affections "mentales" sont de nature tout aussi "physique" (*c.à.d. matérielle, organique*) que celles et ceux des autres affections ou maladies dites "somatiques" ou "biologiques" ou "organiques"**.

Personne aujourd'hui ne peut plus ignorer ni ne devrait s'obstiner à nier cette conclusion qui repose sur d'innombrables observations scientifiques indépendantes et convergentes.
Par conséquent, comme cela a été éprouvé et s'est jusqu'à présent toujours vérifié pour toutes les affections et maladies humaines (*et tous sont bien forcés d'admettre qu'on les prévient, guérit, soulage de mieux en mieux et de plus en plus souvent*), **la prévention, le traitement et le soulagement, et si possible la guérison de toutes affections, y compris celles qu'on appelle "mentales", passent obligatoirement par la connaissance préalable et la compréhension, *rationnelles*, de la machine biologique humaine, et par la compréhension des mécanismes qui en assurent le développement et le fonctionnement**.

> (*Cette affirmation n'est pas du "scientisme", comme certains parfois le prétendent imprudemment et avec la condescendance conférée par l'ignorance! Elle est la constatation que seule la méthode scientifique et l'attitude rationnelle permettent d'accroître, d'accumuler, donc de faire progresser nos connaissances de manière fiable et utile. Tandis que le "scientisme" n'est jamais que l'illusion que la "science" permettrait à l'espèce humaine de se perfectionner elle-même d'un point de vue moral, éthique et spirituel, donc social et de "civilisation". L'idée de progrès, social et de civilisation, est basée sur des jugements de valeur. La science, elle, ne "progresse" pas à partir de jugements de valeur, pas plus d'ailleurs qu'elle n'en porte. Elle accumule du savoir, c'est cela son "progrès" et, dans ce sens, c'est la seule activité humaine qui soit "progressiste" ou, plus exactement, progressive, parce que la seule qui soit cumulative.*)

Contrairement aux affirmations de certains, la recherche scientifique biologique, rationnelle de la connaissance du cerveau ne pousse nullement ceux qui s'engagent dans cette voie à ignorer la personnalité humaine de ceux qu'ils s'efforcent d'aider. Ils savent fort bien que, tout en tentant de trouver les ***vraies raisons*** de leur difficultés pour pouvoir y apporter les ***vrais remèdes***, ils doivent aussi tenter de comprendre les êtres humains que sont ces malades, comprendre leurs perceptions et leurs représentations du monde (*y compris*

d'eux-mêmes), ce que certains appellent leur "psychisme". Cette compréhension, si imparfaite et souvent illusoire soit-elle, fait partie du soutien et de l'aide qu'on doit apporter à toute personne pour atténuer ses handicaps, ou pour les rendre plus supportables en attendant d'être capable d'y porter remède.

La connaissance que nous avons de notre cerveau (*entre autres, son plan, c.à.d. sa carte géographique détaillée, sa carte routière, son développement depuis l'état embryonnaire jusqu'à l'âge adulte, les conditions et facteurs qui régissent ce développement et le fonctionnement de cette machine d'une extraordinaire complexité*) a remarquablement progressé en quelques soixante à soixante-dix ans. Mais elle est encore bien réduite par rapport à tout ce que nous devrions en connaître pour bien comprendre cet organe à tout faire, notre "chef d'orchestre" intérieur.

Faire progresser la connaissance du cerveau en "mettant le paquet" sur les neurosciences (recherche et enseignement) est donc une priorité absolue.
Bien que - comme c'est toujours le cas en recherche fondamentale - il ne soit pas possible de prédire combien de temps sera nécessaire encore avant d'avoir effectué une percée décisive dans le domaine des maladies mentales chroniques, nous savons que, quand la volonté politique et les moyens existent à l'échelle planétaire, les choses peuvent aller étonnamment vite: le déchiffrement du génôme humain en est un exemple particulièrement parlant.

Les traitements médicamenteux précoces et personnalisés au mieux pour chaque malade individuellement constituent une autre priorité absolue.
Ceci implique la mise en oeuvre de moyens techniques et de recherche appliquée à plus court terme: l'utilisation ***systématique*** de l'imagerie médicale cérébrale chez les malades mentaux en est un exemple. Dans notre pays, on ne semble guère pressé d'y songer.

Un autre exemple est celui de la détection la plus précoce possible des affections mentales chroniques. Comme le rappelle très justement - dans un dossier remarquablement clair et lucide à l'adresse *http://www.espace-ethique.org/dossiers_them/handicaps/handi50.html* - le Dr Béatrice Laffy-Beaufils (Chef du Service de Psychiatrie à l'hôpital Corentin Celton, AP-HP, France : v. Espace éthique, 7 février 2002), "les troubles cognitifs [de la schizophrénie], présents dès avant les troubles cliniques de la maladie, sont retrouvés chez 80% des patients".
Citons aussi les propos du Dr Marc-Antoine Crocq (psychiatre au CH de Rouffach (68), France) dans "Le Quotidien du Médecin" du 27.06.2002: "La période prémorbide n'est pas tout à fait silencieuse cliniquement. Déjà le Suisse Eugen Bleuler, qui créa le terme de schizophrénie en **1911,** remarquait que tous ses camarades de classe qui devinrent par la suite schizophrènes étaient déjà un peu différents de leurs pairs dès l'enfance."

Malgré ces pistes possibles qui nous crèvent les yeux et ne datent pas d'aujourd'hui (*mais de bientôt un siècle!*), il semblerait bien que ni nos psychiatres francophones, ni même nos psychologues francophones n'aient jamais éprouvé un besoin irrésistible de les explorer sérieusement, par exemple **en pratiquant, en milieu scolaire (écoles primaires puis lycées et athénées, etc.), des tests "psychotechniques" spécialement adaptés à l'évaluation des aptitudes verbales, de la mémoire verbale, de l'attention, etc., sur des échantillons de populations d'enfants à risques...** Cela ne devrait pourtant être ni fort compliqué ni fort coûteux, surtout en comparaison des économies et des bénéfices qui pourraient en découler par la suite.
Faudrait-il donc croire que, pour nos psys, pareille démarche, ne s'adressant qu'aux fonctions cognitives, serait à rejeter parce qu'elle "évacuerait le psychisme" de l'individu? Ou bien, malgré la pléthore de psychologues parfois dénoncée par certains, seraient-ils vraiment débordés au point de ne pouvoir mettre en oeuvre pareille étude *titanesque*?
On n'ose envisager d'autres hypothèses qui, sans doute, ne pourraient être que désobligeantes pour l'intelligence et la compétence des responsables de notre "Santé Mentale", et on s'en abstiendra donc.

Cependant, n'attendons pas des résultats rapidement (*dès demain!*) exploitables de la recherche scientifique, qu'elle soit appliquée ou fondamentale. Constatons aussi que la recherche

pharmaceutique telle qu'elle est orientée aujourd'hui, et ***indispensable*** malgré la méfiance injustifiée que certains éprouvent à son égard, ne pourra, dans un avenir proche, offrir que des solutions imparfaites à un grand nombre des affections mentales chroniques. En effet, même dans un avenir prévisible, la spécificité des médicaments correcteurs des troubles mentaux risque de ne pouvoir être obtenue qu'exceptionnellement. Ceci signifie qu'il est aujourd'hui difficile d'imaginer des médicaments "neuroleptiques" ou "psychotropes" totalement dépourvus d'effets secondaires indésirables.
On peut seulement espérer, en usant de ces médicaments de manière éclairée, minimiser leurs effets non désirés par rapport à leurs effets souhaités.
Connaître et enseigner aux futurs praticiens les modes d'action et le bon usage des médicaments est donc aussi une priorité absolue, puisque nous ne pouvons aujourd'hui nous dispenser d'eux, quoi que s'obstinent à prétendre certains rêveurs.

L'incertitude sur les délais des résultats de la recherche scientifique, de même que les carences et les imperfections des traitements actuels, nous obligent à admettre que, en plus des moyens thérapeutiques déjà évoqués et en les attendant, des aménagements sociaux devraient être mis en place pour assurer, aux malades mentaux chroniques à l'autonomie trop réduite dans notre société, **des espaces de vie protégés**: ouverts mais surveillés, où les résidents seraient *accompagnés*. Libre aux prétendus défenseurs des libertés civiles et de l'individu de se récrier, de dénoncer un "retour aux asiles psychiatriques", etc., etc. Laisseraient-ils donc vagabonder, seul et au hasard leur enfant, de 3 à 10 ans par exemple, dans la grande ville ou même seulement à proximité de l'autoroute voisine? Le laisseraient-ils jouer avec les allumettes à côté du bidon d'essence? etc., etc. Ne laissons les philosophes répondre à ces questions que s'ils sont pères de famille.

On ne propose pas ici de recréer des sortes de "prisons" psychiatriques, mais des "domaines" géographiquement assez étendus pour y créer une diversité architecturale et d'activités ou de possibilités suffisamment multiples pour y accueillir une population d'individualités toutes fort différentes les unes des autres (*malgré que nos responsables les regroupent sous une même étiquette*).
Entourer et accompagner efficacement les malades pour tenter de les faire, chacun, se redévelopper au maximum de ses capacités résiduelles, c'est ce que tous les "programmes" actuels de "revalidation psychiatrique" ("*réhabilitation*") proclament qu'il faut faire. Multiples, ces "programmes" ont été rédigés avec beaucoup de conviction et dans un style visant à persuader mais, dans notre pays, ils flattent plus l'image de leurs auteurs qu'ils ne servent la mise en oeuvre de leurs recommandations: on peut y rêver, et c'est tellement plus facile que d'agir, surtout pour ces "penseurs" que sont la majorité de nos "psys".
Cette absence de réalisation concrète a aussi d'autres raisons: les infrastructures que ces programmes requièrent, mais surtout les effectifs nécessaires en personnel très qualifié (au moins deux, sinon trois ou peut-être même quatre fois plus nombreux que les patients eux-mêmes) supposent des investissements que personne, parmi les responsables politiques, n'est prêt à envisager.
Pourtant, **la création de pareils lieux d'accueil et de revalidation devrait être, elle aussi, une priorité**.

Toutes les priorités qui ont été exposées ci-dessus sont connues depuis longtemps des divers "intervenants" de la "Santé Mentale", du secteur psychiatrique, de la sécurité sociale, des responsables politiques, etc., etc. Périodiquement, des changements sont annoncés qui ne changent rien, on dit des attitudes des professionnels qu'elles s'humanisent en même temps qu'elles deviennent plus professionnelles (*mais ce ne sont souvent que des on-dit*), des améliorations sont promises qu'on attend toujours.
On "modernise" une législation dont les modalités d'application feront que, dans les faits, le sort des malades ne sera réellement changé en rien; on officialise et on règlemente les pratiques magiques (*pseudoscientifiques*) qui ne peuvent soulager que des malades imaginaires et des gogos.

Comme on dit communément, depuis le temps que cela dure, les parents et familles de malades mentaux devraient commencer à comprendre: on ne rasera jamais gratis, pas plus demain qu'hier. Ils doivent savoir qu'ils n'obtiendront jamais rien pour leurs malades qu'ils ne se soient d'abord battus pour l'arracher à ceux qui peuvent le leur donner mais se gardent bien de se fatiguer à le faire spontanément.

Ce combat, ils ne peuvent le gagner passivement, en espérant naïvement que leur adversaire va, spontanément, généreusement, leur en épargner l'effort, leur accorder la victoire sans combat. S'ils vont à la bataille individuellement ou en ordre dispersé, ils ne pourront gagner. S'ils ne savent pas ***contre quoi*** ni ***pour quoi*** ni ***comment*** se battre, ils ne pourront gagner.

L'union faisant la force (*l'aurait-on oublié en Belgique?*), ils doivent donc se regrouper, par exemple au sein d'**associations**. Ainsi réunis, ils constateront qu'ils ne sont pas seuls à subir les épreuves que leur inflige la maladie d'un des leurs. Ce rassemblement les réconfortera et les renforcera. Mais le réconfort, si bienvenu soit-il, ne suffira pas car il sera nécessairement éphémère si rien d'autre ne change.

Quant à leurs forces, ils en auront besoin pour ***contraindre*** les professionnels et décideurs à respecter les priorités qu'on vient de passer en revue et, ainsi, provoquer les changements qu'ils espèrent.

Au sein de ces associations, les familles et amis de malades mentaux chroniques, avec l'aide de professionnels compétents et motivés, centraliseront les informations sur les affections mentales pour les mettre à disposition de leurs membres (*cfr le Dr Béatrice Laffy-Beaufils:* "Plus qu'une contrainte juridique, l'information est donc devenue une obligation thérapeutique, une nouvelle forme de psychothérapie.")

Fortes de leurs expériences, de leurs connaissances et des informations qu'elles se seront efforcées d'acquérir, les associations pourront enfin jouer leur indispensable rôle de lobbies auprès des décideurs politiques, plutôt que de jouer aux assemblées de pleureuses, aux délégations de suppliants et quémandeurs naïfs éternellement éconduits ou menés en bateau par tel ou tel sous-ministre. A quoi leur servirait-il de rédiger de belles "Chartes" en faveur des malades mentaux, si c'est pour ne jamais les voir ratifiées ni adoptées par ceux qui ont le pouvoir de les mettre en application et de les faire respecter?
Comment leurs membres pourraient-ils, individuellement, espérer changer quoi que ce soit au système actuel qu'ils déplorent depuis si longtemps, si ces associations ne les mettent pas en position de **militer activement** pour leurs objectifs?
Bien qu'elle vienne ici en dernier, voilà pourtant, selon nous, *la toute première priorité*. La responsabilité en incombe aux associations de familles et amis de malades mentaux. A leurs membres de ne pas l'oublier et, si nécessaire, c'est aussi à eux de le rappeler à leurs responsables.

Première publication: **28 Août 2002** ***(J.D.)*** Dernière modification: **3 Juillet 2006**

Comment vivre avec une personne atteinte de schizophrénie (ou, peut-être, bipolaire), comment se comporter avec elle, comment l'amener à accepter de suivre le traitement médicamenteux qui lui a été prescrit mais qu'elle "refuse"?

A diverses reprises et en ordre dispersé dans d'autres articles ou encore dans le "dossier" sur la schizophrénie (au format .HTM ou .PDF), on s'est efforcé de répondre à ces deux questions qui, sans conteste, sont probablement les deux questions les plus difficiles de toutes, celles auxquelles les réponses données ne sont que rarement pleinement satisfaisantes, presque toujours trop vagues, nécessairement trop générales, toujours incomplètes. C'est pourquoi, au risque de lasser par excès de répétition, il a paru nécessaire d'y revenir, encore...

Répétons ici, une fois de plus, que les affections mentales dites "psychotiques" et "chroniques" sont des atteintes du cerveau. Les localisations "pathologiques" et leurs étendues au sein de cet organe sont, selon toute vraisemblance, extrêmement diverses d'un individu à l'autre, de telle sorte que le nombre et la sévérité des troubles qui en résultent sont, eux aussi, très variables d'un malade à l'autre.

Cette diversité dans la manifestation des troubles et dans leur sévérité apparente rend presque impossible la recommandation de règles d'emblée applicables sans plus à tous les cas. C'est pourtant ce à quoi sont contraints tous ceux qui s'efforcent de rédiger des livres ou des manuels consacrés aux traitements des malades psychotiques.
Ne pouvant pas personnellement connaître chaque malade, chaque cas possible tout en tenant compte de la personnalité du malade, de son entourage, mais aussi de sa condition sociale particulière, de son mode de vie, ils ne peuvent pas non plus recommander une procédure générale et les attitudes qui, à chaque fois, seraient les mieux adaptées pour tous: une encyclopédie en plusieurs lourds volumes n'y suffirait pas.
Ils sont donc obligés de s'en tenir à des règles et recommandations fort générales qui, bien souvent, laissent les lecteurs profanes (les membres des familles de malades) perplexes ou sur leur faim, parce qu'elles ne cernent pas vraiment d'assez près les particularités propres au cas qui les touche personnellement.

De leur côté, on ne peut attendre des lecteurs profanes de ces "modes d'emploi" (membres de la famille du malade) qu'ils aient, dès le départ, l'expérience requise qui leur permettrait de décider quand et comment moduler et adapter ces règles pour leur propre usage, voire comment, si nécessaire, y introduire des dérogations ou des exceptions justifiées par les circonstances particulières.

En principe, ce sont les soignants professionnels qui devraient posséder cette expérience. Mais, comparés aux membres des familles, ils ont deux autres handicaps fort lourds: 1) ils ne connaissent pas le malade comme seuls peuvent le connaître ses parents et sa fratrie; 2) ils doivent en général s'occuper simultanément de plusieurs malades et rencontrent alors, obligatoirement, des difficultés à dispenser à chacun d'eux des soins personnalisés et sur mesure: bien malgré eux, ils auront tendance, eux aussi, à généraliser (regrouper) leurs procédures et à faire du "prêt-à-porter" pour groupes de malades plutôt que le "sur mesure" individuel pourtant indispensable.

Certaines évidences fondamentales ayant trait à "la" schizophrénie sont systématiquement oubliées de la plupart des gens, y compris des soignants à qui est confiée la "prise en charge" de ces malades (*notamment chez nous, en Belgique*). Rappelons ici ce qu'en dit, on ne peut plus clairement, le Dr Béatrice Laffy-Beaufils (v. www.Espace éthique, février 2002) que nous avions déjà citée:
"Contrairement à la plupart des pathologies, *la maladie schizophrénique est susceptible de compromettre l'aptitude à comprendre, à intégrer, à mémoriser l'information transmise.* Celle-ci n'a en effet de pertinence que si elle s'adresse à un patient capable d'intégrer en profondeur de quoi il retourne. On peut citer les troubles cognitifs (mémoire verbale, attention, fonctions

exécutives), les idées délirantes. Le moment et la nature de l'information doivent tenir compte de ces paramètres.
*La non-conscience des troubles, qu'on l'appelle "absence d'insight**", déni ou anosognosie est caractéristique de la pathologie, au moins par sa fréquence.* Elle représente même, pour certains, un élément essentiel, quasi pathognomonique du diagnostic de schizophrénie, élément considéré alors comme quasi irréductible."
(**) que je serais tenté d'appeler "incapacité d'introspection critique" (J.D.).

> Les deux grandes difficultés fondamentales dont la plupart des autres découlent, et qui conditionnent toutes les attitudes qu'on devra adopter avec chaque malade, sont donc:
> **1)** l'**inaptitude** des malades à **comprendre** et à **retenir** l'information (*qu'ils reçoivent des autres ou qu'ils devraient tirer de leur propre expérience personnelle*) de la même façon que les personnes bien portantes;
> **2)** l'**anosognosie**, c'est-à-dire l'incapacité (*faisant partie de la maladie*) à prendre conscience de sa maladie.

Ces deux particularités font qu'on ne peut communiquer avec ces malades comme on le ferait habituellement avec n'importe quelle personne bien portante, ou avec un malade atteint d'une maladie non mentale. C'est ainsi qu'on sera, en permanence,

> **1)** obligé de s'assurer, systématiquement et à chaque instant, ***de la certitude*** d'une bonne compréhension mutuelle entre personne malade et l'entourage, ce qui nécessite des techniques particulières de "conversation";
> **2)** obligé de baser la justification du traitement sur d'autres arguments que l'existence de la maladie elle-même (***moins évidemment en relation avec elle, donc plus facilement acceptables par le malade***), puisque cette maladie est - ***tout à fait involontairement*** - ignorée de la personne malade, ***n'existe pas pour elle***. Ceci requiert également une approche particulière des relations avec le malade.

Trop fréquemment, les "précautions" à prendre pour assurer une bonne compréhension entre malade et entourage sont négligées chez nous parce que, les handicaps cognitifs de la personne malade n'étant pas visibles de façon immédiatement manifeste, **tous** (*soignants professionnels y compris!*), nous avons trop facilement tendance à les oublier. Connaître ces handicaps, et en tenir compte pour arriver à les contourner, est essentiel pour parvenir à rétablir des échanges effectifs entre malade et entourage, mais cela demande beaucoup de patience et de persévérance. Il y faut aussi un certain doigté et "de la technique".

Ce doigté et cette technique, on ne semble pas encore, chez nous, vouloir prendre le temps de s'y intéresser vraiment. Ils sont remarquablement détaillés par le Dr Xavier Amador (psychologue U.S., thérapeute, enseignant, mais ***surtout frère de malade!***) dans son livre intitulé "I am not sick - I don't need help!" (***"Je ne suis pas malade - Je n'ai pas besoin d'aide"***) (VidaPress, New York 2000, ISBN: 0-9677189-0-2). On s'y réfèrera souvent (*tout en regrettant qu'une traduction française de cet ouvrage ne soit pas disponible à ce jour.*)

Le but poursuivi est de garantir que le traitement médicamenteux qui s'avère favorable soit suivi scrupuleusement, régulièrement et sans interruptions.

En effet, cette observance du traitement médicamenteux est indispensable pour éviter les "récidives" (*ou au moins en limiter la fréquence, la durée, et la sévérité*), c'est-à-dire l'exacerbation des manifestations de l'affection. Pendant ces "rechutes" tout particulièrement, et en l'absence de traitement, la communication avec le malade (la compréhension mutuelle entre malade et entourage soignant) devient difficile, aléatoire, voire illusoire et impossible. Pendant pareilles "rechutes", tout l'acquis antérieur, obtenu grâce au traitement et aux efforts de l'encadrement de soutien, est à nouveau compromis ou même perdu.
Alors, tout est à recommencer. Souvent, cela signifie devoir de nouveau imposer la médication

sous la contrainte. A la suite de l'interruption de la médication, le traitement initial peut aussi avoir perdu de son efficacité, ce qui éventuellement obligera à tenter de changer la médication (le type de neuroleptique et sa posologie) avec les tâtonnements longs et pénibles que pareils changements impliquent presque toujours.

Fort souvent donc, la maladie rend le malade inapte à consentir aux soins.
Pourtant, on peut parfois lire, sous la plume de "défenseurs des droits et libertés des malades mentaux" (***http://perso.club-internet.fr/obspsy/mdf.htm***) l'affirmation suivante: "Un traitement ou une thérapie ne peut être efficace que s'il est librement consenti. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale où tout ce qui est imposé ou empêché est voué à l'échec et ne fait que renforcer le trouble initial."
Nous avons là un exemple éclatant de méconnaissance des particularités des psychoses. Si l'on devait prendre au sérieux ces bons samaritains, certainement bourrés de bonnes intentions et de principes généreux, mais assez éloignés de la réalité du monde dont ils parlent, aucune hospitalisation sous contrainte ne serait jamais tolérable et, par conséquent, aucun traitement de malade psychotique anosognosique ne pourrait jamais être initié ni poursuivi: il faudrait toujours laisser à ces malades la "liberté" de courir inévitablement au désastre qu'ils n'aperçoivent pas. Ces "justes" laisseraient-ils un "mal voyant" tomber dans un précipice ou s'aventurer au milieu du trafic autoroutier, sous prétexte de respecter sa "liberté" de mouvements?
Par contre, nous ne pourrions que tomber d'accord avec ceux qui nous diraient qu'**un traitement imposé sous la contrainte risque fort de n'être pas respecté pendant très longtemps; par conséquent, son efficacité pratique, elle aussi, risque de n'être que de courte durée**. Mais il y a, entre la constatation ainsi formulée et les deux phrases citées plus haut, plus qu'une nuance!

Comment rompre le cercle vicieux de la maladie s'opposant à la dispensation des soins destinés à la combattre?

Reprenons à nouveau ce que dit le Dr Laffy-Beaufils: "Si le patient est considéré comme inapte, il est possible de déclencher une procédure d'hospitalisation sous contrainte [*ceci vaut en Belgique comme en France - J.D.*]. Ce ***manquement au respect des libertés individuelles*** étant justifié, bien sûr, par la nécessité d'assistance à une personne en danger et inconsciente de ses troubles."

Ceux qui s'érigent en bruyants défenseurs inconditionnels des droits et libertés individuelles des malades mentaux et brandissent ces droits pour s'opposer à l'hospitalisation forcée tiennent habituellement un discours qui trahit tout à la fois leur ignorance des réalités, leur adoration sans discernement de principes abstraits qui, en fait, ne sont pour eux que le son des mots qu'ils font passer avant le respect de la logique la plus élémentaire, mais aussi avant le respect des faits concrets de la vie et, surtout, quoi qu'ils disent, avant le respect de la personne humaine.

Ils devraient sans doute commencer par méditer, d'un point de vue tout personnel, la tragique mise en garde de Anna-Lisa Johanson, co-auteur du livre du Dr Amador cité plus haut: sous prétexte de respecter la liberté d'un être cher, rester passif et ne pas le contraindre à suivre un traitement quand il en est encore temps c'est, pour le restant de ses jours, se condamner à se reprocher sans cesse, pour n'avoir pas tenté de la prévenir, la survenue de l'irréparable: à jamais trop tard!

Du point de vue de la logique comme des sentiments, je voudrais exprimer à nouveau ma conviction personnelle profonde: la liberté individuelle, c'est la capacité de chacun de faire des choix ***délibérés***, c'est l'aptitude à choisir entre différentes options après en avoir pesé le pour et le contre, non seulement rationnellement, logiquement, mais aussi en fonction de ses goûts, désirs, répugnances, aversions, etc.

Et il devrait être évident aux yeux de tous que c'est précisément une des ***caractéristiques des psychoses*** que de priver leurs victimes de cette capacité de faire des choix mûrement réfléchis. Tant que l'incapacité persiste, où donc est passée cette liberté qu'on affecte de respecter plus

que tout, et quel est le sens d'un respect qu'on prétend témoigner à une chose qui n'est plus qu'une fiction?

Pour moi, respecter réellement la liberté individuelle d'un malade psychotique consiste à s'efforcer, par le traitement, de lui rendre cette liberté en rétablissant au plus vite et au mieux possible les capacités mentales lui permettant de faire des choix éclairés.

Par contre, prétendre respecter la liberté de quelqu'un qui, à la suite de la détérioration de ses facultés, n'a plus l'exercice de cette liberté, c'est berner le monde et s'en moquer. Pire encore, s'abstenir de tenter de restaurer ces facultés et capacités sous couleur de respect d'une liberté détruite, c'est en réalité mépriser la personne humaine au nom d'un faux respect d'une liberté disparue et, en ne soignant pas, c'est par là même refuser de jamais la lui restituer.

Dans une proportion élevée de cas (certains l'estiment à 60% !), il faudra donc commencer par imposer aux malades le traitement antipsychotique malgré leur apparente opposition (leur incapacité à l'accepter).
Dans de très nombreux cas encore, on ne pourra s'assurer de l'observance du traitement que s'il est administré en milieu hospitalier. Ceci signifie hospitalisation, ce que les défenseurs des libertés (*mais non des malades*) interprètent, bien sûr, comme une privation de liberté, un internement carcéral.
C'est sans doute ainsi que, inévitablement, le ressentent la plupart des malades qu'on doit traiter de cette manière. Mais cette interprétation morbide des faits ne doit pas être récupérée par les bien-portants profanes, sous prétexte de paraître, aux yeux des malades, prendre leur parti et pour, à bon marché, leur témoigner une sollicitude de tartuffe: à la fois platonique, hypocrite, mal informée, stérile et dangereuse.

En même temps que le traitement médicamenteux est mis en oeuvre, il faut tenter de convaincre le patient de l'observer volontairement pour en assurer le suivi autonome. Ceci s'obtiendra, non pas par des exhortations continuelles au malade pour qu'il prenne son médicament, ni par des rappels répétés de l'existence de sa "maladie".
Selon le Dr Amador, on peut amener le malade, en l'aidant et à force de patience, à répondre lui-même à des questions telles que:

> que se passe-t-il quand on ne prend pas le médicament?
> > En bien? (*on est moins somnolent, p.ex.*);
> > en mal? (*les hallucinations auditives - les "voix" - reprennent de plus belle, on se retrouve à l'hôpital, etc.,*).
> Que se passe-t-il quand on prend le médicament?
> > En bien? (l*es "voix" s'atténuent, on se concentre mieux sur ce qu'on fait, on peut sortir de l'hôpital, etc.*);
> > en mal? (*On peut être plus somnolent; il faut y songer tout le temps pour ne pas l'oublier, etc.*)

et le malade parviendrait, à la longue, à ***tirer lui-même le bilan*** des avantages et des inconvénients (le pour et le contre) qu'il constate de l'observance et de la non observance de la médication, il en arriverait progressivement à accepter cette dernière, surtout s'il existe entre son interlocuteur ("soignant") et lui une grande affection et une solide confiance établie de longue date.
Citons à nouveau le Dr Laffy-Beaufils, "Plus le déni est grand, plus il faut persévérer, expliciter, répéter inlassablement les mêmes arguments, insister sur les changements bénéfiques induits par le traitement, sans agressivité, avec humour même si possible. La prise de conscience se fait en général progressivement, plus ou moins vite selon les patients, parfois très lentement sur des années. Il arrive qu'elle ne se fasse jamais complètement; l'important est d'avoir maintenu la relation thérapeutique..."

L'anosognosie (ou "déni") peut être mise en rapport avec une atteinte du cortex cérébral (au niveau de la face médiale et de la région sus-orbitaire des lobes frontaux). Il y a des raisons de

penser que l'importance de cette atteinte peut varier d'un malade à l'autre, entraînant par conséquent un "déni" plus ou moins "profond", c'est-à-dire plus ou moins rebelle aux efforts pour le circonvenir (*le corriger lui-même m'apparaît encore impossible aujourd'hui, mais on pourrait quand même tenter d'en atténuer certaines des conséquences*).
Explorer systématiquement l'atteinte des lobes frontaux chez chaque malade, par exemple au moyen de l'imagerie cérébrale (IRM), devrait permettre de mieux évaluer les chances de succès de cette lutte contre les conséquences du déni. Malheureusement, pareille évaluation (*comme aussi celle de l'aptitude à consentir aux soins*) ne semble pas encore faire partie des préoccupations de nos psychiatres belges.

Rappelons, une fois de plus, que les traitements médicamenteux adéquats, complétés par un soutien psychologique efficace, requièrent des soignants une surveillance attentive et constante et, en permanence, à longueur d'année, une totale disponibilité ainsi qu'une réserve inépuisable de patience, de diplomatie, des capacités particulières d'empathie, de bonne humeur, de sérénité. Tout cela ne peut, humainement, être à la portée d'une famille "moyenne" dont les membres bien portants doivent, ne fût-ce que pour assurer la simple subsistance quotidienne de tous, maintenir leurs activités professionnelles, scolaires, etc., etc., ***pour continuer à vivre!*** tout simplement, malgré les situations absurdes, inquiétantes, angoissantes, incompréhensibles, tragiques auxquelles ils sont confrontés "plus souvent qu'à leur tour".

On pourrait dire que beaucoup de malades mentaux psychotiques chroniques, souffrant d'anosognosie, devraient être, chacun, accompagnés en permanence d'une personne assumant à elle seule les fonctions de valet de chambre, de garde du corps, de précepteur, de majordome, d'infirmier (*parmi les diverses fonctions nécessaires, j'en oublie très probablement*).

Quels sont donc les heureux privilégiés dotés simultanément de tous les moyens matériels, du temps disponible et de toutes ces compétences et qualités humaines requises pour aider efficacement leur(s) malade(s)? Ne jetons donc pas la pierre à tous ceux qui ne parviennent pas à mettre en pratique les *bienveillantes* recommandations et les conseils des "experts professionnels". Ils ne font que ce qu'ils peuvent. Bien plus souvent qu'il n'est admissible et malgré les beaux discours officiels de nos ***responsables*** (?), ils ont le sentiment justifié d'être ignorés, de n'être pas vraiment aidés.

Inconséquences ou confusions plus ou moins délibérées?

"La principale différence entre Dieu et un psychiatre,
c'est que Dieu ne se prend pas pour un psychiatre"

(aphorisme inspiré de celui extrait par Martin Winckler de la série
télé U.S. "Law & Order" dans "La maladie de Sachs")

Aujourd'hui, dans notre Belgique comme dans beaucoup d'autres pays occidentaux à tradition chrétienne prédominante, la désaffection d'une grande partie des gens pour les pratiques religieuses traditionnelles fait que les "psys" tendent à prendre la place autrefois occupée par les prêtres. Constatons que, pour beaucoup de gens, les psys sont devenus nos nouveaux curés (et pasteurs). L'évolution des moeurs et de nos modes de vie encourage cette mutation graduelle qui reflète les tendances de notre société industrialisée et "postindustrielle". Mais on verra aussi que nos "psys" ne font pas le poids si on les compare aux prêtres, gardiens d'une religion établie depuis plusieurs siècles.

Jadis (*mais encore de nos jours!*), quand le corps était malade ou blessé, on s'adressait au médecin ou au chirurgien, réparateurs et soignants du corps, plus ou moins efficaces selon qu'ils étaient plus ou moins habiles et savants de "science". Pour ce qui est des douleurs de l'âme (les chagrins, les peurs, les grandes et petites incertitudes de toutes sortes, etc.), pour ce qui est du sentiment de malheur, on se confiait au prêtre. Celui-ci était (et, pour la majorité des croyants, il l'est toujours) le dépositaire de la parole divine, l'intermédiaire privilégié avec Dieu, le représentant de l'autorité spirituelle et divine, il personnifiait l'autorité morale universelle et incontestée ne pouvant être remise en question.

Jadis (sous "l'ancien régime"), une fraction non négligeable du clergé bénéficiait d'une instruction plus poussée que celle à quoi une grande majorité de la population avait accès. Par conséquent, à l'autorité morale des prêtres s'ajoutait la réputation de savoir, de science. Cette réputation était encore confortée par le fait que l'enseignement "de qualité" était, le plus souvent, confié à des prêtres ou à des enseignants étroitement associés à l'Eglise et aux congrégations religieuses.

Pour leur part, les médecins étaient réputés "savants" (doctes) et l'exercice même de leur profession les faisant entrer chez les gens, elle leur en dévoilait les mille et une misères, ils devenaient les confidents de leurs patients. Cela leur conférait, à eux médecins, une réputation de sagesse, une autorité morale, séculière et laïque sans doute, mais néanmoins assez comparable à celle du prêtre: en même temps qu'on lui confiait sa carcasse, on se confessait au docteur, on lui faisait part de ses multiples soucis sur lesquels, bien souvent, on sollicitait son avis.

Bien sûr, nombreux sont ceux qui pensent que tout cela est aujourd'hui dépassé et désormais fort loin derrière nous: les choses, les institutions, les habitudes ont bien changé en comparaison de ce qui se faisait encore il n'y a de cela que quelque cent cinquante ans.
Ainsi, l'instruction est devenue obligatoire pour tous, l'enseignement s'est laïcisé. Les choses de l'esprit et la morale ne sont plus obligatoirement subordonnées à la religion, ses représentants en ont perdu les monopoles. Plus récemment encore, s'appuyant désormais sur les sciences, les techniques et la biologie expérimentale, la médecine est devenue plus qu'un art relevant surtout de l'intuition et de l'imagination; elle aussi, enfin, devient *presque* une "science", et personne ne songerait à se plaindre de cet incontestable progrès.

Pourtant, les anciennes habitudes de pensée et les vieilles croyances généralement répandues ont la vie bien plus dure que les apparences de la vie dans nos sociétés modernes ne pourraient nous le laisser croire. Il suffit de consulter un dictionnaire de la langue française, pour se convaincre de l'existence, transparaissant dans le langage, d'anachronismes de pensée, constituant de véritables contradictions entre les comportements courants actuels et les vestiges incrustés de croyances anciennes. La majorité semble fort bien s'accommoder de ces

contradictions et ne pas ressentir l'incohérence implicite dans l'attachement à ces croyances invétérées qui s'obstinent à coexister avec la représentation moderne - et malgré elle - du monde physique dont nous faisons partie.

C'est ainsi que, même dans les éditions les plus récentes des dictionnaires, on persiste à opposer l'esprit à la matière, on y parle de spiritualisme par opposition au matérialisme, et on y dit que l'esprit est une chose distincte et indépendante de la matière.

De manière analogue, Descartes disait déjà que l'esprit est distinct du corps. Est-ce ***pourquoi*** certains continuent à parler de médecine du corps ("somatique") d'une part, et de "médecine de l'esprit" (la psychiatrie et les psychothérapies) d'autre part, et qu'ils veulent absolument les distinguer l'une de l'autre?
Est-ce aussi ***pourquoi*** de nombreux médecins psychiatres jugent bon d'oublier l'existence du corps (et s'autorisent à en ignorer l'organisation - la structure - et la biologie, ou à en négliger l'étude) pour ne soigner que le "psychisme" qu'ils inventent par la seule force de leur imagination et qu'ils échafaudent par la prolixité et l'inventivité de leur vocabulaire?

Mais alors, s'ils ne se préoccupent que du "psychisme", s'ils n'ont pas besoin de connaître le corps (le cerveau) pour s'adresser directement à l'esprit dont ils se font, tout à la fois, les devins, les interprètes, les traducteurs simultanés, les correcteurs et les soignants, ***pourquoi*** en effet les psychiatres devraient-ils être ou se prétendre médecins? Pourquoi voudraient-ils refuser aux psychologues intuitifs, aux philosophes imaginatifs, aux rêveurs, aux poètes manqués, le droit et la capacité de "déchiffrer" et de "soigner" l'esprit de ceux qu'on appelle les "malades mentaux"?

Puisqu'il s'agit de "psychisme", c'est-à-dire de l'esprit, selon eux immatériel et indépendant de la matière (donc du corps), et depuis toujours réputé inaccessible sauf par la révélation divine ou par des pratiques magiques, comment les "psys" du "tout psychique" en ont-ils saisi la nature, la structure, les mécanismes, ***quelle*** est la révélation d'origine suprascientifique qui leur en a livré les clefs?

L'homme de la rue, c'est-à-dire vous et moi, n'a pas besoin de rien savoir sur le cerveau pour s'en servir et communiquer avec ses semblables, pour imaginer les pensées des autres, leurs émotions, et leur attribuer toutes les sortes de désirs, d'aspirations et d'intentions, ***précisément parce qu'il les éprouve aussi lui-même***. Cependant, l'homme de la rue, cet "honnête homme" croit en même temps que les "psys", et plus particulièrement ceux du "tout psychique" auraient, en ce domaine, des lumières particulières dont il serait lui-même privé, puisque nous confions aux psys les "malades mentaux" que nous ne comprenons plus. ***Où et de qui*** donc auraient-ils reçu la révélation qui nous serait refusée à nous, pauvres profanes?

Pourquoi certains "psys", se voulant pourtant purement spéculatifs, recourent-ils quand même aux médicaments pour traiter les "malades mentaux"? Si, pour eux, l'esprit est distinct et indépendant du corps matériel, ***par quel détour*** mystérieux peuvent-ils imaginer que s'opère l'effet de ces médicaments sur le "psychisme"? ***Comment*** concilient-ils leur négation "du biologique" avec les faits d'observation qu'à contrecoeur ils reconnaissent, même si ce n'est que du bout des lèvres?

Comment les tenants du psychisme immatériel expliquent-ils que l'esprit puisse être altéré temporairement, par le jeune, la déshydratation, le froid, l'insomnie, la fatigue et la douleur physiques, par exemple, sans parler de l'alcool et d'autres produits "stimulants" ou "apaisants" réputés plus anodins, ou encore que l'esprit puisse même être détruit définitivement - de manière irréversible - par l'usage de l'une ou l'autre drogue?

Ces diverses questions, ils ne se les posent pas, ou bien ils les éludent. Ils devraient, sinon, prendre conscience de ce que leur "savoir" ne touche que de loin au domaine de la science (*des théories scientifiques*) mais s'apparente plutôt à une religion ou, plus exactement, à de multiples croyances de nature religieuse ou philosophique, puisqu'il ne relève que de croyances - admises par les uns ou rejetées par les autres - qu'ils ne veulent (et, le plus souvent, ne pourraient) mettre

à l'épreuve de la méthode scientifique ni pour les vérifier, ni pour les infirmer. Alors, en effet, ils risqueraient de devoir s'interroger sur la légitimité scientifique de leur monopole professionnel.

Ils ne pourraient pas non plus répondre à certaines questions sans être amenés à reconnaître que, pour un médecin [*scientifique?*] moderne, tout indique que l'esprit ne peut naitre et exister que par le corps avec lequel il se développe et où il réside, dans ce corps bien matériel et bien vivant dont il dépend étroitement, même si, à son tour, il peut paraitre l'influencer. Mais, le plus souvent, ils semblent n'accepter les relations entre le corps et l'esprit qu'à condition de ne leur autoriser qu'une direction unique: celle qui, partant de l'esprit immatériel, irait vers le corps pour lui en faire subir l'influence (*par exemple, en postulant les troubles "psychosomatiques"*).

Pourquoi, par contre, refuser obstinément le trajet de l'influence en sens inverse, celui des troubles mentaux prenant naissance dans un défaut cérébral, alors que de multiples exemples (parfois historiques et célèbres) en sont connus depuis longtemps, qui apportent la ***preuve*** de cette possibilité?

Cela ne devrait pas être à moi, mais aux psys du "tout psychique" qu'il appartiendrait d'apporter une réponse à toutes ces interrogations. Mais, puisqu'ils s'abstiennent, on en est réduit à émettre des hypothèses.

Une première hypothèse serait qu'ils imagineraient que les troubles mentaux puissent être analogues à ces dérangements transitoires de l'esprit qu'on peut observer lors de l'ivresse, causée par exemple par l'alcool ou par d'autres substances pouvant ne provoquer de désordres que passagers qui se dissipent en même temps que le corps élimine leur cause.
De nos jours, pourtant, plus personne n'ignore que l'effet de ces substances n'est en rien celui de vapeurs - de l'alcool, par exemple, agissant directement sur "l'esprit" de l'ivrogne -, mais qu'il s'agit d'une action bien biochimique, c'est-à-dire très physique (matérielle), détraquant la machinerie métabolique de nos cellules nerveuses (*si, contrairement aux troubles mentaux chroniques, les effets de cette action toxique se dissipent bien, après que l'ivrogne a cuvé son vin, on en connaît la raison: c'est parce que l'interférence de l'alcool avec le métabolisme cérébral n'est dans ce cas que de courte durée).*

Par ailleurs, tout le monde sait aujourd'hui que les diverses drogues qui "agissent sur l'esprit" vont se fixer sur des cellules nerveuses, dans notre cerveau (*pas sur un hypothétique esprit immatériel!*), et que si cette fixation est empêchée, leur "effet sur l'esprit" est, lui aussi annulé. Il n'y a aucune raison de supposer les "psys" plus ignorants que le restant du commun des mortels, ils doivent donc savoir cela, eux aussi. Ecartons par conséquent cette première hypothèse.

La deuxième hypothèse pourrait être qu'une majorité de nos psys conservent, aux tréfonds d'eux-mêmes, sans en être nécessairement toujours clairement conscients, la conviction (ou le sentiment) que l'esprit et le corps sont des entités distinctes et indépendantes l'une de l'autre, et qu'ils basent leurs théories - et ensuite leurs "traitements" - sur ce sentiment. Et c'est un cliché généralement répandu que de dire - et de penser - que l'esprit, élément noble par définition, prime (*a plus de valeur et vient d'abord*) sur la matière, qu'il "anime" la matière qu'il habite, que son "souffle" anime le corps.

Pareille attitude relève de la foi ou de la croyance, non du savoir, non de la méthode scientifique. La foi religieuse, les convictions religieuses et les croyances de chacun sont toutes parfaitement légitimes et respectables, répétons-le ici avec force. Alors, pourquoi les "psys" qui disent rejeter le "tout biologique" et préfèrent "l'élaboration de la psychose par l'écoute et la pensée", c-à-d. leur imagination, prétendent-ils quand même être sérieux, rigoureux, "scientifiques"?

Sans doute est-ce parce qu'ils ne veulent pas admettre qu'ils ne se basent que sur leurs croyances plus ou moins personnelles, et que celles-ci, par leur origine notoirement humaine et non divine, ne peuvent bénéficier de l'autorité ni du crédit d'une religion révélée pratiquée depuis des siècles. Si néanmoins ils l'admettaient, peut-être pourraient-ils craindre que certains, dans le grand public, ne soient plus capables de tracer la difficile distinction entre "psys" très

recommandables et "gourous" plus ou moins illuminés ou plus ou moins suspects de motivations inavouables.

Parer leurs croyances et leurs pratiques des apparences de la "science", cette "SCIENCE" qui a acquis un prestige et une influence reconnus de tous, permet à ces adeptes de nouvelles religions de s'assurer, dans le domaine de l'esprit malade qu'ils se sont approprié et que l'Eglise leur a prudemment abandonné, un peu de l'autorité et du crédit dont les prêtres étaient autrefois les seuls détenteurs.

Pourtant, nous venons de voir qu'ils ne s'appuient ni sur la "Science", ni sur l'autorité de l'une ou l'autre vénérable église, mais seulement sur leur imaginaire plus ou moins personnel. N'assistons-nous pas là à une énorme méprise?

Mouvements d'humeur, raisons d'amertume...

Il ne se passe guère de semaine où on ne doive lire, par exemple dans la presse belge, ou entendre, dans les médias et autour de soi dans ce pays, proférer des erreurs, des âneries ou même des mensonges, non seulement au sujet des maladies mentales et des malades mentaux, mais aussi à propos des mesures prises, soit pour combattre ces affections, soit pour alléger le sort des personnes qui en sont, immédiatement ou indirectement, les victimes.

Ce sont nos professionnels de la psychiatrie dont certains disent blanc tandis que d'autres disent noir ou, pire encore, ce sont ces mêmes experts qui, aujourd'hui, disent le contraire de ce qu'ils affirmaient encore la semaine passée car, apparemment, ils ont la mémoire fort courte et semblent avoir oublié, non seulement leurs propres discours de la semaine passée, mais aussi que les auditeurs et les lecteurs auquels ils s'adressent n'ont peut-être pas changé entretemps et qu'ils se souviennent, car leur mémoire à eux est soumise à de nombreux chocs bien mémorables en effet, et ce sont ***leurs*** malades dont il est question. Ces discours, souvent dépourvus de contenu intelligible, doivent être reconnus pour ce qu'ils sont: du vent. Ci-après, en voici une illustration supplémentaire.

Récemment, un psychiatre français (laissons-lui le bénéfice de l'anonymat), sévissant sur un forum Internet fréquenté surtout par des malades schizophrènes, réagissait aux positions adoptées sur le présent site. Il s'efforçait de minimiser l'importance de l'absence de conscience de la maladie chez les malades eux-mêmes, et voulait à nouveau, contre toutes les évidences actuellement disponibles, lui trouver des "explications psychologiques". On connaît la valeur de pareilles explications. Voici ce qu'il en disait:

> "*Cette conscience est évidemment absente au début puisque le patient vit des choses pour lesquelles il ne dispose pas de concepts ni de mots. On peut dire cela de beaucoup de troubles mentaux, même si cela peut prendre, dans la schizophrénie, un caractère particulièrement envahissant. Mais le rôle des soignants est précisément de les aider à apprivoiser cette réalité intérieure qui s'échappe de la réalité commune, à distinguer ces deux réalités, et à mettre des noms sur les phénomènes. Et à reconnaître que même la psychiatrie n'a pas toujours de mots pour toute la variété des phénomènes qu'un patient peut éprouver. Moyennant quoi, la vieille distinction entre névrose = conscience de la maladie et psychose = pas de conscience a beaucoup moins de raison d'être.*"

L'important n'est pas dans la distinction que l'anosognosie permettrait (ou ne permettrait pas) de faire entre ces noms de névrose et psychose qu'utilisent - avec plus ou moins de bonheur et d'utilité - les psychiatres, **mais dans la gravité des troubles que dénote cette absence de conscience, et dans les obstacles difficilement surmontables qu'elle oppose à l'efficacité de toutes les thérapeutiques qu'on s'efforce de mettre en oeuvre.**
Car, comme le disent, plus simplement, plus "raisonnablement" et plus clairement, d'autres psychiatres:

> "*...au contraire, le déni de la maladie est justement l'ennemi à combattre, d'autant que nous verrons à quel point **ses conséquences peuvent être terribles**, justifiant donc la mise au point de stratégies particulières.*"

On aura sûrement remarqué que, dans le premier texte cité, la dernière phrase, présentée comme la conclusion, conséquence des phrases précédentes ("*moyennant quoi...*") n'en découle en réalité pas: c'est l'exemple parfait du *non sequitur* (erreur de raisonnement correspondant à: "*cela n'a rien à voir*"), technique fort fréquemment utilisée pour embrouiller les débats, laissant croire qu'on a démontré quelque chose, alors qu'il n'en est rien.
Il paraît donc que "*au début*", le patient vivrait "*des choses pour lesquelles il ne dispose pas de concepts ni de mots*". Pourtant, ce début apparent, on sait qu'il ne se manifeste le plus souvent que vers l'adolescence, ou même plus tard, à un âge où on dispose déjà de nombreux concepts et du vocabulaire correspondant.

De plus, si les concepts et les mots nécessaires effectivement manquaient au patient, comment celui-ci communiquerait-il aux soignants "les choses qu'il vit" et, dès lors, comment les soignants pourraient-ils, à leur tour, identifier ces choses qui "*s'échappent de la réalité commune*", comment les "*apprivoiser*", (*apprivoiser l'inconnu???*) et de quel usage seraient les mots que, **littéralement**, ils ne pourraient qu'inventer, mais qui seraient nécessairement dépourvus de référents communs au patient et aux soignants?
En lisant pareil enchaînement de phrases, n'assistons-nous pas à un exemple flagrant d'apologie du malentendu comme moyen habituel [*de semblant*] de communication tout autant que comme [*apparence de*] moyen "psycho"-thérapeutique?
La "réalité vraie", celle des faits d'observation, bien connue des parents de malades et des psychiatres réellement familiers du terrain (*si, si! Cela devrait exister!*) apporte d'ailleurs un démenti cinglant à pareilles élucubrations, et le Dr Amador résume très bien cela: "*Il n'est pas sans ironie de devoir constater que de nombreux patients qui n'ont pas clairement conscience de leur propre affection excellent pourtant au diagnostic de cette maladie chez les autres!*" (*It's ironic, but many patients with poor insight in their own illness are excellent at diagnosing the same illness in others!*)
Combien de parents de malade, un jour ou l'autre, ne se sont-ils pas entendu reprocher par leur enfant ou leur parent qu'ils avaient dû amener à l'hôpital psychiatrique ou dans un autre établissement spécialisé: "pourquoi m'avez-vous mis ici? Il n'y a ici que des fous!"
"...il ne dispose pas des concepts ni des mots..."? Allons donc!

Face à nos "professionnels de la santé mentale", **les malades et leurs familles ont à tel point besoin d'espoir qu'on peut aisément leur faire croire ce qu'on veut**: les belles phrases compliquées et farcies de métaphores pseudo-poétiques mais illicites les laissent sans voix, et il leur faut souvent bien du temps et beaucoup d'efforts avant d'en percevoir la vacuité, l'absence de sens réel. **Ils doivent s'exercer à ne pas se laisser endormir par ce chant de sirènes.**

Face aux "professionnels de la santé mentale" et aux hommes et femmes politiques qui se laissent conseiller par eux, **les malades et leurs familles ont un tel besoin d'espoir qu'ils ne demandent qu'à se laisser mener en bâteau**. L'ombre d'une silhouette d'hirondelle découpée dans du papier qu'on agite devant un écran blanc est synonyme d'annonce certaine du printemps. Et, à chaque fois, ils s'y laissent prendre, car il leur faut bien vivre, et qui donc pourrait prétendre vivre sans espoir?
On organise l'une ou l'autre "journée" ou "année" de la santé mentale; on suscite, on encourage les associations à rédiger des "projets" en faveur des malades mentaux; on nomme des jurys qui décerneront des distinctions et couronneront les projets que l'une ou l'autre fondation, des notables et des "experts" obsolètes éventuellement à la retraite auront décidé de récompenser (*mais ils ne pourront jamais voir le jour et n'existeront que sur le papier*).
Ces manifestations très médiatisées ont pour seul avantage que, pendant un temps au moins, la chappe de silence qui pèse sur les affections mentales et, surtout, sur les malades mentaux chroniques, se soulève un peu: les proches se mettent alors à espérer, pendant un temps ils ne revendiquent plus (*n'est-ce pas ce que certains désirent?*)
Mais les malades et leurs proches doivent savoir que les choses s'arrêtent là, qu'il s'agit d'actions sans lendemain qui ne changent rien au sort des malades. Les primes, récompenses et distinctions accordées à telle ou telle association, la réputation de tel ou tel journaliste à la suite d'un reportage émouvant, elles caressent agréablement l'ego du (de la) journaliste, elles flattent les membres de l'association. Elles n'apportent en réalité aucune solution durable au seul réel problème qui se pose: celui du sort des malades mentaux chroniques.
Quand les proches de malades se rendront-ils vraiment compte qu'une ombre d'hirondelle n'annonce pas le printemps? Ils doivent se faire entendre et **EXIGER DU CONCRET**.

Malgré les apparences, l'aphorisme suivant est à prendre très au sérieux:

Il ne faut surtout jamais confondre
solution durable avec tortillement du râble

"Rather than see them as human beings who are suffering from serious brain disorders and who need medical attention, our laws defend their right to be crazy, as if having a chemical imbalance in your neurons is a choice."

Pete Earley: **Crazy**, p. 357
G.B. PUTNAM'S SON'S. New York 2006, ISBN 0-399-15313-6

"Plutôt que de les considérer comme des êtres humains, affligés de graves maladies cérébrales, et qui ont besoin de soins médicaux, nos lois protègent leur droit à être fou, comme si on choisissait délibérément d'avoir un déséquilibre de la chimie de ses neurones."

L'ACCES URGENT AUX SOINS: quelques-unes des vraies raisons qui en font un casse-tête qu'on n'est pas près de (prêt à) résoudre.

Un an s'est écoulé depuis la création du domaine www.mens-sana.be (novembre 2001-novembre 2002). Depuis cette date, différents textes y ont été mis en ligne qui, tous, tentent d'expliquer en quoi celles qu'on appelle les "maladies" mentales (principalement les schizophrénies) diffèrent des autres maladies mieux connues du grand public, et à quels problèmes les malades mentaux chroniques et leur entourage se trouvent confrontés du fait de ces affections.
En dépit de (*brèves et timides*) tentatives de médiatisation de l'information sur ce sujet intervenues depuis quelque deux ans dans ce pays, et malgré nos efforts d'explication sur ce site, certaines causes fondamentales du mauvais fonctionnement de ce qu'on nomme la "Santé Mentale" en Belgique (*mais pas seulement en Belgique!*) semblent toujours n'avoir pas trouvé leur chemin dans la conscience de nos responsables politiques. C'est pourquoi il est nécessaire de revenir sur ***la principale de ces raisons***, encore et encore, en insistant sur des évidences que pourtant tous les intéressés ont sous les yeux, mais que, manifestement, surtout personne ne veut voir.

Qu'il s'agisse de patients "en crise" ou qu'il faille établir un premier diagnostic pour décider d'instaurer un traitement éventuel, l'admission des malades mentaux chroniques à l'hôpital pose, dans le monde entier, des problèmes de mise en oeuvre qui paraissent insolubles. En effet, nulle part ils n'ont jusqu'à présent pu recevoir de solution pratique qui recueille l'assentiment général. Que ce soit parmi les professionnels du secteur psychiatrique, ou que ce soit chez les politiques qui prennent conseil auprès d'eux, ou bien encore parmi les usagers, c'est-à-dire chez les malades eux-mêmes et chez les proches de ces malades, la question de ***l'accès aux soins urgents*** (comme celle, tout aussi importante, du ***suivi des soins et traitements***) des malades mentaux chroniques psychotiques (atteints de schizophrénies ou de dépression majeure, ou encore de troubles bipolaires) provoque des ***débats qui, périodiquement, à l'occasion de l'une ou l'autre "bavure" médiatisée, déchaînent les passions mais n'aboutissent pourtant à rien***. Il serait peut-être (***grand***) temps de s'interroger enfin sérieusement sur les raisons réelles de cette absence de résultats.

La patience des familles de malades s'use à attendre de ces débats des conclusions utiles débouchant sur des mesures pratiques: elles ne viennent jamais. Comme les familles restent sur un plan humain et concret, leur point de vue est très individuel et personnel, il reflète fidèlement leurs préoccupations quotidiennes: elles veulent faire prodiguer à leur(s) malade(s) les soins que, ***d'expérience directe***, elles ***savent*** indispensables.

Par contre, leurs divers interlocuteurs (*si on peut les appeler ainsi car, s'ils discourent beaucoup, ils ne dialoguent guère!*) préfèrent toujours se placer sur le plan des grands principes généraux et abstraits, restant à distance confortable des basses contingences matérielles qu'ils considèrent et présentent comme anecdotiques: ils préfèrent une vision plus "élevée", de portée plus générale, voire "universelle", plus "noble" et désintéressée, et ils peuvent ainsi s'octroyer et jouer des rôles qui leur semblent mieux correspondre à l'image qu'ils veulent donner d'eux-mêmes au grand public. Pour dire les choses de manière plus directe - mais pourquoi mettre des gants? - ,

constatons que, sous prétexte d'aider les malades et d'épouser leur cause, nombreux sont les défenseurs, au sein d'une certaine "élite intellectuelle" autoproclamée, qui se contentent d'exploiter l'existence des malades et de leurs malheurs aux seules fins de notoriété, réputation et prestige personnels.

Dans la plupart, sinon dans tous les pays du monde "civilisé", de nombreux proches comparent, à juste titre, à d'invraisemblables "parcours du combattant" les péripéties vécues pour parvenir à faire hospitaliser et soigner leur malade. Au cours de leurs efforts pour faire soigner leur proche qu'ils observent se détériorer sous leurs yeux et courir inéluctablement vers l'une ou l'autre catastrophe, ils se heurtent à d'innombrables obstacles, ils rencontrent d'interminables successions de difficultés. Ces difficultés sont tantôt de nature administrative ou juridique, tantôt ce sont les "professionnels de la santé" eux-mêmes qui semblent en être à l'origine.
Les explications de ces difficultés, celles que les "intervenants de la santé mentale" fournissent habituellement, sont souvent alambiquées, quelque peu embarrassées, parfois même d'emblée fort peu crédibles, et elles ne peuvent convaincre que les personnes qui ne sont pas directement confrontées aux manifestations de la maladie mentale chronique: celles ***qui n'en ont pas l'expérience personnelle***.
Les profanes naïfs ou crédules, ceux qui font partie du grand public, ceux qui ne vivent pas en permanence les situations résultant de l'existence, chez un des membres de leur famille, d'une affection mentale chronique grave ne peuvent qu'imaginer des situations théoriques à partir de descriptions simplistes de mauvaise vulgarisation sur les troubles mentaux, ou d'après ce que d'autres leur en ont dit, d'autres qui, pour n'avoir pas plus vécu ces situations personnellement, n'en savent pas vraiment grand-chose (*et, pourrait-on dire, parfois peut-être moins encore!*)

Face aux malades, aux familles et aux proches, se présentant comme les défenseurs désintéressés des ***principes*** du Droit et des Libertés, se retrouvent ceux qui affirment que les soins psychiatriques, s'ils sont imposés aux patients contre leur gré, constituent une atteinte inadmissible à leurs droits et à leur liberté. Ils pensent (*ou affectent de croire*) et, en effet, leur vocabulaire ne laisse que peu de doutes à ce sujet, que les hospitalisations psychiatriques forcées sont en fait une incarcération pénale. Ils les dénomment, comme par inadvertance, "internements" sous contrainte, laissant ainsi à demi-mot supposer (*suggérant*) qu'il s'agirait en quelque sorte de sanctions pénales, infligées sans doute à la suite de comportements qu'on imagine asociaux et délictueux, plutôt que d'y voir les ***nécessaires hospitalisations*** temporaires à visées diagnostiques et thérapeutiques qu'elles sont en réalité (*ou, du moins, qu'elles devraient toujours être*).

Ces valeureux ***théoriciens, défenseurs des droits mais pas des personnes*** censées en jouir, où vont-ils chercher l'information sur laquelle ils se basent? Selon toutes apparences, dans des souvenirs de romans-feuilletons du XIXème siècle, ou dans la rubrique des faits divers et des chiens écrasés de nos quotidiens en mal de sensationnel et d'anecdotes sordides, relatant des événements qui alimentent l'imagination tout à la fois fertile, avide et dépourvue de sens critique des habitués du "Café du Commerce et des Ragots Réunis".

Quant aux journalistes, eux qui façonnent l'opinion tout en la suivant et en s'y conformant (*car il faut bien, au moins de temps en temps, flatter son lectorat pour s'assurer de sa clientèle*), où vont-ils eux-mêmes s'informer? A qui donc voudriez-vous qu'ils s'adressent pour cela, sinon à ceux qui sont tout désignés d'avance: aux experts officiellement reconnus, aux "professionnels de la Santé Mentale", c'est-à-dire aux psychiatres, psychologues et autres "psys" plus ou moins réputés?
Mais aussi, à quelles occasions vont-ils, ces journalistes, mettre à profit les avis que ces experts leur auront généreusement dispensés pour qu'ils soient, ensuite, après interprétations plus ou moins correctes ou plus ou moins fantaisistes, amplifiés, commentés et répandus dans le grand public?

La grande presse d'information va se saisir de tout événement où "le système" n'aura pas fonctionné comme on imagine qu'il le devrait et comme on laisse croire qu'il le fait, quand un

accident grave et plus ou moins spectaculaire sera survenu, événement qu'on osera, mais ***rétrospectivement, qualifier de prévisible*** et ainsi le tourner en scandale de l'incurie ou de l'incompétence et en désigner des responsables ou des coupables à l'opinion indignée. Mais nous verrons que le scandale - et il y en a effectivement un - n'est pas exactement là où on prétend nous le montrer.

De spectaculaires attentats perpétrés contre des notables, des crimes de sang simultanément commis sur des innocents multiples ou sur des enfants bénéficieront d'une publicité tapageuse au cours de laquelle on aura soin de faire découvrir, soit que les auteurs de ces crimes avaient "un passé psychiatrique" et qu'on les avait "libérés" inconsidérément, soit qu'ils souffraient d'une "pathologie mentale" qu'on aurait délibérément ignorée ou négligée malgré qu'elle aurait, auparavant déjà, été suspectée ou même reconnue par l'un ou l'autre professionnel de la psychiatrie.
Des crimes de même nature, moins fascinants en apparence parce que commis cette fois sur des victimes isolées, anonymes ou banales, ne recevront pas un écho comparable; moins intéressante également, l'absence "d'antécédents psychiatriques" ne sera mentionnée tout au plus qu'en passant. On ne dira pas non plus que, toutes proportions gardées, le nombre des crimes commis par de présumés "malades mentaux" n'est pas plus élevé que celui des crimes attribuables aux "sains d'esprit".

Et c'est ainsi que s'installera, insensiblement mais sûrement, l'impression, le "sentiment" général que les crimes de sang sont le fait de "malades mentaux", et que hospitalisations - pardon! - "internements" (*ou l'inverse, au choix*) psychiatriques sont synonymes d'incarcérations de criminels, mais aussi que l'appellation "malades mentaux" signifie, plus que pour le restant de la population dite "normale", criminels avérés ou en puissance; et les criminels doivent subir des peines de prison, c'est bien connu. Ces peines de prison pour criminels un peu particuliers, on laisse entendre qu'on les appellera d'un euphémisme lénifiant: les hospitalisations forcées ou "sous contrainte".

> (***Attention!*** *Les conditions de l'hospitalisation sous contrainte ne sont pas exactement les mêmes en Belgique et en France. En Belgique, toute mesure d'hospitalisation prise "contre son gré" envers une personne "malade mentale" fait toujours appel à une instance du pouvoir judiciaire, ce qui n'est pas nécessairement le cas en France. De nombreuses difficultés peuvent néanmoins surgir, même en Belgique, puisque les instances judiciaires ne sont jamais compétentes sur le fond, c'est-à-dire sur la réalité et la nature de l'affection mentale, ni sur la qualité des traitements et soins prodigués à la suite de l'hospitalisation! C'est ainsi qu'il n'est pas rare, une fois l'hospitalisation sous contrainte obtenue, qu'il ne soit plus possible pour les proches - qu'ils soient parfois médecins eux-mêmes ou non! - de changer de thérapeute si celui-ci ne s'entendait pas avec le patient, ni de faire modifier quoi que ce soit aux traitements entrepris, même si ceux-ci s'avèrent manifestement néfastes pour l'état du patient: les psychiatres de l'établissement se retranchent toujours derrière le secret médical et s'abritent derrière la décision judiciaire, tandis que si on s'adresse aux autorités judiciaires qui ont autorisé et pris la décision, elles se déclarent alors incompétentes et renvoient aux médecins. Bien souvent, ces derniers finissent par interdire leur porte aux parents et deviennent sourds, muets, invisibles et inaccessibles à tout contact avec la famille du patient.*)

La croyance populaire totalement erronée selon laquelle l'hospitalisation psychiatrique serait une sanction pénale, une punition décidée par une sorte de tribunal, est fort généralement répandue et très difficile à combattre. En effet, elle se nourrit et vit de ce besoin de rejet que chacun de nous éprouve face aux actions humaines qui nous font peur ou horreur: nous ne voulons pas croire qu'elles sont le fait d'êtres humains comme vous et moi, car, d'une certaine façon, cela suggèrerait que nous aussi, dans des circonstances dont, sans doute, nous n'avons pas idée, nous pourrions être amenés à les commettre. Nous préférons croire que ces actions incompréhensibles, seuls des "fous", des "malades mentaux" en sont capables. Ah! Si c'était vrai, combien moins de crimes ne compterait-on certainement pas...

Bizarrement, c'est en croyant s'ériger en avocats des droits des malades, mais en s'appuyant sur la croyance fausse qu'on vient de décortiquer (*selon laquelle l'hospitalisation psychiatrique serait un substitut d'emprisonnement carcéral, une incarcération déguisée*), que des sociologues, des juristes et toutes sortes de bons apôtres naïfs, mais en fait ignorants des réalités des affections mentales, s'élèvent contre les hospitalisations psychiatriques sous contrainte en les requalifiant, de façon très étourdie, d' "internements abusifs". Ce faisant, ils portent, sans s'en rendre compte et, sans doute, avec les meilleures intentions du monde, un grave préjudice à de très nombreux malades mentaux chroniques. Ce sont précisément ceux qui sont le plus sérieusement atteints et qui ont le plus besoin de traitement et de soins à qui ces soins sont refusés si on écoute ces champions de nos libertés.

Que disent, en substance, ces bien-intentionnés mais dangereux irresponsables? Ils nous disent que les malades mentaux ne sont pas des criminels, que la très grande majorité d'entre eux ne menacent aucunement l'ordre public ni la société. Ils poursuivent en concluant qu'il n'y a donc aucune justification à les "emprisonner". Et, en effet, si l'on s'en tient uniquement aux mots, utilisés en les confondant avec la réalité des choses qu'ils prétendent décrire sans toutefois y parvenir, ils peuvent paraître avoir tout à fait raison.

Mais ils occultent l'essentiel. Ils ne nous disent pas - ne le sauraient-ils donc pas? - qu'***une proportion importante de malades mentaux chroniques, du fait même de leur affection, ne peuvent avoir conscience de leur état*** et, par conséquent, refusent les traitements et les soins dont ils auraient pourtant un besoin urgent et impérieux pour ***ne pas se mettre eux-mêmes (leur propre vie!) en danger.*** Pour les soigner et pour tenter d'ainsi restaurer cette conscience dont l'affection mentale les prive, la seule possibilité qui reste (*dans l'état actuel de nos connaissances*) est de leur imposer les traitements indispensables. Ceci ne peut, malheureusement, se faire qu'en les contraignant à l'hospitalisation au cours de laquelle le traitement et les soins seront mis en oeuvre pendant le temps qui s'avèrera nécessaire.

De nombreux malades, inconscients de leur mauvais état de santé passé ou même présent, ne reconnaissent pas la nécessité de se faire soigner et ressentent un profond sentiment d'injustice causé par l'enfermement de fait que constitue l'hospitalisation forcée, et par la vexation que représente pour eux l'obligation de traitement. Bien souvent, ils éprouvent des sentiments contradictoires, mêlés de rancune, voire de haine à l'égard de ceux qui ont été obligés, bien à contrecoeur, de les faire hospitaliser "contre leur gré". Pourtant, comment autrement contraindre à se soigner ceux qui nient (*qui ignorent*) leur "maladie", à moins de les abandonner à leur sort, c'est-à-dire les condamner à se détériorer inéluctablement?

Parfois, des journalistes en mal de copie, pensent, habitude invétérée de métier, que la meilleure source d'information est toujours celle qui sort de la bouche des protagonistes eux-mêmes (*la vérité sort de la bouche des enfants*). Ils recueillent les déclarations de malades pendant les périodes d'accalmie apparente de leurs troubles, lorsqu'ils se trouvent hors des institutions de soins. Il peut alors arriver que ces journalistes, peu au courant des caractéristiques des maladies mentales, laissent abuser leur bonne foi par des récits où les malades se présentent (*eux aussi en toute bonne foi!*) comme des victimes innocentes de leur entourage malveillant ou de la société totalitaire, plutôt que comme les victimes de leur maladie (*et, éventuellement, des traitements inadéquats qui, parfois appliqués sans aucun discernement, peuvent effectivement devenir des sortes de torture plus ou moins sadique*). Et voilà que ressortent alors des articles à sensation apportant de l'eau au moulin de ceux qui "combattent les internements abusifs".

De leur côté, les parents, les membres de la famille des malades, tentant de faire soigner celui ou celle qu'ils voient en danger, réclament la possibilité de les faire hospitaliser, c'est-à-dire ***accéder aux soins***. Leurs revendications paraissant exactement opposées à celles des défenseurs des libertés, facilement on pourra les faire passer pour des oppresseurs aux motivations qu'on supposera intéressées et inavouables, ce qui sera éventuellement corroboré par les fantasmes de certains malades, soigneusement montés en épingle par l'article de l'une ou l'autre feuille de

chou. Tous les parents se heurteront dès lors à la méfiance générale et éprouveront toutes les peines du monde à faire soigner leur(s) malade(s) en temps utile.

Tant de croyances, d'opinions, d'affirmations, de motivations et de revendications contradictoires ne peuvent qu'engendrer la confusion puis le désintérêt du grand public et de l'opinion à l'égard du sort des malades mentaux. Comment, en effet, pourrait-on espérer que "l'honnête homme", l'homme de la rue puisse, par ses propres lumières, se dépatouiller d'un pareil sac de noeuds?

Plus fondamentalement, comment en est-on arrivé là?

Contrairement à ce qu'on pourrait être tenté de déduire de l'imbroglio décrit plus haut, les raisons de cette situation sont fort simples. Elles tiennent tout simplement à la nature de la psychiatrie. Si cette dernière est peut-être un art, elle n'est cependant pas une science... En tous cas, pas encore une science. Cette vérité-là, personne ne semble oser la dire à voix haute. C'est ce silence qui est le vrai scandale annoncé plus haut.

Pourtant, l'évidence est sous nos yeux.
En premier lieu, tous, c'est-à-dire médecins, psychiatres et "psys" de différentes formations ou tendances, proclament avec force à qui veut les entendre, que "***nous ne disposons pas de marqueurs biologiques permettant d'identifier les affections mentales***". Ce qui peut se traduire en français compréhensible pour le profane par: "*Nous ne connaissons pas l'anomalie matérielle, concrète, organique (le "défaut") dont on pourrait mesurer la grandeur et qui, dans la machine si compliquée qu'est le cerveau, est à l'origine des perturbations de son fonctionnement.*"

> (*Les disputes entre différentes "écoles" de psychiatres tiennent seulement au fait que les uns disent qu'une machine qui fonctionne mal doit nécessairement comporter des défauts de construction et que, pour les trouver, il faut les rechercher; les autres disent que, puisque les défauts originels de construction postulés par les premiers n'ont pas encore été mis en évidence, c'est qu'ils n'existent pas et qu'on ne peut comparer l'homme à une machine. Il serait donc vain de rechercher des défauts "organiques". Par le passé et dans tous les domaines des sciences, on sait quel a toujours été le sort ultime des affirmations et croyances professées par tous les "animistes" et "conservateurs" divers.*)

Deuxièmement, la conséquence de cette ignorance des causes biologiques des affections mentales est que le diagnostic de ces dernières ne peut dès lors reposer que sur l'appréciation de leurs conséquences cliniques, c'est-à-dire leurs manifestations comportementales. Nécessairement, pareille appréciation ne peut être que fort imprécise, elle comporte une part prépondérante de subjectivité et d'intuition à laquelle la personne du psychiatre et ses *a priori* participent pour beaucoup, elle comporte surtout beaucoup de hasard (*sans parler des jugements moraux fondés sur un certain conformisme à la société du moment*).
De nouveau, en langage compréhensible pour tout un chacun, cela signifie ***que le diagnostic - et donc aussi le pronostic - comporte une part prédominante d'incertitude***. Leur validité ne sera vérifiée ou démentie que rétrospectivement, quand le déroulement des événements dans le temps les transformera en faits historiques. Alors seulement, on pourra dire que le psychiatre avait raison (ou tort), ***uniquement*** parce que les événements lui auront donné raison (ou tort). Les "bons" psychiatres sont donc ceux qui, prudents, se trompent nettement moins souvent qu'une fois sur deux et moins souvent que d'autres, mais les probabilités qu'ils ne se trompent jamais sont proches de zéro. Malheureusement, cela aussi, pour chacun d'eux, n'est établi qu' *a posteriori*.

Troisièmement, même lorsque le diagnostic s'avère "correct", ce qui vient d'être dit pour le diagnostic et le pronostic vaut par conséquent aussi pour les traitements: leur adéquation au cas d'un patient particulier n'est, elle aussi, vérifiable que rétrospectivement. Tout au plus peut-on affirmer, d'après les statistiques fort discutables dont on dispose, que les chances d'un traitement donné sont peut-être meilleures (*ou moins bonnes?*) que celles d'un autre. Mais la fiabilité de ces

prévisions (*prédictions d'augures!*) est néanmoins beaucoup plus incertaine encore que celle des prévisions météorologiques dans notre région du monde...

Confrontés qu'ils sont à tant d'inconnu, à tant d'incertitudes, la réserve et la prudence dont de nombreux psychiatres font preuve lorsqu'ils doivent prendre des décisions thérapeutiques concernant un possible malade mental deviennent mieux compréhensibles à tous. Et, devant choisir d'hospitaliser (priver de sa liberté) ou non un malade contre son gré, comment pourraient-ils faire confiance à ces inconnus qui leur réclament l'hospitalisation, ces inconnus obligatoirement non objectifs que sont la famille du malade, alors qu'eux-mêmes, pourtant psychiatres professionnels et donc, en principe, experts dans leur domaine, ils ne savent pas vraiment non plus dans quelle mesure ils peuvent s'assurer de leur propre objectivité, ni avoir pleine confiance en la justesse de leur diagnostic, c'est-à-dire se fier à leur propre expertise (*et peut-être encore moins croire en celle de leurs confrères qui, tous comptes faits, ne sont pas mieux lotis qu'eux?*)

S'étonnera-t-on dès lors des atermoiements, des apparences d'hésitations, des tergiversations dans les attitudes de nombreux psychiatres parce que ce qu'on attend d'eux en fait, c'est de ***prendre des décisions qui engagent leur responsabilité, alors que leur savoir professionnel réel ne leur permet pas vraiment de l'assumer***, ni celle des conséquences peu prévisibles ou même imprévisibles de ces décisions?
S'étonnera-t-on alors si nombre d'entre eux tentent d'éluder les responsabilités, en reportant toujours au plus tard possible ces décisions, pourtant nécessaires, par des discours et explications que les familles seront excusables d'interpréter comme des manœuvres dilatoires incompréhensibles, injustifiées, donc inadmissibles à leurs yeux?

Nos connaissances médicales et scientifiques dans le "domaine mental" sont encore insuffisantes pour répondre de manière satisfaisante aux besoins des malades mentaux chroniques. Les lacunes de nos connaissances ne peuvent pas être reprochées aux praticiens de la psychiatrie, et ils devraient le savoir. Mais, le sachant, ils devraient aussi admettre et reconnaître ces lacunes et en tirer ***toutes*** les conséquences.
Personne n'a jamais "perdu la face" en admettant sa légitime ignorance de ce qu'il n'y a, pour le moment, aucun moyen de savoir. Mais délibérément ignorer ses lacunes et (*se*) les dissimuler, dans toutes les professions, (*et particulièrement en "médecine"*), cela porte des noms peu flatteurs que je ne voudrais pas employer ici.

Persister à ne pas informer honnêtement, objectivement, nos responsables sur ce que peut réellement - et ce que ne peut pas encore aujourd'hui - la psychiatrie, c'est aussi retarder indéfiniment une concertation constructive entre les représentants de toutes les parties intéressées (*non pas, pour certaines d'entre elles, comme lors d'un passé récent, à leurs seules prérogatives corporatistes, mais*) au véritable bien-être de tous les citoyens dans ce pays.
Pareille entreprise devrait être confiée à une assemblée indépendante comprenant des médecins (pas seulement des psychiatres), des psychologues (pas seulement des analystes), des juristes et avocats, des législateurs, des hommes politiques, des responsables de la "santé mentale", des représentants des associations de défense et d'entraide.

Par cette concertation publique qu'on attend depuis tellement longtemps, peut-être parviendrait-on enfin, en tenant compte de toutes les difficultés déjà évoquées, à revoir, modifier et assouplir des lois, dispositions réglementaires et règlements administratifs, de manière à faciliter et accélérer l'accès aux soins dont les malades mentaux ont besoin et auxquels ils ont droit.

Encore faudrait-il qu'une réelle volonté "politique" dans cette direction se fasse jour à tous les niveaux.
Serait-ce une utopie?

Première publication: **17 Novembre 2002** ***(J.D.)*** Dernière modification: **3 Juillet 2006**

A NE VOULOIR QUE PLAIDER, ON NE REFLECHIT PLUS .

On écoute de préférence les "experts" qui semblent favorables à la cause, mais sont-ils vraiment plus crédibles que ceux de la partie adverse?

Quand un enfant est gravement malade, tous admettent qu'il faut le soigner: pour tenter de le guérir, et pour au moins soulager ses souffrances. Cela semble aller de soi. Tous les parents du monde entier, à l'unanimité, ne peuvent qu'être d'accord sur ce point.
En Belgique (*mais ailleurs aussi!*), des parents qui, délibérément, s'abstiendraient de prodiguer à leur enfant malade les soins nécessaires à sa guérison seraient montrés du doigt, stigmatisés, assignés en justice, poursuivis et à coup sûr condamnés: ils seraient déchus de leurs "droits parentaux" et, très certainement, devraient subir des peines de prison (*ce n'est pas une fiction: des exemples en sont bien connus, survenus en France dans un passé encore récent, dans l'une ou l'autre secte refusant la médecine moderne*).

Si le traitement médical prescrit à l'enfant de boire une potion amère qui lui répugne et qu'il refuse d'avaler, ou bien encore, par exemple, si un antibiotique ou un vaccin doit lui être administré alors qu'il redoute la piqûre et repousse violemment la seringue, avec plus ou moins de patience on s'efforce de rassurer le malade; on tente de le convaincre de la nécessité de subir un inconvénient très passager: la cuillerée au goût parfois infect, ou la piqûre peut-être momentanément douloureuse, et on lui fait entrevoir la récompense, conséquence de cet effort méritoire pour surmonter sa répugnance ou sa crainte: il se portera mieux ensuite et pourra bientôt retourner à ses jeux.

Cependant, l'enfant malade et apeuré peut ne pas comprendre le discours souvent un peu étrange et court d'adultes pressés d'en finir avec les "enfantillages", et la peur peut alors l'amener à s'obstiner dans un refus irraisonné. Ce refus sera qualifié de puéril par les adultes s'estimant, quant à eux, "indulgents" et "raisonnables, sachant ce qu'ils font, compréhensifs mais fermes". Dans ce cas, il ne se trouvera guère de gens pour s'indigner si, passant finalement outre au refus de l'enfant, on le force à avaler son médicament (en lui bouchant le nez, par exemple), ou bien si on le contient pour l'immobiliser un instant, le temps de lui faire son injection.

Bien sûr, tous préfèrent ne pas devoir recourir à "la force", mais personne ne nie le bien-fondé de la contrainte en certaines circonstances (naguère, certaine publicité sécuritaire très officielle ne rabâchait-elle pas que "un petit clic vaut mieux qu'un grand choc"?) Tous l'acceptent en effet "si c'est pour le bien du jeune malade", et tous sont sincèrement persuadés de la légitimité de cette démarche: depuis longtemps, ***elle a fait ses preuves par les résultats*** tangibles qu'elle a permis d'obtenir très généralement.

On ne risque guère non plus de rencontrer beaucoup de pédopsychologues, de pédopsychiatres ni de psychosociologues qui, bravant le ridicule, s'élèveraient contre cette manière de faire, sous prétexte d'une atteinte aux droits du malade ou aux droits de l'enfant, ou encore en prétendant que seul un traitement librement consenti aurait des chances de se montrer efficace (*selon un dicton commun aux illusionnistes de music-hall et à ces "psychologues-là", avocats du pouvoir thérapeutique de la suggestion sur les maux les plus divers - mais surtout imaginaires - qui disent: "pour que cela marche, il faut y croire". Mais ces psychologues, oseraient-ils dire: "pour que cela marche, **il faut et il suffit** d'y croire"?*)

Pourtant, quand un adulte cette fois, malade mental psychotique chronique, est contraint à l'hospitalisation "contre son gré" et obligé de suivre un traitement médicamenteux, de nombreux psychologues ou prétendus tels, des psychosociologues, des sociologues et autres juristes crient à l'internement abusif, à l'atteinte aux droits et aux libertés de la personne. Ils affirment aussi qu'un traitement imposé sans l'accord de l'intéressé est nécessairement voué à l'échec (*ne serait-ce pas, en réalité, l'affirmation précédente retournée: "si on n'y croit pas, cela ne marche pas"?*)

Comment donc justifier l'incohérence de ces penseurs, grands théoriciens et humanitaires en chambre? Qu'est-ce donc qui rend tout à fait acceptable et légitime d'obliger un malade, mineur d'âge, à se laisser soigner par des moyens dont il ne veut pas, alors qu'au contraire, il faudrait toujours respecter le refus d'un adulte de suivre un traitement médicamenteux, pourtant indispensable pour ne pas mettre sa propre vie en danger?
Et cependant, parmi ces intellectuels, entend-on jamais qui que ce soit se formaliser de l'enfermement temporaire mais forcé de l'ivrogne (*un adulte, habituellement!*), qui gesticulait et titubait le long de la berge du canal sans pour autant mettre en danger personne d'autre que soi-même?

Après avoir posé ces questions, j'entends déjà les défenseurs des droits individuels protester à grands cris: " ces différentes situations ne sont en rien comparables! Tantôt il s'agit d'enfants, des mineurs, tantôt on a affaire à des adultes! Dans un cas, il s'agit d'une maladie du corps, dans l'autre, nous parlons d'une maladie de l'esprit! Dans le cas de l'ivrogne, l'ébriété sur la voie publique est un délit, l'enfermement est une sanction, le soûlaud n'a que ce qu'il mérite!"

Ces défenseurs des droits et des convenances ont tout faux! Si on ne proteste pas contre l'enfermement de l'ivrogne, c'est, souvent sans doute, surtout parce qu'il est de bon ton de réprouver l'alcoolisme. Mais on est aussi rassuré de savoir qu'au bout de quelques heures, une fois son vin cuvé, la personne "mise au frais" retrouvera ses esprits et sera remise en liberté, sans que, dans la majorité des cas, il soit besoin d'aucun traitement médical. Et puis, le diagnostic et la confirmation de l'origine alcoolique de l'ivresse sont assez aisés: les signes physiques et le dosage de l'alcoolémie permettent de s'en assurer sans équivoque. Les choses se terminant en général assez vite et sans trop de "casse", tous habituellement - et en dehors de tout jugement moral! - doivent reconnaître que l'enfermement passager de l'ivrogne lui rend service, puisqu'il lui évite les risques, soit de se noyer dans le canal, soit de se faire écraser par une voiture, ou encore de se jeter sous un train, entre autres multiples accidents possibles.
Mais ne pourrions-nous imaginer une affection qui, par exemple, entraînerait en permanence la production, par les organes du malade lui-même, d'un toxique (une sorte d'alcool "endogène") aux effets nocifs sur le fonctionnement de son cerveau? Pareille affection serait-elle inconcevable aux profanes? (*sachez qu'on en connaît effectivement, heureusement rares!*) L'hospitalisation contrainte ne serait-elle pas indiquée aussi dans pareils cas, le temps d'identifier la cause et d'y porter remède, et sans que l'accompagne cette fois une connotation péjorative?

Quand il faut soigner un enfant, on a depuis longtemps pris l'habitude de ne pas s'embarrasser de son avis sur la question: ce n'est qu'un enfant mineur, les adultes (en général ses parents) sont réputés savoir ce qui est bon pour lui, pourquoi tenter de lui expliquer ce que, de toutes façons, il est trop jeune pour comprendre? (*jadis, on aurait dit: il n'a pas "l'âge de raison.")* Tandis qu'un adulte, c'est un individu majeur, qui est capable, en toute indépendance et connaissance de cause, de prendre les décisions qui concernent sa personne (*il a "l'âge de raison"*). Voilà ce qu'ils nous disent.

Ah! Oui? Oublierait-on - pour les besoins d'une certaine cause - qu'une des caractéristiques des maladies mentales psychotiques est, que ce soit par intermittence ou même en permanence, de souvent et profondément altérer les capacités de raisonnement et de jugement de leurs victimes, voire de les en priver parfois complètement, même si leur âge physique apparent est celui d'adultes? Bien qu'il faille tenter de fournir, à ces malades, eux aussi, les explications auxquelles n'importe quel citoyen adulte aurait droit, comment peut-on délibérément ignorer qu'ils puissent n'avoir que beaucoup moins de logique encore et de compréhension qu'un enfant fiévreux ou qu'un adolescent paniqué?
Cela, les défenseurs des droits individuels n'en veulent rien savoir et en parlent comme d'un "préjugé largement répandu" (*C. Derivery et P. Bernardet:* "Enfermez-les tous", *Bernard Laffont Edit., Paris 2002, p.300*). Parlant de supposés préjugés des autres, certains seraient mieux avisés de choisir avec plus de soin leurs sources, afin de ne pas alimenter et entretenir indûment leurs seules idées personnelles préconçues: par exemple, celle de l'oxymoron du malade mental grave mais toujours sensé ou raisonnable, le malade mental maîtrisant toujours parfaitement ses

émotions, et qui toujours converserait intelligemment et intelligiblement avec le psychiatre supposé le comprendre.

> (*Mais le psychiatre intelligent, sensible, attentif à autrui, scientifique omniscient et par conséquent réputé infaillible, infiniment patient et compréhensif, pédagogue émérite et qui aurait toujours tout son temps à consacrer à "l'écoute" de son patient; ce praticien psychiatre idéal [utopique] et exemplaire que, paraît-il, on trouverait obligatoirement dans tous nos services de garde, à l'accueil et aux admissions de tous nos hôpitaux et cliniques, n'est-ce pas aussi un mythe qu'on ne prend jamais le temps de réexaminer? Or, c'est ce mythe-là qui engendre et entretient tous les autres!*)

Pour pouvoir les guérir, pour être capables de les soigner, nous voudrions, nous espérons avec tant de force que les malades mentaux soient raisonnables et suivent les traitements dont ils auraient besoin, que nous en oublions précisément l'évidence: beaucoup d'entre eux ne peuvent qu'exceptionnellement et seulement par instants être "raisonnables", c'est justement là leur maladie! Et cet oubli que, par habitude des échanges avec nos semblables bien-portants, nous commettons tous à un moment ou à un autre, il nous rend, à ce moment-là, non seulement aussi déraisonnables que nos malades, mais stupides de surcroît: nous voudrions les soigner pour une affection dont, en même temps et ***pour pouvoir la soigner***, nous voudrions nier l'existence et ignorer les obstacles qu'elle crée à la dispensation des soins !

Tous, plus ou moins souvent, mais assez brièvement en général, nous nous laissons prendre à ce paradoxe, nous nous laissons parfois enfermer dans cette contradiction. Par contre, les opposants à l'hospitalisation sous contrainte et aux traitements imposés, eux s'obstinent systématiquement dans leur prise de position et ne semblent pas se rendre compte du paradoxe dans lequel ils se complaisent.

Ce faisant, ils croient s'ériger en défenseurs des droits et libertés individuelles. Pourquoi certains les croient-ils? Pourquoi les proches de malades mentaux chroniques ont-ils parfois, eux aussi, la tentation de les croire et de se sentir fautifs quand ils demandent qu'un membre de leur famille soit hospitalisé contre son gré et reçoive un traitement qui lui est imposé?
Pourquoi auraient-ils tendance à "culpabiliser" après avoir eu recours à la contrainte, alors que, comme nous l'avons vu plus haut, c'est une démarche qui a fait ses preuves pour le traitement des maladies chez l'enfant?
C'est, d'abord, parce que personne n'aime recourir à la contrainte et, tout naturellement, on y répugne encore plus quand il s'agit de l'infliger à ceux qu'on aime. C'est, ensuite, parce qu'au contraire de l'expérience qu'on a des traitements des maladies "physiques" de l'enfant, ***les diagnostics, les traitements quels qu'ils soient, tout comme les pronostics des maladies mentales chroniques sont loin d'avoir fait leurs preuves en ce qui concerne leur fiabilité, leur sûreté, la prévision de leur degré d'efficacité (ou d'inefficacité)***, **et cela en dépit de tout ce qu'on peut lire et entendre dire en général à ce sujet**.

Les zélateurs de la psychiatrie (*"biologique" comme "psychodynamique", d'ailleurs*) telle qu'elle est enseignée et pratiquée de nos jours dans notre pays ne mentionneront évidemment que leurs succès thérapeutiques supposés, tandis que les défenseurs des libertés, opposants à l'hospitalisation forcée, ne parleront que de ses échecs avérés. Ils attribueront forcément ces derniers à tout ce qu'on a fait alors que "on n'aurait pas dû", et à tout ce dont on s'est abstenu alors que, une fois encore, "on n'aurait pas dû".
Pour chaque cas individuel, ni l'échec ni le succès ne sont réellement prévisibles. Mais l'abstention de traitement garantit l'échec à coup sûr, et rend la catastrophe vraisemblable.

A la réflexion, les familles des malades ont-elles le choix?

Tout bien réfléchi, n'est-il pas temps de mieux encourager la recherche sur les causes toujours inconnues et les mécanismes encore obscurs des maladies mentales chroniques graves?

Démissions de la raison face à l'ignorance

"Si ce n'est toi, c'est donc ton frère."
Jean de La Fontaine: Le loup et l'agneau.

Nous sommes au XXIème siècle. Du moins, c'est ce qu'on nous dit. Nous croyons aux progrès scientifiques et techniques dont la plupart d'entre nous, dans nos sociétés occidentales, apprécient les avantages et les commodités, les "retombées". Le plus souvent même, nous ne nous rendons pas compte que, tous, nous utilisons ces conséquences de "la science" et que nous en profitons tous d'une manière ou d'une autre.

La plupart d'entre nous se disent rationnels et logiques dans leur vie de tous les jours, et, sans doute ils le croient. Certains même se disent rationalistes, et sans doute ils en sont intimement persuadés.
Depuis une lointaine antiquité, nous sommes les héritiers d'innombrables et longues lignées de penseurs, philosophes, intellectuels et scientifiques. Et, en principe, dans tous les pays occidentaux, le système d'éducation - l'école - s'efforce de transmettre à chacun les moyens, les techniques, bref, le savoir que ces prédécesseurs nous ont légué et qui a fait ses preuves. Ce sont l'instruction et l'éducation qui, progressivement, dès nos débuts dans la vie puis tout au long de celle-ci, nous rendent capables de nous servir rationnellement, utilement, intelligemment (c.à.d. au mieux) de nos capacités cérébrales, et d'éventuellement transmettre cet acquis à nos descendants, peut-être un petit peu augmenté à chaque nouvelle génération.

Les limites connues du cosmos ont reculé. Des hommes ont marché sur la lune, ils sont allés dans l'espace. La matière et l'énergie nous livrent constamment un peu plus de leurs secrets. Les chercheurs ont déchiffré - ou presque - le code génétique humain, ouvrant la voie à de nombreuses avancées médicales. Des thérapies et des thérapeutiques nouvelles s'annoncent, qui n'étaient même pas imaginées il y a encore peu d'années.
Quand l'usure prématurée, l'accident ou la maladie compromettent le fonctionnement du coeur, des reins, du foie, des poumons par exemple, il est devenu possible de substituer à ces organes abîmés des greffes prélevées chez des donneurs, et ainsi de prolonger des vies auparavant condamnées à brève échéance.

Tous ces exploits techniques et combien d'autres encore, toutes nos connaissances sur le monde qui nous entoure, mais aussi sur nous-mêmes qui faisons partie de ce monde, sont les résultats et les conséquences de la mise en oeuvre de la "méthode scientifique". Pour employer des noms plus modestes mais tout à fait équivalents, c'est l'application de la ***logique*** et de la ***raison*** venant en aide à notre curiosité et à notre soif de comprendre. D'après les résultats obtenus, on peut dire, avec une certaine confiance, que ***la méthode rationnelle a fait la preuve de son efficacité. C'est même la seule méthode connue et accessible à l'homme dont on puisse dire cela.***

Grâce à cette méthode, nous connaissons aujourd'hui les causes de nombreuses maladies infectieuses, leurs modes de propagation et leurs mécanismes d'action, et c'est ainsi qu'un grand nombre d'entre elles peuvent être combattues avec succès. Beaucoup ont même été éradiquées. Aujourd'hui, plus personne, dans nos pays, ne songerait plus à interpréter des maladies devenues sporadiques ou même disparues totalement de nos contrées selon les croyances de jadis: on en faisait alors un fléau envoyé sur terre par la (les) divinité(s) courroucée(s) pour punir l'humanité de ses péchés: la peste, le choléra, etc.

Grâce à cette méthode, chaque jour nous accroissons notre connaissance de la structure et du fonctionnement de notre corps (l'ensemble de nos organes), et nous comprenons de mieux en mieux les origines et les mécanismes de nombreuses maladies qui dérèglent ce fonctionnement. Cela nous permet de les combattre efficacement, rationnellement, très souvent avec un succès ***prévisible*** qui s'avère total (la guérison), parfois avec un succès ***prévisible*** mais seulement partiel (permettant cependant de continuer à vivre de manière supportable). Personne aujourd'hui

ne croit plus que ces affections bien connues surviennent par "la faute" de quelqu'un, même quand il s'agit de maladies très graves comme, par exemple, certains cancers qui continuent à défier les traitements les plus récents.

Si! Il est pourtant encore des circonstances où des personnes supposées coupables ou responsables de maladies sont recherchées et désignées à tort. Prenons un exemple très caractéristique qui devrait immédiatement venir à l'esprit de chacun, car il a été abondamment médiatisé récemment. C'est celui de la maladie génétique connue du grand public sous le nom de "maladie des os de verre". Dans cette affection, les processus d'ossification - commençant dès la vie foetale - sont défectueux, conduisant à la formation d'os de texture anormalement fragile et cassante. Ceci entraîne la survenue de multiples fractures, spontanées ou conséquences d'efforts et chocs - habituellement anodins si vous ou moi devions les subir. Elles surviennent bien sûr dès l'enfance et, encore de nos jours, de nombreux parents soupçonnés d'avoir provoqué ces fractures ont été accusés de battre leurs enfants en bas âge par des enseignants, des puéricultrices, des travailleurs sociaux, et même par des médecins (!) tous bien intentionnés mais ***ignorants*** (*les parents ont même été poursuivis en justice, les enfants leur ont été retirés pendant de longues périodes!*)

Dans cet exemple particulièrement démonstratif, l'origine de l'imputation de faute, l'explication de la stigmatisation de ces parents est immédiate, évidente: c'est tout simplement ***l'ignorance*** générale de cette maladie qui est responsable des accusations. On imagine compenser ***l'ignorance*** par la croyance en des idées reçues, et le besoin de boucs émissaires s'y ajoute ensuite: il faut qu'il y ait faute "quelque part" (*les fractures sont la preuve des coups reçus, la preuve de la faute*), il doit donc y avoir un fautif (*certains parents battent leurs enfants, le fait n'est-il pas notoire?*). Pareille suspicion est immédiate, surtout en ces temps où la maltraitance des enfants fait les choux gras des médias. Et dans ce cas, les premiers suspects du crime imaginaire et imaginé ne peuvent, bien sûr, être que les parents: ils ont l'opportunité et les moyens du crime, on pourra bien trouver (*inventer*) des motifs apparemment crédibles à leur attribuer. Plus tard, cette ***ignorance*** des vraies causes des fractures fera qu'on stigmatisera les parents aux yeux de leurs enfants eux-mêmes, car la ***bêtise*** souvent accompagne ***l'ignorance.*** Aux blessures physiques viendront alors s'ajouter les douleurs morales. L'***ignorance*** et la ***médisance*** faisant également bon ménage, les enfants prétendument "maltraités" hériteront de la mauvaise réputation de leurs parents (*ne s'est-on pas toujours méfié des bossus et des nains, par exemple*?), et personne ne devrait s'étonner si l'imagination des ***ignorants*** attribue, à ces enfants à leur tour, des intentions sournoises et morbides (*qu'on dira conscientes ou inconscientes!*) menant à toutes sortes de méfaits imaginaires.

On me rétorquera vraisemblablement que l'exemple choisi est presque caricatural, parce qu'il est celui d'une maladie exceptionnellement rare, et que les modes de pensée et les comportements évoqués à cette occasion, basés sur l'ignorance et parfois sur des superstitions, confinent à l'obscurantisme, qu'ils ne peuvent être, eux aussi, que très exceptionnels de nos jours. Détrompez vous! Ils sont, au contraire, bien plus fréquents que vous ne le croyez, ils peuvent même être le fait de nombreuses personnes longuement, "bien" éduquées et réputées instruites, ayant en principe reçu une formation dite scientifique et qui croient pouvoir se revendiquer de la science. On croit généralement que la chasse aux sorcières était un sport qui, dans le temps, se serait limité au moyen-âge. Officiellement, c'est peut-être vrai, mais la tournure d'esprit qui donne naissance à cette aberration est toujours bien présente chez de nombreux et très respectables représentants de l'actuelle élite sociale.

Les **maladies mentales chroniques graves (les "psychoses")** sont bien moins rares que la "maladie des os de verre". Certains épidémiologistes estiment en effet que ces affections se rencontrent chez plus de 3-5% des individus dans toutes les populations de notre planète (*ce n'est ici pas la place pour discuter du bien-fondé ou non de ces évaluations pourtant discutables. Admettons-les donc provisoirement.*)
Ni les causes, ni les mécanismes des affections mentales ne sont connus aujourd'hui, quoi que de prétendus experts (*dont certains se disent médecins!*) s'efforcent de faire croire au grand

public profane (*et aux malades!*). Cette ***ignorance***, à quoi s'ajoute le besoin inné de l'espèce humaine des "explications" à tout phénomène qu'elle observe, conduit à ***imaginer*** et à ***inventer*** des causes et des mécanismes hypothétiques de ces maladies, et elle entraîne aussi, à nouveau, la chasse aux sorcières: si l'on constate un phénomène inhabituel, un comportement inadéquat, c'est qu'il doit y avoir faute quelque part, débusquons donc les fautifs.
Face à une maladie dont on ignore presque tout et d'abord l'essentiel, pourquoi certains éprouvent-ils toujours et d'emblée l'indéracinable besoin d'en croire que, nécessairement, "***quelqu'un y soit pour quelque chose***"?

Pourtant, d'une affection comme le **diabète**, par exemple, qui ne se guérit pas bien qu'il se soigne, personne ne pense que "quelqu'un y serait pour quelque chose". C'est une maladie dont la "biologie" est bien connue, et malgré cette "nature biologique" (*je dirais même sans doute à cause d'elle!*), les diabétiques ne s'en imaginent pas responsables, ils ne "culpabilisent" pas et ne s'attribuent pas la cause de l'affection. Ils n'en attribuent pas non plus la "faute" supposée à quelqu'un d'autre.
Il en va de même pour les victimes de la **sclérose en plaques**, affection qui détruit la gaîne isolante des trajets nerveux dans l'ensemble du système nerveux (*et on ne la guérit pas encore non plus*). Bien que les causes de cette maladie ne soient encore que mal établies et qu'on ne dispose pas encore de traitements réellement satisfaisants, on en connaît la "nature biologique", mais on n'en rend pas les victimes elles-mêmes responsables pour autant!
Nous pourrions, sans fin, multiplier des exemples montrant que "biologie" n'est aucunement synonyme ni de responsabilité, ni de culpabilité, que celles-ci soient personnelles ou attribuées à autrui. Mais à quoi bon? Certains y tiennent envers et contre tout. ...*perseverare diabolicum*...

Certains, dont des médecins, parlant des maladies dites mentales, affirment que "la théorie biologique, si elle a permis d'enlever de la souffrance aux parents, l'a reportée sur d'autres qui souffrent aussi, à savoir les schizophrènes".
Jusqu'à plus ample informé, tout médecin devrait avoir appris que nous n'existons et ne fonctionnons que dans le cadre biologique obligé de toute vie, comme c'est le cas pour tous les organismes vivants. Pourrait-on, enfin, une bonne fois pour toutes, expliquer clairement comment une maladie (*concept humain!*) pourrait faire l'impasse de la biologie, tout en altérant cependant notre fonctionnement nécessairement biologique? En d'autres termes, ***en quoi consiste une maladie non biologique, sinon en un oxymoron?***

Ceux-là vous disent en substance: "la 'théorie biologique' prétend que les parents ne sont pas la cause de la schizophrénie de leurs enfants; donc, s'il ne faut plus pointer vers eux le doigt accusateur du psychiatre, cela revient à orienter ce doigt vers les enfants eux-mêmes". Certains, pour apprendre à raisonner sainement et à ne pas pointer inconsidérément l'index vers n'importe qui ou quoi, mériteraient sans doute de se le voir, sinon amputer, au moins plongé et coincé dans un endroit aussi peu agréable que possible... jusqu'à ce qu'un peu de jugeotte s'ensuive (*on peut toujours espérer*). D'où tiennent-ils donc cette obsession constante de vouloir à toute force désigner des ***responsables*** et des ***coupables*** des maladies mentales, alors qu'ils n'oseraient même pas y songer pour ce qu'ils appellent les "autres" maladies? La maladie mentale, faudrait-il donc toujours qu'elle soit, comme dans la chanson, "la faute à Voltaire, la faute à Rousseau"? (*et pourquoi pas la faute au grand barbu, invisible mais omnipotent et omniscient du dernier étage de l'immeuble-tour où nous vivons? A moins que ce ne soit le concierge dans sa loge?*)

Les mêmes nous disent qu'il serait clair et admis par tous que, par exemple, "la schizophrénie est la rencontre d'une part de biologie et d'une part d'environnement". Manifestement, les choses ne sont pas très claires pour ceux-là mêmes qui énoncent pareil non-sens et qui essayent de le faire passer pour un consensus général qui prévaudrait chez une certaine intelligentsia.
Ils montrent simplement qu'ils ne savent pas ce qu'est "la biologie", et ils ne semblent pas non plus savoir ce qu'on entend par "environnement". Confondant biologie dans son ensemble avec génétique qui n'en est qu'une partie qu'ils ne comprennent manifestement pas, ils l'opposent à l'environnement qui non seulement peut être biologique, lui aussi, mais ne peut, bien sûr, jamais jouer de rôle qu'au travers de la biologie.

Ils ne comprennent pas la génétique, car ils prétendent que "l'ADN prédestine le malade à ce qu'il vit et, d'une certaine façon, le rend responsable de sa maladie". Tout le monde - et d'abord les médecins - , devrait savoir que génétique (et ADN) ne signifie pas prédestination mais probabilités et statistique, et les médecins devraient l'expliquer autour d'eux et à leurs patients (*encore faudrait-il qu'ils l'aient eux-mêmes appris, compris, et s'en souviennent!*) Et encore, depuis quand l'ADN des gènes a-t-il rendu son porteur responsable: par exemple de sa taille, ou de la couleur de ses yeux, ou encore de la forme de son nez, voire de ses idées et de ses opinions elles aussi prédestinées, sans doute? Ne serait-ce pas plutôt des idéologues criminels et des dictateurs de sinistre mémoire qui, au siècle dernier, ont véhiculé des théories analogues, fumeuses et morbides, pour justifier, entre autres, les génocides, exterminations à l'échelle industrielle et autres goulags?

Tout ce qui précède montre bien que, loin de désigner un coupable en remplacement d'un autre, la biologie (et non la "théorie biologique"), en reprenant la place avérée qui lui revient dans la genèse des maladies mentales, a au contraire permis de soulager tant les uns que les autres en les exonérant d'une culpabilité imaginaire et totalement injustifiée que certains, pourtant, s'entêtent à entretenir en dépit de tout. Ceux qui, avec une certaine inconscience teintée de suffisance, recommandent aux parents de malades de se remettre en question (!), devraient veiller à d'abord balayer devant leur porte: n'oublient-ils pas un peu vite ce dont ont été responsables les malencontreuses théories de B. Bettelheim sur l'autisme, mais aussi ce qu'elles sont devenues aujourd'hui?

Ailleurs sur ce site, j'ai déjà dénoncé à diverses reprises les **confusions systématiques entre corrélations et relations de cause à effet**. Ces erreurs ont été magistralement passées en revue et déboulonnées par le regretté Dr Petr Skrabanek dans son livre "Idées folles, idées fausses en médecine" (cité dans d'autres articles). C'est une de ces erreurs, un de ces sophismes qui est le plus fréquemment rencontré quand on parcourt une certaine littérature "psy". Je suis persuadé qu'une bonne partie du malheur des malades mentaux et de leur entourage vient de l'obstination à répandre et à "promouvoir" un certain sophisme dans le monde de la "santé mentale". Il ne m'appartient pas de rechercher les causes mêmes de cet entêtement. Si je m'y risquais, je m'exposerais moi-même précisément au reproche que j'adresse à de nombreux "psys": celui d'attribuer à leurs patients - et à ceux qui les entourent - des motifs et des intentions sortis tout droit et sans preuves de leur propre imagination pour le moins tortueuse.
Ce sera donc à chacun, "en son âme et conscience", de se faire sa propre opinion sur leurs "raisons" supposées.

