

GESTIONNAIRES et POLITIQUES de BELGIQUE PARTAGENT UNE VISION IMAGINAIRE et PRIORITAIREMEMENT COMPTABLE de ce qu'ils appellent la "SANTÉ MENTALE", mais ils NÉGLIGENT DE S'INSTRUIRE DE L'ÉTAT DES MALADES MENTAUX A QUI ILS IMPOSENT CETTE ABSTRACTION TRONQUÉE, et ainsi N'AMÉLIORENT GUÈRE LES CONDITIONS CONCRÈTES DE VIE DES MALADES

Les sujets abordés ici ont déjà été traités assez longuement dans des articles précédents, (voyez p.ex. *Promesses* et *Promesses2*), mais il semble que les politiques et les gouvernants responsables de la "Santé Mentale", ainsi que les gestionnaires de la sécurité sociale de notre pays (de l'INAMI et les "experts" des mutuelles) n'ont pas encore compris (*ou refusent de comprendre?*) les particularités spécifiques des affections psychiatriques chroniques. En effet, face aux souffrances que ces affections infligent à leurs victimes, sans même parler des innombrables et souvent inextricables problèmes qu'en plus elles posent à leurs proches qui tentent de les aider, c.-à d. face à toutes ces difficultés qu'on semble vouloir oublier et ignorer, et à défaut de mettre en place de véritables mesures utiles permettant de les soulager, on s'obstine pourtant à toujours soigneusement veiller à ne nous abreuver que des mêmes discours creux à propos de solutions hypothétiques déjà rêvées, évoquées et promises depuis des décennies.

Et malgré les promesses (celles-là qui présentent l'avantage certes appréciable de ne coûter que fort peu à ceux qui les font sans jamais s'engager à les tenir [*c.-à d. sans conviction suffisamment profonde et sincère pour être durable!*]), par contre, ceux qui sont bien forcés d'écouter ces promesses parce qu'ils ne peuvent s'empêcher d'espérer naïvement pouvoir y croire, ceux-là finissent par s'apercevoir que les prétendues solutions et améliorations promises se font toujours attendre, aujourd'hui encore. Ou peut-être seraient-elles mal mises en oeuvre, soit encore elles seraient inadéquates ou impropres aux objectifs annoncés et ne résolvent rien: ce ne sont sans doute que de fausses solutions. Plus vraisemblablement encore, les moyens de les mettre en application - "*rien que pour voir*" - n'ont, semble-t-il en aucune façon jamais été sérieusement envisagés ni vraiment été mis à disposition jusqu'à présent. Par conséquent, rien ne change réellement dans les misérables conditions de vie qu'on continue de réserver aux malades mentaux chroniques. Seuls les jours, les semaines, les mois s'égrènent et les années défilent, toujours désespérément semblables les uns et les unes aux autres, comme les feuillets que malades fatigués, parents, proches et soignants lassés et désabusés arrachent régulièrement au calendrier après en avoir coché ou caviardé les petites cases quotidiennes (à la manière encore bien présente dans les souvenirs pourtant déjà anciens des "appelés" de notre service militaire et des conscrits attendant "la quille", ces obligations "civiques" ou "patriotiques" aujourd'hui supprimées ou devenues "facultatives").

Les discours des gestionnaires, des fonctionnaires et autres "administratifs" et les promesses des politiciens au sujet de la psychiatrie et des malades mentaux, ses "clients" et usagers, ne sont généralement qu'une triste musique destinée à montrer que leurs orateurs (*et oratrices*) sont bien présents et apparemment très "actifs", mais cette apparence d'activité se limite et se résume en fait à un flot de paroles qu'ils veulent faire passer pour des actes et pour les preuves [*surtout verbales et sonores*] de leur motivation et de leur compassion. Les décideurs sont chroniquement dépourvus d'une sincère empathie spontanée avec les malades. Cette intuitive et pourtant fort nécessaire compréhension qui leur manque des effets et conséquences des affections mentales, elle est très particulière et indispensable mais elle leur fait gravement défaut parce qu'ils n'auraient pu (*ou dû*) l'acquérir - et l'entretenir peut-être? - que par une présence attentive et soutenue au contact étroit et permanent avec ceux qu'ils "gèrent" et/ou "administrent" (*mais cela, ils ne le pratiquent que depuis leur[s] bureau[x] et abstraitement sur le papier seulement: "sur dossiers"*).

Cette effective participation *active* à une tâche qu'ils pensent pouvoir organiser mais ne dirigent que de haut et plutôt de loin tout en déléguant toute ou partie de leur "autorité" à leurs subordonnés (*vive la bureaucratie et le sempiternel blabla démagogique!*), ils n'imaginent même pas que, pour vraiment s'instruire de cette tâche et être capables de prendre les décisions applicables, pertinentes et utiles qui s'imposeraient, ils devraient s'en informer personnellement *sur le terrain*, ne fût-ce que de temps en temps seulement (*et ils n'ont bien naturellement aucun désir ni obligation reconnue de s'imposer cette "corvée" à eux-mêmes!*). Pourtant, cela leur dessillerait les yeux et peut-être leur ouvrirait aussi le coeur et l'esprit; cela leur éviterait en outre d'étaler leurs innombrables ignorances des réalités, souvent triviales en apparence mais très pénibles et douloureusement quotidiennes que vivent certains de leurs concitoyens "malades" dont pourtant ils proclament se soucier.

