

**DE TOUS TEMPS, LE MONDE PHYSIQUE RÉEL ET LA BIOLOGIE ONT  
CONSTITUÉ DES CONTRAINTES NATURELLES S'IMPOSANT À  
L'HUMANITÉ ENTIÈRE. LEUR EXISTENCE CONDITIONNE *aussi*  
L'INSERTION SOCIALE DES PERSONNES MALADES. MAIS LES  
IDÉOLOGUES DE LA "SANTÉ MENTALE" LES OUBLIENT OU LES  
IGNORENT.**

*Si les savoirs scientifiques avérés sont négligés, voire ignorés, si les moyens matériels et humains correspondants et justement proportionnés aux buts de santé et de bien-être poursuivis ne sont pas mis en œuvre à bon escient, ALORS LES IDÉOLOGIES, MÊME SI ELLES SE VEULENT HUMANITAIRES, RESTERONT DES VŒUX PIEUX.*

*Des théoriciens idéologues, rêvant d'une fiction fourre-tout impossible tant à concevoir qu'à définir en pratique, qu'ils appellent "la santé mentale", sont volontairement aveugles aux réalités concrètes qui leur déplaisent dans le monde qui nous entoure; ils leur préfèrent des idéologies qu'ils se sont inventées, et ils se persuadent trop aisément mais à tort que ceux qui ne partagent pas leurs dogmes, illusions et croyances font de même qu'eux mais en défendant cette fois une idéologie opposée aux leurs. **Comme ils s'aveuglent et combien ils se trompent!***

A de multiples reprises déjà, sur ce site, j'ai dénoncé la confusion permanente que nos politiciens et nos décisionnaires entretiennent avec une remarquable constance entre, d'une part les difficultés et problèmes psychologiques d'une fraction de la population, et d'autre part les troubles ou "maladies" mentales chroniques d'une fraction pourtant distincte de la première dans cette même population. Cette confusion systématique permet de rassembler en une seule grande famille, pourtant très hétérogène voire hétéroclite, tous les individus défavorisés et inadaptés de notre société, quelle que soit la véritable cause profonde de leur inadaptation, et de les adresser et confier tous indistinctement "aux bons soins" d'organisations et d'administrations "d'assistance" et de "rééducation", de "resocialisation" ou peut-être encore de "bienfaisance" regroupées sous l'étiquette générique de "Santé mentale".

L'illustration de cette politique, telle que préconisée aujourd'hui encore par certains chez nous en Belgique (mais pas seulement en Belgique!), est particulièrement évidente et instructive sur le site web <http://www.psychiatries.be/> qui réunit plusieurs associations et "groupements" se présentant sous la dénomination commune de "**Mouvement pour une Psychiatrie Démocratique dans le Milieu de Vie**" (**MPDMV**). Cette appellation est la signature immédiatement évidente (délibérée) de la filiation directe de cet actuel "Mouvement" à partir du mouvement philosophique et idéologique de "démocratie psychiatrique" initié en Italie pendant les années 1950 sous l'impulsion du médecin italien psychiatre, philosophe, sociologue et idéologue Franco Basaglia, mouvement qui aboutit à la promulgation de la "Loi 180" imposant la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie (cf. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Franco\\_Basaglia](http://fr.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia)). Un site correspondant est toujours présent sur la toile (*Trieste*); il renseigne sur l'historique et la "philosophie" de la santé mentale telle que défendue par Basaglia et ses successeurs d'hier et d'aujourd'hui (*on remarquera que bien des références qui y sont citées datent de plusieurs décennies, n'ont plus qu'un intérêt surtout historique et sont dépassées, voire rendues obsolètes et réfutées par nos connaissances actuelles en neurobiologie et en médecine psychiatrique EBM*).

J'ai déjà dit ailleurs (*Lenteurs*) comment sont nées et ont pris corps, dans les années 1950, les idées de "désinstitutionnalisation", et comment l'OMS/WHO, assez naïvement, s'y accrochait encore toujours en 2001 (cf. *Casques Bleus?*). Ces idées portaient, certes, de bonnes intentions très humanitaires, mais malheureusement elles équivalaient à mettre la charrue bien loin devant les bœufs. En les simplifiant quelque peu, disons qu'elles consistaient à croire que, pour assurer la guérison des malades mentaux, il suffirait de les sortir de leurs institutions hospitalières accusées d'être iatrogènes, mais on n'avait toutefois pas prévu d'aménager au préalable et en nombres suffisants les indispensables lieux d'accueil alternatifs et de remplacement qui demeureraient nécessaires à leur protection une fois qu'ils seraient "remis en liberté" (*manifestement, on imaginait qu'ils n'en auraient plus besoin, puisqu'on voulait croire qu'ils ne pourraient qu'être "guéris" du seul fait de leur "libération"!*).

Car les idées qui régnaient à propos des "maladies psychiques", n'étaient nourries que des ignorances et des croyances utopistes encore toujours véhiculées par certain philosophisme pseudomédical (et pseudopsychologique) et spéculatif d'alors (et par l'imagination populaire - et "*la doxa*" - quelque peu mâtinée de pseudo-philosophie New Age et peut-être même de psychanalyse) à quoi se mêlaient superstitions et idées reçues depuis toujours (c.à.d. depuis bien avant et jusqu'à 1950 voire plus tard encore, et persistant même jusqu'à aujourd'hui chez une importante proportion de nos contemporains).

Certains croient à l'existence de l'enfer et en disent qu'il serait pavé de bonnes intentions. Si l'on en juge par les conséquences

qu'a entraînées la désinstitutionnalisation qu'un peu partout en occident (en Europe) on a voulu mettre en œuvre depuis une cinquantaine d'années, sans toutefois se doter véritablement du minimum des moyens indispensables que sa mise en place aurait exigés pour la rendre au moins supportable sinon vraiment efficace, sans non plus en planifier rationnellement ni avec discernement ni prudence les modalités pratiques d'application, chacun peut en effet vérifier, non plus cette fois dans l'enfer d'un au-delà mythologique ou de proverbe métaphorique, mais bien dans la réalité quotidienne du "terrain", que les bonnes intentions, en l'absence de réflexion les précédant d'abord pour ensuite les accompagner et peut-être alors les corriger si nécessaire, s'avèrent souvent être à l'origine de trop nombreuses et littéralement infernales détresses humaines aboutissant à l'opposé des buts de bienfaisance annoncés (*je me souviens encore aujourd'hui avec émotion des déchirants appels à l'aide lancés dans le cyberspace, au début des années 1990 et dès avant la création du "worldwide web", par un père de malade italien dont le fils schizophrène avait été jeté à la rue à la suite de la fermeture de son institution psychiatrique*).

