

*"Betont sei, daß die Diagnostik der einzelnen Phänotypen nur vollkommen ist, wenn sich am Patienten alle charakteristischen Symptome diagnostizieren lassen. Geht man von diesem Weg ab, verfehlt man unweigerlich die richtige Diagnose. Schon einzelne, vor allem qualitative Veränderungen schließen die richtige Diagnose definitiv aus."*

**Prof. Dr. med. Gerald Stöber, in Jack Foucher, BOD édit., 2009: 35 psychoses, p. 12.**

ISBN 978-2-8106-1552-0

*(Insistons sur le fait qu'on n'aboutit au diagnostic des phénotypes individuels que si tous les symptômes caractéristiques peuvent être diagnostiqués chez le patient. Pour peu qu'on s'écarte de cette approche, on s'interdit d'arriver au diagnostic correct. Déjà, [ne] tenir compte [que] d'altérations isolées principalement qualitatives exclut définitivement d'aboutir au diagnostic correct.)*

*Patience et longueur de temps  
Font plus que force ni que rage.*

**Jean de la Fontaine: Le lion et le rat.**

**DES MOTS AU SENS DÉNATURÉ ou qui ne signifient plus rien  
jamais ne permettront, à ceux qui nous les jettent généreusement à la figure,  
de tenir les promesses impossibles des phrases qu'ils fabriquent au moyen de ces mots.**

Dans la plupart des textes diffusés par nos "professionnels de la santé mentale", mais bien plus souvent encore dans les proclamations utopiques (*électorales, démagogiques et fantaisistes, c.à.d. irresponsables*) présentées par nos hommes et femmes politiques investis de l'autorité et de "compétences" officielles en "Santé Mentale", on rencontre fort fréquemment des termes et des expressions en apparence banales et anodines, mais dont le sens, pourvu qu'on s'y arrête ne serait-ce qu'un instant pour y prêter [*quand même*] attention, ne peut que sembler incompréhensible ou à tout le moins fort ambigu, en particulier à cause du contexte dans lequel on les a très intentionnellement utilisés.

Parfois, les rédacteurs eux-mêmes de ces textes, peut-être (*ou probablement?*) conscients du manque évident d'intelligibilité de leur vocabulaire pour le commun des mortels, proposent à l'intention des lecteurs des glossaires devant leur permettre d'interpréter leur jargon [*pseudo*]-professionnel aussi qualifié de "technique" (*deux qualificatifs qui toujours s'efforcent de suggérer, mais bien à tort, tout à la fois que le jargon garantit le "sérieux scientifique et professionnel d'une information fournie" et qu'il témoigne de la "compétence" de ceux qui s'en gargarisent*).

Bien trop souvent, ces dictionnaires *ad hoc* m'ont paru négliger et peut-être même délibérément omettre certains termes qui mériteraient pourtant d'être clairement définis, et dont leurs utilisateurs mettent abusivement (*et peut-être tout aussi délibérément*) la polysémie à profit pour en faire la base des raisonnements (des syllogismes) et des arguments spécieux ou totalement erronés qu'ils espèrent faire avaler sans trop de difficulté à un public profane excessivement respectueux et crédule au point d'en devenir timide et obséquieux envers l'autorité détentrice du pouvoir et d'un savoir supposé.

A mon tour, je me suis moi aussi laissé aller à fantasmer. J'ai rêvé qu'il pourrait être utile de construire ici une liste de ces mots et de ces expressions - *bien sûr non exhaustive mais susceptible d'être progressivement augmentée au fil du temps* -, accompagnés d'explications de leurs sens usuels que l'emploi courant et ordinaire du langage nous a rendus familiers. Des exemples de leur usage dans les textes "officiels" ayant trait à la "Santé Mentale" seraient proposés conjointement, pour illustrer le sens éventuellement nouveau qu'avec une ingénuité de façade nos **experts en communication** tentent de conférer à ces mots dans ce contexte particulier.

J'ose espérer que la confrontation, d'une part de l'usage courant des mots compréhensible par chacun, avec d'autre part l'emploi des mêmes mots, mais cette fois dans le discours des professionnels et des responsables politiques de la "Santé mentale" de notre pays, devrait rendre le **contenu véritable** du discours politicien plus immédiatement accessible et évident à tous. De nos jours, on dirait que les discours "autorisés ou officiels" sur la "Santé Mentale" pourraient en acquérir plus de "**transparence**". Mais aussi, je soupçonne qu'après un tel décryptage critique, désormais ils risqueraient fort d'être généralement devenus beaucoup moins convaincants ou plus difficilement pris au sérieux; voire ce qui serait plus souhaitable encore: peut-être que carrément on les rejetterait.

Peut-être qu'ensuite, on pourrait aussi espérer que ceux qui, aujourd'hui encore, tiennent ces discours, finiraient

bientôt par se sentir obligés d'un peu mieux connaître, reconnaître et respecter les réalités propres aux affections mentales et à toutes leurs conséquences. Ce sont ces réalités qu'en fait et depuis longtemps toute personne sincèrement intéressée au sort des malades mentaux peut aisément constater par elle-même "sur le terrain" (*pour autant, bien sûr, qu'elle soit assez motivée pour s'en donner vraiment la peine plutôt que de ne s'en tenir qu'à des on-dit et aux apparences d'une sollicitude tout artificielle de convenance et de commande!*).

Aujourd'hui encore par contre, pour de multiples raisons et prétextes possibles (*entre autres, la facilité, le confort intellectuel - la "bonne conscience" - ou souvent encore par suffisance autoritaire pleine de préjugés, très irréfléchis et saturée de certitudes et d'autosatisfaction, les anglo-saxons appellent cela "arrogance", c.à.d. de la morgue*), la plupart de nos responsables, c.à.d. nos politiques mais malheureusement souvent aussi de soi-disant professionnels ou "spécialistes" habituellement se contentent (*se permettent*) d'ignorer et/ou de passer sous silence ces réalités, sans doute pour eux trop dérangeantes et parce qu'ils n'y ont pas de véritable réponse.