Les divergences d'opinions, différends, aspirations contradictoires, voire conflits et affrontements survenant au sein des familles entre générations successives ont, me semble-t-il, été connus de toute éternité. Ils ont, depuis toujours, constitué une source inépuisable pour la littérature romanesque ou théatrale, et des récits épiques en faisant état nous sont parvenus, qui remontent à l'antiquité.
La vie quotidienne actuelle, elle aussi, comporte, très répandues, ses petites disputes familiales sans lendemain, plus rarement ses fâcheries plus graves. Dans leur quasi-totalité, elles s'arrangent - plus ou moins vite, plus ou moins bien - sans faire d'histoires ni la une des journaux, et encore moins des maladies. S'il en était autrement, il y a gros à parier que, depuis longtemps, la structure appelée cellule familiale devrait avoir disparu de partout. Personne ne semble se rendre compte que les oppositions entre générations sont le résultat inévitable d'un état de fait non modifiable: les parents et leurs enfants n'ont jamais simultanément le même âge mental et affectif, ni en même temps la même expérience de la vie! Les uns comme les autres doivent s'en accommoder. Depuis la nuit des temps, ils semblent en général assez bien y parvenir.

En effet, dans l'immense majorité des familles, même quand, parfois, une certaine "violence" apparente se manifeste, il ne se développe pas de maladie mentale "psychotique" chronique. Mais même quand une maladie mentale apparaît, les autres membres de la fratrie, qui pourtant vivent dans le même environnement familal, ne sont que fort rarement atteints par l'affection. Inversement, il se trouve des familles où, en permanence, tout semble "baigner" dans l'harmonie

et la sérénité et où, pourtant, la schizophrénie, par exemple, éclate chez un des enfants vers la fin de son adolescence, alors qu'elle épargne les autres.

Cependant, quand malgré tout la maladie mentale se déclare, le malade lui-même ne s'en rend pas nécessairement compte. Les diverses manifestations individuelles de la maladie n'étant jamais spécifiques, l'entourage ne peut pas les identifier immédiatement pour ce qu'elles sont: les signes d'une affection mentale. L'incompréhension et les malentendus s'installent. La vision et les interprétations que le malade et ses parents s'en font et s'en donnent, chacun de son côté, ne peuvent être que déformées et contradictoires, elles ne peuvent qu'envenimer le climat des relations familiales. Comme les uns et les autres ne peuvent plus réellement communiquer entre eux, ***du fait de la maladie méconnue***, les petites divergences qui, habituellement, seraient facilement résolues, deviennent disproportionnées et ne peuvent que s'amplifier encore, démesurément. Malade et entourage vont mutuellement se soupçonner et s'accuser d'intentions et de motifs expliquant les attitudes, actions et réactions des uns et des autres qui, sans en être conscients au début, ne se comprennent plus. Tous les griefs, réels ou imaginaires, justifiés ou non, vont s'accumuler de part et d'autre.

Le climat finit alors par devenir totalement insupportable; le comportement du malade peut susciter des inquiétudes concernant sa santé physique même. Le sommeil fuit les uns comme les autres. La vie familiale est désorganisée. La vie professionnelle en pâtit. Devant l'accumulation de questions sans réponses à quoi on doit faire face, on finit par faire appel au psychiatre.

Dans notre pays (la Belgique), ce spécialiste n'est pas d'accès facile. Il n'accepte qu'exceptionnellement de se déplacer, il faut se rendre à son cabinet, à sa consultation (*ce qui, selon la plupart de nos psys, attesterait de la volonté du patient de se soigner, sans laquelle aucun traitement psy ne pourraît être efficace*).
Fréquemment, convaincre le malade de consulter n'est pas une sinécure, il y faut souvent des semaines d'efforts et de discussions fort peu paisibles. Convaincre le psy d'entendre également, séparément, les parents est tout aussi difficile, l'habitude n'en est pas encore prise chez nous.

Quand, enfin, le "psy" rencontre l'un et, parfois, les autres, des semaines, voire des mois d'incompréhension, d'inquiétudes et d'angoisses ont passé. Le malade s'est enfermé dans sa maladie et remâche ses fantasmes, ses délires, et accuse le monde entier de tous les maux qui l'assaillent; sa famille est "nerveusement" et physiquement épuisée et, à la moindre et futile contrariété, tous semblent exploser.
Devant cette situation qui n'est jamais qu'un aboutissement dont il n'a pas vécu le développement, le psy décrète (*grâce à son flair, son "sens clinique" et sa psychologie, son "feeling"*) que les parents sont de "grands névrosés" et parle, après moins d'une heure d'observation et de conversation , de "comportements parentaux générateurs de souffrance".
Et voilà, l'affaire est entendue: les fautifs nécessaires imaginés et recherchés par le psy sont découverts, le reste, c'est-à-dire les motifs, les fautes, les "preuves", tout cela coulera de source ou, plus exactement, de l'imagination et des *a priori* du "psy". Plus rien n'y fera.

N'avons-nous pas là un magnifique exemple de confusion entre, d'une part, association de deux phénomènes dans le temps et, d'autre part, relation de cause à effet entre ces deux phénomènes?

En effet, tout individu sensé et un peu logique, à l'esprit critique modérément développé, ne devrait-il pas, ne fût-ce qu'un instant, envisager l'idée que **c'est précisément la maladie mentale d'un des leurs qui, par ses manifestations incompréhensibles, risque de plonger les autres membres de la famille dans une parodie de "névrose"? De toute évidence, ce n'est pas cette névrose supposée de l'entourage qui fait éclore la psychose du malade!** (*et il n'est pas besoin non plus d'en remettre une couche en avançant l'hypothèse farfelue selon laquelle cette prétendue "névrose" serait un moyen, pour les parents, de se "protéger de leur terrain psychotique*").

En démocratie, un des principes fondamentaux de la justice est la présomption d'innocence. A l'opposé et comme dans les régimes totalitaires, celui des "psys" et des "psychothérapies" serait-il la présomption systématique de culpabilité?

Les explications simples, évidentes et logiques semblent étrangères ou répugner à de nombreux "psys". Ils préfèrent la confusion des causes et de leurs effets, le mélange des conséquences et des causes dans une sorte de tourbillon absurde que certains d'entre eux ont même appelé la "causalité circulaire". N'est-ce pas une extraordinaire

négation ou perversion de la raison, torture mentale plus que soins, attitude de suspicion systématique, une sorte de paranoïa psychiatrique?

En février 2003, MENS SANA a eu 2 ANS

Quoi de neuf et de "positif" dans la "santé mentale belge" depuis que le présent site a été créé?

Quels sont, dans le monde, les progrès obtenus grâce à la recherche [*scientifique*] dans la connaissance des maladies mentales? Les attitudes des politiques et de leurs conseillers experts techniques évolueraient-elles enfin pour mettre ces progrès à profit?
Si progrès il y a eu, ont-ils, dans notre pays, des répercussions favorables, sensibles sur les conditions de vie des malades mentaux, c'est-à-dire sur les traitements qu'on peut leur proposer, sur les conditions d'hébergement et de soins qui leur sont faites et les aides qu'ils peuvent recevoir?

Chez nous, en Belgique, les choses ne semblent guère avoir avancé, les décideurs ne paraissent pas fort capables de répondre aux attentes des malades autrement que par des paroles. Les hommes politiques s'évertuent, mais seulement par leurs discours, à faire croire aux naïfs qu'on s'efforce réellement d'améliorer le sort des malades mentaux chroniques. Mais, au lieu d'informer utilement la population concernée et les usagers sur des ***progrès concrets*** de la "Santé Mentale" dont nos élus et nos ténors politiques au pouvoir pourraient se féliciter, leurs discours se gardent prudemment de nous dire quoi que ce soit sur ce qui serait nouvellement (***enfin!***) mis à la disposition des malades et des usagers et ***qui les aiderait vraiment***. Les discours tenus depuis longtemps (1988, 1990!) laissent tout au plus entrevoir, derrière l'accumulation de formules rhétoriques usées jusqu'à la corde, l'esquisse de l'aveu involontaire d'une persistante incurie, d'une inertie invétérée que nos responsables tentent de faire passer pour une profonde réflexion et le souci d'une bonne administration.

En **octobre 2002** encore, à l'occasion de "l'inauguration officielle" de ce qu'on pourrait appeler, indifféremment, soit une nouvelle "cellule de réflexion" (*un "think tank"*), soit un nouveau "machin" très officiellement baptisé l'**Institut wallon de Santé mentale** et créé, paraît-il, le 29 avril 2002, l'actuel ministre wallon des Affaires Sociales prononçait un discours à propos de la "Santé mentale" telle que le gouvernement wallon prétend l'imaginer... (voyez *http://detienne.wallonie.be/terrdis/dis15.html*), et telle qu'il voudrait la faire "gober" par le grand public.
Incidemment, rappelez-vous, si vous les aviez oubliées, **les lois** dites "**Busquin**"... (*Bof! Oui, je sais*). **De quand datent-elles? De 1988-90**, à peu près? N'étaient-elles donc pas aussi bonnes qu'on l'a pourtant prétendu alors, pour qu'ensuite, bien après les Colla, les Thomas, les De Galan, les Aelvoet, les Hasquin, (*j'en oublie, sans parler des "comités interministériels" successifs où tous ces ministres devaient se réunir avec ou sans leurs états-majors respectifs*), il faille, aujourd'hui encore, avec l'actuel ministre wallon et selon sa propre expression, se mettre à "***penser la santé mentale en Région Wallonne***"? (*Comme si, effectivement, on ne l'avait jamais sérieusement fait jusqu'à présent?*)
Croit-on qu'à toujours de la sorte ne faire que prétendre penser, il finirait pourtant par en rester quelque chose d'autre qu'une fichue migraine, autre chose que divers clubs de "penseurs" se satisfaisant de leur propre importance officielle supposée et soucieux surtout de ne pas "faire de vagues" pour rester bien peinards, immortalisés peut-être dans l'attitude du penseur (de Rodin)? Aurons-nous enfin droit à autre chose que l'expression de pensées stériles ou avortées, prédestinées à l'inéluctable fossilisation dans les archives poussiéreuses de l'une ou l'autre administration aussi impuissante qu'autonome?

Le ministre lui-même admet se heurter à une importante difficulté: celle de "***trouver la cohérence la plus fine***" (sic) "***entre les différents niveaux de pouvoir et de compétences***" qui [*ne*] se disputent [*surtout pas*] "l'organisation [*la bonne!*] des soins de santé mentale" dans notre Belgique fédéralisée, régionalisée, communautarisée (*il n'est surtout pas question de quelconques et terre-à-terre mises en oeuvre car, c'est bien connu, nos ministres ne semblent savoir s'occuper que d'organigrammes sur beau papier, pas de leur possible ou impossible mais inappréciable - au sens premier du terme - application pratique sur le "terrain", pas de leur adéquation au monde réel*).

C'est le ministre en personne qui nous rappelle que, en matière de "soins" de "santé mentale", **la programmation** et **le financement** sont de la compétence des instances fédérales, leur **organisation** est de la responsabilité des Régions, la **promotion de la santé mentale** (dont la fameuse soi-disant prévention!) est du ressort des Communautés [linguistiques] (*on a déjà dit à maints endroits sur ce site l'attrape-nigaud que constitue cette dernière prétendue* "prise en charge").
Toutes ces dispositions ont déjà été "bétonnées" par des lois, des arrêtés royaux et ministériels et des accords politiques qui remontent à plus d'une décennie (*et sur lesquels aucun responsable "en place" ne se risquerait à tenter de revenir*); les usagers ont eu beau s'en plaindre à diverses reprises, rien n'y a fait: le système est ainsi conçu que les plaignants ne puissent jamais s'adresser qu'au mauvais guichet: celui qui, pour une raison ou une autre, pour un aspect ou un autre de la demande, soit n'a pas les moyens de réponse, soit n'est pas compétent. Schéma parfait pour, "très dynamiquement", ne rien faire "à aucun niveau", ou ne jamais faire que des "projets" dont ceux qui les élucubrent devraient savoir, d'avance et dès l'origine, qu'ils seront, tout au plus, des coquilles vides ou voués à l'échec.

Ce n'est pas un quelconque "Institut" consultatif supplémentaire inventé "au niveau régional" qui pourra faire corriger les **incohérences** (*imposer les corrections nécessaires aux **aberrations***) bureaucratiques voulues par nos politiques de tous échelons et instances confondus, même si certains, aujourd'hui, affirment être à la recherche d'une "cohérence la plus fine"!

Et le ministre d'ajouter: "**La réalité est en fait plus complexe.**" (sic!) (*pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué?*) C'est vraiment le monde à l'envers, une hallucination ministérielle, sans doute! La réalité est, bien au contraire, simple, il suffit de l'observer, elle nous a toujours crevé les yeux: il y a des malades, ils ont des besoins, il faut y répondre; les décennies n'ont pourtant pas manqué pour s'en rendre compte et dresser l'inventaire de ces besoins patents. Mais la ***représentation*** que le politique veut donner de la réalité, il la complique à l'envi, comme à dessein. Il a ensuite l'aplomb de paraître déplorer une complexité artificiellement fabriquée et organisée dont il est parmi les premiers responsables, peut-être comme si cette complexité n'était qu'une garantie de ne pas avoir à affronter la coûteuse réalité, la vraie. Et "l'**Institut Wallon pour la Santé Mentale**" annoncé risque fort de ne jamais être qu'un dispendieux ornement superflu, un de plus, noyé dans le fouillis de la complexité à quoi il contribuera à son tour: une sorte de cerise (*ou de bougie?*) posée sur un gâteau difforme et non comestible pour ceux à qui on le destine. Mais, paraît-il, il/elle éclairera et alimentera la réflexion du ministre...(*c'est sûrement très motivant et gratifiant! Quant à l'utilité réelle...*)

Le ministre wallon parle de "**l'analyse des <u>besoins émergeants</u>**"(sic), il évoque la recherche de "**la demande cachée**...", et il semblerait que "l'Institut" nouvellement inauguré devrait contribuer à cette analyse et participer à cette recherche. On peut s'interroger sur ce que le ministre entend par "demande cachée"; ne serait-ce pas plutôt la demande criante des usagers que tous les politiques disent cachée pour pouvoir prétendre la chercher, l'étudier et l'analyser à fond - c.à.d. indéfiniment - mais qu'aucun d'eux ne veut jamais voir quand on la lui met sous les yeux? (*c'est en ces occasions-là que, de temps en temps les ministres cette fois, pas les besoins, sont forcés "**d'émerger**" de leur cabinet, mais cela n'est habituellement pas suivi d'effets bien perceptibles et, surtout, malgré les apparences et l'éventuelle tentation que vous en auriez, gardez-vous bien d'y voir la moindre métaphore scatologique*).
Ne nous y laissons pas prendre: ce n'est pas la demande qui est cachée, comme on voudrait nous le faire croire pour nous lanterner (*laissez donc aux ministres le temps de débusquer cette demande cachée!)* Ce qui est caché, c'est la charge financière fort lourde qu'implique la demande. Tant qu'on ne voit pas la demande, parce qu'elle serait "cachée" (!?), tant qu'on dit la chercher - là où elle n'est pas -, on peut aussi ne pas voir le coût qu'elle représente et qu'on n'est pas prêt à [*près de*] payer. Tant que la charge financière est supportée en majeure partie par les malades et leurs proches, elle n'apparaît pas dans les budgets publics officiels, les politiques peuvent ainsi l'ignorer (*et continuer "à chercher" en tournant sur eux-mêmes*).

D'autre part, si, aujourd'hui encore, on n'en est qu'à l'analyse des besoins, combien de ministres faudra-t-il user encore (*mais c'est plutôt eux qui nous usent*), de combien de ministres encore faudra-t-il subir les discours creux d'inauguration avant d'en tirer les conséquences depuis longtemps évidentes, avant d'obtenir des lieux de soins psychiatriques et de revalidation sociale dignes de ce nom et en nombres suffisants?

Comme on l'a déjà rappelé ailleurs sur ce site (voyez WHOOMS), il paraîtrait qu'une "politique de santé mentale" aurait été mise en place et fonctionnerait en Belgique (depuis 1990!), les autorités responsables n'ont pas manqué de le faire savoir à l'O.M.S. qui en a fait état dans les documents de son projet ATLAS. Toutefois, comment pareille mise en oeuvre aurait-elle été possible, si les besoins n'avaient pas, déjà, été analysés, si les moyens de répondre à ces besoins n'avaient pas, déjà, été mis à disposition d'exécutants bien réels, bien formés, (bien payés), connaissant bien leurs missions bien définies?
A moins que...
...Les préoccupations dont se targue à présent le ministre wallon des Affaires sociales laisseraient-elles par contre supposer que les mesures prises et communiquées à l'O.M.S. n'auraient été, somme toute, qu'une sorte de "vision politique", c'est-à-dire l'évocation d'un beau rêve n'existant que dans la tête des "décideurs", tandis que, pour les soi-disant "bénéficiaires" de ces mesures, il ne se serait agi que de la continuation inchangée de leur cauchemar permanent? C'est en tous cas ce que son allocution d'inauguration risque de laisser craindre.

Un autre exemple plus récent de mesure ministérielle en forme de mirage peut-être plus pernicieux encore nous est donné dans un "**Communiqué de presse de Frank Vandenbroucke du 31 janvier 2003: soins psychiatriques**" (*http://www.vandenbroucke.fgov.be/ZP-030131psychiatrie.htm*). Ce n'est, à nouveau, qu'une coquille vide, une mauvaise vision comptable, un subterfuge qui avait déjà été utilisé auparavant (réforme et "reconversion" du secteur psychiatrique de 1990) avec des conséquences désastreuses pour les malades mentaux, ce dont les responsables ne semblent pas se souvenir (*à moins qu'ils n'espèrent que les électeurs, eux, aient oublié...*): les ministres fédéraux de la Santé publique (Jef Tavernier) et des Affaires sociales (Frank Vandenbroucke) annoncent (*sans rire*) qu'ils offrent aux institutions hospitalières de soins la possibilité de se "défaire" de places ("lits") de leurs services (souffrant déjà de pénurie) en faveur de "lits" (moins chers - donc pouvant être plus nombreux??) dans des "formules d'encadrement en milieu ouvert" (et ils appellent cela des "échanges"!). N'aurait-on pas déjà entendu cela quelque part?

En 1998 déjà, l'association Similes de Bruxelles (parents et amis de malades) avait fait parvenir **à tous les députés de Belgique** une lettre ouverte - que j'avais signée - dans laquelle j'expliquais clairement (*c'est en tous cas ce que certains destinataires ont bien voulu m'écrire*) pourquoi de telles mesures étaient dépourvues de sens et se réduisaient à des formules creuses. A l'époque - mais il faut dire qu'on était en période pré-électorale - , cette lettre semblait avoir reçu un accueil fort généralement favorable. Mais il semblerait bien que, de quelque couleur politique que soient les majorités qui arrivent au pouvoir et se remplacent les unes les autres, la mémoire de leurs représentants soit toujours aussi courte, leurs promesses et leur résolution aussi fragiles.

Après ces histoires belges qui nous portent à penser que, chez nous, le progrès consisterait plutôt à s'obstiner, année après année, à piétiner sur place, à peaufiner éternellement des variations de discours sur un même thème irréel, que le "progrès" se limiterait, non pas même à inaugurer les chrysanthèmes, mais seulement à désigner des jurys qui décideront, peut-être, du format des catalogues des fleuristes, signalons enfin des indices d'éléments plus porteurs d'espoir. Il faut, malheureusement, aller les chercher à l'étranger. Disons-le déjà maintenant: leurs retombées favorables ne sont pas pour tout de suite. Cependant, en comparaison des années et décennies écoulées, on peut estimer que certains esprits se seraient enfin dérouillés et décoincés, on peut croire qu'on s'orienterait enfin vers les bonnes directions.

Au Royaume Uni (plus particulièrement en Australie), dans les pays scandinaves, mais aussi aux U.S.A. et au Japon, des rumeurs ont récemment pris naissance pour ensuite s'amplifier et se

déformer, selon lesquelles on se proposerait de tenter des expériences cliniques pour vérifier s'il ne serait pas possible, au moyen de neuroleptiques administrés préventivement, de prévenir "la" schizophrénie, par exemple. Pareilles rumeurs sont, le plus souvent, basées sur des communiqués de presse trop hâtifs allant au devant de l'impatience bien compréhensible des bénéficiaires potentiels, annonces expliquées par le besoin de publicité (*la recherche du "scoop"*), par le désir d'antériorité et par la course aux subsides des chercheurs, voire de leurs employeurs. Fort souvent, ces communiqués deviennent erronés à force de vulgarisation maladroite, tronquée et excessivement simplificatrice. La presse non spécialisée annonce alors, par exemple, des résultats présentés comme déjà acquis, ou des médicaments nouveaux ou encore des thérapeutiques qui seraient déjà disponibles, définitives et toujours efficaces, alors qu'il ne s'agit encore que d'hypothèses de travail, de résultats préliminaires, de projets de recherche plutôt que de traitements proprement dits.

Des polémiques naissent alors entre partisans et adversaires des soi-disant nouveautés annoncées. Ces disputes résultent de malentendus, c'est-à-dire d'une mauvaise information. Les polémiques n'éclairent pas le public profane, elles ne peuvent que le désorienter et l'inquiéter. Stériles, elles sont, de plus, néfastes car elles ne se contentent pas de jeter le discrédit sur les seules pseudo-recherches et annonces faussement triomphalistes à rejeter absolument (*ce qui est souhaitable*), mais elles finissent aussi (*ce qui est fort dommageable*) par inutilement jeter le doute sur les recherches effectivement sérieuses qu'il faudrait au contraire encourager. Le grand public n'a pas l'information ni la formation requises pour distinguer "le bon grain de l'ivraie" et les médias, bien souvent faute de temps, ne prennent pas toujours la peine de comprendre vraiment ni de valider leurs informations à bonne source, plus sûrement que le grand public ne pourrait le faire lui-même.

Un **proverbe** très usé et bien connu de tous voudrait qu'***il vaut mieux prévenir que guérir*** (*et, peut-être paraît-il plus "positif" de parler de prévention plutôt que de traitement*). D'autre part, une certaine littérature de "santé mentale" mais aussi de multiples publications de psychiatres affirment et répètent abondamment (*depuis assez longtemps déjà aux U.S.A., plus récemment chez nous*), que ***les traitements par neuroleptiques seraient d'autant plus efficaces qu'ils sont mis en oeuvre plus précocement***, tant et si bien que cette affirmation est devenue une sorte de **dogme**. Une autre manière d'exprimer cela consiste à affirmer que ***la fréquence de mauvais pronostics serait positivement corrélée avec la durée pendant laquelle on aurait attendu avant de mettre en oeuvre, pour la première fois, une thérapeutique efficace***.

Pour justifier ce **dogme**, des explications de deux types sont généralement invoquées:
> Les *explications d'ordre biologique*, qui voient dans "la psychose" la source d'une sorte de toxicité qui, en l'absence de traitement, continuerait à exercer des effets néfastes et destructeurs sur le système nerveux central;
> les *explications de nature psychosociale*, qui font remarquer que plus on attend pour mettre en place un traitement permettant de contrecarrer ou surmonter - indirectement - des signes de l'affection comme le retrait social, le repli sur soi, les déficits cognitifs, plus on favorise leurs conséquences, immédiates comme à long termes: scolarité et études compromises, donc aussi non acquisition et/ou perte des compétences intellectuelles, professionnelles et relationnelles, qui entraînent en cascade l'exclusion, la paupérisation, la misère, la clochardisation, la négligence de l'hygiène et la carence plus ou moins marquée de tous les soins élémentaires et généraux de santé qu'il aurait fallu prodiguer en temps utile.

Parmi les profanes prenant leurs désirs pour la réalité, mais peut-être aussi chez des psychiatres mal informés amalgamant le proverbe au dogme, certains voudraient se persuader eux-mêmes et faire croire aux autres qu'on pourrait prévenir le développement de "la" schizophrénie par des traitements neuroleptiques "préventifs", ***à la condition qu'il soit possible de détecter assez précocement*** les individus suceptibles de "***devenir*** malades". En voulant ignorer la difficulté fondamentale, on croit ainsi avoir supprimé ce qui, en réalité, est un abîme infranchissable: celui qui sépare la **détection précoce** (*quand, par définition et nécessairement, l'affection est déjà bien présente - puisqu'on la détecte!*) de la **prévention** (*quand l'affection ne serait que potentielle,*

encore absente mais "présente à l'état de risque", une menace, donc par définition et nécessairement indétectable, ***et malheureusement encore "imprévisible"*** *dans l'état actuel de nos connaissances*).
Ce sont là des représentations se basant sur des idées fausses à propos du développement, de la structure et du fonctionnement de notre cerveau d'une part, et c'est nourrir des espoirs prématurés que l'état d'avancement de nos connaissances en neurosciences ne justifie pas encore, d'autre part. Ce sont aussi, je le crains, des non-sens, non seulement sur l'origine et les mécanismes du développement des psychoses, mais aussi sur ce qu'on appelle prévention (***un peu comme si on s'imaginait que la détection, à force de devenir plus précoce, pourrait changer de nom et de nature et qu'elle se transformerait en prévention***).

Dans le domaine des maladies dites non mentales, quelle est donc la personne qui, se sachant victime de paludisme, par exemple, penserait n'être atteinte de la maladie que pendant les épisodes fébriles, tandis qu'elle s'imaginerait être indemne de toute affection dans les intervalles entre les crises?
Quel malade, se sachant diabétique, prétendrait n'être diabétique qu'aux moments où sa glycémie sortirait des limites physiologiques?
Dans le domaine psychiatrique par contre et de manière dont personne ne semble s'étonner (*ce qui, en soi, est déjà fort surprenant!*), l'habitude a été prise par les victimes de schizophrénie et par leur entourage de se représenter les troubles schizophréniques comme s'il s'agissait d'une maladie présente pendant les "crises" seulement, tandis que, pendant les intervalles entre ces crises, *littéralement* elle disparaîtrait. En d'autres termes, entre les épisodes aigus, quand on se porte [assez] bien, on ne serait pas malade. C'est ainsi que, au moment des crises, on parle habituellement de "récidive" ou de "rechute de la maladie"!
Les professionnels de la "santé mentale" et de la psychiatrie, dans leur grande majorité, n'ont jamais fait grand-chose pour détromper leurs clients/patients et pour corriger cette erreur. Au contraire, comme s'ils partageaient cette interprétation, ils l'ont plutôt encouragée en entretenant la confusion dans les esprits à propos des mots de prévention et de traitement qu'ils utilisent à leur manière particulière (*de nos jours, ils parlent parfois de "prévention primaire" et de "prévention secondaire", mais cette dernière appellation n'est qu'un euphémisme désignant le traitement. Quand on leur en fait la remarque, ils disent qu'ils parlent de prévention des "rechutes" - sans toutefois les nommer - , ce qui n'est jamais qu'une litote, car il n'y a pas des "rechutes" mais des "crises" ou "accès", c'est-à-dire des exacerbations d'une affection toujours bien présente malgré les accalmies apparentes - qui ne sont* ***pas*** *des guérisons mais des "rémissions" partielles*).

Ce qu'on présente comme un **dogme** n'est en réalité pas une vérité démontrée ni admise par tous. Intuitivement, beaucoup espéraient sans doute qu'à défaut de prévention véritable, un pronostic serait probablement d'autant meilleur qu'il serait consécutif à un traitement plus précocement instauré ("*plus tôt on fait ce qu'il faut, mieux cela vaut*"), et on s'est empressé de croire ceux qui pensaient l'avoir démontré. Cette démonstration est aujourd'hui mise en doute (***Ho, B.-C., et al., Am. J. Psychiatry 2003; 160, 142-148***), parce qu'il est presque impossible de la faire de manière indiscutable. En effet, ce qu'on prend comme critère de référence (la "*variable indépendante*" des statisticiens), c'est le temps écoulé entre le "premier accès psychotique" constaté et le moment où un traitement médicamenteux a été instauré (*il faut bien choisir un point de départ aisément repérable dans le temps*). Mais on sait par ailleurs que le moment où l'affection devient manifeste est très variable d'un individu à l'autre, on sait aussi que l'affection peut se déclarer de manière brutale ou, au contraire insidieuse et, enfin, on sait aussi que la date du premier accès franc de psychose n'est aucunement une indication fiable quant à la sévérité de l'affection à laquelle on sera confronté. Il en va de même pour le choix du neuroleptique le mieux adapté à chaque cas, qui ne peut pas non plus être prédit actuellement. Il ne faut donc pas être surpris si les résultats de différentes études actuelles paraissent encore contradictoires (***Malla, A.K., & al., Schizophr. Res. 54(3), 231-242, 2002***) (*et on a toujours su - sans jamais se risquer à l'avouer nettement - qu'en ce qui concerne "la" schizophrénie, aucun pronostic sûr n'a jamais été possible: ne serait-il pas temps, enfin, d'essayer sérieusement?*)

D'une part, la véritable prévention, ou prévention "primaire" des schizophrénies (*comparable, entre autres, aux vaccinations qui sont l'exemple par excellence de prévention de nombreuses maladies*) n'est donc, à présent, qu'une utopie, et elle risque de le rester fort longtemps, sinon définitivement. Mais d'autre part, même si le traitement le plus précoce possible n'améliore peut-être pas sensiblement le pronostic à long terme, il présente néanmoins un intérêt majeur qu'on ne peut ignorer: celui d'épargner aux malades, dès le début, des souffrances évitables de l'affection (alors qu'on les inflige en attendant inutilement).

Mais la volonté de plus en plus répandue parmi les psychiatres de nombreux pays (*surtout non francophones...*) de traiter les malades schizophrènes le plus précocement possible a quand même un très grand intérêt. Elle exerce **une influence favorable sur l'orientation actuelle des efforts de recherche**, et il ne faut surtout pas oublier cet aspect très important des choses.
En effet et de toute évidence, si on veut pouvoir instaurer les traitements précocement pour épargner aux malades des souffrances évitables, une condition préalable nécessaire (mais non suffisante) doit être remplie: il faut être capable de reconnaître (*diagnostiquer*) avec "un maximum de certitude" l'affection, le plus tôt possible, par exemple pendant ce que les psychiatres appellent la phase prodromique de l'affection (*pendant laquelle seuls des signes "précurseurs" ou "prémonitoires" sont présents, à l'exclusion des signes "psychotiques francs" observables plus tard, une fois que "la maladie a éclaté"*).

Or c'est là une condition qui, jusqu'à présent et dans une grande majorité des cas, s'est avérée fort difficile à satisfaire. En effet, rappelons ici, une fois encore, que pris individuellement, aucun signe précurseur de l'affection n'a de valeur "pathognomonique" (n'est spécifique de maladie), il ne pourra prendre cette valeur que rétrospectivement et s'il s'accompagne d'une constellation d'autres signes, eux aussi non spécifiques s'ils sont pris isolément. Le diagnostic est généralement rétrospectif, donc forcément tardif (*il est, au départ, affaire d'opinion, c'est-à-dire discutable, on ne veut pas y croire, on recherche différents "avis"*).

L'étude (*par des tests psychométriques et neuropsychologiques, des potentiels cérébraux évoqués, des signes neurologiques, l'imagerie, etc.*) des parents au premier degré des malades (père, mère, fratrie) a montré que, dans un nombre important de cas, des "anomalies" frustes sont présentes parmi les membres de la famille, qui sont des signes atténués correspondant aux signes plus marqués (*surtout négatifs et cognitifs déficitaires*) observés chez leur malade. Il semble que ces signes frustes soient déjà présents chez les malades pendant la phase prodromique, voire même pendant la "phase prémorbide" de l'affection. Certains voudraient faire de l'ensemble de ces signes un syndrome précurseur, qu'ils dénomment ***schizotaxie***, qui serait annonciateur de schizophrénie avec un degré élevé de probabilité.

On s'efforce actuellement de valider ce syndrome (c'est-à-dire de vérifier sa valeur prédictive). De plus, chez les parents, *volontaires* non malades mais présentant eux-mêmes les signes constitutifs de ce syndrome, des études préliminaires de courte durée semblent indiquer que certains des signes déficitaires pourraient être corrigés ou atténués par de très faibles doses de neuroleptiques, ce qui, en soi, pourrait constituer un élément prédictif supplémentaire (***Ming, T.T., & al., Can. J. Psychiatry 47, 518-526, 2002***).
Mais ces "expériences" d'administration de neuroleptiques, réalisées pendant des courtes périodes, à très faibles doses et avec l'accord de ceux qui s'y prêtaient, ne sont nullement des préliminaires à l'administration préventive et systématique de neuroleptiques à de présumés futurs malades, comme certains l'ont laissé croire à tort et de manière irresponsable. On est encore fort loin de ce genre de science-fiction et de scénario catastrophe.
En Allemagne également, des psychologues (Cliniques Universitaires de Hambourg) ont mis au point, auprès de malades et de leurs proches, des questionnaires "psychotechniques", surtout "d'intelligence verbale" permettant de révéler, avec une probabilité élevée, la prédisposition à développer une schizophrénie.

Comment se fait-il que, dans de nombreux pays, ***tous non francophones***, on parvienne à financer des psychologues pour procéder à des tests dont la validité peut être éprouvée

scientifiquement, alors qu'en francophonie, seules des firmes commerciales financent des psychologues, mais pour ne pratiquer que des "tests psychologiques projectifs de personnalité" destinés officiellement à sélectionner les candidats à l'embauche (*alors qu'on sait pertinemment que ces tests n'ont pas plus de valeur diagnostique que la divination dans le marc de café ou que de faire tourner des guéridons*)?

Ce que nous avons vu plus haut montre qu'on avance quand même, lentement, trop lentement à notre goût, et plutôt ailleurs que chez nous. Nous sommes encore loin de disposer des moyens diagnostiques et de thérapeutiques satisfaisantes des maladies mentales chroniques.

C'est pourquoi, en attendant ces moyens qui finiront bien par exister un jour, au lieu de tenir des discours vides il vaudrait mieux créer ***vraiment*** les indispensables lieux de vie adaptés à ces malades, par exemple sur le modèle de ceux connus depuis longtemps sous les noms de **Club House** et de **Fountain House** (www.iccd.org , www.fountainhouse.org). Comment se fait-il qu'il y en ait aux U.S.A., au Canada anglophone, en Irlande, dans des pays scandinaves, en Hollande, mais aucun dans les pays francophones ou du bassin méditerranéen? La solidarité humaine ne serait-elle pas comprise de la même manière en francophonie que dans le reste du monde?

NON-DIT

SELON QUI LES DIT ET QUI LES ENTEND, LES MOTS CHANGENT DE SENS. Il en va de même des silences entre les mots, silences auxquels certains qui les écoutent substituent des mots qu'ils choisissent, inventions personnelles tirées de leur imagination

Je pensais à ces choses comme je lisais la Psychanalyse de Freud;
ce n'est qu'un art de deviner ce qui n'est point.
Alain. Propos. "Signes ambigus", 17 juillet 1922

Une locution qui leur est chère revient fort souvent dans la bouche et sous la plume de nos professionnels de la "santé mentale": c'est le "**non-dit**". Cette expression est passée dans le langage courant, elle est "à la mode".

Par exemple, le psychothérapeute, écoutant les récits, fantasmes et délires de son patient, nous affirme assez souvent: "Ce n'est pas ce que le patient nous dit qui importe vraiment; en réalité, l'important est dans le **non-dit**". D'autres parfois, qui se croient médecins parce qu'ils récitent, avec assurance mais ignorance et sans trop réfléchir, l'un ou l'autre lieu commun, ragot habillé de jargon de métier, nous assènent que: "parmi les caractéristiques de la schizophrénie, on trouve une extrême sensibilité à ce qui est dit, et surtout **non-dit**...". Non seulement c'est faux, mais plus exactement c'est dépourvu de sens (ce n'est peut-être pas un hasard). Les textes et discours de "psys" fournissent assez d'exemples de cet abus de langage pour n'avoir pas à vous en infliger encore des exemples supplémentaires.

D'après le dictionnaire "Le Petit Robert" (édition de 1994), ces deux mots réunis en sont devenus un seul qui a acquis droit de cité dans la langue vers 1980. Ce couple de mots d'abord dépourvus tant d'existence que de substance réelles est désormais devenu un substantif à part entière et a trouvé place dans le dictionnaire. Ce dernier en donne la définition suivante: ***Ce qui n'est pas dit, [ce qui] reste caché dans le discours de quelqu'un***. Voilà une définition qui est bien la fille de son siècle, elle sent à plein nez la méfiance systématique et morbide, la suspicion, elle mène à la délation, voire aux procès politiques de pays totalitaires, le MacCarthysme, etc., la liste de ces relents est loin d'être close.

En réalité, selon les circonstances et ceux qui en parlent, il y a une grande diversité de "**non-dit(s)**". Par conséquent, sous une apparence souvent bénigne, l'expression de "**non-dit**" peut se révéler soit insipide, soit très perverse. Elle autorise et banalise toutes les méprises, mais aussi toutes les insinuations. Et le grand public profane d'une part, les "professionnels" d'autre part, s'ils ne prennent pas la précaution d'en préciser explicitement la signification avant de s'en servir, lui attribueront à coup sûr des sens fort divers qui seront à l'origine de malentendus inextricables.

D'un côté, on pourraît donner au "**non-dit**" une signification commune et générale, plutôt anodine: habituellement, pour vous et moi, pauvres naïfs et crédules de bonne foi que nous sommes, ce ne serait qu'un silence de signification neutre et banale, une absence de mots n'attirant pas spécialement notre attention, car il aurait fallu, pour y prêter attention, que, déjà, d'avance, nous guettions la présence de ces mots attendus, que leur absence nous surprenne et déçoive notre attente. Dans ce dernier cas cependant, posons-nous cette question: sur quoi notre attente serait-elle alors fondée, sinon sur une sorte de procès d'intention monté par notre propre imagination?

D'un autre côté, au contraire, en lui attribuant un contenu supposé, imaginaire (*mais ne devant certainement rien au hasard*) , on pourra faire du "**non-dit**" un outil interprétatif toujours dangereux parce que par nature irréfutable. Psychologiquement orienté, tendancieux, compatible avec toutes les interprétations, le "**non-dit**" ainsi inventé (*tel un silence artistement peuplé de*

sous-entendus éloquents pour celui seul qui prétend savoir les entendre et les comprendre) permet d'échafauder tous les procès d'intention qu'on voudra. Le plus souvent l'interlocuteur du moment, faisant désormais figure d'accusé, ne pourra s'en défendre efficacement: en effet, on le condamnera sur la base de ce qu'il n'aura ***pas*** dit (*implicitement: qu'il se refusait à dire, mais qu'il aurait dû reconnaître et avouer*).

Comment pourrions-nous, très généralement décrire, en d'autres mots, les différentes variétés possibles de "**non-dit**", pour en montrer, selon les cas, peut-être parfois l'innocence véritable, c'est-à-dire la vacuité, mais bien plus souvent encore, l'absurdité, voire le mensonge délibéré sous prétexte de subtilité et d'ingéniosité?

En première approximation, constatons qu'au sein d'un discours constitué d'une succession de mots distincts formant des phrases, elles-mêmes représentant des idées, des opinions, des sentiments, le "**non-dit**" est tout ce qui a, ou pourraît avoir, un rapport, plus ou moins direct, avec ces idées, opinions, sentiments, etc., mais que l'orateur n'a pas prononcé sous forme de mots audibles. C'est donc "tout ce qui n'est pas exprimé" très explicitement, mais dont ***la définition du dictionnaire postule, en prime, la dissimulation***.

Pour une majorité des gens honnêtes et "sensés", dont j'ose espérer faire partie et à qui je m'adresse, le "**non-dit**" est tout simplement ***ce qui n'est pas dit, précisément parce que ce serait sans rapport avec ce dont on parle*** et que, justement à cause de cela, on n'a aucune raison valable d'en parler sur le moment ni, *a fortiori*, de même y penser. D'ailleurs, pourquoi et comment parlerait-on de ce à quoi on ne pense pas? Car penser, n'est-ce pas aussi une manière un peu particulière de se parler à soi-même (*dans son "for intérieur"*), même si ce n'est pas nécessairement en mots? Et si on ne pense pas à autre chose que ce qu'on dit (*et **se** dit*), pourquoi faudrait-il toujours et automatiquement en chercher la raison dans la dissimulation? Si j'entre dans une boulangerie pour y acheter de la farine, la boulangère imagine-t-elle nécessairement que je lui cache pourquoi je ne lui parle pas du pain ni de la levure qu'elle ne demanderait pas mieux que de me vendre, mais dont il se trouve que je n'y pense pas car je n'en ai pas besoin aujourd'hui?

Un autre exemple de "**non-dit**" est plus plausible. C'est le discours que le politicien tient aujourd'hui devant nous, qui ne mentionne surtout pas le discours qu'il tenait hier, sur le même sujet, devant un autre auditoire, car ce qu'il disait alors contredit clairement ce qu'il prétend maintenant. Replacé dans le discours d'aujourd'hui, celui d'hier peut effectivement être appelé du "**non-dit**".

Dans la même veine, le discours farci de circonlocutions que nous tient le psychiatre à qui nous demandons le diagnostic de l'affection pour laquelle nous lui avons adressé notre enfant, ce discours peut, lui aussi, recéler de multiples "**non-dits**": ceux de son ignorance éventuelle, et ceux qu'ils ne veut pas dire mais qu'il confie au dossier médical écrit que la loi lui impose de tenir. Dans ces deux exemples, l'existence et le contenu du "**non-dit**" ***peuvent être prouvés***, puisqu'il suffit, pour débusquer le "non-dit", de confronter deux discours accessibles, prétendument les mêmes, dans un cas celui du jour à celui de la veille, dans l'autre cas ce qui a été dit à ce qui est écrit, et constater les différences.

Mais si, dans une conversation, notre interlocuteur nous disait des choses évoquant pour nous des souvenirs personnels, dont ***nous saurions que lui-même ne pourrait avoir connaissance***, nous viendrait-il à l'esprit d'appeler ces souvenirs le "**non-dit**" de notre interlocuteur, lui prêterions-nous nos propres souvenirs, simplement parce qu'il n'aurait pas prononcé (et comment l'aurait-il pu?) les mots que nous-mêmes aurions pu employer? Techniquement, *pour nous*, ces paroles non prononcées pourraient bien être du "**non-dit**". Mais, puisque nous l'aurions nous-même fabriqué, ce serait *notre* "**non-dit**", pas celui de qui nous parle. Et, à la différence des deux exemples précédents, nous ne pourrions en trouver la preuve d'existence que dans notre imagination.

Et comment alors qualifierions-nous le fait d'attribuer d'autorité notre pensée, notre "**non-dit**" à la personne qui nous fait face, peut-être même en dépit de son incompréhension, de son étonnement, de ses dénégations, puis de son éventuelle indignation si nous lui en faisions part, si nous tentions de lui imposer notre version du "**non-dit**"? Cela ne pourrait que ressembler fort à une démarche inquisitoriale produite par notre esprit morbide (*et nous serions peut-être bien inspirés alors de prendre de longues vacances!*)

Nous avons vu plus haut que, de toute évidence, une conversation - entre gens "sensés" et de bonne foi, s'entend - ne pouvait que rester muette sur l'infinité des sujets sans rapport avec l'objet de la conversation. Cette infinité de sujets passés sous silence, personne dans son bon sens ne devrait donc imaginer en faire du "**non-dit**" car, pour un seul mot prononcé, on devraît alors supposer tout un dictionnaire silencieux de "**non-dits**", ce qui non seulement serait matériellement impossible (combien de temps devrait-on y passer?) mais serait aussi totalement absurde.
Eh! Bien, vous vous tromperiez si vous pensiez ainsi. En effet, là où vous ne voyez aucun rapport d'un sujet à un autre, de nombreux "psys" en ont imaginé, ils disent les avoir trouvés, certains sont même capables d'en trouver encore d'autres, impromptu, entre *tout et n'importe quoi* (depuis un certain Sigmund, tout est désormais permis dans ce domaine).
Par conséquent, ils sont capables de créer n'importe quel "**non-dit**" et, littéralement, de vous le "mettre sur le dos" (en avant pour les chasses aux sorcières et autres joyeusetés...).
Et une fois que vous l'avez "sur le dos" (*sinon ailleurs...*), il n'y a évidemment qu'eux pour vous en "décharger", c'est-à-dire vous "guérir". Il paraît que ce serait "scientifique", mais cela, c'est faux et, pour cette raison précisément, c'est imparable car de l'ordre de la révélation et du dogme qui ne se discutent pas. Si ces procédés ne nous paraissent guère correspondre à une sincère volonté d'aider son prochain, ils sembleraient plutôt dénoter un profond mépris de la personne humaine et trahir l'indifférence à sa souffrance. Mais cela, bien sûr, c'est du "**non-dit**".

"Nous n'héritons pas de caractères, de maladies ou d'une morphologie; nous héritons d'une succession de bases: quatre en tout, et de leur arrangement naît notre diversité physique et mentale".

Pierre Roubertoux: "Existe-t-il des gènes du comportement?"
Odile Jacob, Paris 2004, p. 14. ISBN 2-7381-1545-4.

MALADIES MENTALES, GÉNÉTIQUE, RACISME.

"Mit derDummheit Kämpfen Götter selbst vergebens."
"Même les dieux combattent en vain la bêtise."
(Friedrich Schiller: Die Jungfrau von Orléans.)

"Manche lernen's nie... Und dann noch unvolkommen!"
"Certains ne l'apprennent jamais... et même alors de façon seulement incomplète!"
(berlinoise anonyme: ein berliner Witz, vers 1925)

L'importance de plus en plus généralement reconnue du rôle joué par les "facteurs génétiques" dans l'éclosion des maladies mentales suscite, tant chez certains "professionnels de la santé mentale" que dans une part de leur clientèle et aussi dans le grand public, un malaise parfois profond qui souvent va jusqu'à entraîner le rejet quasi-réflexe de "la théorie génétique" (la révolte de ceux qui se dénomment eux-mêmes des "ex-patients" en est un exemple caractéristique). Des prises de position tranchées et intolérantes sont proclamées, des disputes passionnées s'élèvent entre, d'une part ceux qui reconnaissent et défendent ce rôle du génome et, d'autre part, ceux qui s'insurgent contre ce qu'ils considèrent comme une théorie dont ils contestent la validité et qu'ils assimilent à du racisme (*l'influence du génome, depuis longtemps, n'en est plus au stade d'hypothèse mais est une théorie solidement étayée par des faits vérifiés, observations vérifiables et reproductibles qui ne cessent de s'accumuler*).

Ces sempiternelles disputes ont pour **première** et principale origine des **croyances** et des **idéologies** racistes préconçues, presque toujours présentées par la majorité de leurs partisans comme des "théories" fondées sur la science, quoique n'ayant en fait strictement rien de scientifique et ne se basant en réalité que sur la volonté de puissance et de domination de leurs promoteurs, sur le besoin de certains groupes d'affirmer, par les moyens qui leur paraissent les plus commodes et les plus rapides, leur prétendue supériorité (physique, intellectuelle, morale, etc.) sur les autres humains (la conviction d'appartenir à une élite naturellement privilégiée).

La **deuxième** source de ces querelles (que certains voudraient qualifier de "débats"), c'est la surdité volontaire sans égale dont Victor Hugo déjà disait qu'elle est une caractéristique des fanatismes. Cette surdité volontaire empêche les adversaires de la génétique en psychiatrie, mais aussi les racistes auxquels ils s'opposent, de s'instruire de ce qu'est vraiment la génétique, sur ce que sont les méthodes de cette discipline. Ils sont persuadés en savoir tout d'avance, sans avoir besoin de rien en connaître, sans jamais avoir rien voulu apprendre ni comprendre de sérieux à ce sujet, mais ils en ont commodément retenu le nom et ils s'en contentent. Cette deuxième origine de querelles stupides, il nous faut donc bien oser la nommer malgré qu'elle soit sans doute la pire de toutes: c'est, chez les querelleurs de tous bords, l'obstination dans l'ignorance (anciennement, cela s'appelait ***l'obscurantisme***). Elle est le terrain rêvé pour tous les manipulateurs extérieurs dénués de scrupules, en quête d'influence et de pouvoir. Depuis le temps qu'on le sait, les manipulés devraient savoir, eux aussi, qu'ils finissent toujours, tôt ou tard, en dindons de la farce.

Tant ***chez ceux qui se revendiquent de ces doctrines racistes*** qu'ils se sont taillées sur mesure pour se faire plaisir (se valoriser à leurs propres yeux tout en amoindrissant ceux qui leur déplaisent), que ***chez ceux qui s'y opposent à juste titre*** mais croient erronément qu'elles se basent sur "la génétique", personne de tous ceux-là en réalité ne sait ce qu'est la génétique. Tous ces incorrigibles ignorants peuvent ainsi continuer à se jeter à la tête des uns et des autres ce mot de génétique qui, selon le camp où il est invoqué, paraît justifier tout et son contraire, et dont ils se servent sans jamais chercher à en comprendre la vraie signification. Ces disputes de

sourds, à leur tour, entretiennent l'ignorance et la désinformation, elles cultivent l'intolérance, les souffrances et le malheur, elles favorisent la résurgence périodique de ***tous*** les racismes, de tous les ostracismes et des pires excès.

Contrairement à ce que semblent imaginer certains "ex-patients" psychiatriques protestataires contre la génétique, les théories racistes ont été élucubrées ***bien avant et en dehors de toute démarche scientifique de génétique***, parfois par des anthropologues - pas des généticiens! - pleins des préjugés sociaux de leur époque, mais bien plus encore par des idéologues politisés (fanatiques ou opportunistes inféodés à des régimes totalitaires). Ce n'est qu'***ensuite*** que, tentant vainement de se rendre respectables et crédibles, ces derniers ont laissé croire faussement qu'ils étaient des scientifiques. Ils ont prétendu qu'ils se basaient sur la génétique, alors qu'ils n'avaient de celle-ci aucune notion sérieuse. La "génétique" utilisée par les soi-disant "scientifiques" allemands du 3ème Reich (*de pseudo-médecins ou anthropologues ratés, petits dignitaires à la solde du régime nazi, le plus souvent pris en exemple pour illustrer les "méfaits de la génétique"*) n'était qu'un ramassis de fantasmes, de superstitions et de légendes, inventions fumeuses plus ésotériques et fantaisistes encore que la phrénologie de Franz-Joseph Gall au 19ème siècle.

Ceux qui, de nos jours encore, continuent de croire que la "théorie génétique" de la genèse des affections mentales s'apparente aux théories racistes seraient vraisemblablement fort surpris d'apprendre qu'en fait, bien au contraire c'est la génétique et ses développements modernes actuels qui, de manière éclatante et sans la moindre équivoque, a démontré l'inexistence des races humaines en tant que telles et l'inanité des thèses et théories racistes. Mais veulent-ils seulement l'entendre?

Se posant en défenseurs de la cause des malades mentaux mais aussi en adversaires de "la théorie génétique", certains affirment péremptoirement que "*Il est absolument impossible de démontrer par des statistiques que les psychoses, ou d'autres affections psychiques, aient une quelconque origine génétique.*
Pour prouver une telle chose, les partisans de la thèse génétique devraient isoler le ou les gènes qui sont à l'origine des psychoses, puis découvrir en quoi ces gènes ont une influence sur le cerveau, pour démontrer quel est l'hypothétique facteur 'biochimique' qui rend les intéressés malades".
Ceux qui affirment cela montrent bien qu'ils ne comprennent pas la démarche de la génétique ni ses méthodes parce que, de toute évidence, ils ne les connaissent pas. Leur raisonnement est totalement faux.

La démarche fondamentale de la génétique a été indiquée par son fondateur, le moine tchèque Gregor Mendel, qui publia les résultats de ses observations d'hybridation (la reproduction sexuée des petits pois) en 1866. Cette démarche n'utilisait que les croisements entre variétés distinctes d'après leurs caractéristiques visibles, la généalogie, le classement et le dénombrement des individus distincts résultant de ces croisements à chaque génération (sur des échantillons complètement dénombrés mais suffisamment grands). Ce précurseur a pu ainsi montrer qu'il était possible de prédire, avec sûreté et une grande précision, pour chaque génération d'hybrides résultant de ses croisements, les proportions d'hybrides des différentes catégories obtenues, les nombres observés dans chaque catégorie. ***Ceci a été établi sans que Gregor Mendel ait eu besoin d'un microscope, ni de connaître l'existence des chromosomes ni, bien entendu des gènes et d'un hypothétique "facteur biochimique" dont ils auraient été responsables***.

Portant aujourd'hui sur des populations humaines entières, difficilement dénombrables pour d'évidentes raisons pratiques, la génétique utilise désormais plus souvent de rigoureuses méthodes statistiques plutôt que le simple dénombrement comme le faisait Mendel (la statistique, le calcul des probabilités et les ordinateurs nous permettent aujourd'hui des calculs d'une ampleur et d'une complexité qui auraient été hors de portée pratique, même pour le grand pionnier des statistiques en biologie que fut Galton en 1877).

Ce n'est pas ici la place pour infliger un cours de biologie élémentaire sur la division cellulaire, la reproduction sexuée, les chromosomes, etc., qui expliquent la transmission et l'expression des

gènes de génération en génération. Il y a pour cela d'excellents traités et livres de vulgarisation accessibles à des publics de tous niveaux. Ne mentionnons ici qu'une des conséquences bien connue de ces faits biologiques établis de longue date: dès qu'une caractéristique - ou une affection - humaine ne se répartit pas de façon homogène et au hasard dans la population générale, et si l'on constate que sa fréquence est systématiquement d'autant plus grande que la parenté des individus concernés est plus proche, il y a lieu de suspecter que la caractéristique (l'affection) en question comporte une composante génétique.
Ceci est encore conforté par les études portant, dans le monde entier, sur les jumeaux, mono- et dizygotes (les premiers ayant 100% de leurs gènes en commun, les deuxièmes seulement 50%).

Le rôle de l'éducation et de l'exemple du comportement sur la fréquence d'apparition des affections mentales a été invoqué et opposé au "biologique" par les adversaires du "facteur génétique". Mais cette explication-là, qu'il a fallu subir, pendant un siècle et plus, de la part de multiples charlatans et autres psychodynamiciens, elle est, aujourd'hui, heureusement en passe d'abandon complet et, espérons-le, définitif. Voudrait-on en revenir aux fumeuses pratiques magiques sans valeur thérapeutique mais génératrices de souffrance que Freud et ses émules avaient mises à la mode?
L'explication "psychologique" de l'éducation et de l'environnement familial "pathogènes" a été balayée par l'observation des fréquences des affections mentales chez les jumeaux élevés soit ensemble, soit dans des familles d'adoption distinctes. L'éducation partagée et la vie en commun ne font pas s'élever les fréquences constatées de maladie mentale là où on les observe, l'éducation séparée et la vie dans des environnements distincts ne diminuent pas le risque pour un jumeau monozygote de développer la même affection mentale que l'autre.
Ce sont là des observations effectivement statistiques, mais dont la rigueur et la validité (l'absence de "manipulation") sont immédiatement et facilement contrôlables (*en génétique, on ne peut manipuler les chiffres de la manière dont on suspecte que les "statistiques" ministérielles officielles de l'emploi ou de la délinquance puissent parfois l'être, par exemple!*).

Concluons de ce qui précède qu'***il n'est absolument pas nécessaire de connaître au préalable le ou les gènes responsables d'une affection, quelle qu'elle soit, pour pouvoir affirmer que ses causes comportent une composante génétique***. *Il "faut et il suffit"* pour cela de connaître la répartition des fréquences de la maladie dans la population générale, en fonction du degré de proximité génétique (de la généalogie) des individus de cette population.
Et cela, si ce ne sont pas des statistiques...
Et c'est seulement à partir du moment où la composante génétique est ainsi constatée que la recherche des gènes proprement dits prend un sens et peut être entreprise. Dans le cas des maladies mentales chroniques graves, il s'agit d'associations de gènes plutôt que de simples gènes isolés comme ceux auxquels, par un heureux hasard et sans le savoir, Mendel s'était attaqué à l'origine. Leur recherche en est compliquée d'autant. Mais on sait qu'ils existent, tout comme existaient déjà les gènes des petits pois de Mendel, qui pourtant n'en savait rien et ne pouvait pas les trouver, parce qu'il n'en avait pas les moyens.
Jusqu'à il y a peu (*et non par une recherche de plus d'un siècle, comme l'ont prétendu, parce qu'ils étaient mal informés, de naïfs adversaires du "génétique")*, on ne disposait pas non plus des moyens pour chercher - et donc pour trouver - les gènes du génome humain, alors même qu'on savait qu'ils existaient.
De notoriété publique, ce n'est plus tout à fait le cas aujourd'hui. Et donc, l'espoir est permis. Il grandit. Il n'a rien à voir avec du racisme.
De même, dire, comme certains, que "*Les maladies psychiques relèvent du psychisme*", ce n'est une lapalissade qu'en apparence. En réalité, quand (si) on y réfléchit, on peut se rendre compte que cela ne veut rien dire du tout.
Défendre une bonne cause par des erreurs et de mauvais arguments, c'est la torpiller plus sûrement encore que ses adversaires déclarés ne pourraient le faire eux-mêmes.

On peut trouver des croyances *opposées à ce qui précède à l'adresse: http://www.alterpsy.org/pagenetic.php*

Première publication: **15 Août 2003** ***(J.D.)*** Dernière modification: **15 Août 2003**

D'abord les soins adéquats.
Mais aussi, ***l'aide*** indispensable...

Je rappelle ici ce que je disais déjà dans un des premiers articles du site mens-sana (Ce site): "*les causes [des maladies mentales] n'étant pas encore connues, les actuels traitements à mettre en oeuvre ne pourront être que palliatifs, mais ils devront, eux aussi, être bien concrets (médicamenteux). Sauf exceptions fort rares et totalement imprévisibles, même quand ils seront efficaces ils ne donneront, sans doute, pas entière satisfaction et présenteront par eux-mêmes des inconvénients. Les résultats partiels, insuffisants ou imparfaits de la médication obligeront de continuer à dispenser, à de nombreux malades médiqués, en plus de leur médication, des soins consistant, non pas en l'une ou l'autre prétendue "psychothérapie" plus ou moins arbitraire et fantaisiste, mais en un encadrement et un soutien psychologique individuellement adaptés à chaque personne.*"

En fait, une proportion importante de malades devront encore, pendant des périodes plus ou moins longues, parfois même en permanence et peut-être définitivement, être accompagnés par du "personnel soignant". On a pris l'habitude d'appeler cet encadrement des "soins psychiatriques". Cette appellation est fausse et prête à confusion. On pourrait en effet imaginer qu'elle signifie le recours à des "infirmiers psychiatriques" d'une espèce toute particulière et distincte des autres infirmiers et infirmières, parce qu'ils seraient spécialement et longuement entraînés à diverses "thérapies" ayant nécessité une formation très ardue et quelque peu ésotérique, unique en son genre, où toutes sortes de techniques "psychologiques" seraient enseignées. Pareille représentation est imaginaire, elle n'est qu'une illusion.

En réalité, un certain nombre de malades, même si on est parvenu à mettre au point une médication adaptée au mieux [*possible*] à leur cas personnel, ne recouvrent pas une autonomie suffisante leur permettant de vivre seuls. **Pour mettre les points sur les i, cela signifie que, s'ils sont laissés entièrement à eux-mêmes, ils ne seront pas nécessairement capables de toujours se débrouiller, même dans des circonstances banales de la vie quotidienne** (*allant de la planification des activités ménagères de chaque jour jusqu'à leur mise en oeuvre, l'adaptation aux petits imprévus quotidiens et leur gestion, l'hygiène, l'alimentation, la gestion des ressources: du budget et des charges d'habillement et d'habitation, l'entretien du logement, etc., etc.*)**, et on sait aussi qu'une fraction importante d'entre eux ne penseront même pas à appeler à l'aide en cas de besoin.**

Il faut donc leur fournir, non plus systématiquement et uniquement de prétendus "soins", mais une ***aide pratique, matérielle et humaine qui pallie leurs déficits***: ceux-ci étant très variables d'un individu à l'autre, leur sévérité relative étant elle aussi très variable selon les cas individuels, seules les solutions personnalisées au cas par cas auront des chances d'être efficaces et d'être acceptables par une majorité des malades. Les "mesures" générales de nature administrative, bureaucratiques et standardisées selon des directives ministérielles un peu abstraites courent inévitablement à l'échec et provoquent le rejet car, peu flexibles, elles constituent toujours une entrave aux solutions individuelles, particulières, elles ne permettent jamais de répondre correctement aux besoins réels et très divers de chaque personne.
Le "prêt à porter" sur catalogue, on sait fort bien que cela ne marche pas en "santé mentale". Il faut du "sur mesure" pour chacun. De cette exigence très pointue découlent, évidemment, de nombreuses difficultés dont on ne sait pas toujours comment les affronter ni, surtout, comment les surmonter. Par conséquent, chez nos "officiels responsables" de la santé publique (*qui se satisfont de généralités superficielles, pourvu qu'elles rendent un son séduisant dans les discours d'inauguration*), on préfère généralement les passer sous silence et les ignorer. Cela signifie aussi que, au moins chez nous en Belgique, ce "sur mesure", pourtant indispensable, est inexistant. Ce sont en général les familles des malades qui tentent de suppléer à cette carence mais, dans leur grande majorité, elles n'en ont pas les moyens.

La **première difficulté**, déjà évoquée à de multiples reprises ailleurs, c'est celle de l'accès rapide aux soins, mais c'est surtout celle de l'identification et de l'évaluation correctes du besoin en soins dès le début visible de l'affection, c'est-à-dire la difficulté à laquelle, dans chaque cas précis, on se heurte pour établir quelle est la molécule médicamenteuse adéquate et quelle est la posologie optimale du médicament à administrer. Ceci n'est jamais prévisible a priori. Il faut donc procéder à des essais thérapeutiques qui peuvent requérir beaucoup de temps, aussi bien pour en expliquer la nécessité aux intéressés et la leur faire accepter, que pour les mettre en oeuvre et pour en évaluer les résultats.
Cette évaluation de l'efficacité du traitement exige une bonne connaissance préalable de chaque malade (*la vraie familiarité avec lui et avec ses antécédents de vie*), et il tombe sous le sens que les soignants en général ne peuvent avoir cette connaissance dès leur premier contact avec de nouveaux patients. Cette inévitable lacune, ils ne peuvent la combler que très progressivement et avec l'aide indispensable des familles.

Malheureusement, et c'est là une **deuxième difficulté**, la collaboration des "soignants professionnels" avec les familles est encore loin d'être une pratique généralement admise. Certains soignants même s'y opposent.
Parmi les soignants, ils ne sont en effet pas rares, ceux qui continuent de croire erronément à la responsabilité de l'éducation, au rôle néfaste des familles et à la "responsabilité" (?) des malades eux-mêmes dans la genèse de leur affection (*p.ex. http://www.eg-psychiatrie.com/article.php3?id_article=252*). C'est en effet ce que certains (*sont-ce des "enseignants" objectifs ou des missionnaires, sortes de représentants de commerce, des "propagandistes" d'un certain type de "thérapie"?*) semblent s'obstiner à leur enseigner. Ce ne sont pourtant que des superstitions et des idées reçues depuis des temps immémoriaux, reprises et "rénovées en façade" par la psychanalyse ou par des théories "psychodynamiques" dérivées de cette psychanalyse. Elles sont dépourvues de toute validation et ignorent délibérément les preuves contraires apportées par les neurosciences.

L'adoption de ces théories par les soignants et leur adhésion docile, crédule et conformiste à ce qui ne sont que des croyances sans aucun fondement (*des inventions*) revient à renforcer leurs préjugés et leurs idées fausses, à les imprégner de jugements moralisateurs, d'appréciations morales (*surtout péjoratives, bien sûr!*) sur les malades eux-mêmes, leurs familles, leur milieu social.

Négation absolue de l'éthique élémentaire qui devrait être celle de tout soignant (***ne jamais juger!***), ces jugements moralisateurs sont à proscrire absolument. De plus, ils sont une entrave très préjudiciable à la relation de confiance requise par toute thérapeutique, et ils sont un obstacle à la collaboration nécessaire des familles avec les soignants. Ils peuvent aller jusqu'à transformer les soignants qui s'en font les adeptes, voire les prosélytes, en véritables commissaires politiques d'un credo absurde qu'ils veulent faire passer pour une "thérapie" et qu'ils tentent d'imposer autour d'eux: aux malades aussi bien qu'à leurs proches. Dès lors, ils ne soignent plus, ils jugent (*et au nom de quoi, je vous le demande?*) et ils catéchisent.
Il ne s'agit plus alors de thérapeutique mais de rééducation à la manière de ce qui se fait dans les camps d'endoctrinement de certains régimes totalitaires (ou dans certaines prétendues "madrassas"), ce qui témoigne plus d'une volonté de domination et de sujétion à un dogme que d'une authentique mission d'aide.

Malheureusement, et c'est la **troisième difficulté**, ces ***fausses thérapies, sortes de "lavages de cerveau", sont inefficaces*** dans le cas des maladies mentales chroniques graves comme la schizophrénie, par exemple - *devrions-nous donc nous en étonner?* Mais ***elles sont aussi néfastes***, dans la mesure où, bien que ne produisant aucun soulagement manifeste ni durable de l'affection mentale, elles semblent néanmoins autoriser les responsables des "soins" à se désintéresser de **l'aide** nécessaire au mieux-être des malades. Cette **aide**-là n'a pas sa place dans la conception que de nombreux soignants se font de leur rôle. Elle n'est pas de leur ressort, elle n'est pas dans leurs attributions ni de leur compétence.

Pétris de fausses certitudes inculquées, confits dans la bonne conscience acquise grâce à ces certitudes, ils ne sont pas gênés pour vous dire: "il y a des travailleurs sociaux et des éducateurs pour cela; nous, on a fait ce qu'on a pu *[implicitement:même si cela ne servait finalement à rien]*, à d'autres de prendre la suite, nous n'avons pas à nous préoccuper de savoir comment ces autres-là - *[on fait comme s'ils existaient!]* - s'y prendront"...

... tout en ignorant *délibérément* que ni les travailleurs sociaux, ni les "éducateurs" n'existent, qui seraient valablement formés à ce travail d'**aide** aux malades mentaux chroniques dont personne n'enseigne de manière pragmatique, utile, les particularités et les conséquences pratiques de leurs affections (*ceux qui en parlent, les connaissent-ils vraiment, savent-ils de quoi ils parlent?*) ...

... tout en ignorant *délibérément* que des lieux d'accueil et de vie où pareille **aide** serait disponible sont tout aussi inexistants que le **personnel aidant compétent** qu'on devrait pouvoir y rencontrer...

... tout en ignorant *délibérément* que, même si, par extraordinaire, des lieux d'**aide** existaient, même si, exceptionnellement, le personnel d'**aide** compétent s'y rencontrait, il ne disposerait sans doute pas des moyens matériels pour rendre cette **aide** effective.

Il n'est pire sourd que celui qui ne veut entendre. Il n'est pire ignorant que celui qui ne veut pas savoir. Et, pour tout humanitaire, il n'est faute plus grande que de refuser le savoir, car il s'interdit ainsi d'aider efficacement ceux à qui il a tacitement promis son aide.

Agressivité, Violence, Dangerosité

sont-elles les seules (ou peut-être les plus fréquentes) caractéristiques justifiant l'hospitalisation forcée que les uns préconisent et défendent, alors que les autres s'y opposent avec véhémence?

L'agressivité, la violence, la dangerosité font *peur*. Dans l'esprit des gens, elles sont associées indistinctement à "la maladie mentale" et aux malades mentaux.

La peur des maladies mentales *(la crainte d'en contracter une)*

Comme il a été dit, ailleurs sur ce site et à plusieurs reprises déjà, la seule évocation des maladies mentales fait généralement peur aux personnes ***mal informées*** des particularités de ces affections. La majorité de ceux qui constituent ce qu'on appelle "le grand public" (Mr et Mme "Tout le monde") ont ***peur des maladies mentales*** (*principalement de la schizophrénie, qui est pour tous l'exemple même de la "folie"*).

Ils redoutent ***les maladies mentales*** et en écartent involontairement le spectre de leurs pensées. Ils devraient se rassurer. Contrairement à une croyance populaire largement répandue que l'on retrouve aussi dans de nombreuses oeuvres de fiction (*mais pas seulement là*), les maladies mentales chroniques, bien qu'elles soient un fléau souvent comparé à la peste, au choléra ou au SIDA, elles ne "s'attrapent" pas.

C'est dire aussi qu'on n'engendre pas les maladies mentales par une éducation fautive, ni en contraignant les gens à un mode de vie que certains condamneraient sur base de ce qu'ils croient "convenable" ou non, ni en les plongeant dans des situations inextricables ou insupportables. Dans cette dernière éventualité, on les rendrait sans doute très malheureux, on provoquerait peut-être leur révolte, on n'en ferait cependant pas des malades mentaux (*même si c'est ce que de nombreuses organisations et administrations dites de "santé publique" ont tendance à laisser croire*).

Et, s'il est vraisemblable qu'une large majorité de malades mentaux sont effectivement malheureux, si même certains parmi eux se révoltent parfois, à leur manière, contre ce monde pour eux incompréhensible dans lequel ils se débattent, "leur" monde dont nous ne pouvons imaginer comment ils le perçoivent et que sans doute nous trouverions absurde si nous pouvions y entrer ou l'entrevoir, il ne s'ensuit pourtant pas que, à l'inverse, tous les malheureux et tous les révoltés soient ou deviennent nécessairement des malades mentaux.

Les origines des maladies mentales chroniques pourraient se comparer à des combinaisons particulièrement désavantageuses de cartes dans la main d'un joueur, mais où, cette fois, au lieu des 52 cartes habituelles, le jeu complet serait composé de milliers de cartes différentes (*les gènes*). Les chances (ou, plus justement, les risques) pour un joueur de recevoir un mauvais jeu dépendent à la fois du nombre total des cartes, de leurs combinaisons possibles et, en dernière analyse, du ***hasard de la donne*** (*à cette dernière, chacun donnera évidemment le nom qui lui plaira: hasard, fatalité, malchance, destin, volonté divine, etc.*). S'il est bien naturel de redouter les conséquences de cette distribution aveugle dictée par les lois du hasard, il faut néanmoins toujours se souvenir qu'elles sont inéluctables et que nous y sommes tous soumis. Dès lors, nous ne pouvons que tenter de nous en accommoder, tâcher de ne pas en faire une hantise permanente!

La peur des malades mentaux
(la peur de leur agressivité et de leur violence supposées)

D'autres, plus que des maladies mentales, ont surtout ***peur des malades mentaux***. Cette peur-là, plus répandue que la précédente, est peut-être aussi plus compréhensible. En effet, comme toutes les maladies, les ***maladies*** mentales elles-mêmes ne sont que des constructions de notre esprit, des concepts. On ne peut ni les rencontrer ni les voir. Pourquoi donc y penserions-nous sans cesse, pourquoi s'y attendre, pourquoi les redouter en permanence?
Au contraire des **maladies** elles-mêmes qui ne peuvent se voir, on constate les dégâts subis par ceux qui en sont atteints, et ces **victimes**, elles, nous les voyons bien, nous les rencontrons, nous les touchons et elles nous touchent: ce sont les ***malades mentaux*** chroniques. Parce qu'ils nous sont devenus incompréhensibles et imprévisibles, ***étrange(r)s***, ils nous font peur (*on en pense: "sait-on jamais ce qui pourrait bien leur passer de dangereux par la tête?"*).
Pourtant, nous devrions savoir que cette peur-là n'est que rarement justifiée. Mais comme toujours, dans tous les domaines de la vie courante, la peur la plus tenace est celle de l'incompréhensible, de l'inexplicable, de l'imprévisible, de l'inconnu.
L'origine la plus commune de notre peur des malades mentaux résulte de ce que nous ne les comprenons pas. La méconnaissance de leurs maladies contribue à cette incompréhension et la renforce. C'est l'indifférence (*le désintérêt, l'absence de curiosité*) qui entretient l'ignorance et, à son tour, cette dernière engendre la peur de ce qu'on ne connaît pas. Et, parce qu'on a peur, on préfère ne pas savoir, on ne veut pas connaître, on ne cherche pas à comprendre.

Ainsi, **l'ignorance** d'une part, et d'autre part **l'indifférence** habituelle de tous et de chacun pour les malheurs individuels des autres sont tour à tour cause et conséquence l'une de l'autre: elles s'entretiennent et s'amplifient mutuellement.
Dans cette société encourageant dès l'enfance la compétition à tous niveaux, dans cette société individualiste jusqu'à l'égoïsme bien que célébrant, en même temps et bruyamment, la solidarité et "l'esprit d'équipe", chacun éprouve le sentiment de devoir faire face à déjà trop de difficultés et de soucis personnels pour encore, de surcroît pourrait-on dire, s'intéresser réellement et prendre part aux malheurs des autres, sinon par des paroles bienveillantes en apparence, sinon en s'apitoyant pour la forme, sans doute par bienséance ou politesse en quelque sorte, et parce que les paroles attestent des bonnes intentions, des bons sentiments et coûtent moins que les actes correspondants. Les prétextes et les excuses ne manquent jamais, qu'on peut invoquer en faveur de pareille attitude. De plus, on croit souvent se protéger de ce qu'on s'efforce d'ignorer (*un dicton allemand - et qui rime! - dit: waß ich nicht weiß macht mich nicht heiß: ce que j'ignore ne me fait ni chaud ni froid*).

C'est aux professionnels, puisqu'ils sont censés connaître les maladies mentales et ***toutes*** leurs conséquences, qu'il revient d'instruire la presse et les médias, et ensuite aux journalistes "scientifiques" de prendre le relais en informant le grand public par une vulgarisation correcte sur le sujet. On pourrait ainsi espérer réduire l'ignorance générale qui règne sur les malades mentaux, on pourrait combattre la peur de l'inconnu et progressivement améliorer le sort de ces malades en s'y intéressant enfin réellement.

Cependant, malgré quelques timides velléités de "campagnes d'information" sur les maladies mentales qui se sont manifestées ces dernières années, les mentalités ne semblent pas encore prêtes, tant chez les professionnels de la psychiatrie que chez les journalistes, pour faire l'effort de diffusion d'une information ***objective*** à propos des extrêmes difficultés que vivent quotidiennement les malades mentaux et leurs proches. Dans le domaine des maladies mentales, la tradition dans notre pays a toujours été soit le silence, soit une rhétorique boursouflée mêlée de jargon pseudoscientifique et creux, plus destinée à cacher l'ignorance et l'impuissance des "professionnels" et à impressionner le public qu'à l'informer objectivement.

En effet, parmi les psychiatres, psychologues et les soignants, chez les "acteurs" du secteur de la "santé mentale", trop nombreux encore sont ceux qui se satisfont plus de croyances et de

convictions, d'idées reçues, de slogans et de théories sans fondements que de savoir véritable et vérifié, et ils sont bien souvent plus soucieux de la simple affirmation de leurs succès thérapeutiques supposés que d'en fournir des preuves tangibles. L'habitude prise par le public de les croire religieusement reste néanmoins tenace, parce que tel est le profond désir de ceux qui sont forcés de placer leurs espoirs en eux. Les vieilles superstitions et croyances erronées bien ancrées dans l'esprit de tous ne sont dès lors guère combattues, on se contente de les habiller de la "langue de bois" la plus récente possible, croyant par là-même les rajeunir et, ainsi, les valider.

Mais aussi, c'est que l'ignorance générale est propice à ceux qui s'érigent en "experts en communication" (*vous savez bien, ceux qui emballent dans de belles boîtes les mauvaises nouvelles comme les bonnes, et qui essayent de nous faire croire que la couleur séduisante de l'emballage améliore la qualité du contenu*), à ceux qui conseillent les politiques, et aux médias qui relayent leurs discours.

L'ignorance quasi universelle du public profane épargne aux professionnels la corvée gênante, voire humiliante à leurs yeux, de faire aux médias l'aveu des lacunes dans leurs connaissances scientifiques et de reconnaître l'impuissance de la psychiatrie qui, aujourd'hui encore, résulte de ces lacunes. Ils préfèrent dissimuler leurs propres faiblesses derrière une logorrhée pleine de néologismes faussement techniques et dépourvue de signification réelle.
Leurs discours sont ensuite fidèlement repris par la presse et les médias qui, à leur tour, les amplifient (*les enjolivent*) sans s'efforcer de les traduire dans un langage plus intelligible pour le commun des mortels (*tâche assurément délicate, qui présenterait de plus l'inconvénient d'exposer la nudité de l'empereur*). Ainsi perdurent les erreurs bien enracinées dans la croyance populaire au sujet des malades mentaux chroniques et des maladies mentales. Les erreurs (*non rectifiées*), les lacunes (*non exposées*), les explications (*fantaisistes*), tout cela est gobé et régurgité sous forme d'une bouillie qui finit par faire partie intégrante d'une certaine culture générale. Elle fournit la toile de fond sur laquelle on peut encore broder à volonté. C'est une réserve inépuisable d'idées reçues et de bobards où les rédacteurs de faits divers ne se lassent pas de puiser quand l'actualité plus "importante" paraît se ralentir.

Ceux qui, dans la presse diffusent, sans les examiner, pareilles explications imaginaires, inventées, superficielles et faciles des comportements de malades, autorisant toutes les erreurs, et leurs lecteurs crédules qui s'en contentent, ils sont tous des proies faciles de la peur. Les explications que fournissent et répètent les premiers aux seconds ne sont jamais qu'une apparence, ce ne sont que des interprétations (*de la **divination***) imaginées par eux-mêmes ou que d'autres (*des "experts"*) leur proposent, comme chacun peut voir des objets, des visages et des silhouettes dans les contours des nuages (*on sait pourtant bien que chacun n'y voit que ce qu'il veut bien imaginer*). N'étant que des inventions, des fantasmes, ces prétendues explications n'expliquent en réalité rien du tout.

Cette désinformation, loin d'exorciser la peur bien au contraire la suscite et l'entretient. D'ailleurs, comme on le verra plus loin, la peur bien souvent est utilisée par la presse pour frapper l'imagination. Pourtant, même si dans un premier temps la peur attire en effet l'attention du public, dans un deuxième elle le détourne d'en chercher la véritable cause et l'inciterait plutôt à oublier aussitôt ce qui dérange: par facilité, par confort, peut-être par paresse, on préfère généralement ignorer ce qui pourraît inquiéter (*nous appelons cela: se voiler la face*). La boucle est désormais bouclée, et certains croient ainsi excuser et justifier la désinformation sous prétexte de "communication", cette dernière bien sûr soigneusement aménagée (*toilettée ou mise en forme; on appelle parfois cela: les pieux mensonges*). Par volonté de sensationnalisme, on provoque la peur, ce qui permet en plus de rassurer aussitôt ensuite, en rappelant que des responsables officiels sont bien là pour nous préserver des menaces décrites (*et on rappelle ainsi au bon souvenir des électeurs ces indispensables serviteurs de la société qui, sans cela, seraient peut-être oubliés...*).

Ceux qui ainsi crient au loup sans vraiment le connaître ni d'abord trop y croire eux-mêmes, ils ne le font que pour pouvoir vanter le courage et les efforts des valeureux chasseurs désignés pour

nous protéger. Ces derniers, s'ils sont peut-être nombreux, peu d'entre eux sont "actifs sur le terrain", ils sont plus souvent occupés à évoquer leurs exploits imaginaires. Ils ne s'exténuent guère à nous protéger vraiment du loup, sinon peut-être plus de son image menaçante que de l'animal lui-même: variation particulière sur un thème connu: celui d'un certain discours sécuritaire ambiant.

D'autre part, dès que surviennent des agressions physiques sur des personnes, quand éventuellement des crimes sont commis, les médias et la presse souvent s'empressent de les rapporter avec force détails et de les attribuer à des "fous", qu'on les appelle "schizophrènes" ou "psychopathes" ou que sais-je encore, sans que, parmi ceux qui en parlent, personne ne soit vraiment en mesure de dire ce que pareilles appellations recouvrent en réalité (*mais moins bien elles sont définies, plus elles sont inquiétantes*).
Mais alors, réciproquement, dès que, dans la presse et les médias, pour l'une ou l'autre raison on évoque les malades mentaux psychotiques, les malades schizophrènes, les malades maniaco-dépressifs, les "problèmes de santé mentale", les "soins psychiatriques", on s'attend toujours à ce qu'il soit aussitôt question de violence, d'agressions, de crimes (*de préférence bien sordides et bien sanglants*). Et voilà désormais créées les fameuses associations verbales et d'idées chères à certains!

C'est ainsi que naît la croyance selon laquelle "***tout le monde saurait***" que "**les criminels sont des malades mentaux**" et que, réciproquement, "***tout le monde saurait***" que "**les malades mentaux sont dangereux**".

Mais les professionnels savent bien, eux, que tous les criminels ne sont pas des malades mentaux, et que, d'autre part, tous les malades mentaux ne sont pas soit violents, soit criminels (*en tous cas, ils devraient tous le savoir*). Les études épidémiologiques montrent même qu'on ne dénombre pas une proportion sensiblement plus élevée d'actes de violence et de crimes parmi les malades mentaux qu'il ne s'en commet parmi les bien-portants en général! (*http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/pubs/maladie_mentale/index.html*).
Cela n'exclut bien sûr pas qu'on puisse rencontrer, chez les malades mentaux schizophrènes, par exemple, des individus agressifs, violents ou même dangereux, mais tout comme on peut y être confronté aussi, et encore plus souvent, dans l'ensemble de la population des gens dits "bien-portants".
Les études statistiques confirment d'ailleurs deux observations auxquelles on pouvait logiquement s'attendre:
1) les actes violents des malades non hospitalisés sont dirigés principalement, non vers le grand public, mais d'abord vers les proches, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque ce sont eux qui sont le plus fréquemment à portée de main, si l'on peut s'exprimer ainsi;
2) les rares actes violents commis par des malades schizophrènes sont d'autant moins rares qu'il s'agit de malades non hospitalisés - qui ne suivent pas un traitement médicamenteux adéquat.

La première constatation devrait inciter non seulement les professionnels, mais aussi les responsables de l'ordre public (autorités judiciaires et police) à accorder plus d'attention et de crédit aux récits des proches et membres des familles de malades quand ceux-ci, menacés par un malade violent, s'adressent à eux en quête de protection.

La deuxième observation attire l'attention de tous sur l'importance que revêt, pour l'état du malade et son évolution, le respect scrupuleux du traitement médicamenteux.
On sait bien qu'une proportion importante des malades psychotiques n'ont pas une conscience claire de leur affection et qu'ils ne sont nullement convaincus de la nécessité de suivre un traitement régulier. Laissés à eux-mêmes, un grand nombre d'entre eux, sous les prétextes les plus divers, cessent de prendre leur médication.
Les signes et symptômes de leur affection alors finissent toujours par reprendre le dessus, plus ou moins rapidement. Si cela n'implique pas nécessairement l'apparition d'un comportement violent ou agressif, "dangereux pour autrui", les conséquences fonctionnelles de l'affection ne

peuvent que mettre le malade lui-même en danger. En effet, s'il n'est plus capable de "fonctionner" normalement en société, très rapidement il s'en exclura, ce qui automatiquement entraînera la pauperisation, la clochardisation, la déchéance sociale, la mauvaise santé générale.

Ce n'est donc pas, même si elle existe parfois, la "**dangerosité pour autrui**" qui justifie le plus souvent et le plus impérieusement l'hospitalisation sous contrainte, d'autant que cette **dangerosité pour autrui n'est que très difficile à apprécier**.
En effet, il ne faut surtout pas confondre, comme on a trop facilement tendance à le faire, l'estimation statistique du risque que cette "dangerosité" pourrait constituer, avec la prévision de la survenue d'un "accident" (*pareille "prévision" ou "prédiction" n'est pas possible, elle ne peut jamais être qu'un constat rétrospectif, qui ne s'exprime le plus souvent que par la phrase bien connue: "Vous voyez? Je vous l'avais bien dit!", parfaitement inutile*).

Au contraire, la "**dangerosité pour soi-même**" en l'absence de traitement régulier est une quasi-certitude. Elle peut être "directe" ou "immédiate", comme elle peut être "indirecte" ou plus "lointaine".

J'appellerais **dangerosité *directe*** ou immédiate pour soi-même celle qui, conséquence d'un traitement inexistant ou interrompu ou encore inadéquat, se manifesterait par un comportement mettant en danger l'intégrité physique d'un malade.
L'exemple le plus fréquemment cité est celui du comportement suicidaire qui, contrairement à une croyance largement répandue, est fréquent et loin d'être toujours prévisible (*à preuve, les suicides au sortir de la consultation chez un "psy" ne sont pas rares*).
Parmi les multiples autres exemples possibles, le malade peut n'avoir pas conscience de se mettre dans des situations périlleuses; ou encore, son comportement social inadéquat, non agressif mais incompris des autres peut l'entraîner dans d'éventuels conflits et bagarres provoqués par d'autres et qu'il serait incapable d'éviter, conflits qui néanmoins pourraient dégénérer, troubleraient l'ordre public, le mettraient inévitablement en danger.
Des études outre-Atlantique ont montré (v. le site canadien cité plus haut) que les malades schizophrènes sont bien plus souvent les victimes involontaires d'agressions qu'ils n'en commettent eux-mêmes (*pour imaginer comment cela peut se produire, il suffit de se remémorer l'attitude de potaches "meneurs" qui prennent certains de leurs camarades d'école pour têtes de turc ou souffre-douleur*).

La **dangerosité pour soi-même** que j'appellerais ***indirecte*** ou plus "lointaine", ce sont les conséquences de l'incapacité du malade non traité à "fonctionner" dans la société: l'incapacité de planifier ses tâches de telle sorte que les moyens soient assurés pour satisfaire régulièrement ses besoins élémentaires: nourriture, hygiène, habillement, logement, etc., toutes choses qui nécessitent un minimum de relations et échanges sociaux, à moins de vivre en homme des cavernes ou en bête sauvage "dans la nature", ce qui n'est plus guère possible dans nos sociétés post-industrielles très urbanisées.
Sans faire de tels états extrêmes la généralité, on doit pourtant savoir que l'absence de traitement approprié peut conduire un malade à se négliger au point de mettre rapidement sa santé "somatique" en danger, à se dégrader physiquement, intellectuellement et socialement (paupérisation, clochardisation, exclusion de la société, déchéance physique, morbidité). De nombreux exemples de pareilles conséquences du danger pour soi-même existent et sont régulièrement dénoncés.

Comme l'anosognosie des malades leur fait négliger ou refuser le traitement, comment alors s'assurer du suivi de celui-ci autrement que par l'hospitalisation sous contrainte? **C'est cette dangerosité (directe comme indirecte) pour soi-même qui est la justification principale, suffisante et la plus fréquente des hospitalisations sous contrainte. L'hospitalisation sous contrainte devrait donc faire partie intégrante du traitement pour tous les malades psychotiques anosognosiques, et elle devrait être renouvelée et prolongée tant que la nécessité du traitement n'atteindrait pas de façon durable la conscience du malade, donc tant qu'il ne l'accepterait pas.**

Ceci est parfois présenté comme une atteinte aux libertés de la personne, mais où est-elle, quelle est donc la liberté d'une personne privée par la maladie du contrôle de ses pensées, de ses sentiments, de ses humeurs, de son libre arbitre et de ses capacités de jugement, tant qu'un traitement adéquat ne les lui a pas rendus?

Pareille liberté est celle du papillon de nuit qu'au lieu de protéger en restreignant son vol, on laisse se brûler à la flamme de la chandelle, et on sait bien pourtant qu'il ne pourra s'empêcher de s'y précipiter.

Première publication: **3 Novembre 2003** Dernière modification: **3 Novembre 2003**

ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES MENTALES PAR ENQUÊTES ET SONDAGES : EST-CE UNE CONFUSION MENTALE INVOLONTAIRE (*mais inquiétante!*)
ou bien
EST-CE LA POUDRE AUX YEUX DÉLIBÉRÉE (*pas plus rassurante!*) AFIN D'ÉLUDER DES PROBLÈMES GÊNANTS?

> *"KNOCK : Ah! ah! Est-ce que ça ne vous grattouille pas davantage quand vous avez mangé de la tête de veau à la vinaigrette?*
> *LE TAMBOUR : Je n'en mange jamais. Mais il me semble que si j'en mangeais, effectivement, ça me grattouillerait plus.*
> *KNOCK : Ah! ah! très important..."*
> **Jules Romains, "Knock ou le triomphe de la médecine", acte II, scène 1.**

Depuis quelque temps dans notre pays, se disant soucieux de la santé de notre population, nos responsables politiques et "professionnels" de la santé publique ont mis à la mode les enquêtes, les sondages d'opinion, les enquêtes par interview portant sur la "santé". Périodiquement, des conférences de presse sont organisées, afin de donner à ces enquètes une publicité destinée, semble-t-il, à mettre en évidence la préoccupation officiellement affichée de notre bien-être par leurs commanditaires, bien plus qu'à mesurer objectivement, de manière sérieuse et fiable, la réalité de la situation sanitaire de nos concitoyens.

"***Dans ses grandes lignes***", le but poursuivi par de telles enquêtes est, nous dit-on, de "***donner une description de la santé de la population en Belgique et dans les trois régions (flamande, de Bruxelles et wallonne).***" (*Enquête de Santé, Belgique, 2001 - Institut Scientifique de la Santé Publique - http//:www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm*).

Sur le site de MENS-SANA, ce sont les ***maladies*** mentales relevant des traitements médicaux et psychiatriques qui nous préoccupent principalement, c'est-à-dire celles que nos responsables politiques et leurs "experts professionnels" désignés semblent s'efforcer surtout de ne pas nommer et sans doute de faire oublier en les passant sous silence, puisqu'ils ne parlent jamais que de "***santé*** mentale".

Menée cette fois à l'échelle européenne (*France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne, Belgique*), la dernière en date des enquêtes consacrées à cette "santé mentale" (une de plus!) est intitulée "**ESEMED**" en "anglais international", sigle signifiant, selon un article du "**Soir** en ligne" (*12 novembre 2003, signé Christian Du Brulle*), "European study of epidemiology of mental disorder", ce qui, d'après ce même quotidien, devient en français une "Etude européenne sur l'épidémiologie de la santé mentale" (sic).
Dans cet article, intitulé "**Les Belges se négligent trop**" (*admirons au passage l'ironie sûrement involontaire et peut-être fortuite du rédacteur*), nous apprenons ainsi, si nous ne le savions pas ou si nous en doutions encore, qu'il existerait aujourd'hui une discipline "scientifique" très sérieuse qui, par **sondages** auprès d'échantillons choisis de population(s), étudierait la répartition géographique et les fluctuations quantitatives au cours du temps d'***épidémies de santé*** (*mentale*)!
(*en date du 13/11/03, un article paraissait dans "la Dernière Heure"*, *intitulé* "**Traitement mal adapté**", *signé J.M., qui faisait, lui aussi, écho à la même conférence de presse sur cette "étude européenne": http://www.dhnet.be/print_popup.phtml?section=dhjournal&id=295152*)

Dès janvier 2001, des associations belges (*Ligue Bruxelloise francophone pour la santé mentale, Fondation Julie Renson, etc.*), dans le cadre de ce qui fut appelé "2001 année de la santé

mentale", avaient mené une enquête par questionnaire auprès de 903 personnes de 20 à 70 ans. Cette enquête avait principalement pour but de préciser quelle représentation, quelle perception notre population avait des "troubles mentaux et psychologiques". Les résultats de cette enquête, bien qu'elle eût été limitée à moins d'un millier de personnes, étaient pour le moins inquiétants. En effet, ils éclairaient d'une lumière crue l'ignorance généralisée et les idées fausses de nos concitoyens sur les troubles mentaux et sur les moyens thérapeutiques à mettre en oeuvre pour combattre, tant ces troubles eux-mêmes que leurs conséquences (*des conclusions similaires se dégageaient déjà d'une enquête comparable menée en 1997 à l'initiative de psychiatres universitaires en région liégeoise*).

Ce constat fournissait le prétexte à faire de l'année 2001 une année de campagnes (de "***sensibilisation***"!) consacrées à l'information du public en général sur la "santé mentale", et plus particulièrement à l'instruction des familles de malades, pour tenter, entre autres objectifs poursuivis, d'enfin rompre le silence entourant depuis toujours tout ce qui concerne les pathologies mentales. Certains imaginaient ainsi, aussi bien améliorer (*on ne sait en réalité trop comment!*) les traitements et les conditions d'accès aux traitements pour les malades, que réduire l'isolement et l'exclusion sociale de fait dont les malades mentaux chroniques et leurs proches sont les victimes (*ce qui présuppose le postulat implicite - et pour le moins discutable - selon lequel cet isolement et cette exclusion ne seraient que la conséquence directe du rejet des malades mentaux par la société*).

Depuis lors, la presse et les médias ont consacré à la "santé mentale" beaucoup plus d'encre, de papier et de salive que ce sujet n'en suscitait auparavant, ce dont les optimistes impénitents croient pouvoir se féliciter. Pourtant, à en juger par ce que les journalistes de nos quotidiens nous en disent aujourd'hui (*par ce qu'on leur dit de nous dire, ou par ce qu'ils croient en comprendre, ou par ce qu'on leur en laisse comprendre*), ni ceux auprès de qui les enquêtes sont menées (*ceux qui étaient visés par les "campagnes de sensibilisation*"), ni ceux qui en tirent des conclusions (*justifiées ou non*) pour nous, ni peut-être ceux-là mêmes qui ont commandité et organisé ces enquêtes et en ont ensuite analysé, à leur guise, les résultats, ne semblent guère avoir révisé leurs idées reçues et fausses antérieures, ni avoir déjà extrait de l'exercice de ces enquêtes le peu d'information utile qu'elles contenaient peut-être, ni assimilé les enseignements qu'on aurait été en droit d'en attendre (*ou du moins d'en espérer, si ces "études" avaient été menées sur des bases solides et selon une méthodologie incontestable*).

Malheureusement pour nous, ce qu'on nous présente comme l' *"étude" épidémiologique* (un mot qui rend un son "scientifique") *la plus importante* **ne satisfait pas** aux exigences élémentaires requises par une étude épidémiologique digne de ce nom: elle n'en a ni les données solides de départ sur lesquelles se baser, ni la méthodologie rigoureuse et adéquate. Plutôt que d'une "étude", il vaudrait mieux parler d'un ensemble d'interprétations et de conjectures déduites d'enquêtes d'***opinion*** et de ***sentiment*** menées auprès d'échantillons de population dont l'ampleur, la pertinence et la représentativité sont manifestement sujettes à caution.

En bref, **on veut nous faire confondre épidémiologie vraie et sondages d'opinion.**

L'expérience des sondages, acquise par exemple par des instituts de sondage avant et après des élections politiques, devrait pourtant inciter les responsables de pareilles "études" à plus de circonspection: ils devraient savoir que leurs enquêteurs ne peuvent jamais récolter que des estimations très approximatives dont la fiabilité dépend étroitement, entre autres multiples facteurs, de la bonne compréhension, c'est-à-dire tout à la fois de la simplicité, de l'absence d'ambiguité et de la clarté, tant des questions posées que des réponses que les sondés y apportent.

La démarche propre aux sondages d'opinion est totalement différente de celle de l'épidémiologie proprement dite. Cette dernière se base, dès le départ, sur des recensements de cas clairement identifiés d'**une** affection bien définie (*sur des diagnostics établis sans équivoque*), c'est-à-dire sur des **nombres**.

Les enquêtes "de santé" par sondages, par contre, se basent sur des ***interprétations de déclarations d'*****impressions** recueillies auprès d'échantillons de profanes (*à partir desquelles on tentera de déduire, **par classement et après coup**, des diagnostics tout au plus vaguement plausibles*).
Les nombres qu'on nous présente ne sont donc plus des recensements, ce sont des estimations *a posteriori* **"calculées" d'après les diverses impressions recueillies auprès d'une fraction choisie de la population.**
N'oublions pas non plus que les sondés (*normalement ignorants en médecine, sans formation ni en psychologie ni en psychiatrie*) sont interrogés par des enqêteurs, certes entraînés au contact et à la communication avec leurs interlocuteurs (*c.-à.-d. polis, gentils, patients*), mais n'ayant, eux aussi, et au mieux, que des rudiments très insuffisants de formation médicale; les enquêteurs procèdent à leurs interrogatoires d'une manière certes codifiée et planifiée mais néanmoins rigidement stéréotypée (*standardisée*) qu'il est impossible pour des non médecins de nuancer en fonction des cas particuliers des personnes interrogées.

Une fois les interrogatoires terminés (90 minutes en moyenne, paraît-il), les enquêteurs rentrés chez eux et après avoir confié leurs paperasses à qui de droit, on nous dit que les spécialistes en "santé mentale" ont pu, dans l'isolement et la quiétude de leurs bureaux, devant leurs ordinateurs, se mettre à additionner les petites croix inscrites dans les cases et les colonnes des formulaires lors des interviews. Selon les totaux ainsi obtenus, ils ont été capables d'attribuer à chaque sondé un diagnostic psychiatrique et de décider si le traitement probablement suivi par chacun était adéquat ou non au "diagnostic" ainsi "reconstruit" à distance d'après des recettes d'échelles "standardisées".

Entre nous, vous en connaissez beaucoup, vous, des psychiatres qui, après un premier entretien en tête-à-tête (*en chair et en os, pas par correspondance ni par l'intermédiaire de tiers!*) vous donnent, à la fin de la "consultation", un diagnostic clair et un traitement d'emblée adéquat?
Par contre, d'après ce que les journalistes de la presse quotidienne nous en disent (*ils ne l'inventent pas, ils ne font que répéter ce qu'un professeur psychiatre* [K.U.L.] *et un ministre leur ont dit en conférence de presse*), nous devrions croire qu'une enquête par interview standardisée serait parfaitement capable de pareil exploit!

La question qui dès lors s'impose invinciblement est la suivante: qu'est-ce que le ministère (de la "santé") attend pour mettre à la disposition de la population des formulaires (*analogues aux déclarations de revenus pour l'administration des finances*) qu'il serait fortement "conseillé" à tous de se procurer dans les bureaux de poste? Ces formulaires, comme ceux des enqêtes dont on parle plus haut, comporteraient de multiples questions sur "l'état psychologique" de chaque citoyen, les cases-réponses devant être remplies (*des sortes de* "QCM", *quoi*). Une fois remplis dans des délais imposés, les questionnaires seraient dépouillés par les ordinateurs de l'administration, pour être ensuite analysés par les "experts" de la santé mentale désignés par le ministère.
Des diagnostics fiables émergeraient obligatoirement de cette analyse et, tout comme le montant des impôts est calculé d'après les déclarations sur les revenus, le traitement psychiatrique et médicamenteux correspondant (*désormais et par définition "le mieux adapté"*) à chaque "questionnaire santé mentale" serait prescrit à tout assuré social cotisant pour les soins de santé.
Les citoyens qui, pour leur malheur, ne seraient pas incrits auprès d'un organisme assureur, pourraient néanmoins se procurer, eux aussi, les formulaires de "questionnaire de santé mentale" qu'ils rempliraient et glisseraient ensuite dans la boîte aux lettres du psy de leur choix.
Tous recevraient en retour une prescription éventuelle de traitement, et un récépissé pour le questionnaire dûment rempli dans des délais fixés par arrêté ministériel.
Il serait même concevable d'imposer, à intervalles réguliers, le renouvellement (*la mise à jour*) du "questionnaire de santé mentale", un peu à la manière du contrôle technique régulièrement imposé pour les véhicules automobiles. Le non respect de ces mesures pourrait être sanctionné par des amendes (*faisons confiance à l'administration pour organiser cela*)...

Trève de plaisanterie! Nous n'en sommes heureusement pas encore arrivés à pareil univers de science-fiction! Cependant, on nous laisse croire que les enquêtes de "santé mentale", telles qu'elles sont conduites, permettent de donner "**une description de la santé mentale de la population**" qui aurait une quelconque signification. C'est de la plus pure désinformation.
Elle permet d'affirmer que, si les gens ne se sentent pas bien, s'ils ont des problèmes d'argent, de loyer impayé, de chômage, s'ils ne sont pas heureux, si les voisins font trop de bruit et les empêchent de dormir (*troubles du sommeil!*) ils en sont les principaux responsables:
> c'est parce qu'ils ne vont pas voir le psy à temps, ils attendent trop longtemps;
> c'est parce qu'ils ne prennent pas les bons médicaments (*mais avez-vous remarqué que les médicaments mentionnés par les enquêtes ne sont pourtant disponibles que sur prescription médicale?*)

Mais les vrais malades mentaux chroniques, les enquêtes de "santé mentale" ne les prennent pas en compte. D'ailleurs, comment donc les interroger, ceux-là? Quelles réponses en attendre? Alors, on préfère s'adresser à ceux que les conditions de vie plus ou moins favorables (*ou défavorables, comme vous voudrez*) rendent plus ou moins heureux (*ou malheureux, comme vous préférez*).

Et comme on n'a guère trouvé de moyens rapidement efficaces pour porter remède aux conditions économiques, on préfère persuader ceux qui, en réalité souffrent du "mal-vivre" (les worried well des Anglo-Saxons), qu'ils ont des troubles mentaux que les "psys" seuls peuvent soulager. Ce sont les "mécontents" qu'on retient de ces enquêtes dont on nous prétend que les résultats peuvent s'extrapoler à l'ensemble de la population, alors que les vrais malades en ont été écartés.

Valables pour évaluer la "santé mentale", pareilles enquêtes? Etudes épidémiologiques des maladies mentales? Mais le ministre de la santé, récemment entré en fonction, lui-même annonce, à l'occasion de ces "études" et sans pour autant se démonter, qu'un des "grands axes" de sa politique est de se doter des moyens d'évaluer la prévalence des maladies mentales... Sans chiffres de prévalence et sans moyens de l'évaluer (*puisqu'il faut encore s'en doter*), d'où sortent donc les données sur lesquelles baser une soi-disant épidémiologie? Du chapeau du ministre? De celui de ses experts?

Non! Ces soi-disant études épidémiologiques ne sont, tout au plus, que des enquêtes sans doute destinées à prendre le pouls des électeurs, l'indice global de satisfaction (ou de mécontentement) de la population, de telle sorte que le politique puisse y adapter son discours en conséquence... Et cela occupe les enquêteurs et les analystes.

Si nous ne sommes pas encore dans ce monde de science fiction évoqué plus haut, on peut néanmoins craindre qu'on ne s'y dirige à grands pas, et plus vite qu'on ne le croit.

La presse quotidienne belge semble n'avoir pas beaucoup de mémoire. Ou alors, serait-ce les "professionnels de la santé mentale" qui, au fil du temps et de leurs communiqués à la presse, feraient preuve de peu de cohérence? Il y a peu, on nous disait encore que les généralistes étaient mal préparés à la détection et au traitement de la dépression et qu'ils n'envoyaient pas assez tôt chez le "psy" les patients qui en auraient besoin, mais aussi qu'ils ne leur prescriraient pas les médicaments les mieux appropriés à leur "pathologie". Telles étaient les raisons avancées de la prétendue recrudescence de "la dépression" ainsi que de sa chronicité.

Depuis lors, selon une "étude" (ou une "enquête" (?) sponsorisée par une firme pharmaceutique - *et acceptée pour publication dans quelle revue scientifique sérieuse?*), on aurait constaté sur quelque 1397 patients belges atteints, paraît-il, de dépression, que cette dépression serait "***souvent mal soignée***" et "***Que le dépressif soit soigné par un généraliste ou un psychiatre ne change finalement pas grand-chose.***" (http://www.dhnet.be/dhjournal/archives_det.phtml?id=342703, La

Dernière Heure du 02/04/2004). Le même quotidien titre que "***Sept patients sur dix ne sont pas totalement guéris.***"
Selon un autre quotidien (http://www.lalibre.be/article.phtml?id=12&subid=124&art_id=160661, La Libre Belgique du 01/04/2004, "**La dépression, maladie dont on guérit difficilement**"), "***seuls 30 à 40 pc des dépressifs sont en rémission***", mais pourtant, "***82,2 pc des patients souffrent de symptômes résiduels; 86,3 pc continuent à souffrir d'anxiété; 86,2 pc sont toujours d'humeur dépressive; et 90,8 pc se plaignent de problèmes physiques persistants.***" (sic).
Où ceux qui écrivent cela ont-ils appris l'arithmétique élémentaire? N'ont-ils pas non plus vérifié (déjà dans n'importe quel dictionnaire) qu'il y a, entre rémission et guérison, une distinction importante?
Ceux qui écrivent cela, ils ne semblent pas non plus s'être souciés de savoir de quel type de dépression "l'étude" s'est occupée: dépression majeure, ("*endogène" ou non*), dépression unipolaire ou bipolaire, etc., etc.

Ce qui est "symptomatique", c'est que les professionnels reconnaissent enfin, mais implicitement seulement, que la véritable dépression *(pas le "blues" ou la déprime!*) est une affection chronique qu'ils ne guérissent pas encore, même s'ils voudraient souvent le laisser croire! Et il est dommage que les journalistes ne le leur fassent pas avouer.

Première publication: **28 Novembre 2003** Dernière modification: **19 Avril 2004**

Etre malade mental, c'est ne pas pouvoir se servir au mieux de sa tête. Nos professionnels de la "santé mentale" l'oublient souvent. Parfois même, ils affectent de l'ignorer entièrement. Mais pour eux, il y a toujours "un fautif".