Faut-il donc rappeler une fois de plus qu'avant l'avènement des premiers neuroleptiques, la psychiatrie ne disposait d'**aucun** moyen thérapeutique permettant de soigner (*d'aider*) vraiment les malades mentaux chroniques? Si bien que, bien plus encore pour la protection des malades eux-mêmes que pour celle de la "sécurité publique" ou celle de l' "ordre public" (*ces deux derniers arguments ou prétextes sont très discutables et bien trop souvent avancés par les idéologues partisans de la "répression sécuritaire"*), leurs familles (et la "Société") ne pouvaient que se résigner à confier, bon gré mal gré ces malades à des asiles où censément ils seraient "soignés".

Mais dans les conditions imposées par l'indifférente et impitoyable réalité du monde et de la société qui nous entourent, les "soins", dans ces asiles et en l'absence des indispensables connaissances biologiques et médicales (sur le cerveau), et aussi compte tenu de l'**inexistence de moyens thérapeutiques pertinents**, en quoi pouvaient-ils consister et à quels pauvres simulacres pouvaient-ils bien se résumer? Le plus souvent, les "soins" n'étaient que le résultat et la mise en application de la seule imagination débridée et des fantasmes plus ou moins morbides des psychiatres de service ainsi que de leurs aides jouant le rôle d'infirmiers devant "dominer" (*comprenez: "s'en faire obéir"*) voire "maîtriser" physiquement des "patients" incohérents en apparence, incompréhensibles, imprévisibles et pour le moins indociles, qui pour ces raisons étaient ressentis comme inquiétants et devenaient parfois (*ou souvent*) dangereusement hallucinés ou rétifs voire rebelles aux brimades de leurs surveillants et gardiens (*mais aussi, ces derniers méritaient-ils toujours la présomption d'infinie patience et de compétence qu'on s'accorde à attribuer en parfaite confiance à de vrais "soignants" professionnels?*)

Comment aurait-on pu éviter aussi (et comment s'étonner!) que pareils "asiles" ou hôpitaux psychiatriques ne "dérivent" par routine, laisser aller ou lassitude et négligence, et ne deviennent chacun, plus ou moins rapidement mais inéluctablement, des lieux sordides encourageant le croupissement des malades dont, **même si on l'avait ardemment voulu**, on ne pouvait parvenir à améliorer l'état mental, faute des moyens matériels thérapeutiques adéquats alors totalement inconnus, et faute du personnel disponible qui aurait d'abord dû être spécialement recruté sur la base de ses compétences, de son désintéressement, de son humanitarisme, de son dévouement et de son empathie, et qui aurait dû être au préalable exempt (ou au moins débarrassé) des habituels préjugés "moraux" voire "religieux" stigmatisants (tous aujourd'hui encore notoirement endémiques dans le grand public). Ces multiples qualités éminemment nécessaires à leur tâche ingrate et fastidieuse, mais qualités rares voire exceptionnelles, surtout en cette occurrence très particulièrement pénible des affections psychiatriques, s'assurait-on systématiquement que les personnels "soignants" recrutés pour ces hôpitaux-là les possédaient en suffisance? (*Y veillait-on autant - ou peut-être moins? - que dans les autres hôpitaux "ordinaires", c.-à-d. non psychiatriques?*)

(*Rappelons aussi que, en quelque sorte par tradition, une majorité des institutions hébergeant des malades mentaux étaient, à leurs débuts, placées sous la direction et la responsabilité de congrégations religieuses qui en assuraient le fonctionnement: les "soignants" bénévoles qui s'y dévouaient pensaient sans doute y "mériter et gagner leur paradis"*).

Alors, confrontés personnellement à la situation réelle des malades mentaux "internés" ou hospitalisés en institutions psychiatriques, les visiteurs réguliers ou même seulement occasionnels de ces lieux, au départ peu ou mal avertis mais à qui on avait promis que les malades y seraient soignés, que découvraient-ils? Ils découvraient une réalité bien différente de celle que les promesses des professionnels leur avaient laissé espérer.

Malgré leur désillusion, ils ont pourtant persévéré à croire que les moyens thérapeutiques promis existaient effectivement (*parce qu'ils désiraient à toute force y croire*), mais face à la réalité asilaire pour le moins décevante qu'ils pouvaient constater eux-mêmes, ils se sont bien naturellement mis à imaginer que, pour diverses raisons et peut-être aussi d'obscurs profits et trafics supposés mais inavouables, on se plaisait à refuser l'utilisation de ces moyens et à honteusement lésiner sur les frais qu'ils auraient à coup sûr entraînés si on les avait mis effectivement en œuvre (*de plus et de tous temps, les professionnels "pys" ont répugné à reconnaître et à "expliquer" au public leur réelle impuissance thérapeutique face aux affections mentales chroniques. Pareille réticence est humaine et assez compréhensible, même si on doit parfois s'interroger pour lui trouver des excuses; car s'ils avaient consenti à admettre leurs ignorances, pourtant légitimes compte tenu du peu de données scientifiques validées et disponibles à l'époque, et s'ils avaient été capables de reconnaître leur impuissance qui ne pouvait qu'inévitablement en découler (et justifier leur apparente passivité), comment auraient-ils pu continuer, à la suite de pareil aveu, de convaincre les proches des "patients" et le public de leur utilité et efficacité thérapeutiques supposées, tant attendues et jusque là acceptées de tous comme allant de soi, et que par ignorance et respect de l'autorité personne n'aurait imaginé et encore moins osé remettre ouvertement en question?*)

L'hébergement, les soins, l'hygiène et l'alimentation des malades, les salaires des membres du personnel, les traitements des psychiatres, l'entretien et le chauffage des bâtiments, combien de ressources financières sans doute ne fallait-il pas consacrer à ces différents postes de dépense pour, en fin de compte, ne parvenir qu'à **ne pas "guérir" ni même améliorer** l'état (et l'aspect!) des pensionnaires, mais bien plutôt pour les laisser se dégrader tout en les torturant en guise de traitements, (*pour sans doute [se] donner l'illusion qu'on s'efforçait de les soigner?*) Ces constats et conclusions ont sans aucun doute fortement contribué à créer la conviction et à la répandre généralement dans le public mais aussi chez les décideurs, que les "asiles" et hôpitaux psychiatriques étaient tout à la fois **déshumanisants** (*justification faussement humanitariste aujourd'hui toute trouvée - ad hoc - pour faire "accepter" des économies hypothétiques qu'on escompte des fermetures des hôpitaux psychiatriques!*) et, en regard des piètres résultats thérapeutiques généralement obtenus sur leurs pensionnaires malades, ils étaient aussi bien **trop coûteux** et "dévalorisants" à la fois, ternissant l'image des gestionnaires et élus politiques des communes où ils étaient implantés, et alimentant (*opportunément?*) les préjugés stigmatisants des habitants riverains et des populations locales envers ceux que, par facilité et sans même y vouloir penser, tous ils appellent les "fous".