Certaines des expressions dont les exemples vont suivre étaient monnaie courante il y a plus de deux décennies déjà. Ces derniers temps, je croyais, sans doute quelque peu naïvement, que le bon sens avait fini par faire justice des non-sens qu'elles véhiculent, et qu'elles avaient heureusement été abandonnées, que les gens avertis y avaient sagement renoncé. Mais voilà-t-il pas qu'elles resurgissent toujours bien vivaces dans les documents que nos ministres belges de la santé viennent tout récemment de diffuser à nouveau? (*Voyez donc la 2ème partie de [Du Vent](#); c'est à croire qu'en 2010 on ne sait que nous mener en bateau par de pauvres "copier-coller" d'élucubrations ministérielles et administratives éculées, datant de 1990/92 et pourtant réfutées depuis longtemps dans de nombreuses études menées un peu partout dans le monde*). C'est pourquoi je me suis senti forcé d'y revenir une fois de plus ("**Ecrasez l'infâme**", martelait déjà Voltaire).

## Premier exemple:

### Les soins psychiatriques intensifs

(parfois encore un peu plus "intensifiés" et alors qualifiés de "**les plus intensifs possibles**") est une expression parfaitement dépourvue de sens qui a manifestement frappé l'esprit de nos communicants officiels de la Santé Mentale (elle aussi officielle); elle leur a plu, ils la répètent très souvent et de toute évidence ils l'affectionnent; ils semblent imaginer que plus souvent les adjectifs et adverbes qu'ils emploient sont mis au superlatif, mieux la "force" et la "conviction" dont ils seraient chargés se transmettraient aussi, [*comme*] par magie [*du verbe*], aux actions tout imaginaires qu'ils prétendent "*intensifier*", même si ces actions (*les soins psys*), **par nature mais dans la réalité concrète cette fois**, ne sont susceptibles d'aucune "intensification" (*à moins qu'on ne nous propose, ici encore, bien qu'à mots couverts, par exemple des surdosages en psychotropes et neuroleptiques multiples et divers, c.à.d. des méthodes depuis longtemps déconseillées voire proscrites dans tous les "Guides" internationaux de bonnes pratiques?*)

On connaissait déjà les déforestations extensives et **intensives**, les cultures **intensives** (céréalières et autres) de l'industrie agroalimentaire, et aussi l'élevage **intensif** des porcs et des diverses volailles, par exemple. Tout le monde sait et comprend le sens du qualificatif employé dans ces contextes (*ce sens, c'est celui de produire - des choses à vendre et à consommer - de manière à obtenir le plus haut "rendement" possible: par les moyens les moins coûteux possibles, produire la plus grande quantité possible en un temps le plus court possible, au détriment, entre autres, de la qualité du produit, sans se soucier de l'environnement et bien souvent en faisant courir des risques à la santé du producteur aussi bien qu'à celle du consommateur*).

Depuis longtemps en médecine, on connaissait aussi des unités de réanimation, d'urgence et de soins **intensifs** (*les U.S.I.*) dont disposent les hôpitaux, les pompiers et les SAMU. Tout le monde sait et comprend qu'il s'agit dans ces cas de soins fort **concrets** destinés à sauver et maintenir la vie et l'intégrité physique de personnes dont le "pronostic vital et fonctionnel" est gravement menacé dans l'immédiat ou à court terme (grands blessés et traumatisés, grands brûlés, intoxiqués graves, noyés, etc.).

Mais les politiques, et même les "professionnels" qui nous parlent de soins psychiatriques intensifs (ce qui à leurs yeux sans doute suggérerait une "efficacité plus grande" ou "un meilleur rendement", par allusion et association verbale abusives avec l'agriculture et l'élevage dits **intensifs**), eux qui pourtant se disent les "experts" compétents et prétendent en assumer les responsabilités, ils ne sont néanmoins jamais désireux ni même capables de nous expliquer de manière cohérente (*rationnelle, plausible et crédible*) en quoi pareils soins "**intensifs**" consistent et, surtout, quelle est leur **spécificité psychiatrique**. En effet, à la différence des soins techniques parfois très

sophistiqués qu'on peut aujourd'hui prodiguer aux malades et blessés "physiques", ***L'existence de soins équivalents ou comparables en psychiatrie n'est en réalité qu'une invention de pure imagination, le nom qu'on leur donne n'est qu'une métaphore non pertinente et [volontairement?] mensongère: plus simplement, si peut-être et par chance extraordinaire les soins psychiatriques intensifs pouvaient exister, personne ne les a encore découverts ni même réellement inventés (conçus), sauf peut-être dans des fictions littéraires ou romanesques de pure imagination!***

Et pourtant, dans leur tout récent "**Guide vers de meilleurs soins de santé mentale**", nos ministres préconisent encore toujours la mise en place "***de petites unités [qui sont] caractérisées par des séjours de courte durée, d'une grande intensité et fréquence, d'un encadrement spécialisé.***" (sic; que signifie donc l'expression "des séjours d'une grande intensité", sinon qu'elle est une éclatante et superbe **ânerie** et qu'elle dévoile l'indigence de réflexion et l'ignorance consternantes de ceux qui s'en servent?)

Tout le monde le sait aujourd'hui sauf, apparemment, en premier les responsables politiques mais aussi d'imaginatifs experts professionnels (les premiers s'entourant des seconds qui leur soufflent le contenu de leurs proclamations et déclarations d'intentions), "***les séjours de courte durée***" rendent complètement aléatoire voire illusoire l'établissement correct de tout diagnostic fiable, ils empêchent de mettre au point le "bon traitement". Ils ne permettent pas non plus de corriger un traitement qui, dans les conditions où on prétend le "mettre au point", ne peut jamais être que mal adapté à chaque patient individuel (*ces "tailleurs de soins" bâclent du "prêt à porter" mal taillé à la va-vite plutôt qu'ils ne s'efforcent de consciencieusement et méticuleusement faire l'indispensable "sur mesure" - et ils n'y consacrent jamais le minimum de temps qui y serait vraiment nécessaire*).

Les personnels "acteurs professionnels" affectés à ces "séjours" s'interdisent à eux-mêmes, ainsi qu'à leurs patients lorsque ceux-ci retourneront "*dans la société*", toute chance d'une véritable "stabilisation" durable de l'affection. Mais cela veut dire aussi que, par conséquent, ils favorisent grandement, c.à.d. avec une probabilité élevée proche de la certitude, les "rechutes" prochaines et à peu près inévitables de la psychose: ainsi, ils "fidélisent" à court terme la patientèle (*leur "clientèle"*), ils entretiennent et pérennisent les conséquences chaotiques des affections qu'ils prétendent traiter; ce faisant, ils oublient l'essentiel: l'essentiel, c'est soigner **les personnes** et en prendre soin (*c.à.d. les aider et les accompagner de près sans plus jamais les perdre de vue*).