On me rétorquera sans doute, à la manière inénarrable de certain ministre précédent, que ce n'est là qu'une tâche (*ancillaire?*) de technicien (v. *Quare Ans*) qui ne peut que parasiter et alourdir, (*au risque de les paralyser?*) les hautes et importantes [*pré*]occupations ordinaires d'un ministre, fût-il même précisément Ministre de la Santé. On peut évidemment penser que, pour un Ministre, cela va de soi.

Mais alors sans doute aussi, les "techniciens" et "experts" professionnels, puisqu'ils sont chargés d'éclairer et d'instruire leur ministre de la "Santé" sur les réalités pratiques de son domaine de compétences :

- 1) sur les faiblesses, lacunes et erreurs des croyances dans lesquelles, aujourd'hui encore s'empêtre et s'essouffle la pratique en général peu efficace d'une psychiatrie d'abord tout intuitive, "conceptuelle" et routinière;
 - 2) sur l'incapacité inavouée de la psychiatrie d'avancer des pronostics sûrs des maladies psychiatriques chroniques dont sont atteintes individuellement des personnes psychiatriques, et
 - 3) sur les multiples conséquences économiques, sociales et *humaines* découlant de ces affections, non seulement pour les personnes malades elles-mêmes, mais pour la Société toute entière,
- ne peut-on pas légitimement s'interroger sur l'utilité de leur présence autour du ministre? Car ces nombreux conseillers (*consultants internes et externes, plus ou moins "attachés" à l'un ou l'autre ministère*), pourtant parfois accusés par certains "gêneurs" d'encombrer peu utilement bien qu'à grands frais les cabinets ministériels, n'auraient-ils pas accompli leur indispensable travail d'information "experte" et d'élémentaire pédagogie auprès du ministre "décideur" comme on aurait imaginé pouvoir l'attendre d'eux?

Les discours de nos ministres semblent bien ne viser qu'à faire patienter le public crédule qui pour ainsi dire attend le lever du rideau

de la scène pour assister au premier acte d'une pièce de théâtre annoncée dont en réalité personne (*même pas ses metteurs en scène du moment*) ne sait "ni rien ni où ni quand ni comment". Malheureusement (*voire "heureusement" peut-être, car pourrait-on vraiment savoir et prévoir ce qui sera réellement proposé ou même imposé aux malades et à leurs proches?*), la représentation ne débutera [*éventuellement?*] que plus tard (aux calendes grecques comme d'habitude?). Mais on n'assiste effectivement jamais qu'à une sorte de prologue d'une pièce de théâtre imaginaire annoncée et en perpétuelle gestation fictive bien que très laborieuse, destinée à détourner l'attention de la réalité et à faire rêver. Malheureusement, même si l'attente de l'accouchement de cette espèce de pénible grossesse purement nerveuse peut anesthésier ou endormir et engourdir peu ou prou, bientôt on finit quand même par s'en réveiller, pas moins endolori ni moins déçu ou en colère qu'auparavant...

Les affirmations péremptoires de nos ministres selon lesquelles il y aurait un nombre excessif de "lits psychiatriques" en Belgique, notre ministre fédérale de la "Santé etc.," les a émises en 2010 déjà: "[Le constat est évident, il y a beaucoup trop de lits psychiatriques par habitant en Belgique, et il y a insuffisamment de liens entre les différents prestataires...](#)" (sic), dixit Madame Laurette Onkelinx, notre ministre fédérale de la Santé de l'époque (<http://www.dhnet.be/actu/societe/onkelinx-desinstitutionaliser-le-systeme-psychiatrique-51b79924e4b0de6db98376ff>)

Les "Mutuelles Libres", à leur tour et emboîtant ainsi le pas à la ministre, publient en 2014 une "étude" montrant que les remboursements qu'elles doivent consentir aux malades du fait des "hospitalisations psychiatriques" constituent eux aussi des dépenses excessives, (parce que, dans leur esprit et de leur point de vue, les "hospitalisations psychiatriques" sont, entre autres, **trop nombreuses**, de durées **trop longues**, dans des institutions hospitalières aux prestations médico-psycho-thérapeutiques **trop chères**.) (<http://www.mloz.be/files/24072014-hf19-p22-25-2.pdf>)

Quant aux journalistes qui rapportent ces diverses déclarations, comme presque toujours, la plupart d'entre eux sont peu au fait des spécificités des affections psychiatriques chroniques, et malheureusement leur esprit critique plutôt atrophique n'est habituellement que fort peu exercé à examiner attentivement et valablement les arguments "d'autorité" et/ou de notoriété qu'on leur débite avec l'aplomb conféré par la hauteur de la position sociale. On ne s'étonnera donc pas si, en majorité et de confiance, ils se satisfont volontiers de croire et de répéter comme des vérités révélées les affirmations de ceux, véritables experts ou non, qu'ils imaginent bien placés pour renseigner "objectivement" la presse (*de par les positions officielles que ces personnages occupent et les fonctions qu'ils exercent dans le domaine dit de "la Santé Mentale"*). Certains de ces "journalistes" osent même utiliser pour leur prose journalistique des titres d'une insultante stupidité et d'une remarquable inconscience, tels que "**Trop confortable, le lit psychiatrique**" et ainsi n'hésitent pas à faire partager par leurs lecteurs leur ignorance crasse du sujet qu'ils (ou elles) croient traiter, et par là-même affichent en passant et sans la moindre vergogne leur mépris humain des malades mentaux chroniques (p.ex. Laurence Dardenne, <http://www.lalibre.be/actu/belgique/trop-confortable-le-lit-psychiatrique-53d7c270357020047da1dc7>).