On peut se féliciter de ce que, depuis lors, les conditions de vie dans les hôpitaux et instituts psychiatriques se sont radicalement améliorées, principalement grâce à la découverte des médicaments "psychotropes". Pourtant, la réputation des hôpitaux psychiatriques est encore toujours l'objet d'une représentation désastreuse dans l'imaginaire des gens en général, car les idées reçues et les opinions - *surtout celles qui ont trait au "psychisme" et à "l'âme", mais aussi celles sur l'instruction et sur l'éducation censée distinguer le "Bien" du "Mal" et peut-être enseigner la morale!* - ont toujours bénéficié d'une vie particulièrement longue et tenace. Elles persistent souvent pendant plusieurs générations pour finir par ne s'aligner sur l'évolution des mœurs qu'avec grande réticence et avec un retard considérable.

La réputation détestable des institutions psychiatriques (*qui ne repose plus aujourd'hui que sur des souvenirs certes fort pénibles qu'il faudrait néanmoins sérieusement réviser*) est un prétexte commode pour les politiques et un moyen pour eux, camouflé sous des apparences faussement humanitaires, d'afficher et d'étaler publiquement, essentiellement en paroles et donc à moindres frais, un maximum de témoignages et de déclarations de bons sentiments. De plus, les apparences affichées souvent permettent de dissimuler des motivations socioéconomiques en réalité très intéressées, elles fournissent un alibi pour prêcher, bien plus par idéologie que par rationalité ou étayées par de véritables preuves, la fermeture des instituts psychiatriques, ces **"abominables lieux d'oppression et d'abus de pouvoir"** pour lesquels veulent encore toujours les faire passer les apôtres inconditionnels de leur suppression, apôtres plutôt naïfs quoique d'une indubitable et fort louable bonne volonté, mais peut-être mal informés, ou sûrement mal instruits en biologie et en médecine, et aussi sans doute quelque peu manipulés.

J'ai déjà dit ailleurs (*v. le dossier sur la schizophrénie: p.60 du fichier .PDF*) une des raisons de la répulsion inspirée au public ("*profane*") par la visite de beaucoup d'hôpitaux psychiatriques: les malades psychiatriques chroniques y sont rassemblés et offrent au visiteur la vue, non pas de l'un ou l'autre malade isolé perdu au milieu de nombreux bien-portants et par conséquent n'attirant pas à première vue l'attention, mais montrent au contraire le regroupement de personnes présentant **toutes** des "bizarreries" très variées, spectaculaires ou non, dont l'accumulation en un seul lieu peut non seulement inquiéter mais aussi effrayer les visiteurs non prévenus. Ceux-ci ont ainsi l'occasion de voir, au même moment, les multiples et divers aspects que peuvent prendre les manifestations des affections mentales chroniques, ce dont ils ne prendraient jamais clairement conscience s'ils ne faisaient que croiser, un instant et par hasard, l'un seul de ces mêmes malades dans la rue.

D'où aussi prennent spontanément naissance, dans le public, à la fois la réaction instinctive et instantanée de rejet des malades et la conviction intuitive, plutôt irrésistible mais tout à fait fautive, que c'est "l'enfermement en institution psychiatrique" qui est à l'origine de leurs troubles et comportements psychiatriques (voire les aggrave), impressions que des visiteurs compatissants et souvent horrifiés ont décrites à la suite de leurs visites. Les médias s'empressent ensuite de rapporter ces propos en ne manquant surtout pas de donner à leurs récits journalistiques une couleur aussi sombre et sensationnaliste que possible.

Mais aussi, cette fois *a contrario* si on peut s'exprimer ainsi, c'est le même processus psychologique, se déroulant cette fois en sens inverse, qui semble justifier la croyance que supprimer les hôpitaux et instituts psychiatriques résoudrait le "problème des malades psychiatriques", en prétendant les réintégrer dans le "milieu normal de vie". Ainsi dispersés dans la foule des bien-portants, les malades mentaux chroniques peuvent en effet sembler disparaître de la vue de ceux qui ne veulent en fait pas les voir. Cela permet[*trait*] à certains optimistes et impénitents praticiens de la méthode Coué de se persuader que, puisque ces malades ont en effet disparu de leur horizon de myopes volontaires, ils pourraient affecter de croire eux-mêmes et laisser croire aux autres qu'il n'y a plus de malades psychiatriques, donc qu'ils ont été [*bien?*] soignés et peut-être même qu'ils ont été guéris. Par conséquent, n'hésitons pas à fermer, sinon tous les hôpitaux psychiatriques, du moins le plus grand nombre possible et, dans la foulée, affirmons hautement que c'est le moyen tout à la fois le moins onéreux et le plus expéditif permettant de guérir un maximum de malades mentaux (*par ce qu'il faut bien appeler, de la part de ceux qui savent ce qu'il en est réellement de l'efficacité thérapeutique de la psychiatrie, un tour de passe-passe d'une honnêteté intellectuelle pour le moins discutable, n'est-il pas vrai?*).