C'est pourquoi sans doute nos décisionnaires politiques ne peuvent éviter (*s'empêcher?*) de mentionner, ***mais*** comme s'ils s'en félicitaient, ***mais*** en s'efforçant de la trouver souhaitable *et en paraissant par conséquent l'approuver et l'encourager (alors qu'ils ne se rendent pas compte qu'ils devraient au contraire s'en excuser)*, la "***grande fréquence***" (sic) des ***séjours résidentiels [les plus] courts et [les plus] intenses [possibles]*** sans toutefois jamais [*oser?*] aller jusqu'à reconnaître la véritable raison de l'insupportable répétition chaotique (*une sorte d'inadmissible hoquet*) de ces "*séjours*" que depuis longtemps pourtant ils ne peuvent plus [*et ne devraient plus*] prétendre ignorer: ils négligent prudemment toute allusion au syndrome de **la porte tournante ou "revolving door"** que doivent subir de nombreux malades comme conséquence logique et inévitable de leurs traitements trop approximatifs (*ou même fantaisistes et injustifiés!*) et habituellement bien trop sommaires et expéditifs.

**Ceux qui ont l'inconscience (à moins que cela ne soit, à la limite, de la désinvolture, voire de l'impudence?) de s'obstiner à proférer des contrevérités depuis longtemps dénoncées et réfutées, et d'aveuglément s'obstiner à en recommander et à en prévoir la mise en œuvre, non seulement ils se discréditent, mais pire encore, ils se disqualifient complètement dans l'exercice de leurs professions et fonctions officielles.**

## Deuxième exemple:

### Les "**circuits de soins**"

tels que définis en 2010 par nos ministres, "***c'est l'offre en ssm***" [*soins de santé mentale - J.D.*] "***pour un groupe cible d'âge spécifique au sein d'un territoire de fonctionnement***" (sic). Confronté à pareille définition, le profane ne peut qu'exprimer sa perplexité: en quoi cette définition justifie-t-elle le moins du monde l'usage du mot de "***circuits***"? Et que signifie ce mot dans le contexte où il apparaît? Est-il vraiment nécessaire? Est-il à tel point important que si on l'omettait, l'annonce de "l'offre" des soins psychiatriques "mis à disposition" des malades dans une zone géographiquement définie serait moins "vendeuse" ou moins crédible?

On croirait pouvoir trouver une autre définition des ***circuits de soins*** à la *section 9 de l'article 11, §1 du Moniteur Belge du 07.11.2008*. Mais on se tromperait, car bien malins et virtuoses entraînés à traduire le verbiage administratif ceux qui, après lecture des quelques lignes de ce grimoire à la syntaxe et à la grammaire

particulièrement bancales et indigestes, seraient capables de s'en inspirer pour en concrétiser utilement la mise en œuvre et la pratique ("*l'implémentation*") dans la réalité du terrain.

Peut-être estime-t-on que l'idée soi-disant "novatrice" de **circuit** doit rester quelque peu mystérieuse en effet - puisqu'on ne l'explique ni ne la justifie jamais en langage simple et compréhensible -, peut-être veut-on en faire un mystère qui doit sans doute auréoler de "nouveau" les "soins" annoncés, les parer d'une "séduction" que peut-être on souhaite irrésistible aux yeux des jobards pour lesquels on nous prend. Tandis que, si on nous l'expliquait clairement, chacun réaliserait vite que le concept n'a rien de novateur ni de difficile à comprendre. Malheureusement, en y réfléchissant un peu, on s'apercevrait aussi et bientôt que sa mise en application pratique - *et efficace!* - suppose une logistique dont le poids financier excéderait de loin celui du bien piètre système actuel (dont on prétend ne pas alourdir les dépenses) et dépasserait de beaucoup ce à quoi nos décideurs seraient prêts à consentir!

Comme je l'évoquais ailleurs déjà (v. [Quatre Ans](#)), le concept déjà ancien des **circuits de soins** a germé dans d'autres pays que le nôtre et a été mis en œuvre [*à l'essai*] par des initiatives privées souvent bénévoles et d'ampleur et de durée forcément très limitées. Le nom de **circuits** désignait alors les fréquentes **tournées régulières de suivi** entreprises par de petites équipes itinérantes de soignants (*avec ambulance, en liaison avec des centres hospitaliers dont elles étaient cependant indépendantes*) auprès de **petits** nombres de malades chroniques non hospitalisés (c.à.d. sortis de leur institution de soins) et dispersés dans leurs divers domiciles. On voulait ainsi s'assurer du maintien, de la stabilité de leur "bon" état de santé mentale *du moment*, ainsi que de leur bonne observance de leur traitement.

Cette notion simple et claire a toutefois disparu de la définition actuelle des "**circuits de soins**" concoctée par nos ministres belges de la santé et **le mot de "circuit" ici ne correspond en fait plus à rien**. Le conserve-t-on parce que "cela sonne bien", ou parce que personne parmi nos ministres et au sein de leurs cabinets n'avait rien compris au concept original, ou encore pour faire croire que des équipes soignantes "spécialisées"[?], mobiles et motorisées allaient "tourner" dans des circuits (*p.ex. d'un "éventaire" ou d'un "stand" de malades à l'autre, bien sûr comme une allusion voilée mais suggestive aux circuits de courses moto- et automobiles [p.ex. de Francorchamps? - changer les pneus et reserrer les boulons] à la plus grande vitesse possible pour que le résultat soit automatiquement "le meilleur possible"*)? (*A moins qu'on n'ait voulu ainsi évacuer en l'édulcorant l'expression péjorative du "parcours du combattant" effectivement évocatrice de circuits très pénibles?*)

Le terme de [*tournez*] **manège** (*sous-entendu: ministériel, comme de juste*) ne serait-il ici pas plus approprié? (*toute parenté ou ressemblance avec un jeu télévisé de même nom bien connu serait purement fortuite - mais sans doute pourrait opportunément suggérer, à ceux qui veulent y croire, qu'il s'agirait d'un de ces fameux "actes manqués" dont certains "pys" sont fêrus*).

Dans une lettre au président de la Chambre des représentants, datant déjà de **1998**, Mme Magda de Galan, alors ministre de la santé, disait des projets caressés en imagination par nos "experts" et politiques, projets sur lesquels le vulgum pecus pouvait tout au plus fantasmer: "**Cette réforme est basée sur les besoins de la population et doit conduire au développement des circuits de soins. ...**" (j'ai souligné) (v. [Les Revendications](#)).