Interrogée dans ce dernier article, l'une (Mme Ingrid Grumbach) des deux auteur[e]s responsables de l' "étude" menée sous la responsabilité des "Mutuelles Libres" reconnaît que cette "étude" ne se basait que sur "**l'analyse de données de remboursements, et non sur base de diagnostics précis motivant l'hospitalisation**". Pareille "étude" peut-elle dès lors prétendre à l'objectivité scientifique indispensable à ce que ses commanditaires osent appeler une [*véritable?*] étude, si celle-ci ne se préoccupe nullement de montrer la **relation** pourtant évidente qui nécessairement existe, **d'une part** entre la sévérité diverse, très variable et fluctuante au cours du temps des troubles mentaux, l'efficacité relative tout aussi variable et *a priori* imprévisible des traitements psychiatriques - ou leur fréquente inefficacité qu'on se garde bien de mentionner - et **d'autre part** la durée de l'hospitalisation ainsi que les frais qui en sont les inévitables et très évidentes conséquences? Reconnaissons donc qu'il ne s'agit pas ici d'une étude prenant en compte, comme elle le devrait pourtant pour mériter le nom qu'on lui prête, **tous** les facteurs à l'origine d'une situation, financière bien sûr, mais aussi et tout d'abord de santé publique qu'on désire comprendre pour peut-être être capable et tenter d'en indiquer et d'y porter des remèdes (*ce qu'elle ne permet absolument pas, parce qu'ici comme dans d'autres domaines, on confond de plus en plus souvent "étude" avec une sorte de "devoir scolaire imposé d'étudiant à domicile et par correspondance"*).

Ce document ne peut en fait pas être une "étude", mais représente seulement un signal d'alerte (*a whistle blow*), un constat comptable ou **bilan financier** de l'organisme assureur (les "Mutuelles Libres"), ce qui (*commodément et opportunément*) permet de ne mettre l'accent que sur les certes légitimes et bien compréhensibles raisons d'inquiétude et d'insatisfaction de cet organisme, mais les **véritables causes** (*les causes biologiques et médicales et leurs conséquences sociales et budgétaires*) d'une situation financière qui lui paraît trop lourde à supporter et qu'il dénonce **ne sont pas abordées** pour autant. De plus, les auteur[e]s d'une "étude" pareillement amputée d'une essentielle moitié de l'information indispensable renoncent donc délibérément à rendre leur "travail" vraiment intéressant et utile aux lecteurs à qui elles prétendent en destiner les résultats et peut-être (?) les alerter à défaut de les instruire.

Cette "étude", c.-à d. une suite de tableaux de chiffres correspondant à des dépenses (*des remboursements*), ne nous dit pas non plus si tous les personnels soignants présents et les soins adéquats (?) qu'on suppose être dispensés dans les institutions psychiatriques hospitalières (*pour la plupart injustement décriées*) sont aussi disponibles de **manière équivalente en nombres et qualités** dans les "structures alternatives" existantes dont on affecte - avec quelque onction de convenance et de façade - de regretter qu'elles sont trop peu nombreuses.

Pourquoi aussi ces trop rares structures alternatives d'accueil seraient-elles, semble-t-il, "financièrement plus avantageuses" d'après les mutuelles? Serait-ce peut-être à cause de postes de dépenses dont on y ferait l'impasse, (*ou dont le financement incomberait plus à d'autres sources que celles des mutuelles?*) ou peut-être aussi parce que la logistique générale et les exigences et critères de qualifications professionnelles des soignants y seraient moins "pointus" ou moins "stricts" (et donc plus "low cost") qu'en traditionnel milieu hospitalier? La réponse à cette question ne nous est bien sûr pas fournie, (*mais l'imagination et même l'expérience vécue peuvent sans aucun doute y pourvoir sans complaisance*).

Madame la ministre fédérale belge en charge de la Santé (*mentale*) nous disait donc, en **2010**, " [Il y a beaucoup trop de lits psychiatriques par habitant en Belgique.](#)", et manifestement, c'est là pour elle ce qu'elle appelle un "constat évident". Mais celui-ci ne repose que sur son appréciation et ses convictions personnelles, qu'elle n'éprouve le besoin de justifier que par la comparaison qu'elle évoque des chiffres recensés (?) en Belgique avec ceux publiés par nos voisins des autres pays européens. Mais qui donc, et sur quels critères en suppose-t-elle "autorité" (européenne?) inconnue en épidémiologie théorique (*ou en gestion et administration? En effet, on ne nous en renseigne ni le nom ni les coordonnées*) s'est-elle basée pour décider de quels sont les bons (c. à d. "raisonnables" ou "souhaitables"?) "ratios" (sic) de "lits psychiatriques (sic) par habitant en Belgique" (sic)?