En Belgique, les membres du **MPDMV** font partie de ceux qui militent pour la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Ils disent (voyez [www.psychiatries.be](http://www.psychiatries.be)) se baser sur les déclarations de l'OMS, sur "*les 25 ans d'expérience de l'Unité psychiatrique intégrée de Liège*" (sic) et sur des "expériences internationales" de diverses organisations et associations regroupées dans une sorte d'alliance multinationale dont le cyberlien figure ici ([www.imhcn.org](http://www.imhcn.org)) parmi ceux de plusieurs autres sites auxquels lui-même il renvoie (et que donc cette alliance n'hésite pas à cautionner!). Ceux-ci affichent tous, entre

autres objectifs divers, une même volonté: celle de supprimer les hôpitaux psychiatriques et de "**briser**" ce qu'ils appellent "**la domination du paradigme médical**" (voyez [ici](#))... Parmi ces organisations et associations, certaines (*heureusement pas de chez nous!*) vont même nettement plus loin sur ce chemin: elles encouragent (*avec une dangereuse inconscience et de façon fort peu responsable!*) des "thérapies alternatives" plus ou moins ésotériques et farfelues, voire à la limite magiques, qui selon leurs dirigeants (*parfois quelque peu illuminé(e)s sans doute*), dispenseraient avantagement de recourir aux médicaments psychotropes qu'elles qualifient de toxiques et dangereuses et qui, paraît-il, entretiendraient même les maladies mentales plus qu'elles ne leur apporteraient de soulagement (*Adélaïde*), ou encore suggèrent des procédés dits "*naturels*" et "*alternatifs*" à mettre en œuvre pour abandonner les traitements par neuroleptiques et pour avantagement s'en passer (*comingoff*).

Elles dénoncent, condamnent et veulent aussi proscrire les hospitalisations et traitements sous contrainte (*freedom*), ce qui démontre que leurs membres semblent n'avoir pas encore appris l'existence ni par conséquent compris tous les dangers, ni les méfaits de l'anosognosie des psychotiques, qui aujourd'hui sont pourtant des constats connus et établis de longue date (*mais d'où donc tirent-ils leur expertise et leurs savoirs, les "experts" qui conseillent ces associations?*)

On ne peut s'empêcher de ressentir une sorte de fascination quelque peu mêlée d'incrédulité et de malaise, face à l'incohérence et à la mémoire défaillante et sélective - je veux croire cette dernière involontaire et de bonne foi - de la plupart de ces associations et groupements par ailleurs et à coup sûr pleins d'excellentes intentions. Ainsi, les "psychologues", après avoir pendant des décennies (*et même assez souvent aujourd'hui encore!*) hurlé avec les loups accusant les familles et les parents, la société, le "milieu de vie" et *tutti quanti*, tous "**psychogènes!**", d'être responsables des maladies mentales qui frappent les personnes, aujourd'hui leur discours a pris le contre-pied de leurs précédentes professions de foi: désormais, bien qu'ils accusent les traitements neuroleptiques d'être inefficaces et même dangereux et néfastes (puisqu'ils ne guérissent pas les personnes malades alors qu'on les prescrit et les administre [*sous la pression des lobbies pharmaceutiques!*] dans ces sinistres hôpitaux psychiatriques), ils affirment qu'il faut sortir ces personnes des hôpitaux iatrogènes qu'on doit fermer, ils répètent qu'on doit les délivrer du "paradigme médical" et, bien qu'elles ne soient pas guéries, ils veulent les renvoyer dans ce "milieu de vie" parce qu'il leur est paraît-il familier et ils veulent imaginer qu'elles languissent d'y retourner "*pour y retrouver l'exercice de leurs droits et leur dignité*"; mais ce "milieu de vie-là", c'est pourtant bien aussi celui qui, **censément**, les avait auparavant rendues malades, et aussi c'est cette "maladie" qui, **précisément**, avait justifié et notoirement rendue nécessaire leur hospitalisation pour diagnostic et traitement (*ce que certains semblent n'avoir pas retenu de ce qu'ils étaient pourtant censés avoir appris de leur expérience tant vantée [?] parce que longuement acquise "sur le terrain"*).

Quand ces "mouvements" pour la "désinstitutionnalisation" dénigrent injustement les hôpitaux psychiatriques, aussitôt la presse s'empare de la "nouvelle" et les journaux publient à leur tour des articles aux titres vengeurs, du genre "Encore toujours trop de lits dans les hôpitaux psychiatriques"! On oublie de citer les autres périodiques locaux à moindre diffusion, qui très justement dénoncent la pénurie d'institutions!

Souhaitons donc aux journalistes de ne jamais compter parmi leurs proches de malade mental psychotique chronique qu'ils tentent de faire hospitaliser: ils risqueraient de devoir radicalement revoir leurs opinions sur le sujet et de devoir corriger leurs copies!

Je continue pourtant de croire qu'aujourd'hui encore, c'est dans les hôpitaux psychiatriques qu'on peut [*pourrait?*] disposer des meilleurs moyens de faire le diagnostic correct des affections psychotiques chroniques: parce que, à la différence des petites structures dont les équipes réduites au personnel changeant à tour de rôle, fréquemment ne travaillent que sur rendez-vous et par brèves consultations, à la manière de dispensaires, les hôpitaux par contre permettent de garder et d'observer de présumés ou avérés malades, en permanence par les mêmes "soignants" et pendant des périodes de **durées suffisantes** indispensables pour:

- apprendre à connaître, autant que faire se peut, la personne qui a besoin d'être aidée (*cela demande d'y consacrer beaucoup de temps!*);
- distinguer sans erreur entre problèmes purement psychologiques (peut-être d'origine économique et sociale) et troubles psychiatriques vrais (*ces derniers, pour être identifiés correctement, demandent un long temps d'observation en situation!*);
- asseoir solidement un diagnostic fiable (*ce qui demande donc l'addition - ou la combinaison - des deux longs temps précédents!*);
- déterminer avec la meilleure sûreté possible le traitement médicamenteux psychotrope le mieux adapté individuellement à chaque malade (*cela demande des temps d'observation et de surveillance permanentes, longs et ininterrompus!*);
- une fois le meilleur traitement défini, convaincre les malades, du mieux qu'il s'avère possible, de l'importance d'y adhérer et de le poursuivre scrupuleusement, même après qu'ils auront quitté l'hôpital (*cela peut prendre beaucoup de temps et d'efforts répétés avant d'être durablement assimilé par les malades et pour qu'ils s'y conforment!*);
- se donner le **temps** [nécessaire et **indispensable**] pour discuter tout à loisir avec les malades et sans les harceler ni les mettre face à aucun fait accompli résultant de décisions prises en dehors d'eux (*c.- à.d. sans les en avoir avertis*), afin de pouvoir construire progressivement ce que les travailleurs sociaux habituellement appellent un "projet de vie" que les malades puissent accepter, qui soit plausible et qui leur soit pratiquement accessible compte tenu, d'une part de leurs capacités très souvent amoindries, et d'autre part des rares disponibilités fort limitées existant au sein d'un marché belge du

"travail spécialisé" ou "aménagé" ou "adapté" à leurs handicaps.