Remarquons que si les fameux "**circuits de soins**" étaient évoqués dès 1998, ils étaient, alors déjà, tout aussi imaginaires et de réalisation aussi improbable qu'ils le sont encore toujours aujourd'hui... même pour nos "responsables, concepteurs et organisateurs de la santé mentale" (*nos décideurs politiques et leurs aides experts techniciens, "psychanalytologues" et scribes bureaucrates de cabinets ministériels*). Alors déjà, on parlait de "*réponse aux besoins de la population*", révélant ainsi, et assez étourdiment, que cette parole n'était chez nous que l'expression d'une idée de ministre, une pure présomption statistique et abstraite (et tout à la fois arbitraire et hypothétique, puisque basée uniquement sur des extrapolations à notre pays de données épidémiologiques provenant de l'étranger, données dont la Belgique ne disposait pas elle-même pour sa propre "*population*").

A cette occasion, il aurait mieux valu se souvenir et reconnaître que cette fois, il s'agissait non pas des "*besoins de la population*", mais plus exactement des droits élémentaires [*fort mal respectés*] à l'accès aux meilleurs soins qu'on devrait défendre pour rencontrer les besoins fort particuliers (bien qu'extrêmement divers) d'une **fraction silencieuse habituellement négligée voire ignorée de la "population"**, c'est-à-dire de nombreuses et très concrètes personnes individuelles malades chroniques (*et fort mal recensées de surcroît!* v. [Entre les Lignes](#)). Mais sans doute pareille admission n'aurait-elle été que difficilement conciliable avec la traditionnelle et habituelle "**com**" politicienne, électoraliste et bien rodée qui ne s'adresse qu'à la généralité abstraite du plus grand nombre (*la "population", celle qui est capable de s'exprimer en votant!*) ou, si vous préférez, la "**com**" assez retentissante ("*démago*") et "ratissant large", comme on dirait aujourd'hui.

Enfin, et bien que certains puissent trouver cela un "détail" d'importance secondaire, on ne peut cependant pas non plus ignorer l'expression "**groupes cibles d'âge spécifique**" que nos décisionnaires politiques et nos technocrates bureaucratiques utilisent conjointement avec leurs soi-disant "**circuits de soins**". Ce n'est en effet qu'un terme caractéristique de **marketing** propre au langage des commerciaux, des publicitaires, des lobbies et groupes de pression les plus divers. Il recouvre un concept de "**ciblage d'une clientèle potentielle à recruter ou à manipuler**", concept qui est dépourvu de toute pertinence tant en "santé mentale" en général qu'en psychiatrie en particulier. Par là même cette expression **trahit la totale ignorance et, dans la foulée, la compétence pour le moins discutable théorique comme pratique) sur la nature et les effets de pathologies très diverses et multiples** chez ceux qui, prétendant "**cibler**" les victimes de ces pathologies tout en les "**regroupant**" très inconsidérément et artificiellement, s'embourbent dans l'abstraction de leur vocabulaire "administrativo-technocratique".

## L'exemple suivant: (le troisième)

est indissociable du précédent dont il est le frère siamois: c'est celui des "**réseaux de soins psychiatriques**". Ces **réseaux** forment, (voyez l'article du [Moniteur Belge](#) mentionné plus haut), avec les **circuits** de soins psychiatriques, un magnifique exemple de définition circulaire, c'est-à-dire de ce qu'on appelle aussi une *pétition de principe*. Souhaitons bonne chance aux naïfs de bonne volonté qui s'efforceront de les mettre en place et de les faire **fonctionner** le temps qu'il faudra. Nos ministres et technocrates théoriciens de la santé mentale ne savent manifestement pas comment peut naître un réseau, comment on le crée, comment il peut vivre. Ils ne connaissent que le son (*mais pas le sens*) des mots dont on se sert pour en décrire le concept.

Ils n'ont-ils pas compris le sens de ces mots quand ils sont utilisés, comme c'est le cas ici, en même temps dans deux mondes distincts, peu voire non compatibles entre eux: **d'une part** dans notre monde réel tel qu'il est aujourd'hui (*le monde de "tout le monde"*) et comme se le représente une majorité dite "normale" de la population qui, ne vivant pas avec les malades mentaux, est d'abord indifférente à leurs problèmes (*par ignorance et égoïsme*), et **d'autre part** dans le monde de cauchemar des vrais malades mentaux (*ce sont deux mondes que les profanes rêveurs naïvement croient pouvoir concilier et mélanger*).

Nos "responsables" auraient été bien mieux inspirés de s'informer auprès des concepteurs et des créateurs de réseaux existant déjà dans d'autres domaines, par exemple et pourquoi pas? Internet pour ne citer que celui-là (*qui, vu son succès envahissant, aurait pu leur venir immédiatement à l'esprit*). Ils auraient ainsi pu en apprendre les rudiments fondamentaux et les conditions et critères indispensables à la création et au **fonctionnement pratique** de réseaux **qui peuvent fonctionner et le font bien**, au lieu de se perdre dans un semblant de jargon totalement creux et stérile.

*(Notons ici en passant que l'Institut Wallon pour la Santé Mentale avait mis en ligne sur la toile un épais document au format .PDF ambitionnant de passer pour un "Rapport de recherche" (??) et intitulé "Travail en réseau en santé mentale", daté de octobre 2007 déjà. Se fiant à ce titre, on aurait pu espérer y trouver, sur les **réseaux de soins psychiatriques**, toute l'information et les explications que peut souhaiter un public intéressé mais profane. Las, ce "document" très verbeux (118 pages, 956,383 Kb), peu cohérent, décousu (désordonné) et au fil logique très peu conducteur, **dès le départ ne contient aucune définition préalable utilisable** de la "santé mentale" [ni par conséquent de ce que sont les **maladies mentales** et les **malades mentaux**], ni des "réseaux de soins psychiatriques", ni même l'énoncé, qui aurait dû être **préalable lui aussi, de[s] but[s] que devraient se fixer les "soins" psychiatriques et des moyens pratiques à mettre en œuvre pour atteindre ce(s) but(s)**. Ce très confus et indigeste pensum mal structuré n'a donc d'intérêt et pour principale et peut-être seule utilité pratique que d'éventuellement remplir (étouffer) les espaces restés libres sur les étagères des bibliothèques personnelles et privées de ses auteurs et multiples collaborateurs. Sans doute pourra-t-il quand même contribuer à parfois clarifier et ordonner les idées de ceux-ci - si jamais ils s'armaient d'assez de courage et de réelle patience pour prendre le temps de se relire d'un œil non seulement attentif, mais aussi et surtout, critique.*