> "*La santé est un facteur et un produit du développement économique et social. Avant d'être le produit de la qualité des services de soins, la santé est la conséquence du fait qu'une personne bénéficie ou non de droits fondamentaux [...]*" (sic!) (Info S@nté, n°4, [COCOF, Bruxelles] décembre 2001)
>
> *"Avant toutes choses, la santé d'un individu, c'est l'idée qu'il s'en fait, [...]"*. Actualités en Santé Mentale ambulatoire - Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française (Région Bruxelles-Capitale, n° 17, juin 2001 - préfacé par le Membre (sic) du Collège de la Commission communautaire française chargé de la Santé)

Dire de quelqu'un qu'il est atteint d'un trouble mental ou d'une "maladie mentale", cela revient souvent à dire, de façon ramassée et forcément un peu simpliste, qu'il n'est plus [*tout à fait*] capable, [*en certaines ou en toutes circonstances*], de se servir [*au mieux*] "de sa tête".

Une pareille façon de résumer les choses, risque, à coup sûr de susciter chez une majorité de professionnels "psys" de notre pays, une condescendante indulgence, voire même un sentiment de supériorité amusée envers ces "profanes béotiens qui n'y connaissent rien". On peut pourtant facilement se convaincre que cette façon de voir résume assez bien la situation des malades mentaux chroniques. Toute la rhétorique habituelle de nos professionnels psychologues et psychiatres n'y ajoute que des apparences d'enjolivement (*des fioritures*) parfaitement superflues, dans un style qui leur est particulier et où certains croient dénoter la signature caractéristique indispensable à l'authenticité du métier, mais qui n'est que source (*voire volonté*) d'obscurité, de complication et d'erreur plutôt que d'explication, d'éclaircissement et de compréhension vraie.

L'incapacité mentale des "malades mentaux" chroniques peut porter sur différentes activités cérébrales. Elle peut n'affecter que certaines "fonctions" et en épargner d'autres et ce, à des degrés divers. Les relations réciproques entre les perceptions sensorielles (*et leur encodage cérébral*), les fonctions végétatives ("*d'homéostasie*"), les émotions, la mémoire, les sentiments et la pensée (le raisonnement logique), la conscience de soi et celle des autres, peuvent être, elles aussi, diversement altérées: leur intégration en un tout individuel, dans ce que certains appelleront la "personnalité", en sera, forcément elle aussi, défavorablement affectée.

Pour parler par analogie simplificatrice, les nombreuses pièces du puzzle cérébral peuvent être diversement dénaturées et déformées, elles ne parviennent alors plus à s'intégrer harmonieusement dans une image d'ensemble mais la rendent difforme (*elles ne "s'emboîtent" plus*), elles laissent des lacunes et des cassures dont l'origine distante n'est pas immédiatement évidente. Les défauts "d'assemblage" qui en sont la conséquence défigurent l'ensemble, ne lui laissant avec l'image originale sur le couvercle de la boîte qu'une ressemblance plus ou moins grotesque ou terrifiante, un peu à la manière de ces miroirs déformants qui font, parfois encore, l'amusement des visiteurs dans certaines foires et parcs d'attractions.

En réalité, la comparaison avec une image - en deux dimensions - est encore bien trop simpliste: l'analogie avec un "kit" de construction d'un objet très compliqué, un robot sophistiqué, par exemple qui, non seulement devrait "tenir debout", mais devrait aussi se mouvoir, accomplir des tâches, etc., se rapprocherait déjà plus de la réalité, quoiqu'elle en resterait encore à des années lumière. Mais on comprend plus aisément que la moindre erreur de montage, la moindre déformation, même minime, d'une (ou plusieurs) des multiples pièces de la machine, qu'elle soit trop longue ou trop courte ou encore trop épaisse ou trop mince, un peu trop courbée, légèrement gauchie, etc., etc., puisse compromettre partiellement, voire complètement le fonctionnement de l'ensemble.

La sévérité variable de la manifestation des troubles mentaux et leur très grande diversité sont le reflet de l'énorme développement du cerveau humain et de la complexité encore plus grande qui en résulte, ce dont les images utilisées ci-dessus ne rendent que fort mal compte, à la manière de schémas bien infantiles, voire d'esquisses plutôt débiles. Mais elles permettent d'imaginer que les multiples variations individuelles des défauts de la machine puissent se combiner entre elles et leurs effets se répercuter, à distance, les uns sur les autres, en apparence à l'infini.

Il en résulte alors d'***innombrables*** tableaux "d'anomalies" de fonctionnement (*de discours, comportements, émotions, sentiments et croyances*) que les professionnels de la psychiatrie tentent de classer, de regrouper et de subdiviser, etc., en les codifiant sur la base de leur description (*symbolique*) et sur des analogies intuitives ou des métaphores suggestives (*mais qui ne sont que des métaphores!*). Ils tentent ensuite de donner à ces tableaux des noms qu'ils voudraient évocateurs (*et qu'ainsi ils prétendent "explicatifs"*), parce qu'ils seraient reliés symboliquement à l'une ou l'autre cause hypothétique supposée à l'origine des dysfonctionnements mentaux.
Comme on l'a déjà dit ailleurs, ces classifications, regroupements et subdivisions en réalité ne présument en rien des causes ni des mécanismes donnant naissance à ces "maladies mentales" et, par conséquent, n'ont d'autre utilité que de satisfaire le besoin, éprouvé par les théoriciens comme par les praticiens de la psychiatrie, d'un minimum de cohérence clinique descriptive.

Les tentatives de mettre un ordre théorique dans ce qu'on pourrait appeler l'infinité des cacophonies mentales possibles étaient irréalistes et naïves et devaient en rester à l'état d'hypothèses controversées, parce qu'on ne disposait pas des moyens ni des connaissances indispensables à leur validation ni à leur réfutation (*ces moyens techniques et connaissances scientifiques sont apparus depuis trop peu de temps pour, aujourd'hui déjà, triompher définitivement des superstitions traditionnelles bien enracinées, mais on y vient petit à petit*).
Pendant le même temps - des décennies, la majeure partie du XXème siècle - , d'autres psychiatres, spéculatifs et imaginatifs (*ou torturés*), des thérapeutes autocrates et autoproclamés (*assoiffés de célébrité, avides de notoriété publique*) ont désigné des coupables de "*nature psychologique*" à l'origine des affections mentales.

Ils l'ont fait en délaissant toute rationalité et en écartant délibérément la méthode scientifique, au profit de la rêverie, du fantasme érigé en dogme (*et, surtout, au profit du **pouvoir** et du faux prestige du thérapeute!*) et au mépris du soulagement vrai, voire de la guérison des malades. Ils l'ont fait en mélangeant et en malmenant allègrement, tout à la fois éthique et morale, convenances et coutumes de société, notions de ce qui serait "bien" ou "mal", fonctionnement mental supposé et ce qui serait "bon" ou "mauvais" pour ce fonctionnement.
C'étaient désormais les parents, les conjoints, l'éducation, la société, peut-être même les malades eux-mêmes qui étaient les fautifs et les responsables de tous les troubles mentaux, que ces "responsables" ou "fautifs" en fussent ou non conscients.

Plus récemment, les progrès de nos connaissances et des neurosciences, le bon sens, l'esprit critique et l'instruction aidant peu à peu à faire justice des préjugés et des habitudes de la "pensée" magique, les imputations "***d'éducation et comportements fautifs et pathogènes***" envers les familles de malades, envers le système éducatif et la société se sont faites plus discrètes, plus sournoises et détournées, mais elles survivent néanmoins sous la forme du besoin toujours présent de responsables et de coupables à des "maladies" dont certains continuent de croire qu'elles seraient "provoquées".

Cette croyance est soigneusement entretenue par ceux qui, dans notre pays, se proclament "promoteurs" d'une prétendue "santé mentale" (*qu'ils sont incapables de définir*), car ils s'obstinent encore aujourd'hui à se réclamer des "***références théorico-cliniques proposées par la psychanalyse et la pensée systémique, largement adoptées par le secteur*** [*des Services de Santé Mentale*]" (sic)(Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française n° 17, p. 36, juin 2001) et dont "[...] ***les équipes ambulatoires se reconnaissent à minima dans le***

courant psychodynamique." (resic, ibid.). Ce sont nos "Services de Santé Mentale" qui claironnent que "***Il ne s'agit plus tellement de dénoncer l'hôpital psychiatrique, mais bien de résister aux avancées conceptuellesd'une psychiatrie dopée par les neurosciences, la priorité biologique et l'objectivisme médical.***" (ibid.). Ils persistent et signent: "***Les S.S.M. s'accordent aujourd'hui à rester vigilants et à contre-argumenter les modèles construits autour du tout symptomatique et biologique [...]***" (ibid).
Chanson connue, dont les origines sont assez évidentes pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici. Rappelons cependant qu'il a été amplement démontré depuis longtemps (et le grand public devrait commencer à le savoir...) que toute la psychanalyse n'a été, dès ses débuts, mais aussi dans ses multiples dérives plus tardives et aujourd'hui encore, qu'une extraordinaire supercherie, une monumentale imposture intellectuelle, la négation même de l'intelligence et de la rationalité, comme le disait déjà, en 1982 dans son livre "*Pluto's Republic*", le prix Nobel de médecine Peter Medawar.

(*Rappelons aussi que Lacan lui-même admettait que la psychanalyse n'a jamais guéri personne, que ce n'était d'ailleurs pas son but, tandis que Sigmund Freud confiait dans son courrier qu'il méprisait ses patients, qu'il traitait de "racaille".*)

Cela correspond fidèlement au mépris de nos "promoteurs de santé mentale" pour ce qu'ils appellent "l'efficacité immédiate" de l'approche médicale et "biologique" des maladies mentales. Leur dédain ainsi affiché de l'efficacité de la thérapeutique leur permet de prétendre procéder à une "**évaluation de l'activité des services de santé mentale**" (ibid) ***sans aucunement en mesurer les résultats sur leurs "bénéficiaires"***, car ils ne semblent guère se préoccuper de ces derniers. En d'autres termes, pourvu que le coq chante et que les poules caquètent assez bruyamment pour que cela s'entende de loin, peu importe de savoir si des oeufs ont été pondus, ni combien (du moment que la fermière gagne bien sa vie et que la volaille est nourrie).
C'est, d'une certaine façon, la contemplation béate du mouvement brownien. Autant... Non! ***Plutôt*** enfiler des perles...

Pour ces professionnels-là, les imaginaires fauteurs traditionnels des troubles mentaux ne sont pas oubliés, mais en quelque sorte "mis en veilleuse". D'autres viennent à présent grossir les rangs des coupables: ce sont ceux qui, rationnels et logiques, se servent enfin de nos connaissances scientifiques actuelles pour comprendre et soigner, et rejettent la "pensée magique" comme [simulacre de] moyen thérapeutique. La "pensée magique" (ou plutôt cette absence de pensée) n'a jamais guéri personne d'aucune maladie, elle n'a jamais eu d'autre visée que l'emprise du thérapeute sur ses patients et l'exploitation matérielle (financière) de ces patients la plus prolongée possible. Mais si on abandonne la "pensée magique", que deviendront les "magiciens"? Face à cette sombre perspective qu'ils pressentent inéluctable, que voudriez-vous qu'ils fassent, sinon crier et accuser les autres?
Et si, précisément, la maladie des malades mentaux, c'était d'être sourds à ces cris et à la parole des "psys"?

Tour à tour, les membres des familles, la société, les médecins généralistes, les psychiatres "biologiques" ont été désignés comme coupables, fautifs, responsables plus ou moins directs des maladies mentales chroniques. Toutes ces accusations ont progressivement été démontées, on sait aujourd'hui qu'elles n'ont pour fondements que des mirages et des nuées.
Pourtant, les impuissants à soigner et à guérir ces affections ne désarment pas. Ils essayent d'attribuer leurs carences à d'autres qu'eux-mêmes, ils continuent à chercher et à trouver des coupables, mais certainement pas dans leurs propres rangs.

Aujourd'hui, la mode est aux enquêtes et aux sondages d'opinions auprès d'échantillons de population, et auprès de ceux qu'on veut faire passer pour malades mentaux, mais qui ne sont que mécontents ou malheureux à cause des conditions dans lesquelles ils doivent vivre (*v. simulacres*). Grâce à ces sondages, on découvre une nouvelle catégorie de coupables: ce sont les malades eux-mêmes, qui n'ont pas l'intelligence ni la présence d'esprit de consulter à temps les "psys" (*alors que ces derniers, malgré qu'ils soient "débordés", sont si nombreux à les*

attendre dans leurs cabinets!), ce sont les malades eux-mêmes qui refusent de prendre les bons médicaments, ou qui sont trop stupides pour persévérer à les prendre.

A la rigueur, on accorde aux malades mentaux coupables des circonstances atténuantes: les médecins généralistes (*anciens coupables parce que mal "formés", mais ce n'est pas leur faute - la faute de leurs profs de psy, alors?*) n'orienteraient pas bien les malades mentaux vers les "psys", ils ne connaitraient pas la richesse exceptionnelle de "l'offre" de "santé mentale" disponible en Belgique (!?).

Combien de fois faudra-t-il le répéter? Combien de temps encore avant que ne pénètre cette évidence:

> Etre ***malade mental***, c'est être ***empêché*** de se servir au mieux de sa tête. Etre ***obtus***, c'est ***ne pas savoir s'en servir***, peut-être parce qu'on n'a pas appris, peut-être parce qu'on n'a pas pu (ou voulu) apprendre.
> Nos professionnels de la "santé mentale" ont-ils appris à faire la distinction? Ont-ils appris comment en tenir compte?

Première publication: **26 Décembre 2003** Dernière modification: **26 Décembre 2003**

En février 2004, MENS SANA atteint 3 ANS

Nous le savons tous: même si la vie est courte, le temps passé à l'affût de progrès sans cesse espérés nous paraît pourtant durer l'éternité, surtout si cette ***attente*** ne reçoit de réponses que décevantes. Nous ***attendons*** des progrès dans les traitements des malades mentaux chroniques, nous ***attendons*** de véritables améliorations concrètes des aides pratiques qui devraient leur être apportées, sans toutefois parvenir à les obtenir. Sans trop y croire, nous continuons à ***attendre*** que se produise enfin, chez une majorité de nos professionnels belges de la "santé mentale" et de la psychiatrie, le déclic, la véritable prise de conscience générale qui, peut-être, modifierait leurs attitudes envers les problèmes auxquels les malades mentaux sont confrontés en permanence.

Une prise de conscience, cela voudrait dire que les yeux des "responsables" (à tous niveaux) s'ouvriraient vraiment sur la triste réalité humaine des malades mentaux. Ceux-ci, incapables de vivre décemment par eux-mêmes, fournissent pourtant leur gagne-pain à ceux-là mêmes qui, en prétendant "promouvoir leur **Santé**" et "défendre leurs **Droits**", laissent croire qu'ainsi ils se soucieraient aussi, et en quelque sorte automatiquement, du bien-être de leurs "clients". Une prise de conscience, cela reviendrait à dire que ces "humanitaires" accepteraient enfin de voir, telle qu'elle est dans tous ses aspects quotidiens, la vie menée par chacun de "leurs" malades, la vie telle que la maladie mentale la leur impose.
Cette prise de conscience pourrait avoir pour résultat qu'ils ne se limitent plus ni ne se complaisent à n'échafauder que des constructions imaginaires et abstraites des "maladies" de leurs "protégés". La conséquence en serait qu'ils cesseraient de prétendre se faire une représentation théorique, souvent fantaisiste et presque toujours stérile de la maladie mentale, mais qu'ils pourraient s'efforcer enfin de connaître et comprendre ce que la maladie mentale inflige très concrètement à chacune de ses victimes.

Nos "professionnels du psychisme" (?) devraient s'efforcer d'acquérir, enfin, un peu de cette lucidité et de cette humilité intellectuelle, qualités [*peut-être difficiles et rares mais*] indispensables qui, d'abord, les obligeraient à s'interroger sur leurs compétences et sur le sens ancien, ***véritable*** de ce mot: la ***compétence***. D'après le dictionnaire Petit Robert (1994), la compétence, dans ce premier sens, c'est *"la connaissance approfondie, reconnnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières*".
Il est aujourd'hui généralement admis que la psychiatrie emprunte leur savoir aux neurosciences (au moins en grande partie). Comme toutes "matières" scientifiques, les neurosciences évoluent en permanence, et le savoir psychiatrique devrait donc progresser, lui aussi. La connaissance approfondie des "maladies" mentales est donc évolutive et fluctue en fonction du progrès des neurosciences. Elle s'acquiert jour après jour et, elle aussi, tout comme les sciences qui l'alimentent, elle doit remettre continuellement en question ses acquisitions antérieures.

Par conséquent, à son tour, la compétence en psychiatrie ne peut échapper à cette même exigence de réévaluation permanente. Chaque praticien, s'il est consciencieux, s'il se respecte soi-même comme il est censé respecter ses malades doit, pour lui-même et pour ceux qu'il soigne, sans cesse remettre en question ses connaissances, c'est-à-dire les vérifier, les corriger, les mettre à jour, ***en savoir les limites*** pour pouvoir soigner ***au mieux***, ne serait-ce aussi que pour éviter que d'autres, et surtout les "profanes", ne soient amenés, unilatéralement, à ***mettre en doute*** eux-mêmes les compétences du professionnel, c'est-à-dire n'en arrivent à lui retirer leur nécessaire confiance *(en réalité, ceci ne se limite pas à la pratique de la seule psychiatrie mais, de toute évidence, vaut pour tous les métiers!)*.

Cependant, nombreux sont les professionnels de la psychiatrie qui, dès les origines de cette spécialité, ont pris un mauvais départ et ont ensuite contracté et soigneusement cultivé des habitudes de "pensée" dont, aujourd'hui encore, ils ne parviennent pas à se défaire.

La psychiatrie est fille de la psychologie. Celle-ci, avant de devenir scientifique, était tout d'abord populaire, intuitive, philosophique et interprétative (*voir, à ce sujet,* ***Jacques Van Rillaer:*** *"Psychologie de la vie quotidienne", Odile Jacob édit., 2003*).

Mais alors que psychologie et psychiatrie scientifiques ne s'annonçaient encore que timidement (fin du XIXème siècle et début du XXème), apparaissaient malheureusement aussi une psychologie et une psychiatrie "concurrentes" (*un peu à la manière des "médecines alternatives" d'aujourd'hui*). Elles étaient élucubrées à partir des croyances régnant à l'époque et développées, amplifiées par les ambitions personnelles et nourries des obsessions morbides de quelques "médecins" à l'esprit attardé dans un certain "romantisme bourgeois" du XIXème siècle, personnages eux-mêmes peu équilibrés (*raison première de leur choix professionnel, de l'aveu même de leur chef de file, Sigmund Freud)* mais surtout avides d'emprise sur l'esprit de leurs contemporains.

C'étaient des théories fumeuses fabriquées par des "psys" à la poursuite de notoriété, voire de célébrité lucrative vite acquise. Leurs auteurs étaient fort peu soucieux de s'encombrer ni de s'embarrasser, tant de rigueur que d'honnêteté intellectuelles pourvu qu'ils parvinssent à leurs fins ausi rapidement que possible: solidement asseoir et étendre une réputation de novateurs révolutionnaires, c'est-à-dire assurer, par tous les moyens, leur apparence d'autorité, leur influence et pouvoir personnels de telle sorte qu'on n'osât jamais en mettre les bases publiquement en question.

Le succès de la psychanalyse selon Freud et ses successeurs auprès du grand public tient à divers facteurs, mais ce n'est pas ici la place pour les passer tous en revue (*v.* ***Jacques Van Rillaer****: "Les illusions de la psychanalyse", 1980, 4ème édition en 2003, Mardaga, Belgique*). Insistons seulement sur deux facteurs importants: ce sont, d'une part la pauvreté - pour ne pas dire l'indigence - de la médecine scientifique et expérimentale, ainsi que de la psychologie et de la psychiatrie scientifiques à l'époque des débuts de Freud, d'autre part l' habituelle ignorance générale du grand public, encore plus marquée alors qu'aujourd'hui, des critères auxquels doivent répondre les disciplines dites "scientifiques" et ceux qui les exercent pour qu'on puisse effectivement les recevoir comme "scientifiques".

A la manière des vérités révélées, ayant réponses et "explications" à toutes les questions, à tous les troubles, avançant masquées derrière un jargon pseudo-scientifique qui n'est que du verbiage, ne s'appuyant que sur l'argument d'autorité, se dérobant à l'examen critique et n'ayant besoin d'aucune vérification, la psychologie et la psychiatrie de tendance psychanalytique formaient un contraste séduisant avec la psychiatrie s'efforçant d'être scientifique. Celle-ci, à ses débuts, n'offrait pour ainsi dire aucune explication utile aux multiples questions posées par les troubles mentaux, elle ne pouvait donc paraître que décevante.

Que la psychiatrie non analytique se soit laissée séduire par ce système global qu'était le freudisme, cette nouvelle religion, qu'elle ait tenté d'en adopter surtout la rhétorique "tous azimuts" mais aussi certains des procédés , c'est-à-dire la parole thérapeutique et l'interprétation imaginaire, arbitraire des comportements, cela n'a donc rien d'étonnant: elle tentait de rester compétitive malgré le handicap des lenteurs inhérentes à l'approche scientifique.

D'une certaine manière, ne faisons-nous pas tous pareil que ces psys imaginatifs, dans les multiples circonstances de la vie quotidienne? Nous n'arrêtons pas d'interpréter les paroles et les comportements de ceux que nous rencontrons. Et sans cesse, par nos paroles principalement, nous espérons à notre tour les orienter dans l'une ou l'autre direction qui nous convient ou nous plaît, ou les détourner de celles qui ne nous plaisent pas.
Sans y penser vraiment, nous ne faisons ainsi que suivre nos habitudes et nos penchants, nous utilisons et entretenons nos idées reçues, voire nos superstitions. Et, puisqu'en gros, cela marche à peu près... Cependant, rendons-nous à l'évidence: cela ne marche plus dès que nous nous adressons à des malades mentaux psychotiques chroniques ou qu'ils s'adressent à nous.

La psychiatrie "interprétative" de notre pays s'obstine pourtant à ne pas tenir compte de ce constat. Et ce faisant, elle ignore délibérément les progrès des neurosciences. Mais, les ignorant, par là même elle refuse ces progrès, elle en reste aux vieilles fables heureusement périmées. Ignorant elle-même et délibérément les acquis plus récents, elle ne peut en informer le politique et en empêche ainsi les responsables de prendre les meilleures mesures de santé publique et sociales qui pourtant s'imposeraient en faveur des malades mentaux chroniques. Puisque les professionnels de cette psychiatrie de "bon papa" sont les seuls "experts" disponibles et reconnus, les seuls dont le politique puisse prendre les avis, d'où et quand peut on espérer que surgira[it] enfin l'embellie tant attendue?

Dans notre petit pays tiraillé entre divers territoires qui ne tiennent ensemble que par des pointillés dessinés sur une carte virtuelle, nous entrons - à nouveau! - dans une période (pré)-électorale. Il y a un an, à l'occasion des précédentes élections (communales, cette fois), le parti politique cdH ("Centre démocrate humaniste") de la commune où j'habite reprenait à son compte le discours inepte de l'OMS sur la "définition de la santé". Il montrait ainsi la réelle méconnaissance du sujet dans le chef de nos responsables politiques, qui se fient plus à l'argument d'autorité de fonctionnaires onusiens (ou "européens" éloignés des réalités du terrain) qu'à leur propre réflexion critique sur la réalité quotidienne qu'ils ont pourtant sous les yeux.
Un an plus tard, le même parti ose encore affirmer, entre autres promesses de bienveillantes balivernes, (*conférence de presse du CDH du 28 janvier 2004* - http://www.lecdh.be/presse/pa489.htm), à propos des diminutions programmées du nombre d'hospitalisations psychiatriques en secteur fermé, que "***Ces politiques de santé [mentale] ont permis de réinsérer progressivement les patients atteints de pathologies mentales dans la société.***"
Peut-on faire mieux comme désinformation? Qu'on aille donc voir, "dans la société", ce qu'il en est réellement de ces "réinsertions"!

A propos, comment se fait-il que les politiques n'aient pas pensé à enrôler les familles de malades mentaux pour clamer leur satisfaction à la suite de ces progrès, afin que nul n'en ignore? Comment se fait-il que, de leur côté, les associations de défense des malades mentaux n'aient pas réagi (avec enthousiasme?) aux déclarations des politiques? Leurs membres sont-ils à tel point [in]crédules?

En réalité, c'est probablement parce que, chez nous, les politiques, **de quelque parti qu'ils soient**, ne font que répéter ce que les "experts" de notre psychiatrie leur disent. A leur tour, ces derniers (*qui, eux, malheureusement ne se renouvellent pas au gré des élections*) ne disent aux politiques que ce que ceux-ci ont envie d'entendre et de croire. Comme cela, tout le monde est content... Du moins, c'est cette satisfaction de façade qu'on espère nous faire partager.
Et, de jour en jour, de semaine en semaine, de mois en mois, d'année en année, on continue et on recommence ce jeu de c....

Première publication: **23 Février 2004** Dernière modification: **23 Février 2004**

POURQUOI TOUJOURS S'OBSTINER A SE TROMPER DE CIBLE ?

> *"Essayer d'anticiper et traiter les troubles mentaux par une prise en charge multidisciplinaire et communautaire, tels sont les objectifs des Services de Santé Mentale (SSM)."(sic)" ... "Une* ***approche globale*** *de la santé mentale permettant au patient d'être* ***acteur de sa prise en charge*** *doit être l'élément central des politiques de santé actuelles."(resic)*
> (http://www.lecdh.be/presse/pa489.htm - Conférence de Presse du 28/01/2004)
>
> *"Que vous soyez hospitalisé de manière volontaire ou* ***sous contrainte****, le traitement ne doit vous être administré qu'****avec votre consentement éclairé****." (sic)*
> La Ligue des Droits de l'Homme; prospectus paru en 2004 à l'intention des patients psychiatriques hospitalisés *(réalisé avec le soutien des autorités politiques belges francophones)*

Pourtant, n'oublions pas que

> ***"Les droits du patient ne font pas une politique de santé publique".***
> **Prof. Guy Haarscher (U.L.B.) (*in*: Santé Conjuguée, n° 24 (avril 2003), p.76)**

Comme d'habitude, à l'approche d'une période électorale, les appareils de tous les partis politiques se mobilisent et s'agitent, ils entrent en campagne. De leur côté, les associations à vocation humanitaire peuvent alors, elles aussi, tenter de profiter de l'occasion pour faire plus parler d'elles, pour faire leur "promotion", c'est-à-dire diffuser la publicité destinée à accroître leur notoriété tout en espérant ainsi faire quelque peu impression - et sans doute pression - sur le politique (pour, en définitive, étoffer leurs moyens d'existence - *leur nerf de la guerre* - et, peut-être, stimuler leurs velléités d'action).

Les motivations des uns et des autres sont donc comparables, et les moyens employés pour atteindre les objectifs visés le sont aussi: on choisit de se réclamer des grands principes abstraits chers à l'humanité dans son ensemble, des valeurs qui font l'unanimité et qu'on affirme défendre depuis toujours, et dont on assure, la main sur le coeur, des trémolos dans la voix et le regard rivé sur l'horizon, qu'à l'avenir *(mais le passé - récent comme ancien - incite-t-il à y croire?)*, on va encore mieux les promouvoir: les *libertés individuelles* (la "LIBERTE") et les ***D****roits de l'****H****omme* (la "JUSTICE").

On tente de nous persuader que la proclamation réitérée d'une défense prioritaire de ces grands principes a pour but premier l'amélioration de notre bien-être, qu'à elle seule elle y parviendrait et que, sans doute, elle y suffirait.
Notre bien-être dont d'autres se vantent de se préoccuper, nous savons bien nous-mêmes que notre bonne santé en est le préalable obligé.
Voilà pourquoi ni les politiques ni les humanitaires ne peuvent se permettre de passer sous silence ce qu'ils appellent la "Santé", ni cette "Santé Mentale" qu'en pratique ils continuent pourtant de négliger, malgré qu'ils en parlent beaucoup, mais d'abondance, à tort et à travers.

J'ai déjà répété, à de nombreuses reprises sur ce site, que la représentation que nos autorités politiques prétendent se faire de la "santé" et, ***plus encore****,* de la "santé mentale", cette laborieuse fabrication (*de bric et de broc*) chimérique à quoi ils veulent nous faire croire, suivant en cela les discours creux de l'OMS/WHO sur le sujet, elle est non seulement une flagrante utopie démagogique, elle est aussi un non-sens, une absurdité. Il est donc inutile d'à nouveau rabâcher ici ce qu'on peut retrouver dans les autres articles de Mens-sana.be.

Tout individu normalement constitué, ayant un jour pris quelques instants pour réfléchir au sujet, sait qu'***on n'anticipe pas les troubles mentaux***. Alors, ceux qui, sollicitant nos suffrages, continuent à nous dire, contre toute évidence, qu'ils s'emploient *à cette tâche (donc qu'ils*

espèrent y arriver), serait-ce par ignorance, manque de réflexion ou parce que cela ne les gênerait nullement de nous mener délibérément en bateau? Quelle que soit celle de ces trois raisons qui serait la vraie, aucune d'elles ne nous inciterait à voter pour ceux qui tiennent ce langage, et nous ne saurions y pousser personne; bien entendu, chacun est libre de ses opinions...

Qu'elles sont donc idylliques, cette prétendue vision et cette affirmation d' ***"une approche globale"*** *de la santé mentale permettant au patient d'* ***"être acteur de sa prise en charge"***! Ceux qui nous disent cela - et on n'a guère de mal à s'imaginer leurs intonations compatissantes se répandant en ondes rassurantes - , n'ont-ils donc pas encore compris que nombre de ces malades mentaux-là, s'ils doivent être "pris en charge", c'est précisément parce qu'ils en sont eux mêmes peu ou non capables, c'est-à-dire que, tout simplement, du fait même des particularités de leur affection, ***ils ne sauraient ni ne pourraient être "acteurs de leur prise en charge***". Car que signifie en réalité cette phrase pseudo-psy, alambiquée et empreinte d'hypocrisie prétentieuse: *"**être acteur de sa prise en charge**"*? Cela veut dire, mais en clair, cette fois, et dans un langage compréhensible pour tous, "se prendre soi-même en charge, être soi-même capable d'une certaine autonomie, être responsable de soi, même si cela implique parfois de recourir à l'aide des autres". Or, c'est précisément leur maladie qui prive beaucoup de malades mentaux chroniques de ces capacités-là *(et, comme j'y insiste toujours, cette constatation ne constitue nullement un jugement moral péjoratif, ni un jugement de valeur à leur égard)*.

Dire qu'on permettrait aux malades psychotiques chroniques *"d'**être acteurs de leur prise en charge**"* est comparable - passez-moi l'image - à prétendre faire faire du patinage artistique à des culs-de-jatte, ou à pousser des manchots à s'adonner à l'haltérophilie, tout en refusant aux uns et aux autres les prothèses indispensables qui les aideraient peut-être vraiment, ne serait-ce que déjà, par exemple, dans leur vie quotidienne.
Aujourd'hui, de très nombreux malades mentaux chroniques, au mieux ne peuvent qu'être les ***marionnettes*** d'un dérisoire et fort triste ballet, sans que personne ne semble avoir la volonté, le courage, la patience, ni le doigté *(l'expertise)* pour, en toute humilité, aider durablement *(avec constance!)* à tenir les ficelles des danseurs pour, au moins par moments, leur rendre crédible cette illusion de liberté et d'autonomie que de bons mais ignorants apôtres se donnent le beau rôle de revendiquer pour eux *(si vraiment ils y pensent, quand ils y pensent, ou si c'est seulement pour le temps d'une campagne)*.

Faute de mieux, pareille illusion serait sans doute encore préférable à la réalité présente, mais même la mise en scène de l'illusion ne semble pas à la portée de nos illusionnistes politiques qui préfèrent nous bercer de paroles contradictoires et bien sonores mais, surtout, confortables à prononcer parce que peu onéreuses et ne les engageant guère eux-mêmes à grand-chose.
C'est ainsi, entre autres exemples "éclairants", qu'on prétend nous faire croire que seulement remplacer le mot ***psychiatrie*** par ceux de ***santé mentale*** constituerait déjà un gage d'efficacité et de progrès (par la vertu thérapeutique que les politiques, prenant sans doute exemple sur certains psychothérapeutes, prêteraient aux mots?) ... **POUR QUI NOUS PREND-ON?**

On nous dit que "*...basée sur une approche à la fois de volonté de soins du patient* (sic) *et de prise en charge chronique, la réponse des SSM ne semble **plus** adaptée à ce jour à la mission d'accueil initialement prévue.*" Combien de temps encore faudra-t-il donc à nos responsables de la santé publique pour se rendre compte que, ***dès le départ***, cette réponse ne pouvait être qu'inadaptée à une mission mal comprise, mal étudiée et délibérément mal définie et, par conséquent, dépourvue des moyens, même élémentaires, nécessaires à sa mise en oeuvre? Mais, au fait, s'en rendent-ils vraiment compte, enfin, ou ne font-ils que semblant, aujourd'hui encore, tout comme déjà hier?
On nous parle de " *volonté de soins du patient* " alors que, fait patent de longue date, une proportion importante d'entre eux ne peuvent avoir réellement cette volonté (ou la capacité de la maintenir), et on ne fait ainsi qu'étaler au grand jour la flagrante et totale méconnaissance du problème qu'on prétend traiter... **POUR QUI NOUS PREND-ON**?

Sans manifester la moindre gêne à l'énoncé de pareille contrevérité, on se risque à nous parler de "progrès" réalisés grâce au fait de "*traiter les pathologies mentales non pas uniquement en secteur fermé mais aussi au sein même de notre société*". Comme s'il n'y avait, dans les instituts psychiatriques, que des "sections fermées"! Connaissent-ils seulement le nombre de ces dernières (par exemple, en Région bruxelloise)? Ceux qui répandent cette désinformation, ignorent-ils donc que les ***rares*** sections psychiatriques dites "fermées", dans notre pays, ce sont celles où l'on accueille les malades soit en crise aiguë et qui "dérangent *(menacent)* la sécurité et l'ordre public", soit ceux qui, s'ils étaient laissés à eux-mêmes et "traités" (?) *" au sein de notre société "*, arrêteraient prématurément leur traitement, se mettant ainsi, presque inéluctablement, eux-mêmes et peut-être autrui en danger? Ignorent-ils que les capacités d'accueil de ces "sections fermées" sont partout saturées, que leur nombre est notoirement insuffisant, et qu'on doit par conséquent fréquemment envoyer les malades mentaux dans des institutions fort éloignées du domicile de leur famille, voire dans l'une ou l'autre région du pays d'un régime linguistique différent du leur? Et on ose quand même parler de traiter *"au plus près du lieu de vie du patient"*. **POUR QUI NOUS PREND-ON?**

On nous parle, tour à tour de *" **l'approche individuelle programmée** "*, de la *" **prise en charge ambulatoire programmée** "* qui *" **atteindrait ces objectifs** "*, *(toutefois sans que ces derniers soient jamais rendus évidents ni compréhensibles)*, et on cause de *" **prise en charge des demandes non programmées** "*, de *" **prise en charge initiale de façon rapide** "*, mêlant allègrement tout, causes et conséquences, les traitements et leurs simulacres, les faux remèdes et les bonnes paroles, les accommodant à la sauce de l'ignorance des réalités et du mépris de tout ce qu'on sait depuis longtemps *(mais plutôt ailleurs que chez nous, semble-t-il)*. Ce salmigondis d'apparences et de fausses recettes forcément inefficaces voire non avenues, c'est ce que certains nous proposent d'appeler "Santé Mentale", et ils s'en vantent!

Comment pourrait-on " ***programmer*** la prise en charge" des malades mentaux, alors que, économie oblige, on prétend travailler en permanence en "flux tendu", alors qu'***on ne peut pas programmer*** la maladie mentale et toutes ses conséquences? Ceux qui tentent de nous convaincre du contraire, soit sont des ignorants, soit se moquent de nous *(et souvent, l'auriez-vous cru? On peut souçonner que ces deux possibilités coexistent)*; ne font-ils pas penser, ces planificateurs sur papier, à des organisateurs de manifestations ou de spectacles qui ne donneraient les consignes qu'après la dislocation du cortège, ou ne distribueraient le programme qu'après la fin de la représentation?

La *"**prise en charge initiale de façon rapide**"* n'est jamais " initiale " parce que les "preneurs en charge" devraient, pour cela, pouvoir se baser sur des certitudes dont, aujourd'hui, personne ne dispose *(les psys conseillers experts "techniques" des politiques ne semblent pas l'avoir expliqué à leurs "clients": comme presque toujours, ceux-ci doivent sans doute s'être adressés aux "bons" experts, ceux qui ne disent que ce qu'on espère entendre)*. Les certitudes sur lesquelles il faudrait se baser et ***qui n'existent pas*** , ce sont celles du "diagnostic" du trouble mental. Et, contrairement à ce que, toujours mal instruits par leurs complaisants "experts psy", les politiques semblent croire *(regarderaient-ils trop la télé?)*, les diagnostics psychiatriques ne se posent ni ne se confirment en seulement une heure, ni même en vingt-quatre ou soixante-douze heures.
On nous propose néanmoins la création de *"**structures d'hospitalisation psychiatrique tampon de courte durée**"* (sic), solution redondante condamnée d'avance à être inefficace, apparemment imaginée dans la tête de quelques théoriciens bureaucrates ignorants des réalités humaines et peu soucieux de comptabilité vraie, de rendement ni d'efficacité tant diagnostique que thérapeutique *(et qui donc, pourtant, nous rappelle en permanence l'impérieuse nécessité des économies budgétaires?)*

Mais devinez qui donc, **dans la même conférence de presse**, nous affirme que *"**l'accueil des détresses psychiatriques doit être renforcé sans créer de nouvelles structures de soins...**"* ? Dites donc, **ILS NOUS PRENNENT POUR QUI ?** (et à ce point-là, cela se soigne!)

Nous vivons dans un pays démocratique et respectueux des libertés. Avant de juger et de condamner les citoyens suspects, par exemple de délits, la police, les juges, les tribunaux, etc., leur accordent la présomption d'innocence.
Dans l'esprit de psys encore trop nombreux, poser un diagnostic de maladie mentale psychotique chronique est, en quelque sorte, équivalent à juger "coupable" la personne concernée *(et "**l'acceptabilité** "des pathologies mentales dont nous parlent ces politiques, c'est sans doute chez les psys qu'il faut l'améliorer tout d'abord)*. Pour eux, c'est "stigmatiser" la personne, c'est aussi la ***condamner*** à de longs traitements, c'est l'obliger (la "***punir***") à des hospitalisations forcées dont ils savent que, malgré la coercition, les résultats sont tout sauf garantis *(car, même s'ils s'en défendent et tentent de la dissimuler, peu d'entre eux ignorent vraiment leur relative impuissance face à la maladie qu'ils disent combattre!)*

Et, plutôt que d'énoncer ce "verdict de culpabilité" dont, au début, ils ne sont jamais bien assurés qu'il serait légitime *(et dont on peut comprendre, sinon excuser, qu'ils répugnent à le prononcer)*, ils préfèrent temporiser et accorder à leurs "patients" la présomption de bonne santé ou, à la rigueur, d'affection bénigne. Ils font alors passer cette attitude pour un bienveillant respect des droits et des libertés de la personne, et ils décident d'ignorer (*et de nous entraîner dans cette erreur*) qu'en procédant ainsi, ils prolongent indument le calvaire de leur patient. De plus, ils ne peuvent, de cette façon, que compromettre la santé présente et à venir de cette personne, c'est-à-dire qu'en dernière analyse, ils mettent définitivement en danger sa capacité future à jouir de ces droits mêmes qu'ils prétendent défendre. *(Remarquons en passant que, dans le même temps, certains politiques, peut-être les mêmes, se gargarisent du "principe de précaution", tandis qu'en tant que "défenseurs" des malades ils s'empressent cette fois de l'oublier)*.

Dès lors, la "prise en charge rapide", elle ne survient fort souvent qu'après de multiples ébauches hésitantes de prise en charge, toutes d'abord repoussées à plus tard puis reprises et, à chaque fois, bâclées et improvisées dans l'urgence (*vous avez dit programmées?*), mauvaises "solutions de fortune" dont seule la répétition dramatique et traumatisante, s'aggravant au fil du temps, semble capable de finir par réveiller - mais un peu tard, trop tard! - la vigilance des "responsables" de la "santé mentale", et parvient alors, enfin! à faire prendre conscience de la nécessité d'une prise en charge véritable, effective, et d'un véritable traitement.

Enfin, ces politiques, prétextant du respect des libertés du citoyen, proposent de réformer la loi de 1990 *(sur la mise en observation et l'hospitalisation sous contrainte)*, dont ils affirment qu'elle serait aujourd'hui désuète. Ils parlent de *"**vide juridique de la pratique de l'admission forcée**"*. C'est là une affirmation que la lecture de la loi actuelle ne permet pas d'étayer, mais nos politiques imagineraient-ils que leurs électeurs ne risquent pas de vérifier?

Les modifications proposées à la loi ne sont que des leurres: un certificat de "début d'expertise médicale" permettant de retenir le malade à l'hôpital pendant 24 heures, suivi d'un deuxième certificat confirmant éventuellement l'hospitalisation sous contrainte après "examen médical".
Avant de la critiquer et de la déclarer désuète, avant de proposer d'apporter à cette loi de prétendues "améliorations", ceux qui les ont concoctées, ces "améliorations", ils auraient certainement mieux fait de lire attentivement le texte actuel de la loi.
Avant d'afficher leur ignorance fondamentale du sujet, ils auraient aussi été mieux avisés si, au lieu de se contenter de répéter de vieilles légendes sans le moins du monde les vérifier eux-mêmes, ils avaient consulté les familles "d'usagers de la santé mentale"; leur expérience vécue de ces problèmes depuis des décennies, si on avait vraiment voulu l'écouter, aurait pu éviter à certains humanitaires amateurs autoproclamés de proférer nombre d'erreurs (***de bourdes***) peu excusables de la part de "décideurs" politiques professionnels.

Les réformes qu'ils proposent d'apporter à la loi de 1990 rendraient, selon eux, ***"la prise en charge des patients <u>plus interventionniste</u>"*** (sic); c'est là une affirmation parfaitement gratuite, c'est-à-dire qui ne repose sur rien.
La période d'expertise serait plus longue: où ont-ils été chercher cela? Dans un délire de propagande?

La *"**structure tampon entre la ville et l'hôpital psychiatrique**"* qu'ils proposent permettrait ***"une meilleure entrée dans la maladie psychiatrique"*** (sic!) et permettrait ***"une meilleure compliance et une meilleure observance"***. *(Ils ont vraiment bien choisi leurs conseillers experts techniques et leurs sources de documentation!)*

On nous promet aussi *"**un travail de la demande de soins**" [dans la "structure tampon"]* qui pourrait *"**être débuté dès le début de l'admission, diminuant ainsi le nombre d'hospitalisations involontaires.**"* . Il vaut mieux ne pas essayer de deviner ce qu'on entend par là, parce que, à la manière de Pierre Dac, par là on ne peut guère entendre grand-chose...

En définitive, il est clair que ces "décideurs" politiques-là n'ont rien de neuf ni d'efficace ni d'utile à nous proposer. Ils ne se sont d'ailleurs guère "foulés" pour faire illusion car, d'évidence, ni la qualité du contenu, ni celle de la rédaction de leur "conférence de presse" ne soutiendraient la comparaison avec un très médiocre travail scolaire, même bâclé.
C'est dire l'importance réelle qu'ils accordent au sort des malades mentaux, et il semble inutile de continuer à se demander **POUR QUI ILS NOUS PRENNENT**: il semble qu'on puisse le deviner...

Même une association humanitaire comme la "Ligue des Droits de l'Homme" semble avoir, mieux que certains responsables politiques, lu la loi de 1990, tout en tenant compte de la récente loi sur le droit des patients (aout et septembre 2002). Cependant, ses membres ne paraissent pas mieux conseillés en matière de maladies mentales, et les capacités de raisonnement logique de ses responsables ne paraissent pas suffisantes pour leur éviter de s'empêtrer dans les contradictions et les incohérences. Les conseils sur leurs droits qu'ils adressent aux malades mentaux chroniques hospitalisés ne peuvent guère aider ces derniers ni d'aucune façon améliorer leur sort.
Reprenons ici, deux passages caractéristiques du prospectus établi par la "commission psychiatrie" de cette Ligue *(à distribuer dans les institutions psychiatriques)*:

*"**Que vous soyez hospitalisé de manière volontaire ou sous contrainte, le traitement ne doit vous être administré qu'avec votre consentement éclairé**"* et
*"**...si vous n'êtes toujours pas convaincu du traitement proposé, vous pouvez le refuser, sans que ce refus ne puisse vous priver de soins de qualité.**"*

Si ma mémoire est bonne, il me semble qu'en Belgique, tout comme dans de nombreux autres pays d'Europe et d'ailleurs, l'instruction (des enfants) est obligatoire, leur scolarisation peut donc être considérée comme étant obtenue "sous la contrainte" *(et, en effet, certaines sectes contestent cette obligation)*.
Dès lors, qu'attendent donc les sections belges de la Ligue des Droits de l'Homme pour distribuer, à tous les enfants, écoliers et étudiants de notre pays dont il faut défendre les "Libertés" et que la fréquentation de l'école n'enchanterait pas particulièrement, un "dépliant" proclamant, par exemple:

*"**La loi impose à vos parents - et à vous - de vous inscrire dans une école pour y recevoir l'instruction obligatoire. Cette instruction ne peut cependant vous être dispensée qu'avec votre consentement éclairé. Si, au terme d'un débat avec les enseignants, vous n'êtes toujours pas convaincu de l'intérêt que présenterait pour vous l'enseignement proposé** (si les programmes et/ou les profs vous font ch..., p. ex.), **vous pouvez le refuser, sans que ce refus puisse vous priver d'une instruction de qualité**"*.

Je prévois aussitôt les protestations horrifiées jaillissant de partout: les enfants qu'on force à aller à l'école, ***ce n'est pas du tout la même chose*** que les malades mentaux qu'on hospitalise et qu'on traite contre leur gré! Les premiers n'ont pas l'âge pour juger de ce qui est bon pour eux, alors que les seconds sont des adultes *(sous-entendu responsables!)* Eh! Bien, si vous y réfléchissiez un peu, vous réaliseriez que c'est quand même bien ***"la même chose"***! Car si les enfants, à cause de leur âge, ne peuvent pas juger de ce qui, aujourd'hui, est nécessaire et bon pour leur avenir dans quelques années, on admet qu'il faut le leur imposer, "pour leur bien".

De son côté, la maladie mentale chronique grave prive une majorité de ses victimes de leurs capacités de jugement, c'est-à-dire de leur libre arbitre; en quelque sorte, ils redeviennent, à leur manière, de grands enfants incapables *(irresponsables)* de décider et de prévoir ce qui serait bon pour eux, incapables d'accepter de se laisser imposer ce qui pourrait leur rendre cette santé dont ils ne savent pas qu'ils l'ont perdue.

Mais cela, ni nos politiques dans leurs partis, ni nos théoriciens humanitaires ne le vivent personnellement et ne semblent donc capables de le comprendre. Ils militent pour des principes généreux mais qu'ils ne connaissent que de manière abstraite. Leur militantisme leur donne surtout l'illusion d'une bonne conscience et, ce qui ne gâche rien, il ne leur coûte pas grand-chose. Ils ignorent les réalités concrètes de la vie quotidienne de ceux qu'ils prétendent défendre. Ils proposent les mauvaises solutions aux faux problèmes parce qu'ils ne peuvent ni ne veulent voir les vrais problèmes. Et ils n'en discutent qu'entre eux, au sein de leurs partis respectifs ou, plus ou moins confidentiellement, dans l'une ou l'autre association, ce qui ne peut jamais conférer ni largeur ni hauteur de vues suffisante à leurs conclusions.

De nombreux prétendus "défenseurs" des malades mentaux voudraient bien passer pour des don Quichottes mais, malheureusement, pour la plupart ils ne sont que les moulins à vent.

On est pourtant bien parvenu à discuter, très officiellement et publiquement, sur l'avortement puis, tout récemment, sur les soins palliatifs, sur l'euthanasie même, sur les dangers éventuels que présenteraient les progrès récents des techniques de la génétique, etc., etc., dans des commissions sénatoriales ou autres.
Qu'attend-on pour suivre cet exemple et dégager les règles éthiques concernant le sort qu'on réserve aux malades mentaux? Qui donc aurait intérêt à faire traîner les choses?

Première publication: **12 Mars 2004** Dernière modification: **12 Mars 2004**

les PAROLES CREUSES sont l'écho amplifié par la caisse de résonance de l'ABSENCE de PENSEE.

(Apprenons à penser avant de les écouter)

Si nous voulons vraiment améliorer le sort de nos malades mentaux chroniques, sans chaque jour remettre cette tâche au lendemain, nous devons lutter sans relâche contre l'ennemi de toujours, cet ennemi en apparence insaisissable puisqu'il ne se manifeste que par une absence: l'absence de pensée qui, souvent, n'est que refus de réflexion et paresse d'esprit.

Pour cela, en permanence et systématiquement, nous devons examiner si nous pouvons accepter toutes les conclusions *(et actions?)* de ceux qui prétendent penser *(et agir?)* pour nous et pour le bien de nos malades. Cela signifie qu'au lieu de confortablement laisser à d'autres le soin de penser à notre place - ou de le laisser croire! -, nous devons nous efforcer de penser aussi par nous-mêmes. Toute l'histoire de l'humanité jusqu'à aujourd'hui nous montre que cela n'a jamais été ni aisé, ni généralement bien vu d'aucune autorité, d'aucun pouvoir en place.

Depuis qu'ils existent, nombre de nos professionnels de la santé publique et de nos décideurs politiques à leur suite nous ont tenu des discours de perroquets sur ce qu'ils appellent "**la Santé**" et la "**promotion de la Santé [Mentale]**". Délibérément, à ***l'action*** en faveur des malades mentaux et contre les maladies mentales, ils substituent leur ***discours*** sur une "santé mentale" qu'ils ont inventée et qui n'est en réalité qu'une sorte "d'auberge espagnole", où ils apportent tout et n'importe quoi, un bric-à-brac indéfinissable et utopique.

Mais leurs phrases dithyrambiques et tarabiscotées ne sont jamais qu'un écran de fumée, une sorte de musique destinée à détourner l'attention des problèmes qu'on estime trop difficiles à résoudre et auxquels on n'ose pas vraiment s'attaquer. Ce sont des successions de mots, dépourvues de sens, qui encouragent et justifient l'inaction de ceux qui les énoncent. Au mieux , ces bavardages risquent de n'engendrer que l'incompréhension puis la lassitude de ceux à qui ils sont destinés; au pire, ils risquent de provoquer le découragement voire la démission et le renoncement chez ceux qui, concernés personnellement, les écouteraient et tenteraient d'y croire.

Mais l'essentiel est qu'on nous fait lanterner. Et comme nous ne pouvons renoncer, comme, pour nos malades, nous ne renoncerons jamais, le risque ne peut pas être celui du renoncement. Il doit être celui de la dénonciation constante et sans complaisance des supercheries et de tous les faux raisonnements dictés par la stupidité. C'est le risque de la colère, voire finalement de la révolte en désespoir de cause.

On voudrait nous maintenir dans l'illusion que tous les "beaux" discours et annonces d'intentions suffiraient à remplacer l'action, qu'ils ***seraient*** l'action elle-même. Pour nous en convaincre et la faire plus facilement accepter, on voudrait aussi nous faire trouver belle cette musique dont on croit nous bercer. Secouons-nous! Réveillons-nous! Cette musique n'est pas belle! Elle n'est pas même supportable! Ce chant de sirènes n'est pas de la musique, ce n'est que du bruit destiné à nous assourdir, nous étourdir, pour, en définitive, nous endormir. Il ne vise qu'à nous rendre définitivement sourds, aveugles, muets et paralysés: bernés, dociles***, "cocus et contents"***, quoi!

Mais il y a plus grave encore que cette ***inaction dans le présent***: les "beaux" discours masquant l'inaction sont aussi un outil de désinformation qui ne vise qu'à étendre l'audience - mais conforte l'inefficacité - de certaines organisations et institutions dites de "bien-être social *(welfare)* ", qu'elles soient privées ou publiques, nationales ou internationales. Et cette désinformation vise à prolonger l'***inaction dans le futur***.

Exemple particulièrement caractéristique de la désinformation, la lutte contre la "**stigmatisation des maladies mentales**" *(ou des malades mentaux?)* a déjà été évoquée à diverses reprises sur ce site (v., p.ex. *stigmatisation - déstigmatisation*). Elle est ***une de ces multiples inepties***, le cheval de bataille vaillamment enfourché par l'O.M.S./W.H.O., la Commission Européenne, nos psychiatres, nos politiques, et *tutti quanti* qui, en effet, s'obstinent à nous donner, depuis des années, une véritable parade équestre sans pour autant jamais trouver le chemin de l'écurie. Crédules, les médias leur emboîtent mécaniquement le pas.
La "**stigmatisation**" et la "**déstigmatisation**" sont un leitmotiv qu'on nous rabâche sans arrêt et sur lequel de toutes parts on ne cesse d'insister: c'est un véritable matraquage. C'est aussi de cette façon qu'on propage les mensonges.

Beaucoup ont fini par gober sans réserve cette propagande. Et, comble de l'ironie, parmi ceux qui se laissent ainsi entraîner dans l'erreur, se retrouvent aussi de grandes associations et organisations "indépendantes" revendiquant d'améliorer le sort des malades mentaux *(elles ne semblent d'ailleurs jamais s'interroger sérieusement, tant sur la pertinence que sur l'efficacité de ce qu'elles appellent "leur action"; pourtant, au moins certaines d'entre elles devraient aujourd'hui disposer d'un recul de plusieurs décennies permettant d'en faire le bilan: craindraient-elles d'être confrontées à de mauvaises surprises?)*.
Voici des exemples; les deux premiers, choisis parmi bien d'autres du même tonneau, sont extraits des discours de WHO/OMS sur ce sujet:

"La stigmatisation est l'un des principaux obstacles qui empêchent de faire le nécessaire pour aider les personnes mentalement vulnérables, a déclaré Wolfgang Rutz, conseiller régional en santé mentale. Si vous vous sentez stigmatisé, vous ne vous adressez pas aux services qui pourraient vous aider, vous ne vous intégrez pas dans la société; les gens sont cachés à l'écart dans les hôpitaux, et il devient difficile de demander de l'aide avant qu'il ne soit trop tard et que le pronostic ne s'aggrave. C'est là un problème qu'il importe de traiter si nous voulons obtenir des résultats" (*http://www.euro.who.int/InformationSources/MtgSums/2003/20031001_1*)
et:
"*Les facteurs qui sont à la base de la marginalisation des personnes mentalement vulnérables* (sic) *sont des conceptions psychosociales profondément ancrées dans la société, qui reposent sur l'incrédulité* (sic) *et les préjugés. La législation et les procédures administratives représentent souvent des obstacles importants au processus de réinsertion, de normalisation et d'humanisation.*" (*http://www.euro.who.int/document/rc53/fdoc07.pdf*)

Un troisième exemple ne peut être reproduit ici en entier. Il y aurait trop à en dire! Allez plutôt y voir vous-même et forgez-vous votre opinion:
http://francais.world-schizophrenia.org/stigma/aspects.html
et *http://francais.world-schizophrenia.org/stigma/reinforcing_stigma.html* . On y apprend, entre autres "clichés contre-clichés", que la "**stigmatisation**" des malades mentaux aurait de multiples "*facettes*", dont des "***préjugés traditionnels***" parmi lesquels on range "*une méfiance qu'ont les êtres humains envers tout ce qui est imprévisible*", ***l'ignorance*** qui serait à l'origine de "*la discrimination pratiquée par les gouvernements et les sociétés en matière d'emploi...*", ***le langage***, avec "*l'emploi de mots offensants, tels que schizo, psycho.*" etc., etc.
Et on nous dit aussi: "*Il n'y a rien d'étonnant à ce que les gens atteints de maladie mentale tendent à refuser ou à faire abstraction de leur diagnostic puisqu'ils sont souvent exposés à des abus verbaux, qu'on se moque d'eux ou qu'on les maltraite.*"

Ceux qui nous disent cela, connaissent-ils personnellement des malades mentaux chroniques? Ont-ils jamais tenté de vivre à leurs côtés? N'auraient-ils pas eux-mêmes une propension marquée à imaginer des complots de toutes sortes, une certaine tendance spontanée à raisonner par amalgames? Mais ont-ils jamais appris à réfléchir? S'y sont-ils jamais efforcés?
Et pourtant, à la manière de l'histoire de la paille et la poutre, ils se permettent de recommander, pour ne pas encourager la **stigmatisation**, de "***penser avant de parler***"... *Faites ce que je dis sans penser, pas ce que je fais sans le dire.*

Tous les membres des familles et les proches de malades mentaux chroniques qui liraient ces laborieuses élucubrations sur la "**stigmatisation**" *(et la discrimination, l'exclusion)* , pourraient immédiatement se rendre compte que les rédacteurs de cette prose, soit ne devraient avoir aucune connaissance ni compréhension réelles des problèmes qu'ils traitent, soit ils ne voudraient eux-mêmes pas regarder la vérité en face, soit encore ils ne pourraient que délibérément travestir la réalité, ce à quoi nous préférerions ne pas croire.
Quoi qu'il en soit, quand certains parlent *" d'ignorance "* , de " *conceptions psychosociales profondément ancrées* " et de *préjugés, traditionnels* ou non, ils feraient mieux de s'instruire eux-mêmes à des sources ***sérieuses***, et de balayer au préalable les idées fausses de devant leur propre porte. Et nous ne pouvons que rester en effet ***incrédules*** devant l'ampleur de la désinformation pourtant flagrante qu'ils répandent avec autant d'apparente candeur.

La légende de la lutte contre "**la stigmatisation**" fournit un prétexte commode à discours généreux en apparence. Elle est donc soigneusement entretenue. Son seul objectif est de ne faire porter les efforts et de n'engager les ressources publiques, dans la lutte ***pour les malades mentaux***, que contre un ennemi imaginaire de pure invention, dans un combat par conséquent impossible, illusoire. Ceux qui, naïfs et crédules, se laissent convaincre de s'y engager ou d'y participer, et y placent vainement leurs espoirs, ils se laissent mystifier. Le combat contre la **stigmatisation** est fictif et définitivement trompeur, mais combien confortable et gratifiant pour les combattants attitrés et appointés qui s'y fabriquent et en tirent leur bonne conscience, et ne risquent d'y user que leur salive et leur encre! La "**stigmatisation**", elle réside d'abord dans l'esprit de ceux qui la dénoncent et qui, à force de la dénoncer, l'amplifient et lui donnent l'apparence d'exister.

Les efforts et ressources indûment gaspillés dans une lutte contre des fantômes devraient plutôt être consacrés, en priorité, à l'aide véritable aux malades, leur permettant, de manière très concrète, quotidienne et terre-à-terre, de vivre dans des conditions matérielles que ***eux*** pourraient trouver acceptables et décentes de leur point de vue. Là est la vraie urgence, et elle passe avant toutes les autres. Mais y répondre vraiment est sans aucun doute plus bien plus exigeant et onéreux que les discours "gratuits" toujours recommencés, célébrant et prônant la prétendue "**lutte contre la stigmatisation**".

C'est pourquoi on ne peut assez insister sur la nécessité de crever et dégonfler cette baudruche de la " **lutte contre la stigmatisation des maladies mentales**", une **fable** dont la seule utilité prouvée est qu'elle paraît justifier l'existence des conteurs de la fable, qu'elle leur permet de se faire valoir à peu de frais pour eux-mêmes. Par analogie, pourquoi ne pas baptiser ce combat la *"recherche des armes de stigmatisation massive",* par exemple ?

Ne l'auriez-vous jusqu'à présent pas remarqué? Sans exception notable, tous ceux qui, chez nous, affirment qu'il faut, en priorité, "**lutter contre la stigmatisation des maladies mentales**", ceux qui proclament qu'il faut "**en finir avec la stigmatisation des maladies mentales**", jamais pourtant ils ne prennent la peine *(ni le risque!)* de nous dire clairement ce qu'ils entendent par "**stigmatisation**", en quoi consiste cette chose dont ils ne cessent de nous rebattre les oreilles.

Comme si le sens de ce mot allait de soi. Comme si tout ce que ce mot peut recouvrir et suggérer de ramifications de causes et de conséquences implicites devait être clair pour tous, et donc pour nous. Le simple mot semble désormais se suffire à lui-même. Ceux qui parlent sans cesse de **stigmatisation** n'éprouvent habituellement plus aucun besoin de nous en expliquer la signification: selon eux, ce n'est pas nécessaire, puisqu'ils se présentent comme des gens qui savent de quoi ils parlent. Ils affectent de s'adresser à un public composé de personnes intelligentes, éclairées elles aussi, à qui ils ne vont pas faire l'affront de leur expliquer les évidences. En réalité ils les traitent en jobards, sans doute parce qu'ils les prennent pour tels.

C'est là une technique "politicienne" de flatterie déguisée, implicite, bien rodée, bien commode pour dispenser chacun - et d'abord soi-même - de réfléchir au sens des grands mots en lettres capitales dont certains usent et abusent, et par lesquels on cherche d'abord à impressionner ; on

fait sentir à ses auditeurs qu'ils risqueraient de passer pour des ignares ou des béotiens, voire pire, s'ils s'avisaient, par exemple, de poser malencontreusement la question: **qu'entendez-vous par stigmatisation de la maladie mentale?** C'est une manière comme une autre de dissuader ses interlocuteurs de poser les questions gênantes, celles auxquelles on ne saurait comment répondre. On élude les questions avant même qu'elles ne soient posées.

Eh! Bien, n'ayons pas peur d'avouer notre incompréhension, notre scepticisme, voire notre ignorance! Puisqu'on n'estime pas utile de nous éclairer vraiment, tentons d'y voir plus clair par nous-mêmes. Posons-nous à nous-mêmes ces questions sur lesquelles on préfère glisser. Cela nous permettra de découvrir et de nous convaincre que la "**lutte contre la stigmatisation des maladies mentales**" n'est qu'un mirage, une méprise, un combat impossible dépourvu d'adversaire qu'on puisse nettement désigner, un combat ne pouvant jamais être ni gagné ni perdu, c'est-à-dire futile.

Ce sont les psychiatres et certains "psychologues" mêmes qui toujours ont alimenté la stigmatisation (de et) par la maladie mentale, quoiqu'aujourd'hui ils la dénoncent et affectent de la "**stigmatiser**" elle-même à son tour. Ne nous disent-ils pas, par exemple, que *"être schizophrène ne veut pas dire être idiot...",* **stigmatisant** implicitement, au passage, les "**idiots**"? *(v. Prix Nobel?)*
Les termes d' "**idiot**" et d' "**imbécile**" n'ont-ils pas été pendant longtemps des dénominations psychiatriques réservées aux personnes atteintes d' "arriération mentale" à des degrés divers et ne sont-ils pas toujours, aujourd'hui encore, avec les termes de "**débile mental**, **arriéré**, **demeuré**, **crétin** *("des alpes", selon le capitaine Haddock de Hergé)* , **oligophrène**, **schizophrène**, **maniaque**, **obsédé**, ..." *(et j'en passe beaucoup)* des insultes et des injures courantes, l'expression même d'une ***volonté*** manifeste de "**stigmatisation**" dans notre vocabulaire actuel et traditionnel, dans notre "culture"?
N'était-ce pas aussi un certain **Sigmund Freud soi-même**, encore révéré aujourd'hui par tant de dupes et de niais, qui donnait l'exemple et "**stigmatisait**" ses anciens disciples devenus rétifs face à son autorité et, selon lui, schismatiques et hérétiques, en leur attribuant, pour les discréditer à tout jamais, des "diagnostics psychiatriques" qu'il considérait de toute évidence comme infamants pour leur personne?

Mais, à propos, n'est-ce pas précisément les penseurs de la World Fellowship for Schizophrenia *(vide supra)* qui estiment que les mots "schizo, psycho " sont offensants? Serait-ce qu'ils se sentiraient offensés si on les apostrophait par ces mots?

Certains "professionnels" (?) québécois de la santé - *http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/2067.html* - prétendent, dans un petit glossaire intitulé "Dictionnaire de la Réadaptation ", donner **leur** définition de la **stigmatisation**. Elle est exemplaire et édifiante à plus d'un titre. La voici: "**Stigmatisation:** *Parole ou action menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne.*"
Les auteurs de cette "définition" ne se sont guère souciés de précision ni de clarté dans la rédaction de cet article de leur glossaire; ils ne se sont pas fatigués à consulter au préalable aucun des nombreux dictionnaires de la langue française, *(disponibles dans toutes les écoles)*, avant de pondre ce laborieux résultat de leurs cogitations. Ils ne se sont pas risqués à illustrer d'un exemple leur phrase maladroite *(sans doute craignaient-ils de dévoiler le caractère tendancieux et partial de leur définition)*.

S'ils s'étaient montrés clairs et précis, ils auraient sans doute pu dire, par exemple: "**Stigmatisation** (d'une personne): *c'est, en s'adressant à une personne affligée d'une déficience, d'une incapacité ou d'un handicap, agir avec elle ou lui parler en lui faisant reproche - ou moquerie - de cette déficience, cette incapacité, ou de ce handicap*".
Car c'est bien cela qu'on voulait dire et nous suggérer. Mais c'est bien sûr faux et, comble de duplicité, ceux qui devraient le savoir n'osent même pas l'avouer. Car quelle est la personne se prétendant civilisée qui avouerait sans honte se comporter ainsi, par exemple avec un infirme ou

avec une personne physiquement diminuée? Ou encore, avouerait-on explicitement se comporter de la sorte avec un malade mental? Je veux croire que non.

Mais pareil comportement ou discours correspondant à la "définition" citée ne serait pas simplement honteux! Il serait d'abord *stupide*, puis honteux! Comment, en effet, expliquer autrement que par la stupidité les reproches (la "**stigmatisation**") qu'on ferait à quelqu'un d'être ce qu'il est, d'être comme il est, alors qu'il n'y est lui-même pour rien et qu'il n'y peut rien changer? **Stigmatise**-t-on le lion parce qu'il tue l'antilope pour s'en nourrir? Non! On admet que c'est dans sa nature de lion, et on évite de se placer entre sa proie et lui.
Certains **stigmatisent** le renard qui chaparde les poules de leur poulailler. Ils ont tort. Le renard suit sa nature de renard, rien de plus légitime. Malheureusement, cela déplaît aux propriétaires des poules. Il seraient plus avisés de **stigmatiser** celui qui a mal conçu la clôture autour de la basse-cour.
Quand, par contre, l'animal nous rend service, nous ne songerions même pas à le **stigmatiser** pour des actions pourtant tout à fait comparables à celles qu'on vient d'évoquer: nous félicitons bien notre chat qui nous débarrasse des souris! Est-ce donc "mal" d'être un renard, est-ce "bien" d'être un chat? Ces jugements sont ineptes, car ce sont des jugements moraux, et la morale n'a que faire, ni ici ni en "Santé mentale".

Les malades mentaux peuvent tenir un discours et adopter un comportement et des attitudes qui nous paraissent étranges, incompréhensibles, inappropriés aux situations rencontrées. Et, souvent, ce que nous ne comprenons pas nous fait peur. Eux-mêmes, les malades peuvent ne pas nous comprendre et ils peuvent réagir à nos discours et nos actions de manière qui nous semble inappropriée. Et, souvent, eux aussi ils ont peur des bien-portants. Ce sont là des manifestations et les conséquences de leur maladie dont ils ne sont pas responsables et à quoi ils ne peuvent rien.

Tous, nous savons cela ou, plus exactement, nous devrions tous le savoir. Certains le savent de façon très concrète parce qu'ils ont, personnellement, une longue expérience vécue au contact des malades. D'autres pensent le savoir aussi, même s'ils ne font que l'imaginer de façon abstraite. D'autres encore, sans doute n'en veulent rien savoir et n'imaginent que ce qu'ils veulent.
Mais, une fois admis, ce savoir fait qu'il ne viendrait à l'esprit d'aucune personne raisonnable *(et peut-être modérément intelligente)*, sachant qu'elle s'adresse à un malade mental, de le "**stigmatiser**", sous prétexte ou à cause de ou, en quelque sorte, "au nom" de son affection mentale *(et il faut espérer qu'il en va de même au Canada)* .

Quant aux malades, c'est leur maladie qui les empêche de s'adapter à un monde, de s'intégrer à une société où ***personne ne semble pressé de rien prévoir pour les accueillir décemment en tenant compte de leurs particularités.*** Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'ils puissent se sentir exclus, rejetés, "**stigmatisés**" par la société, et qu'ils soient, finalement, peu désireux sans doute d'y participer, du moins si elle reste aussi peu acceptable à leurs yeux et aussi peu accueillante à leur égard qu'elle l'est à présent.
Mais cette exclusion de fait ne correspond nullement à une **stigmatisation**, même si les malades sont excusables de parfois se l'imaginer. Car nos "experts psys" et nos bons apôtres de mouvements associatifs et de la "**lutte contre la stigmatisation**" s'empressent de les conforter dans cette conviction fausse pour pouvoir ensuite se donner le beau rôle de la combattre. Mais ce n'est effectivement qu'un rôle d'acteur ou de récitant qui s'arrête à la sortie des artistes.

Stigmatiser quelqu'un ou **stigmatiser** ses actions ou son comportement, c'est désigner à tous ce quelqu'un et ses actions comme étant blâmables ou même infâmantes, condamnables pour des raisons d'éthique ou de morale. Mais ne nous méprenons pas! C'est celui qui est désigné qui est **stigmatisé**. Quand on taxe publiquement telle femme peu intelligente de "dinde", c'est elle qu'éventuellement on **stigmatise** (quoique le mot soit ici un peu fort), ce ne sont pas les dindes qui sont visées. Pourquoi reprocherait-on aux dindes d'être stupides?

Très tôt au cours de notre vie - dès la petite enfance -, notre éducation ***à tous*** consiste à favoriser, par l'approbation, les actes et les comportements considérés comme socialement souhaitables, et à dissuader de commettre les actions que la société réprouve, cette fois par le reproche, voire le blâme ou même la punition. Cela se pratique aussi bien en famille qu'à l'école. Et on blâme, on "**stigmatise**" les fautifs en leur disant en substance qu'eux qui savent et devraient être capables de se comporter *"comme il convient"* , ils se laissent cependant aller à faire comme ceux qui ne savent pas et ne peuvent pas en être capables, ceux qui ne peuvent donc pas être "fautifs". Est-ce une **stigmatisation** de ces derniers plutôt que des premiers ?

Quand, à quelqu'un perdu dans ses pensées, on doit répéter la même question plusieurs fois avant d'obtenir de lui une réponse, il arrive qu'impatienté on lui reproche: "mais tu es sourd, ou quoi?" Est-ce une **stigmatisation** des sourds?
Quand, cherchant un objet qu'on vient d'égarer puis, le retrouvant enfin, on le désigne du doigt à son propriétaire qui ne l'aperçoit pas immédiatement, il peut arriver qu'on lui dise, sur un ton de moquerie: "mais tu es aveugle, ou quoi?", est-ce une **stigmatisation** des aveugles? Et pourtant, surdité et cécité sont bien "des déficiences", des "handicaps". S'en moque-t-on?

La réprobation et le blâme se manifestent fréquemment aussi par ce qu'on pense être des termes forts (on a déjà le choix parmi les quelques termes cités plus haut), voire par des invectives prenant en exemple les handicaps graves que l'on attribue, sans y réfléchir vraiment, aux malades mentaux tels qu'une tradition populaire se les représente. Mais ici à nouveau, ce ne sont pas les malades mentaux qui sont visés, "**stigmatisés**".

On "**stigmatise**" ceux à qui on reproche qu'ils se soient comportés ou qu'ils aient tenu des discours inadéquats qu'on imagine - à tort ou à raison - comparables à des comportements et paroles de malades mentaux. Ce qu'on leur reproche, en fait, c'est de ne pas avoir fait usage, alors qu'il auraient dû car ils le pouvaient, de leurs capacités mentales bien présentes de bien-portants, c'est d'avoir, en quelque sorte, "joué au fou" alors qu'ils ne le sont pas.

Mais on sait - et l'on admet - que les malades, eux, ne disposent plus de toutes ces capacités, et on ne songe certainement pas à leur en faire grief, à les "**stigmatiser**" *(sauf peut-être, dans le propre "subconscient" de ceux qui dénoncent la "stigmatisation"?)*. Bien au contraire, ne serait-ce pas l'attitude diamétralement opposée qui serait la règle habituellement appliquée par des gens à la fois plus humains et plus logiques? Ainsi, par exemple, les juges et les tribunaux ne montrent-ils pas plus d'indulgence aux accusés de délits et aux criminels présumés *(on leur accorde des circonstances atténuantes, on commue leurs peines)* s'il est prouvé qu'ils sont affligés d'un trouble mental? Voudrait-on remettre cette règle en cause?

Mais prétendre que la "**stigmatisation**", de ceux-là qu'on traite de "fous" tout en sachant fort bien qu'ils ne sont pas des malades mentaux, rejaillirait sur les malades mentaux eux-mêmes, voilà bien une interprétation dont la logique est absente ou tordue! *(Ne pourrions-nous pas y voir un effet pervers de plus de la théorie psychanalytique, une sorte de "transfert" ou de "contre-transfert" de la stigmatisation entre prétendus "déstigmatiseurs" et "stigmatisés"?)*

Non! Ce ne sont pas non plus *"**l'incrédulité** "* (!?) et les préjugés qui sont "***à la base de la marginalisation***" des malades mentaux. Et ceux qui tablent sur notre ***crédulité à nous*** pour nous faire avaler cela, ils nous prennent pour quoi?
Les proches des malades savent bien, eux, ce que les "techno-bureaucrates de la santé mentale" semblent ignorer et semblent aussi incapables d'apprendre: **la marginalisation des malades mentaux est la conséquence directe de la perte des compétences requises par notre société, et cette perte est une des manifestations de l'affection mentale elle-même**.
La prétendue *"**discrimination en matière d'emploi**"* que pratiqueraient *"**les gouvernements**"* et *"**les sociétés**"* n'est qu'une variation dans la formulation de la contrevérité précédente.

Les "responsables politiques" et les "responsables techniques" de la "santé mentale" nous désignent des faux "coupables", afin de détourner notre attention des vrais.

Ils voudraient nous faire croire qu'on pourrait et qu'il faut forcer les malades mentaux à s'adapter à la société telle qu'elle est. C'est une stupidité dont l'évidence n'échappe qu'à ceux qui refusent de la voir. Les "responsables officiels ou autoproclamés " ne semblent pas se rendre compte qu'ils se comportent, soit en "irresponsables délibérés", soit en "responsables irréfléchis". Devons-nous choisir?

En attendant d'être capable de soigner efficacement les malades mentaux, il faut prévoir des espaces de société où celle-ci s'adapte aux malades tels qu'ils sont.

Première publication: **5 Avril 2004** Dernière modification: **5 Avril 2004**

"It is the temporospatial dialogue between the thalamus
and the cortex that generates subjectivity"
"Communication without consensus meaning simply is not communication."
Rodolfo R. Llinás: "I of the vortex. From Neurons to Self", pp. 66 et 233.
MIT Press 2002, ISBN 0-262-62163-0

"Si notre sentiment pose toujours la question du pourquoi,
notre raison nous montre que la question du comment est seule à notre portée".
Claude Bernard, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865)

Selon Edouard Zarifian, psychiatre (Le Goût de vivre, p. 78, Odile Jacob, Paris 2005)
"*La science* stricto sensu *n'expose que des faits*".

mais pour Peter Medawar, prix Nobel de médecine (1960),
*"The equation of science with **facts** and of the human arts with **ideas** is one of the shabby genteelisms that bolster up the humanist's self-esteem".*

"*Faire équivaloir la science aux faits et les arts aux idées [n'] est [qu'] un des clichés minables que l'humaniste appelle au secours de son amour-propre*".
(The Strange case of the spotted mice and other classic essays on science, pp.58-59.
Oxford University Press, New York 1996. ISBN 0-19-286193-X)

PSYCHIATRIE "BIOLOGIQUE" ou "PHILOSOPHIQUE"?
NEUROSCIENCES ou METAPHYSIQUE?
ou
POUR AGIR *UTILE*, COMMENT CHOISIR
LES *BONNES* QUESTIONS à se POSER?

(seules les bonnes questions peuvent recevoir de bonnes réponses)

Depuis qu'on essaye de "soigner" les malades mentaux plutôt que de se borner à les parquer à l'écart de la société, deux conceptions fondamentalement distinctes des affections mentales se sont opposées. Le plus souvent, elles reflètent les diverses croyances traditionnelles et les convictions philosophiques d'origine religieuse, toujours profondément ancrées dans une majorité des esprits de nos contemporains. Nombreux parmi nos psychiatres et psychothérapeutes sont ceux qui, sans nécessairement s'en rendre compte, entretiennent encore ces croyances *(c'est leur droit)* mais, même dans la pratique de leur métier ne se laissent guider que par elles *(alors qu'ils devraient l'éviter!)*, quand la réalité physique du monde, dans lequel ils vivent, expliquée et enseignée par les sciences, leur en apporte le démenti quotidien et très concret.

Une de ces croyances est celle de l'existence séparée de l'âme et du corps *("l'esprit" et "la matière"),* de leurs natures distinctes, de l'indépendance de la première vis-à-vis du second. Elle correspond aux convictions de base des religions monothéistes prédominantes de nos civilisations occidentales, et sa philosophie peut être résumée par le modèle cartésien du *"cogito ergo sum"*.
Sous la pression des sciences expérimentales, une autre croyance s'est graduellement et plus tardivement développée: celle des agnostiques, pour qui esprit et matière ne sont pas distincts, ne sont pas de natures différentes. Pour eux, "l'esprit" ne peut exister sans support matériel.

A la suite du développement spectaculaire de la biologie, de la médecine et de la psychologie, devenues enfin scientifiques, l'affrontement entre ces deux attitudes diamétralement opposées ("dualisme" traditionnel contre "monisme" agnostique) a aussi colonisé la psychiatrie où il est devenu un antagonisme notoire et publiquement affiché, apparemment irréductible: celui des tenants de ce qu'on peut appeler la psychiatrie "***intuitive***, ***philosophique*** et ***spéculative*** et peut-être ***contemplative*** " envers ce qu'ils dénomment la psychiatrie "***biologique***" ou encore,

plus délibérément et péjorativement, "***mécaniste***" et "***matérialiste***".

En réalité, il s'agit là, en quelque sorte d'anciennes querelles de religion qui, par respect élémentaire pour les malades, ont depuis longtemps été bannies de la pratique de la médecine en général. En effet, *les croyances, convictions religieuses et philosophiques personnelles des médecins et des thérapeutes n'ont pas à être imposées à leurs patients qu'elles ne concernent évidemment pas et, **surtout**, elles ne peuvent pas non plus dicter le choix des traitements qu'il faudrait appliquer aux malades.* L'éthique du métier impose de mettre en oeuvre la thérapeutique qui, dans chaque cas, offre la meilleure probabilité connue de soulagement et d'amélioration de l'état de santé du patient.

Dans tous les domaines de la médecine, le meilleur traitement probable nous est indiqué par l'expérience, c'est-à-dire par les résultats de nombreuses décennies de recherche scientifique *(fondamentale et clinique)* en biologie et en médecine *(et grâce à l'accumulation et l'évaluation des résultats obtenus à la suite de la mise en oeuvre des thérapeutiques suggérées par la recherche)*. Ces résultats sont consignés dans des revues scientifiques spécialisées *(à comités de lecture critiques et généralement peu enclins à l'indulgence pour le vague et l'à-peu-près)*. Ils sont ainsi accessibles à l'ensemble de la communauté scientifique et professionnelle mondiale, les conclusions qu'on peut en tirer sont, en principe, enseignées dans les facultés de médecine du monde entier.

Les discussions, voire les "disputes" qui peuvent survenir entre praticiens de la médecine ne portent, dans l'immense majorité des cas, que sur des points de "technique" (médicale ou chirurgicale), les convictions philosophiques du thérapeute n'entrent pas en jeu et ne sont évoquées que très exceptionnellement *(à l'occasion de problèmes éthiques comme ceux soulevés par l'acharnement thérapeutique, l'I.V.G. ou la procréation assistée, par exemple)*.

Il n'en va manifestement pas de même pour cette spécialité qu'est la psychiatrie, comme on peut s'en rendre compte à la lecture d'un article paru il y a peu dans le quotidien français Le Monde (13/04/04, http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0@2-3244,36-360981,0.html, 17/04/04, "***Voir le cerveau penser n'est qu'une métaphore poétique***") où le journaliste Jean-Yves Nau interviewait un psychiatre et professeur français bien connu, à propos de l'utilité de la "neuro-imagerie cérébrale" et de la "psychiatrie biologique".
On peut citer, pêle-mêle parmi les affirmations recueillies par le journaliste:

- *"la psychiatrie biologique vit depuis plus de soixante ans sur un quiproquo fondamental"* ;
- *"on a abusivement assimilé le trouble psychique et son diagnostic au modèle médical pastorien"* ;
- *"aucun résultat utile au quotidien pour le diagnostic ou pour les soins n'a été obtenu [par la psychiatrie biologique]"* ;
- *"le trouble psychique, jusqu'à preuve du contraire, se situe dans le champ du qualitatif, du subjectif, et s'exprime par la parole"* ;
- *"seul l'échange intersubjectif par la parole [...] permet de soulager durablement la souffrance psychique"* ;
- *"Toutes les découvertes biologiques dans le champ de la psychiatrie ont été du ressort de l'empirisme. C'est vrai des médicaments psychotropes comme de la sismothérapie. La raison en est simple.* (sic)*. On ne dispose d'aucun modèle animal permettant d'étudier un trouble psychique. Les animaux ne parlent pas et les symptômes qu'on leur attribue (anxiété, dépression) sont le fruit d'un anthropomorphisme bien peu scientifique."* ;
- *"Les théories actuelles sur la maturation cérébrale ne sont pas capables d'intégrer les nouvelles découvertes sur la plasticité du cerveau, la repousse neuronale, ou la mise en place de fonctions de suppléance."* (sic)
  et encore:
- *"Les mécanismes d'action biologiques des effets symptomatiques des médicaments ne*

sont eux-mêmes que des hypothèses. L'utilisation de produits hallucinogènes ne transforme pas chaque consommateur en schizophrène." ;

- *"La compréhension des mécanismes cérébraux mis en jeu pour fabriquer des symptômes* (sic)*permettrait de dire "comment ça marche" et pas "pourquoi", à tel moment, telle personne va extérioriser ces symptômes et les inscrire dans son histoire personnelle en leur donnant un sens qui lui est propre."* ;
- *"Les outils scientifiques permettent d'étudier ce qu'il y a d'universel en l'homme mais pas ce qui est particulier à chacun."* (sic).

A propos du *"quiproquo fondamental"* , la bonne question ne serait-elle pas: le quiproquo fondamental que certains dénoncent, est-il bien là où ils voudraient nous le montrer? Ne pourraît-il pas être plus précisément là où on s'efforce de nous faire oublier qu'il est? Le véritable quiproquo n'est-il pas de continuer à laisser croire que le "trouble psychique" est celui de l'âme distincte du corps et indépendant[e] de lui *(s'obstiner dans le modèle philosophique cartésien dépassé, et le "modèle médical pastorien" proposé comme contre-exemple n'a, en fait, rien à voir ici!)*, prétendre ne "soigner" que par des incantations, des méditations, des prières et des rituels, alors que tous peuvent constater et devraient reconnaître ***l'inefficacité, depuis toujours, de ces sortes d' "exorcismes" de la psychiatrie "par la parole" pour combattre le "trouble psychique"*** ?

Si le modèle médical ("pastorien"[?] ou non!) est "abusif" en psychiatrie, alors seul un "modèle philosophique ou religieux" reste disponible. Pourtant, ne l'auriez-vous pas remarqué? les prêtres de nos religions occidentales - pourtant majoritairement reconnus experts incontestés en matière d'âme - se gardent bien de se mêler de diagnostic et de traitement des psychoses chroniques; quand parfois, l'un ou l'autre malade (ou un de ses proches) s'adresse à eux en désespoir de cause, il se heurte toujours à une prudente fin de non-recevoir. Les religieux et les théologiens savent fort bien, eux, que les "maladies" mentales ne sont pas de leur compétence, et ils ne s'y frottent pas. Les psys philosophes ou philosophant font-ils preuve d'autant de prudence?

Plutôt que de seulement dire et de laisser écrire que la psychiatrie biologique n'aurait obtenu aucun résultat utile "au quotidien" pour le diagnostic ou pour les soins, ne devrait-on pas aussi le broder en lettres bien lisibles sur le veston de certains psychiatres "***non*** biologiques", pourquoi ne pas le graver en lettres d'or à l'entrée de leur bureau ou de leur cabinet de consultation, afin que, comme on dit, nul n'en ignore ou, plus exactement, afin que chacun puisse juger par lui-même de l'abîme séparant cette doctrine psy, spéculative et contemplative, de la réalité vécue que certains parmi eux semblent toujours incapables de reconnaître, ou refusent d'admettre, ou peut-être espèrent nous dissimuler?

Mais alors aussi, dans un élémentaire souci de probité intellectuelle et d'équité, qu'attendent donc ces psys philosophant, pour mettre en regard de cette ***"psychiatrie biologique"*** si décriée pour l'absence de ses résultats utiles, la ***"psychiatrie non biologique***" *(et ses résultats "utiles" toujours annoncés, mais toujours attendus, mais ici encore bizarrement passés sous silence)*, qu'attendent-ils pour comparer, en toute impartialité, leurs bilans respectifs? Il n'est guère besoin d'être devin pour prédire la réponse à cette question-là.

Puisque le modèle médical est abusif, on adopte un modèle métaphysique *(du surnaturel)*, la psychiatrie devient théologie ou thaumaturgie, c'est-à-dire dogme reposant uniquement sur l'argument d'autorité. Cela permet d'affirmer, en toute sécurité, que *"le trouble psychique, **jusqu'à preuve du contraire**, se situe dans le champ du qualitatif, du subjectif, et s'exprime par la parole" (je souligne)*. C'est une vérité en quelque sorte révélée qui se passe de preuves, mais qui prétend néanmoins en exiger de ses contradicteurs. L'affirmation est doctrinaire et irréfutable en effet, car dans le domaine de la métaphysique et de la théologie, la révélation et l'argument d'autorité sont des preuves suffisantes à elles seules, et elles ne tolèrent aucune contradiction. On sait donc d'avance que, même si les sceptiques croyaient apporter *"la preuve du contraire"*, elle ne pourraît jamais être prise en considération par les dogmatiques.

Et pourtant, dire que *"le trouble psychique se situe dans le champ du subjectif..."*, c'est-à-dire du psychisme, ce n'est jamais rien d'autre qu'énoncer une tautologie mal déguisée qui n'apporte rien si on ne nous a pas dit auparavant ce que c'est que le psychisme; et, en effet, on se garde bien de nous le dire. On parle beaucoup tout en ne disant rien...

En affirmant que *"le trouble psychique se situe dans le champ du qualitatif,..."* , on tente de suggérer qu'à l'exclusion de phénomènes mesurables (le "quantitatif"), il ne serait question ici que de phénomènes "qualitatifs" et "subjectifs" dont on nous laisse croire que chacun saurait *(mais on se trompe!)* qu'ils échappent à toute "mesure", c.à.d. à "l'objectivité" et qu'ils sortiraient donc du "champ des sciences" pour rentrer dans celui des poètes, de l'art et des "artistes" (et, comme chacun aussi le sait, *"des goûts et des couleurs on ne discute point"*). C'est là une vision banale et facile, commune et très superficielle des choses, mais elle est en fait erronée. En effet, la psychologie enfin devenue scientifique nous démontre que, pour les scientifiques et les praticiens soucieux d'une certaine rigueur intellectuelle et professionnelle, il n'y a pas de véritable différence de nature entre "le qualitatif" et le "quantitatif", il ne devrait y avoir de différences que "techniques" entre procédés de mesure de divers paramètres *(psychologiques et neuropsychologiques, p.ex.)*, et des degrés dans la précision des observations quantifiées que ces procédés permettent d'obtenir.

Mais, pour savoir cela, pour savoir en tirer les conséquences et être capable d'entrevoir leurs significations possibles, il faut évidemment se tenir au courant des progrès de la "biologie", des neurosciences et de la psychologie scientifique et en replacer les apports dans leur contexte physiologique; les ignorer délibérément est sans doute plus reposant que de s'en instruire mais n'autorise pas à les nier. On ne peut plus, aujourd'hui encore, s'enfermer dans des représentations magiques millénaires sans courir le risque de se retrouver prématurément relégué dans la poussière des musées... L'Eglise catholique elle-même a-t-elle voulu courir ce risque? On peut penser que non puisque, déjà depuis pas mal de temps, elle s'est, par exemple, en quelque sorte "ralliée" tout en douceur aux "opinions" de Galilée.

Prétendre que *"seul l'échange intersubjectif par la parole"* permet de *"soulager durablement la souffrance psychique"*, *(par exemple d'une personne schizophrène ou d'un malade maniaco-dépressif?)* tout en ne disant pas sur quoi porterait l'échange *(c.à.d. ce que cet "échange" supposé permettrait d'échanger)* , sans dire non plus en quoi consiste la "souffrance psychique" ni comment on la détecte et à quelle aune on l'évalue, c'est en réalité continuer à parler pour ne rien dire; *(et "l'échange intersubjectif par la parole", n'est-ce pas une idée philosophique toute intuitive qu'on pourraît aussi bien appeler le "postulat de la télépathie assistée par sous-titres sonores"?)*
Quant au prétendu *"soulagement durable"*, il est notoirement contredit par les innombrables histoires personnelles et l'expérience vécue d'une proportion importante de malades psychotiques chroniques.

Proclamer la prééminence de *"l'échange intersubjectif par la parole"* sur toute autre approche diagnostique ou thérapeutique, c'est faire l'apologie d'une psychiatrie théosophique. Elle équivaut à se réclamer du chamanisme, ou peut-être encore, d'une certaine forme mineure d'art du spectacle qui ne peut plus aujourd'hui satisfaire - peut-être! - que les fantasmes, la crédulité et la vanité du seul magicien ou du seul artiste sur son art de la suggestion et son talent d'illusionniste. Pareille "psychiatrie", exercée par des chamanes et des "medicine-men", existait déjà à l'âge de la pierre, donc bien avant l'avènement des médications psychotropes actuelles. Notre psychiatrie contemplative, interprétative et verbaliste d'aujourd'hui voudrait-elle *(peut-elle)* encore toujours se glorifier d'hériter, mais surtout de perpétuer des (*bons?*) résultats historiques *(lesquels?)*, voire préhistoriques?

Nos psychiatres verbalistes seraient-ils nostalgiques de ces temps anciens mais sans doute bénis *(des malades comme des "professionnels"?)* où la crédulité, alors bien plus généralisée et plus grande encore qu'aujourd'hui, assurait sans peine le prestige du thérapeute malgré l'indigence de ses connaissances scientifiques, malgré l'inexistence de son arsenal thérapeutique, mais grâce à son boniment bien rodé, grâce à sa faconde à la fois rassurante et

théatrale?

"Le trouble psychique [...] s'exprime par la parole", nous dit-on. Peut-être! Quant à préciser ce que, "exprimée" ainsi, pareille affirmation recouvre... Car elle peut être, elle aussi, source bien opportune de quiproquo. Ne serait-il pas plus exact de dire qu'***une*** des manifestations - ***parmi bien d'autres!*** - du "trouble psychique" qui le rend sensible aux autres, consiste en l'incapacité à s'exprimer et à communiquer de manière cohérente et intelligible par la parole, soit parce que le langage adopté n'obéit plus aux règles communes de la logique et de la syntaxe, soit parce que le contenu audible du discours défie le bon sens commun?

Cependant, et c'est là effectivement un quiproquo soigneusement entretenu, le contenu apparent du discours ne constitue nullement la "raison d'être" du "trouble psychique" et n'en fournit pas non plus "l'explication" *(ce n'est que la réponse à une **mauvaise** question)*, contrairement à ce que les psychiatres et psychologues interprétatifs continuent à prétendre.
Les malades mentaux peuvent raconter *("par la parole")* leurs délires et leurs hallucinations à leur psychiatre qui, bien souvent semble en tirer un certain plaisir de nature esthétique *(qui peut parfois même paraître passer pour la justification de son "écoute")*. Ces "histoires" racontées ne sont cependant pas "l'expression" du trouble psychique, elles ne sont qu'une tentative de récit et de description de ses manifestations telles que le malade les ressent ou dont il tente de reconstruire le souvenir avec un succès d'ailleurs variable difficile à apprécier tant par lui-même que par ses interlocuteurs.

De très nombreux psychiatres francophones, férus d'interprétations poétiques et de relations symboliques qui leur tiennent lieu de raisonnements, attachent une grande importance au ***contenu*** des délires et des hallucinations, dont ils semblent croire qu'il fournit la piste de leur cause même. Ces contenus effectivement oniriques partagent, avec les rêves que chacun de nous fait pendant son sommeil, de nombreuses particularités et caractéristiques communes. Pourtant, excepté les oniromanciens de stands forains exploitant la crédulité populaire à des fins intéressées, et peut-être aussi quelques "psys" d'un autre âge, plus aucune personne avertie, éduquée et sensée n'accorde plus au contenu ni au caractère absurde ou décousu des rêves d'autre intérêt que celui du divertissement.

Les scientifiques étudiant la neurophysiologie du sommeil connaissent l'origine et les mécanismes de production des rêves. Eux, ils savent que l'important *(la **bonne** question!)* est de comprendre ce qui fait qu'un malade mental ne peut s'empêcher de rêver tout éveillé, à la différence des personnes bien portantes qui, elles, ne rêvent *(des absurdités, des délires, des "folies")* que pendant leur sommeil. Et ce ne sont pas la parole et les *"échanges intersubjectifs par la parole"* qui vont nous le faire comprendre.

Les "psys" qui prétendent, à la fois "décrypter" le contenu des délires et en trouver l'origine dans leur interprétation pourraient se comparer à des apprentis Champollions au petit pied qui se seraient fabriqué leur petite pierre de Rosette intérieure, personnelle et toute arbitraire. Toutes les traductions et interprétations de *"démotique psychique"* obtenues par de tels moyens sont toujours irréfutables. Quant à leur "vérité", quant à leur utilité thérapeutique, c'est votre droit et votre affaire d'y ***croire***. Freud a mis cette technique imparable systématiquement en pratique et s'est ainsi bâti une réputation. Même si, de nos jours, la psychanalyse freudienne et ses dérivées semblent avoir, métaphoriquement, du plomb dans l'aile, disons, tout aussi métaphoriquement, qu'en psychiatrie intuitive et philosophique comme ailleurs, aujourd'hui comme autrefois, la caque sent toujours aussi fort le hareng.

Il paraît que *"toutes les découvertes biologiques dans le champ de la psychiatrie ont été du ressort de l'empirisme."*

Bien sûr! Mais pourquoi donc cet empirisme serait-il, apparemment, méprisable, lui qu'on semble ici confondre avec l'absence de méthode, l'arbitraire et le hasard? De manière très pragmatique, l'empirisme consiste à tenir compte des résultats de l'expérience et de l'expérimentation qui, parfois et c'est heureux, bénéficient du coup de pouce et de la confirmation du hasard. Que

voudrait-on reprocher à cela? Presque tout le savoir actuel dont l'humanité entière se sert au quotidien a été acquis grâce à pareil "empirisme". Les bons philosophes acceptent cela et s'en accommodent ensuite, ils intègrent, ***à temps***, les résultats des sciences à leurs conceptions philosophiques, car ils ne veulent pas passer seulement pour de doux rêveurs perchés sur leur nuage ni être pris, eux aussi, pour de simples fabricateurs de métaphores faussement poétiques et sans aucune conséquence pratique *(qu'elle soit diagostique ou thérapeutique...)*
Quant à dire: *"La raison en est simple."* , ce n'est qu'une apparence d'argument, un *non sequitur* en forme de transition dont de nombreux psys sont coutumiers *(et qui n'a rien à voir avec ce qui précède - ni, d'ailleurs, avec ce qui suit!)*

Pour remettre "en perspective" les affirmations des psychiatres purement intuitifs et "remettre les pendules à l'heure", ne faudrait-il pas rappeler que, **dans le champ de la psychiatrie *non* biologique, on ne peut recenser que des *"non découvertes"*** et qu'on ne peut par conséquent que les mettre au passif de cette tâche que les "***non*** biologiques" pourtant revendiquent: apporter une aide effective, efficace, aux malades mentaux?

Triomphalement, les contempteurs de la "psychiatrie biologique" nous assènent leur argument massue décisif: *"On ne dispose d'aucun modèle animal permettant d'étudier un trouble psychique. Les animaux ne parlent pas et les symptômes qu'on leur attribue (anxiété, dépression) sont le fruit d'un anthropomorphisme bien peu scientifique"*.

Ces affirmations, énoncées en bloc pour mieux masquer le caractère superficiel de l'analyse sur laquelle elles se fondent, ne peuvent être admises telles quelles mais doivent être examinées de plus près. Contrairement à ce qu'elles pourraient laisser croire, aucun "trouble psychique" n'est une "unité", n'est une entité insécable à la manière des atomes imaginés par Démocrite.

Les troubles "psychiques" se remarquent et s'identifient, non seulement par la coexistence de multiples **symptômes** *(ce dont les malades se plaignent, éventuellement par la parole)*, mais aussi par divers **signes observables** par autrui: les choix que font les malades, les décisions qu'ils prennent, les attitudes qu'ils adoptent, c'est-à-dire, en gros, *leurs comportements, logiquement adaptés ou non aux circonstances qu'ils rencontrent et aux buts qu'ils s'imaginent poursuivre*.

> *(Parce qu'elles sont pertinentes, mentionnons ici les observations, publiées déjà en 1990 par des psychologues - U.S., évidemment -. Bien que non avertis, ils ont pu identifier de manière fiable, en observant leurs comportements sur des petits films familiaux et domestiques tournés pendant les 8 premières années de leur vie, quels étaient, au sein des fratries, les enfants qui se révèleraient plus tard atteints de schizophrénie à l'âge adulte. Il ne s'agit donc pas ici d'interprétations imaginées d'après la parole et par des procédés divinatoires, il n'est pas question "d'échanges intersubjectifs", mais d'**observations** basées sur des attitudes et des comportements particuliers déjà décelables précocement! Voilà qui devrait donner à penser et à méditer, et qu'on devrait peut-être creuser et mettre à profit de ce côté-ci de l'Atlantique!)*

Insistons donc: si nos psys francophones intuitifs semblent fascinés par le discours des malades mentaux au point d'oublier les autres aspects de leur affection, au point de souvent tomber eux-mêmes dans le dénigrement *(gratuit?)* de la logique et de la rationalité, dans le verbalisme et une certaine logomachie, d'autres signes existent, "objectifs" et sans doute mesurables qui ont, eux aussi, leur importance et n'ont que peu à voir avec le langage parlé.

A leur tour, ces signes et comportements peuvent être subdivisés en composants plus simples qui, ***mutatis mutandis***, ont souvent leurs équivalents chez l'animal. Malgré les difficultés, les imperfections et les approximations, l'étude expérimentale de ces équivalents animaux, de leurs mécanismes et des facteurs qui les influencent ne sont donc pas dénués d'intérêt ni d'utilité pour la compréhension des comportements humains, quoi qu'en disent certains.

Et s'il est vrai que les animaux ne parlent pas, de telle sorte qu'il s'avère difficile de leur attribuer les fantasmes des observateurs et des expérimentateurs *(ce qui n'est certainement pas plus mal!)*, c'est là une "difficulté" que les vrais scientifiques sont les premiers à garder à l'esprit en permanence, leur inspirant, envers un possible anthropomorphisme, la prudence et la méfiance constante qui sont partie intégrante de leur formation et de leur métier. Ils ne parlent pas d' "anxiété" des animaux, mais de réactions de peur illustrées par la fuite ou l'évitement. Ils ne parlent pas non plus de "dépression" chez leurs sujets d'expérience, mais d'inactivité et de prostration, toutes choses qui peuvent se constater sans trop "d'interprétation" alambiquée.

L' *"anthropomorphisme bien peu scientifique"* dont, avec une sorte de dédain condescendant certains les accusent, il n'est pas le fait des scientifiques eux-mêmes. Il est le fait d'une certaine "grande" presse non spécialisée, à l'affût de sensationnel, qui diffuse, sans la comprendre et tout en la déformant, une mauvaise vulgarisation simpliste et racoleuse. D'autres ensuite, détracteurs eux-mêmes en effet *"bien peu scientifiques"*, mais suivant en cela leurs propres penchants et travers, semblent trop heureux d'emprunter cet anthropomorphisme facilement inventé pour l'attribuer aux scientifiques, sans prendre la peine de lire ces derniers *"dans le texte"*.

Dire que *"Les théories actuelles sur la maturation cérébrale ne sont pas capables d'intégrer les nouvelles découvertes... etc., etc."* , c'est afficher avec une belle inconscience, sinon sa totale ignorance, au moins son incompréhension profonde de ces "théories", c'est avouer n'avoir que depuis peu entendu ***[les autres]*** parler de la "plasticité du cerveau" *(en réalité la plasticité neuronale!)* ou de la "repousse neuronale" (sic) que pourtant on connaît et sur lesquelles on travaille intensément depuis des décennies. Sans savoir que les "fonctions de suppléance" sont connues depuis plus longtemps encore grâce à des travaux *[parfois qualifiés de]* "terre-à-terre" et "réducteurs" des neurobiologistes, tant expérimentateurs sur animaux que cliniciens. ***Ces découvertes ne sont pas nouvelles***. Mais elles ne pouvaient être imaginées, ni soupçonnées ni découvertes, ni peut-être même comprises par le seul moyen de ces sortes de "nobles rêveries" d'une bien trop haute "élévation de pensée" auxquelles se complaisent une majorité de nos "grands" psychiatres "philosophes" francophones, tant qu'ils restaient profondément immergés dans leurs *"échanges intersubjectifs par la parole"* avec les patients, tant qu'ils se voulaient imperméables à tout le reste qu'ils assimilent à la cybernétique.

Si *"Les mécanismes d'action biologiques des effets symptomatiques des médicaments ne sont eux-mêmes que des hypothèses"*, ayons au moins l'honnêteté de ne pas omettre de dire qu'il s'agit d'hypothèses présentant l'avantage de se prêter à vérification et réfutation par l'expérience, et qu'elles sont déjà validées, même si ce n'est qu'en partie. On ne peut en dire autant d'aucune des soi-disant théories élucubrées depuis la fin du XIXième siècle jusqu'à nos jours par la "psychiatrie intuitive et ***non*** biologique".
Quant à *"L'utilisation de produits hallucinogènes ne transforme pas chaque consommateur en schizophrène."*, ce n'est qu'un *non sequitur* supplémentaire, et gravement inexact de surcroît. Il semblerait suggérer que certains de nos psychiatres francophones n'aient jamais entendu parler de LSD, de MDMA, de phencyclidin (la "poussière d'ange") ni des séquelles entraînées par leur usage (*et qui, du moins aux U.S.A., ont été abondamment documentées dès les années 1960, mais nous nous doutions bien que nos psychiatres francophones européens n'ont que faire du "rationnalisme matérialiste" de leurs collègues d'outre Atlantique, qui semble provoquer, de notre côté de l'océan et entre autres "symptômes", des signes très suggestifs d'amnésie chez certains de nos psychiatres - il est vrai que ce ne sont jamais que des "symptômes"!)*

L'antagonisme fondamental et irréductible opposant la psychiatrie francophone ***intuitive*** *(contemplative et spéculative)* à la psychiatrie "***biologique***" *(médicale, pragmatique, empirique, expérimentale et rationnelle, c.à.d. "scientifique")* apparaît clairement dans l'affirmation suivante, véritable profession de foi de nature religieuse:

"La compréhension des mécanismes cérébraux mis en jeu pour fabriquer des symptômes (sic) *permettrait de dire "comment ça marche" et pas "pourquoi", à tel moment, telle personne va extérioriser ces symptômes et les inscrire dans son histoire personnelle en leur donnant un sens qui lui est propre."*

Remarquons d'abord une évidence ici occultée: de façon tout à fait générale et commune à l'espèce humaine entière, chacun de nous, ***qu'il soit bien portant ou malade mental***, nécessairement ne peut que *"inscrire dans son histoire personnelle"* tous les événements qu'il vit - qu'on leur donne le nom de symptômes ou quelque autre nom que ce soit! - et ne peut que les interpréter *(leur donner, s'il en éprouve le besoin, le sens qu'il lui plaît d'imaginer)* à sa manière personnelle et grâce à "l'outil cérébral" dont il dispose et qui, forcément, lui est propre.

Remarquons ensuite que personne ne se pose habituellement la question *(peut-être trop torturante, même pour nos psys?)* de savoir ***pourquoi*** tel ou tel individu ***bien portant*** a telles ou telles croyances, convictions philosophiques ou religieuses et agit en conformité avec elles, alors que ni leur "vérité" ni leur "erreur" ne peuvent être démontrées. C'est parce qu'on a depuis lontemps compris que pareille question ne peut jamais recevoir aucune réponse univoque *(sauf peut-être dans le langage courant ou familier, la question du **pourquoi?** est une interrogation de nature philosophique ou religieuse; elle reçoit une [ou des] réponse[s] qui ne se fonde[nt] jamais que sur des postulats et des croyances indémontrables ni réfutables)*.

Quels sont donc les indices probants sur lesquels certains de nos psys se basent pour imaginer que le ***pourquoi?*** , s'adressant cette fois aux "symptômes" et croyances des malades mentaux plutôt qu'aux croyances des bien-portants, devrait recevoir une réponse plus clairement sans équivoque et démontrée *(vérifiable!)* et, surtout, d'utilité pratique, c'est-à-dire porteuse de conséquences thérapeutiques?