La "**socio-psycho-philosophie-fiction**" de ceux qui, en Belgique, prônent la "psychiatrie démocratique en milieu de vie", transparait au travers des "éléments de langage" caractéristiques de la "com psychosociale" utilisés dans une brochure datant de 2002 (mais toujours disponible sur la toile du Web: voyez *ici*) où l'on peut lire, par exemple et entre autres affirmations de bonnes intentions - *peut-être sincères mais naïves* - utopiques et de slogans plutôt publicitaires, irréalistes et à l'emporte-pièce, que "*L'action associe désormais la gestion de la maladie (de ce qui fait problème) (sic) qui doit se réduire au minimum des investissements (sic), le développement, à savoir l'augmentation des capacités propres des personnes à se confronter au monde environnant autant qu'à leur situation (sic), et la modification du milieu pour que celui-ci rencontre mieux les besoins de la population. (sic)*" (j'ai souligné).

Essayons donc de reprendre et d'examiner un à un, pour tenter de les définir vraiment (*ce dont leurs "promoteurs" ne semblent pas voir la nécessité!*) et pour en comprendre clairement les implications pratiques (*qui, d'élémentaire évidence, devraient conditionner les modalités de leur mise en œuvre*), les trois éléments supposés distincts qui, paraît-il désormais associés, seraient constitutifs de "l'action" proclamée et revendiquée par la "**psychiatrie démocratique dans le milieu de vie**".

### 1) "**la gestion de la maladie (de ce qui fait problème** [sic])":

Les partisans de la "psychiatrie démocratique" semblent croire qu'une **maladie** - puisque c'est bien le terme qu'ils emploient -, cela "se gère".

Mais ils devraient savoir qu'on ne "gère" pas une maladie. Tout au plus peut-on tenter d'en "gérer" les conséquences pratiques en fonction des contingences; on peut "tenir compte" des conséquences dont les traitements médicaux sont encore [trop] peu capables de supprimer les **causes (ces causes physiques et biologiques** bien présentes et depuis longtemps prouvées, mais dont la majorité des acteurs de terrain de la "Santé mentale" (*et les sociologues!*) semblent s'obstiner à délibérément les ignorer et donc à en négliger l'existence).

Toutefois, les enseignements qui leur ont été dispensés et les conceptions et traditions de psychologie intuitive et de psychopathologie purement conceptuelle dont ils ont été habituellement nourris ont accoutumé une majorité de nos psychologues à voir les maladies dites "somatiques" comme des entités matérielles concrètes, tandis que si elles sont dites "mentales", ils les interprètent comme étant des accumulations fautives de concepts immatériels erronés résidant dans "l'esprit" des malades. Malheureusement pour eux, les "acteurs" de terrain qu'ils sont oublient que ces hypothétiques concepts attribués aux malades ne sont eux-mêmes que la représentation abstraite et arbitraire qu'en tant qu'observateurs ils se construisent mentalement (*dans leur propre "esprit" d'observateurs!*) au sujet d'ensembles de processus en fait physiques et biologiques en tout ou partie défectueux dont ils ne peuvent rien voir et dont, par conséquent, ils ne connaissent en réalité rien (*et peut-être ne veulent-ils même n'en rien savoir!*).

L'origine première de la (ou des) défektivité(s) entraînant une "maladie" [mentale] est, nécessairement et très naturellement, **toujours physique**, c'est-à dire bien **matérielle (biologique!)** même si elle semble non visible, parce qu'inaccessible directement à nos organes sensoriels. Cette apparente absence de visibilité n'implique pourtant pas que le "défaut" ne serait que de nature conceptuelle, immatérielle! (certains diraient "psychique", expression en réalité purement verbale dépourvue de sens). Ceci vaut évidemment pour toutes les "maladies", qu'elles soient dites "**mentales" ou "somatiques"**.

Le traitement des **malades** mentaux chroniques est donc l'affaire de médecins et non pas de la compétence de "gestionnaires", même si son coût peut légitimement concerner ces derniers. *Incidemment, ceux-ci se sont-ils jamais posé la question de savoir comment on fait pour "gérer un concept"?*

Bien au contraire de ce qui précède, **on ne peut que et on doit** tout d'abord et dans la mesure où on les connaît et où elles nous sont accessibles, s'efforcer de "guérir" **médicalement** (*c.- à d. supprimer*) les causes bien physiques des "maladies" mentales chroniques, et à défaut de connaître les causes on ne peut que se résigner à seulement tenter d'en atténuer, tant bien que mal et à nouveau **médicalement**, les manifestations pénibles et invalidantes persistant en dépit du traitement. Et ce ne sera qu'**après avoir au moins atteint ce premier objectif limité mais en réalité bien moins modeste qu'il n'y paraît à première vue** (*il est l'étape obligée et la seule donnant accès aux objectifs suivants plus ambitieux*) qu'on pourra s'efforcer d'enfin "gérer" les "inconvenients" "résiduels" dûs aux dysfonctionnements consécutifs à la maladie, du moins ceux que la médecine psychiatrique à elle seule est encore incapable de juguler et dont les malades sont obligés de s'accommoder et qu'ils sont contraints de subir bien malgré eux.

On a certes le droit d'estimer que les investissements nécessaires aux traitements médicaux représentent la part minimum (*vous avez dit "réduite"?*) de l'ensemble des charges entraînés par la lutte pour le bien-être des malades mentaux chroniques et contre leur affection. Mais cette croyance ne donne pas le droit d'oublier qu'**en l'absence de ces traitements médicaux** préalables et d'accompagnement, toutes **les autres mesures dites "psychosociales"** préconisées deviennent non avenues ou inapplicables ou encore inopérantes et ne sont destinées qu'à **rester des vœux pieux**.

On n'a pas non plus le droit d'oublier que, le plus souvent, si les traitements médicamenteux sont en effet indispensables (ce que personne aujourd'hui ne peut plus honnêtement contester), ils restent pourtant encore très insuffisants et fort imparfaits à l'heure actuelle (*et pour cette dernière raison certains s'obstinent à les dénoncer et les décrivent injustement par ignorance et par pure idéologie*), et ils doivent être poursuivis indéfiniment (*à vie*), donc leur mise en œuvre doit également être

étroitement surveillée et ses effets contrôlés régulièrement, ce qui inévitablement en alourdit les coûts.