A-t-il donc été prouvé de manière définitive, vérifiable et irréfutable que les résultats thérapeutiques obtenus par les "structures d'accueil" de "Santé Mentale" chez nos voisins européens réputés plus prudemment parcimonieux que nous en "lits psychiatriques" sont comparables voire meilleurs que ceux observés chez nous autres Belges, qui serions en cette occurrence les enfants prodiges les plus dépensiers et les plus irréflectifs parmi toutes les nations raisonnables d'Europe (*à l'exception de Malte, dit-on*)? Les résultats thérapeutiques sont-ils plus? ou moins? favorables en Flandre, où les "lits psychiatriques" sont nettement les plus nombreux, et inversement dans la partie francophone et bruxelloise du pays où ces lits sont notoirement moins nombreux et frisent encore toujours la pénurie? On ne semble pas s'être posé cette question-là non plus, mais nos gouvernants se contentent d'affirmer qu' "[il y a trop de lits psychiatriques](#)" dans l'ensemble du pays et ils se cantonnent dans cette simple affirmation: manifestement et d'après les apparences du contenu des discours le plus souvent répétés, ***ce ne sont vraisemblablement pas la bonne santé mentale des personnes malades elles-mêmes et les résultats des soins thérapeutiques dont elles pourraient bénéficier (résultats en réalité souvent médiocres et décevants pour le moins, et c'est peu dire en effet!) qui préoccupent le plus nos responsables politiques, ce sont bien d'abord les frais qu'ils engendrent, et ce sont ces derniers que nos décideurs veulent, par tous les moyens possibles, réduire en priorité (donc, commençons par sabrer allègrement dans le nombre des "lits psychiatriques" hospitaliers jusque là agréés! C'est ce qu'on a décidé d'appeler, depuis 1988-1990, la "reconversion" de la psychiatrie par la "programmation" [comprenez "par le 'rabotage' et la limitation du nombre des 'lits psychiatriques' dans les hôpitaux"], et on a voulu faire passer cela pour un progrès d'organisation - et de "modernisation thérapeutique" -, une reconversion et réorganisation "révolutionnaire" de la psychiatrie en Belgique!***

(mais voyez aussi: <http://www.cp-st-bernard.be/qui-somme-nous/ARTICLE.pdf>).

Jamais par contre on ne nous dit ***combien de malades mentaux chroniques*** on dénombre - **en nombres/chiffres entiers** (c.-à d. en valeurs absolues) - en Belgique, ces malades qui ***devraient pouvoir accéder à un "lit psychiatrique"*** qu'ils pourraient (?) ou devraient (?) "choisir" parmi les quelque **144 à 152** lits actuellement existants et estimés disponibles (*peut-être?*) par **100.000 habitants** (*les chiffres varient un peu selon les sources et les dates de leur publication*).

On préfère citer des proportions (*qui sont des valeurs relatives nécessairement entachées d'une grande imprécision*) du nombre quotidiennement fluctuant et très approximativement tenu à jour de malades mentaux, rapporté au nombre global lui aussi plutôt épisodiquement recensé (et mis à jour?) des "habitants" de ce pays! Serait-ce parce que nos ministères ne disposent toujours pas de statistiques vraiment fiables à ce sujet, et à ce propos on se souviendra peut-être d'un de nos multiples ministres de la Santé successifs qui, dans un passé pas si lointain, se plaignait déjà devant la presse de cette lacune qu'il promettait de s'attacher à combler avant de s'atteler à des mesures enfin "concrètes"?

On pourrait s'étonner aussi qu'on ne semble pas s'être préoccupé de calculer et de publier les sommes qu'on estimait nécessaires pour créer les nouvelles structures d'accueil qui manquaient encore au moment de la "reconversion". En effet, ce n'est certainement pas la simple transformation de lits hospitaliers estimés excédentaires en lits "extinctifs" (*voués à disparaître*) destinés à être "donnés" aux IHP et aux MSP (*dont beaucoup étaient alors encore inexistantes ou seulement à l'état de projets*) qui pouvait à elle seule apporter les ressources financières indispensables? Il fallait encore construire et aménager les bâtiments où "mettre ces lits", recruter le personnel requis pour la logistique, l'intendance et l'entretien des bâtiments nouveaux. N'oublions pas non plus le recrutement de personnel soignant très spécialisé qu'on a cru pouvoir plutôt simplement "emprunter" aux hôpitaux pour les transférer vers les nouvelles structures, tout en s'en épargnant ainsi la dépense (*de recrutement et de formation!*). On peut comprendre les réticences des psychiatres et responsables hospitaliers qui, à juste titre, s'estimaient sabotés dans leurs conditions de travail par des mesures incohérentes purement bureaucratiques et fort irréalistes...