Le mot ***pourquoi?*** devrait s'écrire en deux mots distincts: ***pour quoi?***, de telle sorte qu'il ne soit pas possible d'oublier que cette interrogation signifie "**dans quel but**", qu'elle implique donc un objectif, une orientation, un sens, une direction *(d'un état ou d'une situation vers une autre)*, une intentionalité. La question ***pourquoi?*** telle que la posent la plupart de nos psys francophones est essentiellement téléologique. Elle est de nature métaphysique et ne peut avoir sa place en science ni, par conséquent, en thérapeutique. En sciences, ***pourquoi?*** est généralement une mauvaise question.

Placés devant un organisme vivant inconnu, ou devant une machine inconnue et compliquée qu'ils ne comprennent pas, certains posent la question: ***pourquoi*** fait-il ceci? ***Pourquoi*** fait-elle cela? ***Pourquoi*** est-il ou est-elle comme ceci ou comme cela? La question est parfois formulée en ces autres termes: à quoi [cela] sert-il[/elle]? Mais s'ils ne posent jamais la question "***comment*** est-ce construit?", "***comment*** cela marche-t-il?" et ne tentent pas d'y répondre par l'expérimentation, ils ne pourront jamais arriver au bout de leur ***"pourquoi?"***, toutes les réponses qu'ils y proposeront ne seront jamais que des hypothèses en effet, et elles en resteront nécessairement à ce stade car elles ne pourront se baser que sur de l'imaginaire, sur des phrases qui sonnent peut-être bien à certaines oreilles mais ne sont pourtant que du vent, pas du solide.

Dans une phrase effectivement de belle sonorité, on nous dit que *"Les outils scientifiques perrmettent d'étudier ce qu'il y a d'universel en l'homme mais pas ce qui est particulier à chacun."* Malgré les apparences, voilà qui ne veut rien dire. Car, même si cette affirmation pouvait, au premier abord, sembler contenir, peut-être, une parcelle de vérité *(quoique contestable)*, on aimerait bien savoir comment identifier ce qui est particulier à chacun sans savoir préalablement ce qui est commun à tous? Pour utiliser une métaphore musicale compréhensible à tous *(et rester dans le domaine des sons)*, comment reconnaître une variation musicale pour ce qu'elle est, et décider si elle se conforme aux règles du genre, si on ne connaît pas le thème principal sur lequel elle est d'abord construite afin d'ensuite enjoliver ce thème?

La morale de cette histoire, telle que les malades et leurs proches pourraient la clamer haut et fort, pourrait se résumer ainsi:

> Assez rêvé, assez bavardé, assez philosophé stérilement, que tous les psychiatres du monde entier se mettent enfin d'accord et

s'associent pour faire progresser les neurosciences par des projets internationaux de recherche véritablement scientifique;

Que les moyens techniques d'aide au diagnostic et aux traitements deviennent enfin accessibles à tous les malades mentaux chroniques;
Qu'un encadrement véritablement d'aide pratique permettant de vivre décemment soit enfin mis en place pour aider les malades à attendre plus confortablement les progrès scientifiques et techniques qui ne peuvent manquer d'arriver, surtout si tous s'y attellent.

Première publication: **24 Mai 2004** ***(J.D.)*** Dernière modification: **16 Mai 2005**

IL FAUT CHANGER.
MAIS QUE CHANGER D'ABORD?

"Somme toute, il n'y a qu'une sorte de médecine: celle dont l'efficacité s'attache à être démontrée. Quiconque n'accepte pas cette règle ne devrait pas faire partie de la profession. Un "charlatan" peut être défini comme une personne qui administre ou vend régulièrement des traitements pour lesquels ***aucune preuve fiable d'efficacité n'est recherchée****. Peu importe si cette personne agit ainsi par naïveté ou par volonté délibérée de tromper..."*

Prof. Dr. Wim Betz (**V**rije **U**niversiteit **B**russel): "Les médecines parallèles: quels fondements?", *Patient care - Neuropsychiatrie* (ISSN 0770-3929 Edition belge, n° d'avril 2004)

"La science n'est pas une illusion. Mais ce serait une illusion de croire que nous puissions trouver ailleurs ce qu'elle ne peut pas nous donner."

S. Freud, "Die Zukunft einer Illusion", 1927. *("L'avenir d'une illusion". PUF 1971)*

Récemment encore, un très médiatique professeur français de psychiatrie bien connu affirmait (v. *How? - Why?*) que la "psychiatrie biologique" n'avait jusqu'à présent produit, en faveur des malades mentaux chroniques, *"aucun résultat utile au quotidien"* pour le diagnostic de leur affection ni pour les soins à leur prodiguer. Selon lui, le *"trouble psychique"* se situant *"dans le champ du subjectif"*, la *"souffrance psychique"* ne peut être durablement soulagée que *"par l'échange intersubjectif par la parole"*.

D'autres, qui, soit dit en passant, ne sont ni médecins ni psychiatres ni psychologues de formation, **mais** ont été *"psychanalysés"* et s'imaginent dès lors porteurs de certitudes et détenteurs assurés de ***la Vérité*** sinon omniscients, sont partisans et admirateurs militants de la psychanalyse. Ils sont cependant imperméables à la démarche scientifique, ils sont très ignorants de ce qu'est "la biologie", et tout aussi assurément nient la pertinence de la psychologie scientifique pour l'étude de "l'esprit" et des comportements humains, tant "normaux" que "perturbés".

C'est ainsi que, parmi ces derniers "experts" autoproclamés, une "historienne" de la psychanalyse (*v. Elisabeth Roudinesco* *http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/science_actualites/sitesactu/question_actu.php?langue=fr&sommaire=1&id_article=2723*) affirme, par exemple, *"[...] qu'on ne peut pas tester, évaluer et 'expérimentaliser' le psychisme d'une manière ou d'une autre puisque c'est ce qui échappe."* (sic).
Elle dit aussi: *"[...]nous sommes cela: de la chimie et de la biologie mais vous voyez bien qu'on ne se limite pas à ça puisqu'on est aussi autre chose."* (sic), *(et cet "autre chose échappe"...*, *évidemment)*.
Quels beaux exemples de pétitions de principe, n'est-il pas vrai?

Puisque, pour les uns, le *"trouble psychique"* relève du *"subjectif" (ne serait pas accessible à l'investigation scientifique)*, tandis que, de l'aveu des autres, le *"psychisme est ce qui [leur] échappe"*, le "psychisme" et ses "troubles" ne pourraient donc être que de nature tout à la fois clairement mais nébuleusement **métaphysique** *(oh! Un double oxymore!)*, c'est-à-dire appartenir au domaine "**surnaturel**" ou "**paranormal**": celui des esprits, des fantômes et autres ectoplasmes peuplant l'univers fantasmagorique cher à certains rêveurs impénitents *(et autres amateurs de ce qu'on pourrait appeler "fiente-succion")*.

Ceux à qui la ***méconnaissance complète*** des faits physiques et biologiques connus de leur temps tient lieu de principal savoir et dont l'imagination remplace le raisonnement et comble les lacunes de l'ignorance, ceux qui se prétendent *(qui se croient) "rationnels"* et qui se disent *"matérialistes"* et *"être de la chimie et de la biologie"* mais veulent pourtant être *"aussi autre*

chose", ceux qui sont à ce point fâchés avec la logique élémentaire qu'ils en deviennent incapables de tout raisonnement cohérent, ceux-là s'autorisent à baptiser indûment leur petite cosmogonie métaphysique personnelle du nom plus respecté de philosophie, mais ils ignorent quand et comment cette "philosophie" *(qui n'est qu'une idéologie simpliste)* entre en contradiction avec les faits avérés, établis scientifiquement *(ce qu'aucune philosophie digne de ce nom jamais ne peut se permettre)*.

Ce qu'ils appellent être *"le fruit de son histoire"* et être *"le fruit de son environnement"*, ils disent que cela serait *"autre chose"* que de la chimie et de la biologie (et *"même dans le règne animal, il y a une part qui échappe au biologique"* (sic)). Mais, pour ces prétendus *"matérialistes"* qui croient néanmoins être aussi *"autre chose"*, que serait-ce donc que cette autre chose, sinon peut-être l'âme immatérielle chère aux religions, bien qu'ils se refusent à la nommer, bien qu'ils prétendent l'évacuer mais ne font que lui substituer d'autres noms? *(Tout en se croyant, peut-être, matérialistes et monistes, seraient-ils donc redevenus animistes ou bien vitalistes sans le savoir?)*
Ont-ils été à l'école, y ont-ils effectivement appris à penser? *(Ne nous interrogeons pas trop sur quels ont été leurs "maîtres à penser").* Qu'ont-ils été capables de comprendre, qu'ont-ils retenu de l'enseignement qu'on dispense dans toutes les écoles, à tous et toutes, depuis la petite enfance et jusqu'à 16-18 ans et plus?

Ils disent qu'on est le *"fruit de son histoire"*, qu'on est le *"fruit de son environnement"*, et ils ne parviennent pas à seulement entrevoir que pareilles affirmations ne sont, au mieux, que "du bruit blanc" si on ne comprend pas le sens des raccourcis de langage *(les "brillantes"[?] métaphores)* qu'elles sont en réalité.
Etre "fruit de son histoire", c'est en effet une parfaite illustration de ***biologie*** se déroulant et se modifiant ***au cours du temps*** *(l'aboutissement présent et temporaire d'une succession d'événements biologiques)*. Etre le "fruit de son environnement", c'est, à nouveau, un bel exemple de cette ***biologie*** réagissant à son milieu ***au cours du temps***. **La biologie n'existe pas hors environnement ni hors du temps** et, pour les *"matérialistes"* et agnostiques, cette *"autre chose"* que, paraît-il, on voudrait en quelque sorte faire surgir "en plus de la biologie", n'est autre qu'une représentation imaginaire *(une vague métaphore)* personnelle que chacun se construit selon ses propres besoins particuliers *(et si on y réfléchit un tant soit peu, - quoiqu'à l'impossible nul ne soit tenu - , on peut s'apercevoir que cette représentation imaginaire, ne vous déplaise, c'est encore de la biologie!)*

A la manière de certain message publicitaire *(pour une marque de condiments alimentaires)* à la mode il y a quelques années, on ne peut s'empêcher de se demander: à quoi cela a-t-il servi que Darwin *(bien avant Ducros!)* se soit décarcassé, si le franc - pardon, aujourd'hui l'euro - de certains ne tombe toujours pas et reste coincé dans leur ébauche de machine à raisonner et à penser?

Résumons: pour certains "psys" comme pour d'autres qui se croient tels *et y jouent (et leurs pareils, du moins dans nos pays francophones, constituent encore une proportion numériquement importante de leur "profession"!),* le "psychisme" échappe à nos moyens rationnels d'investigation, il n'est pas du domaine des sciences.

On appréciera à sa juste valeur l'ironie, quelque peu dérisoire dans ce contexte, de l'affirmation freudienne placée en exergue de la présente page. C'était une mise en garde on ne peut plus claire, mais les élèves et successeurs de Freud *(et même certains de ses élèves apostats)* n'ont pas été capables d'en tirer les conséquences *(peut-être ont-ils estimé que c'était superflu!)*: ils savent fort bien, eux, que leur "Père Fondateur" a, de manière ***définitive***, tout dit, tout mais aussi son contraire, et ils savent que les gênantes contradictions entre ses affirmations successives (et entre les leurs à sa suite) peuvent toujours, et selon les besoins de l'instant, être présentées comme des apparences mal interprétées, elles peuvent s'escamoter par des tours de passe-passe *(ou cesser d'exister en disparaissant dans des archives interdites au public non initié)*.

Ils disent aussi qu'on ne peut accéder aux "troubles psychiques" sinon par l'écoute et par des manipulations langagières destinées à soulager la "souffrance psychique" (*"l'échange intersubjectif par la parole"*).

Bien que, paraît-il selon eux, on ne puisse "évaluer le psychisme", de nombreux "psys" néanmoins prétendent le "soigner" *(du moins, c'est la justification majeure habituellement donnée de l'existence de leur profession)*, mais on peut alors légitimement se demander comment "évaluer" les résultats de ces soins et choisir les meilleures thérapies si, comme ces thérapeutes le prétendent encore, les résultats ne sont ni comparables entre eux ni même appréciables dans le temps puisque, très explicitement, ils sont décrétés non mesurables, non évaluables.

> *Il/elle va bien, mieux, très bien, moins bien, son état est pire, mauvais, il/elle va plus mal, très mal: c'est ainsi que vous, proche, parent, ami d'un malade mental chronique, vous "évaluez" son état de santé actuel. Ce sont pourtant, me semble-t-il, des évaluations, des appréciations plus ou moins "quantitatives", même si elles sont entachées d'une grande imprécision. Vous, vous éprouvez le sentiment, vous avez la conviction que vous êtes capable, en observant heure après heure, jour après jour votre proche malade, "d'évaluer" plus ou moins objectivement son état: vous savez, sans pourtant être "psy", si cela va mieux aujourd'hui qu'hier, si ses troubles sont actuellement plus marqués qu'ils ne l'étaient l'année dernière à la même saison.*

De leur propre aveu, nos "professionnels intuitifs", perdus qu'ils sont dans des théories fumeuses, dans une "herméneutique" à fondements et ***règles magiques irrationnelles et à géométrie variable***, enlisés dans le verbalisme et s'épuisant dans des "***échanges intersubjectifs avec eux-mêmes***", ne sont pas capables d'arriver à ces évaluations simples qui, depuis longtemps, s'imposent bien à vous, à vous qui n'êtes pourtant pas des professionnels!

Mais peu leur importe en fait, puisque, selon eux, *"le psychisme n'est pas évaluable"*. Et , si on les suivait sur ce point, il n'y aurait aucune raison de penser qu'il serait plus "évaluable" après qu'avant thérapie. Dès lors, pourquoi les "psychothérapeutes" intuitifs accorderaient-ils à pareille tâche d'évaluation, qu'ils disent impossible, la moindre importance, le moindre intérêt? Pourquoi tenteraient-ils d'évaluer quoi que ce soit? Ce qu'ils manifestent d'ailleurs sans aucune gêne en exprimant ouvertement leur profond mépris de "l'obsession d'efficacité et du rendement" qu'ils accusent les psys "biologiques" de privilégier avant toute autre chose, tandis que les psys "biologiques" reprochent aux psys "spéculatifs" de s'en désintéresser.

On ne semble cependant pas - n'oserait-on pas? - aller jusqu'au bout des implications de ce qui précède. Dire qu'on ne peut apprécier - mesurer - les résultats plus ou moins bons des thérapies mises en oeuvre, dire qu'il s'agit d'une démarche futile, c'est admettre implicitement qu'on peut s'en désintéresser *(peu importent les résultats)*, c'est avouer que, en quelque sorte, le sort des patients peut laisser leurs thérapeutes assez indifférents: bien sûr, c'est tant mieux si les patients pensent aller mieux, c'est tant pis si ce n'est pas le cas, mais pourvu qu'ils donnent à leurs magiciens de "psys" intuitifs le prétexte d'exercer leur art, tant qu'ils leur permettent de continuer à alimenter leur narcissisme et leur fournissent de confortables moyens d'existence, pourquoi s'en plaindre, qu'espérer de plus?
Comme aurait dit Freud en son temps à propos de la signification des rêves, si cette interprétation-là est plausible, c'est qu'elle est vraie, n'est-ce pas? *(et lui, il n'éprouvait même pas le besoin de prendre la précaution de dire: elle **risque** d'être vraie!)*

Posons-nous, à notre tour, les questions suivantes: s'il n'est pas nécessaire (puisque cela serait impossible) "d'évaluer le psychisme" après thérapie par rapport à ce qu'il était avant cette thérapie, comment savoir si la thérapie présente - ou ne présente pas - quelque utilité pour les malades? Si, quoique non "évaluable", cette utilité existe vraiment, comme les professionnels le prétendent *(car c'est aussi et peut-être **surtout**!, ne l'oublions pas, **leur propre** utilité qui est en jeu!)*, ils disent pourtant en même temps qu'ils ne disposent d'aucun élément objectif leur

permettant d'en juger *("car on ne peut pas tester le psychisme comme on teste une substance dans un médicament." (sic)*).

Mais il est possible d'exprimer cela aussi en d'autres termes: si on ne peut *"évaluer le psychisme"* avant et après thérapie, comment alors distinguer les résultats supposés *(psychiques, donc non évaluables?)* d'une thérapie *(bonne ou mauvaise)* effectivement mise en oeuvre, des résultats pas moins hypothétiques ni plus évaluables d'une thérapie qu'on aurait tout simplement omise ou qui serait fictive? Ou, ce qui revient au même, sur quoi se baser pour affirmer qu'une "thérapie" *(ou une absence de thérapie, une "non thérapie")* donnée serait plus - ou moins - souhaitable qu'une autre?
De là à dire que le résultat de la thérapie est essentiellement une ***question de foi*** de la part du "patient", et que ce résultat pourraît être le même, que le thérapeute ait été présent pendant la "cure" *(car c'est bien ainsi que souvent on nomme cela)* ou qu'il se soit endormi ou se soit absenté en catimini au bistrot du coin, la distance ne semble pas bien grande, je vous laisse y réfléchir...

La seule réponse possible à ces questions est: il ne vous reste qu'à vous en remettre aveuglément au "professionnel" et à le croire sur parole quand il vous vante les effets bénéfiques de ses interventions *(ou de ses non interventions)*. C'est donc, effectivement, ***matière de foi*** dans les vertus de procédés proprement ésotériques pratiqués par les uns, et affaire de crédulité illimitée dans le pouvoir inhérent aux mots prononcés par les autres, ces "thérapeutes par la parole" *(les"magiciens du verbe")*, alors même que ces mots ne sauraient être entendus de ceux à qui on les destine.
Les guérisseurs de différentes appellations - *de médecines dites "douces" ou "parallèles" ou encore "alternatives"* - ne procèdent pas autrement, et on entend régulièrement dire à propos de leurs techniques, que "cela marche si on y croit". Malheureusement, "cela ne marche" effectivement et durablement que dans les cas où l'affection dont on souffre n'est qu'imaginaire, et la croyance n'y change finalement et concrètement pas grand-chose, sinon sans doute le contenu du porte-monnaie des patients.

Ceci peut suggérer qu'une majorité des professionnels qui ont recours à ces pratiques purement verbalistes et de suggestion, et ***pour autant qu'ils soient de bonne foi***, continuent de se représenter les troubles et affections des malades mentaux comme s'il ne s'agissait à chaque fois que de représentations purement imaginaires survenant chez des personnes par ailleurs "cérébralement" et mentalement indemnes de toute anomalie "organique" *("ce n'est rien, c'est dans sa tête!")*. Il suffirait donc, pour "soigner", de corriger des "erreurs" d'apprentissage et d'interprétation en réinterprétant d'autre façon *(la bonne, cette fois!)* les événements anciens ***supposés*** dont on décrète qu'ils furent à l'origine des interprétations fausses, donc des troubles "psychiques".
Il suffirait de "rééduquer" ou d'endoctriner les malades, un peu à la manière pratiquée par ces régimes politiques totalitaires qui prétendaient que les dissidents et opposants politiques étaient des "malades mentaux" qu'il fallait "soigner" dans des "Instituts psychiatriques" et des camps de "rééducation" *(pour d'autres motivations et avec d'importantes nuances dans les méthodes utilisées, bien sûr!)*

Il est faux de laisser croire que la "psychiatrie biologique" *(et, par extension implicite, la neuroscience)* n'aurait apporté aucun résultat utile, tant pour le diagnostic que pour les soins aux malades mentaux chroniques. Pour donner à cette assertion une apparence de vraisemblance, on a pris la peine de préciser *"aucun résultat utile* ***au quotidien****"*. Mais ce n'est là qu'une précaution oratoire. Et elle tente maladroitement de masquer une triste réalité à laquelle je soupçonne que les psychiatres intuitifs pourraient bien n'être pas étrangers, car ils contribuent à la pérenniser.

Les psychiatres "biologiques" et les neuropsychologues disposent aujourd'hui d'un certain nombre de moyens techniques *(dont, entre autres, des procédés sophistiqués d'imagerie cérébrale fonctionnelle, mais aussi d'électroencéphalographie par potentiels évoqués auditifs et*

P300, la poursuite oculaire, etc.), et de tests neuropsychologiques qui permettent de poser un diagnostic d'affection schizophrénique avec un degré de fiabilité bien supérieur à celui que leur seul "flair" clinique prêterait *"au quotidien"*, selon leur expression, aux psychiatres intuitifs ne disposant que de leur intuition - ou leur imagination - pour tout bagage.

Ces examens techniques et ces tests neuropsychologiques mettent en jeu des équipements lourds et des équipes éventuellement nombreuses; il est par conséquent évident qu'on ne peut les mettre en oeuvre qu'en milieu hospitalier. Même, seuls quelques hôpitaux dits "de pointe", c'est-à-dire une minorité, peuvent aujourd'hui s'offrir ce "luxe". Un économiste, avec l'aide d'un épidémiologiste se basant sur les chiffres dont dispose la sécurité sociale, pourraît sans doute calculer - et prouver - les économies réalisables en généralisant l'usage de pareils centres plutôt qu'en en limitant sévèrement le nombre.
Malheureusement, si les malades et leurs familles en sont demandeuses, elles ne sont généralement pas informées de ces possibilités d'aide au diagnostic. Quant aux "psys" praticiens, une majorité d'entre eux ne semblent, bien au contraire, ni demandeurs ni informés *(il est difficile de savoir, si l'un de ces éléments est la cause de l'autre, quel est celui de départ...)*. Quoi qu'il en soit, il semblerait que la plupart préfèrent en rester à leur flair clinique, à leurs théories imaginaires et dans leurs cabinets...

Il importe surtout de se rendre compte que la demande des "professionnels" n'étant pas pressante ni même évidente *(si cette demande peut-être existe, elle n'est que très minoritaire et silencieuse aujourd'hui)*, il n'y a aucune raison d'espérer que les choses se mettent à changer spontanément.

Les familles et les groupements d'entraide doivent commencer à comprendre qu'on ne soigne pas les malades mentaux chroniques par des paroles et des discours tarabiscotés dont on abreuve les proches des malades *(amuser la galerie)*. Ils doivent savoir que les affections mentales chroniques, comportant des altérations bien concrètes et étendues du cerveau, elles se soignent par des interventions et des aides tout aussi concrètes et non par des rituels symboliques, des incantations et des représentations théatrales dignes tout au plus d'un sinistre music-hall mis en scène à l'intention de badauds crédules.

Si une majorité de nos psychiatres intuitifs continuent de s'obstiner dans leurs vieilles habitudes confortables se limitant à échanger des bavardages creux, ils ne nous laissent plus le choix: il faut leur "mettre la pression" pour leur faire comprendre que leur belle assurance, injustifiée et mal acquise, n'est pas admissible par de vrais malades ni par ceux qui les entourent. Ils doivent changer en conséquence: d'intuitifs, rêveurs et généralement fort peu utiles, ils doivent devenir rationnels et pragmatiques, ils doivent s'efforcer d'**aider leurs patients** concrètement.

Première publication: **14 Juin 2004** ***(J.D.)*** Dernière modification: **14 Juin 2004**

LES QUESTIONS QU'ON OUBLIE DE (se) POSER

> *"Tel est l'esprit d'incrédulité, qui n'est que l'esprit tout court. Et avouez que si l'incrédule se croyait tenu de croire toutes les fois qu'il ignore, l'incrédulité serait de nul usage."*
>
> *..."Tout le mal des querelles vient de cette complaisance et même lâcheté à croire ce qui plaît."*
>
> Alain: Propos (21 décembre 1933 *et* 21 juillet 1934)

Dès qu'on évoque des problèmes touchant, de près ou de loin, à la "santé mentale", aux maladies mentales, à la psychiatrie, aux traitements psychiatriques, aux "psychothérapies" pour malades mentaux, chaque citoyen a d'ordinaire ses opinions bien arrêtées sur ces sujets et croit pouvoir en discuter, au pied levé et à longueur de journée s'il le faut, avec assurance, comme en toute connaissance de cause, comme s'il s'agissait du temps qu'il fait, des effets irritants de la pollution de l'air sur les yeux, sur le nez ou sur la respiration, comme on parle du prix du pain qui va croissant tandis que son goût et sa qualité vont décroissant (*sans jeux de mots*), etc., etc., *(et il en va souvent de même pour tout ce qui a trait à l'instruction, à l'enseignement et à l'éducation des enfants et des "jeunes")*.

Ces opinions sont le reflet d'idées reçues, de rumeurs qui circulent, de convictions qui s'apparentent souvent bien plus à des croyances, voire à des superstitions, plutôt qu'elles ne s'appuieraient sur un véritable savoir qui aurait été acquis grâce à un effort délibéré d'information et d'instruction. Mais ces croyances sont à tel point répandues et font semble-t-il tellement partie de "l'air du temps" que, même si elles sont souvent contradictoires, les contradictions qu'elles recèlent ne semblent pas provoquer l'étonnement ni le malaise, et encore moins susciter la réflexion ni encourager la remise en question de ces idées, aussi contradictoires et discutables soient-elles.

Nos professionnels de la "santé mentale" semblent eux-mêmes fort souvent n'être pas très au fait des progrès de la neuroscience et de la psychologie scientifique, sans doute parce que ces acquis scientifiques seraient trop récents pour qu'ils aient pris le temps, sinon, peut-être, pour avoir éprouvé le désir de s'en informer, ou encore parce qu'ils n'en percevraient pas l'importance ni la pertinence pour leur propre discipline. Pourtant, ces acquis devraient les inciter à réviser nombre de leurs croyances invétérées sur lesquelles ils se fondent encore aujourd'hui pour poser leurs "diagnostics", pour prescrire des "traitements" et "thérapies", pour émettre des "pronostics". Ces professionnels se posent aussi en "experts" que les politiques consultent et à qui ces derniers se réfèrent chaque fois qu'ils décident de mesures politiques visant à aménager le fonctionnement de la "santé mentale". On ne s'étonnera donc pas si les dispositions préconisées dans leurs programmes électoraux, et qu'ils promettent de mettre en place au cas où ils accèderaient au pouvoir sont, à leur tour elles aussi, d'avance périmées, voire incohérentes et souvent contre-productives.

Relever et mettre en lumière quelques unes des contradictions ou incohérences, que ce soit entre différentes croyances incompatibles entre elles mais persistant néanmoins côte-à-côte, ou que ce soit entre théories déjà anciennes et connaissances nouvelles contredisant les premières, c'est une démarche rationnelle élémentaire. C'est se "remettre à jour". C'est la démarche permanente, non seulement de tout scientifique et de tout professionnel dans l'exercice de son métier, mais c'est souvent aussi *(ce devrait être toujours!)* celle de tout un chacun - à son propre niveau - face à tous les événements de la vie courante. C'est grâce à pareille démarche qu'il est possible de [se] poser les ***bonnes questions***, et ce n'est qu'en posant les bonnes questions qu'on peut valablement y rechercher - et peut-être espérer trouver - les ***bonnes réponses***, c'est-à-dire entrevoir des solutions possibles aux problèmes rencontrés, qu'ils se posent quotidiennement et à chacun en particulier, ou qu'ils soient plus généraux et de tous les temps, ***pour autant que ces problèmes soient correctement posés***.

Malgré que bien peu le fassent, chacun devrait donc constamment garder à l'esprit ces évidences: [se] poser les bonnes questions revient à correctement identifier les données des problèmes, c'est aussi correctement poser les problèmes, et c'est la seule manière pour trouver des solutions à ces problèmes.

Premier exemple d'énigme et d'incohérences qui devrait se rappeler à nous, si l'actualité ne s'en chargeait déjà: de multiples affaires judiciaires retentissantes ont récemment bénéficié d'une médiatisation particulièrement tapageuse, tant en Belgique qu'en France. Elles ont fait état de l'avis d' "experts psychiatriques auprès des tribunaux" et d' "experts psychologues".
Dans ces affaires, le public a pu constater que les participants à l'appareil judiciaire, magistrats, juges, procureurs, avocats, etc., *(toutes personnes qu'on peut à bon droit supposer avoir bénéficié d'un niveau d'éducation et d'instruction supérieur à la moyenne générale de la population)* attendent des "experts" psy qu'après un ou quelques entretiens de durée très limitée avec la personne à "expertiser", ces experts soient, par exemple:

- capables de décider si un accusé " était responsable de ses actes criminels au moment des faits", alors même que ces faits pouvaient avoir été commis des semaines, des mois, ou même des années auparavant, alors même que ces experts ne pouvaient, de toute évidence, avoir été eux-mêmes témoins directs des faits incriminés, ni avoir connu, au moment des faits, la personne accusée *(même le législateur [c'est-à-dire nos vénérables et sans doute très bienveillants sinon réfléchis ni rationnels sénateurs] semble souscrire à cette supersitition invétérée attribuant aux "experts psychiatres" et à leurs expertises les pouvoirs littéralement **magiques** de télépathie, de voyance extra-lucide et de prescience, si on en juge par la proposition de loi 3-328/1, titre premier, chapitre 1er, article 3; voyez* http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=328&VOLGNR=1&LANG=fr *);*
- capables de décider si un accusé constitue, oui ou non, un danger pour la société;
- capables de prédire si un condamné libéré après avoir purgé sa peine commettra une récidive;
- capables de prouver la pertinence et de prédire l'efficacité d'un traitement (?) psychiatrique envisagé pour prévenir une récidive;
- capables de décider, sans avoir assisté eux-mêmes aux faits rapportés, si un témoin (adulte ou enfant) rapporte des faits bien réels ou des faits qu'il aurait imaginés (ou qui lui auraient été suggérés).

Et ces "experts", le plus souvent, ne semblent pas mécontents qu'on leur attribue toutes ces capacités véritablement de prescience et de voyance extra-lucide; en tous cas ils ne paraissent pas se livrer à de grands efforts pour détromper ceux qui ont recours à eux ni pour les éclairer sur leurs "compétences" réelles... Car, très manifestement, ils tiennent beaucoup au prestige (*et aux avantages?*) que leur confèrerait leur qualité et leur autorité d' "experts" reconnus.

Par contre, tous les parents et proches de malades mentaux affligés, par exemple de schizophrénie, ou de psychose maniacodépressive, ou encore de dépression unipolaire, ***ici et maintenant et parfois depuis longtemps***, savent bien, eux:

- qu'ils ont fort souvent dû attendre des semaines, voire des mois ou même des années avant qu'un diagnostic psychiatrique ne soit posé pour leur malade, et que ce diagnostic reste néanmoins souvent incertain ensuite, qu'il varie encore ensuite selon l' "expert" consulté;
- qu'il a souvent fallu procéder à plusieurs essais thérapeutiques différents successifs avant de trouver le traitement le plus efficace pour leur malade;
- qu'aucun psychiatre ni psychologue n'a jamais été capable de prédire le suicide d'un de ses patients (ou de prévoir qu'il tenterait de se suicider), par exemple peu de temps après la consultation, voire immédiatement au sortir du cabinet de consultation *(car sinon, ne devrait-on pas supposer qu'il se serait efforcé, **sans doute avec succès**, de l'empêcher?)*

Ici, la question, pourtant évidente, qu'on oublie habituellement de poser est: **comment se fait-il que, généralement admis et reconnus par le judiciaire et le politique, les pouvoirs divinatoires et quasi surnaturels que tous attribuent aux experts psy ne doivent se manifester - et s'imposer sans discussion à notre crédulité - que dans les prétoires ou face au juge, mais puissent néanmoins littéralement s'évanouir en des circonstances pourtant beaucoup plus fréquentes comme, par exemple, lors de la "relation privilégiée" avec un malade, à la suite du "colloque singulier" avec leur patient?**

Mais il y a bien d'autres questions non résolues, peut-être parce qu'on ne les aborde jamais. Quant à savoir pourquoi on ne les aborde pas, c'est une question supplémentaire, plus générale et plus fondamentale encore que toutes les autres. On y reviendra, mais seulement après avoir évoqué d'autres exemples.

Voici un **deuxième exemple** bien actuel d'incohérence, qui nous est donné cette fois par les politiques (avec le soutien de leurs "conseillers techniques"). Nous avions déjà mentionné sur ce site la conférence de presse pré-électorale du CdH (en date du 27 février 2004). Les ténors de ce parti politique belge *(pour ne pas mécontenter les féministes, devrions-nous ajouter: et ses divas?)* annonçaient avec le plus grand sérieux que, dans le cadre de leur politique prévue de santé publique (et plus particulièrement de santé mentale), ils s'apprêtaient à proposer aux médias une "Charte de communication sur les pathologies mentales".

Selon ce projet de charte annoncée, les journalistes s'engageraient désormais à ne relater les cas de suicide qu'avec les "précautions oratoires requises" car, paraît-il et sans doute d'après les "experts psy" consultés par le CdH, les récits de pareils événements risqueraient d'entraîner "un effet incitatif". Les "experts psy" *(peut-être surmenés, privés de sommeil ou carencés en phosphore?)* responsables de cette théorie seraient bien en peine de produire la moindre référence publiée d'étude scientifique sérieuse et indiscutable à l'appui du fantasme de "l'influence incitative" *(et pourquoi pas "séduisante", tant qu'on y est?)* de la relation des suicides par la presse, la radio, la télé.

Mais alors qu'en même temps tous les bien-pensants et conformistes traditionnels de tout poil, les juges et arbitres autoproclamés du Bien et du Mal, s'indignent dans nos journaux, à longueur d'articles "d'opinion", de "société" et de "phénomènes culturels", et dénoncent l'influence néfaste et perverse *(quoique seulement **supposée**)* exercée sur nos "jeunes": par des scènes érotiques, ou pornographiques, ou de "violence" passant, par exemple sur le petit écran, personne pourtant ne semble imaginer que le matraquage médiatique et ***ad nauseam*** à propos des enlèvements et des abus sexuels d'enfants, des exploits sordides et effrayants de meurtriers pédophiles et incestueux, des meurtriers en série, des meurtres terroristes par attentat suicide, etc., etc., que tout cela puisse mériter la moindre retenue journalistique, sans doute parce que dans ces cas-là, les "experts", eux-mêmes fascinés, n'ont, pour une fois, pas assez sollicité leur imagination pour penser à un "effet incitatif" ou "banalisant" possible de toutes ces horreurs étalées et détaillées avec une complaisance morbide?

Que voulez-vous, nos "experts psy" sont débordés, ils sont en nombre insuffisant, eux-mêmes semblent ne plus savoir où donner de la tête ni être capables de se poser les questions évidentes et indispensables qui éviteraient peut-être aux politiques d'énoncer des bourdes contradictoires. Mais on peut aussi penser qu'en période pré-électorale, les politiques n'ont d'autre préoccupation que de se rendre intéressants pour se faire élire, et veuillent profiter de l'occasion pour, de surcroît, se donner bonne conscience à peu de frais. Cependant, une fois parvenus aux affaires, leur discours risque de se faire plus discret, sinon plus cohérent...

La question que, dans le cas de ce deuxième exemple, personne ne semble vouloir se poser, pourraît être formulée ainsi:
comment se fait-il que, sur base d'arguments totalement non fondés, on veuille faire passer une censure portant sur les cas de suicide de malheureux *(car, même ainsi déguisée et si elle était volontairement consentie, ce n'en serait pas moins une censure!)* **pour une mesure**

de "promotion-prévention de santé mentale publique", alors qu'en même temps, par la publicité qui leur est faite, on semblerait presque glorifier les exploits monstrueux de criminels pervers, sans jamais se demander si pareille publicité ne pourraît pas constituer un encouragement adressé aux velléitaires inconnus à passer à l'acte?

Un **troisième exemple** d'incohérence est celui de la métaphore du modèle hydraulique prétendant expliquer les troubles mentaux, métaphore pourtant en contradiction avec l'expérience quotidienne de chacun *(comme on le verra dans un instant)*. La métaphore tire son origine des théories freudiennes - ou dérivées - selon lesquelles un traumatisme psychique ancien *(ou une expérience vécue fort pénible c.à.d. empreinte d'une forte émotion)*, "refoulé" dans les profondeurs de "l'inconscient" freudien, entrerait en conflit avec le "psychisme conscient" et exercerait sur ce dernier une pression pathogène (le "trop-plein") que seule l'exhumation *(la reconstitution forcée d'hypothétiques souvenirs réprimés et enfouis)* permettrait de soulager, voire de supprimer *(littéralement: il faut que cela sorte, ne gardez pas cela en vous, **"lâchez la bonde"**)*.

Pourtant, chez l'immense majorité des gens, quel souhait formulent-ils quand on leur demande quel sort ils voudraient réserver aux souvenirs pénibles qui les indisposent et parfois peuvent les obséder au point de les priver de sommeil et d'appétit? Ils disent vouloir les oublier ou, à défaut, ils souhaitent que l'émotion qui s'y associe disparaisse ou s'émousse.

Or, nous savons tous fort bien que ce n'est pas en procédant à la révision de ses souvenirs *(en les "revisitant")* et en tentant de les préciser dans tous leurs détails *(en les "revivant")* qu'on favorise leur oubli. On ne se débarrasse pas de ses souvenirs en les évoquant mais, tout au contraire, c'est ainsi *(par la "rumination")* qu'on les fixe encore mieux en mémoire *(tout en risquant de surcroît d'involontairement les "enjoliver" au passage)*. Pour s'en convaincre si nécessaire, il n'est que de demander leur avis là-dessus, par exemple aux étudiants préparant leurs examens, ou aux acteurs apprenant leurs rôles. D'ailleurs, s'il suffisait d'évoquer (ou d'exhumer) ses souvenirs *(ceux qui n'auraient pas encore disparu!)* pour faire qu'ensuite ils s'effacent ou qu'ils laissent indifférent et "en paix", comment alors choisir parmi eux: ceux des mauvais moments qu'on désire oublier, ou ceux des moments heureux qu'on désirerait conserver mais auxquels sans doute, oh! paradoxe et absurdité, on n'oserait désormais plus penser de peur que leur évocation ne les dissipe plus vite?

La psychologie scientifique a, aujourd'hui et depuis quelques années déjà, démontré que ce n'est pas ainsi que la mémoire fonctionne *(pour un aperçu clair et simple, voyez le chapitre 7 du dernier livre de Jacques Van Rillaer - Psychologie de la vie quotidienne).* Malheureusement, certains psychologues spéculatifs, apparemment imperméables aux arguments d'expérimentation scientifique, continuent à affirmer, par exemple et en contradiction avec les vieux adages, que *"Bien souvent, ce n'est pas ce qu'on sait qui rend malade, mais ce qu'on ignore"*, ce qu'on ignore étant, bien entendu, ce qu'on aurait oublié et "refoulé" et qu'on prétend pouvoir rappeler, par exemple sous hypnose! C'est le même qui nous dit: *"En thérapie, il est reconnu par à peu près tout le monde que même si elle n'est pas négligeable, ce n'est pas la vérité historique qui importe, mais la vérité subjective du client."* (v *Jean Côté: www.psycho-ressources.com/bibli/les-fausses-memoires.html*).

S'il est en effet concevable qu'une personne puisse moralement souffrir autant du souvenir imaginé d'un événement traumatisant (imaginaire) - ou d'un délire - que s'il s'était réellement produit, cela n'autorise nullement le thérapeute à proclamer l'équivalence de la réalité historique et de la "*vérité subjective du client*", voire la suprématie de cette dernière.
Pareille attitude permet, absurdement, de postuler et de fabriquer, en quelque sorte *de novo*, une nouvelle mais fausse vérité (réalité): par exemple, celle de la participation d'acteurs extérieurs réels à un événement peut-être imaginaire *(et la tentation de réécrire et de recréer l'histoire à leur convenance a toujours été une des caractéristiques de la tournure d'esprit des dirigeants de régimes totalitaires, des révisionnistes, de certains idéologues, mais aussi de nombreux psychanalystes prenant exemple sur leur "Père Fondateur" et plus soucieux de leur image que de logique et de vérité historique)*.

Ne doit-on pas aussi s'interroger: un thérapeute n'est-il pas irresponsable s'il néglige la distinction qu'il devrait pourtant s'efforcer de faire entre la vérité historique et la "*vérité subjective du client*", ne serait-ce que parce que le diagnostic des troubles de son client ne peut pas être indépendant de cette distinction, tout comme en dépendra, nécessairement, le choix de la thérapie la plus appropriée à son cas?
Mais encore, croire que c'est la "*vérité subjective du client*" qui importe surtout, n'est-ce pas un encouragement à peine voilé à s'obstiner dans cette "vérité subjective"? N'est-ce pas la tentation de reporter, peut-être indéfiniment à plus tard le retour du client dans la "vérité historique", n'est-ce donc pas sans cesse différer sa "guérison", et cela ne pourraît-il pas ressembler fort à une théorie séduisante élaborée sur mesure *("sur commande")* au bénéfice, non des "clients", mais plutôt de leurs "fournisseurs" de services, thérapeutes nécessiteux et fatigués qui doivent bien vivre, eux aussi?

comment se fait-il que toutes ces thérapies par la parole, d'une durée souvent indéterminée et interminable, basées sur l'exhumation des souvenirs souvent sollicités et suggérés, dont leurs praticiens vantent les bons résultats sur les malades mentaux sans jamais en apporter de preuves vérifiables ni évidentes ni concluantes, en dépit de toutes les évidences contraires et des connaissances scientifiques bien avérées, continuent à être prônées par nos officiels et à obtenir le soutien financier de notre Sécurité Sociale (pourtant en difficulté), tandis que, de plus en plus, pour raisons d'économie, il est question de supprimer les remboursements de médicaments dont on décide qu'ils seraient inefficaces, alors que les thérapies par la parole, tant par leur prix à la minute que par leurs résultats à l'année, pour le moins ne semblent guère plus avantageuses ni plus "compétitives"?

comment se fait-il que nos groupements professionnels de "psys" de diverses mouvances poussent des cris de gorets qu'on écorche dès qu'il est question de règlementer l'exercice de leur profession, mais qu'on ne les entend guère revendiquer de meilleures et plus crédibles mesures sociales et de santé pour, par exemple, assurer l'hébergement, la qualité de vie, les traitements médicaux médicamenteux, le soutien et le suivi des malades mentaux qui en ont un besoin impérieux et continu?

Et enfin, comment se fait-il que ces différentes questions qui viennent d'être posées, personne ne semble jamais les aborder ouvertement?
Je crains fort que la raison n'en soit donnée par la deuxième phrase d'Alain mise en épigramme en haut de cette page. Je pense aussi que cette phrase si juste pourraît, ici, être encore complétée: une majorité de gens préfèrent croire plutôt que savoir, car l'effort est moindre et ils peuvent aussi choisir de ne croire que ce qui leur plaît. Une fois que les gens ont choisi ce qu'il leur plaît de croire, ils ne veulent surtout plus savoir ce qui risquerait de remettre en cause leurs croyances confortables. Mais est-ce ainsi qu'on progresse?

En y réfléchissant rien qu'un peu, on pourrait aisément trouver de nombreux exemples supplémentaires de questions qui devraient "crever les yeux" de chacun. Autrement dit, si nous ne nous en préoccupons habituellement pas, si nous ne nous posons pas ces questions, c'est sans doute parce que nous craignons soit n'y avoir pas de réponse, soit que les réponses que nous pourrions y trouver ne dérangent nos certitudes et nos habitudes. Nous préférons compartimenter notre esprit en y créant des cloisons nous épargnant le choc gênant des idées incompatibles entre elles, plutôt que de mettre de l'ordre dans nos incohérences et ainsi les éliminer. Par facilité ou lâcheté, nous préférons souvent ignorer de nombreuses difficultés immédiates plutôt que de les affronter, reportant toujours à plus tard de nous y attaquer, tout en voulant croire qu'entretemps elles se seront résolues d'elles-mêmes.

Ainsi, voici un **quatrième exemple** à rajouter aux précédents. Nous savons qu'en Belgique, mais aussi ailleurs en Europe sans doute, de nombreux couples, ***bien portants mentalement*** et désireux d'avoir des enfants mais ne pouvant en concevoir pour des raisons médicales, tentent

d'adopter un bébé orphelin ou abandonné. Nous avons tous en mémoire des articles de presse rapportant les extraordinaires "navigations au long cours" que doivent entreprendre ces parents prospectifs avant que nos administrations compétentes leur concèdent le droit et la capacité d'adopter un enfant. Chez nous en Belgique, ***pour le bien de l'enfant à adopter***, les futurs parents adoptifs doivent répondre à de multiples critères d'âge, de moyens matériels, de moralité, de caractéristiques psychologiques, etc., etc., dont l'évaluation et la "bonne conformité aux normes localement en vigueur", laissée surtout au jugement de travailleurs sociaux, peuvent souvent paraître fort subjectives, voire arbitraires et reposant plus sur les préjugés des évaluateurs, ou parfois même sur des critères administratifs théoriques absurdes.

Par contre, on apprend parfois (*cas vécu!*) qu'on pourrait, par exemple, envisager de laisser une malade schizophrène, hospitalisée en institution psychiatrique, déjà mère d'enfants précédemment "placés", folâtrer avec d'autres patients (du sexe opposé) de l'institution: sous prétexte de ne pas contrarier son possible désir de maternité et "besoin" d'enfant, et de ne pas entraver ses libres allées et venues dans l'institution, aussi bien chez les hommes que chez les femmes... Tout en refusant de lui administrer des contraceptifs parce que cela constituerait une inadmissible atteinte à sa liberté, paraît-il; tout en redoutant néanmoins (*mais pas trop!*) les possibilités de déstabilisation liée à la grossesse probable, à la dépression du post-partum et à la possible nécessité de séparer de sa mère l'éventuel nouveau-né ainsi conçu et mis au monde en institution psychiatrique... Vive la cohérence!

Et voici un **cinquième exemple** de cohérence elle aussi bien [ir]réfléchie: quand un gros chien, un bon gros toutou depuis toujours ami des enfants, soudainement et on ne sait pourquoi, agresse, mord cruellement un passant adulte ou un enfant qui parfois même meurt des suites de ses blessures, à juste raison on en rend responsable le propriétaire du chien: parce qu'il ne l'avait pas enfermé, parce qu'il le laissait courir sans lui avoir mis la muselière, parce qu'il l'avait laissé échapper et ne l'avait pas tenu en laisse. Ce propriétaire imprévoyant du chien, dès lors considéré comme criminel, on le condamne sévèrement, on lui retire son chien qu'on fait euthanasier, et il devra payer réparation en dédommagement des conséquences du comportement de son animal de compagnie. Quoi de plus légitime? nous dira-t-on en effet.

Mais quand une famille tente en vain auprès d'un psychiatre de faire hospitaliser son malade psychotique qui manifeste des tendances suicidaires, et puis qu'en effet le malade passe à l'acte; quand un psychiatre laisse sortir de l'hôpital un de ses patients psychotiques sans s'assurer qu'il continue à prendre correctement la médication qui lui est indispensable, et qu'ensuite le malade halluciné et délirant se met à décapiter toute personne rencontrée dont il se croit menacé... Entend-on souvent parler d'un tribunal qui contraindrait le professionnel à rendre des comptes? Une fois de plus, belle cohérence, en effet!

Première publication: **26 Juillet 2004** ***(J.D.)*** Dernière modification: **5 Mai 2008**

QUELLES sont les *RETOMBEES CONCRETES* des laborieux efforts de *CONCERTATION* et de *REFLEXION* de nos nombreux penseurs belges francophones de la "SANTE MENTALE"?

"C'est promettre beaucoup; mais qu'en sort-il souvent?
Du vent."
Jean De La Fontaine: La montagne accouche d'une souris.

Le 10 octobre 2004 était, comme chaque année depuis 1991 paraît-il, "**Journée mondiale de la santé mentale**", à l'initiative de la **W**orld **F**ederation for **M**ental **H**ealth (**WFMH**) et de la **W**orld **H**ealth **O**rganization (**WHO**) ou **OMS**.

A cette occasion, l' "Institut Wallon pour la Santé Mentale" (http://www.iwsm.be - **IWSM**, asbl, voyez l'article *Deux Ans*) présentait un dossier de presse vantant les "actions" de cet **IWSM** (voyez http://www.categorynet.com/fr/cp/uploads/dpsantementale.doc), et le lecteur curieux du contenu de ce document pouvait aisément tirer de sa lecture quelques conclusions évidentes.

- Tout d'abord, ce que nos politiques wallons et francophones appellent pompeusement l'**Institut Wallon pour la Santé Mentale**, et qui serait, selon eux, un ***"organe permanent de concertation"*** est en fait un rassemblement, un conglomérat hétéroclite de représentants ou délégués d'institutions, d'organismes et d'associations à missions et vocations extrêmement diverses: ce fameux Institut est donc bien plus une espèce d'organigramme d'un "forum" virtuel n'existant que sur le papier, plutôt qu'un véritable organisme doté d'une tête unique, d'une conscience unitaire, d'une volonté et de moyens propres, c'est-à-dire possédant la cohérence et la cohésion indispensables à un minimum d'efficacité.

- Ensuite, si les familles et "usagers" de la "santé mentale" figurent bien parmi les membres de cet "Institut", remarquons que les malades mentaux chroniques et leurs familles n'y sont pourtant que très discrètement représentés, de manière plutôt symbolique, pourrait-on dire. Sans doute faut-il voir là, de nouveau, le reflet de cette conception prévalant parmi nos "responsables": aux niveaux régional, national, européen et même mondial (voyez l'OMS), l'expression de cette idée selon laquelle ***il ne faudrait surtout pas confondre la "Santé Mentale"*** - qu'on prétend "promouvoir" quoiqu'elle soit une utopie métaphysique insaisissable - ***avec les "maladies mentales"***, c'est-à-dire avec les véritables malades mentaux chroniques qu'on préfère ignorer ou oublier - ***parce qu'on ne veut pas se donner les moyens de résoudre les problèmes qu'ils posent à notre société, car sans doute on soupçonne qu'on ne voudrait pas payer le prix des véritables solutions.***

- Extrayons aussi un passage particulièrement significatif de ce "dossier de presse": "*Ensemble, les partenaires participent à la **promotion de la santé mentale** en Wallonie. Ils soutiennent une **réflexion permanente sur les problématiques de santé mentale**, partagent un **questionnement sur les pratiques** et la qualité des interventions et travaillent les **questions éthiques** qui traversent le champ de la santé mentale.*"
  Examinons dans l'ordre les éléments de texte en italique soulignés ci-dessus (et qui l'étaient dans l'original).

  La prétendue "**promotion de la santé mentale**" n'est en réalité qu'un attrape-nigaud, comme nous l'avons expliqué à plusieurs reprises sur ce site. Elle est néanmoins fort utile à certains par le prétexte commode qu'elle offre à tous ceux qui pensent plus à "promouvoir" et médiatiser leur propre image qu'ils ne se soucient d'améliorer réellement le sort des malades mentaux. Mais il est superflu d'y revenir à nouveau.

La "**réflexion permanente** (sic) **sur les problématiques de santé mentale**" n'est qu'une formule dénuée de signification, donc de portée pratique, dès lors que la "santé mentale" elle-même n'est, dans la conception de ses "promoteurs", qu'un fantasme indéfinissable, métaphysique et non "opérationnalisable", que ce soit objectivement et socialement ou seulement médicalement.

Quant au "**questionnement sur les pratiques**", il ne date certes pas d'aujourd'hui; il a toujours existé chez les "usagers", mais il ne semble toutefois pas avoir généralement été au nombre des préoccupations principales des professionnels, et ce désintérêt perdure encore aujourd'hui. Les professionnels, dans leur grande majorité, bien loin de "se questionner", se sont de plus toujours dérobés au dialogue (*ce qu'ici on ose appeler le* "**partage**") avec ceux qu'aujourd'hui, avec une bienveillance toute récente et de façade, on affecte de dénommer leurs "**partenaires**".

Ces derniers, eux, n'ont jamais arrêté de poser des questions sans y recevoir de réponses crédibles. Mais, de leur côté, les professionnels ont toujours considéré leurs "clients" ou "usagers" non comme des partenaires, mais comme un troupeau docile en position d'infériorité et de faiblesse, une clientèle devant par conséquent faire preuve de soumission envers les "Intervenants de la Santé Mentale", croire religieusement à tous leurs discours sans jamais protester ni poser les questions gênantes.
Et on doit craindre que la composition de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale ne soit guère favorable à un renversement de cette vieille habitude en faveur de ces "usagers" que sont les malades mentaux chroniques: leur représentation est ridiculement minoritaire et ils risquent fort de jouer, en "permanence" eux aussi, le rôle du parent pauvre, ignorant et malade, relégué à l'office ou dans la soupente et à qui, par charité, on abandonne les restes refroidis d'un repas dont on ne s'inquiète guère de savoir s'ils sont conformes au régime qui lui est médicalement prescrit par ailleurs.
Depuis le temps qu'on prétend "**partager le questionnement**" alors qu'on n'entend guère poser les vraies questions, on serait en droit d'attendre qu'on ***"partage" enfin quelques bonnes réponses***.

Enfin, il paraît que les partenaires..."travaillent" (sic) les **questions éthiques** qui "traversent" (sic) le champ de la santé mentale. Pareille affirmation ne peut que provoquer un certain scepticisme chez tous ceux dont la mémoire et l'intérêt pour le sort des malades mentaux chroniques ne sont pas totalement disparus ou anesthésiés par le verbiage. Nous avons ici un parfait exemple de ce que disent toujours nos "intervenants en Santé Mentale" qu'il font ou feront sans que jamais ils ne passent réellement aux actes annoncés.

En effet, et puisqu'il faut bien taper sans relâche sur le même clou si l'on veut qu'un jour il traverse les crânes pour atteindre les consciences, rappelons qu'un des aspects les plus graves (*et bien connus!*) affectant une proportion importante des maladies mentales chroniques est l'***absence de conscience des malades d'être atteints d'une affection mentale***.
C'est ce qu'on appelle l'***anosognosie***, que certains préfèrent appeler le déni (*parce que ce nom laisse croire, mais c'est une erreur, à un phénomène psychologique qui serait, comme chez tout un chacun bien-portant, accessible et modifiable par le raisonnement et la persuasion*). Les "professionnels" compétents de chez nous qui en parlent sont encore l'exception. Certains "professionnels" semblent même oublier ce phénomène (*nous ne voudrions pas insinuer qu'ils puissent l'ignorer, quoique...*), et le grand public, par conséquent, en est le plus souvent ignorant à son tour. Il éprouve de grandes difficultés à le comprendre et à s'en souvenir, difficultés d'autant plus grandes qu'on semble habituellement s'efforcer de surtout ne pas mentionner ni expliquer cette anosognosie (*"lack of insight" des anglo-saxons*).

Pourtant, personne ne devrait avoir de mal à comprendre qu'une personne persuadée de bien se porter, qui de surcroît est naturellement, "organiquement incapable" (*c.à.d. du fait même de la maladie*) de croire ceux qui lui affirment qu'elle est malade, n'a aucune raison de consulter un médecin, ni de se faire hospitaliser, ni de suivre un traitement.

L'anosognosie est par conséquent un obstacle majeur, l'obstacle le plus important à l'accès précoce aux soins, l'obstacle au traitement (et à son suivi) des malades mentaux psychotiques chroniques. Elle aggrave aussi toutes les autres difficultés.

Le plus souvent, au moins en début de traitement, mais parfois aussi pour des périodes extrêmement longues, le refus du traitement ou son abandon forcent à contraindre le malade à l'hospitalisation pour s'assurer qu'il suit bien le traitement médicamenteux qu'on doit lui imposer. Ces contraintes, même si on les espère temporaires, constituent une atteinte formelle des droits et des libertés de la personne. Mais comment obtenir autrement de cette personne ***privée de jugement*** qu'elle suive le traitement sans lequel elle n'a que très peu de chances de recouvrer un jour sa santé, ***son jugement***, son autonomie?
Voilà bien une importante "**question éthique**", me semble-t-il, ***c'est sans conteste LA PLUS IMPORTANTE DE TOUTES***.
Aucun responsable, aucun politique, aucune "autorité" ne semble pourtant pressé de la "travailler" (*ne parlons même pas d'éventuelles réponses qu'on y apporterait*).

Pourtant, l'année **2004** tire à sa fin. *Pourtant*, l' **IWSM** a été inauguré par le ministre wallon de la Santé (Mr Detienne) en octobre **2002** *déjà*. *Pourtant*, pour ceux qui ne le sauraient pas, rappelons l'existence du "**Comité consultatif de Bioéthique de Belgique**", effective depuis **1995** *déjà* pour nos trois Communautés (*http://www.health.fgov.be/bioeth/fr/*)
Pourtant, parmi les 25 avis (*est-ce beaucoup? Est-ce peu?*) rendus publics par cette instance à ce jour et depuis qu'elle existe, ***UN SEUL*** (*le n° 21, est-ce beaucoup? Est-ce peu?*) avait trait à un problème de psychiatrie mais ne concernait ***pas*** l'hospitalisation sous contrainte, et ***AUCUN avis de ce Comité de Bioéthique n'a été rendu public, qui aurait été sollicité par l' IWSM auprès de cet organisme***.
N'est-ce pas là un bel exemple (*Wallon? Belge?*) de "**travail des questions éthiques**" et d'une "**action**" de "**concertation**" en "**interaction avec les autorités responsables**" (sic)?

> *Dans toutes les prairies du monde où l'homme fait pâturer ses troupeaux, nous pouvons observer , aujourd'hui encore, çà et là sur le sol, des bouses ou des crottins. L'homme sait, depuis les temps préhistoriques, quand il était encore pasteur et nomade, que plus ces déjections sont volumineuses, fraîches et malodorantes, plus abondants et vrombissants seront les essaims de grosses mouches multicolores qui s'y attarderont pour s'en délecter.*
> *Il devrait par conséquent avoir toujours su - mais l'aurait-il aujourd'hui oublié? - que l'intensité du seul bourdonnement de ces essaims ne contribue en rien à l'élimination des bouses et n'est qu'indirectement et inversément proportionnelle à leur dessication progressive et spontanée.*

Première publication: **25 Octobre 2004** ***(J.D.)*** Dernière modification: **25 Octobre 2004**

Schizophrénie, psychiatres et psychanalystes

(Des mirages qui prétendent guider le voyageur mais qui l'égarent)

(*Réflexions d'un histologiste et neuroanatomiste à la retraite, père de malade*)

"Everyone acknowledges that there can be no learning
without innate circuitry to do the learning."
Steven Pinker: "The Blank Slate",
p. 35. Penguin Books, London 2003, ISBN 0-140-27605-X
"Tout le monde reconnaît qu'il ne peut y avoir aucun apprentissage
en l'absence de circuits nerveux innés dédiés à l'apprentissage."

"Un songe aussi n'a d'existence que fictive, de sens qu'absurde, et seulement en celui qui le songe. Il n'en est pas moins vrai qu'il s'est produit... Ce qui risque, seul, d'être imaginaire, c'est l'explication qu'on en peut offrir."
Henri Bosco: "Sabinus", Gallimard, Paris 1957, p. 106

Le grand public et même de nombreux médecins ignorent presque tout des problèmes que les troubles mentaux chroniques posent à ceux qui en sont atteints et à leur entourage. Ni les uns ni les autres ne comprennent guère mieux les raisons des disputes, elles aussi chroniques et périodiquement rapportées par les médias, opposant entre elles les diverses corporations de spécialistes qui revendiquent la capacité (*c'est-à-dire "les compétences"*) et "le droit" de soigner les victimes de ces affections. Chacun, tant qu'il se croit, lui et les siens, en bonne santé, habituellement se désintéresse de ces questions, car nous sommes tous et toujours persuadés qu'elles ne concernent que les "fous" et que ceux-ci, bien sûr, ne peuvent être que "d'autres que nous" vivant sans doute "ailleurs".

Par conséquent, tous tant que nous sommes, nous nous retrouvons complètement démunis dès que la maladie mentale nous éclate à la face, survenant chez l'un de nous, chez un parent, un enfant, un proche, un être cher. Nous cherchons alors à savoir ce qu'est cette catastrophe et à quoi elle est due, nous voulons la comprendre, car ses manifestations et leurs multiples conséquences de toutes natures ne peuvent que nous submerger, voire nous anéantir. Nous ne pouvons nous empêcher de désirer savoir ce que, peut-être, nous aurions pu et dû faire pour la prévenir. Mais une fois l'affection déclarée, nous ne pouvons plus qu'espérer parvenir, le mieux (*moins mal*) possible, à en atténuer et à en surmonter les effets.

Schizophrénie, psychiatrie, psychanalyse qui n'étaient jusqu'à présent que des mots, des noms lointains et de signification floue, deviennent brutalement d'innombrables choses bien réelles, bien présentes, envahissantes quoique mystérieuses et inquiétantes, menaçantes, d'apparence compliquée, toujours peu ou mal expliquées, rarement voire jamais maîtrisées de manière satisfaisante.

Le nom de schizophrénie a été inventé et d'abord utilisé par le psychiatre suisse Eugen Bleuler en **1913**, pour désigner un trouble mental chronique sévère survenant chez des individus généralement jeunes. Cette affection correspondait à ce que le psychiatre allemand Emil Kraepelin, dans les dernières années du XIXième siècle, appelait la dementia praecox (*la folie précoce*).

Mais, "**la schizophrénie**", qu'est-ce donc? Qu'en disent, de nos jours, ceux qui sont censés le savoir, qu'en disent nos "psys" modernes et post-modernes? Si nous interrogeons à ce sujet nos experts "psy" francophones, nous déclenchons habituellement chez eux un déluge de discours qui ne nous éclairent pas vraiment. Ce sont, le plus souvent, d'interminables tirades qui, à l'analyse, se révèlent soit incohérentes ou se contredisant l'une l'autre au fil du temps, soit n'être que des pétitions de principe, ou même s'avèrent être totalement creuses. Ce constat vaut aussi pour le contenu de nombreux livres publiés sur le sujet par d'éminents professeurs (francophones) de psychiatrie ou par des psychiatres réputés (*la notoriété - "l'autorité" - de ces*

derniers tenant souvent à la longueur apparente de leur C.V., à leurs talents de relations publiques - leur "charisme" - , ou encore à des distinctions honorifiques, méritées sans doute, mais peut-être sans rapport direct avec leur profession, plutôt qu'à leur efficacité thérapeutique éprouvée ou à des succès thérapeutiques dûment constatés).

A quoi peut donc tenir cette difficulté à extraire de nos psychiatres des informations compréhensibles et utiles aux profanes?

Le grand public oublie souvent que la psychiatrie n'est devenue une spécialité à part de la médecine et n'a pris son essor que dans le dernier quart du XIXième siècle. Une majorité des grands "diagnostics" psychiatriques, c'est-à-dire les dénominations de troubles mentaux utilisées aujourd'hui encore, datent en fait d'une période à cheval sur la fin du XIXième siècle et le début du XXième!
A cette époque-là, nos connaissances en biologie - et par conséquent aussi les connaissances médicales - étaient encore balbutiantes et lacunaires en comparaison de nos connaissances actuelles. Les moyens techniques indispensables à l'investigation scientifique de la composition, de l'architecture, de l'organisation et des mécanismes du fonctionnement de notre corps n'étaient pas encore disponibles, ou n'étaient que fort rudimentaires. La structure fine de notre cerveau était alors inconnue.

Qu'on y songe: pierre angulaire des neurosciences, la théorie du neurone (la cellule nerveuse, unité fondamentale de notre cerveau), basée sur les travaux du prix Nobel Santiago Ramon y Cajal (**1909-1911**!) n'a reçu de confirmation définitive et n'a été unanimement acceptée que bien plus tard, après **1940**, avec l'avènement du microscope électronique! Même en ce début de XXIème siècle, les relations extraordinairement intriquées des neurones entre eux (*leurs connexions, le cablage "fin" dans cet enchevêtrement inextricable de fins prolongements nerveux que les cytologistes appellent le "neuropile"*) sont très loin d'être démêlées dans de très nombreux territoires corticaux cérébraux. Même si nous savons qu'à elle seule, elle ne pourra pas expliquer "l'âme" comme certains peut-être voudraient l'espérer, la connaissance détaillée aussi complète que possible des "plans de construction" de notre "machine biologique cérébrale" reste néanmoins une condition préalable obligée pour la compréhension de nos fonctions mentales, de notre "psychisme", qu'il soit "normal" ou non.

Par conséquent, en ces débuts [*nécessairement*] purement spéculatifs de la psychiatrie, mais peut-être aussi souvent aujourd'hui encore, nos fonctions mentales, qu'elles nous parussent "normales" ou détériorées, c'est-à-dire "pathologiques", ne pouvaient qu'être conçues et inférées très indirectement et seulement de l'observation et de la description de leurs manifestations extérieures accessibles à nos sens (*visibles, audibles etc.*)

Ensuite, on en était réduit à regrouper les manifestations extérieures jugées "anormales" ou "pathologiques" dans un même tableau descriptif selon qu'elles apparaissaient ensemble chez la même personne, ou au contraire on les répartissait dans des tableaux distincts quand elles ne coexistaient pas (ou seulement rarement) chez un même malade. A chacun de ces tableaux on attribuait alors un nom des plus "savants" (si possible plein de racines grecques!) qu'on tentait de rendre évocateur, soit du tableau visible ("clinique") lui-même, soit de la représentation que son inventeur se faisait de ses causes et mécanismes de production (représentation ou interprétation qui devait forcément rester hypothétique et non vérifiable).
C'est ainsi qu'en quelque sorte "naissait" et était baptisée une nouvelle maladie mentale qui prenait désormais place dans le répertoire nosologique médical et psychiatrique (*dans la classification des "maladies" mentales établie* ***sur la base de la seule description*** *de leurs manifestations*). Par la suite, si un autre malade présentait un "tableau clinique" assez comparable à l'original figurant dans ce catalogue psychiatrique, son affection pouvait, à son tour, en prendre le nom. **Ainsi se posait et se pose encore de nos jours le diagnostic psychiatrique**.

Ce très bref rappel excessivement simplifié n'avait d'autre ambition que d'attirer l'attention sur une

des faiblesses constitutionnelles majeures de notre psychiatrie que le profane a trop tendance à oublier, ou même qu'il ignore. De toute évidence, la démarche diagnostique évoquée ci-dessus ne peut, à elle seule, fournir aucune piste quant aux origines (les causes) et aux mécanismes cérébraux conduisant aux manifestations extérieures du fonctionnement cérébral perturbé.

Aujourd'hui encore, faute de tenter de profiter au mieux possible des quelques moyens techniques d'investigation du cerveau plus récents et plus sophistiqués dont nous commençons enfin à disposer, c'est pourtant cette approche intuitive et nosographique qui prévaut très majoritairement chez nos psychiatres praticiens.

C'est pourquoi, même si nos "psys" tentent parfois de nous décrire comment ils imaginent que "la" schizophrénie se manifeste, ils ne peuvent pas vraiment nous dire "ce qu'elle est". Ils ne parviennent qu'à nous énumérer, perdus parmi les néologismes et les méandres d'une phraséologie tortueuse, dans le jargon occulte qu'ils affectionnent, les signes et symptômes figurant, sous forme de liste synthétique, au chapitre intitulé "schizophrénie" de l'un ou l'autre bréviaire psychiatrique faisant autorité. Pareilles listes de "symptômes" ne sont pas plus des indications de causes ni des explications de la genèse de ces signes que quand, à Géronte qui lui demandait d'où venait que sa fille était muette, Sganarelle répondait, mais cette fois sans détours et avec une rafraîchissante simplicité: "***Il n'est rien de plus aisé. Cela vient de ce qu'elle a perdu la parole.***" (Molière, "Le Médecin malgré lui").

L'incertitude où l'on est toujours des véritables causes de "la" schizophrénie, et les difficultés rencontrées pour vérifier les hypothèses imaginées à son sujet et à propos des mécanismes conduisant à ses manifestations morbides, ont entraîné, dès les premiers pas de la psychiatrie naissante, mais de nos jours encore, des conséquences auxquelles on aurait dû s'attendre mais dont il était difficile de se protéger.

Répétons-le encore avec insistance: face à l'ignorance générale de la biologie du cerveau et de son fonctionnement, la psychologie et la psychiatrie, à leurs débuts, ne pouvaient être qu'intuitives et spéculatives, conjecturales et philosophiques, dirions-nous. C'est ainsi que les idées philosophiques prédominantes du dualisme, c'est-à-dire de la séparation de l'esprit et du corps, héritées du judéo-christianisme et de Descartes (ce que certains ont appelé la théorie du fantôme dans la machine), ces idées ont inspiré aux "psys" leurs concepts diagnostiques et thérapeutiques initiaux et les influencent encore aujourd'hui: pour beaucoup, les "maladies de l'esprit" et la "médecine de l'esprit" n'ont toujours que peu de rapports (*voire aucun*) avec le corps matériel, organique, ***biologique***, qui pour eux ne sert que d'enveloppe et de support matériel à l'esprit immatériel. C'est ce qu'on a appelé la psychiatrie sans cerveau.

Pour les "psys" héritiers et gardiens actuels de cette tradition, il n'est donc question que de l'esprit, non du corps, et pour eux, l'esprit reste de nature littéralement métaphysique, c'est une sorte de mystérieuse et insaisissable nuée qui commande au corps et qui, parfois, pourrait même rendre ce dernier malade (*la "somatisation"!*). Toutes les convictions non vérifiables (les croyances par opposition au savoir) de chacun sur la nature de l'esprit, du fait même qu'elles ne sont pas testables, sont respectables au même titre que le sont, par exemple, les religions. Elles sont donc légitimes. Rien n'interdit à personne ("tout le monde, n'importe qui", médecins ou non, psychologues ou non, philosophes de métier ou amateurs plus ou moins éclairés sinon illuminés) de philosopher à tout va et d'échafauder, intuitivement, des théories pseudo-"psychologiques" explicatives de la schizophrénie (*et des "psychoses" en général*), en dédaignant délibérément et superbement de savoir (*et d'apprendre!*) quoi que ce soit des extraordinaires caractéristiques et propriétés de ce litre et demi de gelée, de cette méprisable quoiqu'indispensable viande molle et blanchâtre dont notre crâne est farci.

On peut sans difficulté se représenter qu'à l'aube de la psychiatrie, la grande ignorance où l'on était encore de la biologie et l'absence de moyens techniques d'investigation scientifique aient ***contraint*** la majorité des psychiatres à compenser les inévitables carences des sciences d'alors par des spéculations théoriques invérifiables et des rêveries "philosophiques". Justifié par la

croyance en l'immatérialité de l'esprit pourtant considéré comme une "***chose***", et, en même temps entretenant cette croyance, cet expédient autorisait de "philosopher" sur les troubles mentaux en ignorant délibérément la biologie (*la biologie, toujours présentée par certains aujourd'hui comme une "réduction mécaniste" de l'esprit à la "matière", à l'"animalité", et perçue péjorativement*) pour expliquer la genèse des maladies mentales, et pour n'imaginer, en fait de thérapeutique, que des moyens "psychologiques" basés sur ce que, sans doute, on devrait appeler des "***concepts d'abstractions d'hypothèses invérifiables***" (*l'ordre exact de ces "substantifs" importe peu!*).

Malheureusement, l'intimidante et sans doute décourageante complexité des connaissances et des technologies qui entrouvrent enfin l'accès à la compréhension du fonctionnement de notre cerveau - organe en lui-même déjà un gigantesque labyrinthe si compliqué! - semble avoir dissuadé une majorité de nos psychiatres francophones de s'investir dans les neurosciences. Les progrès de ces disciplines, sans doute trop lents, voire peut-être trop ardus à leur goût, leur paraissaient ne promettre, - peut-être! - de résultats qu'à ce point lointains qu'ils en devenaient chimériques et à jamais inaccessibles.
C'est ainsi qu'on peut supposer qu'ils aient préféré et se soient habitués à faire de leur spécialité un exercice moins contraignant, plus spéculatif et philosophique qu'empirique, biologique et médical. Et une fois les mauvaises habitudes prises, nous savons que le danger est grand de s'y accrocher...(*C'est bien Pascal qui déjà écrivait: "**Lorsqu'on est accoutumé à se servir de mauvaises raisons pour prouver des effets de la nature, on ne veut plus recevoir les bonnes lorsqu'elles sont découvertes** ", paroles souvent oubliées de ceux qui devraient les mettre à profit*).

Il fallait donc s'y attendre: à la longue, se ségrégeant de la biologie et de ses progrès, et refusant d'en tenir compte, voire de s'en instruire, les spéculateurs purs sur le psychisme (*les penseurs philosophant*) ont petit à petit laissé leurs théories se fossiliser en dogmes quasi théologiques. Figés, ceux-ci allaient enfanter et proposer autant de thérapies qui ne pouvaient être qu'hypothétiques et vouées à l'obsolescence rendue inéluctable par l'évolution rapide des sciences. Cette péremption, aujourd'hui de plus en plus évidente, n'est toujours acceptée qu'avec répugnance, voire ignorée de nombreux thérapeutes.

S'autoriser à ne mettre, aujourd'hui encore, effectivement en pratique que des "thérapies" théoriques fondées sur des concepts dépourvus de toute assise matérielle (*et bien souvent controuvés par ailleurs*), pour traiter, avec fort peu de succès véritables (*s'ils existaient, ils seraient la seule justification admissible*), des malades réellement et bien concrètement atteints, c'est là faire un pas de trop, aucune éthique ne me paraît le justifier, il vaudrait mieux se l'interdire!

Une difficulté d'autre nature est, elle aussi, souvent oubliée. Bien que, au premier abord, elle puisse paraître d'importance secondaire, on aurait tort de l'ignorer ou de la minimiser. Elle constitue un important obstacle à la diffusion, à la transmission et au progrès des connaissances et de la compréhension des affections mentales chez ceux chargés, en principe de les guérir, en pratique de les soigner. Cette difficulté porte donc sur l'enseignement de la psychiatrie et intéresse en premier lieu ses enseignants. Ne l'oublions pas: ceux qui, demain, exerceront la psychiatrie ne feront que mettre en pratique ce qu'ils auront compris et retenu de ce qu'on leur aura enseigné aujourd'hui.

Nous devrions toujours garder à l'esprit que, pas plus qu'une description si détaillée soit-elle, par exemple de la Joconde, ne peut faire ***voir*** le célèbre tableau de Léonard de Vinci à quelqu'un qui n'en aurait jamais contemplé de ses propres yeux ni l'original ni, à la rigueur, une bonne reproduction, de même aucune description ni énumération des signes (des "symptômes") présentés par un malade schizophrène, ni quelques entretiens d'une heure ou deux tête-à-tête avec lui ne peuvent permettre à qui que ce soit de se faire ne fût-ce qu'une ébauche de représentation assez fidèle de ce qu'est, pour ce malade-là, "la" schizophrénie dans toute la réalité de sa vie quotidienne.

Seuls ceux qui vivent en permanence avec une personne malade mentale et qui l'ont connue avant que les troubles ne se déclarent sont capables de se faire "une idée" assez fidèle de l'affection, et cette tâche requiert, entre de nombreuses autres choses, d'abord énormément de temps. A la manière dont ils en parlent, on se rend compte que cette constatation vaut également pour les professionnels de la "santé mentale". En effet, on peut aisément vérifier que ce sont, parmi eux, ceux qui eux-mêmes ont un proche atteint par la maladie qui, d'habitude, en parlent le mieux, ceux qui n'en disent pas trop de sottises.

Tout ce qui précède laisse supposer, de manière très plausible me semble-t-il, que les gens, dans leur grande majorité, y compris les professionnels de la "santé mentale", risquent de ne savoir, en fait, que fort peu de chose sur "la" schizophrénie. Car comment faire saisir, transmettre, dans notre système actuel d'enseignement de la médecine - et de la psychiatrie -, ces particularités des maladies mentales qui ne peuvent tenir ni dans des descriptions livresques, ni dans des conférences et cours *ex cathedra*, ni même se laisser entrevoir lors de quelques "entretiens" de durée limitée avec des malades sortis de leur contexte de vie? (*littéralement: des poissons tirés pour un instant hors de l'eau*).

En effet, tout comme "l'esprit" n'est pas une "chose" mais un processus (*un enchaînement perpétuel d'actions et de réactions physico-chimiques à de multiples niveaux*), la schizophrénie n'est pas non plus une "chose". Elle est une histoire qui s'écoule, qui se vit, qui est subie et n'est "connue", peut-être (!), que de chaque malade lui-même. Cette histoire diffère d'un malade à l'autre; chez un même malade, elle change de cap d'un moment au suivant. Mais en même temps, c'est précisément la maladie qui ôte à chaque malade les moyens de communiquer à autrui ce qu'il vit. Sans doute même n'en garde-t-il lui-même, dans ses instants de lucidité (*ceux qu'il a!*), que des souvenirs certes pénibles, mais nécessairement peu fidèles, brouillés et désordonnés, où les émotions, éventuellement fortes mais confuses, prennent le pas sur le fil emmêlé de l'histoire et le cassent.

De ce film permanent qui se déroule principalement hors de leur présence, les professionnels ne peuvent observer que quelques instantanés figés, saisis ou dérobés par intermittence et au hasard. Ils ne peuvent tenter d'en reconstruire le scénario qu'en suppléant eux-mêmes, sortis de leur imagination personnelle, la grande majorité des innombrables images et épisodes successifs qui, nécessairement, leur échappent chez leurs patients.

Ce seront donc des résumés reconstruits, synthétisés à partir d'assemblages de fragments de ces scénarios (*à la manière d' une sorte de récit d'une vie quotidienne imaginaire des dinosaures, reconstituée d'après la description de quelques unes de leurs vertèbres ébréchées*) qui seront rassemblés, accumulés et reproduits dans les manuels et traités de psychiatrie. On les exposera et répétera aussi, année après année, ex cathedra dans les amphithéatres des Facultés de médecine.
Ces synthèses abrégées et idéalisées, desséchées, ont-elles encore quelque lointaine ressemblance avec une réalité vécue? Pourront-elles étroitement se superposer à la réalité individuelle d'une personne donnée parmi toutes les personnes possibles quand, le moment venu, le professionnel se trouvera, et pour peu de temps seulement, face à elle? Le professionnel pourra-t-il, en toute certitude et confiance, reconnaître et établir cette correspondance en quelques dizaines de minutes (*grâce à la seule* ***description*** *mémorisée d'un sourire qu'on n'a pas vu soi-même, reconnaître un air de famille avec la Joconde*)? Le doute est permis.

La maladie est vécue aussi, quoique d'autre façon, par la famille du malade qui peut, plus aisément que le malade lui-même, en observatrice permanente, extérieure mais néanmoins privilégiée (*si l'on peut dire!*), en faire la description et le récit (*la relation*). Mais, à nouveau, tout comme on ne fait pas voir la Joconde en la décrivant, comme on ne fait pas non plus entendre une symphonie en en montrant la partition à qui ne lit pas la musique, tout ce que les membres de la famille disent de leur malade ne peut être réellement compris que d'autres familles vivant une aventure analogue. Je n'ai donc pas tenté de reprendre ici des énumérations de signes et de

symptômes avec leur description, tous comptes faits peu évocatrices et déjà maintes fois ressassées ailleurs (*on pourra, si on le désire, les retrouver dans le dossier sur la schizophrénie*).

Cependant, J. Allan Hobson a indiqué une approche des plus suggestives qui permet de faire entrevoir quand même ce qu'est la schizophrénie à ceux qui ne la connaissent pas. Ce psychiatre de Harvard a fort justement souligné les étonnantes similitudes qu'on peut observer entre états de conscience, d'une part chez les malades schizophrènes éveillés et, d'autre part, chez les personnes bien portantes en train de très naturellement rêver pendant leur sommeil. Résumons ainsi les observations de Hobson: les malades schizophrènes rêvent en permanence tout éveillés un cauchemar intérieur auquel vient se mêler la réalité extérieure ambiante, sans pouvoir les démêler l'une de l'autre. Contrairement aux personnes bien portantes qui sortent de leur rêve lorsqu'elles se réveillent, les malades schizophrènes ne parviennent pas à s'échapper (s'éveiller) de leur rêve.

Pour avoir tous rêvé nous-mêmes, nous savons que nous aussi, nous avons joué dans nos rêves des rôles absurdes subis sans pouvoir les contrôler, à la manière passive d'une marionnette totalement impuissante face aux événements; sans aucun étonnement, quoiqu'avec parfois de fortes émotions (*plus souvent de peur que de joie*), nous assistions et participions dans nos rêves à des scènes impossibles dont les notions de temps et d'espace géographique étaient absentes ou indéfinies. Pourtant, ni l'absurdité, ni le ridicule parfois, ni l'impossibilité des situations rêvées ne nous étaient sensibles tant que nous rêvions, la logique et l'esprit critique (*notre raison*) ne reprenant leurs droits qu'au réveil.

Les scientifiques d'aujourd'hui savent que la genèse des rêves ne dépend aucunement de leur contenu comparable à un puzzle en désordre, mais qu'ils sont le résultat de l'activité spontanée de notre cerveau déconnecté de l'extérieur (*travaillant en "vase clos"*), activité qui se poursuit même pendant le sommeil, mais de manière très différente de ce qu'elle est à l'état de veille. Les neurones cérébraux contrôlant l'activité du cerveau pendant le sommeil et pendant la veille ne sont, en effet, pas les mêmes.

Quoi qu'en disent de nos jours les admirateurs et adorateurs de Sigmund Freud et ses successeurs, on peut estimer que la psychanalyse n'a fait que remplacer ou adjoindre à l'homunculus de Descartes, au "fantôme dans la machine" (*dans la glande pinéale située au sommet du cerveau*), le "**ça**", le "**Moi**" et le "**Surmoi**", soit trois fantômes ou lutins tout aussi imaginaires, autonomes et dépourvus de tout substrat matériel, entrant en compétition et se contrariant mutuellement dans notre tête.

Les psychanalystes actuels accordent toujours une grande importance à la ***signification*** des rêves, et la "clef des songes" fantaisiste inventée par leur maître Freud (***die Traumdeutung***) leur sert toujours pour l'***interprétation*** des troubles mentaux ("*psychiques*") et des délires qui les accompagnent.
Ils persistent et s'obstinent, ***par l'interprétation*** du discours des patients psychotiques, à vouloir "***trouver du sens*** à la psychose" et "***donner du sens*** *aux symptômes*" et se refusent à admettre que, justement, ils cherchent un sens (et le fabriquent eux-mêmes) là où il ne peut être: par exemple dans le contenu des rêves et des délires, ou encore dans des souvenirs (supposés, inventés ou même suggérés) chargés *a posteriori* d'émotions et auxquels, à nouveau, ils attribuent des ***interprétations*** arbitraires et invérifiables, mais dont ils convainquent leur patient par la suggestion et la force persuasive de leur autorité.
Ni le malade schizophrène lui-même, ni le thérapeute ne sont en mesure de séparer, dans le verbiage du malade et dans ses récits décousus, ce qui est du domaine des rêves de ce qui tient du passé réellement vécu. L'interprétation - d'ailleurs parfaitement fantaisiste - par "symboles" et "analogies" des délires ne peut, elle non plus, que leur prêter et renforcer une illusion de réalité, elle ne fait que les accréditer abusivement. Par là même, elle équivaut à encourager et à enfoncer le malade dans sa maladie. Freud lui-même avait renoncé à soigner les psychotiques; ses successeurs et emprunteurs d'aujourd'hui, en l'oubliant, ***font le plus grand tort aux patients***.

La démarche de ces thérapeutes est celle de tous les oracles, devins, sibylles, augures et autres aruspices ayant exercé leur art (*ou commerce?*) depuis l'antiquité (*et sans doute même auparavant*). Elle procède d'une pensée magique, prélogique. Tous, depuis les mages antiques jusqu'aux [psych]analystes actuels, ils interprètent les rêves, délires, fantasmes et hallucinations (leur "***donnent du sens***") selon une "herméneutique" ou en suivant les recettes fantaisistes de la ***Traumdeutung*** de Sigmund Freud (*et, déjà bien avant ce dernier, les énumérations grotesques du caustique "Bouvard et Pécuchet" de Gustave Flaubert - mort en 1880! - en donnaient un bel avant-goût*). De manière plus expéditive encore, ils peuvent aussi leur "donner du sens" (***Bedeutung*** *en allemand*), rien que d'après leur fantaisie personnelle du moment.

Cette démarche, elle est la même que celle par quoi on voudrait me faire croire que si je ramasse un livre qui, spontanément s'ouvre de préférence à une page donnée, c'est par la magie de mon "inconscient" que précisément cette page-là est "choisie". ***La clef*** du contenu de mon "inconscient" se trouverait dans le texte de cette page (***interprété*** *par "l'expert", bien sûr!*). Et si moi, par contre, je pense que le livre s'ouvre à cette page, soit par hasard, soit parce que les feuillets écornés favorisent l'ouverture à cette page-là plutôt qu'à une autre, ces magiciens me traiteront avec commisération de béotien "mécaniciste" rabaissant l'esprit à de la cybernétique.

Cette démarche, elle est aussi comparable à celle qui, chez les cheminots par exemple, consisterait à chercher la cause du déraillement de tel train de voyageurs dans la personnalité ou la profession des passagers des wagons renversés; si le train transportait des marchandises, on pourrait rechercher la cause de l'accident dans la nature des marchandises transportées. Peut-être même pourrait-on aller jusqu'à s'efforcer d'établir une subtile relation de cause à effet entre le déraillement et les antécédents familiaux des habitants riverains de la voie ferrée. Mais si quelqu'un s'avisait de proposer de vérifier attentivement l'état de la voie ferrée elle-même, de ses aiguillages, ou l'état des essieux des wagons, on le traiterait avec condescendance de "mécaniciste" platement dépourvu d'imagination.

Cette démarche, c'est aussi la même que celle qui voudrait que quand je téléphone à un ami et que, ce jour-là, systématiquement, un inconnu me répond à sa place, dans une langue qui m'est incompréhensible, par un déluge de phrases qui, à chacune de mes tentatives, prennent un ton de plus en plus furieux, ce serait mon "inconscient" qui m'aurait poussé à composer un numéro erroné. Les magiciens me diront cette fois de consulter un ethnopsychiatre. Il ***interprètera*** les hurlements téléphonés de mon correspondant furibond, y lira le contenu de mon "inconscient" qu'il m'aidera ensuite à découvrir. Si je suggère alors à ces illusionnistes que, vraisemblablement, le central téléphonique est responsable de l'erreur de communication et qu'il faudrait plutôt signaler le dérangement à la compagnie des téléphones, ils me rétorqueront vraisemblablement que je ne suis qu'un lamentable "scientiste". Si néanmoins je persistais et demandais à essayer de joindre mon ami par une autre ligne, ces apologistes forcenés du "tout psychique", vilipendant ce qu'ils appellent le "tout biologique", ne manqueraient certainement pas de me traiter de "positiviste obtus" et de "sceptique empiriste, à la limite demeuré" (*équivalant sous-entendu de pauvre c...*).

Qu'il me soit permis de citer ici une opinion d'un philosophe et enseignant universitaire qui s'est beaucoup préoccupé de psychothérapies et de psychanalyse (v. *Dialogue avec Mikkel Borch Jacobsen*). Je serais personnellement tenté d'adopter une position assez voisine de la sienne, selon laquelle "***[...] la pratique psychothérapique [qui] n'est jamais qu'un passe-temps comme un autre entre deux "consenting adults***". Il nous dit aussi, à mon avis très justement: "***Le débat actuel [****sur la règlementation des psychothérapies****] vient du fait que les psychothérapeutes (notamment les psychanalystes) prétendent offrir plus qu'un passe-temps.***"
Il précise cette dernière affirmation en ajoutant: "***Les gens qui forment la clientèle des psychothérapeutes jouent à être malade, selon des règles qu'ils apprennent dans l'air du temps, et ils jouent à guérir. Ce jeu est très sérieux, douloureux, pénible, mais c'est un jeu quand même (si ce n'est pas un jeu, on est dans le domaine de la médecine.)***(souligné par moi).

Je voudrais même, un peu plus encore que ce philosophe, accentuer la critique. Ceux qui "*jouent au jeu douloureux d'être malade*", ce sont ces personnes qui, à toutes les époques, ont souffert (ou souffrent) d'un certain "mal de vivre", parfois de bon ton ou plus ou moins à la mode, ceux que le Dr Fuller Torrey appelle les "worried well". Loin de moi l'intention de leur contester le droit de "*passer le temps*" chez les psychothérapeutes. Mais les psychothérapeutes prétendent effectivement offrir plus qu'un passe-temps, plus qu'un jeu: ils laissent entendre qu'ils proposent ***une cure***. Et une cure, étymologiquement, ce sont bien des soins destinés à guérir d'une maladie (sauf peut-être pour ceux qui prendraient des vacances pour s'offrir, soit une "cure thermale", soit une "cure" de l'un ou l'autre régime réputé amaigrissant, ou encore une thalassothérapie, etc., etc., dans l'une ou l'autre station chic).
Si bien que, tant les thérapeutes que leurs clients finissent par ne plus être capables de bien distinguer ce qui relève, d'une part du passe-temps pour "worried well" (voyez, par exemple, les films de Woody Allen), d'autre part des ***soins pour véritables troubles mentaux***, cette dernière raison sociale faisant "tellement plus professionnel" pour les thérapeutes, tellement "plus sérieux" pour les clients huppés! Quand "*ce n'est pas un jeu*", il est permis de se demander si, néanmoins, tous les thérapeutes "psys" sont toujours capables d'admettre qu'ils jouent habituellement un jeu, et capables de reconnaître que, quand il n'est plus question de jeu, ils feraient mieux de passer la main aux médecins.

Cependant, la limite entre "***jeu et domaine de la médecine***" semble parfois devenue difficile à tracer pour les psychiatres médecins eux-mêmes. Pratiquées depuis des décennies, devenues phénomène de société (*souvent quelque peu "snob"*), les psychothérapies et la psychanalyse se sont implantées dans de très nombreux milieux. Quant à elle, la psychiatrie "traditionnelle", ou "conventionnelle" dirons-nous, boudant les progrès techniques améliorant la sûreté du diagnostic, n'a obtenu chez les malades psychotiques, malgré les années, que des résultats partiels et plutôt globalement décevants en comparaison des attentes des patients et des effets d'annonce périodiquement claironnés, principalement par l'industrie pharmaceutique.
Il n'est donc pas étonnant de voir cette psychiatrie dite "biologique" se tourner souvent, par exemple vers les méthodes psychanalytiques ou leurs dérivées, dans un effort de "compétitivité" analogue à du marketing, sorte de camouflage des faiblesses, de l'impuissance relative de la psychiatrie face aux affections psychotiques chroniques. Mais pareille opération "cosmétique" de la psychiatrie présente un risque évident: celui de faire prendre le "jeu psychothérapeutique", plutôt que comme un appoint ludique éventuellement utile "psychologiquement", pour une véritable médecine et, par conséquent, d'oublier cette dernière complètement.
Ce risque ne se réalise-t-il jamais? La question ne devrait-elle pas être posée, non seulement aux "professionnels de la santé mentale", mais aussi à nos responsables politiques? La réponse de certains d'entre eux nous est déjà connue et confirme clairement l'existence du risque (v. *Un An...*).

C'est Gerald M. Edelman, prix Nobel de médecine, pourtant admirateur de Sigmund Freud, qui a réaffirmé avec insistance qu'il faut "***dissiper l'idée selon laquelle l'esprit peut être compris sans la biologie.***" (*Biologie de la Conscience, Odile Jacob édit., p. 326. - 1992/2000*). Et on peut dire à sa suite qu'il faudra d'abord mieux connaître et comprendre l'organisation, la structure et le fonctionnement, tous ***biologiques,*** de notre cerveau, avant de pouvoir, ***efficacement***, traiter les patients dont le cerveau, au cours de son développement, a subi des "accidents de parcours". Ces "accidents de parcours" se révèlent par ce qu'on appelle - indûment - les "maladies mentales", sources d'invalidités immatérielles.

Ce n'est pas parce que l'invalidité est, mais en apparence seulement, immatérielle (*"psychique"!*), qu'on peut se contenter de ne lui fournir que des béquilles immatérielles ou virtuelles elles aussi. Il faut donner aux patients psychiatriques des béquilles solides, conçues et construites grâce à ce que les neurosciences d'aujourd'hui nous ont appris sur notre cerveau et sur les maladies mentales.

Comme, malgré leurs progrès, les neurosciences ne nous en ont pas encore appris assez pour soigner de manière satisfaisante dans tous les cas, il faut impérieusement continuer à favoriser

leur développement et encourager la recherche dans ce domaine. Les résultats de cette recherche doivent être mis à la disposition de l'ensemble du secteur de la "santé mentale", c'est-à-dire que l'enseignement universitaire et post-universitaire de la psychiatrie, comme la formation des paramédicaux doivent, eux aussi et aussi rapidement que possible, assimiler les progrès des neurosciences et en assurer la diffusion la plus large (*ne pas les ignorer!*).
Ceci suppose un véritable chambardement de ces enseignements dans notre système belge. On peut penser qu'il serait souhaitable d'y faire participer ***effectivement*** les associations d' "usagers de la psychiatrie", mais aussi les travailleurs sociaux, afin d'injecter enfin, dans une discipline un peu trop encline à s'enfermer dans sa tour d'ivoire spéculative, théorique et philosophique, un peu de salutaire réalité concrète et prosaïque. Les modalités de ces changements restent à définir, aux "professionnels" d'y réfléchir sérieusement: la réflexion est une chose dont ils disent avoir l'habitude, mais on aimerait qu'il en sorte parfois des décisions ***à la fois applicables, praticables et utiles***.

L'indispensable recherche en neurosciences, sauf divine surprise (*la "serendipity"*), risque de ne progresser que trop lentement encore pour ceux qui en attendent avec impatience et depuis si longtemps les résultats bénéfiques. Tirant les conséquences de la lenteur apparente de la recherche scientifique, il faut donner aux malades mentaux chroniques les moyens de vivre décemment dans l'attente de ces résultats: des lieux où la vie leur paraîtrait supportable, avec des béquilles psychologiques en plus des béquilles biologiques, matérielles et sociales.

Il y a du pain sur la planche, tant pour les professionnels que pour les politiques! Pourvu qu'ils ne le laissent plus moisir!

Première publication: 1**3 Décembre 2004** ***(J.D.)*** Dernière modification: **19 Février 2007**

"*Prediction, with its goal-oriented essence, so different from reflex, is the very core of brain function.*"

Rodolfo R. Llinás: "I of the vortex. From Neurons to Self", p. 3.
MIT Press 2002, ISBN 0-262-62163-0

"*La faculté de prévision, par essence orientée vers un objectif et si différente du réflexe, est au coeur véritable de la fonction du cerveau.*"

LE SAVOIR ACQUIS AU COURS DES DÉCENNIES PASSÉES, COMMENT EST-IL MIS EN PRATIQUE AUJOURD'HUI ? QU'A-T-ON APPRIS ? OÙ SONT LES BONS RÉSULTATS ANNONCÉS?

Dans les pages précédentes de ce site et à de multiples reprises, on s'est efforcé de mettre l'accent sur les particularités propres aux maladies mentales chroniques, ces caractéristiques uniques qui rendent l'accès aux soins et la poursuite des traitements psychiatriques si difficiles à organiser et à mettre en oeuvre. On ne rappellera jamais assez combien il est difficile de ***garantir***, dans la durée, la continuité des soins et de l'aide aux malades mentaux, ***bien plus encore*** que pour n'importe quelle autre affection chronique grave.

Ce sont ces particularités-là, que devraient pourtant commencer à bien connaître tous ceux qui se préoccupent vraiment du sort des malades mentaux (*mais que semblent obstinément et délibérément ignorer bon nombre de professionnels de la "santé mentale", comme aussi les hommes et femmes politiques qui ont la responsabilité de cette "santé mentale" dans leurs attributions*). On ne voit guère nos "responsables" tenir compte des spécificités des maladies mentales pour permettre l'accès rapide de tous aux soins et pour assurer la nécessaire continuité de ces soins (*leur "suivi"*). Parfois même, on pourraît se prendre à douter de leur conscience réelle de ces problèmes qui constituent les plus importants obstacles à une dispensation efficace des soins et, ***surtout***, de ***l'aide*** aux malades mentaux chroniques.

Il y a quelques décennies, une volonté humanitaire et des théories philosophico-sociologiques utopistes, malheureusement soutenues et encouragées, surtout par des ***idéologies*** se voulant généreuses, mais aussi par l'ignorance profonde et générale des réalités biologiques et pratiques des maladies mentales chroniques, ont été à l'origine du mouvement qu'on a appelé la "désinstitutionnalisation" des malades mentaux. Ceci s'est traduit par le démantèlement systématique et à outrance des "grandes" institutions psychiatriques hospitalières, sous le fallacieux prétexte de "réintégrer les patients psychiatriques dans la cité", de les sortir de leur "ghetto".

En effet, tous ceux qui, vers le milieu du siècle dernier, eurent l'occasion de visiter un hôpital (*un "asile"*) psychiatrique, en ont très naturellement gardé une vision désespérante de misère et d'horreur qui nous paraîtrait aujourd'hui, à juste titre, insoutenable et intolérable. Il en est résulté la représentation populaire encore actuelle selon laquelle les instituts et hôpitaux psychiatriques n'auraient pour vocation que d'héberger et de laisser croupir les malades mentaux rejetés par leurs familles et par la société; que les malades y seraient parqués, "cachés aux regards" et à peu près laissés à eux-mêmes, dans des conditions matérielles et morales de survie ne pouvant que susciter l'indignation et la réprobation. C'est ce dont certains actuels représentants bien-pensants d'associations de "défense" des malades mentaux affirment toujours l'actualité et qu'ils continuent de dénoncer de nos jours (*v. paroles vides*).

De là à penser et à dire que les conditions de vie faites aux malades dans ces institutions seraient, en grande partie sinon les principales responsables de leur état mental, de leur repli sur eux-mêmes, de leur "aliénation" et de leur progressive dégradation intellectuelle et physique, il n'y avait qu'un pas que de nombreux penseurs théoriciens (sociologues, socio-psychologues, philosophes, etc. - *ceux qui aiment se mettre sur leur tête pour pouvoir penser avec leurs pieds*) et toutes les bonnes âmes charitables - informées et prévenues ou non - se sont empressées de

franchir, laissant libre cours à la facilité de leurs sentiments de générosité humanitaire (*leur bon coeur*) et à leur indignation. Cette croyance et ces sentiments sont toujours fort répandus aujourd'hui, ils justifient tous les beaux discours creux mais pleins de sensiblerie larmoyante, succédané commode des actes qu'on ne veut pas poser.

Nous ne devrions pourtant pas oublier à quelle époque cette vision des choses s'est imposée, ni l'état des connaissances et thérapeutiques psychiatriques qui prévalaient alors (avant les années 1950). L'arsenal thérapeutique psychiatrique d'alors était pour ainsi dire inexistant. L'arrivée par surprise des tout premiers neuroleptiques dans les années 1950 a été saluée comme une véritable révolution, une sorte de miracle. Enfin, pour la première fois, on semblait disposer de médications possédant une efficacité incontestable, contrastant avec l'impuissance complète qui avait été la règle jusqu'alors. On crut pouvoir chanter victoire et on ne s'en priva pas, alors qu'en réalité, peut-être n'avait-on gagné que la première bataille d'une fort longue guerre dont personne ne sait encore si, ni quand on la gagnera.

L'avènement des neuroleptiques a été ressenti, fort justement, comme ***un formidable espoir*** pour tous les malades mentaux chroniques, ***parce qu'avant l'arrivée de ces nouvelles substances, il n'y avait aucun espoir***. Ces nouveaux médicaments ont été présentés, par les firmes pharmaceutiques qui les synthétisent, par les psychiatres qui les administrent aux patients, par la presse et les médias à leur suite, sinon comme la panacée, du moins comme les remèdes qui permettraient dorénavant de réinsérer une majorité des malades mentaux psychotiques chroniques dans la société pour y "mener une vie normale" (*belles paroles de psy!*). On prétendait ainsi en quelque sorte parvenir à les "réhabiliter" par le travail (*ce que nos actuels politiques et bureaucrates belges de la santé, dans leur désarmante ignorance, osent appeler "l'activation"*) et par les liens sociaux (*la "resocialisation"*) dont on imaginait qu'inmanquablement ils seraient amenés à les renouer s'ils sortaient de leurs institutions.

Ces "médicaments de l'esprit" devaient par conséquent aussi permettre de fermer et de faire disparaître ces "asiles psychiatriques" qui, dans tous les pays du monde, étaient la honte des services de santé (*ils en étaient la honte parce que, tant qu'aucun traitement valable n'était connu, ils ne pouvaient évidemment en proposer ni appliquer aucun; il n'est pas difficile de se représenter ce que cette impuissance pouvait entraîner comme marasme et laisser-aller institutionnel*). Ces lieux de déchéance, en plus d'inspirer la honte autant que la crainte du voisinage, ont ensuite également été considérés comme une charge financière excessive (eu égard, sans doute, à leur mauvaise réputation et par comparaison avec leur rendement thérapeutique inexistant). Leur fermeture programmée, qu'on imaginait - *qu'on voulait croire* - désormais possible et souhaitable, ne semblait donc offrir que des avantages: humanitaires, budgétaires et de bonne conscience enfin quelque peu soulagée.

Cependant, un certain nombre de difficultés nouvelles devaient alors progressivement apparaître et allaient devenir de plus en plus évidentes au fil du temps qui passait, mais on préférait ne pas les voir ni en parler (*et on continue aujourd'hui à en détourner le regard et à rester silencieux à leur sujet*).

C'est ainsi qu'aujourd'hui **on est bien forcé de constater** et d'admettre que, **bien qu'ils soient les seuls qui aient jamais démontré une certaine efficacité**, ***les neuroleptiques sont loin d'être la panacée*** à laquelle certains ont cru et à quoi d'autres continuent de croire. Si ces "antipsychotiques" peuvent (*mais ce n'est jamais garanti d'avance*) atténuer certains signes "positifs" (surtout l'agitation) chez de nombreux malades schizophrènes, ils n'améliorent pas vraiment leurs signes "négatifs" (leur repli sur soi, leur manque de motivation, leurs fonctions cognitives et exécutives déficitaires, etc.), malgré ce que les conclusions quelque peu sollicitées, voire tendancieuses des "études cliniques" menées par les firmes pharmaceutiques s'efforcent de laisser entendre à chaque molécule nouvellement mise en circulation (*chacune prétendument "meilleure" que toutes les précédentes - ce qui n'est jamais qu'un voeu pieux, une contre-vérité de publicitaires et de commerciaux à la conquête de parts de marché!*). Le médicament dernier-né de l'industrie pharmaceutique nous est toujours vanté comme la nouvelle molécule miracle, quand d'autre part les "psys", selon qu'ils sont d'humeur aventureuse ou non, et s'ils en

ont entendu parler ou non, proposeront ou non de l'essayer, au "petit bonheur la chance" plutôt que pour de bonnes raisons médicales connues et, comme chacun le sait, "*parce qu'il n'y a pas de médicaments miracles*"... ***Mais cela, d'un côté on nous le dit, tandis que de l'autre...***

De plus, **on sait fort bien maintenant** que ces médicaments ne sont pas également efficaces chez tous, et que l'efficacité d'une molécule médicamenteuse donnée pour tel ou tel patient particulier n'est, même aujourd'hui, toujours ***pas du tout prévisible***: il faut d'abord en faire l'essai et, parfois, différentes médications doivent être tentées successivement avant de trouver celle qui convient à peu près au malade. Par sécurité, ces tentatives ne peuvent être entreprises qu'en milieu hospitalier, sous surveillance médicale étroite et constante. Pareils essais peuvent facilement s'étaler sur des mois avant qu'il soit possible de conclure avec certitude à un effet thérapeutique favorable. Ce qui ne garantit aucunement la persistance de l'effet favorable une fois que le malade se retrouvera seul, hors de l'hôpital, soumis à toutes les situations changeantes (*les "stress"*) qu'il n'est plus capable ni d'anticiper ni d'affronter seul. Tout cela, ***on le sait fort bien, mais nous le dit-on?***

Avant 1950, les "traitements" psychiatriques étaient limités à l'administration de calmants et de somnifères, ou consistaient à faire subir aux malades agités des sudations, des crises d'hyperthermie provoquée ou, à l'opposé, des douches froides voire glacées, et autres vexations physiques et tortures diverses (interventions destinées surtout à les fatiguer physiquement pour les "calmer"). Le personnel infirmier affecté à ces tâches ne devait pas être fort nombreux, et les qualifications professionnelles requises de ces "**soignants**" (*disons plutôt les* ***surveillants*** *et* ***gardiens, garants du maintien de l'ordre, simples exécutants de consignes émanant de lointains psys***) n'étaient pas particulèrement sophistiquées: il leur fallait surtout être costauds pour pouvoir, le cas échéant, maitriser les patients agités ou récalcitrants. On peut comprendre que, compte tenu des résultats "thérapeutiques" nuls dont on devait se contenter, les perspectives du métier d' "infirmier psychiatrique" n'étaient guère exaltantes et ne devaient certainement pas susciter de nombreuses vocations chez une élite particulièrement motivée ni spécialement formée; pourquoi aurait-on exigé d'eux qu'ils soient bardés de diplômes d'une psychopathologie clinique de toute façon mal connue en pratique? Pour faire de l'ombre aux "psys"? Pour devoir les payer mieux?

Mais voilà que, grâce aux neuroleptiques, une proportion importante de malades mentaux chroniques sortaient enfin de leur stupeur et, après parfois des années de mutisme, rompaient enfin le silence dans lequel ils s'étaient murés. Ô ! Miracle, en effet! On allait pouvoir renvoyer tous les malades chez eux et fermer les hôpitaux (*"les lits"*) psychiatriques. Une ère nouvelle était en vue...