*C'est sans doute aussi pourquoi les récents communiqués ministériels à propos du dernier (et prochain?) "grand chantier de la santé mentale" annoncé ne semblent pas avoir puisé la moindre inspiration dans ce "Rapport de recherche" (qui est plus exactement la laborieuse tentative de "brainstorming" d'un "think tank" pléthorique plutôt qu'une véritable recherche!). Cependant, alors que les ministres (et leurs rédacteurs - leurs "nègres") auraient pu saisir cette frêle perche tendue et en*

*profiter pour au moins corriger certains de leurs préjugés et fantasmes depuis longtemps périmés, leur "Guide vers de meilleurs soins en santé mentale" ([www.psy107.be](http://www.psy107.be)) ne fait aucune allusion aux quelques réflexions intéressantes qui se cachent parfois de-ci de-là au sein de ce "rapport", et il n'en tient bien sûr aucun compte. (<http://www.serpsy.org/reseau/reseau.pdf>).*

Je compte revenir bientôt sur une approche rationnelle, évidente et même nécessaire de réseau pour les soins psychiatriques, qui mériterait à elle seule son propre article. C'est pourquoi, et pour ne pas alourdir plus encore le présent article, je n'en parlerai que plus tard.

Nos ministres belges "de la Santé etc., etc." peut-être croient pouvoir se permettre d'écrire un peu n'importe quoi, comme le montre encore l'extrait suivant (tiré de leur "Guide vers de meilleurs soins en santé mentale" déjà cité - j'ai souligné) (v. [www.psy107.be](http://www.psy107.be)):

*"La réforme des soins en santé mentale a diverses implications juridiques importantes pour le secteur hospitalier.*

*Son but est ainsi [?? - JD] de pratiquer autant que possible une détection précoce, une prévention et d'éviter autant que possible une hospitalisation. Les patients seront de plus en plus traités et soignés à domicile." (sic).*

Tout d'abord, le(s) "but(s)" énuméré(s) par les ministres est/sont un éclatant *non sequitur* de la phrase qui précède. Ensuite, on y parle d'une "**détection précoce**", mais *une détection précoce de quoi?* Cela, on évite de le préciser, prudemment on ne s'y risque pas (*et cela ne doit pas nous étonner, car on peut se douter que les auteurs de ce texte seraient bien incapables de nous éclairer là-dessus!*). De plus, la **détection** qu'on évoque ici, on ne semble pas non plus se rendre compte qu'elle *suppose un diagnostic psychiatrique*. Et nos ministres continuent à vouloir ignorer que poser un diagnostic correct en psychiatrie, cela demande un **temps parfois long d'observation très attentive, ininterrompue et de tous les instants, qu'il est impossible de pratiquer celle-ci sérieusement à domicile (et pas plus lors de "séjours courts et intenses" dans de "petites unités")**. Cela implique nécessairement **l'hospitalisation** (*n'en déplaie aux "experts" conseillers des ministres!*).

**L'hospitalisation** - au moins pour observation - pour suspicion de maladie mentale, nos ministres disent qu'ils vont s'arranger pour l'éviter "*autant que possible*" (sic). Les familles elles aussi voudraient bien évidemment l'éviter: car **l'hospitalisation** en psychiatrie, c'est en quelque sorte la reconnaissance officielle et publique (*aux yeux de tous*) de l'existence d'une maladie mentale chez l'hospitalisé. Les familles des patients, que les professionnels de la "santé mentale" et "psys" ont généreusement culpabilisées pendant des décennies, continuent encore de nos jours de se sentir stigmatisées, par l'opinion publique en général, et même encore par certains "psys" qui persistent à leur attribuer une responsabilité dans le développement de la maladie mentale de leur proche (*parent ou enfant*). Pareilles croyances, idées reçues et dénigrements les accompagnant, et même les plus stupides, ont été à tel point longuement entretenus, qu'ils sont devenus difficiles à déraciner complètement.

Parce qu'ils imaginent que ce qu'ils décrient et appellent le "système psychiatrique hospitalocentrique" serait plus coûteux et moins efficace que la psychiatrie ambulatoire (*comment prouvent-ils cette affirmation?*), nos ministres se servent de cette opinion pour faire miroiter aux yeux des familles la perspective de réduire, voire de supprimer ces hospitalisations qu'elles redoutent et qui signifient pour elles et leurs proches malades un interminable cortège de multiples misères. Ainsi, ils flattent indûment et à bon compte les espoirs actuellement quelque peu utopiques de ceux à qui ils s'adressent. Quel nom donne-t-on habituellement à pareille "politique"?

Pour une fraction importante de patients mentaux psychotiques, **l'hospitalisation**, temporaire (c.-à.d. provisoire) à un moment ou à un autre au cours de l'affection, voire plus ou moins prolongée (parfois même indéfiniment chez 30% d'entre eux), **l'hospitalisation** est très généralement **inévitabile et nécessaire**. C'est là un constat évident et reconnu qu'on ne devrait plus, de nos jours, être forcé, à longueur de décennies, de rappeler et de seriner à des adultes en principe raisonnables, éduqués, informés et avertis. Mais, quand on aborde (*dans notre pays*) ce sujet avec des **personnages** "responsables" mais non impliqués personnellement, on finit souvent par avoir l'impression de ne jamais s'adresser qu'en vain à des enfants indociles et obstinés, incultes et ignorants, et sans doute délibérément et idéologiquement sourds (*c.-à d. qu'ils refusent de vous entendre*).

**L'hospitalisation** s'impose **dès le départ** pour pouvoir faire le choix judicieux et la mise en route du traitement, et l'évaluation correcte de sa mise au point. C'est-à dire que **l'hospitalisation s'impose pour évaluer tout ce dont, au début des manifestations de l'affection, on ne peut présumer ni préjuger**: l'adéquation ou l'inadéquation des "soins" à chaque cas individuel, que seule permettra d'évaluer l'appréciation, **quotidienne et pendant un temps**

**suffisant**, de leur efficacité sur la manifestation des "symptômes". Cela non plus ne peut certainement être ni instauré, ni maintenu, ni encore surveillé de manière adéquate ni satisfaisante à domicile, et encore moins en quelques jours (*ou même semaines!*) seulement! Les "experts" conseillers techniques des ministres l'auraient-ils oublié ou l'auraient-ils toujours ignoré?