D'autres questions encore mériteraient qu'on s'y attarde, mais je doute que ceux qui sans doute pourraient posséder les moyens d'y donner les bonnes réponses se risquent à fournir l'effort nécessaire pour entreprendre pareille tâche effectivement risquée idéologiquement, socialement et politiquement.

> Ainsi, en matière de psychiatrie, comment exprimer et traduire en nombres entiers clairement et objectivement justifiés et validés ce qui est ici affirmé sous forme d'expressions fort subjectives et vagues telles que "[beaucoup trop de lits psychiatriques](#)" par les décisionnaires, en comparaison des "[trop peu de lits psychiatriques](#)" comme le clament et réclament en vain et depuis longtemps les usagers francophones de la psychiatrie à la recherche permanente - épuisante et désespérante - d'un point de chute, d'institutions d'accueil et de soins individuellement appropriés et corrects pour leur(s) malade(s)? Quel est donc "le bon ratio" ("*ni trop ni trop peu mais juste assez de lits?*") défini et décidé sans doute (*en se basant sur quels critères?*) par des "experts" (*lesquels?*) choisis et consultés par nos ministres?

> en **2004**, selon le rapport **ATLAS** de l'OMS/WHO, la Belgique se targuait de disposer de quelque **25** "lits psychiatriques" par 10.000 habitants, ce qui, - *si malgré l'âge je sais encore compter et calculer une banale et trop simple règle de trois sans recourir aussitôt à la calculatrice* -, devrait correspondre à **250** "lits psychiatriques" pour **100.000** habitants (v. [Whooms](#)). L'écart considérable qu'on découvre ainsi entre l'estimation datée de **2004** et les chiffres avancés en **2014** (près de 40% !) est-il dû à un dégraissage volontaire, systématiquement et massivement organisé des hospitalisations auquel on aurait procédé en une dizaine d'années, ou

seulement à une démographie furieusement galopante de notre population (c.-à d. *ce ne serait que le reflet de la simple augmentation [d'immigration?] mathématique élémentaire du dénominateur du "ratio", et du statu quo relatif ou de la réduction active du numérateur de ce "ratio" nombre de malades/nombre de lits*)?

Ou encore, aurait-on voulu en **2004** se vanter, bien qu'un peu imprudemment sans doute, auprès de l'OMS, d'une "Santé Mentale Belge" détentrice de nombreuses capacités et dotée de qualités exemplaires voire enviabes, alors qu'elle n'était en réalité que très comparable à la grenouille de la fable qui se croyait et se voulait plus grosse que le boeuf? On aurait désormais renoncé à pareille présentation, car elle serait aujourd'hui devenue, enfin et de toute évidence, très peu crédible et sans aucun doute passée de mode, puisqu'on devrait plutôt s'efforcer, les crises économiques actuelles le justifiant, de privilégier et de "promouvoir" avec force publicités le souci prédominant et obsédant de "bonne et rigoureuse gestion économique et financière luttant contre la présumée gabegie de la psychiatrie hospitalière"?

> en bonne et raisonnable logique, dire qu' "*il y a beaucoup trop de lits psychiatriques (par habitant)*" implique et suggère l'existence plus que vraisemblable de diverses conséquences de ce "*constat évident*", des conséquences qui devraient évidemment être constatables, elles aussi. Entre autres exemples possibles, et **si l'assertion de pléthore de "lits psychiatriques" était avérée, mais évaluée cette fois par rapport au nombre des malades qui en ont besoin dans notre pays**, ce qui me paraît **la première sinon la seule question qui vaille d'être posée** (et qu'on ne pose surtout pas!), on pourrait (ou devrait?) observer un surplus (une "surcharge" indéterminée) de "lits psychiatriques" **vacants** (qui devraient pourtant être faciles à compter!) Dispose-t-on de chiffres correspondant à leur éventuel (et très souhaitable) recensement annuel? Si c'est le cas, on n'en a guère fait état, du moins à ma connaissance... Peut-être alors pourrait-on être amené à se demander aussi s'il n'y aurait par hasard pas "**trop de malades mentaux trop longuement hospitalisés ou au contraire trop brièvement, mais dans ce dernier cas trop souvent réhospitalisés, mais aussi tout d'abord mal "diagnostiqués" et par conséquent peu voire mal soignés, (et, dans l'ensemble et en majorité jamais réellement "guéris")**, non seulement par rapport au nombre d'habitants en Belgique, mais sans doute aussi et **plus exactement** par rapport au nombre de "lits psychiatriques" disponibles ?

Ou encore, ces "lits psychiatriques" en quelque sorte officiellement et arbitrairement décrétés excédentaires voire superflus (*gaspillés*?) seraient-ils peut-être occupés par des patients qui, en réalité, ne souffriraient pas de véritables troubles psychiatriques chroniques. Ainsi, par exemple, les drogués, les personnes âgées, démentes et peut-être impotentes ou invalides, les handicapés mentaux, les victimes de syndromes de Down et les autistes profonds ne devraient donc pas s'y retrouver côte à côte avec les psychotiques chroniques. Certains esprits ignorants mais redresseurs de torts à tous crins voudraient cependant laisser croire que les malades psychotiques ne devraient pas **indûment**, comme ils les en accusent, profiter de cette [prétendue] surabondance de "lits psychiatriques hospitaliers" pour "s'y prélasser confortablement" et trop longtemps voire indéfiniment, (comme semblerait d'ailleurs l'insinuer aussi certaine "journaliste" que j'ai citée plus haut, qui paraît se "spécialiser" et se complaire plus ou moins dans les poncifs et les idées reçues de Café du Commerce)?