> (*à l'occasion d'un spectaculaire fait divers sanglant récemment - fin 2004 - survenu sur le site d'un hôpital psychiatrique à Pau (France), on nous annonce que le ministre français de la santé proposera prochainement un moratoire de la fermeture des lits psychiatriques... C'est reconnaître qu'en France, la politique de "désinstitutionnalisation" des malades psychiatriques a continué de nos jours, bien qu'on n'en parle pas, et malgré qu'on en connaisse les inconvénients et qu'on semble préférer envoyer de nombreux patients psychiatriques dans les prisons déjà surpeuplées où ils n'ont que faire et où on ne sait qu'en faire!*)

- **Mais on n'a pas voulu voir** que si une partie des patients médiqués semblent à nouveau prendre conscience du monde et de la société qui les entoure, cette conscience n'est bien souvent que partielle, qu'elle est loin de signifier l'autonomie recouvrée et la capacité de se débrouiller seul en société, quoique leur âge apparent d'adultes puisse le laisser croire à ceux qui, à toute force, veulent s'en persuader pour, sans doute, n'avoir plus à se soucier d'eux;

- **on n'a pas voulu voir** qu'une proportion importante de patients ne ***peuvent avoir conscience*** d'être malades, si bien que, très naturellement, ils interrompent leur médication: non pas à cause de ses effets secondaires gênants dénoncés par l'entourage

mal informé par les professionnels et soignants eux-mêmes fort mal instruits, mais parce que les patients sont intimement convaincus de n'en avoir aucun besoin. **On sait fort bien, maintenant**, qu'en l'absence d'un encadrement permanent dont la vigilance ne peut à aucun moment se relâcher, l'arrêt du traitement médicamenteux est presque la règle générale et, même reprise, la médication perd ensuite de son efficacité. L'exacerbation des troubles (*la "rechute"*) s'ensuit à coup sûr. ***On sait cela, mais en tient-on compte en formant assez de soignants compétents?***

- **on n'a pas voulu voir** que des malades partiellement sortis de leur état stuporeux ne se contrôlent ni ne se maitrisent plus comme des troupeaux de moutons plus ou moins dociles ou amorphes qu'il suffirait de surveiller, mais qu'il faut les encadrer et s'efforcer de les rééduquer individuellement avant (*peut-être!*) de se hasarder à les "remettre en circulation dans la cité" (*tout en les accompagnant!*) **On n'a pas voulu voir** que pareille "revalidation" des malades, pour être possible, supposait une très longue formation préalable et très spécialisée des éducateurs eux-mêmes, en nombres suffisants et particulièrement bien entraînés et préparés à leurs difficiles tâches d'éducateurs psychologues: ce ne sont pas quelques uns d'entre eux, baptisés "infirmiers psychiatriques", grands forts et costauds, certes de bonne volonté mais à bagage professionnel limité à des rudiments totalement insuffisants, qui peuvent suffire à "réhabiliter" (*comme ils disent au Québec*) les nombreux patients remis "en circulation" sans aucune précaution véritable.

- **Qui sont donc,** chez nous en Belgique, **ceux qui enseignent aux infirmiers** psychiatriques comment évaluer de manière fiable (*c.à.d. autrement qu'au "pifomètre"*) les particularités "psychiques" de chaque patient, c'est-à-dire ses divers déficits, mais aussi ses quelques capacités conservées, pour tenter d'y apporter les "corrections" utiles et l'aider à s'en servir?

- **Qui sont donc,** chez nous en Belgique, **ceux qui enseignent aux infirmiers** psychiatriques (**auxquels?**) les techniques de "réhabilitation" destinées à permettre aux patients de réapprendre les tâches nécessaires à la vie relationnelle avec ses semblables en société ?

- **Si ce sont des médecins psychiatres** belges qui se chargent de cette formation **théorique** et **pratique** (*c'est une rumeur qu'on laisse courir mais elle n'est pas concrétisée!*), **où et quand l'ont-ils donc apprise eux-mêmes, qui la leur a enseignée à eux, qu'en connaissent-ils pratiquement**?

- Et encore, **où donc**, en Belgique, **ces techniques d'évaluation et de "rééducation" psychiatrique** dont certains se gargarisent **sont-elles mises *réellement* et *régulièrement* en oeuvre, elles-mêmes évaluées et par quels "experts"**?

- **On sait que l'anosognosie des malades mentaux est la principale difficulté s'opposant à leur traitement** et qu'elle est la cause la plus fréquente de l'interruption de la médication (*et donc des "rechutes"*). On sait aussi que la sévérité de l'anosognosie peut s'évaluer grâce à des tests mesurant cette capacité mentale dont chacun de nous est doté et qu'on appelle la "***théorie de l'esprit*** (*the theory of mind*)" (*de plus, chez les malades, cette capacité diffère selon qu'elle est testée à la première ou à la troisième personne*). Si nos psychiatres belges en ont entendu parler, en tirent-ils parti? Je crains bien que non; il faut reconnaître que chez nous, excepté le ridicule "test" de Rorschach (*un jeu suisse de société*), les tests [neuropsychologiques] n'ont guère la cote chez les psychiatres...
  Nos psychiatres ne se tiennent que fort peu au courant des neurosciences. Ils ont toujours préféré se donner une réputation d'érudition littéraire et "artistique". Eh! Bien, s'ils

[re]lisaient, par exemple le Pinocchio de Carlo Collodi qui ne date pas d'aujourd'hui et n'est pas de la science, ils y apprendraient que même un pantin de bois, même animé par la magie d'une fée (*l'appellerions-nous Neuroleptica?*), ne peut s'en sortir s'il n'est accompagné de sa conscience, fût-elle aussi minuscule qu'un criquet. Et cette conscience, il faut la surveiller et l'entretenir ***en permanence***. S'en soucient-ils le moins du monde?

- On est bien obligé de revenir, encore! sur la "**stigmatisation de la maladie mentale**", ce mythique monstre du Loch Ness régulièrement évoqué par l'O.M.S. et malheureusement repris par une majorité de nos psychiatres, même quand ils prétendent défendre les intérêts des patients et président l'une ou l'autre association de parents de malades. Nous avons déjà dit ailleurs que cette stigmatisation existe d'abord dans les préjugés de ceux qui la dénoncent pour pouvoir se contenter d'en discourir avec plus ou moins d'éloquence et d'apparente émotion.
  Certains de ces bons apôtres nous disent qu' "*il faut regretter que la stigmatisation de la maladie mentale, par tous ceux que les malades sont amenés à aborder en dehors de leur entourage immédiat - spécialement après des séjours en institutions psychiatriques qui ne peuvent être dissimulés - rend toute tentative de réinsertion dans le monde du travail extrêmement ardue, voire impossible.*"
  Pareilles affirmations semblent ne pouvoir résulter que de deux possibilités: soit l'ignorance des réalités de ceux qui les profèrent, soit leur volonté délibérée de s'aveugler sur ces réalités. Je préfère ne pas choisir.

Il est cependant permis de s'interroger:
quels sont donc les médecins psychiatres belges qui, dans le privé, font appel à l'un ou l'autre malade mental chronique pour ouvrir la porte de la salle d'attente de leur consultation aux clients (*exemple de petit boulot peinard*)?
Quels sont les médecins psychiatres belges qui, dans le privé et quand ils sont de sortie, font appel à l'un ou l'autre malade mental chronique pour faire du baby-sitting auprès de leur(s) enfant(s) (*autre exemple de petit boulot facile*)?
En connaissez-vous beaucoup qui donneraient ainsi eux-mêmes le bon exemple qu'ils disent préconiser? **Où donc est-elle alors, la stigmatisation, si, comme ils le disent, c'en est?** Je crains qu'il ne faille pas la chercher bien loin.

Tout ce qui précède, on le sait depuis quelques années déjà. Mais y a-t-il un domaine où l'inertie et l'incurie sont encore plus difficiles à vaincre qu'en "santé mentale" et en psychiatrie?

Première publication: **24 Janvier 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **16 Mai 2005**

> "*Je ne puis fournir ici de réponse précise parce que je ne dispose pas de données spécifiques. Je ne connais pas les critères. Je suis un ministre, non un technicien.*"; dixit Mr Rudy Demotte, actuel ministre fédéral belge ayant la Santé dans ses attributions (*et dans ses **compétences***?);(*"non-réponse" à une question de Mme la députée Nahima Lanjri demandant à connaître les conditions d'agrément par le gouvernement des "projets pilotes" de "soins psychiatriques à domicile"*). (Commission "Santé Publique" de la Chambre [*fédérale*] des Représentants, séance de questions et réponses du **11/01/2005**) (v. http://www.absym.be/chambre-sp-11-1-05.html)

En février 2005, le site MENS SANA entame sa cinquième année d'existence.

Que pourrait-il bien s'être passé en Belgique, depuis un an, qui serait clairement en faveur des malades mentaux chroniques? Eh! Bien, si on vous le demande, soyez rassuré, vous pourrez dire, sans crainte de vous tromper, non seulement que vous n'en savez rien, mais aussi que cette ignorance n'est que la conséquence et le reflet de la réalité: il ne se passe rien, il ne s'est rien passé qui soit digne d'être mentionné. Plus exactement, l'inertie, les carences et erreurs passées restent de mise: ne sont à signaler que des ***non-événements***. Néanmoins, ***on ne peut pas garder le silence*** sur ces non-événements, il faut les désigner clairement pour en dénoncer l'illusion à tous ceux qui, lanternés, en attendraient en vain des résultats concrets.

Tout d'abord cependant, saluons la parution du "Livre blanc" de la Fédération des Associations SIMILES Francophones a.s.b.l. (parents et amis de malades) qui était attendu depuis tant d'années qu'on avait fini par ne plus l'espérer. Ce sont principalement les 15 témoignages des familles belges de malades qui méritent de retenir l'attention des lecteurs de cet opuscule et, parmi ces récits, on appréciera plus particulièrement ceux dont on devine sans trop de peine qu'ils n'ont pas eu besoin du truchement d'un psychologue pour s'exprimer du fond du coeur et sans langue de bois.
De tels témoignages sont précieux pour faire toucher du doigt par le grand public ce que sont les multiples conséquences quotidiennes des maladies mentales chroniques pour leurs victimes, mais aussi pour leur entourage. Pareils récits sont encore bien trop rares et isolés en francophonie (v. d'Ailleurs); il en existe, mais leur existence risque de rester confidentielle et à l'usage restreint de leurs membres à l'intérieur des associations d'entraide, et c'est encore le cas ici; ils mériteraient pourtant d'être plus largement diffusés afin d'ébranler un peu l'indifférence générale du grand public et, peut-être, de secouer l'indolence, voire de "stigmatiser" les ignorances de nos politiques et de nos professionnels de la "Santé Mentale". Voilà pourquoi nous signalons ici ce "Livre blanc".

S'il faut féliciter sans réserve pour leur courage les auteurs de ces témoignages émouvants qui ne peuvent laisser personne indifférent, nous devons cependant en rester là. Car la préface et le texte introductif qui précèdent les témoignages des parents sont loin d'être à la hauteur de ce qui est dit dans le chapitre des "histoires vécues", et véhiculent encore toujours trop d'idées reçues et fausses. Ce qu'on y dit de la "stabilisation" des malades, de leur "stigmatisation", de leur "convalescence" hypothétique qu'on y suggère en filigrane (*pp. 10-11*), est plein de contradictions maladroitement maquillées. La lecture de ces affirmations ne peut que réveiller d'insupportables réminiscences du genre, par exemple, de ces anciens discours d'aumoniers aux armées (*apportant, en temps de guerre, la consolation et la promesse d'un au-delà meilleur aux moribonds et aux grands mutilés*). De nos jours, de tels discours sont habituellement tenus par ces professionnels-là qui n'ont jamais eu à vivre, jour après jour et 24 heures par jour, avec un ou des malades mentaux et qui, sans doute bien malgré eux et malgré leur expertise supposée, laissent quand même transparaître qu'ils ne connaissent ni les malades, ni ce qu'ils endurent, ni ce que leur entourage subit. Ces personnes, qui se prétendent les défenseurs des malades mentaux, feraient mieux de réfléchir un peu à ce qu'elles croient penser avant d'en parler, sous peine de desservir la cause qu'elles imaginent défendre (*et sous peine de se discréditer en même temps*).

A nouveau, ici tout comme dans la plupart des discours officiels qui se veulent optimistes et rassurants en dépit d'évidences qui crèvent les yeux, personne n'ose avouer que ***tous*** les malades mentaux dont on parle dans cette brochure sont, définitivement, ***chroniques***, pratiquement aucun d'eux ne se "remettra" vraiment (*c'est pourtant le terme en apparence "optimiste" utilisé par les rédacteurs!*), même si la sévérité de leurs signes et symptômes peut être très diverse et diversement handicapante selon les cas.

On nous pousse délibérément à croire - et n'imaginez surtout pas que ce serait là un détail sans importance - que "**stabilisation**" de l'affection mentale (*c'est un terme de "psys"*) et "**installation de la maladie chronique**" (*autre locution "psy"*) sont deux processus distincts, évoluant en sens opposés ou mutuellement exclusifs. C'est malheureusement tout à fait faux et, venant de personnes présumées averties (?), c'est nécessairement un jeu de mots, ce n'est qu'un (*pieux?*) mensonge. Etalé dans les pages voisines de celles où se sont aussi exprimées, mais cette fois avec une grande sincérité et beaucoup de courage, des familles qui savent bien ce qu'il en est et qui, souvent, ont dû se faire violence pour raconter ce qu'elles vivent et ont vécu, pareil aveuglement délibéré de "personnes responsables" forme, avec la crue réalité évoquée d'autre part, un contraste ne pouvant passer inaperçu. Cette discordance ne peut qu'engendrer, pour le moins, un certain malaise chez ce lecteur-là qui se sent concerné par les problèmes abordés (*ceci n'est qu'une litote*). Tentez cependant de vous procurer ces témoignages: ils vous instruiront!

Sur un tout autre plan cette fois, qu'espérer en fait de nouveauté **2004-2005 du côté des politiques**? Ces temps-ci, pénurie budgétaire oblige, ils parlent beaucoup - et pas seulement en Belgique! - de contrôle et de restriction des dépenses en matière de "soins de Santé", tandis qu'en matière de "Santé mentale", cela fait plus de sept ans que, chez nous, - très officiellement et à coups de nombreuses déclarations d'intentions - ils tirent des plans sur la comète, mais on ne voit venir que l'absence ou le contraire de ce qu'on prétend nous promettre.

Nos représentants, députés et sénateurs, posent au ministre de la Santé des questions à propos de la "santé mentale" qui montrent (*si besoin en était!*) que, s'ils se soucient publiquement de la politique des "soins psychiatriques" suivie par le gouvernement, pourtant ils ne connaissent toujours pas mieux aujourd'hui qu'hier les problèmes dont ils croient traiter. Etant, eux aussi députés et sénateurs mais "*non techniciens*", probablement pensent-ils pouvoir suivre l'exemple donné par le ministre fédéral de la Santé lui-même, qui plane bien haut, loin au-dessus de ses dossiers, mais, [*n'*]étant [*que*] ministre, pense manifestement qu'il peut en abandonner la connaissance (*sinon la maîtrise*?) à ses "*techniciens*" (*des professionnels de la psychiatrie? Lesquels? v. la phrase ministérielle en épigramme*).

Ainsi, en séance plénière du Sénat (**09/12/2004**), au cours d'un échange "questions - réponses" de Mme la sénatrice Mia De Schamphelaere avec le ministre de la Santé Mr Rudy Demotte, Mme la sénatrice comparait les visions différentes des soins psychiatriques qui, selon elle, prévaudraient en Wallonie et en Flandre. D'après elle, "***En Wallonie l'approche psychanalytique prévaut et la préférence est donnée à la résidence intra muros et à la médicalisation.***" (sic).
En lisant cela et quoi qu'il en soit effectivement "sur le terrain", on peut craindre que Mme la sénatrice ait été fort mal instruite de son sujet et qu'elle en traite avec une légèreté certaine voire une certaine imprudence; sinon elle se serait certainement doutée que les termes qu'elle emploie - et que j'ai ici soulignés - sont tout à fait antinomiques (n'importe quel "psy", de Flandre comme de Wallonie, aurait pu le lui dire) (v. http://www.absym.be/senat-9-12-04.html)

Mais encore, en séance plénière du Sénat (**28/10/2004**), s'enquérant de l'arrêt annoncé des subsides en faveur des "projets d'activation" (*la remise au travail dans le "circuit ordinaire"*, [sic]) des malades mentaux, la sénatrice Mme Christel Geerts posait la question suivante (*ici traduite en français*), très révélatrice:
"***N'allons-nous pas ainsi à l'encontre de la tendance observée dans la politique européenne? Presque partout en Europe, on s'oriente en effet vers la suppression de lits***

***psychiatriques* et on privilégie l'inclusion sociale.**" (*souligné par moi*).
Et le ministre de répondre, ingénument en apparence: " ***Il va de soi que la politique fédérale*** [belge, ndlr] ***en matière de soins de santé mentale suit la politique européenne***. *Les futures mesures visent à l'intégration optimale du patient psychiatrique, d'une part par le biais des circuits et réseaux de soins mis en place et, d'autre part, par le biais d'une extension des projets pilotes tels que les soins à domicile.*" (*souligné par moi*). (v. http://www.absym.be/senat-28-10-04.html)

Nos représentants se fient donc encore aux annonces grandiloquentes et proclamations creuses, bavardages et autres "recommandations" et "décisions" émises par des comités, commissions et autres réunions ou tables rondes d' "experts européens" qui ronronnent, depuis des années, qu'il faut promouvoir "l'inclusion" sociale des malades mentaux plutôt que leur hospitalisation, sans toutefois jamais fournir la moindre indication sur les mesures concrètes qui permettraient d'atteindre cet objectif.
Les instances européennes se gardent d'ailleurs bien de produire aucune statistique objectivant cette inclusion qu'elles disent privilégier (selon le mot de Mme Geerts), si bien qu'il est impossible de juger, en connaissance de cause, si cette politique (*si on l'applique!*) est un succès ou un échec. On peut toutefois raisonnablement supposer que s'il s'agissait d'un succès, on s'empresserait au contraire de nous en apporter les preuves, plutôt que d'éternellement se borner à des promesses vides, à des déclarations d'intentions et à des assertions non étayées par des faits vérifiés.

Où est-elle donc, cette fameuse inclusion sociale? Qu'on nous la montre! Et comment la privilégie-t-on? Sans doute en y rêvant à haute voix *(pour bien s'assurer que les autres vous entendent y rêver)***, sans toutefois se demander en quoi elle consisterait si elle était possible dans notre "société" telle qu'elle est organisée?**

En réalité, la politique européenne envers les malades mentaux chroniques eux-mêmes, elle se réduit à de lamentables discours creux dignes tout au plus de cancres de l'enseignement fondamental, ce ne sont que des "rapports" verbeux et filandreux constitués de pénibles accumulations de lieux communs, qui n'honorent guère leurs rédacteurs et qui méritent seulement d'être vite oubliés, sans la moindre possibilité de concrétisation, au fond des tiroirs de l'une ou l'autre administration (*et, de toutes façons, il ne s'agit jamais que de "suggestions", de "constatations" et de "recommandations" des instances européennes qui n'ont, - heureusement ou malheureusement? - aucune force contraignante!*)

Nos représentants, nos députés et sénateurs, semblent n'avoir pas non plus remarqué que les instances européennes, dès les débuts de leurs "*activités productrices de santé*" (sic), ont décidé de ne surtout pas se mêler du traitement ni de la gestion des maladies mentales par les différents états membres (v. *Eurocrates, New-Age*), et sont bien résolues à se borner à seulement discourir de "promotion [*imaginaire et purement "publicitaire" - pour ne pas dire démagogique*] de la santé" et de "prévention [*impossible*] des maladies mentales", tout en se retranchant autant que possible derrière des affirmations et rapports plutôt psychédéliques eux-mêmes (*ineptes*) de fonctionnaires de l'O.M.S. censés cautionner cette attitude.

Nos représentants [belges] élus croient donc encore aujourd'hui (*saint Basaglia, priez pour nous!*), et dur comme fer semble-t-il, qu'il est de bonne politique, tant sanitaire que budgétaire, de supprimer des "lits psychiatriques", et ce n'est manifestement pas le ministre fédéral belge de la santé qui irait les contredire, lui qui cherche désespérément à faire des économies par n'importe quel moyen (*sans doute ses "techniciens" lui ont-ils dit que cette suppression de lits était un bon moyen de faire des économies, et de surcroît bien commode pour paraître améliorer les statistiques d'hospitalisations, ce qui ne témoigne que très médiocrement en faveur [?] de leur expertise, de leurs connaissances et de leurs compétences "techniques" - tant en bonne comptabilité qu'en psychiatrie?*)

Pourtant, dans un grand pays voisin - la France, pour ne pas la citer - , des responsables d'établissements psychiatriques et d'éminents psychiatres ont, récemment encore, poussé un cri d'alarme face aux graves conséquences de cette politique irréfléchie et irresponsable de

désinstitutionnalisation **sans contrepartie réelle** des malades mentaux chroniques.
Citons l'un d'eux: "***On ne peut pas fermer un lit sans se demander où va aller le patient. L'extra-hospitalier n'a pas été suffisamment déployé.***"
(v. http://www.infirmiers.com/actu/detail_actu.php?id_news=315).

En Belgique non plus, "l'extra-hospitalier" n'a pas été suffisamment développé: on en a subordonné la création à une réduction des capacités hospitalières psychiatriques qui, sur base de calculs arbitraires et fantaisistes, étaient décrétées excédentaires (*et comme, en régions francophones, pareils excédents en "lits psychiatriques" n'existaient pas, il n'est pas difficile de deviner la suite!*)
Mais ce qui est plus frappant et plus difficile encore à admettre, c'est que nos représentants élus ne témoignent d'aucun besoin de poser cette question pourtant évidente et élémentaire: ***quand on ferme un lit, où va aller le patient?*** C'est en tous cas une question que les proches de malades, ***eux***, n'arrêtent pas de poser et à quoi, le plus souvent, ils n'obtiennent pas, ni de personne, la moindre réponse utile, **pour la raison bien simple qu'il n'y en a pas**. C'est peut-être ce dernier constat qui dissuade nos élus de poser les bonnes questions au ministre: *évitons d'aborder les questions qui fâchent!* (*D'autres explications plausibles peuvent encore être avancées, mais elles mettent alors en cause d'autres responsabilités, sans doute plus fondamentales. J'y reviendrai plus loin.*)

Ces "***futures*** *mesures visant à l'intégration optimale du patient psychiatrique [...]*", auxquelles le ministre faisait allusion et qui ne sont encore que "futures" (!!), qu'en est-il en réalité? Il paraît, d'après le ministre (***28/10/2004****, vide supra*), que l'intégration sera obtenue "*[...] par le biais des circuits et réseaux de soins* ***mis en place*** *[...]*". (*souligné par moi.*)

Toutefois, un mois plus tard, à nouveau en séance plénière de notre sénat [*fédéral*] (**09/12/2004**), Mme la sénatrice Mia De Schamphelaere disait avoir été mise au courant de la création d'une "cellule Soins de Santé mentale" chargée de "*formuler des propositions pour la* ***mise en oeuvre des concepts*** *de circuits de soins et réseaux de soins en santé mentale*" (*souligné par moi*).
Mme la sénatrice posait deux questions au ministre:
- Quand cette cellule commencera-t-elle son travail?
- Pour quand attend-on une première évaluation?

Cette "cellule Soins de Santé mentale", baptisée "task force", voilà ce que le ministre en dit à Mme la sénatrice: "*Lors de la réunion de la conférence interministérielle du 6 décembre 2004, il a été décidé que la task force "soins de santé mentale*" ***commencerait*** *ses travaux* ***au début de 2005.***" (*souligné par moi*.)
Pour ce qui est de la question de "l'évaluation", cette évaluation est celle du projet pilote sur "*les circuits et réseaux de soins*", projet dont le ministre précise bien qu'il n'a "***pas encore commencé***". Le ministre affirme que "*l'appel et le choix des projets sont prévus pour le premier semestre 2005 [...]*", et qu'ils "*pourront* ***commencer au plus tôt au deuxième semestre de 2005***." (*souligné par moi.*) (v. http://www.absym.be/senat-9-12-04.html)

Rappelons quand même que "***le nouveau concept de soins de santé mentale***" était déjà évoqué dans une "réforme" projetée et annoncée en **juin 1998** (par Mme Magda De Galan, alors ministre de la Santé), et que cette fameuse "task force" pour la santé mentale était créée à l'**été 2002** (v. *Entre les Lignes*).

Conclusion définitivement provisoire de tout cela: sutout, ne nous hâtons que lentement (*d'un train de ministre plutôt que de sénateur*), il n'y a pas le feu au lac! Ou encore, pour ceux qui croiraient toujours au slogan "demain, on rase gratis!", surtout quand il est exprimé par un (*ou plusieurs*) ministre(*s successifs*), ils devraient prévoir que s'ils s'obstinent à y croire, ils risquent fort, un jour sans doute pas trop lointain et entre autres mésaventures peut-être plus désagréables encore, de se prendre méchamment les pieds dans la barbe qu'ils ne se sont pas vue pousser...

Faisons le point: les "*circuits et réseaux de soins psychiatriques*" ont été beaucoup évoqués chez nous, à partir de la deuxième moitié des années 1990, par quelques psychiatres et soignants s'affichant "progressistes", s'inspirant d'expériences, limitées dans le temps et géographiquement, qui étaient menées dans d'autres pays que le notre (Royaume Uni, Canada anglophone, etc.). En Belgique, ces initiatives étrangères ont été racontées (et plus ou moins enjolivées) lors de conférences d'information, et les familles de malades en ont retiré des espoirs suffisamment forts pour que les échos en parviennent aux oreilles de nos propres "experts", puis des politiques. Mais aucune personne "motivée" et ayant une parcelle d'autorité (*et de compétence*) ne semble y avoir vraiment réfléchi après avoir été voir sur place ce qui se faisait (*ou ne se faisait pas!*) déjà ailleurs (*si certains s'y sont peut-être efforcés, ils ne semblent pas avoir été entendus ni même écoutés - donc on ne les connaît pas*). D'autre part, on sait fort bien qu'au moins en matière de psychiatrie, il y a, le plus souvent, une immense distance entre ce que les "études" et rapports dits "scientifiques" destinés aux politiques prétendent qu'on fait et ce qu'il en est réellement, pratiquement, "sur le terrain".

Les expériences étrangères étaient des initiatives d'origines diverses (privées), elles partaient "du terrain" (*de professionnels très motivés et parfois même bénévoles*). Contrairement à ce qu'aujourd'hui on veut nous faire croire, ces "*circuits et réseaux de soins*" n'avaient aucunement pour objectif premier "*l'intégration optimale du patient psychiatrique*" dans la "société active".

Ces initiatives visaient d'abord à limiter autant que possible la fréquence et la durée des hospitalisations et ré-hospitalisations des patients, en urgence et dans le désordre des places disponibles, lors des "récidives" toujours individuellement peu prévisibles de leur affection. En tentant d'assurer, par une surveillance continue et pour chaque malade ***à domicile*** (dans sa famille ou en appartement extérieur) un suivi correct des soins grâce à de petites équipes itinérantes de soignants effectuant des tournées (*les circuits*) régulières ***allant au devant des patients sans attendre qu'ils en fassent la demande eux-mêmes*** (l' "*assertive outreach*"), on espérait aussi réduire les "rechutes" et les fugues conduisant nécessairement à l'interruption du traitement et à l'aggravation consécutive inéluctable de l'affection. Les institutions hospitalières psychiatriques existantes et ces équipes itinérantes devaient se tenir mutuellement informées en permanence (*les réseaux*) de l'état présent des patients pour coopérer et afin d'éviter, tant les ruptures de traitement que la recherche, dans la précipitation, de lieux d'accueil qui s'avèreraient par la suite peu appropriés aux particularités de chaque cas.

Il n'était toutefois aucunement question de tentatives de réintégration dans le "circuit normal du travail". Il paraissait évident que cette "réinsertion" serait éventuellement obtenue de surcroît, par la suite et sans doute bien plus tard, dans la mesure où une "resocialisation" se ferait progressivement, grâce à l'évitement des "rechutes" et des hospitalisations, c'est-à-dire grâce à une "***stabilisation***" véritablement ***consolidée*** (*c-à-d. durable!*) obtenue et ***maintenue en dehors des hôpitaux***.

Chez nous en Belgique, les professionnels de la psychiatrie et de la "Santé Mentale" n'avaient pas, en 1990-1998 la moindre expérience vécue de ce type de gestion des malades mentaux chroniques, et je crains qu'ils ne l'aient pas acquise depuis 1998-1999, malgré que nous soyons aujourd'hui en 2005. Rien de fonctionnel n'existait alors dans le domaine de l' "*assertive outreach*" et, pratiquement rien n'existe aujourd'hui encore. Il n'y a, dans notre pays, aucune expérience pratique ni aucune tradition (*ni "psychiatrique" ni "administrative"*) sur lesquelles se baser: il faut "innover" (*tâche oh! combien difficile tant pour une administration que pour nos psychiatres!*)
Il est donc fort peu vraisemblable que les psychiatres belges auraient pu utilement conseiller les "techniciens" du ministère de la Santé au cas où on le leur aurait demandé. Par conséquent, et comme c'est souvent le cas, ces "techniciens", en bons fonctionnaires de l'administration, n'ont pu élaborer leurs propres organigrammes et directives qu'en suivant leur inspiration "personnelle" et en se basant principalement sur les "contraintes budgétaires" imposées par leur ministre et que, cette fois, on peut du moins le supposer, *en bon gestionnaire sinon en technicien, le ministre doit parfaitement connaître*.

Il faut bien admettre qu'on tente la quadrature du cercle: le ministère "de la Santé" ne dispose que d'une "enveloppe budgétaire" limitée et inextensible, et ne peut accorder son soutien financier qu'à une partie seulement des projets "pilotes" qui se disputent son "agrément". Puisqu'il s'agit de projets "pilotes", c'est-à-dire innovants, c'est-à-dire n'ayant, chez nous du moins, pas d'antécédents qui attesteraient de leur efficacité thérapeutique et sociale, le ministère ne peut fixer son choix de projets et "accorder son agrément" que sur base d'évaluations approximatives "d'efficacité" et de coûts (*et les "critères" inconnus du ministre?*) qui ne sont, par essence, jamais disponibles que rétrospectivement.
Or, même des "projets pilotes", aussi limités soient-ils, ne peuvent être "démarrés" et mis en oeuvre en l'absence de moyens financiers dont l'importance dépasse généralement les capacités de leurs initiateurs, à moins d'être prématurément interrompus.
Mais même la courte durée - en général un an, parfois un peu plus, peut-être - qu'on leur accorde pour faire leurs preuves est très insuffisante pour que ces "projets pilotes" puissent démontrer leur utilité de façon incontestable aux "experts" (?) qui seront chargés de les évaluer (*sur base de critères que le ministre est incapable de nommer!*).

On comprendra aussi que, de leur côté, les initiateurs de projets pilotes soient, d'avance, convaincus des effets bénéfiques de leurs efforts (pourquoi sinon les entreprendraient-ils?), qu'ils les voient et veuillent les présenter sous un jour peut-être plus flatteur que l'objectivité ne le voudrait. Ils peuvent en tous cas s'imaginer, à tort comme à raison, que si leurs projets étaient prolongés dans le temps, leur efficacité deviendrait évidente. Qui pourrait les blâmer de nourrir cet espoir, voire de se bercer d'illusions? Qu'ont-ils d'autre à "se mettre sous la dent"?

On risque donc, presque à coup sûr, de s'embourber dans des situations figées, où acteurs de terrain d'un côté, et responsables politiques et administration de l'autre, attendront, chacun de son côté, que leur interlocuteur fasse le premier pas dont il ne possède (*ou ne se donne*) en réalité pas les moyens. En attendant, beaucoup de discours auront été prononcés, que ce soit à l'une ou l'autre tribune ou dans les associations, et les uns comme les autres continueront de faire croire et de se persuader eux-mêmes que ces discours sont synonymes d'action. Les choses en sont là depuis les années 1990 et, à moins d'une véritable prise de conscience et d'un vigoureux sursaut du monde associatif, il n'y a guère de raisons pour que la situation des malades mentaux chroniques s'améliore sensiblement.

Dans un fort intéressant article "point de vue" publié dans le quotidien français "Le Monde" en date du **10/01/05**, deux psychiatres français bien connus posaient la question: "***Pourquoi laisser perdurer la confusion entre psychologie et maladie, au point d'ignorer la réalité de la maladie psychiatrique?***"
Ils disaient aussi:"***A l'évidence, les psychiatres n'ont pas su mener le travail d'information nécessaire pour que la maladie psychiatrique soit appréhendée comme autre chose qu'un indice d'une trop forte pression sociale sur l'individu.***", (*souligné par moi*),et
"***Chacun doit avoir l'humilité de le reconnaître: médicaments et psychothérapies traitent les symptômes des maladies psychiatriques, et non leurs mécanismes. Beaucoup de progrès restent à faire pour mieux appréhender les causes et mécanismes des affections psychiatriques. Cela nécessite un investissement fort dans les programmes de recherche.***", et enfin:
"[Il est] ***étonnant de voir notre société s'émouvoir d'un manque de sécurité, [tout] en mettant à la rue des colonies de malades qui ne demanderaient qu'un lieu de vie suppléant leur manque d'autonomie.***"
(v. http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type_item=ART_ARCH_30J&objet_id=883842)

Pour finir, j'ajouterai à cela qu'il est fort fréquent d'encore rencontrer chez nous des psychiatres qui s'offusquent, voire se considèrent injuriés quand on affirme devant eux que les maladies mentales telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires ou la dépression psychiatrique sont des affections chroniques que les médecins ne savent pas encore comment guérir. Ils sont encore toujours nombreux à parler de "**stabilisation**" en laissant croire que ce mot est synonyme de "**rémission**", voire de "**guérison**". Peut-être même un certain nombre d'entre eux en sont-ils

arrivés à se persuader eux-mêmes de ce non-sens. Se sentiraient-ils coupables de leur impuissance et voudraient-ils la dissimuler? Si c'est le cas, ils ont doublement tort.
En premier lieu, ils ont tort de penser qu'il serait honteux d'être ignorant des choses qu'on ne peut encore connaître parce que personne aujourd'hui n'en a les moyens. En second lieu, ils ont tort de ne pas expliquer honnêtement aux profanes et aux politiques les limites de leur savoir, car ce silence a pour conséquence que ***les politiques ne peuvent, aujourd'hui, pas prendre les bonnes décisions en matière de "santé mentale"***.

Le terme de "**stabilisation**" fournit un excellent exemple de quiproquo délibéré de la part de nos psychiatres. Je reprendrai ici une comparaison qui n'est qu'approchée et un peu galvaudée, mais elle présente l'avantage d'être généralement bien comprise de tout le monde.
Nous savons tous que le diabète est une affection ***chronique*** que la médecine n'est pas encore capable de ***guérir***. Mais on la ***soigne***, principalement au moyen d'injections d'insuline. Personne (ni aucun médecin) ne trouve injurieux de dire que cette affection est chronique, ni qu'on ne peut que la soigner, pas la guérir (*du moins, pas encore*).
Quand le traitement insulinique adéquat (*celui qui maintient le taux de sucre sanguin dans les limites physiologiques*) est trouvé pour un patient diabétique donné, on dit que son diabète est "**stabilisé**". Cela ne signifie nullement que son diabète serait guéri, mais seulement que, dans la mesure où le patient continue son traitement, il pourra mener une vie très proche de la normale. Il devra néanmoins veiller à surveiller ses activités physiques et son régime alimentaire, et il devra, le cas échéant - en cas d'accroc - , adapter les doses d'insuline selon les besoins du moment.
Les accrocs que doit éviter le diabétique, on les connaît bien. Ce sont, par exemple, l'activité physique trop intense consommatrice avide d'énergie ou, à l'opposé, les repas trop riches en hydrates de carbone (*les sucres*). Ils risquent, si les doses d'insuline ne sont pas adaptées en proportion, de "**déstabiliser**" (*déséquilibrer*) le diabète. Le diabétique en est prévenu, il sait, il a toute sa tête et il surveille sa glycémie, son régime, ses activités et dépenses physiques. Sauf accident imprévu, il parvient à rester "**stabilisé**".

Les malades psychotiques chroniques dont on dit qu'ils sont "**stabilisés**" sont ceux dont le traitement médicamenteux a atténué tout ou partie des signes et symptômes manifestes de son affection suffisamment pour donner à l'entourage l'impression que sa maladie s'est en quelque sorte "endormie" et n'évoluerait plus ou ne fluctuerait plus. Cela ne signifie aucunement l'absence de l'affection. Comme pour une plaie douloureuse, on est parvenu à supprimer la douleur, au moins temporairement, ce qui ne signifie pas que la plaie serait cicatrisée.

Pourtant, certaines structures d'hébergement de malades de notre pays annoncent encore toujours, dans leur "publicité", que: "*La M.S.P.* (maison de soins psychiatriques - ndlr) *accueille des personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés de longue durée* (sic) *et donc ne nécessitant pas d'hospitalisation*", et on exclut de "l'approche" la "prise en charge du personnel d'encadrement..." (sic). (v. http://www.psychogeriatrie.be/fr/leefproject_La_Cambre_fr.html). Voilà qui est pour le moins équivoque quant au sens donné à la "**stabilisation**", puisqu'on suggère ainsi, très clairement, qu'il s'agirait de "guérison, avec séquelles possibles mais susceptibles d'être surmontées sans prise en charge". A nouveau, ces "professionnels" semblent continuer d'ignorer délibérément l'anosognosie d'une proportion élevée de patients.

Les traitements, qu'ils soient médicamenteux ou "psychologiques", n'ont, bien souvent, sur les manifestations des maladies mentales psychotiques chroniques, que des effets partiels. De plus, comme le disent les quelques (mais bien trop rares) psychiatres français cités plus haut, médicaments et psychothérapies traitent les symptômes des maladies psychiatriques et non leurs mécanismes.

A la différence des malades diabétiques, les malades psychiatriques n'ont pas "toute leur tête" - ***pourquoi faut-il toujours le rappeler?*** Ils ne peuvent pas être prévenus des effets de leur affection. Même si les autres, autour d'eux, les harcèlent, ***inutilement***, pour les leur rappeler, ils ne s'en souviennent pas. Ils ne peuvent donc pas se surveiller comme les diabétiques surveillent leur régime. Ils ne peuvent pas prévoir les situations qu'ils devraient éviter, à la manière des

diabétiques qui se prémunissent contre les dépenses physiques excessives et évitent les repas trop riches.

Si on sait que, ***chez les diabétiques***, il faut éviter les écarts de la glycémie hors des limites normales (la "**déstabilisation**"), on connaît aussi fort bien les facteurs qui favorisent et entraînent à coup sûr cette **déstabilisation**.
Par contre, les facteurs toujours ***inconnus*** aujourd'hui de "**déstabilisation**" des ***malades psychiatriques*** ne sont, eux, jamais qu'hypothétiques, ils ne sont jamais que suspectés rétrospectivement, et seulement sur base des croyances et superstitions personnelles tant des "psys" et autres "professionnels" que de l'entourage même des malades, qui emploient, sans y prêter d'attention particulière, un mot passe-partout qui expliquerait tout: le ***stress***. C'est dire qu'à moins de faire appel à des médiums (*et encore faudrait-il alors y **croire** soi-même!*), le maintien de la "**stabilisation**" ou la survenue de la "**déstabilisation**" ne sont, pour un malade psychiatrique, jamais prévisibles avec la moindre certitude.

Il semblerait que, bien qu'en 2005, une majorité de nos "psys" n'aient pas encore compris qu'ils doivent expliquer au grand public (les profanes) et aux politiques qui s'inspirent des discours "psy", longuement et avec force, qu'ils ne sont ni des médiums, ni des voyantes extra-lucides, ni des êtres doués de prescience, et qu'il ne faut donc pas leur prêter ces rôles, quelque tentation qu'on puisse en avoir.
Cette indispensable remise à l'heure des pendules psychiatriques entraînerait peut-être les nécessaires révisions de la politique de la gestion de la "Santé mentale" dans notre pays.

Première publication: **14 Février 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **14 Février 2005**

"...we are much better at understanding behavior than we are in predicting or controlling it."

Michael Shermer: Science Friction,

Times Books, Henry Holt & Co, New York 2005, p.98 (ISBN 080-50-7708-1)

(nous comprenons bien mieux le comportement que nous ne sommes capables de le prédire ou de le contrôler)

Variations sur des thèmes déjà fort rabâchés mais toujours incompris.

Il y a peu, le drame du crime sanglant et spectaculaire survenu sur le site d'un hôpital psychiatrique à Pau (Pyrénées Atlantiques, France) a été un prétexte commode pour que les médias et la presse, même hors de France, reparlent abondamment de maladies mentales et du danger que le public imagine que les malades mentaux pourraient constituer pour la société. La tragédie de Pau a aussi été une occasion supplémentaire de mettre en lumière les conditions trop souvent déplorables dans lesquelles les professionnels de la psychiatrie et les institutions psychiatriques doivent remplir leurs missions, et elle a attiré à nouveau l'attention sur les carences et les défauts de la Santé publique dans le domaine de la psychiatrie (*remarquons que ces carences ne sont pas limitées géographiquement à la France: elles se retrouvent dans d'autres pays européens, dont la Belgique: ne les ignorons donc pas!*).

Des débats plutôt confus ont eu lieu (dont certains ont été télévisés) sur ce qu'il conviendrait de faire pour éviter que pareilles tragédies ne se produisent ni ne se renouvellent à l'avenir, et l'éternelle question - habituellement fort mal posée - des suites judiciaires (pénales) qu'il conviendrait ou non de donner à ces crimes a provoqué des polémiques et des discussions dont il faut bien reconnaître qu'aucune conclusion claire ni pratiquement utilisable ne s'est jusqu'à présent dégagée.

Ces sujets ont déjà été abordés dans différentes pages de ce site (v., entre autres, les articles *Casse-Tête*, *Paradoxes*, *Violence*) où j'ai tenté d'apporter quelques éléments d'explication susceptibles, du moins je l'espère, d'éclairer un peu l'opinion des profanes. A mon grand regret, je dois reconnaître n'avoir personnellement pas les solutions toutes prêtes à proposer pour aplanir les nombreux et graves problèmes de santé et de sécurité publique soulevés par les maladies psychiatriques: pour les malades eux-mêmes, pour leurs proches et leur entourage, pour la société en général. Mais si j'en juge par ce que nos professionnels (belges) de la psychiatrie eux-mêmes acceptent habituellement d'en dire, et peut-être plus encore par ce que, depuis toujours, la plupart d'entre eux s'abstiennent de dire, je soupçonne qu'ils ne détiennent pas plus que moi les solutions à ces problèmes.

Il serait temps qu'ils s'en expliquent franchement et ouvertement, et qu'ils informent correctement le public et les politiques de ce qu'est, de ce que peut et ne peut pas, aujourd'hui, la psychiatrie:

- pour éviter qu'à force d'attendre d'eux, indéfiniment, des explications claires qui n'arrivent pas, on ne finisse par soupçonner les "professionnels de la santé mentale" d'être incapables de nous donner ces explications; ou, ce qui serait pire encore et que nous avons du mal à imaginer, on ne finisse par croire qu'ils n'éprouveraient eux-mêmes aucun besoin de chercher et de trouver les réponses aux questions posées par leur patientèle. Aussi bien la pratique de leur profession que les résultats de cette pratique ne devraient pourtant pas manquer de les confronter en permanence à pareilles questions;

- pour qu'enfin tous les "responsables" et "intervenants" se mettent à rechercher, activement, ces solutions à des problèmes dont, au moins jusqu'à présent, bon nombre d'entre eux ne semblent s'inquiéter qu'après y avoir été forcés par des événements

suffisamment tragiques pour que personne, et même eux, ne puisse prétendre les ignorer;

- pour que les politiques, enfin correctement informés par les psychiatres (*rêvons à notre tour...*), puissent faire prendre, en faveur des malades mentaux, les mesures sociales et de santé publique les plus efficaces possibles, mesures évoquées et promises de manière répétée, mais attendues en vain depuis des décennies.

Rabâchons donc:
dans notre pays, les politiques (v. *www.mr.be*) continuent d'affirmer que "***La santé mentale n'est pas seulement l'absence de trouble ou de pathologie particulière: c'est un état général de bien-être et de bonne intégration dans la société;***" (sic). Ce discours - du plus pur psittacisme - est fidèlement calqué sur celui, standard, de l'O.M.S./W.H.O., dont l'absurdité a été dénoncée et justement tournée en ridicule par le Dr Petr Skrabanek il y a déjà plus d'une dizaine d'années (v. *Livres*), c'est celui contre lequel nous nous insurgeons sur ce site (*et, parmi nos "politiques" de tous bords et partis, il ne manque pas de médecins, qu'ils soient devenus députés ou sénateurs - voire ministres - qui, s'ils se souvenaient mieux de leur profession première et de son éthique, pourraient au moins s'interroger sur le bien-fondé de leur adhésion à pareille aberration*).

Rappelons que, de manière flagrante, pareil discours confond volontairement les effets de la pression économique et sociale sur l'individu avec le mauvais état de santé ["*mentale*"] de la personne. Cette confusion ne peut avoir pour résultats (*et pour buts?*), que de méconnaître les véritables malades mentaux, que de les négliger délibérément au profit d'une ***illusion*** de fausse "***bienfaisance sociale***", vague, diluée à l'infini sur une multitude d'improbables cibles hypothétiques, diffuse et plus virtuelle que réelle, plus riche en discours creux qu'en actions véritables.

En bref, on entretient une illusion destinée à laisser subir et faire accepter à chacun (*soit de gaîté de coeur, soit au moyen d'interventions "psychothérapeutiques"?*) les difficultés économiques et sociales que traverse notre société. Citons à nouveau ces deux psychiatres français de l'hôpital Sainte-Anne à Paris (*ne seraient-ils pas une assez bonne référence psychiatrique? v. Quatre Ans*) qui demandaient, récemment encore: "***Pourquoi laisser perdurer la confusion entre psychologie et maladie, au point d'ignorer la réalité de la maladie psychiatrique?***"

Comme cela a déjà été répété à de multiples reprises dans divers articles de ce site, les psychiatres et la psychiatrie (et les médecins et paramédicaux en général) ne sont pas là pour trouver du travail, le "*vivre et le couvert*" aux chômeurs, voire pour enseigner une certaine culture, pour recommander un certain "art de vivre" plutôt qu'un autre qu'on désapprouverait, pour vanter les bienfaits de loisirs, s'ils sont "convenables" et bien choisis, à des personnes éventuellement nanties mais désoeuvrées et autres oisifs se sentant "mal dans leur peau".
Pas plus qu'ils n'ont à faire accepter aux gens leurs conditions d'existence si elles sont réellement difficiles, ils n'ont à les aider à s'en consoler. Ce sont pourtant ces deux derniers rôles que certains voudraient nous faire croire que les psychiatres jouent ou devraient jouer. Et cette erreur est entretenue et mise à profit (*mais pour **leur** seul propre profit!*) par tous les "psys" autoproclamés qui s'intronisent "psychothérapeutes", directeurs et manipulateurs de consciences, et qui favorisent délibérément la confusion entre psychologie et maladies psychiatriques, entre imagination et réalité.

En d'autres termes, faut-il "psychiatriser" des découragements, incompréhensions, protestations et mécontentements pourtant bien compréhensibles (*légitimes ou normaux, pourraît-on dire*)? ...
...Même si (*surtout si!*) certains ignorants, voire peut-être hypocrites irresponsables (*qui se retrouvent dans **tous** nos partis politiques sans exception!*) veulent faire passer un très explicable déficit de "***l'état général de bien-être***" et un défaut de "***bonne intégration dans la société***" (*tout aussi explicable par les seules conditions socio-économiques*) pour ce qu'ils appellent, trop commodément, de façon très expéditive et tout aussi mensongère, une ***mauvaise*** "santé mentale".

Pareils sophismes reviennent, en premier lieu, à prêcher la résignation aux malheureux [*économiques et sociaux*] pour n'avoir pas à mettre en oeuvre les moyens de combattre les causes réelles de leurs malheurs. Ensuite, ils entretiennent la fiction selon laquelle les vrais malades mentaux - *ceux qui ont un "**trouble ou une pathologie particulière**" (sic), mais sur lesquels le discours officiel glisse sans s'arrêter* - seraient "pris en charge" correctement grâce aux seuls effets d'annonce des "responsables de la santé mentale".

Par exemple, l'affirmation de la fermeture des "lits psychiatriques " ne nous est-elle pas, en effet et déjà en soi, présentée comme la démonstration irréfutable qu'il y aurait moins de malades mentaux ayant besoin de soins psychiatriques? Ne laisse-t-on pas entendre ainsi qu'ils seraient "guéris"? Ne prétend-on pas ainsi, automatiquement, apporter la preuve évidente (*mais aux yeux de qui?*) de l'efficacité de nos "**S**ervices de **S**anté **M**entale (*ou SSM*)"?

Supprimer les "lits psychiatriques" (*ce serait, selon certains de nos élus, la "politique de l'Europe", alors vous voyez bien!*), c'est donc, pour nos représentants élus, la meilleure manière d'apporter la preuve [*fausse!*] qu'on a aussi pu "supprimer" les malades mentaux qui y étaient accueillis, et on peut insinuer par là qu'on les a guéris après les avoir correctement "pris en charge". Et on peut ensuite se permettre de refuser d'entendre les cris de ceux qui, pour autant, n'arrêtent pas de clamer: "***ils ne sont pas guéris, et maintenant, où doivent-ils aller?***". Puisqu'il s'agit de malades prétendument "***pris en charge sans lits dont ils n'ont désormais plus besoin***", ce qui est à peu près synonyme de "***ils n'existent plus***", leur problème est considéré comme "réglé".

Mais ils continuent quand même d'exister... sans que personne ne veuille plus rien savoir d'eux ... sauf ceux qui les connaissent réellement parce qu'ils les aiment pour les avoir désirés puis mis au monde, pour avoir vécu avec eux et pour eux. On ne veut rien savoir d'eux, sauf ceux qui les ont élevés, ceux qui ont assisté à l'éclosion de cette étrange infirmité dont, eux les premiers, ils ont perçu avec inquiétude la nature "pathologique". Ceux-là, veut-on les écouter? Leur donne-t-on des explications crédibles et acceptables justifiant de ne tenir aucun compte réel de leurs appels, remarques et revendications incessantes?

Personne ne veut reconnaître que, **dans l'état actuel de nos connaissances, les malades psychiatriques (*les schizophrènes et les dépressifs, p.ex.)* ne sont pas encore réellement curables (guérissables)** (ce que *même les "professionnels", dans leur majorité, n'osent [s'] avouer franchement*). Dès que les professionnels hospitaliers pensent les avoir "***stabilisés***" par un traitement neuroleptique qualifié d' "***intensif***" (*quel est donc, dans ce contexte, le sens de ce qualificatif, sinon celui de la volonté de bluffer le citoyen lambda?*), ils ne savent quoi faire (d'utile) de plus à l'hôpital pour ces patients (*dès lors, "libérons des lits et fermons en le plus possible": pour obtempérer aux directives ministérielles et faire des économies, et pour libérer la place réduite restante pour traiter "intensivement" les nouveaux arrivants et les anciens, ceux qui ne peuvent manquer de "récidiver" et de nous revenir*).

Alors, ces "professionnels" envoient les patients sommairement "stabilisés" **se faire voir ailleurs**, sans trop se soucier de savoir ce qu'est cet ailleurs, s'il existe vraiment, sans s'informer des conditions de "soins" qui y prévalent, et ils semblent espérer qu'ainsi les proches des malades seront portés à croire à une sorte de guérison (*cela pourraît se résumer par l'expression: bah! Pour nous, "psys" de métier, ces anciens patients sont à présent loin des yeux, loin du coeur. Et, quand on proteste, des "professionnels" d'ajouter: "Nous n'y pouvons rien, c'est la seule manière que nous ayons d'évacuer le problème insoluble que votre malade nous pose." - **Croyez-moi, cela, "ils" me l'ont dit à moi aussi, je n'invente rien, je parle d'expérience personnelle***).

Cet "***ailleurs***" où ils se débarrassent (*c'est le seul mot qui convienne*) des malades psychiatriques qu'ils croient avoir "***stabilisés***", cela peut être, au mieux pour ces derniers, leur famille s'il y en a encore une; cela peut être un lieu d'accueil plus ou moins bien spécialisé dans l'hébergement de malades psychiatriques ou de personnes mentalement handicapées (*peu importe le nom donné à ces "maisons", variable avec la géographie et la nation*). En fonction des disponibilités fort réduites, le lieu d'accueil peut aussi se résumer à la rue, tout simplement, et celle-ci est la même partout.

Mais, ***nulle part*** ni dans ***aucune*** de ces éventualités, la "Santé publique" ne s'est donné les moyens de s'assurer que les patients dont les psychiatres hospitaliers se sont effectivement débarrassés continueront de prendre leurs médicaments pourtant indispensables (*c'est ce qu'on appelle d'un mot fourre-tout:* ***le suivi des soins***). Et les psychiatres, eux, savent bien (*ou devraient le savoir*) que, laissés sans surveillance (*sans suivi*), une proportion élevée de patients négligeront ou même rejetteront leur médication tôt ou tard. Et alors...

Cette non observance du traitement est bien connue. Mais une majorité de nos psychiatres semblent eux-mêmes ne jamais parvenir à s'en souvenir bien longtemps. Ils oublient aussi, délibérément ou non, que la plupart des malades psychotiques chroniques, qu'ils soient "en crise" ou non, ne prendront pas l'initiative de se remettre régulièrement en contact avec eux. Ils semblent plutôt imaginer qu'à partir du moment où ils n'en entendent plus parler, et comme les malades ne leur donnent plus de leurs nouvelles spontanément, c'est, très probablement, parce qu'ils se portent bien (*sans doute se disent-ils "Ouf! Pas de nouvelles? Bonne nouvelle! Passons à autre chose" et puis voilà tout*).

Si cette croyance est peut-être celle dont ils espèrent se persuader (*et je ne serais pas étonné d'apprendre que parfois ils y parviennent*), ces psychiatres savent quand même fort bien (ils ***devraient*** tous le savoir) qu'elle n'est qu'exceptionnellement confortée par les faits. Ceci devrait les inciter à la réflexion sur leurs responsabilités et leur inspirer une certaine prudence.

En effet, si tout psychiatre hospitalier reconnaît habituellement sans peine qu'il peut difficilement éluder sa responsabilité de thérapeute envers un malade psychotique chronique qui lui est confié, en particulier pendant tout le temps où il l'a en traitement dans l'hôpital où il exerce (*son état mental, son comportement doivent alors lui être connus*), souvent il estime néanmoins pouvoir s'en décharger au moment de la sortie de son patient de l'hôpital. Ceci est en partie justifié et tout à fait admissible *dans la mesure où cette décision de sortie s'accompagne de la délégation effective de la responsabilité "médicale" à des successeurs désignés et habilités* qui, en toute connaissance de cause, acceptent de l'assumer, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à prendre le relais de la "prise en charge" avec toutes ses conséquences implicites.

Ce transfert de responsabilité s'assortit donc ***de responsabilités supplémentaires***:

puisqu'il décide de l'opportunité de la sortie de l'hôpital, le médecin traitant du moment est censé savoir si la "stabilisation" est solide, et si l'acceptation du traitement par son patient est réelle, crédible dans la durée et bien confirmée. Il faut néanmoins savoir que cette estimation comporte toujours une part non négligeable d'incertitude: plus qu'un pronostic assuré, c'est donc une sorte de pari sur l'avenir.

De plus, si le psychiatre décide de laisser sortir son patient de l'hôpital, ***on est en droit de supposer*** qu'il s'est informé au préalable des conditions dans lesquelles son patient devra vivre désormais: c'est-à-dire si son traitement médicamenteux pourra être effectivement assuré en dépit d'une possible répugnance du malade pour la médication. Il doit aussi être certain que l'entourage du patient et ses divers soignants seront en mesure de détecter à temps les signes annonciateurs d'une exacerbation des troubles (une "déstabilisation") et qu'ils seront alors capables, soit de convaincre le malade de retourner à l'hôpital où on le connaît, soit, le cas échéant, de se faire aider pour l'y contraindre (médecins et juge de paix ou procureur du roi *en Belgique,* - HDT en *France* -, par exemple).
On est donc aussi en droit de supposer que le psychiatre qui prend la décision de laisser partir le patient prend également soin d'informer et d'instruire en conséquence les personnes chargées de lui succéder dans la "prise en charge" de son patient.

L'expérience en Belgique montre (et les évènements de Pau confirment en France) que les mesures évoquées ci-dessus et qu'à bon droit on supposait prises, restent fort souvent et en grande partie lettre morte. Cette sorte d'indispensable "passation des pouvoirs" de la *"psychiatrie hospitalière"* vers une "*psychiatrie ambulatoire*", ou vers une soi-disant "*post-cure*" - (*en réalité*

nulle et non avenue; d'ailleurs, qu'est-ce que cette bête-là? Une espèce belge en "voie d'apparition annoncée"?) - , ou encore vers les "*soins à domicile*" tout aussi aléatoires, ce transfert des soins n'est le plus souvent qu'imaginaire, c'est plutôt un souhait qui n'existe que dans des discours politiciens sur des projets très hypothétiques évoqués sporadiquement, par exemple lors de campagnes électorales.

C'est encore l'expérience qui montre - en Belgique tout au moins - que l'information indispensable pour assurer le "suivi" thérapeutique des malades ne les accompagne que rarement alors que, pour bien faire, elle devrait même les précéder vers leur prochaine destination. L'information médicale nécessaire n'est qu'exceptionnellement transmise en temps utile à ceux qui en auraient besoin lors des longues pérégrinations "thérapeutiques" des patients.
Dans ces circonstances, que ce soit par absence d'information ou par carence de "suivi", l'interruption du traitement et la "déstabilisation" consécutive à brève échéance deviennent une quasi-certitude qu'aucun psychiatre ne peut plus aujourd'hui ni se permettre d'ignorer, ni accepter d'en courir délibérément les risques.

Les raisons invoquées pour excuser ces "dysfonctionnements" sont, en général, de fort mauvaises raisons.

De leur côté, nos psychiatres estiment qu'ils ne sont que médecins et non des travailleurs sociaux. Une fois qu'ils ont prescrit les médicaments psychotropes qu'ils pensent indiqués et après avoir écouté avec plus ou moins d'attention les délires et divagations de leurs patients, ils semblent avoir épuisé toutes les possibilités de leur arsenal thérapeutique.
Quant à vérifier, par eux-mêmes et de manière fiable comment les "choses de la vie" du malade se passent et évoluent en dehors de leur présence, à la suite de leurs "interventions thérapeutiques", il n'en est pas question et ils disent souvent que cela ne fait pas partie de leur mission: ils ne sont pas des travailleurs sociaux.
D'autre part, la plupart d'entre eux ne collaborent pas vraiment ni assez étroitement avec des travailleurs sociaux qu'ils auraient mis bien au courant des pathologies psychiatriques. D'ailleurs, nos psychiatres sont-ils vraiment doués pour la communication, la pédagogie et la vulgarisation? Mais sans doute n'y a-t-il pas non plus assez de travailleurs sociaux spécialisés dans le "***suivi***" des malades mentaux?

L'autre raison le plus souvent invoquée pour expliquer la mauvaise transmission de l'information aux "intervenants " successifs dans le parcours des malades mentaux est le fameux "secret médical". C'est là un prétexte employé habituellement, fort souvent à mauvais escient, surtout par ceux qui préfèrent les arguties juridiques à l'intérêt bien compris des malades. Ne l'oublions pas: la finalité du secret médical est essentiellement de protéger le malade et le secret doit toujours être observé à son profit, tandis que le respect à toute force de ce secret médical ne peut en aucun cas entraîner de conséquences fâcheuses pour le patient. Une fois ceci admis et bien compris, bien des disputes "juridiques" pourraient être évitées, de même que des interruptions et des retards dans les traitements.

Les risques, découlant de l'absence de "suivi" et d'un traitement par conséquent inadéquat, menacent non seulement, mais ***tout d'abord*** le malade lui-même (*ce que le grand public, mal informé lui aussi, oublie souvent*), et ils menacent aussi, bien plus que le grand public, d'abord l'entourage immédiat et les personnes que le malade côtoie. Ils peuvent même impliquer, quoique moins fréquemment, des personnes que le patient a connues par le passé et a cru peut-être reconnaître par la suite.
Pour le malade lui-même, le risque le plus grand est celui du ***suicide***. Pour autrui, le risque est celui des confrontations et incompréhensions réciproques auxquelles peuvent s'ajouter les fantasmes morbides du malade.
On sait que ces risques se concrétisent rarement, mais d'autant moins rarement et d'autant plus violemment que le traitement médicamenteux est inexistant ou inadéquat. Ces éventuels "passages à l'acte" violents, même s'ils sont la concrétisation d'idées délirantes et de fantasmes existant de longue date, il faut savoir qu'ils ne résultent pas d'une préméditation ou d'une réflexion délibérée comparables à celles qu'on pourrait observer chez des criminels "sains d'esprit". Ils sont

la conséquence de la maladie psychiatrique, ils sont la manifestation visible d'une invalidité cérébrale indépendante d'une volonté que la personne atteinte a perdue ou ne maîtrise plus.

Qui sont alors les responsables des crimes parfois commis par des malades mentaux psychotiques? Pour respecter la justice, pour satisfaire et apaiser les proches des victimes de ces crimes, à qui faut-il les faire expier? Est-ce que c'est aux malades eux-mêmes qui ne peuvent s'empêcher de "passer à l'acte" et qui ne savent pas pourquoi ils le font?

Ou bien est-ce à ceux qui ont officiellement accepté de les "prendre en charge" parce qu'ils s'en prétendent capables, mais qui semblent avoir ensuite renoncé à mener leur mission à bien et jusqu'au bout et se sont, pour ainsi dire, lavé les mains des suites de cette démission? Chacun de nous devrait être capable de répondre à cette question et tirer les conséquences de la réponse.

Première publication: **1 Mars 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **8 Août 2005**

PRENDRE DES DECISIONS ENGAGEANT LE SORT DES AUTRES en ne se basant que sur des PROBABILITES et des INCERTITUDES

De nombreux délits et des crimes sont commis chaque jour, un peu partout, près de chez nous comme ailleurs. Nous le savons tous, car les médias, la télévision, la radio ou notre presse écrite ne nous en épargnent pas les détails.
Nous ne pouvons donc ignorer que les crimes et les délits sont des choses qui surviennent, et que, nécessairement, ils ne peuvent être commis que par nos semblables.

Les statistiques, même si ce n'est que rétrospectivement, nous permettent de dénombrer ces crimes et délits, de les classer par catégories et dans l'ordre de la gravité que nous leur attribuons. En supposant qu'entre aujourd'hui et demain rien ne change radicalement dans la nature humaine ni dans notre société, nous pouvons aussi, grâce à ces statistiques et aux lois des probabilités, prédire avec une étonnante précision - dans des limites mathématiquement connues, celles de notre marge d'erreur -, à combien de crimes et de délits nous pouvons raisonnablement nous attendre pour l'année prochaine sur l'ensemble d'un pays ou d'un territoire géographique donné.

Cependant, nous sommes totalement incapables de prévoir quel individu en particulier, parmi tous les citoyens, commettra effectivement une infraction, un délit ou un crime. Pourtant, si c'est peut-être lui, ou elle, pourquoi pas vous? Pourquoi pas nous? Pourquoi pas n'importe lequel d'entre nous? Puisque ces choses-là arrivent bien "à d'autres", pourquoi donc pas à nous tous aussi?

Nombreuses sont les personnes qui se récrient si on leur tient ce discours. Indignées, elles nous disent "*comment osez-vous nous comparer avec des voyous, des délinquants, voire des criminels? Ces gens-là sont ce que jadis on appelait de la mauvaise graine. Peut-être, nombre d'entre elles avaient déjà eu maille à partir avec la police ou avec la justice; on pouvait, on aurait dû prévoir qu'elles récidiveraient. Nous, par contre, on s'efforce d'être des gens bien, on a reçu une bonne éducation, on ne commettrait jamais sciemment, délibérément une action qui ferait tort à autrui.*"

Qu'on se rassure! Je ne me permets évidemment pas d'accuser personne de quoi que ce soit. Je voulais seulement rappeler, ou faire prendre conscience à ceux qui, sinon, n'y auraient peut-être jamais pensé, que si l'immense majorité d'entre nous n'ont jamais eu l'intention de commettre un acte que notre société réprouve, si l'idée ne nous en a même jamais effleurés, pourtant nous avons tous en nous la potentialité de poser de tels actes et, par conséquent, aucun de nous ne devrait jamais oublier l'existence de cette capacité latente. Si elle n'existait pas, on pourrait en effet penser qu'aucun de ces actes réprouvés jamais ne se produirait; or, ils se produisent, malheureusement, nous le savons bien.

Tant que nous n'aurions effectivement commis aucun acte répréhensible et, en principe, tant qu'il n'aurait pas été démontré que nous en aurions commis un, aucune autorité (police, justice) dans aucun pays vraiment démocratique ne pourrait intervenir à notre encontre en restreignant nos libertés individuelles. Par exemple, même si quelqu'un menace une autre personne de sévices ou de mort, si cela se passe sans autre témoin que la personne menacée, celle-ci ne pourra compter sur aucune protection ni de la police, ni de la justice, du moins tant que les menaces n'auront pas été proférées devant témoins (de préférence des tiers), voire tant qu'elles n'auraient pas été mises à exécution.

Très généralement quoique souvent tacitement, on est obligé de reconnaître qu'il est impossible de prévoir avec certitude, dans le chef d'une personne en particulier, si elle va, oui ou non, commettre un crime. Il faut d'abord prouver au moins un début de mise à exécution. Autrement

dit, avant que n'importe quel crime ne soit commis, il n'y a aucune raison évidente de supposer qu'il survienne, il n'y a aucune raison de le prévoir avec quelque vraisemblance, de le prédire avec certitude ni de désigner un présumé coupable prospectif.

Pourtant, certains sont parfois à tel point persuadés de la justesse des intuitions sur lesquelles ils basent leurs prévisions qu'ils confondent facilement la plausibilité de ces dernières avec leur vérité avant même qu'elle ne soit avérée par les événements. Si on devait les suivre sur ce chemin scabreux, cela reviendrait à transformer à l'avance toute plausibilité en certitude, même si les sceptiques devaient attendre, peut-être indéfiniment, pour pouvoir vérifier cette vérité postulée ou en infirmer l'hypothèse. Si pareille attitude était généralement adoptée, une majorité d'entre nous, sinon tous, nous devrions désormais craindre d'être, pour un oui ou pour un non, exposés à moisir en détention préventive à perpétuité.

Dans toutes les démocraties, dans tous les pays de liberté, ce qui vient d'être dit est reconnu et résumé dans le principe du droit appelé la **présomption d'innocence**, dont chaque citoyen bénéficie *a priori* tant que la justice n'en a pas décidé autrement, ou que le "flagrant délit" n'en a pas donné le démenti. A contrario, dans les pays à régime autoritaire et totalitaire, où la présomption d'innocence n'existe effectivement pas, tous les citoyens, implicitement, peuvent être *a priori* présumés coupables (*potentiels*) et, si un crime est commis, c'est au premier coupable présumé - celui qu'on a sous la main - qu'on accuse *(éventuellement arbitrairement, par simple "commodité", ou par opportunisme politique, ou encore pour "raison d'Etat")* qu'il incombe de prouver son innocence, c'est à lui de "mériter" et de "gagner" son innocence et sa liberté. C'est l'illustration de ce que, sans doute, on devrait appeler la **présomption automatique de culpabilité**.

La présomption d'innocence vaut également, en principe, pour les personnes condamnées qui, par exemple, après avoir "purgé" une peine d'emprisonnement, sont remises en liberté. Mais, pour de nombreux observateurs, cette présomption est maintenant devenue fragile, sujette à caution. C'est Paul Valéry, paraît-il, qui disait "*nous pensons pouvoir déduire de la connaissance du passé quelque prescience du futur*", et beaucoup d'entre nous croient qu'un ancien criminel présente plus de risques de commettre un nouveau méfait que quelqu'un qui n'aurait jamais été condamné: on le regarde désormais d'un oeil méfiant. Cette méfiance ne pourrait être étayée objectivement que si les observations statistiques montraient, rétrospectivement, que, au sein d'un échantillon assez grand de population (p.ex. plusieurs milliers d'individus ou même plus), les criminels récidivistes seraient significativement plus nombreux que ceux qui n'auraient commis qu'un seul crime (*et encore faudrait-il alors que pareilles études statistiques aient été sérieusement menées: échantillonnages de populations pratiqués rigoureusement, connaissance approfondie de chaque criminel et de toutes les circonstances de son crime, etc., etc.: disposons-nous aujourd'hui d'assez d'études de ce type qui ne prêteraient jamais le flanc à la critique, au doute et à la contestation?*).

Le langage du statisticien n'est que rarement bien compris du grand public. Quand le statisticien constate que, par exemple, sur mille anciens malades (*ou criminels*), dix ont eu (*ou commis*) une récidive *(de maladie, de crime)* dans les dix ans qui suivent *(par exemple)*, il dit que le risque de "rechute" ou de récidive (*à dix ans*) est de un pour cent. Le profane croit comprendre, ou plutôt il s'imagine, sans trop y réfléchir, que chaque malade *(ou délinquant)* "présente un risque de un pour cent de récidive" *(c'est du moins le langage courant qu'on lui tient habituellement)*.

Or, que signifie pareille affirmation quand elle a trait à un individu isolé? Pour lui, ce un pour cent, c'est un pour cent de *quoi*? Cela veut-il dire 650 grammes de ses 65 kilos (*va-t-il les perdre ou les gagner*)? Ou un peu moins de deux centimètres de sa taille d'un mètre quatre-vingts (*va-t-il s'allonger ou se tasser d'autant*)? Ou qu'il ne va faire que "un pour cent de maladie"? Ou, qu'au lieu de voler 1000 euros, il n'en dérobera que 10? Quelle est donc, dans l'esprit de l'homme de la rue, la signification précise de la phrase "cette personne présente un risque de récidive *(de sa maladie, de méfait, etc.)* de autant de pour-cent"?

Il y a gros à parier que la signification de ce "pourcentage" est en général très floue pour la

majorité des gens. Sans doute se disent-ils simplement que 50 pour cent, cela revient à une chance sur deux *(mais un parieur vous dira que ce n'est pas du tout la même chose)*, et "un risque" de 50 pour-cent est évidemment 50 fois plus élevé qu' "une chance" sur cent *(mais cent "quoi"?)*. Quel est donc, en pratique, le sens de pareille abstraction? En fait, énoncée telle quelle, la phrase "vous avez autant de chances pour-cent que ceci ou cela vous arrive" est généralement dépourvue de sens, car où donc et comment est-il défini, en valeur absolue, le nombre total de "chances" disponibles, et ***du tirage de quelle loterie imaginaire s'agit-il?*** Les pourcentages dont tout le monde parle ainsi sans y penser, ce n'est qu'une fraction plutôt symbolique dont soit le numérateur, soit le dénominateur et même souvent ni l'un ni l'autre ne sont connus de ceux qui en dissertent.

Que viennent donc faire ici ces considérations philosophico-théoriques, me direz-vous? Quel est donc leur rapport avec les droits des malades mentaux, avec les devoirs de la société et des médecins envers eux? Patience! J'y viens.

Par ce qui précède, j'ai voulu rappeler que, si la connaissance des comportements de groupes humains dans le passé nous permet d'en supputer avec quelque vraisemblance les comportements futurs, jamais cependant elle ne nous permet d'affirmer que, dans l'avenir et ***selon un calendrier prévisible***, les mêmes comportements se répéteront ***à coup sûr***. (*Ils risquent seulement de se répéter; la "valeur" estimée de ce risque est connue, mais personne ne sait quand il pourrait se concrétiser*).

Autre incertitude plus grande encore: de la connaissance d'un passé et d'un présent global, général et collectif pourrait-on dire, l'avenir - même très prochain - de l'un ou l'autre individu particulier extrait du groupe observé, pourra encore moins se déduire ni se prédire - *de la même façon que l'agitation globale, moyenne des molécules au sein d'un gaz ou d'un liquide s'accroît de manière prévisible avec la température, selon une loi bien établie, sans que pourtant on puisse prédire, à aucun moment, le comportement individuel de telle molécule particulière de ce gaz ou de ce liquide*.

Les malades mentaux chroniques constituent, eux aussi, un ensemble de personnes pour lesquelles on dispose de statistiques rétrospectives établies au fil des années. Ces statistiques nous disent, avec une relative précision, combien de ces malades on peut s'attendre à trouver au sein de la population générale. Elles nous disent aussi, assez précisément, les proportions d'hommes et de femmes qui seront atteintes. Ces statistiques permettent également de dire que, si on rassemble tous les cas de telle ou telle affection mentale chronique, autant de pour-cent parmi ces cas apparaîtront entre tel et tel âge; autant de pour-cent évolueront plutôt de telle façon que de telle autre, autant de pour-cent risquent de se montrer violents, autant risquent d'avoir des problèmes avec la justice, etc., etc.

Cependant, si les chiffres accumulés et rassemblés au cours des ans sur des populations entières sont bien fiables et peuvent être exprimés en termes de risques de maladies, en risques de tel ou tel pronostic (en pour-cent de population), ils ne nous servent guère dès lors que nous n'observons que des individus isolés (*la molécule particulière au sein d'un gaz ou d'un liquide*).

C'est ce qui se passe quand le psychiatre se trouve en face d'une personne qu'on lui amène et dont on lui rapporte les discours incohérents, absurdes ou incompréhensibles, les comportements eux aussi bizarres, inadaptés ou inconvenants, éventuellement dangereux, les inquiétantes sautes injustifiées d'humeur. Ce patient est-il réellement malade? (*c'est-à-dire: la constellation des signes et symptômes que le psychiatre observe en ce moment chez lui risque-t-elle de correspondre à la nosologie de tel ou tel trouble psychiatrique?*)
Le patient n'accepte pas de traitement, mais son état ne risque-t-il pas, si on ne le "soigne" pas, de s'aggraver au point qu'il se mette lui-même en danger ou qu'il menace d'autres personnes?

C'est la même situation, mais cette fois renversée, qui est vécue quand le psychiatre doit décider s'il peut laisser sortir son patient de l'hôpital ou de la clinique psychiatrique: le patient est-il à présent devenu conscient de la nécessité de prendre régulièrement sa médication? Est-on

raisonnablement assuré qu'il se conformera aux prescriptions de son psychiatre, même en dehors de sa présence et de celle des soignants hospitaliers? (*c'est-à-dire ne risque-t-il pas de ne pas les suivre?*) Ne risque-t-il pas d'arrêter sa médication? (*c'est-à-dire que, dans ce cas, ne risque-t-il pas une exacerbation de ses troubles?*)

Ces situations individuelles peuvent être considérées comme des exemples, isolés et extraits de l'une ou d'autres catégories reprises ou regroupées par les statistiques des affections psychiatriques (*de leur épidémiologie*).
Les risques statistiquement encourus globalement au sein de ces catégories psychiatriques ne sont pas inventés, ils sont au contraire bien connus et mesurés, ils sont chiffrés: ce sont des nombres entiers et positifs.

On ne peut en aucune manière comparer les risques psychiatriques bien connus aux risques hypothétiques dont certains brandissent la menace imaginaire sur l'environnement et la santé à propos des O.G.M., par exemple.
Ces défenseurs-là de l'environnement et ces naïfs champions de notre santé, imaginant ***des risques hypothétiques et indéfinis dont la concrétisation dans la réalité est au-dessous de la limite du statistiquement calculable***, invoquent le "principe de précaution" pour s'en prémunir et, avec parfois l'assentiment d'une fraction importante d'un public sympathisant mais mal informé, vont même jusqu'à se lancer dans des opérations de destruction et de vandalisme tombant pourtant sous le coup des lois.

Comment justifier qu'on puisse invoquer le "principe de précaution" à propos de risques hypothétiques et non définissables (celui des **OGM**, p.ex.), tandis qu'on ne s'en préoccupe pas quand il s'agit de peut-être hospitaliser, à la demande de ses proches ou parents, un malade mental chronique en danger, ou quand on accorde décharge de son séjour en hôpital psychiatrique à un patient malade mental manifestement habité de délires dangereux sans se préoccuper de ce qu'il va faire et devenir après sa sortie? Ce sont pourtant des situations notoirement à ***risques avérés et loin d'être nuls***!

Il ne manque pas de "professionnels psy" - en Belgique comme en France - pour répéter sempiternellement que "santé mentale" ne signifie pas seulement psychiatrie. Mais il faut le savoir: ce n'est q'une façon de dire que les "responsables" de la "santé mentale" préfèrent ignorer la psychiatrie. Les malades mentaux chroniques n'intéressent la "santé mentale" que très médiocrement, car ils sont la preuve vivante de la vacuité des prétentions de "***prévention***" de la "santé mentale" et de ses échecs face aux véritables pathologies psychiatriques. "Oublions-les donc".

Toute personne modérément sensée peut, sans trop d'efforts de réflexion, comprendre qu'il est impossible de prévenir des événements dont ni les causes ni les mécanismes ne nous sont connus. Pour ce qui est des maladies mentales psychotiques chroniques, leur prévention "primaire", c'est-à-dire empêcher leur éclosion, n'est donc pas possible, puisque nous ne connaissons pas encore ces causes.

Mais nos "préventionnistes en santé mentale" imaginent et attribuent aux affections mentales des causes qu'ils croient plausibles et qu'ils appellent des "facteurs de risques". Ces facteurs de risques, ce sont surtout les modes de vie qui leur déplaisent, ceux qui souvent sont regroupés sous l'appellation de "mauvaise hygiène de vie", et qui suscitent, chez une majorité de la société, un jugement moral réprobateur.

Oubliant les facteurs de risques bien reconnus quand ils y sont directement confrontés, nos spécialistes en "santé mentale publique" et autres "experts psy" prétendent s'évertuer à éradiquer le plus possible de ces facteurs de risques-là qui ne sont qu'imaginaires (*les facteurs sociaux et de "mode de vie"*). Dignes moutons de Panurge et respectueux de l'autorité des idées reçues, ils suivent ainsi les recommandations de l'O.M.S. qui, depuis des années, fait de la prévention par la "promotion de la santé mentale" son arme privilégiée de lutte pour la "santé mentale". Comme l'OMS, en dépit de ses efforts, reconnaît néanmoins la recrudescence des "troubles mentaux", on

peut au moins se poser des questions sur le bien-fondé de cette "politique de santé mentale" dont une psychiatrie sérieuse semble n'être que la grande oubliée.

Etre pourvu d'un cerveau constituant, de toute évidence, un fort plausible et nécessaire facteur de risque de développer un trouble mental, ne serait-il pas de bonne politique de prévention (*le **principe de précaution***) d'en préconiser l'ablation?
Certains de nos responsables en auraient-ils déjà personnellement tenté l'expérience prophylactique?

Première publication: **21 Mars 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **21 Mars 2005**

"Malheureusement, ce n'est pas parce que nous sommes entrés dans une période consensuelle, où il faut être positif, aimable et conciliant, que les comportements dévots sont plus défendables aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois.
Et ce n'est pas non plus, quoiqu'on en pense, adopter une attitude répressive et policière que de constater que la quantité de non-sens que nous sommes devenus capables de tolérer au nom de la pensée et de la créativité est décidément un peu trop grande."

Jacques Bouveresse: "Qu'appellent-ils "penser"? "

CAMPAGNES de "SENSIBILISATION"

Changer notre éducation, nos jugements de valeur, nos façons de parler et nos comportements, peut-être même dès la prime enfance, cela nous permettrait-il "d'accepter toutes ces différences" qui ne nous sont pas visibles chez les autres, mais dont eux et nous subissons les conséquences, et eux bien plus que nous encore?

Périodiquement, dans l'un ou l'autre de nos pays européens occidentaux, ou encore dans plusieurs de ces pays simultanément, des associations organisent des campagnes de "sensibilisation" en faveur de la "SANTE MENTALE" (*ces associations s'imaginent "oeuvrer" en faveur des malades mentaux, mais nous verrons qu'on peut éprouver des doutes quant à la pertinence de ces "actions*").

C'est principalement l'**O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté (W.H.O. - O.M.S.) qui, depuis des années, insiste en permanence sur la stigmatisation dont les malades mentaux seraient les victimes dans l'opinion publique. D'après l'O.M.S., la stigmatisation des malades mentaux serait à l'origine de leur discrimination dans tous les domaines d'activité de nos sociétés et, ce qui est un comble, ce serait même elle qui, encore, constituerait le principal obstacle à la dispensation des soins rendus nécessaires par leur état de santé. Nombreux sont les pays dont les services de santé publique, sans trop paraître se poser de questions, ni sur le sens ni sur la validité de pareilles affirmations, ont décidé de suivre l'O.M.S. dans sa démarche de "sensibilisation à la santé mentale" - *démarche de nature essentiellement publicitaire* -, peut-être parce que c'est celle qui pourrait leur apparaître comme la moins coûteuse à court terme et, sans aucun doute, parce que c'est aussi celle qui demande le moins de réflexion vraie et est la moins difficile à mettre immédiatement en oeuvre.

En cohérence apparente avec cette vision fondamentalement faussée, déformée (*entachée d'une grave presbytie*), on veut espérer et on veut se persuader que l'information, par voie de campagnes de presse et dans les médias, visant à "changer les appréciations" du public sur les maladies mentales psychotiques, devrait permettre d'instruire le grand public sur ces affections et ainsi de réduire la stigmatisation, donc aussi la discrimination dont les malades mentaux seraient la cible. On sous-entend que, de cette manière, on pourrait contribuer à une réintégration - à la réinsertion - plus aisée des malades mentaux chroniques "dans la cité", dans la société. Pour utiliser un vocable français dans son acception franco-canadienne opportunément équivoque, on devrait ainsi pouvoir "***réhabiliter***" un certain nombre de malades mentaux (*sous entendu: qui, aujourd'hui encore, encombrent nos hôpitaux, coûtent donc cher à la Sécurité Sociale, et dont les protestations et revendications de leurs proches finissent par donner, à certains, à la fois mauvaise image et mauvaise conscience*).

J'ai déjà souligné à diverses reprises sur ce site les erreurs fondamentales d'appréciation et de raisonnement qui sont à la base des politiques officielles dites "***en faveur de la santé mentale***". Malheureusement, ces erreurs ont été pendant longtemps encouragées par des professionnels partageant et entretenant eux-mêmes surtout les croyances régnant de leur temps. De plus, souvent ils préféraient leurs réputation et confort personnels et parfois avoir l'oreille des politiques, plutôt qu'ils ne se souciaient effectivement du bien-être de leurs malades. Recrutés par les appareils administratifs de la santé publique de leurs pays respectifs, ces experts pour les administrations et les gouvernements, pour la plupart plus théoriciens littéraires, voire pédants que médecins praticiens et cliniciens, n'avaient eu que fort peu d'occasions de vivre, ni assez

longtemps ni d'assez près, la vie quotidienne des malades et de leurs familles. Beaucoup d'entre eux n'avaient pas non plus une véritable expérience clinique de longue durée acquise au contact permanent, soit avec les malades mentaux hospitalisés, soit avec ces malades dans leur lieu de vie.

En outre, il faut bien reconnaître que, pendant fort longtemps et faute de mieux, plutôt que de biologie et de médecine, notre psychiatrie ne s'est nourrie que de simulacres d'une fort médiocre philosophie accommodée, par les hommes de l'art, à la sauce d'un jargon pseudo-technique, délibérément obscur quoique fleuri, pour en masquer la vacuité et l'insipidité derrière un verbiage abscons. Il est excessivement difficile de se défaire des mauvaises habitudes ainsi contractées et entretenues depuis plus d'un siècle. Aujourd'hui encore, notre psychiatrie se contente bien souvent d'une certaine rhétorique creuse qui passe d'autant plus facilement pour de la science qu'elle rend plus séduisants les lieux communs les plus éculés, et apparemment plus originales les idées reçues les plus banales, surtout si elles sont fausses, ce qui est malheureusement le cas bien plus souvent qu'on ne le croit.

Malheureusement encore, trop souvent les associations de défense et d'entraide des malades mentaux se laissent prendre à cette rhétorique et ses sophismes, elles finissent par croire elles-mêmes à la stigmatisation entraînant la discrimination des malades mentaux, et elles emboîtent naïvement le pas à ceux qui prétendent chasser la proie alors qu'ils ne font que se donner l'air de poursuivre ce qui, en réalité, n'est qu'une ombre.
C'est ainsi que ce 15 mars 2005, une campagne a été lancée en France "en faveur de la santé mentale", adoptant pour principal slogan "***Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques***" (FNAP-Psy., UNAFAM, AFM, CCOMS) (*incidemment, rappelons que le 4ème point des objectifs poursuivis par une campagne comparable menée en Belgique en 2001 était déjà intitulé, très explicitement, "faire accepter la différence de l'autre"* *v.* Année 2001).

D'apparence bienveillante et généreuse à première vue, la proclamation ***"Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques"*** est, en réalité, non seulement une **affirmation fausse,** mais c'est aussi l'expression très révélatrice d'une fondamentale ignorance de ce que sont les maladies mentales, et elle témoigne d'un regrettable **manque de réflexion, pour ne pas dire pire** (*pour rester poli*), de la part de ceux qui, revendiquant la qualité de défenseurs des malades mentaux, font de pareil slogan une sorte de signe de ralliement censé aider les malades mentaux à mieux vivre au sein de la société. Il nous faut sans cesse revenir sur ce paradoxe pernicieux pour l'expliquer et le dénoncer.

Nos sociétés occidentales démocratiques pronent la tolérance et s'efforcent de la respecter: elles se veulent multiculturelles, elles veulent garantir les libertés individuelles, la liberté d'expression, d'opinion et des cultes. Elles tentent de proscrire et d'éliminer toutes les injustices: les discriminations basées sur le racisme, le sexisme, l'apparence et les handicaps physiques, la xénophobie, etc., etc., et nous ne pouvons que nous féliciter de ces efforts même si, parfois, ils nous paraissent encore très insuffisants.

Croyant ainsi faire preuve de progressisme, de tolérance, faire étalage de leur ouverture d'esprit aussi large que possible, certains veulent ***croire*** que les "troubles psychiques" pourraient et ne devraient représenter qu'une "différence" de plus, une "différence" comme une autre en quelque sorte, une de ces "différences" à tolérer parmi l'infinité des différences et nuances de diverses natures qu'on se plaît à distinguer dans cette foule d'individus disparates qui composent nos sociétés modernes.

Les "différences" que nos sociétés démocratiques s'efforcent généralement d'accepter (avec plus ou moins de succès) sont habituellement des variations, des distinctions "physiques" ou matérielles bien perceptibles au premier coup d'oeil: la couleur de peau, les tenues vestimentaires, les multiples invalidités physiques, entre autres exemples possibles. En plus d'être visibles, elles peuvent être aussi audibles: ce sont, par exemple, les différents accents qui évoquent les dialectes d'origine étrangère.

On admet aussi des différences de croyances qui, si elles ne se voient et ne s'entendent pas, ont cependant des conséquences sur les comportements éventuellement visibles: en effet, les différentes religions peuvent prescrire à leurs fidèles des comportements, des rites et des pratiques qui leur sont propres; mais ces pratiques se déroulent, soit en privé, soit dans des lieux de cultes qui leur sont spécialement réservés, et leurs manifestations sont, habituellement, soigneusement tenues à l'écart de la rue et de la vie publique. D'un accord général, on admet qu'elles ne sont tolérables que si leur expression reste "discrète", c'est-à-dire n'entrave ni n' "offense" la manifestation des croyances d'adeptes de religions ou de croyances différentes.

Toutes ces différences qu'on vient d'évoquer, et combien d'autres encore qu'il serait trop long de passer en revue ici, elles se constatent d'emblée quand les gens se côtoient, lors des échanges et contacts sociaux des gens les uns avec les autres: ce sont des "différences" directement accessibles à nos sens et qui, pour être comprises immédiatement, ne nécessitent que peu, voire même aucune interprétation compliquée. La compréhension de leur nature est pour ainsi dire instantanée et automatique. Nous les acceptons sans même trop y réfléchir, car elles ne nous semblent pas ni nous menacer personnellement, ni contrevenir aux règles, tant explicites qu'inexprimées, de rigueur, en usage ou seulement simplement "convenables" dans notre société.

Mais les "***troubles psychiques***", ne l'oublions jamais, nous ne les voyons pas, nous ne les touchons pas. Contrairement à ce que voudrait suggérer le slogan irréfléchi qu'on veut nous asséner pour "le bien" des malades mentaux, les "troubles psychiques" ne sont pas une "différence" comme les autres, qui serait d'emblée manifeste et qu'on pourraît accepter "à vue" comme toutes celles qu'on a citées précédemment.

Les "troubles psychiques" sont, au départ, des "accidents de construction du cerveau" qui, à leur tour, entraînent "des perturbations de son fonctionnement". Ces défauts de construction et les perturbations des mécanismes du fonctionnement cérébral qui en résultent ne sont pas immédiatement perceptibles à nos sens. Seules leurs conséquences finales, comportementales nous en révèlent l'existence, et cela uniquement parce que ces conséquences sont incongrues ou inappropriées aux circonstances.

Ces comportements incongrus, il se trouve que ce sont aussi ceux dont notre éducation, depuis le plus jeune âge, nous a inculqué qu'ils sont proscrits et que, si malgré tout nous transgressons l'interdit, nous nous exposons à la réprobation générale, c'est-à-dire au jugement moral, c'est-à-dire à la ***stigmatisation*** de notre comportement, voire à des punitions, des châtiments. Nous-mêmes, personnes bien éduquées (*cela va sans dire!*), nous éprouvons, automatiquement, un sentiment de malaise quand nous assistons à des comportements habituellement qualifiés de "peu convenables". Nous émettons aussi, même si ce n'est que tacitement, voire inconsciemment, des jugements réprobateurs et "stigmatisants" sur les auteurs d'actes "inappropriés" (*ou* ***condamnables***) dont nous sommes témoins.

Ce sont là des "réflexes" bien normaux, presque "naturels" pourraît-on dire, que chacun de nous a acquis par l'éducation dès l'enfance et, depuis, par les contacts sociaux échangés en permanence. Comment donc parvenir à mettre ces réflexes en veilleuse quand nous sommes confrontés à un malade mental (*dont* ***nous ne savons pas*** *qu'il est malade*), comment par contre les tenir néanmoins en éveil pour respecter nous mêmes un comportement social adéquat et, le cas échéant, rappeler parfois peut-être aux "convenances" les bien-portants qui nous entourent (*dont* ***nous ne savons pas*** *plus s'ils sont bien-portants ou malades*)?

Quels sont donc les dons de voyance extra-lucide et de divination télépathique qu'on nous prête pour imaginer que nous soyons capables de tels miracles d'intuition et d'acrobatie mentale dignes d'une littérature de science-fiction? Par un coup de baguette magique, une "campagne en faveur de la santé mentale" va-t-elle nous conférer ces dons?
Pareille campagne va-t-elle permettre à l'agent de la circulation d'***accepter*** que telle personne, dont il ne sait pas qu'elle est "différente", traverse la rue en dehors du passage pour piétons ou

qu'elle ignore un feu rouge? Cette campagne permettrait-t-elle à telle dame distinguée et un peu pincée d' "***accepter la différence***" (*invisible*) de cet autre malade qui, par exemple, sans penser le moins du monde à mal, rajusterait ses sous-vêtements devant elle et en public? On pourraît multiplier à l'infini les situations, parfois cocasses au premier abord mais combien plus souvent lamentables et même tragiques, susceptibles de se présenter dans ***toutes*** les circonstances de la "vie en société".

Au sein des familles où l'un des membres développe une affection mentale chronique et parce qu'ils connaissent depuis toujours leur malade et l'aiment, les parents et proches s'efforcent en effet d' "accepter sa différence" *(que pourraient-ils faire d'autre?)* ***et*** d'en supporter les conséquences (*ce sont deux choses bien distinctes!*). Mais tous les membres de ces familles sont-ils toujours capables de cet effort permanent? Combien de familles n'ont-elles pas éclaté après l'apparition d'une affection mentale chronique d'un époux, d'une épouse ou d'un enfant? Combien de divorces et de séparations? Combien de frères et soeurs n'ont-ils pas fui? Combien d'amis de la famille ne se sont-ils pas éloignés plus ou moins discrètement qui, *bien qu'amis*, s'ils ont peut-être essayé d' "***accepter la différence***", n'ont pourtant pu en ***supporter les conséquences***?

Et l'on voudrait nous faire croire qu'une "***campagne en faveur de la santé mentale***", prétendant faire "***accepter les différences***" (*mais pas leurs conséquences!*) que constitueraient les "***troubles psychiques***" pourraît, autrement que dans l'imaginaire et l'abstrait de quelques-uns, modifier les perceptions de la population dans son ensemble, modifier ses attitudes réflexes en faveur d'inconnus, d'étrangers dérangeants, voire inquiétants, alors que même leurs proches et parents, pourtant bien motivés, n'y parviennent pas toujours?

Ce qu'on oublie aussi de dire, c'est que pareilles campagnes ne s'attaquent aucunement aux véritables problèmes. Tout ce qu'elles font, c'est laisser croire qu'on s'affaire pour une bonne cause. Mais, pendant ce temps, on néglige et on oublie les seules choses qui soient vraiment importantes: la lutte contre les maladies mentales elles-mêmes (*aider la recherche*), on renonce à la mise en place de remèdes sociaux (*les aides de revalidation, l'accompagnement et le suivi des soins, la création de lieux d'accueil dignes de ce nom*), qui supposent des moyens humains et matériels spécialisés bien plus importants et plus onéreux que la diffusion épisodique d'affiches et de spots publicitaires dans la presse et les médias.

C'est sans doute ce choix des "solutions" les moins coûteuses qui dicte la préférence pour des campagnes publicitaires qui se trompent de cible. Il est dommage que ce soient précisément les organisations qui s'impliquent dans la défense des intérêts des malades mentaux qui se laissent ainsi fourvoyer. Elles lâchent la proie pour l'ombre et ne veulent pas s'en rendre compte.

Confirmation de ce qui précède a tout récemment été apportée par une étude de tendances pratiquée par des psychiatres universitaires allemands (Leipzig) à partir de données obtenues en 1990 et en 2001 dans les Länder de l'ancienne RFA. Cette étude a clairement montré une progression de la connaissance et une meilleure acceptation par le public des causes biologiques de la schizophrénie survenues pendant cette période, mais cette meilleure information s'accompagne d'une tendance parallèlement accrue à prendre socialement ses distances d'avec les personnes atteintes de schizophrénie. Les campagnes anti stigmatisation semblent donc manquer le but officiellement poursuivi par leurs organisateurs.
Angermeyer, M.C., Matschinger, H. : Causal beliefs based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 2005, **186**: 331-334

L'utilité des campagnes de "lutte contre la stigmatisation" auprès du grand public n'est pas seulement mise en doute sur le présent site. Elle est aussi contestée, non seulement par des universitaires allemands (*vide supra*), mais aussi par des psychologues et épidémiologistes canadiens ayant enquêté sur les attitudes du public à la suite de pareilles campagnes. Ainsi que le rappellent le Dr E. Fuller Torrey et Mr D.J. Jaffe (NAMI, U.S.A.), il vaudrait mieux s'efforcer

vraiment de traiter efficacement tous les malades souffrant de schizophrénie, de manière à réduire la fréquence des incidents violents dont les médias se font abondamment l'écho au détriment et en oubliant les 99% de malades de schizophrénie qui ne sont pas violents.
Les enquêtes d'opinions montrent que les campagnes "anti-stigma" auprès du grand public ne sont que du gaspillage financier. Huit millions de dollars dépensés à pareille campagne en Australie n'ont eu que très peu d'impact. "*Les campagnes de 'sensibilisation' devraient plutôt se focaliser sur les professionnels de la santé mentale pour accroître leur prise de conscience à eux*" (selon le Dr Heather Stuart, Queens University, Canada) (*et l'O.M.S., la Commission Européenne, etc., etc., pourraient se tenir un peu mieux au courant, ndlr*)
(http://www.schizophrenia.com/sznews/archives/001751.html)

Première publication: **4 Avril 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **16 Mai 2005**

(la suite de "Politique 2: Les Droits du Patient")

"[...] 80 percent of the mentally ill can be helped with antipsychotic medication, yet civil rights laws are used daily to prevent patients from getting help."

Pete Earley, **Crazy**, p. 358
G.B. PUTNAM'S SON'S. New York 2006, ISBN 0-399-15313-6

"[...] 80 pour cent des malades mentaux peuvent être aidés par une médication antipsychotique, mais nos lois sur les droits civils sont utilisées quotidiennement pour empêcher les patients de recevoir cette aide."

ÊTRE MALADE MENTAL CONFÈRE-T-IL L'EXPERTISE DE LA MALADIE MENTALE?

(*en d'autres circonstances et, admettons-le, par analogie sans doute quelque peu caricaturale - mais, insistons-y à nouveau avec force, une analogie n'impliquant strictement aucun jugement de valeur ni moral sur les "malades mentaux" eux-mêmes -, imaginerait-on, par exemple, qu'être ignorant rendrait expert en ignorance? Ou peut-être encore, en consultant une personne qu'ils estimeraient, par exemple, stupide - il en existe, et ce ne sont pas des malades mentaux -, certains imagineraient-ils pouvoir recueillir d'elle un avis particulièrement autorisé sur la stupidité?*)

En décembre 2001 (quand la section précédente du présent article avait été mise en ligne), la loi sur les droits des patients n'en était encore qu'à l'état de projet (*ne pouvant faire, bien entendu, aucune distinction entre les innombrables pathologies de tous les "patients" pris dans leur généralité*). Actuellement (juin 2005), cette loi a été votée (26 juillet 2002). Certains, se disant "professionnels" de la santé mentale et s'auto-proclamant preux chevaliers "défenseurs des droits" des patients (*à la suite et à la manière de la section belge de la "Ligue des Droits de l'Homme" , voyez l'article* ***Erreurs***), ils estiment aujourd'hui que la loi serait mal appliquée. Créant, et par là même saisissant (*sans fatigue ni "recherche" , ni "action" ni réflexion!*) une occasion facile de faire parler d'elle et de paraître "agir", une association sise à Bruxelles (**L'Autre "lieu"**) a décidé de lancer une "campagne d'information" en éditant une petite brochure ***à destination des malades psychiatriques*** (dont ceux qui sont hospitalisés) ***"pour...aider les patients (potentiels) à prendre connaissance de leurs droits et à se les approprier, tout en portant un regard critique sur certaines pratiques pouvant perdurer en psychiatrie et en santé mentale, ...***" (sic, etc.). (*Ceux qui seraient intéressés par le texte et par les motivations qui, officiellement, justifieraient cette campagne, peuvent se renseigner sur le site de cette association* - http://www.autrelieu.be/campagne/droitspatient/campagne01.htm).

Deux représentants (un psychologue et un psychiatre) de cette a.s.b.l. se sont expliqués (*à leur demande?*) sur les raisons de cette campagne (n°1686 du 28 juin 2005 du périodique médical belge "Le Journal du ***médecin***", interview par Thierry Goorden, p. 32, sous le titre: "***Des droits inappliqués au quotidien***").

Si l'on en croit ce que l'intervieweur nous rapporte, les psychologue(s), psychiatre(s) et "médiatrice en santé mentale", qu'il a interrogés à propos des **malades** psychiatriques chroniques et des **troubles** dont ceux-ci sont affligés, semblent ne parvenir à faire état que de représentations et conceptions présentées comme "critiques" de la société (*mais en réalité, ils se contentent de puiser leurs idées reçues parmi celles qui flottent dans l'air ambiant, ce qui les dispense commodément de tester leurs certitudes - "car tout le monde sait cela..." -, ils se croient humanitaires, ils se persuadent d'être plutôt anticonformistes et se croient progressistes.*)

Leurs représentations ne sont pourtant que purement imaginaires et très éloignées de la triste réalité quotidienne des malades psychiatriques. Le discours tenu par ces "humanitaires" de salon sonne comme s'ils n'avaient jamais cultivé, au sujet des malades psychiatriques, que certains clichés au contenu d'apparence bienveillante qui, depuis toujours, se colportent plutôt autour d'un

verre dans les bistrots, ou bien agrémentent les conversations (*encore mieux que les amuse-gueule de rigueur ne les pimentent!*) dans l'une ou l'autre de ces réunions ou soirées plutôt b.c.b.g. dites humanitaires ou de bienfaisance. Comme si ces "experts" frais émoulus de "sciences humaines" (?) n'avaient été instruits, de leur "spécialité" médicale, paramédicale ou "socio-pédagogique" (*qu'ils arborent ostensiblement bien plus qu'ils ne l'exercent efficacement*), que par des compléments plus ou moins théoriques et désincarnés de quelque cours "*psy*" (ou "*de communication*") à option et par correspondance.

On nous dit que "*Certains patients ont peu d'informations sur leur traitement ou se voient refuser l'accès au dossier médical sans motivation ou pour les protéger de conséquences censées leur être dommageables. D'autres n'ont aucun mot à dire, alors que leur état de santé ou **leur degré de compréhension pourrait quand même permettre un dialogue**, de manière à être bien informés, écoutés, et entrer ainsi dans un **partenariat entre soignant et soigné***". (*je souligne*.)

On nous dit aussi: "*Trop longtemps on a fait grand cas des pathologies mentales sans se préoccuper des patients. Ces patients qui n'ont pas toujours des troubles mentaux, mais de comportement, **sont eux-mêmes aussi des experts quant à leur maladie**.*" (*je souligne*).

Un psychiatre nous apprend que: "*Cette loi a été un peu trop pensée autour d'une table, au niveau d'instances supérieures, pour normaliser notre position belge vu les avancées d'autres pays dans ce domaine. ... **Elle n'a donc pas émané de la base**, à la demande des usagers et des praticiens, et reste peu appliquée dans la pratique, c'est son défaut premier.*" *(je souligne)*.
Et il ajoute, avec une logique originale qui lui est particulière (*et que chacun appréciera*), croyant sans doute pouvoir négliger un contexte clinique dont il semble manifestement peu instruit: les prestataires de soins doivent être "*formés à l'écoute, à délivrer une **information compréhensible**, complète et **préalable à tout traitement** pour que le patient puisse en mesurer tous les tenants et aboutissants.*" (*je souligne*).

Que voilà donc, de la part de "professionnels", de "spécialistes", d' "experts", une accumulation de non-sens, et quel bel étalage nous offrent-ils tout à la fois d'ignorance, d'inconscience, d'absence de réflexion élémentaire, de déni de logique et de rationalité! *(si,si, tout ça à la fois! Les mauvaises langues diraient sans doute qu'il faudrait peut-être chercher là l'explication de leur choix du métier qu'ils prétendent exercer!)*

Primo, ces nobles et désintéressés professionnels défenseurs des droits (*des concepts de veuve et d'orphelin*) s'empressent de commencer par oublier, par ignorer ou par occulter (*au choix!*) l'essentiel: les personnes dont ils affectent de prendre la défense sont des ***malades psychiatriques***, c'est-à-dire des malades qui, ***à cause de leur affection***, ne sont plus capables de "se servir de leur tête" tout à fait comme vous et moi. Et, je le rappelle à nouveau, quand ***ceux qui connaissent vraiment*** ces malades disent constater leur incapacité, ce constat ne constitue en aucune façon de leur part un jugement moralisant, ni une dépréciation ni un irrespect de la personne humaine des malades mentaux (une "stigmatisation"), comme souvent voudraient l'insinuer certains démagogues ignorants et défenseurs de grands principes abstraits (*mais qui ne sont pas les défenseurs des **personnes** qui devraient en bénéficier! A la manière "psy", ils attribuent trop souvent à d'autres leurs propres préjugés sous prétexte d'en "guérir" les autres*).

Secundo, "***prendre connaissance de ses droits et se les approprier***", cela suppose aussi et tout d'abord d'être capable de les comprendre ainsi que les devoirs qu'ils impliquent, et d'être capable d'en user ensuite avec discernement. Nos défenseurs des droits auraient-ils donc oublié que si les malades psychiatriques sont hospitalisés et traités, parfois même contre leur gré, c'est parce que leurs capacités de compréhension sont détériorées, parce que leur discernement et leur jugement sont soit "abolis", soit "atténués" ***du fait de leur affection***?
Ceux qui, alors, suggèrent aux malades de "***porter un regard critique sur certaines pratiques***" seraient certainement mieux inspirés si, justement, ils s'avisaient de balayer au préalable devant leur propre porte en suivant eux-mêmes les conseils qu'ils prodiguent si généreusement aux autres (*mais ils ne semblent guère capables, eux non plus, d'en prendre conscience, quoiqu'ils ne soient pas "malades"*).

Tertio, "***Certains patients ont peu d'information sur leur traitement ou se voient refuser l'accès au dossier médical...***"; "certains" ne nous renseigne aucunement sur l'importance numérique de ces patients "laissés dans l'ignorance", et ce flou artistique enveloppe aussi le nombre et l'état mental des malades auxquels l'accès à leur dossier médical aurait été refusé *malgré* leur demande. Nos défenseurs des droits auraient-ils jugé inutile de les recenser, auraient-ils renoncé à l'audition de tous les malades, préférant se fier à des sondages ponctuels soigneusement choisis pour leur "représentativité" (*ou la facilité?*) au sein de la population des hospitalisés? Est-ce la raison pour laquelle on ne parle surtout pas de chiffres?