Quant à la "**prévention**" des affections mentales, elle est peut-être possible, mais seulement si cette **prévention** ne vise que la consommation des drogues ainsi que les addictions qu'elles entraînent, sans doute par la mise en place de mesures d'**éducation**, de police et de mesures sociales, sanitaires et économiques. Je ne m'aventurerai cependant pas sur ce terrain, car je ne m'y sens pas plus compétent que ne me semblent l'être des sociologues, des sociopsychologues, des anthropologues, etc., etc., et les politiques qui, tous et surtout à coups d'hypothèses et d'idéologies, ne font que se disputer à qui mieux mieux sur ce sujet.

Les problèmes à résoudre ne sont pas les mêmes pour ce qui est d'une toute imaginaire et utopique "**prévention**" des *maladies mentales chroniques regroupées sous l'appellation de psychoses*. Déjà à de multiples reprises sur ce site, j'ai répété *ad nauseam* cette autre évidence élémentaire qui, pour toute fondamentale et universelle qu'elle soit, pourtant et d'après mon expérience personnelle, ne semble pas toujours mériter l'attention ni rencontrer la compréhension sans doute déjà toutes deux encombrées et surmenées (*par de trop nombreuses et diverses tâches et préoccupations trop exigeantes?*) de nos décideurs politiques: **jamais personne n'a pu prévenir quelque phénomène imprévisible que ce soit dont les causes nous sont inconnues**. Et cette ignorance, elle englobe précisément les causes et la grande majorité des mécanismes des psychoses. Alors... Faut-il avoir fait de longues études supérieures et à combien de mains doit-on se prendre la tête pour se gratter le crâne et pour savoir et comprendre cette impossibilité de prévision et de prévention, et peut-être pour parvenir à en tirer les conséquences qui nécessairement et très logiquement en découlent?

De plus, une logique très élémentaire n'a-t-elle pas encore fait entrevoir à nos responsables politiques et experts en santé mentale que la **prévention** des maladies mentales, dont ils veulent croire dur comme fer (et nous en persuader à notre tour) qu'elle serait possible, c'est une notion *contradictoire* de celle de la **détection**, aussi précoce que cette dernière puisse être? (*Inconscients de l'absurdité de leur raisonnement, certains se vantent même de s'efforcer de parvenir à une détection à ce point précoce que, du moins selon ces alchimistes attardés du XXIème siècle englués dans le XVIIème, en quelque sorte elle se transmuterait en prévention, sans doute grâce à la magie d'on ne sait quelle pierre philosophale qu'ils croiraient avoir redécouverte ou réinventée à leur manière*).

**Quand on détecte et identifie la maladie mentale, c'est qu'elle est bien là, et il n'est donc plus temps de la prévenir!**

Enfin, nos ministres, tels des augures bienveillants, rassurants autant qu'omniscients et même prescients, nous prédisent et semblent nous promettre qu'à l'avenir "**les patients seront de plus en plus traités et soignés à domicile**." (sic; j'ai souligné).

Ils ne nous disent pourtant pas ce qu'ils entendent par "**domicile**". Ils ne nous disent pas non plus quelle est, par rapport à l'ensemble de la "population" des patients, la proportion de ces patients qui bénéficieront de ces merveilleux soins à domicile annoncés. Quant à la *fréquence* et à la *durée - la pérennité -* de ces "**traitements**" et de ces "**soins**" à "**domicile**" prédits, on garde évidemment un silence prudent...

Les "patients" malades mentaux en général, ont-ils vraiment un "**domicile**"? Si l'on imagine qu'il s'agirait du *domicile familial*, comment peut-on oublier que la maladie mentale oblige la majorité de ses victimes à suivre un traitement et des "soins" **à vie**, alors que leurs parents sont, nécessairement, tout à la fois plus âgés qu'eux et ne peuvent mener de front *deux vies*: *d'une part celle où ils tiennent leur rôle de "accompagnateurs gardiens soignants permanents" tout en continuant d'autre part de mener une vie professionnelle, relationnelle, sociale et familiale ("si possible"?) normale?*

Nos ministres - tout comme leurs experts "psys" qui très probablement ne s'y sont jamais risqués - devraient eux-mêmes en tenter l'expérience: ils devraient héberger à **leur propre domicile** (ou à un "domicile" dont ils auraient personnellement la responsabilité et la charge), par exemple pendant un an seulement (*rien qu'une toute petite année!*), un "patient" psychotique "traité" et "soigné". Après quoi, ils auraient peut-être enfin eu l'occasion et peut-être aussi saisi une petite chance d'**apprendre et de comprendre de quoi il retourne**, et je doute fort qu'ils tiendraient désormais le même langage qu'aujourd'hui; (*malheureusement, je doute tout autant qu'ils tenteraient l'expérience, même s'ils pouvaient s'octroyer une année sabbatique rémunérée compensatoire!*).

Et que se passe-t-il quand il n'y a plus de famille? Quand les parents, âgés, épuisés et usés sont partis soit à la maison

de retraite, soit au cimetière? Très rapidement il n'y a plus de véritable domicile pour le "**patient traité et soigné**" ("*de plus en plus*"? *Peut-être, mais certainement pas de mieux en mieux.*). Si le patient a de la chance, on lui trouvera peut-être une "**MSP**" qui l'accueillera, mais c'est loin d'être sûr, et ce sera vraisemblablement loin aussi de son ancien logement, loin de son environnement familial.

Nos ministres savent fort bien que le parc des logements spécialement adaptés aux patients psychiatriques et à leurs particularités (*toujours individuelles*) est, déjà aujourd'hui, très insuffisant, très carencé tant en nombre qu'en qualité et en sécurité. Alors, parler de "**domicile**"! Et dire qu'on va y **traiter** et y **soigner**? Qui peut très naïvement croire cela?

Les ministres nous disent que dorénavant la loi permettra aux hôpitaux psychiatriques de "détacher" (*ou, si on préfère, "distraire"*) une partie de leur personnel pour constituer les équipes soignantes à domicile, tout en continuant à comptabiliser ces soignants au "**Tableau Organique**" de leur institution hospitalière d'origine: ceci afin de ne pas affecter négativement le statut de cette dernière par rapport aux normes officielles d' "agrément" des hôpitaux en vigueur (*et d'abord et surtout en "évitant d'augmenter les dépenses!"*) Voilà bien une astuce de bureaucrates et d'administratifs gestionnaires et comptables sur papier vivant à l'abri des basses réalités concrètes! Pensent-ils donc que les gestionnaires hospitaliers et les responsables soignants (*qui ne sont certainement pas les ânes pour lesquels il semble qu'on veuille les faire passer*) vont se mettre à courir derrière cet "alléchant" mirage de carotte?