Vers la fin des années 1980, - *et peut-être la pression accrue sur l'opinion et les politiques, exercée par les associations de parents et de proches des malades mentaux regroupés pour la défense des intérêts de leurs malades a-t-elle quelque peu contribué à cette évolution* -, nos responsables politiques chargés de la "Santé Mentale" semblent avoir enfin pris une conscience plus aigüe de la nécessité et de l'urgence d'une réorganisation des hôpitaux psychiatriques et des soins qu'on y dispense (c.-à d. *ce qu'on a appelé "la réforme du secteur psychiatrique"*).

En cliquant sur chacun des deux liens ci-dessous, on pourra lire deux aperçus (*très résumés*) distincts de l'histoire de cette "réforme" telle qu'interprétée par leurs auteurs de façons parfois divergentes. L'un est en français, il émane d'une psychiatre *psychanalyste* francophone pratiquant en Wallonie; l'autre (en néerlandais) est du ministre de la Santé du gouvernement flamand (en 2010). De ce dernier texte (*le 2ème lien*) et pour ceux qui n'en maîtriseraient pas la langue originale, j'ai pris la liberté de traduire en français un court extrait figurant à la page 9 du fichier d'origine au format PDF.

<http://www.psy84.org/p84/p843071.htm>

http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Nota%20GGZ%20_2_.pdf

"Stilaan groeide het besef dat langdurig zieken die gestabiliseerd waren eigenlijk niet thuis horen in een ziekenhuis en behoeft hebben aan gespecialiseerde opvang buiten het ziekenhuis. De klemtoon erschoof naar het bevorderen van een zelfstandig leven van de patiënt in de samenleving. De patiënt kan, ondanks zijn psychiatrische stoornis, een zinvol bestaan als burger uitbouwen en opnieuw controle over zijn eigen bestaan verwerven. In mei 1989 verscheen op vraag van de overheid het rapport 'Groot'. Hij raadde aan een onderscheid te maken tussen instellingen met de nadruk op "cure" en die met de nadruk op "care". Voorts wees het rapport erop dat bedden uitsluitend vrij gehouden moeten worden voor psychiatrische patiënten en dat mentaal gehandicapten en ouderen met dementie in andere instellingen thuishoren." (Le soulignement est de moi - J.D.).

("Peu à peu, on s'est de plus en plus rendu compte que les malades de longue durée qui étaient stabilisés ne sont au fond pas à leur place dans un hôpital et ont [plutôt] besoin d'un accueil spécialisé en dehors de l'hôpital. L'accent s'est déplacé vers la promotion d'une autonomie de vie du patient dans la communauté. Malgré ses troubles psychiatriques, le patient peut développer une existence de citoyen ayant du sens et réacquiescer le contrôle sur sa propre vie. Au mois de mai 1989, le rapport "Groot" a été publié à la demande de l'administration [= du gouvernement]. Il [ce rapport - ndT] préconisait d'établir une distinction entre établissements insistant sur "la cure" et ceux mettant l'accent sur "les soins". De plus, le rapport estimait qu'il faut garder des lits disponibles réservés exclusivement aux patients psychiatriques, et que les handicapés mentaux et les personnes âgées et démentes doivent être hébergés dans d'autres établissements.")

La psychiatre-psychanalyste francophone, dans son exposé, fait également allusion à ce fameux "**rapport Groot**" dont d'ailleurs la personnalité de l'auteur (le "Professeur Groot") et ses qualifications professionnelles sont systématiquement restées quelque peu évasives voire mystérieuses. Ce rapport original lui-même, bien qu'invariablement mentionné par ceux qui y font allusion pour dire

qu'ils s'en inspirent, *mais pour peut-être [n']en mettre en application [que] les suggestions [qui leur conviennent?]*, n'a jamais été facilement accessible au *vulgum pecus*. Le public n'a donc pu juger de son contenu que très indirectement, en se basant sur les interprétations, tendancieuses ou non, que le politique (*et l'Administration des Etablissements de Soins*) ont bien voulu en extraire et confier au public.

Ces interprétations, conclusions, décisions et directives ont fait l'objet d'une volumineuse brochure (en français [?] bureaucratique) mise en circulation en **1990** (quelques centaines de pages xérocopiées comprenant des extraits du Moniteur belge) de textes fort indigestes (*tant par leur intelligibilité que par la syntaxe et par la qualité de leur orthographe approximative*). Intitulée pompeusement "**1990 : Une DATE HISTORIQUE POUR LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE**", cette publication a été "actualisée" en mars **1992**. A cette date, elle était censée être disponible sur demande auprès du "Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement". Je doute fort qu'on puisse encore, aujourd'hui (fin 2014) se la procurer à cette adresse, mais sait-on jamais? (avis aux archéologues amateurs très motivés et intrépides spéléologues de surcroît...).