Nos vertueux gardiens des droits font un bien grand cas du dossier médical psychiatrique! S'ils savaient en quoi il consiste habituellement! S'ils pouvaient comparer (*une majorité de*) ces dossiers - tels que les médecins belges, s'ils sont curieux, peuvent les lire chez nous - avec les dossiers médicaux ***bien tenus*** de malades atteints d'autres affections ("*somatiques*"), ils tiendraient peut-être un autre langage! Sans même avoir accès à pareils dossiers médicaux psychiatriques, il leur suffirait peut-être d'y réfléchir un peu (*serait-ce si difficile?*) pour comprendre que le dossier médical psychiatrique d'un patient ne peut avoir qu'un intérêt réduit, et ce pour le(s) seul(s) psychiatre(s) traitant(s) (*et encore faudrait-il que, toujours, ce "dossier" soit correctement et régulièrement mis à jour...*).
Car, habituellement, le dossier médical psychiatrique, que contient-il presque exclusivement? Il résume les appréciations, les impressions et les interprétations ***subjectives*** que le psychiatre retient de ses "entretiens" avec le malade. Quel bénéfice pourrait-on espérer que le malade (ou même son représentant) retire de la lecture de ces notes? Il y a gros à parier qu'il n'éprouverait que de la colère en prenant connaissance de ce qu'il ne pourrait interpréter que comme "*ce que le psychiatre pense de lui*", et on peut admettre que, de son point de vue, cette colère serait généralement tout à fait compréhensible.

Il faut en effet à nouveau rappeler une évidence que tous nos "professionnels de la santé mentale" semblent ne pas parvenir à entendre ni à sentir (*et pourtant, depuis le temps qu'ils ont le nez dessus!*): les malades ne parlent pas et ne comprennent pas le même langage qu'eux (notre "*théorie de l'esprit*" et la leur ne correspondent pas). Jusqu'à présent et quoi que puissent prétendre de nombreux "psys", aucun dictionnaire fiable à doubles entrées (*ce que certains d'entre eux appellent "l'intersubjectivité par la parole", parce qu'ils trouvent que cela "fait bien"*) n'a pu être mis au point à l'usage des malades psychiatriques "dialoguant avec le psy", que ce soit par des prénommés Sigmund ou par d'autres. Par conséquent, parler de "***dialogue***" et de "***partenariat***" entre "soignant" et "soigné" dans ces conditions, cela me paraît l'expression d'une sorte de profession de foi, d'une théologie utopiste pratiquée par des rêveurs prenant leurs rêves pour la réalité, ou peut-être ce discours traduit-il plus simplement un recours facile aux slogans creux et purement publicitaires.

Quarto: dire que "***la loi a été un peu trop pensée autour d'une table***,..., ***elle n'a pas émané de la base...***", c'est tout simplement afficher: et son ignorance en matière d'éducation civique, et son incompréhension des affections psychiatriques. En Belgique comme dans la plupart des pays démocratiques, aucune loi jamais "n'émane de la base"! Les lois sont proposées par les membres du gouvernement ou par des parlementaires (les élus du peuple, qui s'entourent des avis d' "experts professionnels" indispensables) et, après examen et éventuels amendements par les parlementaires, elles sont finalement adoptées (ou rejetées) par le pouvoir législatif. C'est, en principe, ce qu'on enseigne à tous les écoliers... qui devraient donc savoir qu'à la différence de la psychiatrie telle que certains chez nous peut-être se la représentent et la pratiquent, la loi ne se "pense" pas simplement autour d'une table (*et la psychiatrie ne le devrait pas plus*).

Quinto: "***Faire grand cas des pathologies mentales sans se préoccuper des patients***": c'est un exemple supplémentaire de phrase bien sonore mais dépourvue de sens. Il devrait tomber sous le sens de chacun que les "pathologies mentales" n'ont jamais d'existence que par l'intermédiaire de leurs victimes, mais cette évidence élémentaire ne paraît pas encore avoir été remarquée par ceux qui prétendent se charger de leur défense.

"***Ces patients qui n'ont pas toujours des troubles mentaux, mais de comportement...***" (sic): ceux qui parlent ainsi seraient bien peine de justifier correctement la distinction qu'ils tentent de faire entre des "troubles mentaux" et des "troubles du comportement". Cette distinction psychiatrique ne tient pas ici. S'ils ne savent pas encore que nos comportements sont, tout comme nos pensées et nos sentiments, dictés par nos fonctions mentales, alors il est grand temps pour eux de retourner à de meilleurs cours du soir!

Ce que nos défenseurs des droits [*des malades psychiatriques*] devraient reconnaître de toute urgence, ce n'est pas que les droits de ces patients très particuliers que sont les patients psychiatriques sont "inappliqués au quotidien". Ils devraient d'abord admettre que, telle qu'elle a été rédigée, ***la loi sur les droits du patient est inapplicable aux malades psychiatriques***, parce que les pathologies particulières de ceux-ci imposent des contraintes thérapeutiques et sociales entrant fatalement en conflit avec la lettre et l'esprit de cette loi (*voyez Politique 2*). Les problèmes éthiques posés par le traitement des malades psychiatriques semblent n'avoir été ni abordés ni discutés par les experts médicaux qui ont conseillé le législateur. Aujourd'hui, ces problèmes d'éthique ne semblent pas non plus trop préoccuper les "défenseurs des droits" des malades, qui devraient pourtant savoir qu'une politique "des droits" ne peut en aucune façon combler une carence de politique de santé et encore moins remplacer cette dernière.

Première publication: **11 Juillet 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **3 Juillet 2006**

"Entre le laisser faire et l'ignorance, l'action sans la connaissance et les risques indiscutables que comportent, du point de vue humain, les tentatives de transformation appuyées sur la connaissance ou, en tous cas, aidées par la connaissance, il n'y a jamais eu et il n'y aura jamais vraiment d'hésitation possible."

Jacques Bouveresse: "Robert Musil - L'homme probable, la moyenne et l'escargot de l'histoire"

p. 106. Editions de l'Eclat, Paris 1993 & 2004 (ISBN : 284162-089-1)

LA PUCE DANS LA POMMADE

*(The **flea**, not the fly - in the ointment)*

Depuis sa mise en ligne sur la toile, de nombreux "internautes" ont visité le site mens-sana.be et s'y sont peut-être parfois attardés. Parmi eux, certains ont été assez intéressés par ce qu'ils y ont lu pour y réfléchir et, mieux encore, pour prendre la peine de me faire part du résultat de leur réflexion et de leurs réactions. Qu'ils en soient tous ici remerciés et, quoi que certains d'entre eux puissent croire, je remercie au moins autant ceux qui contestent les prises de position de mens-sana que ceux qui s'y rallient: en effet, ***toutes les réactions, qu'elles soient pour ou contre*** ce qui est dit sur ce site, nous instruisent sur leurs auteurs, leurs idées, leurs croyances, et elles nous apportent la preuve de l'intérêt porté par les internautes aux sujets abordés sur mens-sana.be. Toutes, elles nous encouragent à poursuivre cette entreprise de longue haleine.

Mais on pouvait bien sûr s'y attendre: les diverses nuances de ces réactions plus ou moins spontanées ou réfléchies selon les cas, s'échelonnent en effet depuis les approbations et même les francs encouragements, en passant par l'interrogation et la quête d'information supplémentaire, puis par l'irritation voire la colère, souvent l'incompréhension, par la réprobation plus ou moins virulente, pour parvenir, enfin mais heureusement fort rarement, à rejoindre l'insulte à peine voilée.

Les appréciations favorables et les encouragements émanent de Belgique et d'ailleurs, habituellement des parents et proches de malades mentaux chroniques qui me disent retrouver dans mes écrits un écho de ce que, depuis des années, ils ont vécu et ressenti eux-mêmes avec leur malade, et ce que beaucoup d'entre eux vivent encore aujourd'hui et chaque jour: en bref, ce que les "intervenants officiels" de la "Santé mentale" ***ne disent habituellement pas*** ou qu'ils éludent , ce que ceux qui surtout parlent abondamment de "Santé Mentale" tout en prétendant s'y investir activement, soit semblent ou affectent d'ignorer, soit, s'ils ne l'ignorent pas, ce que dès lors ils ne peuvent plus que s'efforcer de ne pas reconnaître ni de dire clairement.

Des approbations (peu fréquentes, il est vrai, lorsqu'elles provenaient de "professionnels") me sont même parvenues de quelques psychologues, et parfois même de psychiatres - *apparent rari nantes in gurgite vasto...(Virgile, Enéide I, 118)* - qui paraissaient apprécier - sans doute une fois n'est-elle pas coutume - des observations et des réflexions remettant en question les habituels poncifs pleins d'annonces de bonnes intentions et autres emplâtres analgésiants: ces lieux communs que, généralement et de diverses sources dites "autorisées" et/ou présumées "compétentes", on propose à la crédulité et pour susciter la sympathie du public, ou qu'on nous applique très généreusement et sans modération - *pour quel bien, et pour le bien de qui?* - au nom du souci affiché de la "santé mentale" et de sa "promotion".

Les quelques protestations contestataires que j'ai reçues, quoique bien moins nombreuses que les réactions d'adhésion et de sympathie des proches de malades, sûrement ne peuvent provenir que de personnes animées, sans conteste et pour la plupart, des meilleurs sentiments, motivées peut-être par des préoccupations humanitaires certes fort honorables mais qui, dans leur

majorité, ont été endormies par certaine "bonne parole" et ont voulu continuer d'y croire à toute force.

C'était la "bonne parole" qui guérit, celle de psychiatres rêveurs, de psys littéraires et poètes onirologues, de ces "psychanalystes" qui, dès le siècle dernier, se voulant d'abord une sorte d'artistes et se croyant omniscients inspirés par leur "analyse didactique" personnelle, refusaient définitivement aux scientifiques qu'ils qualifiaient de "matérialistes" et de "positivistes" (par définition incultes et bornés, évidemment) toute compréhension des processus mentaux (ils en disent: *le cerveau que ces biologistes scientistes ne parviendront jamais à déchiffrer, à quoi cela pourrait-il bien servir, sinon à s'asseoir dessus?*). Ces bavards, rien qu'en "philosophant" entre eux sur "l'esprit" et la "psyché" tels qu'ils les imaginent en attribuant des noms à leurs composantes immatérielles qu'ils inventent, croyaient pouvoir soigner (?) les "troubles de l'âme" (et ils prétendent le croire aujourd'hui encore).
Mais toute leur "action thérapeutique" se bornait à la logorrhée et à l'étalage de leur contestable érudition littéraire classique, approximative voire dévoyée, à l'intention de lecteurs admiratifs et crédules et de parterres d'auditeurs ébaubis. Ou, aujourd'hui encore, ils répètent et reprennent à leur compte, sans se donner la peine de le comprendre, le discours de tous ceux qui se sont laissés séduire: par un verbiage délibérément obscur et boursouflé, et par l'imagination délirante et débridée (provocatrice et provocante), et ont été entraînés par ces chants de sirènes dans le sillage des psychanalystes à la suite de Sigmund Freud et de ses successeurs passés et actuels.

Malgré les justifications et explications fournies dès la présentation et dans son introduction, les détracteurs des articles de mens-sana.be semblent n'avoir pas encore compris que je ne m'adresse pas vraiment ni directement à eux. J'ai appris - et j'en ai depuis longtemps pris mon parti - qu'on ne peut, avec quelque espoir de succès, opposer la raison et la logique à des convictions, des croyances, des certitudes fermement enracinées dans des esprits adorateurs de quelque dogme que ce soit, et incapables de jamais remettre ce dogme en question, a fortiori si ce dernier semble assurer, à ses thuriféraires et adeptes, des avantages sociaux (de prestige) et parfois matériels que leurs capacités naturelles ne leur permettraient peut-être pas d'acquérir ni de conserver grâce à leurs seuls mérites propres.

A propos de ceux qui tentent de justifier une nosologie psychiatrique - peu importe laquelle, d'ailleurs - (*en 2002, mais manifestement peu enclins à se raviser, puisqu'à ce jour encore, trois ans plus tard sur la toile, ils estiment devoir nous en informer, sans se hâter* ***), à propos de ceux qui admettent pourtant qu'elle ne peut être que spéculative, mais prétendent néanmoins être capables de la valider par la seule réflexion philosophique, ***je n'arrêterai pas de le dire et de le redire, même si cela risque fort de ne pas plaire à tout le monde***: il n'y a guère de différence entre pareille démarche et une théologie dogmatique, voire une sorte de gnose. Cette approche ne peut ni prédire ni produire aucune conséquence pratique qui en découlerait et qui permettrait peut-être de réellement la valider de préférence à n'importe quelle autre nosologie construite sur des bases tout aussi "philosophiques" mais de "philosophies" différentes, voire contradictoires. Libre à certains de voir dans ces "rêveries philosophiques" une justification de "l'ethnopsychiatrie", mais je ne vois pas plus, dans ce cas, qu'on ait apporté aucune preuve des bons résultats qui "valideraient" cette dernière.

Je n'arrêterai jamais non plus de répéter que toutes les nosologies, quels que soient les principes et critères sur lesquels on veut les fonder, n'ont jamais été et ne restent que de simples annuaires, des catalogues arbitraires et dépourvus de valeur explicative, tout juste bons à consulter pour la facilité, comme on consulte un annuaire des téléphones ou comme on feuillette les annuaires (SNCB / SNCF) des trains. En principe, tous les ***médecins*** savent cela depuis longtemps. Si certains professionnels ne parviennent pas à le comprendre ou l'oublient, les patients, eux, ont néanmoins le droit de savoir qu'ils n'ont pas à y accorder une importance proportionnelle à la longueur des discours que certains "psys" y consacrent.

En effet, à ceux qui boivent sans sourciller les discours creux de ces pseudo-philosophes nostalgiques des temps qu'ils croient héroïques ou meilleurs qu'aujourd'hui, je me permets de

rappeler (et je le ferai ***aussi longtemps que, tant les "professionnels" que les "volontaires bénévoles autoproclamés" de toutes sortes continueront à ne pas vouloir s'en souvenir***), que la médecine (celle qu'ils appellent "somatique") dont ils profitent de nos jours et dont ils n'imaginent même pas qu'ils puissent s'en passer, cette médecine et ses praticiens que Molière, magistralement, décrivait ridicules toujours et dangereux fort souvent, n'ont progressé, ne sont enfin devenus utiles, effectifs et dignes de confiance qu'à partir du moment où ils ont enfin pu se passer de la nosologie et de ses justifications prétendument "philosophiques".

Pour les malades mentaux et pour ceux qui les entourent et vivent avec eux un peu plus quand même que quelques instants par semaine (***leur famille, les infirmiers***), ce sont les résultats thérapeutiques dont ils sont directement témoins qu'ils peuvent apprécier eux-mêmes et ce sont les faits qui accompagnent ces résultats qui importent d'abord. Ceux qui y tiendraient absolument pourraient peut-être tirer de cela une philosophie ensuite, mais ***ensuite*** seulement. Mais pour ceux qui, malgré tout, s'obstinent à philosopher ***a priori***, sans trop se soucier ni tenir aucun compte des ***non*** résultats concrets de leurs cogitations, ne pourraient-ils pas tout aussi bien, *sur une autre planète*, discuter du sexe des anges? Cela apporte-t-il la moindre amélioration à la condition, *sur terre* cette fois, des malades mentaux?

Quoiqu'en disent certains psychiatres belges, la psychiatrie, chez nous, au cours des trente dernières années, n'a que peu de raisons d'être globalement fière des résultats qu'elle aurait obtenus (***), car ces rares résultats, elle n'y est elle-même vraiment pas pour grand-chose (*et nous les montre-t-elle? Où les cache-t-elle?*). Ces résultats que certains lui attribuent, surtout sans nous en laisser voir les exemples, elle peut encore moins les devoir à quelque validation que ce soit d'une nosologie toute arbitraire et intuitive qu'on imaginerait basée sur une réflexion "philosophique" pour le moins fruste, alors qu'il serait certainement plus correct (*et peut-être plus courageux*) d'ouvertement qualifier cette "réflexion" de rumination métaphysique oiseuse et de pacotille.

Nous voyons aussi réapparaître, reprise par certains de nos psychiatres, l'idée que "*la cause des maladies mentales est à trouver, pour l'essentiel, en dehors de l'organisme*" (sic), "*...qu'une maladie mentale est une construction interactive et donc culturelle avant d'être un fait biologique.*" (resic). Rappelons aux internautes qui nous lisent que toutes les statistiques dont nous disposons réfutent cette affirmation: dans le monde entier, quelles que soient les cultures, les couches sociales, les modes de vie, etc., les fréquences des maladies mentales chroniques ne sont pas significativement influencées par les circonstances "extérieures". Nous savons tous aussi qu'au sein des familles, où tous mènent des vies fort comparables et baignent nécessairement dans la même culture, s'il advient qu'un des membres de la famille devient manifestement malade mental, il est néanmoins fort rare que les autres membres le deviennent eux aussi.

Rien ne permet donc d'affirmer, comme pourtant certains en Belgique nous le prétendent sans s'embarrasser de l'absurdité qu'ils profèrent, que parmi des cerveaux qui, selon eux, seraient, au départ, nécessairement ***tous*** "*normaux*" (sic) et seraient ***tous*** - puisque dans les mêmes familles, menant les mêmes modes de vie, baignant dans une même culture, etc. - néanmoins "*soumis à des condtions anormales de fonctionnement*" (sic), seuls certains cerveaux "*prendraient l'habitude d'un fonctionnement anormal.*" (resic!).

De telles affirmations reviennent à suggérer tout en refusant d'admettre ouvertement (*car ce serait reconnaître la contradiction!*), que parmi les cerveaux, au départ tous "*également* ***normaux***" paraît-il, certains seraient néanmoins "***plus normaux***" que d'autres qui le seraient "***moins***" et ces derniers résisteraient moins bien aux mauvaises influences extérieures communes "***à trouver en dehors de l'organisme***" (*mais* ***seules*** *les conditions extérieures "anormales" seraient à prendre en compte****!!***).

C'est comme pour l'égalité des citoyens: tous sont égaux, mais certains sont plus égaux que d'autres. J'admets volontiers qu'on soit libre de raconter des âneries, à condition de ne pas les faire passer pour vérités scientifiquement établies, et à condtion qu'on me laisse, moi aussi, libre

d'en montrer le ridicule et de les dénoncer pour ce qu'elles sont: des faux-fuyants tragi-comiques où, malheureusement et compte tenu des circonstances, le tragique l'emporte largement. Et comment s'étonner que je m'en indigne, quand pareilles inepties ne servent en fin de compte qu'à masquer l'impuissance et l'incurie de fait de toutes les "mouches du coche" qui encombrent la "Santé Mentale", ce qui revient à détourner des recherches d'approches et de solutions plus productives et plus bénéfiques ***pour les malades et dans l'immédiat***?

On nous offre ici un exemple frappant de la résurgence actuelle, irrationnelle et irréfléchie des théories soutenues par Jean-Jacques Rousseau et les utopistes de son temps. C'est ce qu'on a appelé la théorie du bon sauvage, selon laquelle l'homme naîtrait naturellement bon (*et son cerveau en parfait état et vierge de tout défaut comme une page blanche*), mais ce serait l'éducation et la vie en société qui feraient de lui (*et de son cerveau*) tout ce qu'on peut trouver de "mauvais" et d' "anormal" en lui. On a depuis longtemps (*Voltaire, déjà*) fait justice de ces rêveries, mais nos psychiatres, bien qu'ils aient, en principe, tous et tout comme nous appris cela à l'école, n'ont pas l'air de l'avoir retenu (*il ne manque à certains d'entre eux que d'avoir, à leur tour, écrit les "Rêveries d'un psy solitaire": succès de librairie assuré s'ils avaient choisi ce titre. Une difficulté toutefois: Jean-Jacques écrivait un français bien plus clair et meilleur que le leur*).

Il est important qu'au moins les proches de malades, eux, se souviennent de cette littérature et des conclusions qu'on en a tirées depuis sur les plans philosophique, psychologique et social, pour ne pas recommencer, encore et encore, à se culpabiliser indument à cause de théories psy depuis longtemps solidement réfutées.

Ma prose déplaît encore fortement à d'autres, qui se défendent d'être "*ni psychiatres, ni psychologues, ni socio-pédagogues, ni experts médicaux, ni communicants ni humanitaires*". Mais, n'étant rien de tout cela, ils n'ont pas compris la distinction qu'il y a entre psychologie et psychiatrie, entre "personnes à problèmes" et "véritables malades mentaux", ils ne connaissent manifestement pas les malades mentaux vrais (*et ils nous parlent et croient leur parler de* ***partenariat****, car c'est un beau mot, mais qu'est-ce donc qu'un partenariat à sens unique, sinon un, ou parfois deux monologues indépendants et permanents - on appelle cela aussi des dialogues de sourds ?*)

Ceux-là affirment, entre autres, que "*... on s'interroge trop peu sur les* ***représentations*** *que nous nous faisons tous de la folie, de la maladie mentale, de la dépression, et des stratégies mises en oeuvre par chacun, avec le concours profane de la communauté pour passer de "l'aller mal" à "l'aller mieux"...*". Ils montrent ainsi clairement qu'ils n'ont pas compris la distinction entre "problèmes éventuellement psychologiques" et "affections mentales chroniques", et ils ne "connaissent" pas les victimes de ces dernières.
Ils croient qu'il leur suffit de se faire une (des) représentation(s) de ce qu'ils croient être "*la folie, la maladie mentale etc.,*" et peut-être d'y réfléchir pour savoir et comprendre de quoi il retourne. Ils montrent ainsi qu'ils nagent en plein dans un imaginaire dont ils se contentent sans jamais éprouver le besoin de le vérifier. Ces croyances qu'ils étalent ainsi naïvement laissent fortement soupçonner qu'ils n'ont jamais longuement fréquenté les malades dont ils croient parler avec autant d'assurance.
Ils ne savent pas que les "***représentations***" abstraites qu'ils ne font qu'imaginer à propos de "la folie, la maladie mentale, etc.,..." ne peuvent être que toujours fausses. Les maladies mentales, ou plutôt les malades eux-mêmes, il faut les observer en permanence; il faut vivre avec eux et parmi eux pour se faire des "***représentations***", mais même ainsi, on ne peut jamais être sûr du degré de fidélité de ces "représentations" à la réalité intérieure vécue par les malades.

Leur méconnaissance des véritables malades mentaux transparaît à nouveau quand ils parlent des "*stratégies qu'ils mettent en oeuvre pour passer de l'aller mal à l'aller mieux...*" . C'est justement ce que les malades mentaux chroniques ne font pas, et que la "*communauté*", par son "*concours profane*", peut parfois être amenée à leur imposer en faisant appel aux "professionnels".

Ils prétendent s'adresser aux malades mentaux, mais on vient de voir qu'ils ne sont guère capables de les reconnaître parmi toutes les personnes "à problèmes", et les fréquentent-ils vraiment et assez longuement pour s'assurer que leur "éducation permanente" serait comprise d'eux? Pour s'assurer que les malades comprennent en quoi consistent les droits qu'on les encourage à se réapproprier et quelle en est la contrepartie? On peut craindre que, même si, par extraordinaire, ils en éprouvaient le besoin, ces "*membres de la communauté*", par leur concours "*profane*", ne se soient créé que fort peu d'occasions de procéder à pareilles vérifications.

Ils affirment animer un "*Service d'éducation permanente*" et "*s'intéresser aux liens entre Santé mentale et société*", et, après avoir énuméré, avec quelque apparence de satisfaction, ***tout ce qu'ils ne sont pas***, ils omettent de dire ***ce qu'ils sont réellement*** et qui, peut-être, légitimerait leurs compétences et leurs prétentions à assurer l'éducation permanente qu'ils revendiquent.

Ceux-là me soupçonnent "*d'être en mal de publicité*" et m'accusent de "*monomanie du dénigrement de tout ce qui n'est pas mon credo.*"
Le mot est lâché, et il est révélateur. C'est ce mot, le "***credo***", révélateur de la façon de "raisonner" de celui qui le prononce, qui m'a incité à choisir la phrase de Jacques Bouveresse pour épigramme à la présente page. Certaines personnes préfèrent croire à savoir (*v. Questions*), parfois parce que cette préférence reflète une propension naturelle à la crédulité, mais bien plus souvent parce que cela demande moins de travail d'information et d'instruction, et moins d'efforts de réflexion. Souvent aussi, elles tentent de faire passer le savoir qu'elles supposent aux autres et qu'elles n'ont pas elles-mêmes, pour des croyances qu'elles mettent sur le même pied que leur propre "***credo***". Elles n'aiment pas le savoir des autres qu'elles accusent d'être un instrument de pouvoir et d'asservissement de ceux qui ne l'ont pas (*les Khmers rouges déjà ont eu cette idée, on sait où cela les a menés...*). Pourtant, il ne tiendrait qu'à ces personnes d'acquérir un savoir qui devrait être à leur portée. Et ce n'est pas en ignorant délibérément ce savoir (en le refusant) et en diffusant des croyances qui vont à son encontre qu'on va renforcer ni le bien-être ni la liberté. Les bons sentiments sont souhaitables et même indispensables, mais jamais ils n'ont suffi, à eux seuls, à tenir lieu de savoir. De même, reprocher leur savoir à ceux qui s'efforcent d'en avoir et qui tentent aussi de le partager n'est guère un indice fiable d'ouverture d'esprit chez des éducateurs et "formateurs" (*sans parler de tout ce que cela suggère de dogmatisme et d'intolérance*).

Qu'est-ce qui vaut mieux? Partager le petit peu de ***savoir*** qu'on a avec le plus grand nombre possible (*est-ce de la publicité?*), ou distribuer, sans discernement ni réelle utilité, ses croyances et ses ignorances? (*n'est-ce pas de la publicité?*) Pour ma part, j'ai choisi et je continuerai à exercer et assumer ma "*monomanie*" de démystification tant que la désinformation, la mystification et la cécité de commande prévalant aujourd'hui en "Santé mentale" m'y forceront.

*** Voir les actes du colloque (2591 KB) à l'adresse
http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/C17452DA-5CB7-4798-A6AC-9E63D4CC62AE/0/Actes_colloque_presse.doc

---

Première publication: **8 Septembre 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **19 Septembre 2005**

QU'EST-CE QUE LA (LES) COMPETENCE(S) ?

"Obscurity is the refuge of incompetence"
Robert Heinlein: Stranger in a Strange Land
p. 309. Avon Books, New York 1961

Voilà une question qu'en principe, automatiquement et sans trop s'interroger, les "***DRH***" d'entreprises, ceux qu'autrefois on appelait les "chefs du personnel", promus (?) aujourd'hui "***D***irecteurs des ***R***essources ***H***umaines", parfois peut-être se posent (*ou devraient se poser, ou ne se posent pas?*), quand un poste devient vacant dans leur entreprise ou leur organisation. Ils doivent alors recruter (ou embaucher) une personne qui occupera ce poste. Ils doivent jauger les candidats qui se présentent, ils s'efforcent d'évaluer leur(s) **compétence(s)** à exercer la fonction à laquelle on les destine, de manière à s'assurer que cette fonction sera remplie au mieux des intérêts de l'entreprise ou de l'organisation. On pourrait dire qu'ils "***expertisent***" les candidats, quoique cette expression puisse réveiller, quelque peu malencontreusement, des souvenirs encore récents d'autres expertises présentées devant les tribunaux...

La signification de ce mot de "**compétences**" peut comporter différentes nuances, partagées avec ces autres mots que sont les "*qualifications*" et les "*attributions*". Dans le langage courant, ces nuances ne sont souvent pas bien distinguées, ce qui engendre de fréquentes confusions entre ces trois mots pourtant différents.

Pour mieux comprendre le sens général du mot "**compétences**", il faut prendre conscience que les "***DRH***" sont loin d'être les seuls à l'employer mais que, sans le prononcer ni peut-être même y penser "consciemment", tous tant que nous sommes, nous nous servons à tout bout de champ du concept qu'il exprime. Même si nous n'y pensons pas précisément, nous avons tous et en permanence, et dans une multiplicité de domaines les plus divers, notre propre représentation et notre appréciation de nos **compétences** personnelles et de celles des autres. C'est sur cette conception et sur cette opinion que nous nous basons pour choisir à qui nous nous adressons de préférence pour nous rendre les services que nos propres **compétences** personnelles, insuffisantes, ne nous permettent pas de nous rendre à nous mêmes, ou pour faire à notre place les travaux dont nous n'avons pas en propre les moyens de les entreprendre ni de les accomplir. Ou encore, ce sont nos activités et occupations personnelles qui ne nous laissent pas le temps de faire, nous-mêmes et aussi bien que d'autres dont c'est le métier, ce qu'alors nous leur confions parce que nous les jugeons **compétents** pour cela.

Il n'est guère besoin d'être ni sociologue ni psychologue, ni même très instruit ou cultivé pour savoir et comprendre que cette division du travail et la répartition des tâches, ainsi que le développement des spécialisations et des compétences particulières qui s'y rattachent sont la conséquence du fait que l'Homme est un animal social. La division du travail, non seulement permet à chaque individu dans la société de se spécialiser et de devenir plus particulièrement performant (**compétent**) que les autres dans sa propre spécialité, mais aussi confère à la société dans son ensemble des capacités et une efficacité bien supérieures à celles qu'aurait un simple rassemblement d'individus qui, tous non spécialisés, seraient également mais médiocrement performants (**compétents**) en toutes connaissances et activités nécessaires et utiles à leur bien-être en général.

En général, nous savons donc fort bien ce que nous entendons par les "**compétences**" de tous ceux à qui nous demandons, que ce soit contre paiement ou gratuitement, divers services, ou des renseignements, ou de l'information; ou encore, nous savons ce que doivent être les "**compétences**" de tous ceux à qui nous achetons l'une ou l'autre marchandise. Nous disons que ces personnes sont compétentes dans leur domaine si elles répondent de manière satisfaisante aux attentes de ceux qui s'adressent à elles, dans le cadre de leurs *attributions* ou de leur métier, de la profession qu'elles exercent et pour laquelle elles ont obtenu la reconnaissance et les *qualifications* éventuellement, voire officiellement requises.

En pratique et sans plus nous interroger, nous disons habituellement qu'un officier de marine, commandant d'un bâtiment traversant par exemple l'Atlantique, est **compétent** si, parti en mer, il nous amène, ainsi que son bâtiment, son équipage et sa cargaison, sans encombres à bon port, et s'il rentre ensuite sans avaries à son port d'attache dans les délais prévus. Ceci vaut aussi bien pour le marin pêcheur, dont on apprécie les compétences au fait que, régulièrement, il prend soin de son équipage, de son bateau, et qu'il ramène une bonne cargaison de poisson sans prendre de risques inutiles.
De même, nous pensons que le pilote commandant de bord dont l'avion nous emporte d'un aéroport européen vers une destination lointaine au-delà des mers, lui aussi sans encombres ni acrobaties ni voltige inutiles, pour atterrir en toute sécurité à bonne destination, lui aussi fait la preuve de ses **compétences**, car il fait bien ce qu'on attend de lui.

Ces critères, nous les appliquons automatiquement, sans y penser expressément, à **tous** les métiers et à **toutes** les professions, pour décider si nous pensons que leurs représentants sont compétents. Qu'il soit agriculteur, employé des postes, plombier, médecin, avocat, cordonnier, coiffeuse, ingénieur, tailleur, couturière ou modiste ou que sais-je encore, nous jugeons des "**compétences**" du professionnel, en premier s'il obtient, oui ou non, un résultat. Ensuite, nous apprécions la qualité du résultat obtenu, nous tenons compte du temps mis pour l'obtenir et enfin, éventuellement nous jugeons de la manière de l'obtenir.

> (*et parfois, nous nous heurtons aussi à l'impossibilité légitime de satisfaire notre demande, pour diverses raisons dont le professionnel doit alors nous démontrer le bien-fondé, c'est-à-dire qu'il doit nous expliquer en quoi ces raisons ne remettent pas ses compétences en question, quoiqu'elles le rendent incompétent [c'est-à-dire impuissant] à résoudre le problème particulier que nous lui avons posé. Deux cas peuvent alors se présenter: ou bien nous nous sommes adressé "au mauvais guichet" et on nous oriente vers le "guichet d'à-côté", ou bien il n'existe aucun moyen de répondre à notre attente, c'est-à-dire qu'à l'impossible nul n'est tenu, c'est bien connu… mais on nous l'explique!*)

J'ai dit plus haut qu'en première approximation, nous appliquons nos critères intuitifs pour juger des **compétences** des professionnels à *tous* les métiers et à *toutes* les professions. Doit-il en aller de même quand il s'agit de "psys" (*ayant les qualifications de "psy", c.-à-d. les diplômes et la reconnaissance, et ayant les soins "psy" dans leurs attributions, c.-à-d. le monopole*) s'occupant de soigner des malades mentaux psychotiques et chroniques? Qu'advient-il alors de notre concept des **compétences**? Ce concept reste-t-il valable et utilisable? La question ne mérite-t-elle pas une réflexion approfondie?

Première publication: **28 Novembre 2005** ***(J.D.)*** Dernière modification: **28 Novembre 2005**

En février 2006, **CINQUIÈME ANNIVERSAIRE** de MENS SANA

Quoi de neuf depuis février 2005?
Rassurez-vous, ce sera fort vite dit: RIEN DU TOUT!

Certains font grand cas de leurs "actions" en faveur de la "promotion de la santé mentale" mais, comme d'habitude, aussi débordantes de bonnes intentions soient-elles, il ne s'agit pourtant que de manifestations ponctuelles, épisodiques, anecdotiques: par exemple, l'une ou l'autre représentation théatrale à laquelle participent des malades mentaux (?) dont en réalité personne ne sait ni ne semble se préoccuper réellement de savoir quel bénéfice [*thérapeutique?*] ils retirent de cet exercice, quelle satisfaction personnelle ils en gardent et pendant combien de temps ils s'en souviendront? (*Mais cela donne tellement bonne conscience aux organisateurs de ces manifestations, qu'alors ils veulent les présenter comme un "résultat" dont ils nous vantent l'apparence...*)

D'autres encore se rassemblent pour pondre un recueil collectif qu'ils appellent "livre" (*tout aussi anecdotique*), et lui donnent le titre "Au plus près des gens", que sans doute ils croient accrocheur (v. *Mots de Psys*). Le contenu de ce magnum opus laisse entrevoir que les malades mentaux chroniques dont les auteurs prétendent se rapprocher et qu'ils disent aider, en réalité ne sont pas connus de ces "professionnels", et on peut se demander si ces derniers s'y intéressent réellement, car ils semblent bien plus se préoccuper de "l'image que le public se fait de la santé mentale" que de faire vraiment, immédiatement et concrètement, bénéficier les malades mentaux chroniques de leur sollicitude active *(mais cela donne probablement aux rédacteurs le sentiment tellement gratifiant de pouvoir montrer à tous qu'ils participent à une bonne oeuvre, qu'alors ils se persuadent plus aisément de leur bonne conscience et ne se demandent même plus si l'image qu'ils tentent de suggérer par leurs écrits suffit ou non à créer à elle seule l'objet qu'elle serait censée refléter: créons et sauvons des apparences, ce sera toujours cela! On pourra toujours croire qu'il ne peut pas y avoir de fumée sans feu...*)

A plus haut niveau encore, c'est-à-dire celui de l'Union européenne, des experts (?) pondent, eux aussi, à l'instar de l'O.M.S. qui manifestement leur sert en tout de modèle et d'autorité intellectuelle suprême et incontestable, un document sous forme d'un "Livre vert" (*couleur joignant l'agréable à l'utile: l' "écologique" à la symbolique de l'espoir*) pour nous convaincre de leur empressement permanent et de leur sollicitude ininterrompue pour la "santé mentale" des citoyens européens. Ces préoccupations fort louables se "concrétisent" sous forme de peut-être profondes mais certainement aussi interminables réflexions sur "la stratégie sur la santé mentale" [sic] à mettre, un jour (*Dieu seul sait quand*), en oeuvre en Europe. Cependant, puisqu'il s'agit de l'Europe, c'est à chaque Etat constituant cette Union européenne qu'il incombe de créer chez lui les moyens, tactiques cette fois, pour conférer à cette stratégie une existence réelle, une certaine "crédibilité opérationnelle". Et cela, l'Union européenne en tant que telle (?) n'a surtout pas à s'en mêler: ce serait s'ingérer dans la politique des états membres. On a donc encore bien le temps d'attendre: le temps que d'autres experts, nationaux cette fois, se penchent sur les recommandations qui leur reviendront "d'en haut", pour réfléchir à leur tour avec toute l'attention, la prudence, la lenteur requises par ce sujet délicat, sur les moyens nécessaires à rassembler et à proposer à l'approbation de leurs ministres "compétents" respectifs. Ensuite, les ministres, à leur tour (*et combien en avons-nous, en Belgique?*) réfléchiront à leur budget, en discuteront peut-être entre eux, et seront probablement bien aises d'en laisser l'épineuse question à l'équipe ministérielle qui risque à tout moment de leur succéder. Combien de temps faudra-t-il encore attendre pour qu'on passe "aux actes"?

Prenons, pour comparaison, des domaines de notre vie sociale belge qui n'ont rien à voir avec la "santé mentale".

En Communauté française de Belgique, on semble aujourd'hui découvrir pour la première fois la vétusté, voire l'insalubrité d'un grand nombre de bâtiments scolaires, et ***on crie à l'urgence***. Brusquement, on cherche fébrilement des "montages" financiers permettant de rénover, puis d'entretenir ces bâtiments avant qu'ils ne s'écroulent sur la tête des élèves qui, depuis bien des années et avec leurs enseignants, voient venir les dangers que ces bâtiments aujourd'hui leur font courir, sans que, semble-t-il, aucun décideur politique ne s'en soit ému publiquement avant aujourd'hui. Voudrait-on pourtant nous faire croire que seuls les citoyens particuliers doivent faire preuve de prévoyance, qu'ils sont les seuls à s'aperçevoir qu'ils doivent veiller à entretenir leur propre maison et qu'ils doivent y consacrer une partie de leur budget?
Faut-il évoquer les divers problèmes du logement social en Belgique, qui, eux aussi, semblent avoir surgi brusquement, sans prévenir?
Faut-il rappeler la surpopulation des prisons? Devons-nous évoquer l'état des "infirmeries" qui y sont annexées et, par conséquent, la réalité des traitements qui y sont dispensés?
Devons-nous insister sur le nombre et la "qualité" des "centres d'accueil", que ce soit pour des étrangers réfugiés en attente de décision ministérielle ou administrative, ou pour des "mineurs d'âge" que les juges pour enfants tentent d'y envoyer sans toujours y parvenir et qu'ils laissent alors , bien malgré eux, libres de commettre de nouveaux délits?

Dans ces domaines-là, tout le monde parle des problèmes qu'on vient de mentionner, personne ne peut ignorer qu'il s'agit de prévoyance (*d'imprévoyance?*) et de problèmes de gros sous. Mais l'indignation est générale, et il va bien falloir qu'on tente enfin de remédier à des situations qu'on ne voulait sans doute pas voir venir mais qui, aujourd'hui, ne nous laissent pas de choix.

Ah! Oui... J'allais oublier de vous rapporter une grande "nouveauté": une toute récente parole très révélatrice des préoccupations de notre ministre fédéral des Affaires sociales et la Santé publique. A la Chambre [fédérale] des représentants, à une question (n° 10040) de Mme la députée Ecolo Muriel Gerkens à propos de "la reconnaissance des psychothérapeutes" (voyez http://www.absym.be/chambre-sp-8-2-06.html), Mr Rudy Demotte répondait, entre autres: "[...] *A mes yeux, l'important est de garantir la sécurité à ceux qui exercent le métier de psychothérapeute de manière honorable et d'écarter les charlatans* [etc., etc.]". Ceci pourrait laisser croire à ceux qui ne connaitraient pas le réel souci de Mr le Ministre pour la "Santé mentale" et la "sécurité" de ses concitoyens malades (mentaux et autres), que celle-ci ne viendrait à ses yeux qu'après celle de leurs "thérapeutes". Gageons qu'il n'en est rien, mais que sans doute il importait avant tout de rassurer les diverses associations professionnelles de "psys" et apparentés, bien plus remuantes, nombreuses et revendicatrices que celles, fort timides et discrètes représentant les malades (*dont les revendications seraient moins importantes?*)

Et pour les malades mentaux, pour eux qui n'ont pas les moyens de se faire entendre, que **FAIT**-on réellement? Comme toujours, on cause, on cause, c'est tout ce qu'on sait faire...
Tant que cela paraît marcher, nos décideurs préfèrent toujours s'en remettre aux illusionnistes.

Première publication: **13 Février 2006** ***(J.D.)*** Dernière modification: **13 Février 2006**

SCIENCE et **CROYANCES, RAISON** et **IMAGINATION:** à ne pas **mélanger** sans **discernement**

La plus grande confusion est soigneusement entretenue à propos de tout ce qui est étiqueté "**PSY**" dans notre société: les psychologues, les médecins psychiatres, la psychologie, la psychiatrie, les psychanalystes, les psychothérapies. Quoique cet état de choses ne date pas d'aujourd'hui, la confusion semble actuellement s'étendre et s'amplifier à une vitesse inégalée jusqu'ici. Cette inquiétante évolution paraît bénéficier de la bénédiction, de l'encouragement et du soutien de nos politiques et de nos pouvoirs publics. En effet, par sondages et enquêtes d'opinion qui se multiplient sans cesse, nos responsables affectent, depuis les hauteurs où pourtant ils planent, de vouloir mieux se pencher sur les états d'âme de la population (*sur ce qu'ils appellent aussi le "psychisme" des individus*). Ils baptisent cela la "**Santé Mentale**" envers laquelle ils manifestent leur sollicitude avec une ostentation plutôt récente mais régulièrement accrue; peut-être ont-ils fini par prendre conscience que la stabilité de leurs positions sociales et l'importance de leur influence dans cette société dépendent étroitement du ***"bonheur subjectif"*** des électeurs. Peut-être aussi pensent-ils qu'il devrait être à la fois bien plus facile, plus rapide et moins coûteux de manipuler le "psychisme" et les humeurs des citoyens (*les persuader qu'ils ne peuvent qu'être satisfaits de leur sort puisqu'on se soucierait "en haut lieu" de leur bien-être, de leur bonheur*), plutôt que d'améliorer pratiquement, concrètement et sensiblement leurs conditions de vie (*matérielles et autres*).

Aujourd'hui, on ne peut ni ne veut plus séparer très clairement les uns des autres: d'une part les médecins psychiatres, d'autre part les psychanalystes, les psychologues, les "psychothérapeutes". Non seulement les limites de leurs envahissants et ubiquitaires domaines respectifs d'activité(s) et de compétences semblent fort mal définies et fluctuer comme au gré des vents (et peut-être des successions de ministres). Mais aussi et plus exactement, on n'aperçoit plus très bien ce qui distinguerait (*ou rapprocherait?*) les uns des autres tous ces "acteurs psys", sauf peut-être les diverses dénominations des titres dont ils se parent. Ces titres constituent-ils toujours une garantie fiable de compétence et nous renseignent-ils vraiment sur quels sont les domaines précis où ces compétences seraient requises et entreraient en jeu? Si, en nous gardant soigneusement de toute passion, nous tentions de mesurer le bénéfice et le degré de satisfaction que leurs clients (*ou leurs cobayes*) disent en retirer, estimerions-nous tenue la promesse, que ces professionnels "psy" font miroiter à nos yeux, de l'utilité et de l'efficacité de l'exercice de leur profession?

Bien souvent la culture, la formation professionnelle de départ, le niveau d'instruction, par exemple des psychanalystes, sont les plus divers (*tant en nature et qualités qu'en étendue*) et peuvent n'avoir, que ce soit avec "le soin" en général, la médecine, ou avec la biologie pas plus d'ailleurs qu'avec la psychologie ni aucune science, que des rapports fort lointains et ténus, voire souvent plus imaginaires que réels. Le vocabulaire, ou plus précisément le jargon, les abondants néologismes et les tournures des phrases ou les mots bizarres que s'empruntent volontiers les uns aux autres toutes sortes de "psys", - sans nécessairement se soucier d'en vérifier la concordance des acceptions (*les significations*) - tout cela n'aide guère non plus à les départager. D'ordinaire, les psychanalystes disent qu'ils se préoccupent des mêmes problèmes que les autres "psys", mais qu'ils permettraient bien mieux à chacun de leurs clients d'y apporter les réponses et solutions les mieux adaptées à ses besoins ***individuels,*** personnels.

Compte tenu de l'inflation considérable de la demande de soins "psys" constatée paraît-il par nos responsables politiques, et dont les ministres de la Santé successifs ne se privent pas de nous rebattre les oreilles autant qu'ils peuvent (*la demande ne serait-elle donc pas rencontrée, serait-elle mal satisfaite?*), pourquoi devrions-nous quand même croire à une efficacité de ces "soins" alors qu'elle ne se traduirait pas dans les chiffres? Autrement dit pourquoi le niveau de la "demande" ne finit-il pas par décroître ou au moins par se stabiliser, grâce à, ou peut-être (*plutôt?*) en dépit des réponses qu'une pléthore de "professionnels" prétendent y apporter? Nos ministres ne se posent-ils jamais cette question? Comment se fait-il que, face à cette inquiétante demande croissante et semble-t-il mal contrôlée, nos ministres ne se soient jamais sérieusement

demandé quelles sont les causes de cette croissance ? (*mais on verra plus loin qu'ils prétendent néanmoins l'expliquer, quoique par de mauvaises raisons*). Cela leur permettrait peut-être de la prévenir au moins en partie (*ils n'ont pourtant jamais renoncé à nous dire qu'en matière de "santé mentale", il vaut mieux prévenir que guérir, et que c'est ce sur quoi ils "mettent l'accent"*). Ils pourraient ainsi espérer d'avance "tuer dans l'oeuf" le malaise que la demande reflète. Dès lors, le malaise heureusement évité (*quoiqu'on nous en dise, le but visé ne serait-il peut-être pas celui-là?*), son traitement par là-même devenu sans objet, donc inutile, automatiquement ils réduiraient des dépenses en les évitant elles aussi, au moins en grande partie?

Ou encore, comme ils l'ont pourtant déjà fait envers les médecins et pour les mêmes raisons officiellement avancées d'économie budgétaire, pourquoi n'ont-ils jamais proposé d'instaurer un ***numerus clausus*** limitant l'accès aux professions de "psychothérapeute", pensant par ce biais limiter la "surconsommation" et les dépenses "injustifiées"? *(Une explication possible, dont je ne prétends pas qu'elle soit la seule ni la bonne, est que nos organismes de sécurité sociale n'y interviennent jusqu'à présent, par leurs remboursements, que de façon bien plus limitée que pour les soins prodigués par les porteurs d'un diplôme de médecin ou de licencié en sciences dentaires. Mais il semble qu'on espère changer cela. Croit-on désormais pouvoir faire les économies tant souhaitées, bien qu'en intégrant l'industrie de "la consolation du mal-vivre" à la Santé Publique et à la Sécurité sociale, tout en profitant de l'occasion pour faire ainsi "une fleur" à ceux qui prétendent vendre le bonheur à leurs "clients/patients" à coups de placebos? Puisque la demande apparente ne cesserait de s'accroitre, faut-il, en y répondant avec un certain empressement, encourager ce que, par ailleurs mais en même temps, on appelle pourtant surconsommation médicale qu'il est urgent d'endiguer?)*

Personne ne sait plus trop à qui s'apparentent tous ceux, fort nombreux, qui se déclarent psychothérapeutes, toutes ces personnes (*ces nouveaux prêtres postmodernes qui se font payer*) qui proclament bien haut leur dévouement à "soigner" les souffrances et les affections qualifiées de "psychiques" de leurs semblables, sans que, la plupart du temps, on parvienne à deviner en quoi consistent ces affections ni quelles en sont les origines, ni surtout si les thérapeutes réellement les soulagent durablement toutes, voire si peut-être ils en guériraient parfois quelques unes, et alors, lesquelles?

Les disputes qui ne cessent d'opposer les uns aux autres ceux qui, de divers bords et tendances (*de diverses "formations"*), professent ou exercent ces métiers, tout comme les polémiques qui les font s'affronter et dont ils nous prennent parfois à témoins (*et qu'ils tentent alors de faire passer pour des discussions entre scientifiques*) ne nous permettent habituellement pas de nous former une opinion claire à leur sujet. Les précisions (?) que parfois ils prétendent nous apporter sur les compétences multiples et variées qu'ils revendiquent et sur les rôles respectifs qu'ils s'attribuent dans notre société ne suffisent pas à éclairer une majorité du public profane sur leurs réelles fonctions (*sur leur "utilité" effective?*) dans cette société (*pour se convaincre de la vérité de cette dernière affirmation, il n'y a qu'à lire la presse qui, périodiquement, croit aider et orienter les "usagers", avec un succès douteux car tout temporaire, en s'efforçant de classer ces professions de "psys" par catégories, et de les répertorier en fonction de ces classifications*).

Depuis maintenant de nombreuses années, la majorité des gens (*touchant de près ou de loin au "social", privé comme public*) ont pris l'habitude de regrouper, sans réel souci de distinction entre elles, toutes ces professions, médicales psychiatriques, paramédicales, "psycho-sociales ou socio-psy", sociales, ainsi que nos sociologues, nos anthropologues, nos ethnologues, nos " 'panto- ou poly-pédagogues' plus ou moins autodidactes cooptés voire autoproclamés" et autres "psycho-philosophes" (*certes tous très distingués, et j'en oublie certainement, on m'en excusera*) dans une grande nébuleuse fourre-tout baptisée "**Santé Mentale**". Ce rassemblement hétéroclite (*où prédominent largement des représentants et praticiens de pseudo-sciences humaines*) n'est surtout pas propice à une identification aisée ni à un choix judicieux, par les usagers potentiels, des compétences auxquelles s'adresser voire recourir en cas de besoin, au sein d'une telle accumulation de ces professionnels du "psycho-sanitaire" dont les conglomérats d'organisations, organismes et entreprises les plus divers littéralement fourmillent.

Les confusions sur les rôles respectifs des divers "participants et intervenants" peuplant l'institution appelée "**Santé Mentale**" (*c.-à-d. l'**outil** luttant contre la **mauvaise santé** mentale*) et les ambiguïtés entourant les buts qu'ils disent poursuivre sont encore accentuées par le flou soigneusement entretenu autour du concept même de "**Santé Mentale**" (*c.-à-d., cette fois, l'**objectif** prétendument poursuivi, celui à quoi travaillerait l'outil: la **bonne santé** mentale?*) par ceux qui s'en disent les acteurs. La définition de ce concept et son contenu sont très disparates mais surtout fort peu cohérents selon qui en parle, et ne coïncident pas nécessairement avec des notions bien éprouvées de véritable santé [mentale], pas plus qu'avec celles des troubles mentaux ou des maladies mentales telles que notre médecine occidentale moderne peut les concevoir et les observer chez celles et ceux qui en sont réellement atteints.

L'enseigne générale de "**A la Santé Mentale**" (*pour laquelle l'appellation shakespearienne de "**Much ado about nothing**" serait mieux appropriée*) sert aujourd'hui d'emballage et de couvercle à un énorme melting-pot ne pouvant correspondre à aucun concept clair au contenu précis. Par conséquent, pourquoi devrait-on s'attendre à ce que, par contre, les moyens à mettre en oeuvre dans le cadre de cette création, de cette entreprise surtout bureaucratique, kafkaïenne et irréelle, *purement conceptuelle* et totalement dépourvue de substance vraie qu'on appelle la "**Santé Mentale**" soient eux-mêmes mieux définissables et pertinents, qui permettraient d'agir efficacement en faveur des véritables malades mentaux chroniques? (***mais ceux-là, qui et où donc sont-ils, en parle-t-on? A quoi tous ces experts les reconnaissent-ils puisqu'ils s'en disent tous capables, mais que sont-ils devenus et que fait-on pour eux?***)

La psychiatrie dite médicale est apparue en Europe occidentale au XIXème siècle (*la médecine d'alors n'avait en réalité aucun des moyens de ses ambitions: ni les connaissances médicales - scientifiques et biologiques - indispensables, ni par conséquent les nécessaires moyens d'action*). Elle était alors censée se préoccuper de ***prendre soin*** des malades mentaux (*ce qu'à tort on a ensuite voulu appeler les "soigner"*). Mais si certains continuent de croire de nos jours que la psychiatrie, en Belgique, est encore toujours une branche spécialisée de la médecine plus particulièrement et uniquement consacrée aux malades mentaux, on peut craindre qu'ils ne se trompent lourdement. En réalité, la psychiatrie en tant que spécialisation médicale a été, chez nous, engloutie, noyée dès sa sortie de l'enfance dans une sorte d'immense marécage tout artificiel où littéralement grouillent et gargouillent des "intervenants" s'agitant, voire pataugeant à diverses occupations palustres surtout verbales, s'évertuant à mettre au point des procédés publicitaires soi-disant éducatifs et de multiples rituels à vocation soi-disant sanitaire particulièrement verbeux touchant à tous les domaines de notre vie.

(Ceci est aussi bien évoqué, pour ce qui concerne la France, dans deux petits livres: le premier datant déjà de quelques années: de Liliane Sichler: "Le parti Psy prend le pouvoir", Grasset, Paris 1997, ISBN 2-246-52471-7; le deuxième, par Marie-Jeanne Marti: "Les marchands d'illusions", Mardaga (Sprimont, Belgique 2006), ISBN : 2-87009-912-6. Les analogies en ce domaine entre la Belgique et la France ne sont pas difficiles à apercevoir).

Ici, dans ce véritable marais qu'est la "**Santé Mentale**", se retrouve rassemblée la crème des experts autorisés (*faisant autorité*) de la santé de toutes sortes (*de ce qu'ils décrètent comme étant "bon" ou comme étant "mauvais" pour [l'indéfinissable santé de] leurs concitoyens*). Les compétences (?) de ces autorités en matière de ce qu'on pourraît appeler les "convenances et inconvenances des pratiques en santé individuelle et publique" sont, presque toujours, infuses, universelles et indiscutables, dogmatiques et nées plus de la révélation que de savoir rationnellement étayé.
Là, dans un marigot de cette "**Santé Mentale**", on jongle avec les considérations philosophiques les plus éthérées et les croyances les plus farfelues relevant plus de la superstition que du bon sens. Là encore, dans cette autre mare perdue dans un chapelet de nombreuses autres flaques, on élucubre les discours les plus creux mais les plus grandiloquents destinés à travestir en profonds savoirs intouchables les croyances régnantes du moment qu'on prétendra mettre au service de simulacres "d'actions" en faveur du bien public: conférences, forums, brochures, "événements médiatisés" divers, réunions de réflexions et de concertations, etc., etc. C'est,

résumée dans son ensemble en deux grands mots, la "**Santé Mentale**" (*du vent qui à la fois nous dicte une manière d'être et invente l'Institution virtuelle qui veille à promouvoir ce qu'elle décide être le **bon** mode de vie pour tous*). On y assiste, littéralement, à la dissolution et à la dilution homéopathique de la psychiatrie, de "médicale" qu'elle s'efforçait d'être *au départ*, dans la "**Santé Mentale**" devenue prétendument psychosociale et quelque peu ésotérique, et surtout spectacle *à l'arrivée*. Ce glissement de sens et de champ d'action a commencé vers la fin de la guerre 1939-45, s'est poursuivi et n'a cessé de se développer depuis.

(*Telle que cette dérive s'est installée en France - mais les choses ont été assez comparables chez nous en Belgique -, elle a été assez bien résumée dans un intéressant ouvrage paru au début de cette année, du journaliste Patrick Coupechoux: "Un monde de fous", Seuil, Paris 2006, ISBN 2-02-081254-1. Malheureusement, cet auteur, à mon avis un peu trop crédule et fort respectueux de certains dogmes psy, a aussi trop souvent pris pour argent comptant les déclarations rhétoriques à l'emporte-pièce et le catéchisme de certains psys auprès desquels il s'est renseigné*).

Cette dérive de nature idéologique qui s'est affirmée et mise en place progressivement, elle s'impose et explose aujourd'hui à la manière du bouquet final d'un feu d'artifice. Elle s'explique en grande partie par l'inévitable mais inavouable (*par des psychiatres*) incapacité de la psychiatrie, par son impuissance à guérir les véritables maladies mentales: ces maladies graves que, forcément, on qualifie de chroniques, puisqu'en effet, malgré toutes les publicités plus ou moins mensongères qu'on se plaît à diffuser périodiquement pour convaincre du contraire, jamais jusqu'à présent les "psys" ne sont parvenus à réellement les guérir.

Mais on peut également soupçonner d'autres causes à cette mutation sociale et "socialisante" des soins psychiatriques et psychothérapeutiques en "**Santé Mentale**". L'accroissement actuel des multiples et diverses difficultés économiques et sociales (*la crise permanente*) sont des causes importantes contribuant de toute évidence à engendrer le symptôme du "mal-vivre", personne n'en disconviendra (*même notre ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Mr Rudy Demotte, s'est senti obligé, sans doute bien malgré lui, de concéder une allusion, bien que discrète, à "l'impact des conditions socioéconomiques"*). Empruntant alors aux psychanalystes le reproche qu'ils adressent à l'encontre des psychothérapeutes cognitivo-comportementalistes, des "psychiatres biologiques" et de ceux que certains intellos autoproclamés appellent les "techno-médecins", ne pourrions-nous penser, de façon très plausible, que nos politiques responsables de la "**santé mentale**", très manifestement, préfèrent se donner le beau rôle (*et moins coûteux*) de tenter de masquer ou d'étouffer le symptôme plutôt que d'effectivement rechercher et tenter d'éliminer les causes profondes (*socioéconomiques et structurelles*) de ce "mal-vivre"?

Les psychanalystes, aujourd'hui visiblement inquiets à la perspective d'être peut-être exclus de cette "**Santé Mentale**" par une nouvelle législation dont ils étaient demandeurs et à laquelle ils ont pourtant vigoureusement poussé, et nos politiques pourtant anxieux de leur donner satisfaction en leur accordant un statut officiel, étaient d'abord complices, alliés objectifs. Ironie du sort! Ne sont-ils pas désormais devenus frères ennemis, ne se sont-ils pas ***ensemble*** mis dans une situation pour le moins paradoxale rappelant irrésistiblement celle de l'arroseur arrosé? Et les responsables politiques de notre "**Santé Mentale**", en toute objectivité, ne remplacent-ils pas délibérément le médicament actif et nécessaire par un énorme placebo, c.-à-d. une illusion, un mirage de remède vraisemblablement encore plus coûteux, à court comme à long terme, que le remède lui-même?

Reconnaissons qu'aussi longtemps que la psychiatrie sera, à elle seule, incapable de rendre durablement leur santé mentale et leur autonomie sociale aux malades mentaux, il faudra bien suppléer ces déficits par des expédients médicaux et sociaux: le suivi permanent, la poursuite et la surveillance du traitement médicamenteux ininterrompu, l'aide pratique et l'accompagnement vigilants et ***de durée indéterminée*** (*et je crains fort que ce soit précisément cette indétermination dans le temps que tous se refusent à voir*). Ces palliatifs à mettre en place autant "en dehors et

indépendamment des crises" des malades que pendant celles-ci, les psychiatres, dans leur majorité, paraissent croire que, comme ils ne sont qu'en partie de leurs compétences (*s'ils sont sans doute médecins - certains diraient "peut-être", mais ne généralisons quand même pas à tous les comportements reprochés à quelques uns! - ils ne sont pas assistants sociaux pour autant!*), ces préoccupations ne seraient pas de leur ressort, si bien qu'habituellement ils s'en désintéresseraient plutôt. Ils n'instruisent donc pas, ni les responsables ni les exécutants de cette prise en charge sociale, des critères fort contraignants auxquels cette dernière devrait répondre.

Quant aux responsables sociaux, ils sont encadrés par une administration dont le propre, comme pour toute administration, est de ne connaître que le règlement et les directives venant "d'en haut", et d'ignorer les caractéristiques et les besoins humains de ses administrés auxquels ses employés, en bons fonctionnaires qu'ils sont, appliquent le règlement selon les directives dont ils respectent la lettre sans se poser de question sur le fond. L'absentéisme de fait des psychiatres en dehors des "crises" de leurs patients, la formation psychiatrique rudimentaire et discutable prodiguée à de nombreux "intervenants de terrain" encourage ceux-ci à cultiver un faux optimisme de convention et de convenance. Tout cela conforte la majorité des rouages humains et administratifs de cette très hétérogène "**Santé Mentale**" dans l'illusion que la rémission apparente des troubles équivaudrait à la guérison des malades. Lors d'une exacerbation toujours possible de l'affection (*car la menace n'en est jamais vraiment écartée*), le risque par conséquent est très grand de ne recourir aux psychiatres que trop tard et, trop souvent, on en revient obligatoirement à une hospitalisation en urgence, une de plus.

Bien que la plupart des psychiatres ne veuillent toujours pas l'admettre et que certains d'entre eux aient parfois parlé à ce propos de ***mythe de l'incurabilité*** qu'ils dénonçaient et espéraient détruire (*v. Coupechoux, op.cit., p. 113*), nos connaissances actuelles en biologie, en médecine et en neurosciences confirment l'idée que le cerveau humain, proche de l'âge adulte, ***matériellement*** (*organiquement*) abîmé ou blessé au cours de son développement *in utero* et qui s'est par conséquent construit de manière plus ou moins défectueuse, ne peut plus se réparer complètement ensuite (*pas de "restitutio ad integrum"*). Donc, tout au contraire de ce dont on veut se persuader, c'est bien cette fois la croyance à une possible guérison (l'utopique réparation complète) qui n'a jamais été qu'un mythe: le ***mythe de la curabilité*** auquel les "psys" se cramponnent officiellement et qu'ils entretiennent obstinément pour d'évidentes raisons de quasi-religion (*et parfois aussi, ce qui est, somme toute, assez banal et humain quoique pas toujours très éthique, peut-être pour préserver, à leurs propres yeux comme à ceux du public, leur crédibilité et leur amour-propre, en plus d'intérêts un peu moins altruistes et "spiritualistes" qu'il n'y pourraît paraître à première vue*).

La dérive provient également d'un fait que généralement les professionnels répugnent à reconnaître: pendant fort longtemps, et souvent aujourd'hui encore, une majorité des médecins psychiatres de chez nous ont délibérément voulu ignorer que nos fonctions mentales, si uniques ou extraordinaires puissent-elles paraître en comparaison de celles du monde vivant *non* humain qui nous entoure (*et n'oublions tout de même pas que nous en provenons et continuons à en faire partie!*), ne sont pourtant que l'expression finale visible du fonctionnement biologique de notre organisme dans son ensemble. L'intégrité de ce qu'ils appellent "le psychisme" (*ce qui, en fait, n'est qu'un mot de signification vague et indéfinie*) est étroitement liée à celle de notre corps bien matériel et "organique" tout entier et elle en dépend, elle en est indissociable. Pourtant, une majorité de nos "psys", encore toujours et même si ce n'est sans doute pas toujours consciemment, font de ce qu'ils appellent "le psychisme" une entité totalement à part (*qu'ils réifient, une chose à part entière*) , sans aucune attache physique ni biologique à quoi que ce soit.

Cette évacuation délibérée, expéditive de "l'organisme" (*et somme toute commode! Car elle épargne bien des efforts intellectuels aux praticiens psy*) permet à certains pseudo-penseurs à la logique quelque peu bancale, observateurs et idéologues des phénomènes humains, de faire l'impasse sur la connaissance de "l'organisme". C'est l'évidente facilité (*pour ne pas dire le simplisme, sinon la paresse d'esprit*), les autorisant à ne se focaliser, en apparence "créativement" par la seule force supposée de la pensée (*et par le verbiage censé la soutenir,*

voire en tenir lieu), que sur la représentation qu'ils croient se faire de "la personne" et sur celle de "l'esprit" qu'ils croient imaginer. Ils présentent cet exercice mental et rhétorique comme la démarche d'une médecine alternative, supérieure, en quelque sorte meilleure et plus humaine ou plus humaniste. Ils imaginent ainsi "s'adresser à la personne" (*dont ils se construisent leur propre représentation imaginaire*) et "la privilégier" (*plutôt que de se préoccuper de la "machine biologique" défaillante qu'ils ont devant eux mais qu'ils préfèrent confortablement ignorer: puisqu'**elle n'est qu'une machine**!*).
Ils disent soigner l'esprit (*n'est-ce en effet pas plus **noble**?*). Pour ce faire, ils croient donc devoir choisir une approche "philosophisante" et spiritualiste (et *"holiste"* , c.-à-d. "*globalisante*") des affections mentales. Par conséquent, préférant les concepts *a priori* (c.-à-d.vides, purement verbaux), ils adoptent une attitude proprement platonique (*platonicienne*) et toute spéculative (*contemplative et onirique*) envers les malades mentaux. De ceux-ci, ils négligent et méprisent superbement les misérables organes (*dont, en premier lieu, le cerveau qu'ils ignorent car, trop compliqué pour eux sans doute, il est inutile - voire encombrant, intempestif - à leur argumentation scolastique*). Ces organes ne sont pour eux que des "composantes" dépourvues en soi d'intérêt (*les pièces artificiellement découpées d'un puzzle et détachées*) que la "personne" rassemblerait en elle et auxquelles elle commanderait (*rêve de mauvais poètes mais pas de thérapeutes*). Ils laissent la tâche de l'appréciation de l'état du corps et de l'évaluation des soins à y apporter, aux praticiens d'une médecine ancillaire "banale et conventionnelle" qu'ils accusent d'ignorer "la personne".

> *Cette "tâche ancillaire" est souvent présentée, par ceux de nos promoteurs de la "**Santé Mentale**" les plus imbus d'eux-mêmes et de leurs incohérentes rêveries, comme la caractéristique d'une médecine "mineure", "inférieure ou subalterne", "mécaniste" et "scientiste", qu'ils qualifient de "surtout technique"; ils se félicitent quant à eux d'abandonner celle-ci avec condescendance à ces techno-médecins (des sortes de "plombiers polonais" de la médecine? - serait-on parfois tenté de dire pour reprendre par dérision une stupide métaphore xénophobe, volontairement dévalorisante voire méprisante mais temporairement à la mode), et ils laissent ainsi entendre que ces "techno-médecins" qu'ils désignent avec un dédain évident ne peuvent être qu'indifférents ou insensibles "à la personne" dont ils se borneraient, à la manière de mécaniciens, à rafistoler les pièces défectueuses de "l'organisme"; ils suggèrent que ces béotiens, ces "techniciens" seraient tout juste bons à réparer - vite fait bien fait - les modestes et peu intéressants organes individuels de notre méprisable carcasse matérielle, évidemment en ignorant ou en négligeant "la personne".*
> *La belle représentation de la médecine et des médecins qu'ils se font ainsi et à laquelle, en nous la proposant avec une certaine impudence, ils essayent de nous faire croire, sans doute pour tenter de se valoriser par contraste et ainsi se faire mieux apprécier eux-mêmes! Bien qu'elle ne soit en rien conforme à celle qu'on m'a jadis enseignée, ni à celle que nos généralistes et spécialistes, malgré les obstacles de toutes sortes, s'efforcent de pratiquer de nos jours encore, cette médecine supposée et suggérée correspond, mais à notre époque actuelle, à la distinction faite, bien avant Molière déjà, entre d'une part les médicastres soi-disant beaux penseurs à soutanes et grands chapeaux pointus, et beaux discoureurs de salon mais fort piètres guérisseurs ou soignants, et d'autre part les barbiers, chirurgiens et autres arracheurs de dents, tâcherons incultes des basses besognes qui, **sur le terrain**, s'efforçaient de soulager les malades en se salissant les mains; "des techniciens, quoi!" vous disent nos beaux esprits contemporains surtout pétris de littérature mal digérée et de médiocre poésie, rêveurs omniscients et satisfaits de soi (saouls de leur propre "poésie") quoiqu'inconscients de leurs ignorances, et nombrilistes impénitents de surcroît! (pour être aujourd'hui mieux compris, devrais-je plutôt dire narcissiques?) Sans toutefois s'en rendre compte, ces pseudo-penseurs du sanitaire "psy" se félicitent d'en être restés au temps de Molière, voire de ses prédécesseurs et, comme on le verra plus loin, ils y sont eux-mêmes bien plus englués encore qu'ils ne pourraient imaginer!*

"Culture is crucial, but culture could not exist without mental faculties that allow humans to create and learn culture to begin with."

Steven Pinker: "The Blank Slate",
pp. viii, ix Penguin Books, London 2003, ISBN 0-140-27605-X

L'importance de la culture est cruciale, mais elle n'aurait pu exister en l'absence des facultés mentales permettant aux humains de tout d'abord créer cette culture pour ensuite l'apprendre.

Il n'y a pas beaucoup plus d'un an, le professeur J-P. Olié, psychiatre bien connu (Hop. Sainte Anne, Paris) constatait la confusion et semblait la regretter: "*Pourquoi laisser perdurer la confusion entre psychologie et maladie, au point d'ignorer la réalité de la maladie psychiatrique?*" (Le Monde, 10/01/2005). Curieusement, quelques mois plus tard, c'était pourtant le même psychiatre qui déclarait, mais cette fois à un autre quotidien français (Le Figaro, 06/05/2006): "*La référence à la théorie freudienne et son utilisation sont des outils pertinents dans l'accompagnement et la prise en charge de la souffrance mentale, cela va de soi*". On sait que Sigmund Freud avait fini par reconnaître que l'utilisation de sa psychanalyse, qu'il recommandait pour le traitement des névrosés, n'était cependant pas indiquée pour le traitement de maladies psychiatriques graves telles que la schizophrénie. L'affirmation du professeur Olié, énoncée peut-être pour ne froisser ni les tenants des interprétations "psychologiques" ni ceux de la vision biologique des troubles mentaux, n'est-elle pas précisément une malencontreuse incitation à cette confusion entre psychologie et maladie psychiatrique que lui-même il déplorait précédemment?

Dans ce même deuxième quotidien et à la même date, le Dr F. Caroli, lui aussi psychiatre bien connu exerçant également à Sainte Anne, n'avouait-il pas que "*Les **notions*** (sic) *héritées de la psychanalyse sont toujours en vigueur. Nous avons complètement intégré à notre pratique* [psychiatrique, ndlr] *les **données*** (sic) *de la psychanalyse*" [je souligne]. Mais la psychanalyse nous a-t-elle vraiment légué de légitimes notions et de véritables données, ou bien n'a-t-elle fait que nous asséner pendant des décennies ce qu'il serait assurément au moins aussi (*sinon plus?*) légitime d'appeler des mythes, des légendes et des croyances de nature quasi religieuse (à la manière d'un catéchisme selon St Sigmund, p.ex.), ou encore des fabrications imaginaires et des slogans de nature idéologique, comparables en cela à ceux contenus dans certain petit livre rouge (lors d'une certaine "*révolution culturelle*")?

Et qui donc peut sincèrement prétendre soigner et guérir les psychoses grâce à un endoctrinement basé sur des croyances non fondées et par la seule suggestion, sinon l'un ou l'autre prophète (*ou ses disciples*), à coup sûr aussi allumé que ses patients et adeptes sont eux-mêmes perturbés, ou un gourou intéressé et avide d'ascendant sans partage sur ses ouailles, ou peut-être pire encore, un dictateur, un autocrate seul inventeur et détenteur du dogme que non seulement il autorise mais qu'il impose à son pays? Tous ceux qui prétendent "*intégrer*" de prétendues "*notions*" et "*données*" inventées et imaginaires à leur pratique thérapeutique, ne donnent-ils pas l'exemple (*pour le moins détestable*) d'un amalgame contre nature (et aux ingrédients en proportions très inégales): celui qu'ils font, d'une part de la crédulité et de la soumission au dogme, de la révérence sans limites pour l'argument d'autorité, du mépris (*du rejet!*) de la raison qui entraîne l'incapacité à penser logiquement, c.-à-d. la démission de fait de l'intelligence et le déni de l'esprit critique, avec, d'autre part et à l'opposé, le devoir de doute raisonné, la rationalité et la reconnaissance rationnelle de faits bien établis: celle des altérations cérébrales bien organiques, c.-à-d. bien concrètes et avérées aujourd'hui?

Parmi les psychiatres francophones, même les plus médiatisés et les plus souvent cités pour leur "autorité" semblent ne pouvoir s'empêcher de cultiver la confusion, en égrenant, au fil du temps, de multiples propositions des plus contradictoires. Un exemple caractéristique de cette remarquable versatilité nous est fourni par le Professeur Edouard Zarifian (Les Jardiniers de la Folie, Ed. Seuil, Points, Paris 1994). Il y écrivait "*Une autre revendication de la psychanalyse est d'être un outil thérapeutique. C'est là que le bât blesse le plus. Si c'était vrai, depuis plus de cent ans, cela finirait par se savoir... Objectivement, il vaut mieux ne pas être malade pour*

entreprendre une analyse...". C'est le même psychiatre (auquel certains pourtant attribuaient le mérite - et d'autres peut-être le lui reprochaient - d'avoir, au moins un temps, soutenu l'approche "biologique" de la psychiatrie) qui déclarait aussi (Le Monde, 13/04/04): "*Seul l'échange intersubjectif par la parole permet de soulager durablement la souffrance psychique*", semblant à présent oublier que les psychothérapies par la parole auxquelles il se référait sont toutes, de près ou de loin, apparentées à la psychanalyse. C'est encore à ce psychiatre qu'on doit l'affirmation selon laquelle "*Aucun résultat utile au quotidien pour le diagnostic ou pour les soins n'a été obtenu [par la psychiatrie biologique]*".
Et, selon certains (*Coupechoux, op. cit., p. 313*), ce professeur faisant autorité dans le monde de la psychiatrie, disait aussi, dans une allusion aux médicaments psychotropes et à l'industrie pharmaceutique: "*L'industrie de la santé ne guérit pas; sinon elle périrait*". Cet éminent psychiatre ne semblait pas réaliser que sa belle formule rhétorique pouvait tout aussi bien, et peut-être encore bien mieux qu'on ne le croit, s'appliquer à la psychiatrie elle-même toute entière telle qu'il la préconisait et telle qu'elle est majoritairement mise en pratique chez nous. Mais sans doute pourraît-elle encore avantageusement être amendée en: "***Notre pratique de la psychiatrie ne guérit pas; mais tant qu'on n'en saura rien, elle ne périra pas***".

Aujourd'hui, c'est notre ministre fédéral de la Santé Publique lui-même, lui qui pourtant se flatte d'être d'abord (*de n'être que?*) ministre et pas technicien (*v. article Quatre Ans*), qui veut rendre désormais officielle et reconnue la confusion entre une psychiatrie se consacrant au traitement et aux soins des malades mentaux chroniques, et une "**Santé Mentale**" pseudo-psychologique et pseudo-sociale se souciant surtout de ***distraire*** les défavorisés sociaux de leurs petits et gros problèmes quotidiens et les malheureux de leurs malheurs socioéconomiques récurrents en leur faisant suivre des (psycho)thérapies et des stages de "formation" ou "occupationnels" divers au lieu de leur donner: les véritables ***moyens de vivre***, ce qui peut-être et par surcroît, leur donnerait aussi le ***temps pour trouver*** par eux-mêmes leurs raisons personnelles de vivre.

En introduction à un "colloque" qu'il organisait récemment à Bruxelles à l'intention des divers représentants d'associations de psychothérapeutes (*v. http://www.squiggle.be/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=64*), il annonçait et justifiait son avant-projet de loi réglementant l'accès au titre et la reconnaissance officiellement autorisée de l'exercice de la profession de psychothérapeute.
Les "techniciens" entourant et conseillant le ministre et qui lui ont peut-être rédigé son texte de présentation n'y ont pas vraiment mis beaucoup de nuances ni les précautions oratoires qu'on aurait pu espérer. Qu'on en juge plutôt par ces deux courts extraits, exemples qui suffisent à se faire une opinion sur le niveau d'expertise, la hauteur de(s) vue(s) et la profondeur des réflexions [des conseillers] du ministre en matière de "**santé mentale**". (*Je traduis du néerlandais*): "*Depuis quelques années, on sait, en médecine contemporaine, qu'il est possible d'être malade sans souffrir. [On sait que] Par contre, il est tout autant possible de souffrir sans être malade ou, plus précisément, de souffrir d'autre chose que d'une maladie. La solitude, les échecs répétés, la culpabilité, l'angoisse... entraîneront souvent une souffrance psychique plus ou moins aiguë, envahissante, socialement invalidante.*" (*"depuis quelques années" [enkele jaren]: ces "derniers temps", ses conseillers semblent lui en avoir appris, des choses, à Mr le Ministre, non?*)

Pour justifier le contenu de sa proposition d'avant-projet de loi devant un parterre de "psys" convoqués pour l'occasion (*et pour prendre le vent...*), Mr Rudy Demotte, une fois de plus et comme on pouvait s'y attendre, a évoqué "*l'accroissement de la demande faite aux acteurs de la santé mentale*". Parmi les causes qui, selon lui, "expliqueraient" cet accroissement, il cite : "*un changement global de la représentation de la santé mentale par l'ensemble du corps social*".
C'est là un parfait exemple d'affirmation gratuite quoique pas si désintéressée que cela. En réalité, la représentation de la **Santé mentale** que se ferait "l'ensemble du corps social" d'après Mr le Ministre, c'est la représentation tendancieuse que notre ministre lui-même, ainsi que certains "intervenants" de la "Santé Mentale", voudraient accréditer dans l'opinion publique: le premier croit sans doute pouvoir ainsi diminuer les dépenses proprement médicales qui grèvent son budget, tout en désarmant quelque peu les bruyantes revendications de plus en plus pressantes des seconds; ces derniers, pour leur part, en criant à la surcharge de travail, espèrent

obtenir du pouvoir politique plus de moyens et d'avantages pour les membres de leurs diverses corporations devenues pléthoriques et se concurrençant inégalement entre elles.

A cause du vieillissement de la population (l'allongement de la durée de vie) et des progrès de la médecine permettant de soigner un nombre de plus en plus grand de pathologies auparavant rebelles, les dépenses de "soins de santé" ne peuvent aller qu'en s'accroissant. Il est donc facile d'accuser, très régulièrement et très ouvertement les médecins de pousser à la ***surconsommation médicale et médicamenteuse***, et de ne pas veiller à faire des économies. Les ministres de la Santé publique successifs ne se privent pas de lancer ces accusations, même quand eux-mêmes ou d'autres ministres profitent personnellement (*et parfois très médiatiquement*) des "progrès médicaux techniques" (*mais ce sont des Ministres, bien sûr*). Les accusations de ***surconsommation*** sont très généralement fausses, mais elles sont de bonne démagogie en proposant des boucs émissaires (*la méthode en est ancienne et bien rodée, elle marche toujours*).
Chez les médecins aussi, la demande augmente, nous dira-ton, et pas seulement chez les psychothérapeutes. Toutefois, les résultats et succès thérapeutiques des médecins sont eux-aussi proportionnellement en progrès, comme le prouvent, dans le monde entier, les statistiques indiscutables dont nous disposons pour diverses pathologies. Et ces progrès doivent-ils être refusés à ceux qui pourraient en bénéficier?

En va-t-il de même des progrès pour les résultats thérapeutiques des soins des affections mentales chroniques? Les statistiques de la "**Santé Mentale**" (*pour autant qu'il en existe de fiables dans notre pays*) font-elles état, elles aussi, d'une progression favorable des succès thérapeutiques et sociaux dûment constatés, qui croîtraient parallèlement ou proportionnellement à "l'accroissement de la demande des psychothérapies"? On peut habituellement déduire des déclarations ministérielles sur le sujet que, bien au contraire, les succès thérapeutiques des psychothérapies seraient loin de s'accroître en proportion de la prétendue croissance de la demande. Comment se fait-il alors que, en "Santé Mentale psy", contrairement à ce qui se passe pour la soi-disant "médecine somatique" où les médecins sont montrés du doigt et accusés de favoriser la ***surconsommation***, on n'accuse jamais les psychothérapeutes de délibérément et inutilement gonfler la demande et d'ainsi inciter, eux aussi, à la ***surconsommation***?

Un peu plus loin dans sa présentation, se laissant surprendre à malgré tout parler de "***maladie*** mentale" (celle dont sans doute on souffrirait sans qu'elle soit une maladie bien qu'elle en serait une tout de même, on ne sait pas trop?), Mr le Ministre nous dit: "*La maladie mentale a ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas.*" (*mais gardons-nous bien, Mr le Ministre, de dire ce qu'est "une réponse uniquement sanitaire", et n'en disons pas davantage non plus pour préciser en quoi devrait consister le complément "non sanitaire" nécessaire pour rendre la réponse suffisante!*)

Et, dans la foulée de ce qui précède, Mr Rudy Demotte nous affirme, sans le moins du monde se départir de cette assurance imperturbable dont il semble coutumier (*pensez donc, il est Mr le Ministre!*): "*Ainsi, les pratiques relatives au psychisme ne prennent leur point de départ que dans la demande du patient et il est essentiel que celui-ci puisse choisir lui-même son thérapeute et son orientation.*" (*ceci est une affirmation bien inexacte qui trahit, de manière éclatante, la profonde méconnaissance des **maladies** mentales et de leurs victimes dans laquelle les conseillers de Mr Rudy Demotte maintiennent leur ministre; il est vrai qu'il n'est pas un technicien*, *mais un Ministre qui peut planer loin au-dessus des détails techniques et se reposer pour cela sur ses propres experts conseillers [aux compétences et diplômes officiellement reconnus d'avance?]*).

Nous nageons en pleine confusion, dans l'ambiguïté délibérée: dans le mal-vivre qu'on fait passer pour maladie mentale, et vice-versa. Toute cette souffrance que nos politiques ont mis tant d'années à découvrir et sur laquelle ils affectent depuis peu de verser de tardives larmes (*de crocodile?*), ils lui donnent un seul nom: la "souffrance psychique", et ils ne se soucient surtout pas de savoir si elle résulte des conditions défavorables de vie ou si elle est la conséquence de la

constitution physique (c.-à-d. biologique) des personnes en souffrance.
Ainsi, ils peuvent commodément croire et laisser croire que les mêmes moyens pour la soulager s'appliqueront indifféremment à tous ceux dont on dira qu'ils "souffrent psychiquement", quelles que soient les origines, les causes et les mécanismes de leur "souffrance". Il est plus facile de tout englober en désordre dans la "**Santé Mentale**" que de distinguer entre psychologie et maladie psychiatrique. D'ailleurs, bien des "experts" qui espèrent la reconnaissance de leur "diplôme" et la protection de leur pratique par la loi, en dépit de leur expertise proclamée se refusent à faire cette distinction car, une fois poussés dans leurs derniers retranchements, souvent ils avouent en être incapables (*c'est un aveu constaté au cours d'une émission déjà ancienne passée à la RTBF*). Désormais, tous les diplômes de psychothérapeutes qui se réclameront de cette "Santé Mentale" qu'on nous propose, cette institution enveloppée d'un brouillard protecteur toujours aussi épais, pourront recevoir la bénédiction [du projet de loi] de Mr le Ministre.

Les "clients" et "patients souffrant d'autre chose que d'une maladie" y verront-ils plus clair qu'aujourd'hui pour faire leur choix? Auront-ils plus de chances qu'aujourd'hui de trouver le "thérapeute" qui leur convient? Les charlatans dont nos ministres voulaient nous protéger (*nous, les patients et les autres "thérapeutes", ces seuls bons thérapeutes qu'on voulait préserver de la "concurrence déloyale" des charlatans!*) seront-ils effectivement écartés des psychothérapies? Comme on dit, seul l'avenir nous le dira (*ce qui signifie qu'on n'en sait absolument rien*).

Mais, dans tout cela, avez-vous remarqué qu'il n'est jamais question de ceux qui souffrent de ce qui est ***vraiment*** "une maladie"? Tout ce remue-ménage ministériel et "psy" laisse en réalité les vrais malades mentaux en carafe. Ces malades-là, personne ne semble en avoir **cure** (*sans doute parce que chez ces vrais malades-là, tous les "psys" héritiers de Freud, grands amateurs de calembours et autres jeux de mots ou lapsus "révélateurs", savent depuis longtemps - depuis Freud et Lacan - mais sans plus l'admettre ouvertement de nos jours, que la "cure" psychanalytique est, d'avance, vouée à l'échec*).

Il n'y a que peu d'années encore, tout un chacun savait que la souffrance morale, celle qui n'est pas la manifestation d'une maladie, celle où, comme dirait le ministre, on souffre d'autre chose que d'une maladie, cette douleur ou cette souffrance est une composante normale de la vie de chacun dont elle ne peut jamais être complètement absente. Personne n'a jamais pu s'attendre à vivre sa vie durant et à tout instant dans une béatitude permanente, tout en étant capable d'apprécier vraiment cet état comparable à une sorte de sérénité stupide (à part peut-être de rares "*débiles mentaux*"). Et tout le monde a toujours su que cette souffrance purement morale (qu'aujourd'hui il est de bon ton d'appeler "psychique"), quand elle survenait, on la surmontait le mieux en en parlant avec une personne qu'on choisissait soi-même parmi celles qu'on connaissait ou que parfois même on rencontrait par hasard: parce qu'on savait (ou on sentait) qu'on en serait écouté, parce qu'on savait qu'on n'en serait pas jugé, parce qu'on sentait qu'il/elle écoutait avec empathie.On savait aussi que, désintéressée, cette personne n'éprouvait pas nécessairement le besoin de se faire payer en retour de son écoute et du temps qu'elle y aurait passé. Quand pareille personne de confiance n'était pourtant pas disponible, les croyants pouvaient quand même encore se tourner vers le prêtre de leur religion.

Quelle est donc cette époque que nous vivons, dans une société que nous avons pourtant construite (*mais l'aurions-nous donc rendue généralement impossible à vivre sans tous ces divers psychothérapeutes?*), que sommes-nous tous devenus pour n'être plus capables *(ni avoir le droit?)* de parler en confiance de nos problèmes purement "psychologiques" et moraux à qui nous plaît et quand nous en éprouvons l'envie, voire le besoin? Ne pouvons-nous plus nous confier à nos semblables et à nos proches et amis, ***à moins qu'ils ne soient porteurs d'un diplôme*** qui les habilite officiellement et les autorise très légalement à nous écouter et à parfois nous conseiller, de telle sorte qu'ils puissent se faire payer pour cela et que l'Etat (la sécurité sociale) nous en rembourse la dépense? Faudrait-il donc qu'à chaque survenue d'une difficulté, chaque "échec", la "solitude", la "culpabilité" (??) etc., ces maux "psychiques" que Mr le Ministre énumère tel un bon écolier à qui on en aurait dicté la liste, il n'y ait plus comme seuls recours que "l'aide"

qu'on achète à des étrangers, des inconnus, aux "psys" professionnels autorisés par un diplôme légalement reconnu, ou celle des "équipes de soutien psychologique" qui surgissent un peu partout à la moindre alerte, ces fonctionnaires "psy" anonymes pleins d'une empathie standard visiblement de commande mais en réalité indifférents, peu "concernés"? (*des "professionnels" et techniciens du psychisme, quoi!*)

Si telle est "*la représentation de la 'Santé Mentale'* " que Mr le Ministre Rudy Demotte et ses conseillers, techniciens et experts psys veulent attribuer à "*l'ensemble du corps social*", je crains qu'ils ne soient guère en réelle harmonie avec l'ensemble d'un corps social auquel, selon une habitude bien connue chez les psychanalystes, ils prêtent plus leurs propres désirs et fantasmes et voudraient l'en convaincre, qu'ils ne se basent sur ses véritables besoins auxquels, de toutes façons, ils ne sauraient comment répondre utilement.

Parmi les participants de ce "colloque" (26/04/2006) organisé par le Ministre Rudy Demotte, un universitaire psychanalyste a manifesté son approbation pour l'avant-projet de loi annoncé par le ministre. Il a affirmé, ce dont on ne peut que tomber d'accord avec lui, que "*tout psychothérapeute se devrait d'avoir une excellente culture générale qui le rende apte à décoder le monde où lui et ses patients évoluent.*" Mais peut-être le moins eût-il alors été de donner lui-même l'exemple de cette culture qu'il réclamait des psychothérapeutes. Sa vision personnelle très lacunaire de l'histoire de la médecine occidentale, et sa compréhension (?) toute superficielle et approximative de la signification des travaux et des écrits de Claude Bernard - qu'il aurait certainement mieux fait d'éviter de mentionner - sont pour le moins et malheureusement, fort peu convaincantes d'une "*excellente culture générale*".
Peut-être aurait-il pu aussi se dispenser de faire étalage de sophismes dépourvus de sens tels que:"*Car l' "organisme", proche parent de l'animal machine" engendré par le dualisme de Descartes, n'a rien àvoir bien entendu avec un corps, ni avec un patient réel*" (*sic, et bien entendu!*).
Et si, toujours selon cet enseignant universitaire, "*...sur plusieurs siècles, l'histoire de la médecine se confond surtout avec celle du placebo...*", ce ne serait là qu'une distortion rétrospective, une allusion à une réécriture expurgée (*freudienne*) de l'histoire de la médecine (*et le concept comme le mot de placebo, dans leur acception actuelle, ne datent que du milieu du XXème siècle!*). Que dire alors de notre histoire bien plus récente du diagnostic et du traitement des affections mentales, qui n'a qu'à peine plus de cent ans: bien plus actuelle et moderne que ce pauvre précurseur isolé qu'était en son temps Ambroise Paré dont on ne voit guère ce que sa mémoire vient faire dans cette galère (*et qu'on ne cite que parce que cela fait "**culture générale**"?*): cette histoire-là, elle se confond avec quoi?
Cette Santé Mentale qu'on nous fignole encore un peu plus aujourd'hui n'est effectivement elle-même qu'un monstrueux placebo verbal permanent auquel il manque ses indispensables contrôles concrets (*les "témoins"****), elle ne se distingue qu'en peu de chose de la médecine de Diafoirus père et fils.***
Cet universitaire s'est aussi déclaré satisfait que le projet du ministre "*contrairement au DSM, (il) ne se prête en rien à la médicalisation de la souffrance sociale*", ce que pourtant une lecture consciencieuse du DSM ne permet pas d'y trouver, alors que par contre, sans l'avouer et à mots détournés, le projet ministériel (et ses sympathisants de la "**santé mentale**"), militent constamment et quasi uniquement pour la "psychologisation" de cette ***souffrance sociale.***
Parlant de souffrance psychique (elle a bon dos), ils avaient jusqu'à présent soigneusement évité de mentionner la "souffrance sociale", mais le mot leur a finalement échappé. Serait-ce un "***lapsus freudien***"?

Et les malades mentaux psychotiques et chroniques, que deviennent-ils dans tout ce verbiage, que fait-on donc pour améliorer leurs conditions de vie? Comme je l'ai dit plus haut, personne ne semble en avoir cure. Et cela risque de continuer tant qu'on prétendra ne se préoccuper que de cette "**Santé Mentale**" qui permet d'oublier et de négliger, à la fois le "socioéconomique" et tout ce qui relève réellement d'une psychiatrie digne de ce nom.

Première publication: **19 Juin 2006** ***(J.D.)*** Dernière modification: **11 Décembre 2006**

INVENTER UN NOUVEAU NOM CREE-T-IL UNE NOUVELLE CHOSE? SUPPRIMER UN NOM ABOLIT-IL L'EXISTENCE DE CE QU'IL DESIGNAIT?

DECRIRE DES PHENOMENES DONT ON NE CONNAÎT NI LA NATURE NI LES CAUSES, TOUT EN NE SE PAYANT QUE DE MOTS, N'EST-CE PAS S'ETOURDIR SOI-MÊME ET AUTRUI DE SONS DEPOURVUS DE SENS?

"*What's in a name? that which we call a rose*
by any other name would smell as sweet."
William Shakespeare: Romeo and Juliet, II, ii, 1-2
(*Qu'y a t-il dans un nom? Ce que nous appelons une rose,*
sous quelqu'autre nom sentirait aussi bon.)

"*L'homme est naturellement métaphysicien et orgueilleux;*
il a pu croire que les créations idéales de son esprit qui correspondent
à ses sentiments représentaient aussi la réalité."

... "En résumé, il faut savoir que ***les mots que nous employons*** *pour exprimer les phénomènes,* ***quand nous ignorons leurs causes, ne sont rien par eux-mêmes****,*
et que, dès que nous leur accordons une valeur dans la critique ou dans les discussions,
nous sortons de l'expérience et nous tombons dans la scolastique." *(j'ai souligné)*

"*En science, le mot de critique n'est point synonyme de dénigrement:*
critiquer signifie rechercher la vérité en séparant ce qui est vrai
de ce qui est faux, en distinguant ce qui est bon de ce qui est mauvais."...
(la science, pour certains, serait-elle "manichéenne"?)

Claude Bernard: Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris 1865

Récemment, la BBC (Radio et Télévision britannique) a fait état de discussions auxquelles ont pris part des "experts" et psychiatres universitaires anglais à propos de la pertinence du terme de "schizophrénie", les uns se regroupant et menant campagne (**C**ampaign to **A**bolish the **S**chizophrenia **L**abel: "CASTLE") pour que l'emploi de ce mot comme diagnostic soit aboli, les autres pour qu'il soit, au moins temporairement, conservé malgré l'indétermination et l'imprécision de son contenu (*voyez les liens - en anglais - http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/6033013.stm et http://www.schizophrenia.com/sznews/archives/004045.html*).

Ces débats totalement stériles ne datent certes pas d'aujourd'hui, mais les psychiatres, psychologues et psychanalystes ne semblent pas s'en lasser. Parmi ceux qu'on pourrait appeler les "***abolitionnistes***" du nom, les uns disent, non sans bonnes raisons, que le concept de schizophrénie est dépourvu de toute valeur scientifique, ils rappellent qu'on rassemble ainsi sous une même étiquette un grand nombre de "problèmes" différents, ce qui perpétue l'illusion que tous ceux affligés de ces différents problèmes "psys" seraient atteints d'une même affection cérébrale; cette illusion encouragerait à donner la préférence aux traitements médicamenteux non spécifiques (*et parfois à doses excessives et dangereuses*) au détriment des psychothérapies. Ils pensent qu'il est possible de cibler les traitements et l'aide psychologique sur les "symptômes" individuels de chaque patient et d'obtenir ainsi des effets thérapeutiques significatifs.
(*Ceci est toutefois loin d'avoir été prouvé en ce qui concerne les patients psychotiques, et il n'y a pas et ne peut aujourd'hui y avoir, contrairement à ce qu'on affirme souvent, des traitements, qu'ils soient "psychologiques" ou médicamenteux, qui seraient "spécifiques des symptômes", car leurs causes sont inconnues. Depuis le temps qu'on se vante de "soigner" ces affections, on ne*

se serait certainement pas privé de présenter à grand bruit les succès thérapeutiques véritables, durables et vérifiables ainsi obtenus, ***si on avait pu en faire état****. S'ils sont toujours annoncés et promis, on attend pourtant toujours de les voir. - J.D.*).

D'autres ***abolitionnistes***, parmi lesquels certains (*devinez lesquels...*) s'obstinent à imaginer que les troubles schizophréniques résultent "d'abus" (*sexuels etc.*) subis pendant l'enfance (*idéologie controuvée et aujourd'hui heureusement en nette perte de vitesse*), pensent, ***à tort***, que le terme de schizophrénie ***entraîne*** et véhicule tout à la fois et pêle-mêle les faits et idées de violence (*faux*), de dangerosité (*vrai et faux*), d'imprévisibilité (*vrai*), d'incurabilité (*vrai*), du besoin permanent d'une médication à vie (*vrai*), et l'incapacité au travail (*vrai et faux*). Ils disent: "*On ne peut assez souligner à quel point cette appellation [de schizophrénie] est stigmatisante.*"
J'ai toutefois beaucoup de mal à comprendre comment on peut espérer que la suppression du mot "schizophrénie" pourrait en quoi que ce soit améliorer la perception et la compréhension des affections regroupées sous ce nom, puisque leurs victimes n'en disparaitraient pas ni ne s'en porteraient mieux pour autant. Contrairement à ce que certains s'imaginent et s'efforcent de nous faire croire, pas plus que n'a jamais été efficace la "politique de l'autruche", ***supprimer un nom ne fait pas disparaître la chose qu'il nomme et n'en change pas non plus les caractéristiques***.
A la suite de Shakespeare (dont je suis tenté de croire qu'il était plus fin psychologue que certains de nos experts actuels et sans doute au moins aussi raisonnable), on pourrait dire: "*What's in a name? Those whom we call schizophrenics, by any other name would not fare any better.*"

Quant à ceux des "experts" qu'il faudrait bien appeler ***conservateurs***, ils prônent de garder le mot de schizophrénie pour des raisons pratiques: d'après eux, ce diagnostic est le seul moyen de distinguer les malades qui seraient atteints de ce syndrôme flou nommé schizophrénie, de ceux qui seraient affligés d'autres syndromes psychiatriques (*d'ailleurs tout aussi flous*), pour alors leur prodiguer les traitements les mieux adaptés à "leur cas"; certains d'entre ces thérapeutes seraient néanmoins prêts à remplacer le terme "***déplaisant***" de schizophrénie par celui de "*dysrégulation de la dopamine*", qui selon eux reflèterait mieux ce qui se passe dans le cerveau d'une personne psychotique. (*L'affirmation est par ailleurs discutable, et l'appellation proposée est aussi "fourre-tout" que celle de "schizophrénie"*). Pareil "diagnostic" lui aussi, selon moi, par une sorte d'inévitable effet de mode bien connu, risquerait fort de devenir rapidement tout aussi "stigmatisant" que n'importe quel autre vocable psychiatrique (*voyez l'histoire et le sort actuel des termes tels que crétin, schizo, microcéphale, oligophrène, etc., etc.*).

Mais à y bien réfléchir, en quoi ces interminables discussions byzantines constituent-elles un réel progrès des connaissances sur ces troubles mentaux qu'on regroupe sous l'appellation de "schizophrénies"? Et en quoi ces sempiternelles ou récurrentes arguties de nos experts apportent-elles une amélioration aux thérapeutiques et au sort des malades schizophrènes? Elles occupent les experts qui en disputent à perdre haleine et, pendant ce temps, négligent de rechercher (*avec quelque rigueur*) les vraies causes des psychoses et oublient de traiter les malades *("Tu dors, Brutus, et Rome est dans les fers";* Voltaire, *La mort de César, II, 2)*.

A force de ne jamais croire qu'en la vertu des seuls mots dont on fait de belles phrases trop souvent dépourvues de sens, certains finissent par oublier que les descriptions, que grâce à ces mots l'on fait des choses et des phénomènes, sont toujours incomplètes et inexactes. Les mots ne donnent aucune idée d'un parfum si on ne l'a pas déjà senti, on "n'explique" un parfum qu'aux parfumeurs et à ceux qui sont exercés à sentir, pas aux naïfs enrhumés, pas aux anosmiques. Les mots ne décrivent pas non plus une oeuvre musicale à qui ne l'écoute pas ou ne l'aurait pas déjà entendue, et on ne peut la faire imaginer aux sourds de naissance.

Il en va de même pour ce qu'on appelle les psychoses, qu'on ne peut décrire et "expliquer" que très partiellement et alors seulement à ceux qui, en permanence, vivent avec ceux qui en sont atteints. Ceux-là, ils comprennent les descriptions qu'on leur fait de ces affections, parce qu'ils s'y retrouvent aussitôt en pays de connaissance. D'autres qui, par contre, tout en se disant "experts", n'aiment pas ces descriptions et les déclarent simplistes, incomplètes et inexactes, on peut penser que, sans doute, leur imagination hypertrophiée l'emporte sur leur peu d'esprit critique, s'y

substitue et les rend inattentifs et peu réceptifs à ***une réalité*** qu'ils ne vivent pas eux-mêmes. Forcément, les descriptions de la réalité qui s'efforcent de ne tenir compte que des faits d'observation en se gardant de les interpréter abusivement, pareilles descriptions ne leur parlent pas un langage compréhensible pour eux, qui ne peut que décevoir les attentes de leur imagination. S'ils veulent réellement aider les malades, ils devraient vivre plus avec eux et mieux tenir leur imagination en bride.

Première publication: **23 Octobre 2006** ***(J.D.)*** Dernière modification: **23 Octobre 2006**

Les ABUS DE LANGAGE entraînent d'abord l'AMBIGUITÉ et les INCOHÉRENCES, les INCONSÉQUENCES ensuite, et enfin les ABUS DE CONFIANCE

"We each populate Pluto's Republic according to our own prejudices: for me, its most prominent citizens are IQ psychologists, and all psychotherapists who apply psychotherapy to the victims of organic diseases of the nervous system."

Peter Medawar (Prix Nobel de médecine 1960): **Pluto's Republic**, p. 1.
Oxford University Press, Oxford - New York 1983, ISBN 0-19-217726-5

(Chacun peuple la "République de Pluton" en accord avec ses préjugés personnels: ainsi, pour moi, ses citoyens les plus importants sont les psychologues du Q.I. et les psychothérapeutes qui ont recours à la psychothérapie pour traiter les victimes d'affections organiques du système nerveux.) (la "République de Pluton": contre-exemple péjoratif de "la République" de Platon. ndlr)

Récemment (v. *Confusion*), Monsieur Rudy Demotte, notre ministre fédéral de la Santé, des Affaires Sociales, etc., etc., devant un parterre de "professionnels de la santé mentale" à qui il présentait son "avant-projet" de loi visant à règlementer la profession de psychothérapeute, a déclaré du haut de son autorité ministérielle:

> "***Depuis quelques années, on sait, en médecine contemporaine, qu'il est possible d'être malade sans souffrir. [On sait que] Par contre, il est tout autant possible de souffrir sans être malade ou, plus précisément, de souffrir d'autre chose que d'une maladie. La solitude, les échecs répétés, la culpabilité, l'angoisse... entraîneront souvent une souffrance psychique plus ou moins aiguë, envahissante, socialement invalidante.***"

De toutes parts et depuis pas mal de temps, on nous parle abondamment de la "***souffrance psychique***", toutefois sans jamais nous dire en quoi elle consiste, sans nous expliquer ce qu'elle a de particulier ou de spécifique, en se bornant simplement, en la nommant, à évoquer le spectre de cette chose nébuleuse, spectre d'autant plus menaçant et inquiétant que la chose est moins définissable, donc moins définie. Cette surprenante discrétion portant sur un sujet pourtant si souvent abordé peut laisser supposer que tout le monde devrait, d'avance, savoir ce qu'est cette souffrance "psychique" (*même ceux qui pensent ne pas l'éprouver et n'en avoir jamais souffert),* sans qu'on ait jamais jugé nécessaire ni utile de l'expliciter. Tout ce qu'on daigne nous suggérer à son propos, c'est qu'elle est distincte de la douleur physique, et certains psys "précisent" encore que ***"la souffrance psychique n'est pas forcément une maladie"*** (sic, *cf Dossier de Presse - http://www.squiggle.be/PDF_Matiere/Plate_forme_2006.pdf - de la "Plate-forme Psysm des professions de la santé mentale"*). Tout au plus pourrait-on parfois tenter d'imaginer que cette "***souffrance psychique***" aurait quelque lointaine parenté ou ressemblance avec une banale douleur morale, mais cette dernière dénomination, d'apparence sans doute trop banale en effet, ne semble pas jouir d'une aura suffisamment suggestive ni inquiétante pour avoir droit de cité dans les discours "psys". On suggère habituellement, en y insistant aussi lourdement que possible, que cette ***"souffrance psychique"*** particulière constituerait une détérioration de la ***"santé mentale"*** *(toutefois, tant l'un que l'autre de ces deux concepts très flous n'est jamais qu'une "idée métaphysique" qui ne peut être clairement définie, si bien que quiconque, selon ses désirs, l'opportunité et les circonstances ou encore la mode du moment, peut y mettre et y trouver - ou en exclure - tout ce qu'il veut, ce qui lui plaît - ou déplaît)*.

Monsieur le Ministre Demotte affirme avoir connaissance d'au moins quelques unes des causes de la "***souffrance psychique***". En effet, il y fait allusion: ce sont ***la solitude, les échecs répétés, la culpabilité*** *(mais il reste curieusement muet sur les mystérieuses* ***fautes*** *à l'origine de cette dernière, sans doute les trouve-t-il trop honteuses pour les dévoiler ou, pourrait-on sans doute mieux dire, pour les confesser?)*, ***l'angoisse*** *(peut-être du lendemain, de l'avenir incertain pour*

soi-même, pour ses proches et pour ses enfants, de l'insécurité, du terrorisme annoncé, du chômage qui nous guette, des échéances de dettes auxquelles on ne sait comment on pourra faire face, etc., etc. ?)

Puisque, de l'aveu même de Monsieur le Ministre, les causes de cette ***"souffrance psychique plus ou moins aiguë"*** lui seraient connues et peuvent être "***autre chose qu'une maladie***", comment comprendre qu'on prétende y apporter des apparences de remèdes qui, plutôt que de très logiquement s'attaquer directement à ces causes (bien connues?) pour les éradiquer ou pour au moins en atténuer les effets, se dilueraient à l'infini dans ce que Monsieur le Ministre appelle *la* "***santé mentale***" *[ce fourre-tout commode de l'indéfinissable]*?

Comment comprendre qu'on ne veuille s'attaquer qu'au "*tout symptomatique*" de cet ***envahissant*** "*mal-[de]-vivre* ***socialement invalidant*** " que serait la "***souffrance psychique***", sans combattre ses "causes profondes" (*n'est-ce pas une démarche comparable à celle qui consisterait à coller une rustine toute virtuelle et symbolique à côté du clou négligemment mais délibérément laissé dans le trou du pneu qu'il a crevé*)? Pareille attitude est pourtant très voisine de celle depuis longtemps dénoncée par ceux de nos "psys" qui vitupèrent contre ce qu'ils appellent la "***techno-médecine***". Nos responsables politiques voudraient-ils donc à leur tour inventer et mettre en place un système "de soins" qu'on devrait, par une analogie qui s'impose irrésistiblement, appeler d'un néologisme inspiré du précédent - en quelque sorte son symétrique en miroir - tout aussi péjoratif et dédaigneux, voire "méprisant": les "***psycho-thaumaturgies***"?

Tout ce qu'on vient d'évoquer ne sert au politique et à certains "professionnels" que de prétexte - ou de justification - mais aussi de **diversion**! pour règlementer officiellement (par la loi) le titre de psychothérapeute; les psychothérapies, comme leur nom semble l'indiquer, étant censées soigner ***"les souffrances psychiques"***. Le souci de nos ministres de la Santé successifs et de l'actuel ministre en exercice se justifiait, paraît-il, d'abord par l'importance accordée par celui-ci à "***garantir la sécurité à ceux qui exercent le métier de psychothérapeute de manière honorable et d'écarter les charlatans.***" (sic, v. *Cinq Ans; remarquons en passant que l'intérêt des "souffrants", des* ***vrais*** *malades parmi eux, est ici passé sous silence, il semble ne venir, au mieux, qu'en second dans les préoccupations du ministre, laissant ainsi supposer - à tort ou à raison? - qu'il pourrait n'y occuper, en effet, qu'une place d'importance toute secondaire ou subsidiaire)*.