Posons-nous une première question: les services hospitaliers de psychiatrie (qu'ils s'agisse d'hôpitaux psychiatriques ou d'hôpitaux généraux) disposent-ils aujourd'hui d'un personnel soignant spécialisé suffisant pour assurer aujourd'hui correctement les missions qui leur sont officiellement assignées (de soins, de "**revalidation**" et de "**réintégration** [!!] **dans la société**") ? Je crois bien n'avoir pas besoin de répondre moi-même à cette question. Prélever des "soignants spécialisés" sur un personnel déjà en sous-effectifs pour l'affecter ailleurs, cela ne coûtera bien sûr pas plus cher sur le papier, mais ce seront quand même les patients hospitalisés et les soignants restants qui, *d'une manière ou d'une autre, payeront la note!*

Posons-nous la deuxième et inévitable question: les soignants faisant partie des équipes mobiles et se dispersant avec zèle et alacrité en tournées de visite chez des "**patients à domicile**", à moins d'être beaucoup plus nombreux qu'en institution résidentielle (*ce qui, d'avance, est évidemment exclu car cela représenterait d'importantes dépenses supplémentaires!*), pourront-ils, tout en papillonnant de l'un à l'autre des patients plus ou moins nombreux et géographiquement dispersés, leur consacrer à chacun la même fréquence et durée de contacts et d'échanges, le même temps pour les "soins" et les "traitements" que ce qu'ils faisaient quotidiennement et sans interruptions quand ces patients étaient hospitalisés, rassemblés et disponibles sur place, sur leur "lieu de travail", c.à.d. dans l'institut ou à l'hôpital psychiatrique?

Et combien de temps ces "équipes itinérantes" pourront-elles consacrer (*si toutefois on leur en consent les moyens!*) à rechercher et à courir derrière ceux de leurs patients qui auraient fugué - bien sûr personne ne sachant où - , et à relancer ceux qui n'auraient tout simplement pas respecté leurs rendez-vous, tout cela sans interrompre ni espacer ni négliger leurs (*combien fréquentes?*) "visites" aux autres patients: ceux malgré tout bien sages, observants des règles et obéissants? (*tous les parents et proches de malades ont été un jour ou l'autre, et parfois plus souvent qu'à leur tour, confrontés à pareilles fugues et disparitions, ce qui tend à prouver qu'elles sont loin d'être imaginaires...*) .

Enfin, se basant sur une étude publiée en 2008 par le "Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé" (KCE, voyez [Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T et le communiqué de presse](http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=11318), [http://www.kce.fgov.be/index\\_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=11318](http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=11318)), nos ministres concluent très sommairement et tout aussi erronément (en page 7 de leur "Guide") que "**Les patients psychiatriques chroniques séjournent souvent trop longtemps à l'hôpital**" et que "**les hôpitaux psychiatriques ne fournissent pas suffisamment d'efforts pour réintégrer ces patients dans la société**"(sic).

Ils laissent à nouveau entendre à demi-mot que les longues hospitalisations auraient un effet nocif sur l'évolution des affections psychiatriques chroniques (*cette vieille antienne du fameux effet iatrogène des hospitalisations*), sans reconnaître que **c'est précisément le degré de sévérité d'une affection psychiatrique et son degré de résistance aux soins et aux traitements qui rendent l'hospitalisation inévitable et tout aussi inévitablement la prolongent, et cela bien malgré la bonne volonté des soignants qui ne souhaitent qu'une chose aux patients: qu'une fois en meilleur état, ils puissent au plus tôt sortir de l'hôpital.** (*mais pour aller où? Où donc les envoyer pour "s'en débarrasser" sans qu'ils ne reviennent aussitôt, et aggravés, de plus?*)

**Tout d'abord**, on ne peut s'empêcher d'imaginer et de déduire des affirmations péremptoires de nos politiques, qu'aussi bien les auteurs "scientifiques" de cette étude que les ministres de la santé sont encore toujours fort peu

capables de distinguer, dans les phénomènes psychiatriques dont ils ne font ici que globalement recenser les victimes sur papier, ce qui appartient aux causes et ce qui sont des conséquences de ces causes (*l'éternelle confusion des causes et des effets*). Du propre aveu de ses auteurs (*mais un aveu très discret et en passant!*), l'étude ("statistique") citée ne tient compte ni ne se préoccupe des aspects cliniques (et les auteurs peuvent ainsi se permettre d'ignorer la clinique psychiatrique qui pourtant est la seule méthode dont la psychiatrie dispose chez nous!)

**Ensuite**, conclure, de la très (*trop*) faible proportion de patients hospitalisés qu'on parvient à réintégrer dans la société, que les hôpitaux psychiatriques **"ne fournissent pas suffisamment d'efforts"** pour parvenir à la réintégration (*la "réinsertion"*), c'est là une opinion qui ne peut être le reflet, soit que d'une **ignorance crasse des aspects pratiques des problèmes posés par les psychoses**, soit peut-être même d'une **insincérité particulièrement méprisante des tenants de cette opinion envers ceux à qui ils l'expriment**. Venant de "responsables et décisionnaires" et d' "experts", l'accusation d'une insuffisance d'efforts (de la part des H.P. *laissés sans moyens adéquats et sur lesquels on se défait ainsi commodément et impunément*) n'est pas justifiable ni excusable plus par l'une que par l'autre de ces deux hypothèses.

Les "responsables" et "experts scientifiques et professionnels" auteurs de ces documents semblent vouloir se persuader eux-mêmes, en appliquant obstinément une sorte de méthode Coué, que la réinsertion/réintégration des patients psychiatriques chroniques dans la société ne dépend que d'efforts de **"réintégration"** dans la société, qu'il faudrait fournir ces efforts de préférence au choix de ces "solutions" qu'ils appellent la **"réorientation"** dans d'autres institutions résidentielles telles que nos **MSP**. Ces dernières sont en effet actuellement, chez nous en Belgique, la "solution" communément privilégiée (c'est une sorte de "voie de garage" de fin de parcours) mais qui, semble-t-il, paraît encore trop coûteuse à nos rédacteurs de rapports, en regard de la relative [in]efficacité thérapeutique de ces **MSP** (*ce qu'on ne peut qu'interpréter comme étant un aveu contraint et peu glorieux d'impuissance difficile à assumer officiellement. N'oublions pas non plus l'extrême frugalité du budget alloué par nos "Communautés" à la psychiatrie et à ses institutions, budget qui pourtant pèserait encore bien trop lourd pour notre petit Etat morcelé*).