Mais aujourd'hui, certains psychosociologues et sociologues de chez nous, munis d'ocillères qu'ils se sont volontairement confectionnées et qu'ils refusent d'ôter, veulent redéfinir à leur manière ("*plus largement*") la psychiatrie en affirmant que "*l'objet de la psychiatrie est l'existence de la souffrance de l'individu en rapport au corps social*" (sic). Par là-même ils se condamnent à ignorer que c'est l'invalidité biologique (la "*maladie*") des malades qui leur interdit une socialisation "normale", et comme ils veulent, semble-t-il, ignorer cette invalidité et les nécessaires tentatives thérapeutiques médicales pour y porter remède, en quelque sorte ils croient pouvoir faire courir et concourir, sur les mêmes pistes et dans les mêmes stades, des unijambistes parmi des coureurs à deux jambes, sans même avoir d'abord pu correctement les entraîner, parce qu'ils n'aperçoivent pas l'impérieuse nécessité de leur fournir au préalable les indispensables prothèses qui pourraient peut-être leur donner quelque petite chance de faire bonne figure dans la course.

## 2) "*L'augmentation des capacités propres des personnes à se confronter au monde environnant...*":

Voilà bien l'exemple de la confusion des stéréotypes soigneusement entretenue par l'institution administrative de la "Santé Mentale" entre d'*une part* l'approche des *problèmes et troubles psychologiques* ainsi que les choix des moyens psychothérapeutiques à leur appliquer pour respectivement les résoudre et les surmonter, et d'*autre part* les traitements à mettre en œuvre pour atténuer voire vaincre les diverses manifestations des "*maladies mentales chroniques [et psychotiques]*". Le *MPDMV* reprend allègrement cette confusion à son compte et l'adopte, comme d'ailleurs la font leur aussi un certain nombre de ceux qui, parmi les psychiatres malgré tout conscients du mauvais rendement des psychothérapies chez les vrais malades mentaux chroniques, préfèrent consacrer la majeure partie de leur temps professionnel à la "psychothérapie" des névrosés: les résultats qu'ils peuvent obtenir dans ces cas-là sont habituellement bien meilleurs et par conséquent il est bien plus commode et gratifiant d'en faire état, tant au bénéfice de sa promotion personnelle qu'en faveur du prestige du métier.

Cependant, quand les traitements médicamenteux ne donnent que médiocre satisfaction ou, *a fortiori*, quand par idéologie on renonce complètement à les mettre en œuvre, les programmes "psychothérapeutiques" et "ergothérapeutiques" de "revalidation" des *malades mentaux chroniques vrais* n'ont jusqu'à présent pas fait la preuve convaincante de leur capacité à créer l' "*augmentation significative et durable des capacités propres des personnes malades à se confronter au monde environnant*" (j'ai moi-même ajouté ici les mots soulignés, omis dans le texte original et qui, par souci élémentaire d'honnêteté et d'objectivité, auraient *dû* y figurer). Très probablement, les psychologues et hérauts du *MPDMV*, tout en évitant de l'avouer se doutent-ils eux-mêmes des résultats fort décevants de ces tentatives de "rééducation" car, bien qu'ils incluent ce qu'ils appellent le "*développement*" comme second élément constitutif de leur "action" de la "psychiatrie démocratique", ils ne lui font toutefois manifestement pas assez confiance pour pouvoir se passer d'un troisième composant - complémentaire? - de leur nouvelle (novatrice?) "psychiatrie démocratique dans le milieu de vie", à savoir:

## 3) "*La modification du milieu pour que celui-ci rencontre mieux les besoins de la population [des malades?]*":

Ils ne disent surtout pas comment ils se proposent de concrétiser et de faire appliquer cette très utopique (et très mystérieuse) "modification" au sein d'un milieu "normal" de vie qu'ils veulent *ouvert à tous*, et où tous - malades mentaux et personnes bien portantes - selon eux jouiraient enfin des mêmes droits (mais parlent-ils jamais des devoirs correspondants dont tous les citoyens doivent être également *capables* de s'acquitter, à moins d'encourir, par la faute des indispensables et inévitables dérogations et dispenses que leur état ne manquerait pas de motiver et de justifier, soit la discrimination, soit la stigmatisation?)

Veulent-ils obtenir une "modification" sociétale générale et globale, c'est-à-dire fomenter ce qui s'appellerait la **Révolution**? Comment comptent-ils s'y prendre? De quels moyens disposent-ils? Qui va la faire, cette révolution?

Est-ce dans cette optique-là qu'ils se posent la question rhétorique "*Pourquoi l'enjeu de la maladie [sic] est-il bien plus politique que sanitaire?*" (*Siajef*)?

Par contre, si cette mystérieuse "modification du milieu" ne devait plus modestement concerner qu'une enclave géographiquement limitée, tout exceptionnelle et protégée au sein de ce "milieu de vie général" que nous connaissons déjà parce que nous y vivons, peut-être serait-elle, pratiquement bien que fort difficilement, réalisable (*en rêve?*), mais alors cela n'équivaudrait-il pas *ipso facto* à la création de nouvelles sortes de réserves comparables à celles où ont été parqués, par exemple les autochtones (les "*indiens*") du continent nord-américain? Et dans ce cas, aurait-on encore le droit de parler, prétendument en "faveur" des malades, d'un "milieu normal de vie fréquenté et partagé par tous" plutôt que de territoires d'apartheid à la mode de l'ancienne Afrique du sud?

Ce sont par ailleurs les mêmes qui se félicitent d'avoir anticipé les initiatives législatives et les déclarations d'une de nos ministres fédérales de la Santé (Mme Laurette Onckelinx) qui affirmait que la réforme (*toujours en cours*) des lois de santé mentale de 1990 visait à obtenir "*la diminution du nombre de lits en hôpital psychiatrique, mais surtout à éviter chronicisation, stigmatisation, désinsertion, infantilisation, déresponsabilisation.*" (sic, mais je me suis permis de souligner). Ce qui témoigne, de façon éclatante aux yeux de tous ceux qui connaissent *vraiment* les *malades mentaux vrais* parce qu'ils vivent avec eux, de l'ignorance du sujet des affections mentales chroniques dont semblent se satisfaire, voire se vanter aussi bien nos ministres que nos fondateurs-responsables-psychologues de certaines associations qu'ils qualifient démagogiquement de "psychiatrie démocratique":