En bref, cette fameuse garantie de "sécurité des professionnels" *(pas celle des patients!)* devrait découler du fait que tous les psychothérapeutes *"reconnus officiellement"* auraient obtenu leur(s) diplôme(s) après avoir suivi un curriculum d'études publiquement défini, dispensé par des instituts d'enseignement soit universitaires soit supérieurs, agréés et homologués par l'Etat. Les programmes et la durée de ces études, tout comme ceux d'autres études conduisant à diverses professions (entre autres exemples possibles: pour les médecins et professions paramédicales, pharmaciens, avocats, ingénieurs, etc.), devraient être définis officiellement et leur conformité à ces définitions devrait évidemment être vérifiable, par exemple par le ministère de l'Instruction Publique (*et/ou celui de la Santé?*).

Aussi pouvait-on aisément pressentir que **deux grands types de difficultés** surgiraient inévitablement, résultant de la volonté du pouvoir politique de légiférer sur les psychothérapies et les qualifications des psychothérapeutes.

La **première difficulté** du projet était déjà contenue dans le préambule de sa présentation par le ministre, et différentes associations professionnelles de "psys" le disent plus clairement encore: selon eux, la ***"souffrance psychique"*** *peut être une maladie, mais* ***elle ne l'est pas forcément***. Certains soutiennent, à mon avis assez raisonnablement, que quand on envisage de soigner un ***malade***, mieux vaut, très logiquement, pour le psychothérapeute traitant *(et, dirais-je volontiers, sûrement aussi pour le patient),* s'adjoindre le concours d'un spécialiste médecin (neurologue, psychiatre) et au moins en consulter un préalablement à tout traitement "psy". Les projets antérieurs des prédécesseurs de Mr le Ministre Rudy Demotte avaient déjà tenté de tenir compte

de cette nécessité, mais ils s'étaient heurtés à l'opposition de nombreux "psys" (en majorité membres de "mouvances" psychanalytiques) jaloux de leur "liberté diagnostique et thérapeutique" et craignant de la perdre (*par **inféodation** [sic] aux médecins)*.

> **Toutefois, une question délicate se pose aussitôt: qui donc aura le véritable SAVOIR, la compétence nécessaire et suffisante pour décider si la "*souffrance psychique*" d'une personne que l'on veut aider et soulager *est bien une maladie ou ne l'est pas forcément?***

Depuis quelques années que nos ministres belges (fédéraux, régionaux et communautaires) de la Santé ont voulu règlementer les psychothérapies, ils ne semblent pas encore être parvenus à obtenir, de la part des autorités et experts "professionnels" qu'ils ont consultés à ce propos, une unanimité consensuelle, même au sein des multiples associations de psychothérapeutes non médecins. Parmi ceux-ci, certains psychanalystes assurent d'ailleurs qu'à l'instar de leur Père Fondateur Sigmund Freud qu'ils prennent encore toujours en exemple, les psychanalystes n'ont, pour leur ***cures***, besoin d'utiliser***"qu'une très petite partie de leur savoir médical"*** *(sic. Peut-être faut-il trouver dans cette croyance l'origine des tentations, qu'une proportion non négligeable de psychiatres médecins peuvent parfois éprouver, de s'inspirer eux aussi des psychanalystes, voire de les imiter?)*.
Les psychanalystes s'autorisent de cette conviction d'avoir acquis, par leur analyse didactique personnelle, une quasi science infuse *(l'aveu n'en est-il pourtant pas très révélateur et inquiétant?)* pour extrapoler et généraliser, et prétendre à des compétences thérapeutiques pour ainsi dire universelles en dépit d'une absence totale de formation médicale fondamentale: selon eux, on peut pratiquer des ***"cures"*** psychanalytiques sans même ***aucun "savoir médical"*** (***et sans même être psychologue***) car, depuis Freud, c'est ce que font les psychanalystes "laïques" (*quoiqu' avec des succès thérapeutiques qu'ils proclament depuis toujours mais n'ont jamais démontrés ni montrés*).

Ces psychanalystes "laïques" peuvent être monsieur ou madame tout le monde et, à partir du moment où ils ont entrepris eux-mêmes et mené à son terme une "psychanalyse didactique" (fort longue et chère, administrée par un psychanalyste ayant lui-même auparavant suivi un parcours comparable, qui lui-même..., et ainsi de suite...), ils peuvent "exercer" à leur tour et pratiquer des ***"cures"***, ***quelle que soit leur formation professionnelle initiale***.
A l'appui de cette prétention, on s'empresse de battre le rappel d'un certain nombre de notabilités qui ont ainsi bénéficié du titre de psychanalyste sans avoir aucune formation ni diplôme d'une quelconque profession médicale (entre autres "célébrités" mentionnées: Anna Freud, Mélanie Klein, Theodor Reik, Julia Kristeva, Pierre Legendre, Daniel Sibony,...), tous exemples fort peu décisifs *(plutôt des contre-exemples!)* parce que pour le moins discutables, fort controversés et fort peu convaincants de quelque compétence ni efficacité de pratiques [psycho]thérapeutiques que ce soit!

La **deuxième difficulté** apparaît parce qu'on veut inclure les psychanalystes parmi les psychothérapeutes ***agréés sur la foi d'un diplôme reconnu***, et parce que les psychanalystes eux-mêmes, eux aussi, prétendent dispenser - entre autres *"enseignements"*, disent-ils - des psychothérapies. Mais la psychanalyse n'est pas une discipline qui s'enseigne et s'apprend à l'université ou dans des établissements d'enseignement supérieur officiellement reconnus. C'est là que le bât blesse. Aucun diplôme en effet n'habilite un psychanalyste à exercer la psychanalyse. Ce dont le "psy" s'autorise pour exercer, c'est, au contraire, un long "trajet" individuel, une épreuve qu'on pourrait qualifier d'initiatique et qu'on appelle formation (*en réalité une manipulation, une "éducation" ou un conditionnement psychologique à l'acceptation et l'adoption d'un certain nombre de croyances et de dogmes sur soi-même et les autres, une sorte de catéchèse laïque et confidentielle*). C'est une longue épreuve qui se conclut par la ***cooptation*** par d'autres psychanalystes précédemment passés par la même "formation" (dont l'origine et les pratiques remontent au père fondateur Sigmund Freud, en passant depuis lors par ses disciples successeurs et en suivant, plus ou moins, les ramifications d'un arbre généalogique de psychanalystes dérivant les uns des autres de proche en proche - *le prophète et ses héritiers*).

La ressemblance des associations et "écoles" de psychanalystes avec certaines "églises", mouvements religieux et des organisations sectaires ne peut donc manquer de se présenter à l'esprit, même si les psychanalystes s'en défendent bruyamment. Il n'est donc pas étonnant non plus qu'on se pose cette question avec eux: du point de vue des psychanalystes, de quel droit l'Etat se mêlerait-il de leur formation? Pourquoi l'Etat exigerait-il d'eux des diplômes alors qu'il ne s'en inquiète guère quand il s'agit de la formation des curés de l'Eglise catholique, de celle des pasteurs protestants ni des rabbins, qui pourtant donnent des cours de religion dans nos écoles publiques? L'Etat fait confiance pour cela aux autorités ecclésiastiques et à celles des responsables religieux des autres religions "principales" présentes chez nous *(actuellement, certains de nos ministres exprimeraient, paraît-il, des velléités de contrôle en ce qui concerne les enseignants de la religion musulmane, mais on ne voit pas pourquoi ni comment cette tendance particulière et discriminatoire obtiendrait d'être légitimée)*.

Si les psychanalystes se défendent d'être les représentants d'une sorte de religion qu'ils souhaitent être reconnue officiellement, force est pourtant de constater qu'ils revendiquent néanmoins pour eux-mêmes les avantages consentis par l'Etat laïque à des religions et même un peu plus que ces seuls avantages. Ils affirment en effet pratiquer des ***cures*** à visées thérapeutiques *(bien que parfois, et en contradiction avec eux-mêmes, ils contestent ou minimisent l'importance de cet objectif thérapeutique)*, alors que les "véritables" religions évitent soigneusement de se mêler de santé *(certaines sectes exceptées, évidemment)*. Sur base de quelles prérogatives, dont la psychanalyse se réclamerait, l'Etat laïque devrait-il accorder aux diverses associations de psychanalystes une reconnaissance et des privilèges qu'il ne reconnaît qu'à certaines institutions religieuses et à certains cultes en tant que croyances et cultes, alors même que les associations de psychanalystes refusent depuis toujours d'y être assimilées?

Si, au moins provisoirement, nous acceptons la distinction faite par Mr le Ministre Rudy Demotte entre deux ***"souffrances psychiques"***, *l'une qui* ***serait une maladie****, l'autre qui* ***ne le serait pas***, pourquoi ne pas laisser aux médecins le soin et la responsabilité d'en décider? N'est-ce pas à eux que revient la responsabilité *(officiellement reconnue et règlementée)* que leur formation leur permet d'assumer, de reconnaître ce qui est une maladie (d'en faire le diagnostic)?
Dans le cas d'une maladie, si le médecin estime que son patient peut bénéficier d'une psychothérapie, il l'enverra chez un psychothérapeute dont la formation et les pratiques lui sont connues, puisqu'il connaît les conditions d'obtention du diplôme officiel requis.
Si, par contre, il pense que son patient ne souffre pas d'une maladie, il l'en avertira et lui laissera la liberté de choisir, à son gré, le psychothérapeute qu'il croira peut-être devoir consulter, qu'il ait un diplome officiel ou qu'il n'en ait pas. Chacun n'a-t-il pas le droit de choisir le restaurant, le spectacle, le divertissement ou l'ami qui lui plait, sans pour cela espérer trouver celui dont l'Etat (la Sécurité Sociale) acceptera de lui rembourser la dépense? A-t-on besoin de savoir si la cartomancienne qui vous fait votre horoscope a obtenu un diplôme homologué par la "Santé Publique"?

On peut donc craindre que la volonté de règlementer les psychothérapies ne traduise aussi, à côté de préoccupations plus ou moins avouées, plus ou moins corporatistes, peut-être mercantiles (et somme toute assez mesquines), une tentative de **diversion**, c'est-à dire la volonté de ne pas aborder de front les réels problèmes socio-économiques et humains que posent et ont toujours posés les vrais malades mentaux chroniques. Les solutions à ces problèmes supposent une charge financière bien trop lourde pour qu'on accepte de les envisager. Mais cet aveuglement volontaire risque d'entraîner, en éternisant des situations de malheur de plus en plus nombreuses, des dépenses encore bien plus lourdes et bien plus proches de nous qu'on ne veut s'en rendre compte.

Première publication: **27 Novembre 2006** ***(J.D.)*** Dernière modification: **27 Novembre 2006**

IL N'Y A QU'A...

Il y a quelques années, j'ai assisté à des réunions et à des "cours de formation" organisés à l'intention de soignants psychiatriques professionnels *(j'y suis allé non par curiosité morbide ni par besoin malsain de mortification, mais afin de me rendre compte, par moi-même plutôt que par ouï-dire, de ce qu'on y faisait et disait)*; j'ai aussi rendu visite au personnel d'un hôpital psychiatrique associé à mon université *(pour faire connaître à ses membres l'existence et les buts d'associations d'amis et parents de malades)*. Cela se passait soit dans les environs de Bruxelles ou encore en région carolorégienne. J'y ai rencontré et parlé avec des infirmiers et infirmières psychiatriques qui se montraient curieux des raisons qui poussaient un enseignant universitaire comme moi, médecin sans doute, mais plutôt biologiste, "rat de laboratoire et de bibliothèque" et fort peu "psy" somme toute, à s'intéresser à leurs préoccupations et activités en apparence si éloignées des intérêts professionnels qu'on aurait logiquement pu être tenté de me prêter.

Certains de ces soignants m'ont tenu des propos qui m'ont paru pour le moins surprenants *(le mot est faible!)* de la part de "professionnels" chevronnés. Quand j'y songe aujourd'hui, je ne peux m'empêcher de penser que si des professionnels eux-mêmes étaient convaincus des croyances qu'ils me disaient être les leurs *(et je crois que beaucoup les ont encore toujours aujourd'hui)* , je ne devrais plus guère m'étonner que le grand public et les politiques responsables les partagent et eux aussi ne se fassent, des multiples conséquences pratiques et quotidiennes des maladies mentales chroniques qui assaillent les malades et leur entourage, que des représentations d'une remarquable indigence, tant d'information que d'imagination, et de plus totalement et lamentablement fausses.

Nombreux (leur grande majorité) sont les "psys" que j'ai rencontrés ou dont j'ai lu les écrits, qui passent totalement sous silence les innombrables séquelles pratiques et matérielles des affections mentales chroniques. Les ignoreraient-ils vraiment, ou bien auraient-ils délibérément décidé de ne pas les évoquer, peut-être conscients qu'ils seraient d'être dépassés par l'ampleur des problèmes socio-économiques qu'ils risqueraient de soulever? Car comment expliquer autrement pareil mutisme de la part de "psys" débordant par ailleurs d'une imagination débridée jamais à court d'invention pour nous énumérer des origines imaginaires et des causes "psychologiques" aussi diverses que ridiculement tirées par les cheveux des maladies mentales? Ils ne semblent que difficilement parvenir à se représenter les difficultés quotidiennes de vie, cette fois beaucoup plus concrètes et moins imaginaires *(sauf à leurs propres yeux semble-t-il, parce qu'elles seraient trop terre-à-terre?)* que leurs victimes directes et indirectes (les proches des malades) endurent du fait de ces affections?

Ainsi, je déplorais devant des infirmiers et infirmières "psys" la diminution programmée du nombre de "lits" réservés, dans les instituts psychiatriques, aux malades mentaux chroniques, alors que les places disponibles étaient déjà *(et sont encore)* très inférieures en nombre aux besoins (pourtant faciles à estimer, ne fût-ce qu'approximativement, sur la base des statistiques internationales publiées par l'OMS). Quelques uns d'entre eux m'ont alors dit que, par manque de moyens et de personnel, les conditions d'accueil, d'encadrement, d'accompagnement et donc de soins de ces malades chroniques ("de longue durée") en institutions psychiatriques étaient lamentables, désespérantes voire révoltantes, que les efforts de "rééducation" ne pouvaient qu'être inexistants et qu'on ne pouvait que se réjouir à la perspective de la suppression programmée de ces "lits chroniques", pour que disparaisse enfin cet insupportable spectacle du rassemblement de misères individuelles et de marasme général.

Tout en partageant leur réprobation de la pauvreté en moyens et en personnel mis à la disposition des soignants, je leur demandai alors par quoi eux, les acteurs de terrain, ils imaginaient remplacer les places en institution qu'on prévoyait de continuer à supprimer. Car la suppression des "lits psychiatriques" n'était quand même pas synonyme de disparition des malades *(par guérison? Comme par enchantement)*? La réponse venait sans tarder, avec une expression d'étonnement sur le visage de mon interlocutrice et des inflexions réprobatrices dans sa voix, devant la naïveté de ma question: "mais ***il n'y a qu'à*** renvoyer ces malades dans leur

famille, ils y seront de toute évidence beaucoup mieux qu'en institut psychiatrique!"
Un autre encore, exprimant une indignation de bon ton en faisant allusion à "l'égoïsme des familles", m'a demandé: "comment les familles peuvent-elles se débarrasser sur nous de ***leurs*** malades dont elles sont pourtant responsables comme de n'importe lequel de leurs enfants? Elles ***n'ont qu'à*** s'en occuper elles-mêmes!" *(je n'invente rien, et le médecin psychiatre responsable de l'unité où ce "soignant" travaillait, témoin de cet entretien, pourtant n'a pas éprouvé le besoin de réagir en aucune manière à ces propos pour le moins surréalistes)*.

Je vous avoue que, à chaque fois et sur le moment, d'abord j'en ai eu le souffle coupé. Ensuite, j'ai dû maîtriser ma colère. Mais, depuis, cette colère n'a cessé de couver en moi et, bien souvent quand on tient devant moi ou dans les médias et la presse les mêmes discours irréfléchis de nos jours encore, et on ne s'en prive pas, elle se réveille et je ne la réprime qu'à grand-peine pour qu'elle n'éclate pas en paroles fort désobligeantes *(c'est un euphémisme)*. Comment en effet des soignants dont, en principe, la spécialité est d'acompagner des malades mentaux, qui ont une longue habitude de l'encadrement et de l'accompagnement des malades chroniquement psychotiques, et qui donc doivent savoir quelles sont les contraintes et les difficultés qu'ils rencontrent quotidiennement dans l'exercice de leur profession - *mais heureusement pour eux,* ***uniquement pendant leurs heures de travail*** *(8h/jour) correspondant au métier qu'ils ont choisi d'exercer* - , comment des "professionnels" peuvent-ils ignorer que si ces malades restaient à domicile:

> aux activités professionnelles obligées, qui souvent sont les seules sources de revenus du ménage, aux indispensables tâches ménagères les plus élémentaires, aux obligations scolaires des plus jeunes vivant sous le même toit, aux périodes de repos comme de détente nécessaires à la santé de chacun des cohabitants, à toutes ces "occupations" qui ensemble totalisent bien vite 24h/jour et même plus, ***à tout cela viendrait encore s'ajouter l'étroite surveillance prioritaire et permanente, l'accompagnement de tous les instants*** d'une personne dont les comportements peuvent, à tout moment du jour comme de la nuit et de façon peu prévisible, mobiliser et monopoliser toute l'attention et les efforts d'un, voire de plusieurs membres de la famille, rendant ainsi toute vie familiale pratiquement impossible à organiser voire, tout simplement, invivable? A moins de disposer de moyens financiers exceptionnels permettant à chacun de ne pas travailler et de louer les services de multiples aidants aux compétences les plus diverses, à la disponiblité et au dévouement sans la moindre faille 365 jours par an...

Ceux-là qui ne se posent apparemment pas ces questions, ils disent "**il n'y a qu'à...**", et chaque soir ou le matin rentrent chez eux, fatigués sans doute mais peut-être satisfaits du devoir accompli *(attention, je n'ai pas dit qu'ils travaillent dans la joie!)*, une fois leur roulement de huit heures de corvée achevé *(et, dans une certaine mesure, on pourrait sans doute les comprendre...)*. Heureusement, des professionnels comme ceux qui m'ont parlé, à ce point inconscients de la réalité des autres puisqu'ils ne la vivent pas personnellement eux-mêmes, sont très certainement une faible minorité parmi les soignants de terrain. Pourtant, qu'en est-il par contre de ceux de nos "psys" qui affirment n'avoir pas le temps de "voir" ni les parents, ni les proches ni les lieux de vie de leurs patients, et qui ne "voient" les malades hospitalisés "qu'à l'occasion" de brèves entrevues à intervalles plus ou moins courts (ou plus ou moins longs ? *Sont-ils, eux, aussi minoritaires?)*

Il y a peu, une de mes connaissances, enseignant universitaire et auteur d'ouvrages bien connus de psychologie, psychologue et psychothérapeute de métier, par amitié a attiré mon attention sur un ouvrage récent consacré par deux psychiatres anglais au traitement de la schizophrénie par "thérapie cognitive" *(**David G. Kingdon & Douglas Turkington**: Cognitive Therapy of Schizophrenia, The Guilford Press, New York, NY 10012, 2005 ISBN 1-59385-104-9)*. Des collègues psychologues hollandais avaient chaudement recommandé ce guide à mon ami. Dans ce livre, les auteurs exposent leurs "explications" des schizophrénies et proposent leurs thérapies "psychologiques" des malades en exemple aux soignants professionnels.
Ces quelque 210 pages m'ont laissé une impression de profond malaise. Leurs "explications" des

schizophrénies n'ont en réalité rien de véritables explications. Ce sont des descriptions de signes et symptômes, qu'on interprète ensuite en ne se basant que sur une psychologie intuitive empruntée aux bien-portants; la genèse des signes et symptomes est attribuée à des évènements extérieurs "ambiants" et anecdotiques, évènements qu'en se donnant la peine de les rechercher dans le passé de chacun, on peut habituellement retrouver aussi dans la vie de la majorité des bien-portants qui n'en deviennent pourtant pas malades... Pareilles "explications" restent nécessairement à la surface des choses et n'expliquent rien. Par moments au cours de la lecture du livre et parce que, toujours, on ne peut s'empêcher d'***espérer*** être convaincu et l'on voudrait croire à pareille littérature, on est tenté de se laisser persuader de l'efficacité des approches diagnostiques, d'évaluation et, surtout, des thérapeutiques préconisées. Pourtant, rappelons avec insistance qu'il faut ne jamais négliger de se poser à chaque fois les indispensables questions suivantes:

- Même en supposant un instant qu'un cerveau matériellement abîmé *(comme **on sait** que l'est celui des malades psychotiques)* soit capable de fonctionner cahin-caha, comment peut-on croire qu'il doive nécessairement ou qu'il puisse fonctionner exactement à la manière de celui des personnes bien portantes? *(c. à d. avec la même "psychologie"? Dans ce cas, où résiderait le problème, puisqu'il serait déjà résolu? Quel serait alors le besoin de thérapie? Mais aussi, pourquoi recourir à des thérapeutes, si leurs thérapies se fondent sur des pétitions de principe?)* En supposant que les personnes atteintes d'une schizophrénie sont, comme les bien-portants, sensibles aux arguments rationnels des thérapeutes et à leur pédagogie "psychologique" insistante, patiente et répétée *(c. à d. si on veut croire qu'elles s'en laissent influencer durablement, ce qui me laisse personnellement très sceptique, car c'est là précisément ce qu'elles ne sont que peu capables de faire, et cette incapacité est partie intégrante de l'affection qu'on tente d'atténuer!)*, ***quelle armée de thérapeutes*** **ne devrait-elle pas être affectée au diagnostic, à l'évaluation des déficits, à la psychothérapie puis à la réévaluation continue des capacités de ***chacun*** de ces malades, et tout cela *pendant combien de temps*?**
- Où sont donc les *(nombreuses?)* institutions qui, s'inspirant des mesures prônées par les deux professeurs psychiatres anglais, les ont expérimentées avec un succès suffisamment ***durable*** pour les mettre en pratique et les adopter définitivement, pour faire *(sûrement à grand tapage publicitaire dont, à fort juste titre, elles n'auraient aucune raison de se priver)* le bilan des résultats favorables obtenus par leurs méthodes, que certains n'hésitent pas à déjà qualifier de "révolutionnaires"?
- Quel est le pays - en dehors de certains îlots privilégiés du Royaume Uni - où les autorités responsables de la Santé Publique , autrement que peut-être sous forme de l'un ou l'autre "projet pilote" épisodique, d'ampleur confidentielle et de durée limitée, auraient décidé d'engager les dépenses nécessaires à la mise en oeuvre effective des programmes évoqués par les deux auteurs?

Je crains fort qu'à nouveau, devant les seules réponses raisonnables que ces questions peuvent suggérer, on ne doive admettre qu'il s'agit d'une sorte d'annonce - une de plus! - sous forme de "**il n'y a qu'à**" *(faire comme nous disons)*, et on se préoccupe peu de l'existence ou de l'inexistence des moyens nécessaires pour "passer à l'acte": en attendant qu'on trouve ces moyens et qu'on tente de s'en servir sérieusement, rêvons donc, il est bien connu que, pour ceux qui se contentent de "bonnes intentions", l'intention est réputée pour le fait.

On ne peut se contenter de dire «**il n'y a qu'à**». Encore doit-on effectivement se donner les moyens de faire ce qu'«**il n'y a qu'à**» et s'assurer que cela marche vraiment.

Première publication: **15 Janvier 2007** ***(J.D.)*** Dernière modification:**15 Janvier 2007**

EN FÉVRIER **2007**, MENS SANA SOUFFLE SES **SIX** BOUGIES

"***Qui veut la fin veut les moyens***", dit un proverbe. Mais il semble qu'aujourd'hui encore, en attendant que soient enfin découverts des médicaments réellement spécifiques des troubles mentaux, les ***moyens*** qui permettraient d'assurer une vie décemment supportable aux malades mentaux psychotiques chroniques restent très insuffisants ou même sont à peu près inexistants. Devrions-nous en déduire que la ***fin*** si souvent promise, l'objectif réellement espéré ne serait en réalité pas celui des promesses des discours officiels? Pour la "Santé mentale", le proverbe se serait-il insensiblement, subrepticement transformé en son inverse et faudrait-il dire plutôt: "***Qui ne recherche pas vraiment les moyens renonce délibérément à la fin***"?

On dit de nos prisons qu'elles sont trop peu nombreuses, parce qu'elles sont surpeuplées; on sait aussi qu'elles sont vétustes, que l'hygiène y est déplorable et qu'on ne peut y assurer correctement les soins médicaux les plus élémentaires.

On nous informe périodiquement que des adolescents délinquants passent devant les juges de la jeunesse et devraient séjourner dans des lieux spécialement destinés à les rééduquer (***les IPPJ*** - Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse), mais dans bien des cas pareils lieux sont trop peu nombreux, les places disponibles y manquent, sans parler des carences en personnes très qualifiées aux compétences très diverses, dont on aurait besoin pour répondre à leurs missions de rééducation, de resocialisation et de réinsertion.

On nous apprend qu'on envoie (*par **erreur**? Par **facilité**? Par **manque de structures** d'accueil adaptées?*) dans ces "***IPPJ***" des personnes au comportement et à l'état mental relevant de la psychiatrie, qui sèment le désordre et la perturbation dans ces institutions dont le personnel spécialisé, lui aussi trop peu nombreux, n'est, de plus, aucunement formé à la confrontation avec des malades mentaux psychotiques ni même à leur accompagnement. (*voyez l'article de la Libre Belgique* http://www.lalibre.be/article.phtml?id=10&subid=90&art_id=331793)

Il y a longtemps aussi qu'on sait que la population carcérale (dans de nombreux pays "développés") comprend une proportion de malades mentaux chroniques bien plus élevée que celle qu'on recense à l'extérieur, dans la population générale. On se doute tout aussi bien que le milieu carcéral n'offre pas, c'est le moins qu'on puisse dire, les conditions minimales requises pour dispenser aux malades mentaux les "soins psychiatriques" nécessaires à la ***"stabilisation"*** de leurs troubles mentaux. Ces conditions de détention fort peu "thérapeutiques" sont certainement beaucoup plus favorables à l'***aggravation*** de leur état mental qu'à l'éventuelle "***rémission***" de ces troubles qu'on prétend pourtant "soigner", malgré qu'on affecte de croire que pareille rémission (*et durable, encore!*) puisse être obtenue avant la sortie de prison.

Tout récemment encore, (*cela peut nous paraître récent à nous, qui ne la subissons pas directement, mais que cette torture insupportable doit-elle paraître interminable à ceux qui la vivent!*) un jeune montois *(voyez le blog pourfabrizio* http://pourfabrizio.skyblog.com) , atteint de schizophrénie depuis l'âge de 18 ans (il en a 30 aujourd'hui), s'est vu transféré, de l'institution psychiatrique où il était "soigné", en prison pour avoir tenu envers son "psychiatre traitant" des propos menaçants. Quel bel exemple de thérapeutique et de compérence psychiatriques! Espère-t-on nous faire croire qu'après lui avoir, pendant 12 ans, prodigué des "soins" psychiatriques, on ne soit pas parvenu à trouver mieux que de transférer un ***malade psychotique*** (*schizophrène*) à l'annexe psychiatrique d'une prison? Veut-on nous faire croire qu'il y sera soigné de manière plus humaine et y recevra, selon la récente loi sur les droits du patient, les soins "de qualité" auxquels il a droit, alors qu'en 12 ans de "soins" dans des lieux réputés pour être entièrement consacrés à pareille tâche, on semblerait n'y être pas parvenu et on préfère se débarrasser d'un patient "encombrant" en l'envoyant se "faire voir" ailleurs?

On sait pourtant que les médecins psychiatres ne se bousculent certainement pas aux portillons des prisons, et que ceux qui s'y rendent ne peuvent, même s'ils en avaient le désir, consacrer à chacun de leurs "patients", dans de bonnes conditions, le temps qu'ils estimeraient pourtant nécessaire en d'autres circonstances, par exemple s'il s'agissait de clients de patientèle privée... Quant à la psychothérapie tant vantée par nos responsables politiques qui disent s'y intéresser et s'occupent à en règlementer la pratique, comment oser prétendre qu'on puisse décemment la mettre en oeuvre dans notre milieu carcéral actuel?

Tout ce qui précède montre que si, en 2007, on parle beaucoup plus de "Santé Mentale" qu'il y a une ou deux décennies, on ne se préoccupe néanmoins pas plus des malades mentaux psychotiques chroniques que dans le temps. On ne consacre guère de ***moyens*** financiers à la formation en nombres suffisants de médecins psychiatres compétents, comme on ne donne pas non plus aux instituts psychiatriques les moyens en soignants et en personnel hautement spécialisé qui leur sont indispensables pour pouvoir faire leur difficile travail et pour que celui-ci puisse se montrer parfois gratifiant.

Comment peut-on espérer que je tienne des propos optimistes et "constructifs" au sujet de la psychiatrie, alors qu'on peut constater que nos responsables ne tiennent que des discours creux sur ce qu'ils nomment la "santé mentale" et qu'ils ne tiennent aucun compte des remarques que les instances européennes leur font sur les prisons, mais aussi sur les soins psychiatriques, et qu'ils semblent ignorer que **les malades mentaux chroniques sont bien des malades ayant droit aux soins**?

Première publication: **19 Février 2007** ***(J.D.)*** Dernière modification: **19 Février 2007**

LES INCOHÉRENCES INVITENT TOUJOURS AU SCEPTICISME, SOUVENT A LA MÉFIANCE, PARFOIS AU DÉCOURAGEMENT ET AU REJET.

"S'il est un domaine où le délire thérapeutique peut s'exprimer sans frein et sans aucune possibilité de contrôle, c'est bien celui de la psychiatrie."

Jean-Marie Abgrall: Les Charlatans de la Santé, p.161.
Collection Documents Payot. Payot et Rivages, Paris 1998. ISBN 2-228-89194-0

Que ce soit dans la presse écrite ou d'autres médias, ou encore sur la toile d'Internet, que ce soit simultanément ou successivement, aux mêmes sources ou bien provenant de sources en apparence distinctes, on peut trouver, à propos de la psychiatrie, des maladies mentales chroniques, des médicaments et des traitements censés les soigner, les affirmations les plus diverses et les plus contradictoires.
Quand on se donne la peine de rassembler ces multiples "annonces" et "informations", il se dégage de leur ensemble une telle impression d'incohérence, d'à-peu-près et d'imaginaire (*c'est-à dire de fantaisiste, le "tout et n'importe quoi"*) qu'on ne peut manquer de s'interroger: leurs auteurs sont-ils eux-mêmes bien informés? Comment se fait-il que, sur un même sujet traité depuis longtemps et internationalement, ils se contredisent à tel point? Certains d'entre eux, sous prétexte de "positiver", nous gaveraient-ils de pieux mensonges? Parmi eux, qui dit peut-être vrai? Qui, sans doute, nous ment-il? Que comprendre, retenir ou rejeter de cette cacophonie?

Ainsi, la République tchèque avait organisé, le 28 février 2007, une Journée nationale de sensibilisation à la schizophrénie (http://www.radio.cz/fr/article/88832). A cette occasion, la radio de Prague nous transmettait les avis d'un professeur de psychiatrie Praguois. On pouvait ainsi apprendre qu'on estime à **14%** la proportion des malades schizophrènes asymptomatiques (*c.à.d. en rémission apparente*) après cinq ans de traitement ininterrompu *(donc **86%** des malades, peut-être "améliorés", conserveraient malgré tout des "symptômes")*. Mais on précisait néanmoins que "la schizophrénie est une maladie incurable", ce dont, en toute logique, nous ne pourrions que déduire que, sous peine de risquer des "rechutes", les traitements doivent être poursuivis la vie durant.

Contrastant avec ce qui vient d'être dit ci-dessus, on pouvait lire dans la presse tunisienne du 20 février dernier, à l'occasion de l'anniversaire d'une association de malades, parents, amis de malades, médecins, etc., etc. ("Chems"), qu'un professeur tunisien de psychiatrie avait déclaré de la schizophrénie: "***20% de ceux atteints de cette maladie en guérissent. [...] ... l'évolution vers une guérison totale peut être obtenue au terme d'un suivi de cinq ans.***"
(http://www.lapresse.tn/index.php?opt=15&categ=3`"ws=44179)
Il semblerait donc que, peut-être en fonction du climat plus ou moins méditerranéen et ensoleillé, on soit plus ou moins ***totalement*** ou non "guérissable" de sa schizophrénie, ou, au contraire, on devrait conclure que les mots utilisés par les "professionnels" n'auraient pas la même signification suivant la latitude ou , plus vraisemblablement, selon le public auquel ils s'adressent.

Il suffit d'écrémer les inombrables sites web traitant des affections mentales, comme aussi de parcourir l'abondante littérature francophone "grand public" sur ces sujets, pour récolter un grand nombre de pareilles et autres contradictions de toutes sortes, dont on ne parvient qu'à grand-peine à démêler le vrai du faux à moins d'avoir une formation tout à la fois médicale, de biologiste et de neuroscientifique, et aussi une certaine expérience personnelle (*vécue, non livresque*) de la maladie.

De même, comment certaines firmes pharmaceutiques, pourtant en principe et habituellement soucieuses de leur image, de leur réputation de sérieux, tenant à préserver leur crédibilité, peuvent-elles, pour les médicaments qu'elles mettent au point et fabriquent, par exemple à l'intention des malades psychotiques chroniques, se laisser aller à diffuser des annonces publicitaires et commerciales comportant des affirmations qui se contredisent d'une ligne à la suivante et qui démontrent à l'évidence que les enthousiastes employés de relations publiques et

publicitaires qu'elles paient pour les rédiger sont totalement ignorants de ce dont ils parlent et n'ont pas non plus l'air d'y comprendre eux-mêmes grand-chose? La vente d'orviétan serait-elle donc ressuscitée, l'antériorité sur les concurrents d'une prétendue découverte et les bénéfices faciles qu'on en escompte prendraient-ils toujours le pas sur le soin réel et le respect dûs aux malades?
Ces firmes-là ne se rendent-elles pas compte qu'elles apportent ainsi, très inconsidérément et fort nocivement, de l'eau au moulin de ceux qui, habituels obsédés du complot, accusent toutes les firmes pharmaceutiques sans distinction de profiter des maladies mentales, voire de les entretenir, sinon même de peut-être parfois les provoquer, pour faire de plantureux bénéfices grâce aux médecins qu'elles presseraient (et *"forceraient*"?) de prescrire abusivement leurs médicaments?

Ainsi, le "Site Officiel de la **C**hambre de **C**ommerce **F**rance **I**sraël" (CCFI - http://www.israelvalley.com), en date du 15 février 2007, donne l'exemple: on y affirme, à l'actif d'une firme pharmaceutique israélienne que j'éviterai de nommer, qu'elle aurait mis au point un "médicament israélien" (sic) contre la schizophrénie, médicament qui aurait "réussi" la première phase de ses essais cliniques. On nous annonce triomphalement qu'essayé sur "26 patients" en bonne santé, le nouveau médicament "*était sans risque majeur pour les utilisateurs et qu'il présentait beaucoup moins d'effets secondaires que les traitements déjà existants.*"
Toutefois, comme il paraît que "*les tests ont été réalisés sur des personnes en bonne santé*", "***ils ne permettent pas de dire si ce médicament est véritablement efficace.***" (sic). Mais il paraitrait néanmoins que "*les tests ont montré une réduction de la dopamine dans le cerveau.*" (sic).

On sait pourtant que, chez des personnes en bonne santé, réduire sigificativement leur taux cérébral de dopamine reviendrait en effet à les rendre parkinsoniens, et on sait aussi que les "traitements déjà existants" qui interfèrent avec la dopamine ne réduisent en réalité pas le taux de dopamine cérébral, mais empêchent ce médiateur d'interagir avec les membranes postsynaptiques des neurones qui y sont sensibles (cf. la Question 15 de la FAQ), ce qui peut, selon les doses administrées, entraîner un syndrome parkinsonien. **A l'heure actuelle, aucun médicament neuroleptique, *a fortiori* s'il est administré à des "*personnes en bonne santé*", ne peut être dépourvu "d'effets secondaires", car tous ces médicaments tentent, dans certains territoires cérébraux, de rétablir à la normale les effets d'un taux local peut-être perturbé de médiateur synaptique** (*compenser un déséquilbre*). Si, par contre, on les prescrit à des personnes en bonne santé (ne présentant pas de déséquilibre de leurs médiateurs synaptiques), on va au contraire créer artificiellement un déséquilibre de "signe opposé" à celui de l'affection qu'on veut traiter. Pour comprendre, par analogie, de quoi il retourne: Pourrait-on donc se permettre d'injecter, par exemple à des personnes non diabétiques, des doses "thérapeutiques" d'insuline pour "voir" si cela ne provoquerait pas des effets secondaires? Et ne devrait-on pas aussi se demander à qui viendrait l'idée, sous prétexte d'en tester l'inocuité (*mais pas l'efficacité thérapeutique!*), d'administrer un neuroleptique à doses thérapeutiques à des personnes "***en bonne santé***"? Sans parler de la dimension bien trop réduite de l'échantillon des cobayes humains soumis pendant un temps non précisé à pareils "essais" sans signification utile; sans précision non plus permettant de savoir à quelle(s) revue(s) scientifiques ***sérieuse(s)*** les études biochimiques, biologiques et pharmacologiques fondamentales préalables et indispensables sur la nouvelle molécule auraient été soumises, acceptées d'elles puis publiées, étape obligatoire requise pour éventuellement obtenir l'autorisation de passer aux essais cliniques sur l'Homme...

On devrait se douter que ce n'est pas ainsi que naît un nouveau médicament, ce n'est pas ainsi qu'on l'essaye, ce n'est pas ainsi qu'on devrait en faire miroiter les avantages encore tout hypothétiques à des usagers potentiels souvent désespérés, qui sont prêts à croire tout ce qu'on leur promet, même si ce ne sont que des mirages. Et les agences de presse, tout en se méfiant des "scoops" qui n'en sont sans doute pas, devraient faire preuve d'assez d'esprit critique pour ne pas se faire les complices - sinon volontaires, du moins complaisants - de pareils procédés purement publicitaires.

[en réalité, si on se renseigne à une source un peu plus fiable et plus responsable (?)(voyez http://www.biolinerx.com/newspr.asp?i=42), on apprend que le nombre de cobayes humains volontaires était de 48, et que des doses croissantes du médicament ont été testées sur 6 groupes de 8 de ces bien-portants (2 personnes par groupe recevant un placebo) pour tenter de définir jusqu'où on pouvait se permettre d'augmenter le médicament prospectif sans signes d'intolérance. On nous dit aussi que l'activité antidopaminergique a été évaluée, très indirectement, d'après le taux de prolactine sanguin, ce qui, bien qu'on ne nous le dise pas, est justement un de ces "effets secondaires" que le nouveau médicament partagerait (entre autres?) avec les "médicaments déjà existants". Tout cela ne permet évidemment pas de dire si la substance testée montrera une efficacité significative chez les personnes malades, ni au bout de combien de temps cet effet bénéfique supposé se manifestera, et si d'autres "effets secondaires" n'apparaîtront pas lors d'un usage nécessairement prolongé. Ne peut-on donc pas attendre pour être sûr de ce qu'on présente comme une promesse, depuis quand annonce-t-on les miracles avant qu'ils aient eu lieu?].

Première publication: **12 Mars 2007** ***(J.D.)*** Dernière modification: **26 Mars 2007**

APPROCHES PSYCHOLOGIQUES et **PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES** de **"LA FOLIE"** n'ont, de la **SCIENCE**, que les **APPARENCES**; souvent, ce ne sont que des **PÉTITIONS DE PRINCIPE,** des **mauvaises QUESTIONS MAL POSÉES**

Les "réponses" illusoires ainsi obtenues ne sont, en réalité, que des tautologies, des **lapalissades:** *des dérobades commodes pour gagner du temps*.

Si on progresse, POURQUOI AVANCE-T-ON SI LENTEMENT?

Quand, à propos des "diagnostics" et des "soins et traitements psychiatriques", nous tentons d'adopter le point de vue des "usagers" *(celui des malades mentaux chroniques et de leurs proches)*, très naïvement nous croyons ainsi nous mettre, au moins un instant, en quelque sorte "à la place" de ces usagers. Mais ce faisant, nous découvrons alors - sans doute avec quelque surprise - que nous devrions nous efforcer d'ignorer que les soi-disant progrès tant vantés que certains *(et pas seulement dans notre pays!)* prêtent à la psychiatrie actuelle, sont loin de se traduire en évidentes réussites thérapeutiques avérées, décisives et durables. Mais qu'est-ce donc que des "progrès" sans les résultats qui en découlent?

Pourtant, les nombreux communiqués d'un optimisme forcé dont nos "professionnels de la santé mentale" nous inondent sous prétexte, entre autres, de "conscientisation", s'acharnent sans relâche à nous convaincre des prétendus succès thérapeutiques obtenus par la psychiatrie *(et par la "Santé Mentale"!)* dans les affections mentales psychotiques chroniques. Les démonstrations concrètes et vérifiables de ces "guérisons" annoncées ne nous sont cependant jamais fournies: on semble donc penser qu'il doive aller de soi que nous croyions sur parole - et rien que sur parole! - les affirmations des autorités de la "science psychiatrique" et que nous nous en contentions. Ces véritables "décrétales psy" acquièrent ainsi la valeur d'un dogme qu'il serait fort malséant sinon quasi blasphématoire de mettre tant soit peu en doute.

De nos jours encore et même quand ils s'en défendent, une majorité de nos psychologues cliniciens, mais aussi de nos psychiatres, continuent de distinguer (de séparer) les "problèmes" qu'ils appellent "psychiques", d'une part en problèmes ***biologiques*** (qu'ils préfèrent habituellement ignorer pour en laisser le soin à d'autres qu'eux), et en problèmes ***psychologiques*** d'autre part. Ils ne veulent surtout pas admettre que ces derniers, surtout quand ils sont sévères, rebelles aux raisonnements et alors très handicapants, puissent n'être que la ***conséquence*** des premiers *(ils ne veulent pas voir que, **dès le départ**, la biologie impose ses contraintes à la psychologie, ils refusent de reconnaître que la structure matérielle de notre corps et la biologie de notre organisme, qui vont de pair et en sont à la fois le support et le moteur, soient la condition **préalable et nécessaire** à l'existence des processus psychologiques [du "psychisme"] et à leur développement).*

N'imaginant pas que le corps puisse être, **dès avant la naissance**, intrinsèquement et matériellement "déficient" ou "abîmé" *(que ce soit par "erreur génétique" ou par "accident de développement")*, puisque nous ne sommes capables d'en détecter les défauts que bien plus tard (*trop tard!)*, de nombreux "psys" pensent tout simplement que les "problèmes psychiques" des personnes psychotiques, lorsqu'enfin ils se manifestent et nous deviennent perceptibles, ne peuvent avoir pour causes principales que des "expériences vécues" plus ou moins précoces, traumatisantes ou nocives prenant leur source dans leur "milieu de vie" *(familial, éducatif, social, culturel, etc., : les problèmes dits "psychiques" seraient le résultat d'une sorte de **mauvais "apprentissage",** de mauvaises influences "extérieures" s'étant exercées sur nos neurones - mais ils ne songent à ces derniers que quand cela les arrange ou que, leur imagination étant épuisée, ils ne trouvent plus d'autres présumés "coupables").*

Après avoir, à la suite des philosophes de l'antiquité grecque puis de Descartes *(et avec nos philosophes et théologiens chrétiens, même actuels)*, séparé le "corps" de "l'esprit" *(l'âme)*, et après avoir trop longtemps voulu ignorer que nous sommes des êtres entièrement "biologiques", nombre de nos psychologues et psychiatres sont aujourd'hui pourtant bien forcés de reconnaître l'existence de la biologie. Toutefois, des acquis plus récents des neurosciences, ils ne veulent retenir qu'une seule notion qu'ils récupèrent à leur manière, à leur profit pensent-ils. Ils croient en effet qu'elle les conforte dans une idée qu'abusivement ils généralisent et qu'ils résument de façon lapidaire mais expéditive, selon laquelle *"l'esprit façonne la matière".*

Il est désormais bien établi *(scientifiquement!)* et de notoriété publique que tout apprentissage, toute expérience vécue se traduit en effet par des modifications synaptiques au sein du neuropile du cortex cérébral *(des traces **matérielles** de l'expérience "s'inscrivent" dans nos neurones)*. Certains, qui ne découvrent cette vérité que tardivement, en déduisent, mais bien trop hâtivement *(comme pour "rattraper" l'audience, l'influence et le temps qu'ils se sont ingéniés à perdre)* de manière simpliste, sommaire et erronée, que les neurosciences auraient prouvé qu'on peut résoudre les problèmes "psychiques" des psychotiques par une psychothérapie correctrice *(une rééducation)*. Celle-ci agirait en quelque sorte à la manière de l'apprentissage *(le psychologique "modelant" le biologique)* et, par le détour d'une action psychologique sur "le psychisme", cette "thérapie" serait à même d'indirectement *(ou devrait-on dire à rebours?)* susciter la reconstruction ou la réorganisation du cablage neuroanatomique des circuits nerveux peut-être avortés, ou fourvoyés, ou disparus, ou encore défectueux, se distribuant aux afférents et efférents du cortex cérébral *(eux-mêmes peut-être atteints ou non!)* chez les patients psychotiques.

Si tant de progrès ont été accomplis par les neurosciences depuis plus d'un demi-siècle, comment se fait-il que nos psychologues et nos psychiatres, alors qu'ils n'hésitent pas aujourd'hui à les récupérer (très approximativement!) dans leur discours, ne semblent pourtant en faire que fort peu utilement bénéficier les malades mentaux psychotiques chroniques?

La situation actuelle s'explique par nos ignorances en biologie à l'époque des débuts de la psychologie et de la psychiatrie, et par l'historique, philosophique et spéculatif, de ces disciplines qui, se confinant dans leurs spéculations de départ, se sont accrochées au seul prolongement de leur lancée initiale sans se soucier des progrès et des apports de la biologie qu'elles n'ont pas voulu intégrer à temps. Il est inutile de ressasser à nouveau ici cette histoire. Rappelons seulement brièvement que deux attitudes ont prédominé dès la naissance des disciplines "psy".

La **première**, dite ***spiritualiste***, part de l'affirmation que "l'esprit" est une chose immatérielle *(l'âme)* distincte du corps *(puisqu'on veut croire qu'il lui survivrait),* et ses partisans estiment qu'on ne peut le comprendre que par des procédés "philosophiques" *(c.à.d., en fait, par l'imagination suppléant le savoir insuffisant)*. Ensuite, se basant sur la représentation abstraite ainsi esquissée par la seule imagination *(par des concepts)*, on croit pouvoir accéder à cet "esprit" et le modifier en l'influençant par la persuasion ou, plus exactement, par ce qu'il faut bien appeler un endoctrinement. Comme on le verra un peu plus loin, cette conception est encore très répandue de nos jours.

La **deuxième** attitude, par opposition avec la première, est souvent appelée ***matérialiste*** *(et ce qualificatif s'accompagne, pour les spiritualistes, d'une connotation péjorative)*. Elle consiste à penser que l'esprit (le "psychisme") n'est pas une chose, mais est la ***manifestation du fonctionnement ininterrompu du cerveau***: c'est-à dire un ensemble de ***processus***, une activité qui, par conséquent, ne peut avoir d'existence - ni aucun sens - dans l'instant, mais seulement et comme toute histoire, avec et dans le temps qui s'écoule, et qui ne persiste que grâce au cerveau qui la génère et l'entretient en continu. Les biologistes tenants de cette vision affirment depuis toujours que jamais on n'a pu donner, dans aucun domaine, un seul exemple convaincant d'un quelconque processus qui puisse se dérouler, se maintenir et évoluer dans le temps, sans reposer en permanence sur un support bien matériel. C'est pourquoi ils ne peuvent qu'être

sceptiques envers les concepts des "spiritualistes" réifiant l'esprit, et ils les contestent *(car, si l'on en croit certaines définitions, la spiritualité serait "le caractère de ce qui est indépendant de la matière", idée qui me paraît assez difficile à étayer en logique, et dont j'avoue sans honte que je ne parviens pas à en comprendre le sens)*.

Si, sur la toile d'Internet, nous consultons la version ***en français*** (http://fr.wikipedia.org/wiki/neurosciences) de la très utile encyclopédie libre "wikipedia" *(bien que parfois révélatrice des mythes acceptés et préjugés de ceux qui contribuent à sa rédaction)*, nous pouvons y trouver que :

"Aujourd'hui, l'étude du système nerveux passe par de multiples approches qui suivent deux grandes directions :
** une approche ascendante (ou bottom-up) qui étudie les briques de base du système nerveux pour essayer de reconstituer le fonctionnement de l'ensemble;*
** une approche descendante (top-down) qui, en étudiant les manifestations externes du fonctionnement du système nerveux, tente de comprendre comment il est organisé et comment il fonctionne." (c'est moi qui souligne).*
Psychologie et psychiatrie revendiquent souvent aujourd'hui de faire partie des neurosciences. Manifestement, et au moins dans notre pays, ***elles ne se préoccupent presque exclusivement que de la deuxième approche (descendante ou "top-down").***
Consultons à présent la version ***en anglais*** (http://www.wikipedia.com/wiki/neurosciences) de cette encyclopédie en ligne ; elle est un peu plus explicite que la précédente:

"Neuroscience generally includes all scientific studies involving the nervous system. Psychology, as the scientific study of mental processes, may be considered a sub-field of neuroscience, although some mind/body theorists argue that the definition goes the other way - that psychology is a study of mental processes that can be modeled by many other abstract principles and theories, such as behaviorism and traditional cognitive psychology, that are independent of the underlying neural processes."
(La neuroscience, en général, englobe toutes les études scientifiques ayant trait au système nerveux. La psychologie, en tant qu'étude scientifique des processus mentaux, peut être considérée comme une subdivision de la neuroscience, quoique certains théoriciens des rapports entre l'esprit et le corps veuillent que la définition soit inversée - c.à.d. que la psychologie soit une étude des processus mentaux qu'on peut modéliser d'après de nombreux autres principes abstraits et sur des théories telles que le comportementalisme et la psychologie cognitive traditionnelle, qui sont indépendants des processus neuraux sous-jacents.) (à nouveau c'est moi qui souligne et qui reste perplexe, car comment peut-on prétendre que les processus mentaux puissent être "indépendants" des processus neuraux, alors que, précisément ceux-ci leur seraient "sous-jacents" [sic] et sont indispensables à leur genèse et à leur déroulement? A moins d'en revenir aux esprits, fées et lutins, et autres fantômes des anciens contes et légendes pour les enfants et les magiques veillées d'hiver..., qui n'ont besoin, pour exister, de rien d'autre que du talent imaginatif des conteurs, et surtout, de la crédulité de ceux qui acceptent d'y croire).

A ma connaissance, l'approche descendante ou "top-down ***design***" est une méthode utilisée, par exemple en programmation informatique, ainsi qu'en robotique (mais aussi en organisation de sociétés, du travail dans les entreprises, etc.). On parle (en anglais) de "top-down ***design***" surtout quand il s'agit de mettre au point des programmes informatiques de grande ampleur et complexes dont on s'est d'abord fixé les objectifs généraux qu'on a ***bien définis*** (le "top") et qu'ensuite on subdivise progressivement en objectifs individuels plus limités au sein de l'ensemble, c.à.d. en modules de plus en plus petits pour en rendre la construction plus aisée *(on descend du général au particulier: "down")*. On peut aussi penser qu'une telle "approche" puisse être employée, par exemple en aéronautique ou en astronautique pour répartir entre différentes équipes de dimensions raisonnables des tâches limitées de construction de projets partiels qui auraient été trop grands et trop complexes s'ils avaient dû être traités dans leur ensemble sur un seul chantier, du début à la fin *(selon la méthode déjà préconisée par Descartes, le problème général trop vaste qu'on veut résoudre est morcelé en problèmes progressivement plus petits jusqu'à ce qu'ils deviennent finalement individuellement accessibles, et on pourra ensuite les rassembler lorsque*

chacun d'eux aura été résolu).

Toutefois, cette approche "top-down" n'est utile et n'a d'intérêt que pour très concrètement ***élaborer*** des plans de "machines" avant de les ***construire***, et ***non pour "tenter de comprendre"(sic), sans même les démonter, comment des machines déjà existantes sont faites et fonctionnent!*** Non seulement on ***sait***, dès le départ, quelles sont toutes les tâches très "matérielles" et bien délimitées (définies) qu'on en attend, mais ***on en connaît*** également d'avance toutes les pièces constitutives dont on peut disposer pour les assembler et les agencer entre elles en vue de la construction globale. Nous avons affaire, dans les cas de "top-down", à des constructions humaines ***artificielles*** et très ***matérielles*** dont toutes les parties constitutives, depuis le niveau le plus haut et général (le "top") jusqu'au plus bas niveau élémentaire (la brique de base, le "down") nous sont connues *(par le "bottom-up"* ***préalable****)*, sinon toutes d'avance, au moins en grande partie et à mesure que la construction progresse *(puisque nous sommes les constructeurs et que c'est nous qui choisissons ce qui nous convient pour réaliser l'objectif poursuivi; mais dans le cas présent, on prétend, sans se rendre compte de l'absurdité de la démarche, qu'on comprendrait l'organisation et le fonctionnement du système nerveux si on parvenait à en reproduire [simuler] les manifestations externes)*

Cette approche, appliquée à l'étude du système nerveux, comme le suggère l'affirmation citée plus haut, extraite de wikipedia francophone, peut-elle fournir des réponses utilisables (univoques)? La réponse à cette question-là est immédiatement évidente. C'est un **NON!** catégorique. Prenons un exemple bien connu de tous et qui soit d'actualité. La robotique et la cybernétique ont fait, ces dernières années, des progrès considérables. Nous avons tous pu admirer ces robots japonais dont les performances et le comportement "***externes***" ***simulent*** de mieux en mieux, même si ce n'est encore que très imparfaitement, certains comportements humains. On peut sans doute s'attendre dans ce domaine à des progrès encore bien plus remarquables dans un avenir proche. Pourtant, et même chez les personnes les moins averties, qui donc aurait la naïveté de croire et oserait prétendre que le "cerveau" de ces robots serait "*organisé et fonctionnerait*" sur le même modèle et de la même manière que le système nerveux humain?

En réalité, nous savons déjà aujourd'hui que, même si nous étions capables de construire des robots ***simulant***, aussi parfaitement que possible, les "manifestations externes du fonctionnement du système nerveux humain", **cela ne nous donnerait néanmoins aucune preuve que le système nerveux humain normal "*serait organisé et fonctionnerait*" à la manière de ces robots**. En d'autres termes, même si une simulation est en apparence *(superficiellement)* parfaitement fidèle à son modèle *(autrement dit, si elle donne "le change")*, elle ne peut jamais fournir la preuve que l'émulateur (ou le simulateur) artificiel qui la produit serait construit et fonctionnerait comme un double identique à l'original dont on cherche à imiter les actions (et elle ne peut évidemment pas plus fournir la preuve de la réciproque à partir de l'original).

Ajoutons encore que, si la "psychologie" apparente de nos robots paraît, à l'un ou l'autre moment, "dérailler" ou s'écarter tant soit peu du comportement pris pour modèle à reproduire, nous avons toujours la possibilité d'ouvrir la carcasse de nos machines, de remplacer ou de changer une ou plusieurs pièces ou d'en modifier l'agencement, et d'apprécier ensuite si le résultat de cette intervention nous restitue une imitation plus ressemblante de notre modèle original.
Pareille vérification est évidemment interdite au psychologue et au psychiatre qui ne peuvent, en guise d'exploration et de vérification de leurs concepts hypothétiques, que tenter de modifier les conditions "extérieures" de fonctionnement dans lesquelles baignent leurs sujets d'expérience, sans aucunement toucher à leurs hypothétiques et conceptuels "rouages intérieurs". Ces modifications expérimentales de l'environnement, qu'elles ***semblent*** entraîner ou non des changements dans la réponse "externe" du système nerveux (la seule qu'ils puissent constater et qu'ils appelleront "réaction"), ils n'auront cependant pas plus de certitude(s) qu'avant sur lequel ni combien des ***hypothétiques*** "rouages" internes du système nerveux elles auront exercé *(ou non, ou peut-être!)* leur influence.

Ce qui précède pourrait aussi se résumer ainsi: les manifestations extérieures du fonctionnement du système nerveux ne fournissent a priori aucune piste permettant d'en appréhender ni la véritable organisation ni le fonctionnement réel. C'est déjà ce que laissaient entendre, à leur manière, les psychologues Sally P. Springer et Georg Deutsch dans leur livre "Left Brain, Right Brain", W.H. Freeman & Co, New York 1998, p. 288. ISBN 07167-3110-X, quand ils disaient: *«To assume that similar symptoms always result from the same cause is to grossly oversimplify the intricacies of human brain-behavior relationships.» (Supposer que des symptômes semblables ont toujours pour origine les mêmes causes, c'est exagérément et grossièrement simplifier les intrications des relations existant entre le cerveau humain et le comportement.)*

Une autre façon encore d'exprimer cette évidence *(qui ne semble pourtant pas sauter aux yeux de tous nos professionnels)*, est de dire qu'il est toujours possible d'***imaginer une infinité d'explications différentes et plausibles en apparence*** à chaque "*manifestation externe de l'organisation et du fonctionnement internes*" du système nerveux. Toutefois, compte tenu de nos connaissances actuelles encore lacunaires de la neuroanatomie fonctionnelle précise de notre système nerveux central, l'approche "descendante" ou "top-down", qui est celle de la psychologie "intuitive" et de la psychiatrie, ne permet jamais de décider si ces "explications" imaginaires ont un rapport autre que ***métaphorique*** avec la ***réalité***. Parmi la multiplicité des "explications" proposées, rien, sinon notre fantaisie, ne nous permet d'en choisir une - qui serait "la bonne" - plutôt que de nombreuses autres tout aussi "plausibles" en apparence.

Pour bien faire saisir toute la différence de sens qu'il y a entre approche "descendante" pour concevoir et construire des robots humanoïdes, et la même approche "top-down", cette fois pour *"tenter comprendre l'organisation et le fonctionnement du système nerveux humain"*, répétons qu'au lieu de construire, en bons ingénieurs, une machine concrète avec des pièces matérielles bien définies, nos psychologues cliniciens et intuitifs et nos psychiatres "praticiens" élaborent, par l'approche "descendante" *(top-down")*, tels les rêveurs et poètes qu'ils ont toujours aimé être, à partir de ***concepts*** psychologiques *a priori* et réifiés et par l'imagination, un système nerveux imaginaire, d'organisation et de fonctionnement forcément tout aussi imaginaires.

Ils restent donc prisonniers de leur imaginaire conceptuel, sans espoir - ni apparemment désir ni besoin - de s'en évader pour revenir en quelque sorte sur un terrain solide. La démarche ainsi entreprise n'a rien de scientifique - ni même de pragmatique - et peut tout au plus être qualifiée de fiction romanesque, ou même de rêve de [science-] fiction reposant sur des pétitions de principe et des hypothèses invérifiables. Tant que nos "psys" et soignants s'en tiendront à l'approche "descendante" toute superficielle, sans que l'approche "ascendante" n'ait fourni à celle-ci une solide et large base concrète sur laquelle s'appuyer, ils ne se baseront que sur les ***croyances*** qui, peut-être, leur paraîtront personnellement les plus séduisantes ou qui flatteront le plus en eux le sentiment de leur originalité personnelle *(qu'on pourrait aussi qualifier de "poétique" plutôt que de "scientifique")*.

Les médecins psychiatres ***matérialistes*** de la fin du XIXème et du début du XXème siècle ont bâti des théories selon lesquelles les maladies mentales chroniques qu'aujourd'hui on appelle psychoses résultent d'altérations biologiques - donc bien matérielles ou "organiques" - du cerveau. Ils ne possédaient malheureusement pas encore les connaissances sur le système nerveux central que nous avons acquises depuis, et ils ne disposaient pas des moyens techniques d'investigation qui n'ont été développés que plus tard, relativement récemment, qui leur auraient permis de confirmer leurs hypothèses et de conforter leurs théories. Les altérations organiques du cerveau qu'ils estimaient à juste titre ***devoir*** exister n'étaient alors pas à la portée de leurs microscopes, ils ne pouvaient tout au plus que très logiquement les supposer. Comme ils ne pouvaient pas apporter la preuve de leur existence, leurs adversaires ***spiritualistes*** avaient beau jeu de les nier. D'où est née la fiction d'une distinction entre maladies mentales dites ***organiques*** *(dont le seul exemple admis par certains jusqu'il y a peu était la paralysie générale résultant de l'atteinte du cerveau par le tréponème de la syphilis)*, et psychoses "***fonctionnelles***" dans lesquelles les "lésions" cérébrales restaient encore temporairement invisibles pour les "matérialistes" qui les postulaient. Puisque par conséquent elles n'étaient qu'hypothétiques, ces

altérations n'étaient, aux yeux des spiritualistes, qu'une fiction médicale représentant une sorte de négation de l'esprit, une hérésie, une sorte de blasphème.

Pourtant, il y a de cela plus de 16 ans déjà, le neurophysiologiste et lauréat Nobel Eric Kandel disait déjà: *"Diseases that produced anatomical evidence of brain lesions were called organic [in the nineteenth century - J.D.]; those lacking these features were called functional. [...] This distinction is unwarranted. [...] The basis of contemporary neural science is that all mental processes are biological and any alteration in those processes is organic." (E. Kandel, J.H. Schwartz & T.M. Jessel: Principles of Neural Science, p. 1028.* Elsevier, third edition 1991*) (Des affections entraînant des lésions anatomiques du cerveau étaient appelées organiques [au XIXème siècle - J.D.]; celles qui ne présentaient pas ces caractéristiques étaient appelées fonctionnelles. [...] Cette distinction est injustifiée. [...] La neuroscience contemporaine se base sur le fait que tous les processus mentaux sont biologiques et que toute altération de ces processus est de nature organique.)*
Néanmoins, de nos jours encore et assez inexplicablement, il ne manque pas de psychologues cliniciens réputés qui s'obstinent à considérer les psychoses, telles que les schizophrénies et les troubles dépressifs bipolaires, par exemple, comme des "psychoses fonctionnelles". En leur faisant porter cette étiquette, inévitablement ils perpétuent la confusion inacceptable entre, d'une part la fiction de l' "altération psycho-[patho]-logique de l'esprit immatériel" et, d'autre part, la réalité qui aujourd'hui s'impose à nous d'une biopathologie altérant le support structurel organique dont le fonctionnement engendre le psychisme. *(un exemple de cette confusion: Mary Boyle: Schizophrenia. A scientific delusion? pp. 32, 33.* Routledge 2d edition, 2005. ISBN: 0-415-22717-8*)*.

Dans un livre récent ayant recueilli un certain succès, un professeur psychologue clinicien anglais affirme: *"There is no clear boundary between mental health and mental illness. Psychological complaints exist on continua with normal behaviours and experiences. Where we draw the line between sanity and madness is a matter of opinion." (Richard P. Bentall: Madness Explained. Psychosis and Human Nature., p.143.* Penguin Books, London 2004. ISBN: 0-140-275540-1*) (Il n'y a pas de frontière nette entre la santé mentale et la maladie mentale. Les plaintes psychologiques existent sur un même continuum que les comportements et expériences normaux. Là où nous traçons la limite entre la santé mentale et la folie, c'est affaire d'opinion.*).
Voilà des affirmations qui risquent de rencontrer, à première vue, un large assentiment dans le grand public. Mais sont-elles exactes, correspondent-elles entièrement à la réalité? Quant à moi, je soutiens qu'elles comportent une erreur importante, qui ne peut qu'entraîner la confusion.
Ce sont ***seulement les "manifestations externes"*** de la santé mentale et de la maladie mentale, c'est-à dire des apparences superficielles, qui nous semblent, comme des fonctions mathématiques continues, se fondre les unes dans les autres, à la manière d'un "fondu-enchaîné" de cinéma. Mais cette analogie est fausse et les manifestations extérieures produites par notre cerveau résultent de l'activité des myriades de neurones "sous-jacents" qui, eux, ne se situent pas sur un continuum, mais sont des entités discrètes, discontinues que le psychologue oublie, parce qu'il ne peut voir que ce qui se passe en surface et croit pouvoir s'en contenter.

Aux évènements psychologiques qui émergent en surface, le psychologue trouve des ***raisons*** psychologiques de même nature et tout aussi superficielles qu'il appelle ***explications***, bien qu'en réalité elles ne soient pas des relations de cause à effet, mais ne sont que l'***interprétation*** plus ou moins arbitraire d'apparences et de coïncidences, de corrélations complexes dont il ignore les véritables origines et les "mécanismes" de leur production. Et ces successions observables et superficielles d'évènements psychologiques, il les dénomme "***mécanismes* psychologiques**" (Richard Bentall, ibid.). ***Mais a-t-on le moindre droit d'appeler "mécanismes" des enchaînements [peut-être chronologiques] d'apparences?*** Est-ce donc bien le sifflet du chef de gare qui anime la locomotive, ou encore les aiguilles de l'horloge qui atteignent l'heure prescrite pour le départ du train selon l'horaire prévu?

J'ai déjà rappelé ailleurs (v. Illusions) ce que disait le psychologue U.S. **Steven Pinker**: *"Many explanations of behavior have an airy-fairy feel to them because they explain psychological phenomena in terms of other, equally mysterious psychological phenomena. [...] These*

explanations are scams". (Steven Pinker, 1997, "How the mind works") *(De nombreuses explications du comportement laissent une impression de farfelu, parce qu'elles expliquent des phénomènes psychologiques par d'autres phénomènes eux aussi psychologiques et tout aussi mystérieux. [...] De telles explications sont des arnaques.)* En fait, de telles explications n'expliquent rien du tout, et rappellent la réponse de Sganarelle à Géronte qui lui demandait d'où venait que sa fille était muette: "Il n'est rien de plus aisé. Cela vient de ce qu'elle a perdu la parole." (Molière, "Le Médecin malgré lui").

Laisser croire que [bonne] "santé mentale" et "folie" seraient dans le prolongement insensible et continu l'une de l'autre, c'est délibérément oublier qu'on ne parle que de "manifestations" et d'apparences et qu'***on néglige soigneusement de parler de ce qui donne naissance à ces apparences***. Mais cet oubli permet aussi de prétendre que les "explications" qu'on donne aux apparences que prend la "folie" peuvent être les mêmes et aussi valables que celles qu'on s'est habitué à recevoir des comportements dits "normaux", alors que nous savons maintenant que ces "explications", déjà peu valables pour les bien portants, le sont encore moins pour les malades mentaux, car les apparences qu'elles prétendent "expliquer" ne prennent pas naissance grâce aux mêmes circuits et mécanismes neuronaux dans les deux cas.

Tant que l'approche "montante" ("bottom-up") dont on parlait plus haut n'aura pas beaucoup plus progressé encore qu'aujourd'hui, l'approche "descendante" ("top-down") ne pourra être que stérile et, dans le cas du système nerveux, elle restera l'illustration d'une mauvaise recherche. Je n'en veux pour preuve que l'aveu *(involontaire!)* même du professeur Richard P. Bentall à propos des idées délirantes: *"[...] Whereas ten years ago there was hardly any evidence to discuss, we now have the opposite problem of trying to make sense of a wide range of research findings which can be interpreted in a variety of ways." (op.cit., p. 328)*. *(Alors qu'il y a dix ans, il n'y avait quasi pas de preuves sur lesquelles discuter, nous sommes confrontés aujourd'hui au problème opposé, qui est de donner du sens à un large spectre de résultats de recherche qui peuvent recevoir des interprétations diverses.) (Ceci, comme tous les scientifiques le savent bien, est la caractéristique d'une "recherche" dont les méthodes et les questions qu'elle pose sont inadéquates au buts prétendument poursuivis)*.

La tâche à accomplir pour comprendre l'organisation et le fonctionnement de notre système nerveux est à ce point gigantesque que nul aujourd'hui ne sait quand elle aboutira à des traitements vraiment efficaces ou à une certaine prévention des maladies mentales chroniques. Mais il faut savoir qu'on ne pourra se dispenser de cette recherche "biologique". C'est donc une priorité dont l'urgence ne peut être assez hautement proclamée. Tant que notre connaissance des mécanismes neuronaux normaux de nos processus mentaux ne sera pas plus étendue qu'elle ne l'est aujourd'hui, l'approche dite "descendante" et spéculative adoptée par une certaine psychologie et une certaine psychiatrie ne sera qu'une illusion à laquelle je suis persuadé qu'il ne faudrait pas consacrer une énergie qui serait mieux utilisée en aménagements sociaux.

Par conséquent, en attendant les percées décisives des neuroscientifiques, il faut trouver, pour les malades mentaux chroniques, des solutions médicales et sociales "palliatives" qui leur permettent de vivre une vie décente et supportable. Pareille ambition serait-elle trop modeste mais trop onéreuse comparée aux discours bien plus ambitieux de nos professionnels et politiques?

Première publication: **18 Juin 2007** ***(J.D.)*** Dernière modification: **18 Juin 2007**

S'EN TENIR À LA SCOLASTIQUE, À SA RHÉTORIQUE ET À L'IMAGINATION, C'EST REFUSER TOUT PROGRÈS VÉRITABLE À LA PSYCHIATRIE

"[...]j'ai souvent dit que philosopher, c'est penser plus loin qu'on ne sait penser, c'est-à-dire aller au-delà du savoir disponible."

André Comte-Sponville, 21 décembre 2006: Pour une spiritualité laïque,
http://www.voir.ca/actualite/actualite.aspx?iIDArticle=45225

"But just as the dancer and the dance are indistinguishable, so too are the brain and the mind. They are two different words that refer to the same thing/activity, and neither exists without the other in living human beings."

Prof. **Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D.**: Brave New Brain, p. 27
Oxford University Press 2004, ISBN 0-19-516728-7

(Tout comme le danseur et la danse ne se peuvent distinguer l'un de l'autre, il en va de même du cerveau et de l'esprit. Ce sont deux mots différents qui renvoient à la même chose/activité, et aucun des deux n'existe sans l'autre chez les humains vivants.)

Peu de personnes s'étonneraient encore de nos jours à la lecture de ces récits d'aventuriers et d'explorateurs des XVIIIème et XIXème siècles, voire du XXème peut-être encore, qui nous relataient - et s'en divertissaient - les réactions d'émerveillement et de crainte superstitieuse manifestée par ceux qu'on appelait alors des "sauvages", mis pour la première fois en présence des produits de la technologie de la civilisation occidentale et industrielle. Nous souririons plutôt de la naïveté de la plupart de ces récits, tout comme, avec le recul, nous apparaît aujourd'hui difficile à supporter la certitude satisfaite de leur supériorité intellectuelle et bien sûr morale (*la mentalité coloniale et paternaliste des colonisateurs, sans parler de celle des missionnaires et autres évangélisateurs)* affichée par les ethnologues, anthropologues, sociologues et autres philosophes (pensifs-penseurs- rêveurs-rêvant) d'alors envers les peuplades "primitives" qu'ils découvraient et croyaient étudier "objectivement"; ils ne se savaient pas aveuglés par leurs propres *a priori* qu'ils croyaient "modernes" et "éclairés" ou seuls "vrais" (*mais aujourd'hui, les nouveaux a priori ayant remplacé ceux d'alors, souvent rétrospectivement on rebaptise les anciens préjugés du nom de racisme qui, fort commodément pour certains, prétend tout résumer*).

Confrontés à des outils, instruments, appareils, machines, véhicules et à une multitude d'autres objets capables d'exploits miraculeux à leurs yeux, tels que, entre autres, de produire des images animées et parlantes, de faire jaillir de la musique de nulle part, de transmettre à distance la voix, etc., etc., ces humains animistes, jusque là ignorants et ignorés de notre civilisation, ne pouvaient voir en ces objets, par exemple que des boîtes ou créatures magiques animées par de mystérieux esprits sans doute au service de ces visiteurs et envahisseurs bizarrement vêtus, ces magiciens (*nous?*) venus d'un autre monde. Ne possédant que fort peu de ce "savoir scientifique" tel qu'on l'entend dans nos sociétés modernes, ces "primitifs" et "***sous***-développés", très naturellement et "comme tout le monde" le suppléaient par l'imagination dont on peut dire qu'ils en faisaient leur "philosophie" (leur cosmogonie et leur cosmologie) à eux.

Pourtant, nous les actuels habitants "civilisés" de mégalopoles surpeuplées et de campagnes déjà fort rétrécies par l'envahissante urbanisation, nous dont quelques-uns ont même mis le pied sur la lune ou ont tourné en orbite autour de la terre à des hauteurs et à des vitesses incroyables, nous qui ne semblons toutefois pas capables (*ni même désireux?*) de contrôler efficacement notre propre démographie galopante, nous qui ne parvenons pas non plus à nous retenir de mettre la biosphère de notre planète en danger, sommes-nous si différents (*si "supérieurs"*) et

tellement plus évolués que les derniers et rares représentants de ces tribus en voie de disparition qui nous semblent vivre, aujourd'hui encore, à l'âge de la pierre?

Nous vivons en tous temps entourés des produits accumulés par l'inventivité de l'espèce humaine, et nous ne nous posons plus guère de questions sur la nature des dispositifs et objets dont nous nous servons chaque jour. Nous savons que ces objets sont le produit de l'activité et de l'ingéniosité de l'homme et, par conséquent et à la différence de ces "primitifs" qu'on vient d'évoquer, nous n'éprouvons plus le besoin d'imaginer dans chaque objet - le plus souvent sans pourtant en avoir jamais vu nous-mêmes le contenu - , la présence d'un "esprit" ou d'un "bon génie" qui, en l'habitant et en l'animant, le ferait fonctionner pour nous rendre les services que nous en attendons, un peu à la manière de la lampe d'Aladin qu'il suffirait de frotter. Plus personne ne songerait attribuer à une magie cachée toutes les tâches que nos outils plus ou moins perfectionnés accomplissent pour nous en permanence, ou qu'ils nous permettent d'accomplir.

Et pourtant, au sein de cette multitude humaine grouillante, civilisée et plus ou moins éduquée qui s'entasse dans nos cités, quelle est donc la proportion des individus qui, confrontés par exemple au moindre et banal appareil d'usage quotidien, seraient capables de nous en dire les principes de la construction et du fonctionnement autrement que par des mots en réalité dépourvus pour eux de signification, car ils seraient bien en peine de nous les définir? Entre autres exemples possibles, parmi les innombrables automobilistes encombrant les rues de nos villes et se télescopant sur nos routes, même parmi ceux qui auraient parfois soulevé le capot de leur voiture, combien pourraient nous en décrire les différents organes du moteur et dire comment ceux-ci concourent à son action pour finir par entraîner les roues qui permettent au véhicule de se déplacer?
Combien de ménagères peuvent-elles nous dire ce qu'est l'électricité qui prépare leur café du matin, comment on la fabrique et comment on la transporte partout, jusqu'au domicile de chacun? Comment se fait-il que par une simple pression sur un bouton, on peut commander à l'éclairage, à la radio, à la télévision, laver la vaisselle, converser avec un interlocuteur lointain, réchauffer un repas en quelques minutes dans le four à micro-ondes? Tiens! Justement à propos de micro-ondes, combien d'entre nous encore peuvent-ils dire ce que c'est qu'une onde, bien qu'on en parle à tout propos? (*et certains qui parlent avec autorité de "vibrations bonnes ou positives, et de vibrations mauvaises, c'est-à dire négatives" [sic], qu'entendent-ils par là?*)

Nous vivons dans une société où la spécialisation et la division des compétences et du travail ont permis des progrès techniques spectaculaires. Ces progrès sont devenus tels que l'accroissement global des connaissances de l'humanité en général fait que chaque individu en particulier n'en possède ni n'en maîtrise plus qu'une infime partie. A part ce que nous avons appris à l'école (*et, dans le monde, nombreux encore sont ceux qui n'ont pas eu cette chance*) et si toutefois nous ne l'avons pas déjà oublié, nous devons chacun la majeure partie de notre savoir aux autres, à des spécialistes et à des professionnels qui, eux aussi, doivent souvent recourir aux compétences d'autres encore plus savants qu'eux, c'est-à-dire plus spécialisés qu'eux-mêmes, que ce soit dans leur propre domaine ou dans d'autres secteurs de connaissance(s). Nous recourons sans cesse à l'homme de métier, car nous pensons que lui, mieux que nous, il sait d'expérience, par exemple ce qu'est un moteur (à explosion ou électrique ou à vapeur, etc.) parce qu'il en a démonté et réassemblé lui-même à de nombreuses occasions. De même l'ingénieur, l'architecte, l'horloger, le boulanger, et combien d'autres professionnels encore, sont-ils, tous (?) les seuls à posséder tout le savoir nécessaire à l'exercice de leur métier?

Le médecin, lui aussi, a dû apprendre, en allant y voir lui-même du plus près que son outillage le lui permet (*en "scrutant" et "sondant" effectivement l'intérieur des corps*), comment sont agencés entre eux les différents constituants de notre corps pour en faire un seul organisme. Il a dû apprendre comment ses composantes fonctionnent quand nous nous portons bien, comment il leur arrive de se détraquer et quelles sont alors la plupart des causes de leurs dysfonctionnements, tout cela pour devenir capable de prévenir ces troubles ou, à défaut, d'y apporter remède. Nous ne voyons plus là aucune magie, mais un ***savoir*** à la fois empirique et raisonné, lentement et longuement acquis, corrigé, affiné et conforté par des générations de

chercheurs appliquant des méthodes expérimentales dites "scientifiques" (*rationnelles et logiques*) et s'appuyant sur les découvertes et l'expérience sans cesse remises à jour *(et en question!)* de leurs prédécesseurs: anatomistes, physiologistes, biochimistes, etc., etc., qui, observant depuis les molécules jusqu'à l'organisme entier qu'elles construisent ensemble, ont étudié (*et continuent d'étudier*) les rouages de cet animal humain qui nous intéresse tout particulièrement.

Les chercheurs scientifiques et ceux qui ensuite appliquent leurs découvertes à l'approfondissement des connaissances et à l'amélioration des conditions de vie de l'homme, ce ne sont ni de purs rêveurs perdus dans leurs nuées ni des illusionnistes exécutant des tours de magie pour amuser le public. Ce ne sont pas non plus des thaumaturges invoquant, pour en obtenir des avantages, des esprits ni l'une ou l'autre divinité imaginaire, supposée bienveillante ou maléfique (mais que personne, même eux! n'a jamais vue de ses propres yeux). Ce sont, tout simplement, des personnes curieuses de comprendre ce monde, avides d'abord de savoir véritable et de vérité. Cependant, nous dont l'immense majorité n'est pas composée de chercheurs ni de scientifiques, nous accordons à ces derniers le privilège de la garde et de l'utilisation à bon escient du savoir qu'ils ont acquis. Dans notre relative ignorance, nous ne pouvons que leur faire confiance. Nous avons fait d'eux nos nouveaux magiciens. Nous disons ne plus croire aux esprits ni à ces bons (ou mauvais) génies avec lesquels, autrefois certains affirmaient être en communication privilégiée et qu'ils prétendaient invoquer, mais nous laissons encore toujours à nos nouveaux magiciens, dépositaires du savoir *(et du savoir-faire)*, le soin de les supplier et d'intercéder auprès d'eux en notre faveur quand nous croyons en avoir besoin. Ne connaissant pas nous-mêmes les bonnes recettes actuelles, nous ne parvenons pas à oublier ni à rejeter les anciennes croyances ni les vieilles incantations dont nous devrions pourtant savoir qu'elles n'étaient que contes de fées et illusions, bonnes tout au plus à rassurer et endormir les enfants.

Les esprits, divinités et génies grands ou petits dont autrefois on implorait les faveurs et les services ont été remplacés aujourd'hui par le jargon scientifique et technique. La magie d'antan s'est désormais réfugiée dans les mots: ***science, scientifique, énergie, ondes, électricité, génétique, antibiotiques***, **etc., etc**. En fait, c'est notre vocabulaire qui est devenu magique, et nous voudrions croire qu'il peut se suffire à lui-même et répondre à nos besoins quand nous le récitons, même si nous n'en connaissons en réalité que le son que font les mots magiques quand on les prononce, alors que leurs vrais sens nous échappent le plus souvent. Mais, pensons-nous, qu'importe en pratique notre ignorance de fait, si, de leur côté, les hommes de métier connaissent bien le sens, la valeur concrète des termes qu'ils utilisent; si, pour eux et contrairement à nous, les mots qu'ils emploient désignent des choses bien concrètes et des phénomènes dont ils ont l'expérience et sur la nature desquels ils tombent tous d'accord parce qu'ils l'ont pratiquement éprouvée. Nous pouvons leur faire confiance dès lors que, plutôt que d'***inventer*** aux mots un contenu imaginaire et vague pour ensuite s'efforcer d'y ***croire***, ils ***savent*** et ***connaissent*** aussi ce dont ils parlent, et ils ***savent*** ce que, ***pratiquement***, ils ***font*** de ce savoir et de cette connaissance.

Combien de nos praticiens de la psychiatrie se font-ils une représentation personnelle et ont-ils le souci *(la curiosité)* de ce qui peut ou pourrait se passer vraiment, ***matériellement***, sous le crâne de leurs patients? Quand les trains des pensées, des sentiments et des émotions de leurs malades déraillent ou entrent en collision les uns avec les autres, combien de nos psychiatres pensent-ils parfois aux circuits, aux aiguillages et autres signalisations neuronales que ces trains devraient normalement suivre et respecter pour arriver à bonne destination ou à point nommé pour assurer la correspondance avec le train suivant? Le plus souvent, ne se bornent-ils pas à constater que ce ne sont pas les voyageurs prévus qui débarquent sur le quai, ou encore que voyageurs et bagages arrivent hors de propos là où ils sont pas attendus? Ils n'inspectent pas les voies du réseau ferroviaire neuronal, soit que celles-ci n'ont à leurs yeux aucune importance, ou que selon eux elles ne naissent et ne se développent que grâce au seul passage des trains qu'on y fait rouler et à quoi ensuite elles obéissent et réagissent *(c'est la théorie de la page blanche, la vision dérivée du bon sauvage de J-J. Rousseau - auquel la société et sa culture imposeraient*

l'architecture et le mode de fonctionnement de son cerveau). En accord avec cette "philosophie", ils tentent seulement de faire mémoriser par les voyageurs (à leurs patients) l'indicateur des départs et des arrivées possibles des trains, et peut-être de leurs horaires. Comme s'ils espéraient ainsi les remettre "en bonne voie" (voire même créer les voies *de novo*!), sans toutefois se soucier de l'existence effective et préalable des voies, de la validité ni du bon état de l'infrastructure des itinéraires *(ni s'inquiéter de savoir si le personnel de maintenance ne serait pas en grève?)*
Pour faire rouler efficacement les ***trains***, il faut d'abord bien connaître le réseau ferroviaire dans son ensemble et dans les détails de son fonctionnement, sans oublier le matériel roulant. L'imagination d'un chef de gare, fût-il philosophe, ne peut se substituer à la connaissance du réseau ni du matériel qu'il doit gérer.

Pour reprendre une autre métaphore, celle utilisée par Mme Nancy C. Andreasen, nous pourrions dire aussi que quand l'exécution du ballet laisse à désirer, nombreux sont ceux de nos psys chorégraphes qui multiplient les répétitions des représentations mais négligent de s'informer de l'état des chevilles et du dos des danseurs, c'est-à dire de leur bonne forme ***physique***. Ils s'obstinent à croire qu'ils peuvent corriger l'exécution des figures de la danse sans se préoccuper des danseurs sans qui pourtant la danse n'existerait pas.
Pour qu'un ballet soit bien interprété, il faut d'abord, entre autres préoccupations, s'assurer que les danseurs sont au moins en bonne forme physique. Cela suppose que le directeur du ballet, qui n'est habituellement pas médecin, puisse faire appel à des professionnels qui sachent identifier les causes physiques d'une bonne forme - ou d'une méforme - physique. L'imagination du maître de ballet, fût-il philosophe, ne peut pallier les lacunes de ses connaissances médicales.

Si on peut s'accorder avec le philosophe Comte-Sponville pour dire que philosopher, c'est penser plus loin que le savoir disponible, on ne peut toutefois pas en déduire que prétendre philosopher autoriserait de se dispenser d'accroître le savoir afin de mieux soigner. On ne peut pas non plus en conclure que moins on s'efforcerait d'en savoir vraiment sur le cerveau et son fonctionnement, plus on aurait le droit d'élucubrer des théories sur les maladies mentales en les qualifiant de philosophiques et thérapeutiques.

Première publication: **10 Septembre 2007** ***(J.D.)*** Dernière modification: **10 Septembre 2007**

"In the main, errors made by psychiatric theorists are fairly obvious because, all too often, ordinary common sense was lacking when the theory was written."

("En gros, les erreurs commises par les théoriciens de la psychiatrie sont assez évidentes parce que, bien trop souvent, le bon sens commun faisait défaut au moment où la théorie était rédigée.")

[Pourtant, dans le même ouvrage, l'auteur fait-il lui-même preuve, dans ce qui suit, de ce "bon sens commun"?]:

*"While materialism has been outstandingly successful in fields such as particle physics, molecular biology and astronomy, it has never been able to give an adequate account of the persistent notion that **minds exist as immaterial entities with causal significance in the material realm**."*

*("Alors que le materialisme s'est montré remarquablement fructueux dans des domaines tels que la physique des particules, la biologie moléculaire et l'astronomie, il n'a jamais été capable de rendre compte de manière satisfaisante de la notion persistante selon laquelle **les esprits existent en tant qu'entités immatérielles [dotées] d'importance causale dans le domaine matériel**.")*

Niall McLaren, M.D.: Humanizing Madness. Psychiatry and the cognitive neurosciences, pp. x & 9-10. Future Psychiatry Press - Loving Healing Press, Ann Arbor, 2007 MI 48105 ISBN- 10: 1-932690-40-9

*"Posons d'abord comme principe que tout être humain possède **un appareil psychique, c'est-à-dire un ensemble structuré et organisé** qui lui permet de construire des représentations de lui-même et de ses congénères, d'utiliser ces représentations pour interagir et communiquer avec d'autres individus, de gérer les émotions et les affects qui naissent de ces interactions. Ce système a été décrit... "*

Prof. **Marc Jeannerod (***Université **Claude Bernard**, Lyon***)**, 22 novembre 2004: "Neurosciences et psychiatrie. Attirance ou répulsion?" *(http://www.sens-public.org/spip.php?article107)*

*"Dans toutes les sciences, mais dans les sciences physiologiques plus que dans toutes les autres, on est exposé à se faire **illusion sur les mots**."*
*"...ils simplifient trop et raisonnent sur **les phénomènes tels qu'ils les font dans leur esprit**, mais non tels qu'ils sont dans la nature."*
"Quand l'hypothèse est soumise à la méthode expérimentale, elle devient une théorie; tandis que, si elle est soumise à la logique seule, elle devient un système."
*"...il faut toujours s'attacher aux phénomènes et ne voir dans le mot qu'**une expression vide de sens** si les phénomènes qu'il doit représenter ne sont pas déterminés ou viennent à manquer."*

Claude Bernard: Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris 1865 (!)
(je suis responsable des soulignements - J.D.).

LES PIÈGES DU LANGAGE ET L'OUBLI DE LA SÉMANTIQUE font passer à tort les mots pour les phénomènes qu'ils désignent.

C'est une erreur qui favorise la survie et encourage la persistance *(la stagnation)* des idées reçues, des idées fausses et des superstitions. Cette erreur freine aussi les progrès de la psychiatrie, car elle rend ses praticiens aveugles et sourds au besoin urgent et permanent d'entreprendre les changements, d'améliorer les aménagements qu'on devrait apporter, ***activement et concrètement*** plutôt que par seulement des mots, aux actuelles conditions de traitement et de vie, généralement misérables, des malades mentaux psychotiques chroniques.

Je me doute bien que ni mon peu d'estime pour les soins, les traitements et l'aide pratique *(tels qu'on croit les apporter de nos jours)* aux malades mentaux chroniques, ni mon opinion désabusée sur les pratiques diagnostiques et thérapeutiques de la psychiatrie *(telles que pratiquées dans mon pays)* n'ont pu passer inaperçus des visiteurs du site Mens Sana, eux qui, depuis bientôt sept années, ont pris la peine de lire les articles parus sur ce site. Devrais-je m'abstenir de les dire et de les écrire pour ne pas déplaire à ceux qui prétendent soigner les malades mentaux psychotiques chroniques sans toutefois jamais apporter de preuves convaincantes de l'efficacité thérapeutique dont pourtant ils se targuent?

J'ai souvent entendu des rêveurs mais aussi des dogmatiques qualifier mon scepticisme de négatif et de destructeur. Mais comment pourrais-je croire qu'on puisse jamais construire quoi que ce soit de solide et d'utile sur des fondations faites d'erreurs accumulées? Mon sentiment critique naît de la conscience que j'ai de l'énormité et de la complexité des tâches à entreprendre et à accomplir - *et des connaissances à acquérir encore!* - pour espérer un jour vaincre ou seulement surmonter, ne serait-ce que les ***conséquences*** des affections mentales. Mais il est aussi le reflet de mon attente beaucoup trop souvent déçue des nécessaires démarches *(de recherche médicale)* et des mesures *(sociales)* à prendre, qui seraient enfin vraiment volontaristes et se montreraient peut-être efficaces mais qui, c'est le cas de le dire, se font en effet bien trop attendre. Car, aux déjà très grandes difficultés rencontrées d'emblée pour entreprendre ces multiples tâches indispensables et les mener à bien, s'ajoutent encore *(est-ce vraiment admissible?)* l'aveuglement et l'inertie intellectuelle, voire parfois l'indifférence de tous ceux qui se disent à la fois penseurs et acteurs de la "santé mentale": ceux-là qui refusent obstinément - consciemment ou non - la remise en question, pourtant finalement inévitable, des croyances et convictions superstitieuses auxquelles ils se cramponnent depuis la nuit des temps *(et aujourd'hui encore, désespérément).*

Ces "acteurs présumés" et penseurs professionnels d'une "santé mentale" abstraite, indéfinissable, confuse et de convention toute arbitraire et artificielle, préfèrent encore toujours se complaire et s'enliser dans d'interminables gloses sur des ***noms qui ne sont que des mots***, eux aussi mal définis: l'***esprit*** *(et "l'**âme**")*, la ***conscience***, par exemple. Ils insistent sur ce qu'ils jugent être bon ou mauvais pour la bonne ***santé*** *(encore un mot!)* de ce qu'avec une consternante irréflexion obstinée ils appellent *"entités immatérielles"*, qu'en plus ils décrètent immortelles: entités inventées, créées par nos très lointains ancêtres, sans doute peu après qu'ils se furent enfin dressés sur leurs pattes de derrière. La plupart de nos "psys" actuels cultivent et se nourrissent de mythes dont, aujourd'hui encore, ils ne parviennent pas à admettre la nature mythique, et ils refusent de les réexaminer. Il faut donc bien qu'ils paraissent justifier ces ruminations aux yeux de leurs contemporains - et aux leurs propres - en y revenant sans cesse et en les répétant inlassablement, telle une rengaine rendue apaisante par l'habitude prise de s'en bercer, berceuse auto-hypnotique et soigneusement entretenue.

Pour ***penser à*** l'esprit, ***à*** la conscience, ***aux*** troubles mentaux, ils utilisent et ne se fient qu'à un vocabulaire consacré par un usage très ancien qui se suffit à lui-même, et à des métaphores qui passent pour des raisonnements grâce à la magie trompeuse et la séduction - ou le prestige - de leurs "beaux" mots détournés de leur sens *(et qui ont en fait perdu tout sens)*. Les origines de ce bric-à-brac poétique et rhétorique se perdent dans la nuit des âges préhistoriques et, malheureusement, les faux raisonnements auxquels ces mots et ces mirages servent de supports et de points de départ n'ont pas vraiment évolué avec le temps, malgré l'acquisition progressive et l'accumulation de nos connaissances scientifiques plus récentes. Leurs utilisateurs ne veulent pas reconnaître qu'en plus d'être inconséquents, leurs propos sont stériles, n'apportent ni réel savoir nouveau ni progrès pratique, et ne sont certainement pas "thérapeutiques". Il leur suffirait pourtant d'ouvrir les yeux et de regarder autour d'eux pour s'apercevoir de l'inanité de leur(s) gesticulation(s) verbale(s).

Le grand public croit généralement que la psychiatrie, qu'il perçoit comme une branche de la médecine, se base sur des théories "scientifiques" *(puisque la médecine se fonde sur la biologie et que cette dernière est bien "scientifique")*. Cette croyance est encouragée et propagée *(comment pourrait-il en être autrement?)* par une majorité de nos professionnels de la psychiatrie.

Mais le public, cible de ces théories, souvent se fait de "la science" une idée fausse, quelque peu hybride et surannée, qu'il imagine sous la forme d'une sorte de mélange un peu mystérieux dans lequel prédominerait une première attitude qu'on devrait qualifier d'*aristotélicienne*, c'est-à dire une approche philosophique contemplative, imaginative mais toute spéculative *(la logique formelle pure)*. Dans cette représentation de la science, la deuxième part qui revient à l'attitude cette fois *galiléenne* plus réaliste, plus matérialiste, pragmatique, empirique et expérimentale est souvent bien plus réduite, voire ignorée de nombreux profanes.

Dans nos pays francophones et latins, de très nombreux praticiens et enseignants "psys" eux-mêmes paraissent considérer leur discipline comme un prolongement de la philosophie, ils empruntent à celle-ci ses traditions et en adoptent les méthodes de raisonnement. Ils semblent ne pas trop se soucier de savoir si, en sciences, les méthodes uniquement spéculatives empruntées à la philosophie, à elles seules et en ne partant que de concepts *a priori* faisant fi de la réalité matérielle pourtant déjà connue, peuvent aboutir à des conséquences pratiques *(c.à d. susceptibles d'être mises utilement en pratique)*. En un mot, ils créent, ***uniquement par l'esprit***, des structures et des systèmes hypothétiques qui, selon toutes apparences, ne sont basés que sur l'imagination et la seule logique, et dont l'existence réelle n'est pas vérifiable*(testable)* ni par l'expérience ni par la confrontation avec la réalité *(et peut même être contredite par cette dernière, ce qu'ils ont souvent tendance à ignorer ou même à refuser de reconnaître)*.

Ces dernières années, malgré les réticences et les tendances conservatrices de nombreux "psys", l'importance de la biologie dans l'origine et le développement des affections psychotiques chroniques commence à faire son chemin dans les consciences, de même que son utilité pour leur traitement est progressivement admise. On pourrait dire qu'en quelque sorte, les sciences physiques et la biologie sont en train de remettre les spéculations philosophiques sur la nature de l'esprit de la première à la seconde place, celle qui leur revient. Cette nécessaire évolution des mentalités est malheureusement encore bien trop lente.

Un professionnel comme, par exemple, le psychiatre australien Niall McLaren *(mis en exergue du présent article)*, se risque avec intrépidité à se distinguer de ses collègues en affirmant de manière fort iconoclaste *(pour un psychiatre)* que toutes les théories actuelles dites "scientifiques" sur lesquelles une majorité de "psys" tentent encore aujourd'hui d'asseoir la psychiatrie sont défectueuses et non scientifiques. Bien que je sois tenté de partager cette opinion en grande partie, car l'argumentation du Dr McLaren comporte beaucoup de points forts, je ne pense par contre pas pouvoir épouser les vues de cet auteur sur "l'esprit" - tant "normal" que "malade", ni sur ce que devrait être, d'après lui, une "bonne psychiatrie".

Car ce psychiatre de terrain croit malgré tout en l'existence ***"des esprits, entités immatérielles"*** influençant la matière, ce qui est du plus pur fantasme littéraire. Tout en semblant accorder une importance prépondérante au son des mots employés, il nous rappelle pourtant assez justement qu'on ne peut réifier l'esprit, car l'esprit, ce sont des processus se déroulant dans le cerveau qui les produit, ce n'est pas une ***chose***. Le prix Nobel Gerald M. Edelman, partisan inconditionnel de la biologie, - c'est pourquoi sans doute le Dr McLaren prend bien soin de ne pas le citer - , avait déjà dit cela beaucoup mieux, dès 1992 *(Bright Air, Brilliant Fire: On the Matter of the Mind)*. Mais le psychiatre australien, quant à lui, ajoute aussitôt: *«Les processus peuvent accomplir des **choses**, sans qu'il soit besoin de la présence d'aucune **chose** pour ce faire. Les processus sont juste des "actions"» ("Processes can get things done without there being any **thing** to do the doing. Processes just are "doings", op.cit., p.110)*. Voilà bien le genre de sophisme "philosophique" erroné, absurde, avancé pour rejeter le rôle de la biologie, et qui nous fait retomber dans une philosophie encore plus proche de la pataphysique d'Alfred Jarry que de la philosophie même de Platon, alors qu'il serait plus indiqué de se référer à Galilée.
Tel qu'employé ici, l'argument serait aisément transposé, par exemple en physique et en mécanique: alors, on dirait de la même façon que le mouvement *(la loi du mouvement)* existe en soi, sans qu'aucune ***chose*** ne doive être présente pour se mouvoir et sans obligation de présence pour d'autres ***choses*** servant de repères *(de référentiel).* Sans doute qu'ensuite certains affirmeraient aussi que la vitesse existerait en soi? Une fois de plus et sans devoir

remonter dans le temps jusqu'à Zénon d'Elée, constatons que trop de "philosophie" purement rhétorique doublée d'un rejet délibéré de la biologie *(et de la réalité physique tangible!)* peut à coup sûr nous conduire à des aberrations, voire sans doute à une théologie, peut-être aussi à une certaine psychiatrie. Et pareille psychiatrie ne nous apporte rien que du vent plus ou moins sonore: des mots vidés de leur sens premier sans en avoir acquis un nouveau.

L'emploi et le choix des mots par amour de leur seule sonorité en oubliant *(par inadvertance ou délibérément?)* leur signification, quand on s'est habitué à les utiliser sans tenir compte de leur contexte réel, autorisent alors à construire, ***par l'esprit***, des "concepts impossibles" purement verbaux dépourvus de correspondance dans le monde physique dont nous faisons partie.
Qu'est-il donc besoin d'imaginer un *"appareil psychique, c'est-à-dire un ensemble structuré et organisé qui permet etc., etc."* ? Car on serait bien en peine de dire en quoi ***consiste effectivement*** cet hypothétique "ensemble structuré et organisé" mais ***seulement imaginé*** qu'on décide de postuler et de poser en principe. Et aussi, en quoi ce principe nous est-il nécessaire et utile pour comprendre ce que nous appelons "l'esprit"? Ne devrait-on pas appeler plutôt ce principe de son vrai nom: une ***pétition de principe***, et celle-ci n'est-elle pas superfétatoire, voire encombrante?
Ne serait-il pas plus simple *(scientifiquement plus acceptable et respectueux du souci de parcimonie de la méthode scientifique),* ***sans présumer d'un "appareil psychique" en quelque sorte surnaturel parce que non observable directement***, de d'abord ***constater*** simplement ce que tout un chacun peut voir de ses propres yeux: tout être humain est un animal capable de se construire des représentations de lui-même et de ses congénères, d'y réagir, de s'y adapter. Pareille constatation résulte directement de l'observation.

Par contre, poser ***au préalable*** et en principe l'existence d'un "***appareil psychique***" insaisissable, nécessairement imaginaire et de constitution inconnue pour, ***ensuite***, en "expliquer" les manifestations, qui elles-mêmes, justifieront à leur tour d'ajouter de nouveaux "rouages" hypothétiques au toujours aussi imaginaire "appareil psychique", c'est une démarche qui tient bien plus d'une théologie qu'elle ne s'apparente à une science *(et certainement pas à de la physiologie!)*.

Ce n'est pas en "posant le principe" que les animaux (dont l'homme) possèdent, par exemple, un *"appareil moteur, appareil structuré et organisé lui permettant de se mouvoir et d'interagir avec son milieu"*, et s'ils ne s'étaient que contentés de cette affirmation sans le moins du monde s'inquiéter de la ***nature matérielle*** de cet "appareil", que les physiologistes (les Huxley, Hanson et autres au siècle dernier) seraient jamais parvenus à comprendre comment les muscles sont structurés, fonctionnent et nous permettent de faire ce que nous observons qu'ils nous aident à faire.

Mais on nous parle encore toujours de "l'esprit" en nous disant qu'il consiste en la "*juxtaposition d'instances virtuelles qui interagissent entre elles de façon dynamique*", ce qui n'est jamais qu'une phraséologie au vocabulaire emprunté à la psychanalyse, et qui n'est que du plus pur jargon creux destiné à masquer l'ignorance qu'on se refuse à avouer. On nous parle encore d' "*états mentaux*", d' "*états cérébraux*", ce qui en fait ne veut rien dire, car ceux qui emploient ces termes ne sont pas capables de nous donner de réponse compréhensible à la question: ***"quelle sont donc ces choses qui prennent des états divers et variés?",*** question qu'on ne peut pourtant éviter de se *(et de leur)* poser si on ne veut pas mourir idiot.

On nous parle aussi de "*hiérarchie des instances*", de "*désorganisation intra-psychique*", de "*niveaux de causalité*" (*Jeannerod, ibid*). Mais tous ces mots ne sont en réalité jamais vraiment ni clairement définis. En fait, on observe des phénomènes qui sont les conséquences de causes inconnues qu'on ***invente*** et auxquelles, arbitrairement et pour la facilité du discours, on attribue des noms. Par là même on crée ces causes, on les réifie, on leur confère une existence factice en oubliant qu'il ne s'agit que de mots. Ces mots sont des raccourcis qui permettent de parler des phénomènes, qu'ils résument plutôt mal que bien. Et puis on se met à utiliser ces mots comme si ils étaient des choses. C'est ce que Claude Bernard appelait la scolastique... C'est ce

qu'aujourd'hui on pourrait appeler tourner en rond, une longue expérience nous a montré que cela ne mène nulle part: pourquoi l'oublions-nous systématiquement?

Il n'y a pas non plus à proprement parler des "*niveaux de causalité*". En neurosciences et en psychiatrie, les causes et leurs conséquences s'enchaînent, forment donc des chaines. Ces chaînes s'entrecroisent, se referment sur elles-mêmes en boucles de *rétroaction* positive ou négative et des "réseaux d'influences" qui, dans leur ensemble, dépassent nos capacités intellectuelles individuelles d'analyse, nous obligeant, pour tenter de les décrire, à des simplifications souvent excessives qui oublient le monde physique dont elles ne se distinguent pourtant pas.

Mais il y a bien par contre des ***niveaux*** *[presque]* ***obligés de connaissance et d'ignorance*** qu'on refuse de reconnaître. Ils tiennent à la complexité extraordinaire de la machine cerveau et de son fonctionnement, ainsi qu'à la complexité du milieu "social" dans lequel l'individu est plongé, qui s'y surajoute, qui l'influence et à quoi il ne peut que réagir. Les innombrables relations et processus qui en résultent *(le "psychisme", les comportements, etc.,)* ne peuvent être embrassés dans leur totalité par une seule discipline, et encore moins par un individu à lui seul, même s'il consacre à leur étude tout son temps, sa vie entière.

"Le savoir scientifique accumulé au cours des quelque cent dernières années nous suggère que la biologie, dans toute sa stupéfiante complexité, ne diffère en rien de quoi que ce soit d'autre obéissant aux lois de la physique. La conscience devrait donc pouvoir se réaliser dans un organisme physique et, dans le cas qui nous occupe, il se fait que nous appelons cela un système biologique." ("The scientific knowledge gathered over the last hundred years or so suggests that biology, in all its amazing complexity, is no different from anything else that obeys the laws of physics. Thus it should be possible for consciousness to be implemented by a physical organism, which in our case happens to be what we call a biological system." Rodolfo Llinás: "I of the Vortex. From Neurons to Self.", p. 262. MIT Press 2002, ISBN 0-262-12233-2)

Les ***choses*** *(matérielles)* sans lesquelles ces processus (les reliant entre elles) ne se produiraient pas *(ne pourraient exister)*, ce sont des molécules qui ***s'agencent en structures***; puis ces structures à leur tour se combinent et s'organisent en cellules *(pas seulement des neurones)*, celles-ci en organes *(dont le cerveau)*, ces derniers se regroupent en organismes qui agissent et réagissent avec le milieu au sein duquel ils vivent, c'est-à-dire aussi avec d'autres organismes en formant, par exemple, des sociétés. Ce sont les ***choses*** *(matérielles)* qui, lorsqu'elles sont altérées, donnent naissance à des ***processus défectueux*** qui se répercutent ensuite sur d'autres ***choses*** *(matérielles aussi)*, et ainsi de suite: dans les cellules (dont les neurones) d'abord, puis au sein de groupes de cellules, ce qui finit par apparaître dans les manifestations extérieures de l'activité cérébrale: le sommeil, l'attention, les émotions, la mémoire, la parole; dans la compréhension des autres: de leurs actions, de leurs intentions, de leurs sentiments et émotions, et que sais-je encore...

Tous ces "degrés" de complexité qui en quelque sorte s'empilent les uns sur les autres tout en dépendant les uns des autres sont à ce point multiples qu'ils requièrent, pour être chacun compris, les travaux de recherche de nombreux spécialistes: les biochimistes et les pharmacologues qui s'occuperont des molécules; les neuroanatomistes, neurophysiologistes, histologistes et cytologistes, etc., etc., qui s'occuperont des neurones, de leurs synapses et des "cellules de soutien" qui les entourent; les psychologues et les psychiatres qui étudieront les manifestations *extérieures*, finales, visibles, de toutes ces activités cellulaires invisibles parce que *cachées à l'intérieur* de notre corps et de notre cerveau. Et enfin, les travailleurs sociaux et les sociologues se pencheront sur les rapports des gens entre eux.