Les rédacteurs de rapports ne se risquent toutefois pas à suggérer quels **moyens** ils envisagent pour promouvoir cette **"réintégration"** qu'ils recommandent. Ils ne savent en réalité pas si pareils moyens existent en pratique (personne ne le sait vraiment), ni en quoi ils pourraient bien consister; ce qui revient à dire qu'ils ne savent pas si, actuellement, la **réintégration** dont ils bavardent depuis des décennies sans résultats probants est vraiment et toujours possible (*mais ils voudraient le croire à la façon des croyants qui croient au paradis et à l'enfer dans l'au-delà et, en bons prêcheurs se passant de preuves concrètes, ils espèrent pourtant nous convertir à leurs croyances*).

Mais ce dont ils sont au moins aussi convaincus sans toutefois le reconnaître, c'est que de toutes façons des **essais sérieux** pour tester la "faisabilité" des revalidations et de la **"réintégration"** coûteraient déjà bien trop cher. Ils savent fort bien aussi que, au moins dans l'immédiat, notre société, ses institutions sociales et ses entreprises commerciales (son économie) ne sont pas prêtes à se réorganiser pour faire l'onéreuse expérimentation de **ces efforts accompagnés des moyens nécessaires et suffisants**, et cela pendant un **temps lui aussi suffisant** pour permettre soit de démontrer l'efficacité et l'intérêt de la démarche, soit d'en constater l'échec avéré survenant malgré le **sérieux** et la durée des efforts mis en œuvre.

Il semblerait que nos "responsables" (c.à.d. politiques et professionnels) refusent de reconnaître (ou d'apprendre?) que les affections psychiatriques chroniques ne se "guérissent" pas comme la plupart des maladies dites "somatiques" et ne se "soignent" pas non plus comme ces dernières ni comme on s'efforce de pallier les séquelles et handicaps physiques bien visibles, consécutifs par exemple à des traumatismes ou à des maladies physiquement et visiblement invalidantes.

Ils ne donnent pas non plus l'impression de savoir qu'à la différence des affections dites "somatiques", **les affections psychiatriques, même "stabilisées" en apparence** (*et en dépit d'un traitement qualifié absurdement d'aussi "intensif" qu'on prétendrait*), **ne sont pourtant pas "guéries"**. Ils devraient savoir et ouvertement reconnaître qu'il est à peu près impossible d'en prévoir et d'en empêcher d'éventuelles exacerbations plus ou moins subites, car **il est aujourd'hui encore impossible de connaître et par conséquent d'éviter, pour chaque patient individuellement, les innombrables facteurs et circonstances possibles qui, dans un environnement infiniment varié et changeant, et malgré un "traitement d'entretien" scrupuleusement observé, seraient susceptibles de déclencher la "rechute" de leur affection**.

Plus sommairement dit: **on ne peut renvoyer chez eux, prétendument "guéris" (jusqu'à la "prochaine fois"), sans plus devoir trop se soucier d'eux ensuite, les malades mentaux chroniques "soignés", comme on pourrait**

***le faire pour des personnes soignées pour une grippe, une pneumonie, ou une jambe cassée, ou même un diabète, par exemple.***

Se "réinsérer dans la société" signifie habituellement y retrouver un emploi plus ou moins bien rémunéré qui permette d'y vivre sa vie dans des conditions supportables et avec un minimum de dignité. C'est ce qu'en principe la législation s'efforce paraît-il d'encourager (de "*promouvoir*"), en demandant aux entreprises d'embaucher un quota de personnes handicapées physiques (*celles dont le handicap est plus ou moins **apparent et manifeste***). Un certain nombre d'entreprises répondent à cette demande, en aménageant quelques postes à pourvoir et les activités qu'ils comportent, en fonction du handicap et des capacités résiduelles des personnes handicapées se présentant à l'embauche.

Nos décisionnaires politiques semblent croire (*en tous cas, ils n'hésitent pas à l'affirmer!*) qu'on ne "**fournit pas assez d'efforts**" pour adopter une attitude comparable, c.à.d. "volontariste" en faveur des malades mentaux chroniques "traités et soignés", et que cette inertie ou "paresse" (implicite) serait assimilable à une discrimination et à une stigmatisation, une sorte d'ostracisme exercé à l'encontre des malades mentaux chroniques par les employeurs et embaucheurs potentiels (*et les politiques semblent se défausser, non seulement sur les soignants pys de leur manque de résultats, mais aussi sur les "employeurs" potentiels, de l'impuissance générale à "activer" et à "caser" les malades mentaux chroniques*).

Pourtant, pourquoi et comment reprocher à ces employeurs de se protéger, eux-mêmes et leurs entreprises, des risques que feraient courir à la bonne marche de leur entreprise des personnes notoirement excessivement fragiles "psychiquement", **tout à la fois atteintes de handicaps invisibles, peu cohérentes dans leurs attitudes, aux comportements souvent imprévisibles et peu fiables (*même si chacun sait ou devrait savoir qu'en toute bonne foi, elles ne sont jamais volontairement ni délibérément responsables des hallucinations, illusions, superstitions impérieuses et envahissantes, des handicaps et déficits multiples dont elles peuvent être les victimes!*)?**

Très manifestement, nos responsables de la "santé mentale" continuent à confondre les "mal-être psychologiques" et les affections psychiatriques. Ils croient (*peut-être leurs experts le leur laissent-ils croire parce qu'en effet ils voudraient y croire*) qu'on peut "guérir" les secondes en leur appliquant les "traitements" et remèdes "éducatifs" qui peut-être conviennent aux premiers. Tant qu'ils refuseront de reconnaître et de corriger cette erreur pourtant évidente, les **efforts de réintégration**, quels qu'ils soient, ne remporteront pas plus de succès qu'aujourd'hui, car ***la société actuelle n'est pas prête à accepter en son sein des patients psychotiques chroniques qu'elle est incapable de soigner pour les rendre tous "assez conformes" à ses propres normes admises (parce que c'est encore impossible dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques), et elle n'est pas non plus prête à créer, ni à mettre en place ni à organiser des endroits réellement protégés et privilégiés où prévaudraient des dérogations particulières à ces normes permettant aux malades de vivre décemment malgré leurs handicaps.***

Tant qu'on ne se sera pas donné les indispensables moyens financiers et humains, les nouveaux "grands chantiers" annoncés de la santé mentale continueront, comme par le passé, à n'être que des phrases pleines de promesses impossibles à tenir.