- En effet, très manifestement, ils ne paraissent pas vouloir comprendre qu'il s'agit ici de maladies mentales qui, dès leur

origine et leurs débuts, sont chroniques, et que cette chronicité n'est donc pas la "**chronicisation**" résultant de ces hospitalisations qu'on se complaît à incriminer commodément pour de faux motifs: la chronicité n'est jamais que la conséquence des échecs thérapeutiques dûs à l'impuissance de la psychiatrie et de la médecine non pas à soigner, mais à **guérir** ces malades. **A grave maladie chronique incurable et mentalement handicapante, hospitalisation chronique obligée.** Est-ce si difficile à comprendre?;

- la **stigmatisation** des malades mentaux n'est que la réprobation morale spontanée et irréfléchie reflétant l'ignorance, les superstitions, les préjugés et les idées reçues qui ont cours dans le grand public à propos de ces malades, parce que les responsables de la "Santé Mentale", qu'ils soient politiques, professionnels "psy", soignants ou non, ne se sont jusqu'à présent que très peu fatigués à dénoncer et à combattre ces sortes d'instincts acquis et instillés dès la naissance (*et peut-être aussi, parce que, parmi ces "responsables", sans doute beaucoup partagent la confortable ignorance générale!*);

- la **désinsertion**, l'**infantilisation** et la **désresponsabilisation** ne sont, elles aussi, que des effets automatiques et inévitables de la perte: de la conscience même de sa maladie (*l'anosognosie*), de la motivation, des capacités mentales nécessaires aux échanges individuels et sociaux, des capacités à acquérir et à conserver d'indispensables compétences quotidiennes élémentaires d'anticipation et de planification, donc d'évaluation des conséquences immédiates et aussi plus lointaines de ses propres actes et de ceux des autres (*d'où découle la capacité diminuée d'adaptation aux situations*), tous déficits qui figurent parmi les conséquences directement liées aux affections psychotiques chroniques, et que les traitements (et les "psychothérapies" associées) ne parviennent toujours pas à tous pallier efficacement. Ces déficits ne sont **pas** la conséquence des hospitalisations chroniques, bien au contraire ils en sont tout à la fois la raison et la justification très logiques, et je soupçonne depuis longtemps que ceux qui prétendent l'inverse feignent d'ignorer cette réalité. Une vraie question à se poser serait de savoir pourquoi ils ne veulent pas la reconnaître...

Certains psychologues du **MPDMV** qui s'imaginent prendre généreusement la défense des [vrais] malades mentaux chroniques (*et je ne doute pas de la sincérité de leur engagement*), qui aussi croient les connaître sans toutefois jamais avoir assez vécu en permanence ni même longuement en leur compagnie, au plus près d'eux et avec eux pour pouvoir connaître vraiment chacun d'eux, ces psychologues ignorent leurs propres ignorances des maladies mentales et croient les effacer par de belles (?) envolées lyriques (*et quelque peu démagogiques tout de même*) dans des discours dont ils s'étourdissent eux-mêmes et par quoi ils pensent éblouir les autres (*les lecteurs et auditeurs sympathisants et compatissants d'avance conquis par les belles phrases*). C'est ainsi qu'ils proclament vouloir "**[...] substituer une culture de la vie à celle de la maladie, du développement de la qualité de vie à celle de la gestion des problèmes, de la prévention à celle du curatif**" (*Siajef*). Mais:

- Qu'est-ce donc, selon eux, qu'une "**culture de la vie**" qu'on substituerait à une "**culture de la maladie**", sinon une formule rhétorique creuse, du verbiage sonore mais dépourvu de sens intelligible?
- Comment **remplace-t-on la solution de tous les problèmes**, quotidiens et autres moins fréquents, nécessairement rencontrés dans la vie de tout un chacun même bien-portant (*qui donc peut se vanter de n'avoir jamais à "gérer" et à résoudre le moindre problème?*), par un "**développement de la qualité de vie**" obtenu on ne dit ni ne sait comment, une "**qualité de vie**" qu'au lieu de la laisser à l'appréciation personnelle de chacun des intéressés dont on ne demande pas l'avis (*car on imagine "savoir pour eux", ne pas trop devoir se soucier de ce que eux, ils entendent par "qualité de la vie"*), on "choisit" à leur place dans un catalogue général restreint de "possibilités" et de "solutions" peut-être disponibles mais pas nécessairement adaptées à l'individualité de chacun, en se fiant aveuglément à l'appréciation arbitraire d'administratifs "responsables" sociaux, voire de politiques indifférents et lointains?
- Comment s'y prend-on pour "**substituer la prévention**" (*Quelle prévention? Puisqu'on la sait impossible!*) des maladies mentales, dont les causes premières ne sont pas connues, pas plus que n'est non plus prévisible leur survenue inattendue, **aux soins médicaux plus palliatifs que réellement "curatifs"**?

Le discours tenu par certains responsables du "mouvement pour une psychiatrie démocratique" prend par moments des accents très idéologiques, politiques voire politiques qui ne peuvent passer inaperçus: "**Ce modèle [celui de leur organisation des prises en charge des malades mentaux - J.D.] casse les acquis d'une organisation libérale des soins. Il privilégie une équipe plurielle où tous les éléments de concurrence sont gommés.**" (*Siajef*, p. 24).

Mais il n'est aucunement besoin de casser quoi que ce soit d'acquis, ce qui n'est qu'un discours de "militant de base" et une vision idéologique simpliste d'activisme politique. Supposer et évoquer des "éléments de concurrence" qui n'ont en pratique aucune réalité, c'est avouer à son insu ses propres fantasmes et sentiments de frustration, et ses "complexes" d'infériorité (*ou de "supériorité"?*). Bien au contraire et plus simplement, il faut et il suffit de reconnaître un certain nombre d'évidences connues depuis longtemps, il faut les accepter avec humilité et s'efforcer d'en tenir compte. Ainsi, il ne faut jamais perdre de vue que:

- les troubles psychologiques sont distincts des affections mentales chroniques qui sont de nature différente. Il faut être capable de les distinguer, car ils/elles ne se traitent pas par les mêmes moyens; en faire la distinction diagnostique est de la compétence des médecins psychiatres et éventuellement des psychologues cliniciens;
- les malades mentaux chroniques sont des personnes atteintes d'affections biologiques (*physiques*) du cerveau justiciables de traitements médicaux;
- ces traitements médicaux sont de la compétence des médecins psychiatres et neuropsychiatres, qui ne sont pas des travailleurs sociaux;
- Les traitements psychiatriques **ne guérissent pas** les malades mentaux psychotiques chroniques, ils les soignent et atténuent leurs divers handicaps avec des succès variables et peu prévisibles pour chaque cas, sans toutefois tous les

- supprimer ni toujours atténuer tous leurs symptômes de manière satisfaisante ("*suffisante*" ou "*acceptable*");
- les travailleurs sociaux peuvent aussi être psychologues, surtout s'ils sont capables d'empathie, mais ils ne sont ni médecins ni psychiatres. Ils interviennent auprès des malades mentaux chroniques soignés par les psychiatres pour les aider à surmonter les handicaps que les traitements psychiatriques ne parviennent pas à éliminer ni même parfois à seulement compenser, et pour leur éviter de s'affronter à des obstacles insurmontables pour eux.