Ces nombreux professionnels utilisent, chacun dans son domaine spécialisé, des techniques de travail adaptées à l'ordre de grandeur et à la nature des phénomènes qu'ils étudient et que parfois ils tentent de manipuler. Il en va de même pour le jargon technique qui est propre à chaque spécialité, et dont les mots, s'ils sont souvent les mêmes que ceux des spécialistes des autres domaines, changent pourtant de signification d'une spécialité à l'autre. Les spécialistes

d'un ordre de grandeur donné des "***choses***" parviennent généralement à faire la transition avec le domaine d'ordre de grandeur qui le suit ou le précède immédiatement et à s'en faire une représentation assez correcte bien qu'approximative.

Mais quand l'écart s'élargit entre ordres de grandeur étudiés, les interprétations et la compréhension mutuelles des phénomènes par les professionnels de spécialités distinctes deviennent rapidement problématiques voire fantaisistes. Par exemple, la vision d'un malade mental par le sociologue ou par le travailleur social semble n'avoir aucune relation avec celle du neuropharmacologue ou du biochimiste, et réciproquement.

Les uns, rampant au ras du sol, regardent à la loupe ce qui s'y passe sur un minuscule territoire. Ils constatent la disparition de certaines espèces végétales et animales. Les autres, depuis un satellite d'observation, scrutent les variations d'un certain nombre de paramètres des continents, des mers et de la planète entière et constatent, par exemple, des anomalies climatiques. Les descriptions fournies par les uns et par les autres sont exprimées dans des langages différents et semblent se rapporter à des mondes totalement étrangers l'un à l'autre. Et pourtant, même dans ces deux cas extrêmes, il s'agit d'évènements qui sont liés, qui appartiennent à la même planète, mais les observateurs depuis l'espace et ceux qui se trouvent à ras de terre ne se comprennent pas, donc ils s'ignorent. Par conséquent, les uns comme les autres ils interprètent leurs observations en leur imaginant, les uns des causes, les autres des conséquences, nécessairement supposées, parfois "inventées" et souvent fausses, tant les unes que les autres.

Qu'attend-on pour trouver les moyens de rassembler tous ceux qui, à divers "niveaux" de savoir et de compétences, s'impliquent plus ou moins directement dans la "santé mentale", les maladies mentales, les neurosciences? Tous, depuis les scientifiques des sciences de base jusqu'aux soignants et même jusqu'aux malades et leurs proches, en passant par les psychologues, les médecins, les psychiatres, les sociologues, les enseignants, les assistants sociaux, ils pourraient ainsi s'informer les uns les autres et se transmettre les uns aux autres un petit peu de leurs savoirs respectifs. Ils pourraient au moins en traduire les mots pour que chacun en comprenne le sens, ne serait-ce qu'approximativement. Chacun alors saurait, au moins à peu près, distinguer les rêves de la réalité, les "***choses***" peut-être abimées chez les malades des "***actions***" dont par conséquent ils ne sont plus ou seulement peu capables, et choisir à bon escient, plutôt que des simulacres et une "philosophie de l'esprit" désincarnée, les objectifs à poursuivre, les actions à entreprendre pour rendre aux malades la vie un peu moins difficile.

Sans doute pareil rassemblement des savoirs, des énergies et des bonnes volontés demanderait-il trop d'efforts de ceux qui, grâce à la philosophie qu'ils se sont personnellement forgée de l'esprit et de la psychiatrie, ont acquis des certitudes: celle surtout de tout savoir des causes et de toutes les conséquences des "maladies" mentales, et d'en faire déjà assez de par leur profession telle qu'on la conçoit aujourd'hui.

Mais comment certains peuvent-ils croire que le "***voisinage entre neurosciences et psychiatrie puisse jamais être trop proche***"? (http://www.sens-public.org/spip.php?article107)

Première publication: **24 Décembre 2007** ***(J.D.)*** Dernière modification: **24 Décembre 2007**

"*Je ne pense que si je suis et je ne le sais que si je pense*"

DES TÂCHES DE LONGUE HALEINE

Depuis un siècle, tout en affichant une sollicitude qu'on s'efforce de rendre sympathique et de bon ton aux yeux des ignorants de bonne volonté, on prétend soigner avec succès et même parfois guérir les personnes affligées d'affections mentales psychotiques et chroniques. Depuis près d'un demi siècle, on proclame presque chaque jour trouver de nouveaux remèdes et procédés réputés bien plus efficaces que les précédents pour traiter les prétendues "***maladies***" mentales. On continue pourtant d'imaginer à ces "*maladies*" des ***raisons*** purement psychologiques. On attribue les ***causes*** les plus diverses, inventées, fantaisistes et parfois saugrenues à des "*maladies*" qu'on devrait plus justement appeler des ***infirmités*** et des ***invalidités*** mentales. On prétend reconnaître (*diagnostiquer?*) et soigner (*traiter?*) des "maladies" dites *"mentales" ou "psychiques"* et on laisse croire qu'elles seraient d'une ***autre nature*** *(?)* que les maladies dites *"somatiques"* ou "du corps"*,* sans pour ce faire se baser sérieusement sur de véritables preuves scientifiquement récoltées, rassemblées, vérifiées, démontrées et confirmées. On se contente de s'appuyer principalement sur des croyances ancestrales très anciennes, des idées reçues et des superstitions qu'on ne pense presque jamais à remettre en question.

On persiste à croire en des "mécanismes" socio-psycho-somatiques inventés, imaginaires, dont on dit qu'ils sont les causes à combattre (*bien qu'elles soient inconnues!*) et qu'ainsi on en préviendrait les conséquences (*très* ***absurdement****, par une prévention* ***a posteriori****: puisque ce sont* ***ces conséquences qu'on prétend éviter ou prévenir, mais dont seule la présence reconnue nous permet d'être alertés sur l'existence de leurs causes supposées!***), et donc **on ne fait que semblant d'agir, on cause et on s'agite, trop tard et inutilement autour de leurres**. Pourquoi et comment alors s'étonner si les prétentions de réussites thérapeutiques annoncées sont continuellement battues en brèche, voire clairement démenties par la réalité des échecs que l'on tait pour ne pas avouer son impuissance, qu'on minimise ou qu'on dissimule prétendument par "bonté", comme on cacherait "par charité" leur fin prochaine à des moribonds? Ces échecs sont pourtant bien plus évidents et fréquents que les rares succès parfois proposés en exemples *(et généralisés de façon mensongère)*, ces derniers d'ailleurs ne pouvant paraître convaincants qu'aux crédules impénitents et aux croyants inconditionnels du miracle. Ce constat démontre à suffisance que, exceptée la découverte (plutôt fortuite) des médicaments neuroleptiques (d'il y a un demi siècle déjà), au contraire de ce qu'on tente de nous faire croire, fort peu de réels progrès pratiques ont en fait été enregistrés depuis lors dans le traitement des troubles psychotiques chroniques.

En général, la majorité de nos praticiens du "soin psychiatrique" se contentent depuis toujours de ne se poser au sujet des "maladies" mentales que de mauvaises questions, tant et si bien qu'ils n'y trouvent aucune réponse satisfaisante ou, plus exactement, ils ne peuvent jamais en apporter que de fausses et d'inutiles, voire de fort mauvaises parce qu'elles retardent indéfiniment la recherche des bonnes. Et, par conséquent, si parfois quelques nécessaires aménagements pratiques (d'ailleurs plutôt modestes) du sort de ces malades sont proposés, ils ne sont que bien trop timidement tentés et, pourrait-on dire, leurs éventuels succès fort partiels sont dus plus au hasard d'heureuses exceptions, de cas individuels inattendus ou "inespérés" alors montés en épingles, qu'ils ne naîtraient d'un effort politique et scientifique délibérément réfléchi, soutenu et organisé de façon cohérente au bénéfice de l'ensemble des "malades".

Quelles sont donc les causes profondes de cette inertie qui dure depuis des décennies?

Elles sont probablement multiples et diverses, mais je n'en retiendrai ici que deux, qui me semblent les principales, les plus importantes. La **première cause** importante est cette croyance remontant à l'antiquité *(et sans doute bien plus ancienne encore!)* et reformulée plus près de nous par Descartes, selon laquelle l'esprit (l'âme) est une ***chose immatérielle*** distincte du corps qui l'héberge et l'abrite. Cette croyance traditionnelle persiste encore plus ou moins consciemment

chez la plupart de nos contemporains avides d'immortalité personnelle (et nos psychiatres ne sont pas immunisés contre cette tendance).
Que nous soyons croyants ou même agnostiques ou athées, pratiquants d'une religion ou non, nous vivons dans des sociétés où nos religions , établies depuis fort longtemps, entretiennent toutes dans ces sociétés la croyance que l'âme (l'esprit) survit à la mort de son "enveloppe corporelle". Cette affirmation ***réifie*** bien l'esprit (l'âme), même si on admet - sans pouvoir expliquer ni préciser de façon rationnelle ce que cela signifie - qu'il serait immatériel et fait d'une substance pour le moins fantomatique et indéfinissable.
Cette conception *(cette conviction qui ne repose sur rien d'autre qu'une sorte de foi sentimentale ou viscérale se passant de preuves)*, certains s'en autorisent pour dire que les affections psychiatriques, dont les psychoses chroniques, sont des "maladies de l'esprit et non du corps", des maladies de "l'esprit blessé par son vécu" *(c'est-à-dire par la famille, par la société, par les malheurs, les deuils etc.,)*. Ils croient donc pouvoir "guérir" ou traiter "l'esprit blessé" par des méthodes de "rééducation de l'esprit", c'est-à-dire seulement par l'écoute de la parole des malades et diverses manipulations langagières pratiquées par les thérapeutes.
C'est là une résurgence, en pleine époque moderne, éclairée et "scientifique" (?!), des croyances primitives en la magie et au surnaturel, au paranormal, c'est le renoncement à la logique, à l'esprit critique, au bon sens commun et au vrai savoir (même à celui pourtant déjà acquis et confirmé).

La **deuxième cause** importante, d'ailleurs étroitement liée à la première, résulte du sentiment très répandu et toujours partagé également - consciemment ou non - par de nombreux psychiatres, selon lequel les humains feraient partie d'une élite privilégiée *(et "supérieure" à toutes les autres espèces)* dont les membres seraient les seuls à être dotés d'une âme, de conscience et de langage; ils seraient l'aboutissement suprême du règne vivant, cette élite *(faite à l'image même d'un créateur divin)* dont les autres représentants du monde animal - "inférieurs et serviteurs" - seraient exclus. Pour de nombreux "psys" par conséquent, l'expérimentation et la recherche sur les animaux, telles qu'elles sont pratiquées en biologie et en médecine expérimentale, ne peuvent présenter aucun intérêt pour la psychiatrie. Ils sont persuadés que les résultats de recherche sur les animaux ne peuvent en aucune façon se transposer à l'Homme *(l'espèce humaine)*, ils n'apporteraient non plus aucun éclaircissement ni sur les mécanismes mentaux "normaux" et leurs origines, ni sur les traitements possibles des affections mentales, toutes "***choses***" qui, comme la "spiritualité", la parole, le rire et les larmes sont, paraît-il, le propre de l'Homme *(bizarrement, on omet prudemment d'évoquer ces autres "qualités" au moins aussi uniques à l'espèce humaine que semblent être l'arrogance, la suffisance et la connerie)*.

Ces convictions se réflètent, entre autres dans des vitupérations sarcastiques de certains de nos "psys" à l'encontre des recherches des causes génétiques et biologiques des psychoses, sur le thème: "...les souris, rats et autres cobayes de laboratoire ne parlent pas et n'ont pas nos états d'âme...". Mais elles ont surtout pour **très grave conséquence que la plupart de nos professionnels méprisent et se détournent d'une recherche biologique digne de ce nom dans le domaine des affections mentales**. Ce désintérêt pour l'approche "scientifique" encourage, bien à tort, nos professionnels à se cantonner dans l'illusoire facilité des seules spéculations et "disputations scolastiques" dites "philosophiques", qu'ils tentent de faire passer pour de la "science" mais qui ne sont en réalité que des mises en scène de fantasmes oniriques et des fables s'efforçant de camoufler l'ignorance tout en la justifiant, en la cultivant et en pensant l'embellir par des apparences de belle rhétorique et de fausse poésie.

Pourtant, l'utilité et la validité des modèles animaux pour l'étude des troubles psychiatriques ont été bien reconnues et expliquées déjà depuis longtemps (http://www.acnp.org/g4/GN401000076/Default.htm par exemple) et actuellement ces modèles, grâce aux progrès récents des méthodes de génétique et de génomique, sont porteurs d'espoirs accrus qui n'ont rien d'utopique. De nombreuses équipes travaillent activement au décryptage des gènes intervenant dans le développement, par exemple de la schizophrénie
(voyez http://www.schizophreniaforum.org/res/models/animal_modelsTable.pdf, PDF, 20 pages, 507 KB).

Déjà, de l'ensemble de ces travaux très prégnants se dégage fort clairement une première évidence que j'avais signalée dans un article précédent: chaque signe "extérieur" ou "symptôme"

prétendument caractéristique de l'une ou l'autre affection psychotique chronique dite "spécifique" peut souvent être reproduit expérimentalement chez l'animal par plus d'une altération d'un ou différents gènes distincts (présents aussi bien chez l'animal que chez l'homme). Non seulement cette observation justifie et accentue le doute qui n'a jamais cessé d'alimenter la controverse sur la pertinence biologique des classifications cliniques des affections mentales psychotiques. Elle nous montre tout aussi clairement que la seule approche dite "top down" du fonctionnement mental, telle que pratiquée par notre psychologie et notre psychiatrie actuelles, n'apportera jamais aux questions posées par leurs praticiens sur les "causes" de telle ou telle "maladie mentale" que des réponses non univoques parmi lesquelles le "bon choix" ne pourra se faire qu'au hasard et arbitrairement (v. *Entêtement*).

Tous, nous devrions reconnaître enfin que pour parvenir un jour à limiter la survenue des affections mentales chroniques, pour être capables un jour de soigner efficacement celles qui se seraient malgré tout développées, nous devons d'abord rétablir les vraies priorités. Ces priorités sont l'urgence de la recherche biologique et de l'aide pratique et matérielle aux "malades", et elles prennent le pas sur toutes les autres. En effet, la philosophie de la conscience et de l'esprit, la théologie, la littérature d'imagination et tous les arts en général, si nécessaires soient-ils chacun au bonheur des individus, ne peuvent avoir d'existence réelle ni de sens véritable pour eux s'ils sont mentalement (ce qui veut bien dire physiquement, organiquement, matériellement) incapables de se les inventer, de les apprécier et d'en jouir un minimum.

Il faut activement acquérir le savoir indispensable permettant de rendre aux malades leurs capacités. Pareille recherche scientifique, pareil apprentissage d'acquisition des connaissances et de mise en oeuvre du savoir acquis sont des tâches de longue haleine, jamais terminées. Raison de plus pour ne pas systématiquement les remettre à plus tard. Apprenons d'abord ce qui nous est accessible et donc possible de faire, nous pourrons philosopher et rêver au reste et à autre chose, tout à notre aise, **mais ensuite seulement...**

Première publication: **11 Février 2008** ***(J.D.)*** Dernière modification: **11 Février 2008**

La "COM" est la panacée universelle des maladies mentales

Ces "amis qui vous veulent du bien" ne font que
jouer au bienveillant "MARCHAND DE SABLE" de notre enfance crédule,
ils se jettent généreusement à eux-mêmes et aux autres
"LA BONNE POUDRE AUX YEUX"

En 2001, j'ai entrepris la rédaction des divers articles et "dossiers" de ce site afin d'informer sur les maladies mentales chroniques les nombreux surfeurs qui sont désespérément à la recherche de renseignements fiables, mais rares et habituellement dispersés ou d'accès malaisé dans les autres médias, mais aussi sur Internet où ils sont plutôt noyés dans un océan de désinformation. J'ai voulu distribuer un peu de ce que je pense avoir appris au fil des ans, un peu de ce que j'espère n'avoir pas encore commencé à oublier aujourd'hui, et de ce que je m'efforce encore d'apprendre - ou parfois seulement d'entretenir - grâce aux disciplines de travail et aux entraînements que, grâce à la profession que j'avais choisi d'exercer, j'ai progressivement acquis et cultivés depuis et pendant de nombreuses années.

Sans trop de prudence (sans m'encombrer des habituelles circonlocutions "charitables" voilant les vérités souvent trop pénibles à entendre), j'ai essayé de dire, le plus simplement qu'il m'est possible , une petite partie de ce que les médecins et les biologistes chercheurs scientifiques savent et de ce qu'ils ignorent encore toujours des causes et des mécanismes des affections mentales chroniques. Parce que je les ai personnellement connues, j'ai voulu dire aussi ce que je sais de leurs multiples conséquences sur la vie quotidienne des malades eux-mêmes, mais aussi sur la vie de leur entourage immédiat, c'est-à dire sur la "***vie vécue***" des membres des familles de ces personnes.

J'ai voulu dire ce qu'aujourd'hui - souvent, mais malheureusement pas toujours - on peut attendre des traitements médicamenteux psychotropes actuellement disponibles, ***pour autant qu'ils soient dispensés en temps utile, correctement et à bon escient***. J'ai voulu éclairer les personnes, elles-mêmes bien portantes mais directement concernées par la maladie mentale d'un proche, sur les ***causes*** et sur les ***raisons*** des difficultés auxquelles elles sont confrontées en permanence, pour ainsi leur suggérer et leur indiquer, dans la modeste mesure de mes connaissances et capacités évidemment limitées, quelques "pistes" vers les moyens de surmonter ces difficultés, voire de peut-être résoudre, du mieux qu'elles peuvent, une partie au moins des problèmes qu'elles doivent affronter.

En informant les proches de malades sur la nature des maladies mentales, j'ai voulu aussi leur épargner les déconvenues et les trop amères et surtout trop fréquentes désillusions résultant d'espoirs exagérés ou injustifiés véhiculés et entretenus par de nombreuses personnes certes de bonne volonté et pleines de bonnes intentions. Mais elles sont trop souvent fort mal informées, voire ignorantes des réalités et de la nature des maladies mentales parce qu'elles ne s'en font une représentation que grâce à leur seule imagination, indirectement à partir de récits et de généralisations faites par d'autres personnes elles aussi sans lien étroit ni direct avec les malades. Dans le domaine des maladies mentales, on ne pourra jamais assez répéter que rien ne saurait remplacer l'expérience directe, quotidienne et continue acquise auprès des malades dont on a partagé et partage encore la vie ***depuis qu'ils sont nés***.

J'ai voulu éviter aux familles des malades et à leurs proches de se fourvoyer dans des démarches prétendument "thérapeutiques" mais en réalité illusoires, stériles et parfois même néfastes tant pour les malades eux-mêmes que pour leurs proches, et d'inutilement s'épuiser à torturer leur conscience dans le labyrinthe des mythes et mystifications, des superstitions et idées reçues, tout à la fois fausses et culpabilisantes, qui circulent encore toujours dans le grand public à propos des affections mentales.

Car chez nous, et qu'en dire sinon regretter et hautement dénoncer cet état de fait, bien des "professionnels de la santé mentale" et nos médias à leur suite semblent encore toujours éprouver une évidente difficulté à aider les "profanes" en les informant sur la (les) "maladie(s)" mentale(s) chronique(s), clairement et honnêtement (c.à.d. sans rien cacher de nos ignorances). Parfois même

certains de ces professionnels paraissent manifester une répugnance - pour le moins surprenante et peu compréhensible - à correctement se tenir au courant eux-mêmes de l'évolution des connaissances dans leur propre domaine "d'expertise professionnelle". Pareille mise à jour pourtant leur permettrait d'ensuite en instruire convenablement à leur tour non seulement le grand public, mais surtout et d'abord, au sein de celui-ci, ceux-là mêmes qui, directement concernés, sont les premiers à éprouver le plus grand besoin de savoir véritable et vérifié, et à mériter qu'on leur fasse partager ce savoir: les familles des malades. Ce sont ces familles dont beaucoup de braves gens croient (de bonne foi mais à tort), et qui plus souvent qu'on ne l'imagine de nos jours encore, disent de façon plutôt irréfléchie qu' "*elles n'ont qu'à s'occuper elles-mêmes de leurs enfants malades puisqu'elles en sont les auteurs/géniteurs et les premières responsables*".

Sept années se sont écoulées depuis que j'ai commencé de mettre en ligne, sur le site de mens-sana.be, mes observations et réflexions. Tout au long de ces années, les organisations officielles telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO/OMS) et d'autres organisations de bienfaisance de "santé mentale", nationales et internationales, n'ont pas manqué d'occasions de "***communiquer de l'information***" sous forme de "rapports", souvent repris par les médias, sur ce concept idéologico-théosophique plutôt indéfinissable et nébuleux qu'elles ont convenu d'appeler la "*santé* mentale". Face au fléau des *maladies* mentales chroniques, d'autres organisations d'entraide et des ONGs, généralement créées à l'origine par des parents et proches de malades, se sont elles aussi depuis longtemps constituées et développées pour défendre les droits humains et sociaux des malades. Depuis qu'elles existent, elles n'ont cessé de réclamer la mise en oeuvre des soins médicaux et psychiatriques adéquats *(c.à.d. humainement, socialement et médicalement cohérents et praticables)* auxquels les malades mentaux chroniques souvent et dans dans la plupart des pays, même ceux dits "développés", n'accèdent encore que difficilement avec des succès ou plutôt des insuccès divers.

Aux U.S.A. comme dans les autres pays anglophones et de l'ancien empire britannique, les associations familiales de défense des malades mentaux ont, dans leur majorité, quelque peu précédé dans le temps les associations francophones poursuivant les mêmes objectifs. Aujourd'hui encore, elles regroupent des membres en nombres vraisemblablement bien plus importants que chez nous, *des adhérents dont une majorité, individuellement ou en équipes, sont prêts à payer de leur personne, c.à d. à militer bénévolement et* ***activement*** non seulement sur le terrain, mais aussi auprès des institutions "de santé" et des politiques, en faveur du sort de leurs malades (un très clair historique des débuts de ces mouvements est brièvement évoqué dans l'intéressant article du Dr Max Geiser de 1994).

Depuis les années 1980 et le début des années 1990, et sans relâche ensuite, les associations familiales ont toutes dénoncé les insuffisances de la "psychiatrie de terrain" et tenté d'attirer l'attention des autorités sanitaires et des politiques sur les invraisemblables et souvent inadmissibles difficultés rencontrées par les malades et leurs proches : 1) pour que l'affection mentale soit reconnue (identifiée, diagnostiquée) en temps utile; 2) pour qu'un traitement efficace soit prescrit en temps utile; 3) pour assurer, autrement que par effets d'annonces, l'indispensable accompagnement et le réel suivi psychiatrique des malades; 4) pour que les soignants de fait, c'est-à dire ***les familles*** des personnes atteintes puissent établir avec les psychiatres traitants, autrement que sous forme d'un voeu pieux, une relation de confiance et de véritable collaboration thérapeutique effective, étroite et continue en faveur de leurs malades (p.ex.: Schizophrenia: Information for families, http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MNH_MND_92.8.pdf - 62 pages, 1.12 MB).

Les familles savent depuis toujours et l'ont crié partout haut et fort: la maladie mentale chronique d'un membre de la famille peut rendre le malade lui-même très peu capable de la moindre activité rémunérée quelque peu suivie, et peut ainsi le priver de toute autonomie; elle peut le transformer - ***bien malgré lui*** - en une sorte d' "adulte-enfant" imprévisible, capricieux, fantasque, indocile et irresponsable, incohérent et inattentif et rétif à toutes règles élémentaires de vie en société, obligeant ses parents à une surveillance étroite et de tous les instants, de jour comme de nuit. Ceci a pour conséquence que ce sont les soignants, c'est-à dire l'entourage qui, pour pouvoir se consacrer à cette tâche de soignants [*bien souvent à temps plein*] tout en suppléant les carences de leur malade, et pour s'adapter à son comportement, s'accommoder de ses "frasques" morbides et tenir compte de ses capacités atténuées de compréhension, de logique, de mémoire et d'anticipation, doivent aussi, ne

serait-ce déjà que pour des raisons de sécurité élémentaire, renoncer à la plupart de leurs activités normales, qu'elles soient professionnelles, sociales, ou encore qu'il s'agisse de préserver leur propre santé *(quid des périodes de congé forcé, du renoncement aux vacances, des périodes de repos insuffisantes, etc.?)*. Cela entraîne inéluctablement une cascade d'autres conséquences: *financières* (paupérisation), *sociales* (repli sur soi, divorces, éventuelle déchéance sociale, exclusion de fait de la communauté), *psychologiques* ("burnout", dépressions, suicides), voire même de *santé physique* "ordinaire".

Tout cela a déjà été longuement exposé dans le dossier sur la schizophrénie figurant sur ce site, et se retrouve dans toutes les publications d'associations familiales, dont beaucoup datent maintenant de bientôt *PLUS D'UN QUART DE SIECLE!*

Les familles savent depuis longtemps et n'ont jamais arrêté de rappeler que les perturbations et les interruptions du traitement médicamenteux des malades mentaux entraînent les "rechutes" et l'aggravation graduelle des manifestations de leur affection, ce qui nécessairement retentit à son tour très défavorablement - peut-on en douter? - sur les conditions de vie (financières, physiques, émotionnelles) de l'entourage proche *(qui peut même en arriver à se démembrer)*. Les familles n'ont jamais cessé de clamer que la répétition des "rechutes" (le plus souvent consécutives à un suivi psychiatrique défaillant) s'accompagne à chaque fois d'une accentuation de la détérioration des signes et symptômes de l'affection, ce qui conduit à l'abandon spontané du travail (ou au licenciement), contraint à l'hospitalisation, est à l'origine de fréquentes tentatives de suicide et peut aussi, selon les circonstances, conduire à l'emprisonnement carcéral de durée indéterminée (ce qui, faut-il le rappeler? est l'antithèse d'une mesure thérapeutique).

Si on ne rechigne pas [*"pudiquement"!*] à se donner la peine de passer en revue la pléthore de publications et articles divers "grand public" ayant trait aux malades mentaux, à leurs conditions de traitement et de vie, qui se sont accumulés dans diverses archives, opuscules et livres de toutes origines depuis 25 ans et plus, on ne peut s'empêcher d'en retirer la conviction profonde que tout ce que les familles de malades ont dit et écrit avec un évident bon sens sur ces sujets devrait sûrement être aujourd'hui enfin devenu lieux communs de notoriété publique, et qu'***il devrait être inutile de les ressasser***.

Si on garde une telle récapitulation bien présente en mémoire, sans doute ne peut-on pas non plus s'empêcher d'en même temps ressentir une certaine perplexité face à la discrétion, voire au silence habituellement observés sur ces sujets par une majorité des praticiens psychiatres et de leurs sociétés et organisations professionnelles de nos pays du continent européen. En effet, les "usagers" même peu attentifs de la psychiatrie sont forcés de constater à la longue que ces attitudes de "discrétion" ont une fâcheuse tendance à perdurer et font curieusement contraste avec la clameur qui par ailleurs les accompagne: celle des revendications réitérées et des protestations des "consommateurs" et "clients obligés" de la psychiatrie regroupés dans les associations de "défense" de leurs intérêts.

Et pourtant, en dépit de tous ces témoignages, voilà-t-il pas que le 2 septembre dernier, sur le blog du quotidien belge "La denière heure", (voyez http://vosquestionsante.dhblogs.be/archive/2008/09/02/enquete-sur-les-maladies-mentales.html) un journaliste, apparemment peu au fait du sujet qu'il aborde comme de ses antécédents et, semble-t-il, guère plus averti des subtilités de la langue de Shakespeare, n'hésite pas à attirer une nouvelle fois l'attention des lecteurs sur ce qu'il appelle une "étude" internationale récente (qui est en réalité faite de la succession de deux ***ENQUÊTES D'OPINION*** séparées dans le temps, de type "marketing" et par téléphone!) sur un mélange de maladies mentales chroniques additionnées les unes aux autres pour leur donner l'apparence fausse d'une "grande ampleur" (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire). Cette "étude" apporterait des "***découvertes***" (sic) sur les multiples conséquences néfastes sur les malades et leur entourage, entre autres de l'arrêt ou de la modification des traitements médicamenteux, des "rechutes", etc., etc.
Ces "vastes" ou "importantes" enquêtes ont été menées dans huit pays "développés" à l'initiative conjointe de la firme pharmaceutique Ely Lilly & Co et de la World Federation for Mental Health, auprès de proches de malades (recrutés par les associations d'entraide parmi leurs membres) *(on notera que, pour des raisons qui restent obscures, la Belgique, les Pays-Bas, la Suisse ou encore l'Autriche entre autres, sont aux abonnés absents).*

Les réponses obtenues aux questions posées dans un premier temps (2006) aux "soignants" (les membres des familles, 30 min. de conversation téléphonique) ont, dans un deuxième temps (2008), été comparées aux réponses de psychiatres (des mêmes pays) invités à donner téléphoniquement - temps de conversation non indiqué - leurs opinions personnelles sur les mêmes questions *(mais on ne précise pas si les psychiatres contactés par téléphone - "par des entreprises indépendantes de marketing et de sondage" dont je ne donnerai pas le nom ici - avaient bien pour patients précisément ceux dont les soignants avaient précédemment été interrogés par les enquêteurs).*

Les "résultats" *(findings)* ainsi collectés auprès des soignants (parents ou proches) ne sont en réalité qu'une bien médiocre resucée supplémentaire des multiples affirmations et revendications déjà bien connues publiées par les familles depuis bientôt trois décennies! Ils ne font qu'en ***confirmer*** le bien fondé et les ***renforcer***, tout en montrant que, malgré les années qui passent et les diverses enquêtes successives, toutes plus ou moins *"importantes"*, qui s'empilent et se cachent sous la poussière des étagères de diverses "organisations", les problèmes rencontrés ne disparaissent pas, ne changent guère et leur actualité ne se dément pas, même si ce sont des tierces "entreprises indépendantes" *(mais aux intérêts de nature plus commerciale que scientifique)* auxquelles on fait appel pour conférer à ces "études" un vernis de nouveauté et de plus grande "importance" et pour sans doute tenter d'en justifier l'intérêt discutable pour le moins.

Peut-être néanmoins les optimistes impénitents seraient-ils capables de se convaincre de retirer des résultats de ces enquêtes une raison d'espérer en un timide début d'évolution, une certaine "prise de conscience" des réalités concrètes des maladies mentales par ceux qui en seraient restés inconscients jusqu'à ce jour. En effet, on peut constater que les réponses fournies par une proportion élevée des psychiatres contactés confirmeraient plutôt toutes les affirmations revendicatrices des "soignants" familiaux, ce qu'on peut effectivement interpréter comme la seule vraie nouveauté pleine de promesses émergeant de ces enquêtes, qui tranche résolument avec l'habituelle réserve prudente et le relatif mutisme de nos psys.

Il n'est aujourd'hui toutefois pas possible de prédire si les psychiatres de divers pays éprouveront enfin la nécessité de tirer les conclusions logiques de leur admission "verbale", c'est-à dire d'en déduire les conséquences pratiques pour les mettre concrètement en application dans leur pratique professionnelle *(au lieu de se borner, comme le plus souvent aujourd'hui, à répondre aux sollicitations de la clientèle par des discours de généralités verbeuses et des paroles plutôt insipides à prétentions bienveillantes).*

Quant aux "grandes" associations affectant de "promouvoir la santé mentale" en participant et en cautionnant de pareilles enquêtes de "marketing", on constatera à nouveau que, malgré tous les colloques et congrès qu'elles organisent, tous les rapports qu'elles y pondent régulièrement, jamais elles ne parviennent à fournir un bilan clair des **[bons?] résultats de leurs "actions"** (?) sur les nombres des malades supposés se raréfier(?), sur leur état mental constaté supposé en être amélioré (?) Et, parce qu'en réalité ils ne signifient pas grand-chose et ne nous en apprennent pas plus, ce ne sont pas les graphiques et les histogrammes joliment bariolés fignolés dans ces enquêtes qui constituent le moindre apport concret pour résoudre ou améliorer les problèmes des malades mentaux.
Loin de s'attaquer concrètement aux vrais problèmes, à tous niveaux on fait de la "***COM***". C'est très "tendance" par les temps qui courent, et, pour les commanditaires, ce n'est pas trop onéreux tant intellectuellement que financièrement, et cela montre qu'on existe.

Keeping Care Complete launched in 2006 with a survey of 1082 caregivers and ...
http://www.wfmh.org/PDF/Keeping%20Care%20Complete%20Fact%20Sheet%20FINAL_8%2027.pdf (4 pages, 59 KB)

Keeping Care Complete Fact Sheet: International Findings
http://www.wfmh.org/PDF/KEEPINGCARE/International%20Findings%20Fact%20Sheet.pdf (7 pages, 65 KB)

Key findings of Keeping Care Complete are presented in this short report. .....
http://www.arafmiaustralia.asn.au/Keeping%20Care%20Complete%20Survey.pdf (8 pages, 439 KB)

News 18 Sep 2006
Keeping Care Complete reveals the devastating consequences of relapse ...
http://www.businesswire.com/portal/site/google/index.jsp?ndmViewId=news_view&newsId=20060918005657&newsLang=en

“ Avant donc que d'écrire, apprenez à penser.”
Boileau, Art poétique, Chant I

“ Si penser juste est difficile, croire sans savoir
et rêver sans réfléchir ne demandent aucun apprentissage ni effort.” **J.D.**

QUAND AVONS-NOUS DÉCIDÉ DE NE PLUS APPRENDRE À PENSER?

On ne parle jamais que de ceux de ces trains-là qui n'arrivent pas à l'heure, de ces trains qui parfois s'arrêtent impromptu pendant des heures en rase campagne (et parfois leurs occupants peuvent geler ou cuire à l'étouffée tout en se déshydratant, dans l'attente plus ou moins longue des secours et selon la saison et sa température plus ou moins extrême). Ou encore de ces trains-là qui de temps en temps déraillent et qui, à cette occasion, blessent ou tuent partie de leurs passagers. **Pourtant**, qui voudrait voir dans ces accidents heureusement assez **rares** un motif valable de proposer la suppression de tous les trains, y compris de tous ceux qui partent et arrivent à destination sans encombres tout en respectant les horaires prévus, tous ceux-là dont on ne parle habituellement pas et qui, est-il besoin de le rappeler, sont l'immense majorité?

On ne parle jamais autant des avions que quand ils s'écrasent au sol *(ou délibérément dans les gratte-ciel newyorkais)* ou quand ils sont piratés en vol par des terroristes fanatisés, et les médias s'y intéressent avec d'autant plus d'avidité qu'un nombre plus élevé de passagers en sont les otages ou les victimes dignes de toute notre compassion. **Pourtant**, songerait-on à prendre prétexte de ces évènements malheureux mais **exceptionnels** pour suggérer d'abolir toutes les lignes aériennes, et envisager ainsi de supprimer tous les avions qui, dans leur immense majorité, n'ont pas encore fait parler d'eux (mais cette éventualité est-elle totalement exclue)?

On ne parle ***jamais*** des ascenseurs dans les HLM et autres hauts immeubles, tours et gratte-ciel, ***excepté*** quand ils tombent trop longtemps en panne, quand leurs freins lâchent sans prévenir et qu'alors ils tombent vraiment, ou que leurs portes palières s'ouvrent, non pas comme prévu en face de la cabine, mais plutôt devant une cage d'ascenseur vide où se précipitent alors et s'écrasent en contrebas des distraits infortunés ou des imprudents. **Pourtant**, quelqu'un oserait-il jamais affirmer que, pour prévenir ces **rares** accidents, il serait bon de supprimer indistinctement tous les ascenseurs bien fonctionnels installés dans les habitations hautes de plus de trois étages, et qu'on pourrait imposer aux habitants et à leurs visiteurs d'escalader uniquement les escaliers dorénavant seuls autorisés *(si incommodes, fatigants et peut-être mal fréquentés soient-ils)*?

De même, on ne parle jamais que de ces malades mentaux chroniques-là qui commettent des crimes de sang ou d'autres actes violents, ou effrayants et spectaculaires à la fois. Mais, ***à la différence de la bonne réputation*** dont continuent d'être crédités très légitimement les trains, les avions et les ascenseurs malgré les accidents peu fréquents qu'ils provoquent, l'horreur et la réprobation des crimes, cette fois commis par quelques **rares** malades isolés, rejaillissent très injustement sur l'ensemble des autres malades et leur confèrent ***à tous une marque péjorative distinctive, une mauvaise réputation*** qui reste à jamais gravée dans la mémoire du grand public. Cette foule anonyme des autres malades qu'on stigmatise ainsi sans même réelle réflexion, automatiquement, comme par instinct, ce sont ceux dont **pourtant** on ne parlerait jamais (et même on l'éviterait plutôt!) si toutefois **une très faible minorité** de malades mentaux psychotiques chroniques ne défrayait épisodiquement la chronique grâce aux commentaires morbides des médias plus friands de sensationnalisme et de faits divers que d'information objective et dûment réfléchie.

Pourtant, la très grande majorité de ces malades mentaux habituellement se réfugient dans leur monde imaginaire personnel et ne font pas spontanément parler d'eux. De plus, personne ne sait guère que faire d'eux, on ne se dote pas (et on ne les ***leur*** donne pas non plus) de vrais moyens de les aider à mener une vie qui alors leur paraîtrait peut-être plus supportable. Les soins que l'on consent à leur apporter - *prodiguer serait un mot mieux approprié, mais il ne correspond pas à la réalité observée* - ne sont jamais que très partiellement efficaces et fort insuffisants.

Par conséquent, les professionnels de la "santé mentale", probablement pour n'avoir pas à avouer les lacunes de leur savoir, voire pour ne pas admettre leur impuissance face aux affections mentales, soit les masquent par de grands discours amphigouriques, soit préfèrent observer un silence prudent sur ce qu'ils croient savoir réellement des maladies mentales graves . Pourquoi s'étonner qu'ils se montrent aussi moins diserts sur tout ce qu'ils en ignorent toujours? Ils n'en parlent qu'exceptionnellement, par "grande" presse interposée *(trop heureuse de les croire sur parole)*, et cela alors seulement quand, par exemple, des crimes extraordinaires et odieux sont commis qui ne peuvent passer inaperçus, qui ne peuvent être tus, qui ne peuvent que susciter la stupeur, l'horreur, l'incompréhension et l'indignation - mais dont les récits journalistiques, souvent plus imaginatifs que conformes à la réalité et plus ou moins dramatisés, alimentent la curiosité morbide et la crédulité naïve propre à un certain public superstitieux.

Des sentiments de rejet naissent et s'expriment dès lors envers tous les malades mentaux en général et sans distinction de leurs pathologies *(d'ailleurs très arbitrairement et très mal définies intuitivement par les "professionnels")*. La stigmatisation universelle des malades mentaux s'ensuit "tout naturellement" et à son tour entraîne et justifie, de la part des responsables politiques voulant à moindres frais "rassurer" le public, une véritable "obsession sécuritaire" à l'encontre de ces malades. Cette vision déformée leur dicte une politique toute de "***prévention rétrospective***" (!!), purement répressive voire punitive (prétendument "***dissuasive***") et quelque peu suspecte de démagogie facile, à tel point que les décideurs oublient et négligent ce qui devrait être la toute première et élémentaire priorité humanitaire: **assurer <u>à temps</u> l'accès aisé des malades aux soins.** Ils oublient aussi **la nécessaire <u>continuité des soins</u> qui devrait être rendue possible par l'existence et la disponibilité effective des moyens indispensables pour <u>au moins tenter</u> de limiter l'ampleur des multiples conséquences de ces affections.**

Pour peu qu'on prenne la peine d'y PENSER, croit-on pouvoir parvenir à éviter, c'est-à dire à prévenir, les violences et les accidents auxquels les malades mentaux pourraient être mêlés, sans d'abord créer et mettre en place les <u>moyens nécessaires et suffisants</u> (humains et matériels) de détection, de traitements, de soins, de prise en charge et <u>d'accompagnement bien suivi et contrôlé</u> des malades?

Quand des avions s'écrasent et tuent, quand des ascenseurs tombent en panne et mutilent ou tuent, quand des trains déraillent et tuent, bien évidemment on ne stigmatise pas stupidement ces outils mécaniques inventés à notre intention: ce ne sont là que de simples "machines dépourvues de conscience", fabriquées et entretenues par des hommes, au service et à l'usage des hommes. Ce sont plutôt ces derniers à qui, très logiquement et raisonnablement, on s'adresse pour décider où sont les responsables des accidents que les machines auraient provoqués. **Il suffit en effet à chacun d'y PENSER un instant** pour se rendre compte que des machines transportant des êtres vivants doivent être maintenues en bon état, et que leur bon entretien suppose d'y affecter un personnel humain d'ouvriers, de techniciens et d'ingénieurs <u>*compétents* et *expérimentés*, *consciencieux* et *en nombres suffisants*</u> pour assurer une maintenance correcte du matériel volant, roulant, etc., etc. Après des accidents graves, sous le coup de l'émotion, trop hâtivement sans doute et donc souvent autant à tort qu'à raison, on ne se prive pas d'accuser et de "stigmatiser" le personnel humain qu'on soupçonne d'incompétence ou de négligences qui seraient à l'origine de graves blessures et d'issues fatales. Mais, bien sûr, qui songerait à stigmatiser de stupides machines? On tente plutôt d'en améliorer la conception et la construction. Eventuellement, on peut stigmatiser ceux qui, par <u>*ignorance*</u> les ont mal conçues, ceux qui, par <u>*impéritie*</u> les ont mal construites, ceux qui, par <u>*négligence*</u> ne les ont pas bien entretenues, ceux qui, par <u>*maladresse*</u> et <u>*inexpérience*</u> les ont employées à mauvais escient ou en ont fait un usage incorrect.

<u>Pourtant</u>, quand une personne "qui n'a pas toute sa tête" *(c.à.d. une personne dont le cerveau ne fonctionne pas ou plus comme le nôtre parce qu'il ne s'est peut-être <u>pas construit</u> exactement comme le nôtre, <u>une personne qui n'y peut rien - elle n'a pas choisi d'être malade mental[e]</u> - , elle n'est souvent pas consciente de sa maladie et ne peut que la subir)*, soit donc quand un malade mental commet un crime qui lui est suggéré ou dicté par son délire ou ses hallucinations, bien sûr on l'appréhende, on l'emprisonne ou on l'**hospitalise** contre son gré *(ou encore on "l'interne" - il paraît*

même qu'on tente de le soigner?). Donc, on le "retire de la circulation" parce qu'il a montré qu'il pouvait être effectivement dangereux ou se mettre lui-même en danger *(involontairement ou non)* et parce qu'on craint à présent qu'il ne récidive.

Mais dès qu'on ***croit*** que le malade est "stabilisé" (en fait, on n'en ***sait*** rien, on en juge seulement d'après ses discours tenus et son comportement observé à l'*intérieur* de l'institution de soins, tant qu'il reste ainsi dans un environnement contrôlé très différent de celui qui prévaut à l'*extérieur*). On veut donc, habituellement sur la base de prétextes plus ou moins humanitaires, le "remettre en circulation" aussi rapidement que possible. Jamais toutefois on n'avoue franchement que personne ne peut ni prédire ni exclure avec la moindre certitude la "récidive" redoutée *(mais on prétend la présumer sur la base du passé vécu et on applique - ou non - le principe de précaution, suivant qu'on y croit - ou non, et surtout suivant que de la place dans l'institution de soins est disponible ou non).*

Pourtant, dès 2005 en France par exemple, d'importants rapports très officiels et bien documentés sur le sujet ont sans hésitation conclu à la non "prédictibilité" du passage à l'acte violent par un malade en particulier: voyez **Lovell** (http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000729/0000.pdf)
et **Tursz** (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence_sante/rapport.pdf).
Nos autorités et experts belges disposeraient-ils d'informations et d'une expérience contredisant les conclusions de leurs collègues français?

Le malade mental chronique, parce qu'on lui reconnaît et on lui "accorde" quand même la qualité d'être humain et non celle d'une simple mécanique inconsciente comparable à ces trains ou ces avions dont nous venons de parler, non seulement **on réprouve et on condamne SON ACTE** criminel, ce qui paraît légitime, mais **on le sanctionne aussi LUI-MÊME** pour avoir commis l'acte, avant même d'avoir réfléchi pour savoir et décider si, **au moment crucial**, il avait conscience de commettre un crime. Sans même avoir **PENSÉ** que, peut-être doté d'un cerveau altéré et handicapé, pareil individu malade peut ou pourrait, selon les circonstances et au moins par moments sinon en permanence, n'avoir pas plus de raison ni de conscience lucide que n'en aurait en effet une machine déréglée ou détraquée *(à la manière de n'importe quel véhicule en perdition, qui serait temporairement - ou définitivement? - commandé par un conducteur ou un pilote privé de sa connaissance).*

De très nombreuses altérations structurelles et biologiques (donc bien **matérielles**) du cerveau sont susceptibles de transformer une personne humaine habituellement sensée et raisonnable en une machine maladroite, irresponsable et au comportement erratique. Les traumatismes cérébraux, les tumeurs du cerveau, diverses maladies infectieuses, des intoxications, les accidents vasculaires cérébraux et les "dommages collatéraux" parfois inévitables de délicates interventions de neurochirurgie nous fournissent de nombreux exemples de cette réalité depuis longtemps bien connue, même du grand public.

Celui qu'on appelle l' "homme de la rue", même non médecin ni "psy", ne devrait donc trouver rien d'invraisemblable, et encore moins d'offensant ni d'injurieux pour qui que ce soit, dans l'affirmation qu'un malade mental puisse devoir son affection à des altérations cérébrales organiques et biologiques qui l'empêchent d'être pleinement *(toujours, à tout instant)* responsable de tous les actes qu'il pose *(ainsi, par exemple, il peut n'être pas conscient non plus: ni des "**dé**raisons" possibles qui le pousseraient à agir de façon inappropriée, ni des conséquences possibles voire même certaines parce qu'inévitables de ses actions).*

Sans plus s'en formaliser aujourd'hui, la plupart des gens savent et admettent désormais qu'à la suite d'accidents vasculaires cérébraux par exemple, l'on puisse perdre l'odorat, la vue, l'audition, être privé de la parole, du sens du toucher, de la compréhension des mots parlés et écrits, de son équilibre postural, qu'on puisse se retrouver paralysé partiellement ou complètement, qu'on puisse perdre la mémoire des noms, des lieux, des visages pourtant familiers, qu'on devienne incapable d'interpréter les expression du visage, etc., etc.,. Tous ces malheurs et de nombreux autres encore sont causés par des atteintes bien **physiques** de notre cerveau, et personne ne songerait plus à prendre les victimes de ces "anomalies" pour des simulateurs ni à les "stigmatiser" pour leurs handicaps.

On s'abstient donc très logiquement de blâmer les sourds qui n'attirent pas notre attention sur le son des sirènes annonçant l'incendie. Les anosmiques ne sont pas alertés par l'odeur de "brûlé", et on ne le leur reproche pas non plus, que je sache.
Très raisonnablement, on ne pense pas non plus à "stigmatiser" les aveugles, alors qu'ils ne signalent pas les délits ou les crimes qui peuvent être commis sous leurs yeux *(mais manifestement non fonctionnels).*
Pour les mêmes raisons, pourquoi penserait-on à "stigmatiser" le paralytique qui ne se précipite pas au secours d'une personne qu'il voit se noyer?

Mais alors, pourquoi une majorité de nos semblables (parfois bruyants) s'obstine-t-elle à continuer de prétendre mordicus et à clamer que les troubles dits "**psychiques**" sont d'une autre et surtout mystérieuse et impalpable nature (**"psychique"!?**) différente de celle de tous ces troubles que je viens d'énumérer (et dont j'aurais pu sans peine allonger la liste très incomplète)?
Et pourquoi dès lors continuer de réprouver et de vouloir à toute force **sanctionner pénalement** *(punir)* des malades psychotiques qui ne peuvent que réagir à leurs hallucinations, ne peuvent qu'obéir aux idées délirantes fabriquées par leur cerveau **physiquement** altéré et sont **organiquement incapables** de les distinguer de la réalité commune (la "vraie vérité de tout le monde") tout comme *nous-mêmes* nous réagissons et obéissons à ***notre*** *réalité* qui, par chance serait-on tenté de dire, est celle qui coïncide avec la réalité "vraie" *(vérifiable par notre cerveau heureusement indemne)*?

Comment donc expliquer et justifier la discordance des jugements moraux portés sur les malades et leurs comportements, selon que leurs handicaps sont dits "**neurologiques**" (de leurs organes des sens ou de la commande de leurs muscles) ou qu'au contraire certains veuillent les appeler "**psychiques**"?

Je veux croire que personne n'est assez stupide pour imaginer que les paralytiques, les sourds, les aveugles, les cancéreux par exemple, pourraient délibérément avoir choisi d'être infirmes ou malades, et auraient de surcroît décidé de choisir leur infirmité ou leur maladie, comme on choisirait un objet dans un catalogue.
Pourquoi alors se comporter comme si l'on pouvait PENSER que, par contre, les malades mentaux psychotiques auraient délibérément choisi d'être malades et seraient par conséquent non seulement responsables de leur affection, mais aussi punissables pour ses conséquences involontaires, dont beaucoup imprévisibles et donc impossibles à prévenir? Est-ce là réellement PENSER?

Ces surprenantes différences d'appréciation résultent des habitudes de pensée, qui sont en réalité des **croyances**, que nous avons héritées de nos anciens plus ou moins lointains, et que beaucoup d'entre nous évitons ou refusons de réexaminer de façon critique, soit par pure paresse intellectuelle, soit par manque de courage, parce que nous trouverions pareil exercice trop ardu et inconfortable et préférons alors nous en exempter en le déclarant inutile. En effet, pareil examen critique risquerait de remettre en question un grand nombre de nos croyances, auxquelles nous tenons sans même y PENSER parce que depuis des générations, elles nous ont été "injectées" d'autorité, comme certains vaccins dès la plus tendre enfance nous ont immunisés pour très longtemps sinon pour la vie, contre des virus et des bactéries. Souvent et même aujourd'hui encore, ces croyances persistent et s'écartent fort des connaissances acquises grâce aux progrès des sciences. Malgré ces progrès, et souvent à cause d'eux, nombre de nos croyances entrent en contradiction flagrante avec notre savoir actuel. Pourtant, nombreux sont ceux qui s'efforcent de nous convaincre qu'ignorer délibérément ces contradictions, ce serait permettre la coexistence prétendument souhaitable, sans dommages pour notre bonne compréhension de nous-mêmes et du monde, du savoir actuel scientifiquement ***prouvé*** d'une part, et de croyances mythologiques immémoriales mais seulement "***révélées***" d'autre part.

La plupart d'entre nous reconnaissons que, par exemple, nos perceptions sensorielles et notre motricité résultent bien de l'activité de notre système nerveux, c'est-à dire de nos neurones, car chacun peut en effet constater aisément que si ces neurones et les organes qu'ils constituent (les nerfs, les organes sensoriels) viennent à nous faire défaut, nous perdons en même temps les facultés qui en dépendent: nous devenons aveugles, sourds, insensibles, paralysés, etc., etc.

Par contre, la genèse et la perception de nos émotions ne sont pas directement "visibles de l'extérieur".

Il en va de même pour ce qui est de la pensée, du raisonnement, de nos sentiments, de nos désirs, de nos craintes et espoirs, de nos goûts et dégoûts, affections et répulsions.
Tous ces aspects de notre "vie intérieure" sont cependant eux aussi le résultat de l'activité neuronale de notre cerveau, mais nous ne pouvons en observer que les manifestations ultimes, très indirectes, qui ne nous parviennent qu'après que des myriades de cellules nerveuses de notre cerveau ont en quelque sorte assemblé, réassemblé, trituré, digéré et remis en forme toutes les informations qui lui sont parvenues du monde extérieur (et de notre corps même), par l'intermédiaire obligé de notre corps.

Toute cette activité neuronale de stockage, de transformation et de restitution de l'information nous demeure cachée, invisible à nous-même comme à autrui et n'est accessible que pour une minime partie à notre conscience. Malgré qu'il soit l'oeuvre de milliards de neurones, le résultat de ce travail cérébral qui **ne s'arrête jamais** *(même pas pendant notre sommeil!)* nous semble donc surgir comme "jaillissant miraculeusement d'une boîte opaque", comme le prestidigitateur par magie sort un lapin de son chapeau: cette **magie cérébrale**, de tous temps on lui a donné les noms d' "**âme**", "**esprit**", "**conscience**". Ce ne sont là pourtant que **des noms plaqués sur des concepts sortis de notre imagination**, qui nous permettent de parler de nos "idées", qui semblent apporter à celles-ci une "explication" facile mais qui ne peut satisfaire, par exemple et seulement pendant un temps, que des petits enfants ignorants et respectueux de l'autorité de leurs parents censés, à leurs yeux du moins, avoir toujours réponse irréfutable à tout.

Parce que les "trucs de magicien" utilisés par le cerveau pour faire ses "tours de magie" sont compliqués au-delà de l'imagination commune et ne sont pas visibles au travers de la paroi de notre crâne, et parce que les spectateurs crédules préfèrent croire, pour ne pas se fatiguer, à la magie et au surnaturel (au "paranormal") plutôt que de PENSER à l'inimaginable et merveilleuse complexité de la machine cérébrale, des artistes littérateurs de fiction, des poètes (mais aussi souvent des bonimenteurs) pseudoscientifiques (et parfois opportunément charismatiques) continuent d'inventer à l'intention des profanes **la spiritualité, l'âme, l'esprit et la conscience, "entités immatérielles"** insaissables et fuyantes qu'ils imaginent, construisent et suggèrent par le seul fait de les nommer. Certaines au moins d'entre ces constructions de leur esprit sont tout à la fois qualifiées d'immortelles et supposées distinctes du corps matériel auquel elles survivraient après sa mort; nos magiciens du "psychisme" essayent de faire passer ces concepts a priori pour des choses bien réelles, sans doute parce qu'on leur a enseigné d'autorité d'y croire depuis la petite enfance crédule, ou qu'ils sont généralement parvenus ensuite à continuer d'eux-mêmes d'en rester persuadés.
Présentées comme étant **choses réelles bien qu'en même temps choses immatérielles (!!)**, ces "choses" évidemment ne peuvent être que d'une mystérieuse nature tout autre que celle de nos "pauvres" neurones matériels, on dira donc qu'elles sont de nature "**psychique**", ce qu'on présente comme "expliquant" tout, alors que cela ne dit en réalité rien d'autre que le seul son des mots prononcés.

Et bien sûr, il ne sera pas difficile de convaincre le "grand public" non averti que, pour identifier ces mystérieuses "**choses psychiques**" et pour en évaluer les *défauts* éventuels *(en diagnostiquer les "maladies")*, il faut avoir suivi une formation particulière, être doté d'un flair et d'une expertise réservés aux seuls diplômés d'arcanes psychodivinatoires et acquis par un long apprentissage spécialisé, une longue initiation. A l'examen cependant, cet apprentissage particulier apparaît **purement spéculatif et platonicien**, voire parfois ésotérique, très peu scientifique et encore moins probant aux yeux des biologistes rationnels et critiques: cela en dépit des protestations dogmatiques contraires de ceux qui ont docilement ingurgité cet enseignement tout scolastique et prétendent en tirer des recettes pratiques.

Par conséquent aussi, on aime généralement croire et faire croire que soigner les défauts et les "maladies" de toutes ces mystérieuses ***réifications "psychiques"*** devrait reposer, logiquement paraît-il, sur des *procédés* thérapeutiques et rituels eux aussi assez occultes et magiques, différents de ces remèdes "somatiques" plus prosaïques et "matérialistes" qui suffisent habituellement au corps (c'est là une distinction qu'en d'autres domaines on aime à tracer aussi avec complaisance et quelque condescendance parfois un peu snobinarde, par exemple lors d'une comparaison entre les méthodes de l'artiste dit "inspiré" et celles de l'ouvrier ou de l'artisan: rationnels, pragmatiques et empiriques mais dits "terre-à-terre").

Ces antiques croyances (mais encore bien vivaces actuellement) sont l'aboutissement présent, ou plus exactement les vestiges de traditions philosophiques et religieuses millénaires. Ces dernières, bien qu'ayant précédé la méthode scientifique à l'honneur de nos jours, ont persisté plus ou moins inchangées jusqu'à aujourd'hui, malgré l'accumulation des apports scientifiques avec lesquels certains s'efforcent de les faire coexister tant bien que mal. Ces croyances expliquent qu'on veuille stigmatiser l'**âme** mauvaise ou l'**esprit** dévoyé du "malade mental", puisqu'il s'agirait là de la véritable "essence" immortelle de l'individu, de son identité porteuse de responsabilité; par opposition avec son corps, cette "enveloppe charnelle" qui ne serait qu'une misérable et périssable carcasse purement mécanique aux ordres de son esprit. Et, comme nous l'avons vu plus haut, on ne "stigmatise" pas une mécanique "fautive", mais bien son concepteur, ou son constructeur, ou encore son pilote ou son conducteur: c.à.d. le donneur d'ordres.

On "**stigmatisera**" donc volontiers, et les éventuelles victimes voudront **condamner**, *si possible pénalement (pour les partisans du châtiment et/ou de la vengeance appelée par euphémisme "réparation morale")*, un malade psychotique halluciné pour avoir molesté un passant dont il s'imaginait menaçé; par contre on absoudra un sourd-muet qui n'aura pas crié "au feu!" ou "au voleur!" quand cela aurait été nécessaire. Dans le premier cas, l' "esprit" est fautif *(pas l'invisible cerveau qu'on ignore et méprise)*, c'est impardonnable; dans le deuxième cas le corps est très manifestement le responsable du délit ou de la faute, car tout le monde peut aisément le constater "de visu" et donc décider que "l'esprit" prisonnier du corps *(qu'on ne peut cette fois plus ignorer)* est impuissant, donc tout à fait pardonnable. Pour paraphraser Pascal, on ne reproche pas de boiter à quelqu'un qui a une jambe plus courte que l'autre, ce que l'on voit, mais on réprouve "l'esprit boiteux", parce que "l'esprit", lui, on ne le voit pas, mais il est, par sa nature dite immatérielle, décrété distinct et indépendant du corps, autonome *(inaltérable et parfait?)* et donc "responsable et coupable".

Seuls peu de nos professionnels ont, semble-t-il, appris à **PENSER (et à se souvenir durablement) que la machine humaine et son pilote conscient ne sont et ne forment qu'UN SEUL TOUT indissociable.** Et ils n'y ont par conséquent ni PENSÉ ni jugé nécessaire d'en instruire le grand public profane: cette situation de fait est la conséquence de notre attachement instinctif - ou "viscéral" - au dualisme philosophique qu'en occident nous attribuons à Descartes, et bien à tort beaucoup de nos contemporains lui en font encore toujours mérite. Car tous les scientifiques aujourd'hui savent que, sur ce point au moins, Descartes s'est trompé *(ou bien il n'a pas osé ouvertement contredire le dogme catholique romain tout-puissant et totalitaire de son temps).*

Il est parfois difficile de choisir entre différentes hypothèses également plausibles en apparence: par exemple, beaucoup d'entre nous n'auraient-ils que mal appris à PENSER, ou bien, faute d'exercice ou abrutis en permanence sous une avalanche de slogans publicitaires bien sonores mais vides de tout sens véritable, aurions-nous oublié comment on s'y prend pour PENSER juste?

Autre exemple de pensée pour le moins bancale:

Il n'y a de cela que quelques mois à peine, dans une gazette hebdomadaire réservée au corps médical belge *("le Généraliste" n° 902, 18/12/2008, pp. 19-21)*, il était fait état d'un "**Débat multidisciplinaire sur la dépression**" qui avait eu lieu à Bruxelles (4 octobre 2008) avec le soutien d'une firme pharmaceutique, et avait réuni "*un panel d'experts de premier plan*" (sic) comprenant, face au public convié à participer au "débat", un distingué sociologue venu de France (CNRS), des psychiatres, des psychologues, une pharmacienne, des médecins généralistes, des journalistes, tous "experts" dont certains étaient des enseignants universitaires.

Comment l'hebdomadaire médical présentait-il ce mémorable événement? Il le plaçait "*Dans l'optique **des perspectives** non seulement médicales, mais aussi sociales, **ouvertes par la dépression**...*, [etc., etc.]" (sic; j'ai rajouté le soulignement).

On peut relever, avec me semble-t-il quelqu'étonnement, parmi les affimations des participants ayant trait à la "dépression" et retenues par "le Généraliste" pour nous en faire part, les suivantes :

"[...]une vie réussie implique aujourd'hui la santé mentale. Cette notion, aujourd'hui consensuelle, est récente: la santé mentale n'était pas un critère de vie réussie dans le passé.[...]";

"[...]Il existe une pression de la société pour psychiatriser les difficultés sociales." ;

"[...]On a davantage le temps qu'il y a 20 ans pour se consacrer à l'écoute, note le Dr V." ;

"Toutes les recommandations diagnostiques sont basées sur des données formelles, des chiffres clairs et définis." ;

etc., etc.

Je manifeste donc mon étonnement et ma désapprobation devant l'expression d'affirmations que je trouve peu ou plutôt **mal PENSEÉS**:

>> Si on veut croire que "***la dépression ouvre des perspectives***", peut-être a-t-on PENSÉ "inconsciemment" plus aux perspectives d'emplois pour les professionnels de la psychiatrie que pour celles pleines d'avenir "s'ouvrant" aux dépressifs?

>> Faut-il donc être sociologue pour PENSER et oser affirmer que la maladie mentale ait jamais pu être considérée, sauf peut-être pendant un âge d'or mythique entrevu sans doute par certains sociologues pour le moins très imaginatifs sinon illuminés, comme étant compatible avec une vie heureuse et "réussie"? *(est-ce là un avis "d'expert"!?)*

>> J'affirme pour ma part que la pression pour psychiatriser les difficultés sociales ne vient pas de la "société". Elle n'est que la fausse réponse suggérée, répandue et entretenue par les responsables politiques aux *problèmes économiques et sociaux dont ils n'acceptent pas de payer le prix demandé pour les résoudre, parce qu'ils le trouvent trop élevé.*
Elle est aussi l'échappatoire dont s'emparent les praticiens de la psychiatrie parce qu'ils la PENSENT commode *(et rémunératrice et parfois lucrative)*, préférant se donner le rôle de "soigner psychologiquement" le mal-être existentiel ambiant et rampant, plutôt que de soigner effectivement les malades mentaux véritables qu'ils sont impuissants à guérir et qu'ils sont par conséquent peu motivés à soigner aussi efficacement qu'ils le pourraient peut-être: ce qui serait sans aucun doute une tentative souhaitable mais assurément plus astreignante et moins confortable *(ce sont là les attitudes des "experts" qui, avec opportunisme et par facilité, pour la plupart confondent délibérément psychologie et psychiatrie!)* ;

>> Peut-on honnêtement PENSER et prétendre qu'aujourd'hui plus qu'il y a 20 ans, nos médecins généralistes disposent de plus de (d'assez de) temps à consacrer à une écoute attentive, suffisamment soutenue et durable pour être compréhensive (empreinte d'indispensable empathie) envers les multiples états d'humeur et soucis divers de leurs patients? Ce n'est certes pas là ce qu'on retient habituellement des doléances des représentants eux-mêmes de la profession au sujet de leurs disponibilités actuelles en temps "d'écoute"! *(Mais évidemment, si un "expert" dit le contraire..., c'est qu'il **croit** [pouvoir] le **PENSER**).*

>> Les données diagnostiques formelles, les chiffres clairs et définis qu'on évoque, qui donc a pu PENSER que ces "recommandations" *(sic; qui ne sont seulement que des recommandations chimériques de rêveurs, et bien sûr non contraignantes!)* aient jamais été des caractéristiques réelles propres aux pratiques usuelles de nos psychiatres? *(voilà encore ce qui n'est qu'un voeu pieux exprimé par un "expert" à propos de la rigueur imaginaire des données, sur la précision supposée de chiffres arbitraires, mais pas sur celle des nombres réels dont nos psychiatres ne disposent pas, s'en passer ne semble pas leur avoir jamais donné des insomnies! Ne confondons quand même pas "psys" et experts comptables!)*

Et surtout, comment a-t-on pu PENSER que toutes ces affirmations pouvaient encore être prises, de nos jours, pour argent comptant par un public éclairé? *(à moins que ces "experts" ne nous fassent l'honneur de nous attribuer un QI encore quelque peu inférieur et une crédulité supérieure aux leurs propres?)*

D'autres exemples récents de PENSÉE incohérente propagée par des "experts" ne manquent pas:

Il y a peu, le procès d'une *[bonne]* mère *[de famille]* ayant égorgé ses cinq enfants - avant d'elle-même manquer de peu son suicide - , monopolisait l'attention des médias de toute la Belgique. Plus récemment encore, un jeune homme de vingt ans, armé d'un couteau, s'introduisait dans une crêche, y poignardait à mort deux enfants et un membre du personnel, et blessait plus d'une dizaine d'autres personnes. La presse nous a appris par la suite que ce jeune homme était aussi soupçonné d'avoir tué, peu de temps auparavant, une dame agée dans la région d'Anvers.

Dans les deux cas, l'atrocité des crimes commis et le nombre des victimes agressées et tuées contrastent singulièrement avec une totale absence de mobile apparent plausible (compréhensible). En pareilles circonstances, toute personne de bon sens ne manque pas de se dire, très raisonnablement: *"une mère qui, le même jour, tue **tous ses propres enfants**! Ses cinq enfants sans mobile apparent! D'autre part, un jeune homme que pourtant on nous décrit d'abord (un peu vite) "sans histoires", qui brusquement se met à massacrer, sans raison aucune, des bébés sans défense et leurs soignants! Ils ne pouvaient qu'être "fous" tous les deux au moment où chacun a commis ces crimes abominables!".*
Ces personnes de bon sens ne feraient ainsi qu'exprimer une conviction et des sentiments très généralement répandus, que personnellement je trouve bien compréhensibles et habituellement justifiés face à une aussi exceptionnelle mais flagrante évidence s'imposant de manière pour ainsi dire irrésistible aux yeux et à l'imagination de tout un pays!

Pourtant, alors que pour tous, *y compris les proches des victimes*, la "**folie**" des acteurs de ces faits odieux semble être la cause immédiate et évidente de leur crime et que cette "folie" semble à tous ne pas pouvoir faire de doute, d'emblée et aussi bien dans le premier cas que dans le second, tous néanmoins réclament bruyamment que les criminels "présumés" soient jugés par un tribunal d'assises pour, nous dit-on, qu'y soient mises en lumière l'explication, les "raisons"(!), les motivations de leur(s) crime(s) dont on nous assure que le public veut les comprendre, et pour que, face à l'opinion publique indignée, "justice soit rendue" aux victimes et à leurs proches et que les deux coupables soient punis. Ceux-là, bien qu'ils le disent et croient le PENSER, en réalité ne réclament pas seulement que justice soit rendue. Surtout ils espèrent par un procès obtenir un apaisement de leur douleur et de leur juste colère en désignant et, en quelque sorte en créant à leur tour des victimes cette fois **expiatoires**. Ce faisant, ils n'utilisent pas, pour ce qu'ils croient être PENSER, la partie adéquate de leur cerveau, c'est-à dire leur cortex cérébral préfrontal; un physiologiste neuroendocrinologue dirait qu'ils soulagent leurs noyaux amygdaliens et leur hypothalamus et, d'une certaine manière, en déchargeant leurs glandes surrénales d'un trop-plein d'émotion.

Comment peut-on PENSER qu' "**il y a lieu**" de "rendre justice" quand un crime a été commis par cette abstraction absurde qu'est un "***responsable irresponsable***"? Car rendre justice, c'est faire comparaître une personne accusée, par exemple de crime, devant un tribunal, et qui devra y ***répondre*** de son crime et de ses actes. Et dire qu'on ***répond*** de ses actes, cela suppose en effet qu'on [en] est "***responsable***", c'est-à dire capable d'assumer, en toute connaissance de cause, la ***responsabilité*** de tous ses actes. Mais si l'accusé est reconnu mentalement irresponsable, il n'appartient plus à la justice de lui infliger une punition pour ***un crime qu'il n'a pas sciemment voulu***, car cette punition n'aurait alors plus aucun sens; il n'y a dès lors plus "lieu" (il y a "***non lieu***") de faire comparaître l'accusé devant un tribunal *(contrairement à ce que certaine autorité politique [en France] a récemment cru bon de dire assez malencontreusement, du haut d'une tribune officielle à l'occasion d'une autre affaire française retentissante, ici "non lieu" ne signifie pas - et ne le suggère pas plus - que le crime n'a pas eu lieu, mais bien qu'**il n'y a pas lieu de juger ni de condamner** [ou d'acquitter], c'est-à dire qu'**il n'y a pas lieu de poursuivre en justice un malade mental irresponsable**).*

Pour les mêmes raisons, ce n'est pas non plus à la justice qu'il devrait revenir de se faire expliquer, par une personne reconnue malade mentale psychotique comparaissant devant un tribunal, les **hypothétiques** et **tout oniriques** motifs de ses **actes qui ne peuvent être qu'absurdes**, ce qui signifie qu'ils sont *(par définition)* inaccessibles à une saine logique, c'est-à dire injustifiables et dépourvus de tout sens compréhensible aux personnes dites "saines d'esprit" intervenant ou assistant aux audiences *(et, malgré les illusions que certains veulent entretenir, je suis personnellement convaincu que, nécessairement, cette incompréhension vaut aussi pour les psychiatres).*

Ce n'est pas non plus à la justice d'établir ni de décider si une personne est mentalement responsable ou non de ses actes. Cela fait en principe *(et par tradition)* partie des compétences attribuées aux médecins psychiatres. Et dès que le diagnostic de psychose est posé par des médecins "experts" agréés, *(je dirais de plus: et même si leur diagnostic n'est estimé que "très vraisemblable")*, dès cet instant l'accusé ne devrait plus appartenir à la justice.

Mais comment peut-on PENSER qu'un "diagnostic" indiscutable de psychose puisse nécessairement être posé *(ou exclus!)* en deux ou trois séances d' "**expertise**", c'est-à dire en quelques heures de simple conversation? Il suffit aux familles de **se souvenir** du temps qui très généralement s'écoule entre le moment où, paniquées, elles supplient le psychiatre d'hospitaliser leur malade psychotique *(pas encore suicidé ni criminel!)* et le moment où, sans doute lassé, ce praticien accède enfin à leur prière: d'expérience, elles savent qu'elles attendent pendant des semaines, voire des mois ou même parfois des années avant qu'une conclusion stable leur soit communiquée! Il suffit de comparer ces durées-là avec celles que l'on consacre aux expertises psychiatriques demandées par la justice! Mais sans doute le praticien et "l'expert judiciaire" *(parfois la même personne)* ne PENSENT-t-ils pas à comparer leurs propres souvenirs respectifs en la matière?

Périodiquement et depuis des décennies, à l'un ou l'autre procès d'assises plus ou moins retentissant, les experts psychiatres, répartis en experts de la défense et en experts de l'accusation ou des parties civiles nous offrent le spectacle pour le moins ahurissant *(mais particulièrement révélateur!)* de longues polémiques à propos de leurs appréciations respectives contradictoires, souvent même totalement incompatibles entre elles, concernant la "santé/maladie mentale" d'un justiciable. Comment est-il possible que les spectateurs et auditeurs de ces disputes "d'experts" n'aient pas encore PENSÉ et ne soient pas encore arrivés, enfin! à la conclusion - à laquelle il devrait pourtant être difficile d'échapper - qu'il ne peut s'agir à chaque fois que de disputes ***opposant soit des interprétations subjectives de témoignages, soit et surtout des croyances et opinions, et non des faits probants***, c'est-à dire des polémiques comparables aux disputes de théologiens adeptes de confessions et écoles religieuses différentes? Combien de temps faudra-t-il attendre encore pour apprendre à PENSER (?) et pour qu'ainsi tous parviennent enfin à comprendre que la vérité d'un événement ou d'un fait ne se base pas et ne s'établit pas non plus sur de simples croyances, sur des affirmations gratuites et contradictoires entre lesquelles on pourrait choisir selon des préférences personnelles spontanément acquises ou soigneusement inculquées, mais sur des ***preuves*** qu'on doit pouvoir ***produire***, ***vérifier*** ou ***réfuter***?

Certains experts psychiatres *("auprès des tribunaux")* affirment aussi (par exemple à la télévision) que, contrairement à ce que croirait le *vulgum pecus*, les magistrats ne leur demandent pas de répondre à la question de savoir si un accusé est responsable ou non, mais bien de dire si l'acte délictueux (ou criminel) qu'il a commis n'a pu être exécuté que sous l'influence directe et irrépressible de ses idées délirantes - ou de son délire - au moment où il commettait l'acte incriminé.

On voudrait nous faire admettre sans broncher ce sophisme flagrant consistant à faire passer pour un constat raisonné et PENSÉ un *témoignage [d' "expert"]* qui, de toute évidence, ne peut tout au plus être que l'affirmation péremptoire d'une croyance toute personnelle et subjective, ne reposant que sur une conviction doctrinaire? Car d'évidence tout aussi indiscutable, l'expert psychiatre, à moins d'être magicien extralucide de music-hall ou de foire, non seulement il ne peut pas vraiment lire **maintenant** dans *[les lignes de la main ni]* le cerveau de son patient, mais il peut encore moins, avec une quelconque assurance, décrypter cette ***lecture inventée*** et en déduire les "mécanismes psychopathologiques" purement hypothétiques qui seraient à l'origine d'événements **passés** dont il n'a même pas été le témoin direct.

On vient de longuement rappeler que les médias et la presse montent volontiers en épingle des faits divers horribles et sanglants dont seuls quelques fort rares malades mentaux sont épisodiquement les auteurs *[inconscients!]*, et on a vu comment cette publicité morbide contribue à la "stigmatisation" injustifiée de l'ensemble des malades mentaux, sans pour autant jamais informer correctement sur ce qu'ils sont réellement - *des êtres humains comme vous et moi* - ni sur leur véritable et triste situation dans nos sociétés. Mais cette publicité entraîne aussi et en même temps, dans l'opinion publique, une appréciation péjorative croissante de notre psychiatrie et de ses praticiens, même si elle est

généralement plus modérée, moins virulente que celle qui est dirigée à l'encontre des malades mentaux chroniques eux-mêmes.

Ainsi, il se trouve de plus en plus de gens pour reprocher à nos psychiatres de ne pas diagnostiquer les psychoses à temps ni d'imposer aux malades, en temps utile, les traitements et les soins dont ils auraient impérativement besoin non seulement pour ne pas se dégrader irrémédiablement, "mentalement" et "physiquement" ***eux-mêmes***, mais aussi pour ne pas représenter une menace pour ***autrui*** à cause de leurs comportements irresponsables dont ils ne perçoivent pas eux-mêmes les dangers potentiels.

Il se trouve également de plus en plus de gens qui reprochent à nos psychiatres de laisser sortir leurs patients prématurément de l'institut psychiatrique où ils étaient soignés, sans toutefois beaucoup se préoccuper de savoir si cette sortie ne sera pas l'occasion d'une "rechute" *(dont il est toujours facile, pour ces personnes-là qui ne **PENSENT** pas, de dire a posteriori qu'elle était prévisible, donc que le "psy aurait dû la prévoir")*, rechute au cours de laquelle un malade déjà précédemment violent pourrait éventuellement provoquer un accident ou commettre un crime.
Il suffit de la coïncidence de plusieurs faits divers sanglants survenant à courts intervalles et abondamment médiatisés pour que ces reproches s'amplifient et s'étendent. Ce qui, paradoxalement en apparence, permet à certains psychiatres d'à leur tour se présenter à la télévision en victimes de la stigmatisation par le public au travers des médias *(et particulièrement sur internet, selon certains d'entre eux).*

Si on ne se base que sur les apparences, ces reproches adressés aux psychiatres peuvent paraître entièrement justifiés à première vue. Les constats et les revendications que les associations de familles de malades publient régulièrement depuis près de trente ans dans de nombreux pays en attestent très clairement *(voyez La Com)*. De nombreux parents ont aussi, individuellement, publié dans des livres leurs témoignages autobiographiques allant tout aussi clairement dans le même sens. J'ai déjà répété à satiété sur ce site les difficultés rencontrées par les proches pour faire soigner correctement leurs malades, il est inutile d'y revenir ici une fois de plus.

Mais l'expression de ces griefs traduit d'abord la frustration des familles face à ce qu'elles prennent pour de l'incompétence de la part des psychiatres, incompétence supposée dont attestent, aux yeux des profanes, la trop faible efficacité et les bien trop fréquents échecs thérapeutiques de la psychiatrie. Les familles supportent mal ce qu'elles prennent pour de l'indifférence de la part des psychiatres à l'égard de la qualité déplorable de la vie quotidienne de leurs patients. Elles ne comprennent pas le peu d'attention et le manque d'importance qu'une proportion élevée de "psys" semblent accorder, le désintérêt qu'ils semblent manifester pour les observations et les plaintes qu'elles-mêmes leur rapportent au sujet des propos et comportements de leurs malades et pour les craintes que l'état de ceux-ci leur inspire.

Dans un effort d'impartialité ou d'objectivité, on devrait sans doute dire que, venant des familles, la plupart de ces reproches sont explicables, compréhensibles et sans doute plus souvent justifiés qu'on ne veut généralement l'admettre; tandis que s'ils sont examinés du point de vue des psychiatres, bien qu'ils ne soient pas entièrement ni toujours mérités, ils ne sont pas pour autant complètement injustifiés ni systématiquement excusables.

On ne dit pas aux familles, et on n'éprouve semble-t-il pas non plus un besoin pressant de leur dire que pour évaluer avec un minimum de sûreté et de vraisemblance ce qu'on pourrait appeler "l'état de santé mentale" d'une personne, tout d'abord il faut **vraiment bien la connaître**. Cela devrait paraître une évidence à qui prend le temps d'y PENSER. Mais les manifestations de la maladie mentale d'un des leurs souvent rendent les proches bien trop inquiets pour qu'ils puissent encore penser sereinement et en toute logique. Désorientés et poussés par leur inquiétude qui leur fait prendre leurs désirs pour une réalité, ils sont donc tout prêts à croire que les psychiatres disposent d'extraordinaires et mystérieux moyens "spéciaux" de connaissance que tout un chacun reconnaîtrait comme littéralement "surnaturels" si l'on se trouvait en d'autres circonstances moins chargées de ces craintes inexprimées: celles de "**la folie**".

De leur côté, nombre de praticiens psychiatres semblent croire que s'ils dénonçaient trop volontiers le mythe de leur omniscience, ils se décrédibiliseraient auprès de leur patientèle et du grand public et que, peut-être, leur efficacité psychothérapeutique risquerait de s'en ressentir défavorablement *(comme peut-être aussi les dimensions et la "qualité" de leur patientèle?)*

Et sans doute à force d'interpréter sans cesse le rôle du magicien sauveur dont on peut tout espérer, certains "psys" finissent-ils par croire eux-mêmes à la réalité de leur magie, de leur clairvoyance, à la validité de leurs préjugés personnels, à l'étendue surévaluée de leurs pouvoirs thérapeutiques. Ces illusions les persuadent qu'ils détectent et identifient les troubles d'un patient mieux que sa famille et les proches eux-mêmes n'en sont capables. C'est sans doute pourquoi, bien souvent ils dédaignent d'écouter ce que les familles ont à dire de leur malade, et ils estiment que leur expliquer clairement les raisons des conclusions de leurs réflexions constituerait une inutile perte de temps. Ils n'ont pas le temps ni le goût de la **pédagogie**. Ils préfèrent habituellement ne pas y PENSER.

Ce faisant, ils oublient que la famille, en **vivant depuis toujours avec le malade et à ses côtés**, connaît celui-ci bien mieux que ne pourra jamais le connaître le psychiatre lui-même, qui ne pourra "voir" son patient que par brefs épisodes, de loin en loin et hors de son "contexte" habituel de vie. L'avis des membres de la famille sur l'état de son malade me semble par conséquent non seulement être indispensable pour que le professionnel pondère correctement sa propre opinion, mais ***l'évaluation par la famille proche me paraît aussi devoir habituellement primer sur celle d'un "expert psychiatrique" occasionnel***. Ignorer, ou négliger, ou encore ne tenir aucun compte des renseignements que seule cette évaluation par les proches est susceptible d'apporter au thérapeute professionnel me paraît constituer une évidente faute professionnelle grossière.

Il semble bien que ni les familles ni de nombreux psychiatres n'ont encore assez longuement PENSÉ aux multiples facultés mentales normales dont l'espèce humaine est effectivement dotée, mais que par contre les uns et les autres ont néanmoins voulu prêter à certains privilégiés *(dont les "psys")* une faculté supplémentaire et imaginaire qui ne pourrait être que surnaturelle. Précisément parce que les hommes auraient tellement désiré l'avoir eux-mêmes, ils en ont fait un mythe dont ils se sont empressés d'oublier ensuite la nature mythique: ce mythe est le celui du fascinant don de **prescience**. Certains y croient toujours, comme ce psychiatre bien connu de Sainte Anne (Paris), qui, il y a quelques années, sur une chaîne française de télévision (France 2), déclarait d'un air entendu: "On peut toujours prévoir la rechute, le passage à l'acte..." *[sous-entendu: "quand on est un bon psychiatre", cela va de soi...]*.

On ne rappelle pas aux familles que la prescience ne peut exister, bien qu'on y fasse croire dans certaines officines de tireuses de cartes et autres voyantes *(renseignées par les petites annonces dans les dernières pages des journaux qui en tirent une partie de leurs ressources).*
Comme la prescience ne s'acquiert pas non plus par un enseignement universitaire, les psychiatres n'en disposent pas plus que le commun des autres mortels. Si par contre souvent les familles "sentent venir la crise de leur malade", comme beaucoup d'entre elles nous le disent, c'est parce qu'à tout instant, elles vivent avec lui et l'accompagnent presque en permanence. Comme quand, par exemple, tenant le bras d'un aveugle, elles sentiraient quand celui-ci irait trébucher sur un obstacle proche, ou rater une marche, ou encore quand il irait, sans la voir, se jeter sous l'auto qui arrive; alors, en tirant sur le bras qu'on tenait déjà, on peut éviter, on peut "prévenir" l'accident qu'on voyait venir. Ce geste qui sauve, c'est de la précaution immédiate, de la "prévention" à très court terme possible parce qu'elle s'apparente à un réflexe provoqué par un stimulus circonstanciel. Mais cela n'a rien de commun avec la prescience à plus long terme dont le psychiatre pourrait se croire doté et parfois peut-être le laisser croire aux autres. Quant au réflexe qui sauve dans l'instant, par extraordinaire les psychiatres sont-ils toujours présents au bon moment, au moment et à l'endroit qu'il faudrait pour en faire la démonstration?

Le reproche le plus essentiel et le plus général qu'on devrait donc adresser, me semble-t-il à nos praticiens psychiatres (et sans aucun doute aussi à leurs enseignants), est qu'ils ne PENSENT peut-être pas à l'importance considérable de la **pédagogie** dans l'exercice de leur métier. Par conséquent, le plus souvent ils la négligent totalement, et ils ne semblent pas se rendre compte qu'une bonne partie des critiques qui leur sont adressées s'évanouirait s'ils "vulgarisaient", ne fût-ce qu'un peu et mieux

(simplement et clairement) leur discipline auprès des profanes. Mais sans doute estiment-ils qu'ils ne disposent pas du temps qu'ils devraient alors consacrer à cette vulgarisation en plus de celui qu'ils réservent à leurs habituelles tâches "d'écoute" des malaises de leurs clients, qui déjà remplissent fort bien leur journée.

Dans le grand public dont les familles des malades sont issues comme tout le monde, et parce que pour son malade on l'espère de toutes ses forces, parce qu'on veut y croire à tout prix, on imagine souvent que les psychiatres ont la "science infuse" de l' "esprit" et des "maladies mentales". On veut être persuadé qu'ils sont capables, "d'un coup d'oeil" jeté sur un patient, ou après ne l'avoir écouté que pendant quelques dizaines de minutes, de décider si il est atteint d'une "maladie mentale"; on veut croire qu'ils peuvent aussitôt diagnostiquer celle-ci, c'est-à dire lui donner un nom déjà connu. Pour les profanes, leur dire ce nom, c'est leur annoncer aussi le pronostic, c'est aussi leur faire connaître et appliquer le traitement adéquat, c'est entrevoir une guérison prochaine, et cette promesse à peine suggérée est en elle-même déjà et à leurs yeux une partie de la guérison espérée.

Face à de tels espoirs qu'humainement ils ne peuvent que s'efforcer de partager, face à de telles sollicitations auxquelles ils ne peuvent que tenter de répondre *"en positivant"* de manière souvent abusive, comment nos praticiens psychiatres eux-mêmes ne se laisseraient-ils pas entraîner, comment ne se forceraient-ils pas à se convaincre de la vérité de leurs croyances en les qualifiant de véritable savoir scientifique, comment pourraient-ils faire autrement que de refuser de reconnaître ce qu'elles sont vraiment: une accumulation aujourd'hui plus que centenaire d'hypothèses toujours non étayées, stériles mais sans cesse récitées et ressassées à la manière d'idéologies ou de théologies dont on ne veut pas voir qu'elles sont caduques depuis longtemps?

Comment pourraient-ils, au contraire, en détrompant leur patientèle mais en se détrompant alors aussi eux-mêmes, continuer à croire en leur propre rhétorique destinée d'abord à rassurer facilement? Si seulement ils acceptaient de voir et expliquaient sans détours les énormes lacunes du savoir humain qui persistent encore sur le fonctionnement de notre cerveau, s'ils acceptaient honnêtement de regarder en face et de reconnaître notre peu de pouvoir actuel réel face aux "maladies" mentales chroniques, inévitablement du même coup ils seraient amenés à remettre en cause leur propre utilité aussi bien sociale que thérapeutique. Mais cela, ne serait-ce pas pour eux une sorte de "suicide moral", ou encore une "apostasie" résultant en un vide insupportable, aussi bien pour eux que pour leurs patients dépossédés de leurs illusions qui étaient leur seul espoir?

Cela ne le serait pas s'ils avaient sérieusement PENSÉ aux moyens de combler ce vide menaçant. On a souvent dit que les professionnels de la "santé mentale" devaient susciter et encourager une collaboration étroite entre toutes les personnes concernées et impliquées par la lutte contre les maladies mentales chroniques *("et remettre les malades au centre des préoccupations"[sic])*. Mais une collaboration digne de ce nom doit être PENSÉE: qu'ils soient l'entourage soignant c'est-à dire les familles et les proches, ou les thérapeutes, les psychiatres, les infirmiers, les travailleurs sociaux, tous les intervenants doivent être **alliés pour un même objectif**: aider les malades à vivre une vie qu'ils trouvent supportable et dont ils puissent espérer qu'elle s'améliore encore.
Ceci suppose une mise en commun, par tous les "intervenants", des connaissances et savoirs actuels sur les moyens thérapeutiques et sociaux existants pour **aider** pratiquement les malades, et cela suppose aussi une prise de conscience claire des lacunes qu'il serait souhaitable et déjà possible de combler dans les domaines de l'accès aux soins, du suivi efficace des malades, de leur hébergement *(donc de la formation des hébergeurs!)*, etc., sans oublier la "conscientisation" des pouvoirs publics et des politiques.
On a aussi souvent entendu dire que la "**prise en charge**" des malades devait être "**multidisciplinaire**". On n'a pas PENSÉ que ce ne seraient là que des mots si les intervenants de chaque discipline n'avaient pas au moins une connaissance correcte, ne serait-ce que simplifiée des autres disciplines concernées.
Prise en charge multidisciplinaire des malades et mise en commun des compétences impliquent donc, de la part de tous les participants à pareil programme, de sérieux efforts de **pédagogie pratique** de chacun envers tous les autres, et de formation personnelle grâce à tous les autres.

Si on y PENSE vraiment, ne serait-ce pas combler un vide qui n'était rempli que d'illusions, en le remplaçant enfin par un espoir et une volonté de concret?

> *"On se voit d'un autre oeil qu'on ne voit son prochain."*
> Jean de la Fontaine: La besace.

> *"Les liaisons nerveuses, les synapses qui composent la pensée ne peuvent être saisies par la pensée, puisqu'elles la constituent.*
> *Une lanterne ne peut pas se projeter elle-même en ombre chinoise."*
> Vercors: "Colères", p. 304. Albin Michel Edit. Paris 1956

> *"Si, comme le disent certains, il n'y avait en ce monde pas de faits, mais seulement des interprétations, on ne pourrait pas négocier, parce qu'il n'y aurait aucun critère pour décider si mon interprétation est meilleure que la vôtre. On peut confronter et discuter des interprétations précisément parce qu'on les met en face des faits qu'elles veulent interpréter."*
> Umberto Eco: "A reculons comme une écrevisse." p. 286. Bernard Grasset Edit. Paris 2006. ISBN (10) 2-246-71441-0

"PSYCHOPATHOLOGIE" PAR CONCEPTUALISATION: ILLUSION OU PIÈGE À C...
ou
TOUTE L'IMAGINATION, *PAS LE* POUVOIR?

La psychologie, et à sa suite la psychopathologie,définies comme "***sciences ou études*** *[des manifestations]* ***de l'esprit normal et 'pathologique' et de son fonctionnement***", sont toutes deux nées de la philosophie. Et, d'autre part, comme aime à le dire le philosophe André Comte-Sponville (v. ici), philosopher consiste à "penser au-delà de ce qu'on sait penser", ce qui me paraît de toute évidence n'être qu'une façon prudente et polie de dire avec tact et pour ne heurter les convictions de personne, que philosopher, c'est ***inventer*** une *(la)* "Vérité" en ***imaginant*** ce qu'on ne sait pas *(mais qui risque de plaire)*, ce qu'on ne connaît pas encore mais qu'on imagine néanmoins possible et que sans doute on espère vrai. On peut donc fort logiquement s'attendre à ce que psychologie et surtout psychopathologie soient, elles aussi, plus riches en hypothèses et spéculations théoriques ne reposant sur rien de plus solide que l'imagination de *"ce qu'on ne sait pas"*: soit donc le plus souvent des fantasmes plutôt que des démonstrations concluantes de réalités physiques bien tangibles et testables.

Peut-être certains se croient-ils capables *(et s'arrogent-ils dès lors le droit de nous imposer leurs vues?)* d'explorer et de découvrir la réalité du monde qui nous entoure et de nous-mêmes qui y vivons, par leur seule ***imagination*** plus commodément et de manière moins fatigante et plus expéditive que par la trop exigeante et trop lente méthode scientifique expérimentale, empirique et rationnelle. La connaissance vérifiée et la compréhension de trop de composantes de cette réalité bien évidemment nous échappent encore. Les rêveurs de toutes sortes s'autorisent et même se prévalent de cela pour meubler les lacunes de notre savoir - en plus des leurs propres plus nombreuses et plus étendues encore - par le contenu inépuisable de leurs délires oniriques personnels. Ensuite, après avoir ainsi "philosophé", soit donc après avoir fabriqué des inventions *[des "vues de l'esprit"]*, ils croient légitime de les utiliser pour raisonner sur ces "vérités" inventées *(ces "découvertes")* comme si elles étaient prouvées *(ils oublient l'arbitraire et la fragilité de leurs prémisses qui ne sont tout au plus que des hypothèses, et à elle seule la logique formelle de leur raisonnement leur semble suffire à la fois à en valider les prémisses et à en justifier les conclusions)*.

Ainsi, sans s'en rendre compte, ils se bornent à spéculer sur des mirages issus de leur imagination et se contentent de ces spéculations *(à partir desquelles ils élaborent des systèmes)* comme si elles ***prouvaient*** quoi que ce soit. Ils ne voient pas non plus que moins ils possèdent de connaissances empiriquement acquises et solidement vérifiées dans le concret, plus souvent ils sont obligés de faire

aveuglément confiance à des croyances ne provenant que de l'imagination: que ces croyances leur soient personnelles ou qu'elles aient pris naissance dans la tête des autres et leur aient été ensuite inculquées, sinon peut-être même imposées d'autorité (*p. ex. dès l'enfance, à cet âge ciblé avec prédilection par des éducateurs doctrinaires et dogmatiques, par des adversaires de l'esprit critique et du doute, c'est-à dire à l'âge où l'on est toujours le plus crédule et le plus confiant en l'autorité et le "savoir" présumé des adultes*).

La majorité des gens en occident s'en tiennent encore à la tradition plus que bimillénaire qui voit l' "esprit" comme une ***chose immatérielle*** distincte du corps et inaccessible à nos sens et à nos encore trop rares moyens matériels d'investigation. Nous ne devrions par conséquent pas nous étonner si, dans les débuts de la psychologie et de la psychopathologie (fin du XIXème et première moitié du XXème siècle), seule la philosophie étant disponible, elle seule en effet a pu se croire en mesure d'entreprendre l' "étude" de "l'esprit", s'aventurant en fait à n'en explorer que les conséquences et apparences toutes superficielles qu'elle interprétait ensuite selon la fantaisie de l'explorateur.

Ce qui, par contre, devrait nous laisser perplexes, c'est qu'aujourd'hui encore alors que nous en savons beaucoup plus qu'il n'y a de cela guère plus qu'un siècle, des personnes se disant de bon sens, des scientifiques ou se prétendant tels, des thérapeutes ou se présentant comme tels, puissent s'obstiner dans cette voie de spéculations et de rêveries sans issue qui devraient être réservées aux seuls artistes: littérateurs, poètes, peintres et sculpteurs. Mais les vrais artistes restent bien dans leur rôle: ils nous font partager leurs visions et leurs rêves, ils nous font aimer et admirer l'art qu'ils mettent à les raconter et pour nous les représenter, et eux au moins n'ont pas l'arrogance *(ou devrais-je dire l'impudence?)* de nous les faire prendre pour ***la*** réalité à laquelle ils nous imposeraient de croire. Ce faisant, ils ne prétendent pas non plus ni nous soigner ni nous guérir de nos maladies en se faisant abusivement passer pour des *"scientifiques"*.

Aujourd'hui, en dépit des évidents succès de la méthode scientifique et malgré tous les progrès des sciences expérimentales dites "dures" *(physique et chimie, biochimie etc.)* que ***seule cette méthode*** a rendus possibles, l'approche "philosophique" de l' "esprit" et de la "conscience" qui se passe de toute notion "biologique" est encore privilégiée par beaucoup d'intellectuels "psys". Pour eux, curieusement, l'esprit reste une "entité" mystérieusement désincarnée (on serait tenté de dire *"surnaturelle"* ou *"paranormale"*) dont ils ne parviennent pas à voir que c'est précisément ***leur "esprit" (leur imagination) à eux*** qui a engendré cette sorte d'improbable et impossible ectoplasme qui n'a d'existence que grâce à l'activité de leur propre cortex cérébral.

Si l'on veut rendre plus vraisemblables et crédibles les interprétations purement "psychologiques" de l'esprit *(et les multiples "modèles explicatifs" psychopathologiques des affections mentales),* les nombreux progrès actuels de toutes les sciences, et en particulier ceux obtenus par la biologie et les neurosciences ne devraient-ils pas contraindre ces interprétations à respecter un minimum de plausibilité et de cohérence (*de compatibilité vraie*) avec ce que nous savons déjà du fonctionnement biologique du cerveau? Mais tous nos psychologues et psychiatres s'efforcent-ils vraiment d'y penser et se sont-ils enfin tous intimement convaincus de la nécessité de tenir compte de cette évidente obligation?

La distinction entre "esprit" et "âme" ayant de tous temps été très floue voire inexistante, souvent niée ou occultée, la philosophie de l'esprit a, dès ses débuts, très spontanément tissé des liens fort étroits avec nos religions et avec la (les) théologie(s), et elle en garde encore de nombreux aujourd'hui. L'influence de la philosophie platonicienne (aristotélicienne) et de la théologie *(principalement chrétienne)*, non seulement sur nos conceptions actuelles de ce que nous appelons l'esprit, mais aussi sur notre manière d'en aborder et d'en mener l'étude, est encore omniprésente.

La théologie surtout, mais aussi la philosophie aristotélicienne quoique dans une moindre mesure, généralement se passent des observations méthodiques rigoureusement contrôlées et de leurs interprétations scientifiques (*physiques, matérialistes*) de la réalité du monde et de celle de notre cerveau qui fait partie de ce monde. Souvent même elles ne les tolèrent pas. Car elles les craignent et veulent les ignorer, elles leur sont même parfois farouchement opposées. Sans doute trouvent-elles que

les sciences, par leurs résultats constatés et cette fois démontrables et vérifiables, mettent trop souvent à mal les dogmes, concepts et systèmes qu'elles ont longuement construits et depuis toujours continuent d'enseigner. Ce sont leurs idées dépassées qu'elles refusent d'abandonner alors même que nos connaissances scientifiques actuelles en démontrent clairement l'inanité et l'absurdité.

(Mais, à la différence des sciences qui ne prétendent que s'approcher par approximations successives et graduelles de la réalité [la "vérité"], par essais et erreurs, sans jamais pouvoir l'atteindre avec une certitude absolue et définitive, en se remettant constamment en question, en se corrigeant sans cesse, les théologies par contre ne font que codifier le contenu de leurs religions qui, par définition, affirment détenir une vérité révélée, immuable et éternelle. Elles s'interdisent donc d'admettre qu'elles puissent se tromper et ne peuvent par conséquent accepter de se modifier, ni de se corriger, car ce serait reconnaître avoir été dans l'erreur. A la différence des sciences, elles ne peuvent donc pas progresser, sauf en se laissant finalement faire violence par la science mais en tâchant alors, par toutes sortes d'artifices du discours et d'arguments spécieux, de faire en sorte que les révisions de doctrine auxquelles elles finissent par procéder, cédant ainsi aux progrès de nos connaissances, ne détonnent pas de manière trop soudaine et flagrante avec le dogme traditionnel. C'est ce qu'a fait et continue de faire, comme toujours avec un long retard et beaucoup de réticences, l'Eglise Catholique Romaine: du temps de Galilée pour la cosmologie de Copernic, et tout récemment encore avec la théorie darwinienne de l'évolution des espèces, sans toutefois être capable d'accepter déjà - seulement après 150 ans! - la sélection naturelle qui est pourtant un élément obligé et indissociable du mécanisme de cette évolution).

L'approche "philosophique" des affections mentales, c'est-à dire la "psychopathologie" ne peut rien apporter de décisif ni d'utilisable en pratique qui puisse un jour vraiment venir en aide aux malades mentaux. Cette discipline, toute platonicienne *(et platonique au sens moderne du terme, c'est-à dire contemplative et spéculative!)*, ne peut qu'accumuler concepts sur concepts *(des hypothèses, des postulats)* prétendant décrire, sans preuves mais par des mots vides de sens et des métaphores inadéquates, l'une ou l'autre "fonction mentale" peut-être perturbée. Elle ne dispose jamais des moyens nécessaires pour tester *sans équivoque* la conformité de ses concepts à une quelconque réalité physique.

L'imagination "psy" bouillonnante continue néanmoins obstinément et aveuglément d' "étoffer" et de "raffiner" ces concepts en leur apportant de nouveaux détails et nuances soi-disant destinés à les préciser; ils ne font en réalité que les rendre plus confus encore. C'est ce que nos "psys" appellent la ***conceptualisation*** *(exercice mental qui offre un magnifique tremplin aux délires de l'herméneutique!)*. La réalité physique ni la rationalité n'imposant aucune contrainte ni restriction à ces contorsions scolastiques, finalement seule reste la rhétorique du discours, ce qui ouvre la voie à tous les excès "thérapeutiques" et à toutes les dérives *(dont, n'en déplaise à beaucoup, la psychanalyse est une illustration flagrante, un exemple bien connu parmi d'autres)*.

A différentes reprises, dans le dossier sur la schizophrénie et dans plusieurs articles sur ce site, j'ai insisté sur l'importance que revêt le phénomène de l'***anosognosie*** (le déficit d' ***"insight"***) pour juger de la gravité des psychoses telles que "la" schizophrénie, et combien ce déficit de la ***capacité d'introspection critique*** des malades rend généralement difficile la continuité des traitements.

De très nombreux chercheurs "psys" (des scientifiques ***et*** des cliniciens!) reconnaissent aujourd'hui la réalité de l'*altération* de "l'***insight***" *(le nom anglais désignant cette capacité d'introspection critique)* pour beaucoup responsable du refus et de l'abandon des soins. Ils établissent aussi sa liaison avec la dégradation concomitante de la capacité de détection et d'interprétation correcte des humeurs et des intentions manifestées par autrui (la "***theory of mind***", c.à.d., en français *"la théorie de l'esprit"*), qui explique en grande partie les difficultés des échanges sociaux éprouvées et manifestées par les malades schizophrènes (*M.Brüne, **Schizophr Bull**. 2005 Jan;31(1):21-42. Epub 2005 Feb 16.: "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature.*, et *Gambini O, Barbieri V, Scarone S.: **Conscious Cogn**. 2004 Mar;13(1):39-46. "Theory of Mind in schizophrenia: first person vs third person perspective".)*
Les "**neurones miroirs**" de notre cortex cérébral récemment mis en évidence par les chercheurs de l'Université de Parme en Italie *(vide Gallese et al.)* jouent fort vraisemblablement un rôle très important dans la genèse de ces troubles, mais nos "psys" philosophant ne semblent pas y accorder la moindre

attention. La découverte de ces neurones miroirs représente pourtant un événement scientifique de première grandeur dont aucun psychiatre ne devrait se désintéresser.

Et pendant ce temps, en France, certain psychiatre réputé *[dont la respectabilité et la sincérité de ses convictions ne sont ici pas le moins du monde mises en doute]* déclare de manière péremptoire teintée d'ironie quelque peu sarcastique à l'intention des confrères qui "croient" au manque d'insight que ***"le manque d'insight des schizophrénies n'est qu'une idée reçue", qui ne résiste pas longtemps à un examen sérieux!*** *(Alain Bottéro: "Un autre regard sur la schizophrénie", p.61. Odile Jacob, Paris 2008. ISBN 978-2-7381-1997-1)*...
...tandis que d'autres "psys", eux aussi de différents centres français, ont dû s'y mettre à vingt pour traduire en français l'ouvrage d'une consoeur d'origine tchèque établie en Angleterre: un travail surtout "d'érudition" nécessitant près de 359 pages consacrées à ***conceptualiser*** dans toute sa "complexité" le concept d'***insight,*** mot anglais apparemment intraduisible en français pouvant prendre diverses et multiples significations. Les participants à la version française de l'ouvrage se sont complaisamment et interminablement étendus sur ces significations: depuis le mythique "Eureka" attribué à Archimède *(et qui n'a rien à voir avec la psychiatrie)* jusqu'au néologisme français d'***introvision*** forgé ici pour l'occasion, correspondant à peu près à l'idée de conscience de soi. Ils n'ont pourtant pas jugé utile d' évoquer quelques uns des substrats neurobiologiques de ces concepts déjà connus par ailleurs, ils les ont curieusement omis de la pourtant fort abondante bibliographie n'oubliant même pas Freud (sans doute un deuxième volume et une équipe supplémentaire de rédacteurs auraient-ils été nécessaires pour cela. *Ivana S. Marková & Nematollah Jaafari: "L'Insight en psychiatrie". 2009 Doin, 92856 Rueil-Malmaison ISBN 978-2-7040-1262-6*).

(Personnellement, moi qui ne suis que médecin biologiste - mais ni philosophe ni psy! -, je ne peux m'empêcher de soupçonner que qualifier un processus biologique de "concept complexe", c'est le plus souvent un aveu déguisé et embarrassé de l'incapacité à le définir, ni clairement ni précisément dans son esprit [Boileau déjà le pensait aussi]. Et qu'est-ce donc qu'un "concept indéfini", bien que nécessitant 359 pages pour seulement en parler, sinon une suite de mots creux, une nuée? Bien plus près de nous que Boileau, a-t-on aussi oublié Claude Bernard?)

Les malades schizophrènes identifient beaucoup mieux les troubles mentaux chez les autres malades autour d'eux, dont ils partagent la vie quotidienne, qu'ls ne sont capables de reconnaître les leurs propres. Tous les soignants ont pu constater cela depuis longtemps.
Comme chacun de nous qui sommes bien-portants, les malades ne voient jamais de leur propre image que celle, inversée, qui leur est renvoyée par un miroir. Chacun de nous, bien-portants, quand par contre l'image de nous-même nous parvient d'une caméra qui nous filme, nous avons du mal à identifier sur l'écran cet étranger pourtant bizarrement familier qui nous singe, parce que nous nous voyons alors comme les autres nous voient, plutôt que comme nous nous imaginons d'après ce que nous dit notre "miroir intérieur".

Nos "psychopathologistes" et nos "neuropsys" n'ont-ils jamais imaginé de vérifier la qualité de ce "miroir intérieur" chez les malades, au moyen d'expériences comme celles réalisées par Vilayanur Ramachandran à propos des moignons de "membres fantômes"? Et si peut-être ils y ont rêvé, qu'attendent-ils pour passer du rêve à l'action? Y verraient-ils moins d'intérêt pour les malades et pour eux-mêmes que dans leurs sempiternelles "disputations" scolastiques platoniques? Et les observations qu'on pourrait en retirer ne seraient-elles pas plus intéressantes voire prometteuses de progrès, que de simples spéculations stériles?
Pareilles expériences me paraissent pourtant beaucoup moins difficiles et beaucoup moins onéreuses à mettre en place que celles qui permettent aujourd'hui de piloter un ordinateur par la pensée pour la lui faire écrire, par exemple!

Première publication: **15 Juin 2009** ***(J.D.)*** Dernière modification: **15 Juin 2009**