Si l'on en juge d'après ce qu'en disent et s'en représentent ceux qui, dans cette brochure ou ailleurs, se réfèrent au fameux "rapport Groot" (qui, apparemment a pris des dimensions mythiques depuis, comme aussi son auteur!), le **concept** d'une distinction entre le traitement ("**cure**") et les soins ("**care**") aux malades psychotiques chroniques sur laquelle insistait ce rapport était déjà obsolète (c.-à d. **erroné**) à l'époque où il a été rédigé (**1988-89**). Pourtant, personne en Belgique ne semblait s'en rendre compte à l'époque; et il semble de même que nos responsables politiques et peut-être aussi de nombreux professionnels de la psychiatrie n'en ont pas plus pris conscience, même aujourd'hui encore, **fin 2014!**

Le terme de "**cure**" (c.-à d., en anglais, le "*traitement visant à obtenir la guérison*") est devenu, abusivement et en perdant ainsi toute véritable signification, le "*traitement intensif*" rabâché en français, et bien des "intervenants en Santé Mentale", dans leur ignorance, se sont entichés de ces deux vocables [*devenus une expression qui, sans doute, en imposait aux naïfs!*] sans se rendre compte qu'ils ne correspondaient désormais plus à rien de concrètement ni réellement définissable. Tandis que le verbe "take **care** of" (c.-à d. "*prendre soin de*", toujours en anglais) ne correspondait, en français, qu'au suivi des soins et à l'encadrement et l'accompagnement des malades par les soignants. Mais il n'y a en réalité pas de vraie différence dans la signification effective, dans la pratique (*thérapeutique et sanitaire supposée*) de ces deux expressions. Leur succès de pur vocabulaire mal compris a déteint, délibérément et sans doute assez intentionnellement mais **à tort**, sur les notions, elles aussi quelque peu abusives, de "*stabilisation*" et de "*rémission*", en accréditant la croyance (fausse) que le "traitement" pouvait être moins exigeant ("intensif") chez les malades une fois qu'ils étaient soi-disant "*stabilisés*" ou en "*rémission*", tout comme les soins d'autre part pouvaient ne s'accompagner que d'une surveillance moins stricte de ceux des malades qui avaient d'abord été "traités intensivement" et sans doute "efficacement", au moins en apparence (??).

D'expérience personnelle, j'ai malheureusement appris et constaté que les séjours en hôpital ou institution psychiatrique (ou encore en service psychiatrique d'hôpital général), en particulier lors du premier accueil mais aussi par la suite, sont habituellement trop courts pour, en général, permettre de poser des diagnostics assez fiables dans une majorité de cas. Ils sont par conséquent aussi généralement trop courts pour permettre de garantir d'emblée l'adéquation optimale du traitement au cas particulier de chaque malade et d'obtenir à chaque fois la "stabilisation" raisonnablement assurée et peut-être durable de son affection. Ces durées trop courtes sont imposées par des limitations budgétaires contraignantes et des directives administratives et gouvernementales strictes qui ne prennent en compte que des budgets théoriquement calculés "au plus près serré économiquement" sans aucune souplesse ni marge de sécurité, sur base d'hypothèses thérapeutiques anciennes voire obsolètes, dogmatiques et arbitraires, schématisées et stéréotypées, pour le moins très incertaines voire fantaisistes, et d'après des généralisations de notions statistiques et d'épidémiologie aléatoirement appliquées, bien que fort peu représentatives de la variabilité des pathologies individuelles des malades hospitalisés (*auxquelles elles ne se peuvent conformer que rarement*).

Une fois que les temps de séjour réglementairement autorisés à l'hôpital ont atteint les limites permises, on se débarrasse au plus vite des malades en tentant de les envoyer vers d'autres structures: celles qui, par chance plutôt rare voire exceptionnelle, sont disponibles et de bonne composition pour l'accueil de nouveaux patients (*et les refus ne sont pas rares, eux!*). Mais leur éventuelle acceptation d'accueil ne signifie pas, non seulement qu'elles seraient en mesure de pallier les insuffisances des séjours (*de soi-disant "cure"*) antérieurs au leur, mais aussi que leur spécialisation habituelle conviendrait précisément à la pathologie particulière du malade candidat à l'accueil. Dans le cas contraire, le renvoi (*l'expulsion souvent assez mouvementée*) et le retour à l'hôpital surviendraient inévitablement à plus ou moins brève échéance. Combien de temps, estimé **trop long** cette fois selon nos théoriciens et décisionnaires administratifs, cette nouvelle hospitalisation devrait-elle cette fois durer?

La volonté d'intégrer les structures "alternatives" d'accueil dans le "milieu de vie" habituel relève plus d'une idéologie utopique et de l'imagination des rêveurs que d'une réflexion basée sur un empirisme rationnel pratiquement éprouvé. J'ai déjà, dans des articles précédents (p.ex. *Aide et Ideologies*), rappelé que nos sociétés industrialisées actuelles ne sont pas particulièrement accueillantes à ceux que leur affection mentale a rendus trop fragiles pour s'y adapter. De plus, les multiples et diverses sollicitations et sources de distractions ubiquitaires présentes en permanence dans nos "milieux de vie" fortement urbanisés constituent, pour les malades prématurément replongés dans le "milieu de vie" souvent trop trépidant pour nombre d'entre eux, un risque avéré de "déstabilisation" (c.-à d. de "récidive") et d'exacerbation de leurs troubles.