Des cinq points qui précèdent, on peut logiquement déduire et conclure que, pour **aider** les malades mentaux à vivre, médecins psychiatres et travailleurs sociaux doivent associer leurs actions respectives autour de leurs patients communs. Ceci ne peut se faire que si ils collaborent étroitement les uns avec les autres et s'instruisent mutuellement des particularités et contraintes propres à leurs spécialités respectives, mais aussi se tiennent mutuellement au courant des particularités très individuelles de chacun des patients qu'ils suivent en commun.

Il me semble que, autant dans la pratique quotidienne qu'à plus long terme, ce serait cette dernière conclusion dont l'application serait la plus difficile à mettre en œuvre, pour des raisons d'organisation et de temps disponible (*variable selon la spécialité des "intervenants"*), mais aussi très vraisemblablement pour des raisons de traditions et croyances bien ancrées, et peut-être de nature psychologique.

N'en déplaise aux sociologues et aux socio-psychologues, l'enjeu de la **LUTTE contre les maladies mentales** (*le défi, le "challenge" des affections mentales, ce qui n'est pas leur "enjeu"!*) est bien tout d'abord [sanitaire et] médical, individuel et personnel, et ne devient "politique" qu'ensuite, quand à force de tribulations interminables de multiples natures par lesquelles on les a fait passer, on a laissé pourrir la situation mentale des malades et, par suite, leur position et leur statut social se sont dégradés. **Chaque cas de malade est unique** et peu, voire non superposable aux autres cas, si bien que les structures et procédures qu'on peut mettre en place pour les aider n'ont jamais assez de pertinence ni de souplesse pour bien s'adapter aux besoins spécifiques de chacun. Et c'est une grossière erreur de croire qu'on peut demander aux malades mentaux chroniques en général d'apprendre à s'adapter aux "solutions d'insertion" qu'on leur propose, si ces "solutions" ne conviennent pas immédiatement, exactement ou "du premier coup". C'est précisément une des caractéristiques de leur maladie que d'avoir perdu leurs capacités d'adaptation aux situations rencontrées dans "**le monde environnant auquel ils doivent se confronter**", et on ne parvient que rarement à restaurer complètement ces capacités, que ce soit, entre autres par l'ergothérapie ou par un "conditionnement opérant" non généralisable quoiqu'on en dise parfois.

Encadrer les malades d'une "**équipe plurielle**", c.-à d. dont les acteurs rassemblent entre eux toutes les compétences nécessaires, telles que médicales, psychothérapeutiques et de travailleurs sociaux, c'est là en effet un moyen de traitement séduisant et qu'on pourrait espérer prometteur d'un certain succès, et c'est un objectif auquel on ne peut que rêver. Il ne pourrait être vraiment efficace - et pas seulement symbolique, comme c'est le cas actuellement - que si chaque malade mental chronique disposait *en permanence* de son "**équipe plurielle**" personnelle dont la composition resterait constante dans le temps. Et c'est à partir d'un tel constat réaliste et de bon sens qu'on est bien forcé d'admettre que pareil dispositif ne peut que se réduire à une promesse utopique (*qui, comme on dit, n'engage que ceux qui y croient*). En effet, il demanderait de la communauté des ressources humaines et budgétaires d'une telle ampleur qu'aucune société et aucun responsable politique ne sont aujourd'hui prêts à les envisager (*autrement qu'au compte-gouttes, c.-à d. peut-être sous forme de timides "projets pilotes" limités et de durée éphémère: autrement dit: la goutte d'eau dans la mer, celle à laquelle on se réfère toujours pour prouver sa bonne volonté et montrer qu'on y a pensé*).

L'organisation structurée "intégrée" en réseaux de la prise en charge et de l'aide aux malades mentaux semble se développer localement dans certains centres urbains de France (v. Lille) et d'Angleterre (v. Birmingham). La lecture de leurs sites web ne permet toutefois pas de juger objectivement du bilan de ces organisations quant au nombre et à la situation "sanitaire mentale" et sociale de leurs "clients" malades mentaux. Toutefois, si l'on ne se fie qu'à ce qui est exposé sur ces sites, fort clairement et sans trop de ces hyperboles exagérément et trompeusement optimistes dont nos sites belges de la santé mentale sont coutumiers (*comme d'ailleurs dans beaucoup d'autres pays!*), l'approche très "professionnelle" choisie dans ces deux pays me paraît bien plus pragmatique et cohérente que celle existant en Belgique (*mais je n'ai bien sûr pas pu, à la différence de notre ministre L. Onckelinx, aller y converser moi-même avec les responsables locaux pour en juger sur pièces*):o(.

Rabâchons ici, une fois encore, ce qui a déjà été dit de nombreuses fois sur ce site: la psychiatrie ou, plus exactement les médecins psychiatres s'efforcent de traiter et soigner des personnes dont le cerveau est physiquement, biologiquement endommagé (dès la conception ou pendant l'organogénèse embryonnaire). Ces dommages cérébraux ont pour conséquences de multiples déficits fonctionnels mentaux dont leurs victimes n'ont pas nécessairement conscience, si bien qu'elles peuvent fort souvent refuser les traitements, pourtant indispensables, mis en œuvre pour restaurer, au moins en partie, leurs fonctions mentales déficientes. Les psychiatres sont donc moralement obligés de leur imposer ces traitements.

C'est pourquoi il faut admettre que la psychiatrie, bien malgré elle, ne peut être que paternaliste et autoritaire. Il faut seulement veiller à ce que son paternalisme reste "de bon aloi". Mais prétendre qu'elle puisse être en même temps "démocratique" n'est qu'un oxymore trompeur. Ceux qui ne veulent pas comprendre cela sont aveuglés par une idéologie. Pas plus que la science, la médecine ne peut faire bon ménage avec les idéologies.