Comme je l'ai aussi rappelé déjà (v. *Mystères*), un traitement uniquement symptomatique, comme le sont tous les traitements psychiatriques partiellement efficaces des psychoses, ne peut jamais être considéré comme **curatif**, *puisque'il ne combat que les symptômes et non leurs causes qui ne sont donc pas supprimées* (et qui ne sont que très partiellement et imparfaitement connues, voire inconnues). C'est là une évidence que les médecins psychiatres hospitaliers sont loin d'ignorer, même s'ils l'oublent peut-être parfois. C'est cette évidence qu'on est bien obligé de regretter à propos des traitements symptomatiques actuellement existants. Mais je crains aussi que, malgré la flatteuse réputation d'expert que nos gouvernants ont voulu prêter au "fameux" "Professeur Groot" et malgré

l'importance qu'ils ont accordée à son rapport et le respect qu'ils ont manifesté pour ses avis et opinions, sa crédibilité en tant qu'expert psychiatre risque d'être quelque peu écornée par la distinction qu'il faisait entre établissements de "**cure**" (où on "traiterait" pour obtenir la "guérison") et structures de "**care**" (où on ne prodiguerait que les soins); car la "**cure**" psychiatrique des psychoses n'existe en réalité pas [encore?], elle n'est jamais qu'un voeu pieux, un espoir dans un avenir lointain, l'utopie d'une foi irrationnelle quasi religieuse et théologique. Aujourd'hui encore, seuls les **soins** existent mais ils ne sont que partiels et "palliatifs", bien que peut-être par "charité" et "facilité" du discours du thérapeute, parmi les professionnels même certains n'hésitent pas à proférer à ce sujet de pieux mensonges et veuillent à tort faire passer les **soins** pour la **cure** effective, c.- à d. la guérison en perspective.

En bref: **traitements** "psys" et **soins** "psys" ne sont pas distincts mais communs et inséparables les uns des autres.

Demandez donc à un médecin psychiatre de vous expliquer la différence qu'il fait entre les soins dits "curatifs" ou dits "intensifs" et les "soins d'entretien/maintien" ou dits "soins tout court". Vous "verrez" ce qu'il acceptera de vous en dire (s'il y consent). Tant que vous y êtes et si ce médecin psychiatre n'a pas encore remis son chapeau et pris la porte à la suite de votre première question, demandez-lui aussi s'il sait **combien** de malades psychotiques chroniques en Belgique bénéficient d'un véritable programme de traitement visant à leur permettre une "réintégration sociétale" autonome et durable, et dans **combien** d'établissements pareils programmes sont-ils effectivement mis en oeuvre? S'il vous répond honnêtement et clairement, je crois bien que vous ne risquez d'éprouver des surprises!

(Mais pourquoi, dans la réalité quotidienne vécue, tant de soins de fort longue durée seraient-ils encore toujours nécessaires malgré la "cure" et en plus d'elle, si on veut supposer, voire admettre que cette "cure" serait bien une cure véritable et qu'elle serait par conséquent susceptible d'apporter la "guérison"? C'est une question que personne jamais ne paraît se poser. Et c'est cette [affectation générale d'] absence de curiosité chez les professionnels et les responsables politiques qui, à moi, me pose problème et m'irrite profondément: car pour moi, si les traitements [la "cure"] ne suffisent pas à rendre les soins consécutifs aux traitements finalement inutiles ou superflus mais imposent au contraire le "suivi" attentif de soins peut-être indéfiniment prolongés, c'est bien parce qu'ils ne parviennent pas à guérir les affections mentales psychotiques chroniques. Et je ne peux que soupçonner nos "professionnels" d'éviter d'aborder cette question par crainte d'être forcés de reconnaître leur grande impuissance face à ces "maladies". S'ils n'abordent pas la question, c'est qu'ils n'y ont pas de réponse. Mais je suis aussi profondément convaincu que ce n'est pas une raison suffisante pour éluder la question et ne pas y répondre. A mon humble avis, pareille attitude équivaut à "tromper son monde" et à se discréditer à plus ou moins brève échéance dans l'opinion du public. Bien sûr, ce n'est là que l'expression de mon impression très personnelle que personne ne doit se sentir obligé de partager!)

De **1989 à 2014**, cela fait donc **25 ans** que la "Réforme Historique du Secteur Psychiatrique en Belgique" a, paraît-il, été entreprise et peut-être mise en oeuvre comme prévu (?). Je doute qu'elle ait permis de faire les véritables économies que les responsables de l'exécutif en attendaient. Mais si c'était quand même le cas, n'ont-elles pas été obtenues au détriment de tous les malades mentaux psychotiques et chroniques, ce qui est contraire au but qui devrait être le tout premier de pareille entreprise: la **bonne** santé mentale et le bien-être des gens?