

Au discours des centres experts, le récit d'une expérience : tribune de jeunes psychiatres inquiets

Jeanne Bailly, Reyad Chouattah, Julie Fournier, Lucie Maitrinal, Diane Mongrand, Guillaume Morel, Georges Zins

Le 5 janvier 2026

Alors que le projet de Loi 385, visant à développer et pérenniser le réseau des "centres experts", vient d'être voté au Sénat, nous autres, internes et jeunes psychiatres, souhaitons prendre la parole afin d'opposer au discours de l'expertise, le récit de notre expérience.

L'internat est pensé comme un temps de formation avant tout pratique : cinq années de travail à temps plein à l'hôpital, des changements de service tous les six mois, et la découverte de différentes modalités de soins psychiatriques (hospitalisations, urgences, unités spécialisées, hôpitaux de jour, Centres médicaux psychologiques etc..). De fait, notre position de "nouvel.le arrivant.e", aussi bien en psychiatrie que dans chaque service en début de semestre, nous amène à poser un regard "neuf" sur les différentes pratiques de soins et sur les pensées qui les sous-tendent, souvent en contradiction d'une équipe à l'autre. Il est donc demandé à l'interne de pouvoir s'adapter à ces différentes visions de la psychiatrie, et de les mettre en pratique.

Un autre aspect essentiel des débuts de l'internat est le sentiment du vertige suscité par la rencontre avec la souffrance psychique. Rapidement s'impose à nous l'idée que les connaissances acquises au cours de nos études de médecine ne sont que parcellaires, et que nous avons besoin d'en acquérir de nouvelles. En effet, les pathologies psychiatriques ne s'abordent pas de la même manière que les autres maladies, et il est nécessaire d'avoir recours à d'autres champs de connaissances (philosophie, psychologie, histoire, sciences sociales, etc.) pour penser nos pratiques et travailler avec les patients.

Devant cette complexité irréductible de la psychiatrie, nous sommes nombreux.ses à être traversé.es des mêmes questions qui ne cessent de nous accompagner : que signifie être psychiatre ? Est-ce que je soigne lorsque j'impose une restriction

forte de liberté, via la contrainte, la contention, l'isolement ? Qu'est-ce que je cherche à faire en psychiatrie : guérir, soigner, soulager, accompagner ?

Ces interrogations nous semblent essentielles sinon constitutives de notre formation. Pourtant les lieux où elles sont discutées se font rares. Le discours des centres experts, fort de ses certitudes et d'une vision réductionniste des pathologies psychiatriques, nous semble vouloir les évacuer plutôt que de les faire vivre.

Cette rhétorique essentialisant la souffrance psychique à des désordres organiques, et faisant la promesse de futures découvertes permettant de guérir "les maladies mentales" nous semble un pari bien risqué au regard de ce que nous avons vu, constaté et pratiqué dans ces services.

En effet, il est fréquent de travailler dans un centre expert au cours de notre internat. Au sein de ces services, l'interne détient souvent une place "d'exécutant.e" dans les protocoles préétablis et standardisés. Nous prenons part à des réunions destinées à statuer sur les « dossiers » que le centre expert s'engage à traiter ; et le terme de dossier est ici approprié car se sont en ces termes que sont nommé.e.s les patient.es.

Une fois le délai d'attente écoulé, les patient.es sont reçu.es au cours d'un unique entretien, lors duquel tout leur parcours de vie doit être repris et sont réalisés des tests standardisés, le plus souvent sous la forme de questionnaires prédéfinis. À l'issue de cette rencontre et après analyse des évaluations, il est alors demandé au praticien d'annoncer un diagnostic, et le protocole de soin qui en découle.

Après l'établissement de ces "recommandations", les patient.es ne sont pas suivi.es au long cours par ces structures. Les propositions formulées semblent bien souvent "hors-sol", sans prise en considération du fonctionnement de la psychiatrie publique de secteur, et de son délai d'accueil aujourd'hui. Nous avons alors l'expérience de n'être que les relayeurs d'un diagnostic désincarné, dont nous doutons souvent du sens et de l'intérêt thérapeutique pour le patient, une fois ladite consultation d'annonce réalisée. Nous ne pourrons jamais savoir comment la personne a vécu ce moment, ce qu'elle en a compris, si ses attentes ont été satisfaites ni même l'impact qu'aura ce diagnostic. La rencontre aura été brève, bien trop brève pour faire l'annonce d'un diagnostic qu'il s'agira de porter une vie entière. Ces expériences peuvent produire chez les internes un sentiment d'absurdité, voire pour certains d'imposture.

Il est en effet difficile de croire à la légitimité de cette expertise lorsqu'elle repose sur un temps si court, sur des médecins encore en apprentissage, voire non spécialisés en psychiatrie dans certains cas, sur des protocoles standardisés et sur une étrange confusion entre prise en charge et diagnostic. D'autant plus qu'il s'agit parfois de restituer ce diagnostic au psychiatre référent du patient, dans une scène kafkaïenne où l'interne encore en formation recommande les bonnes pratiques à un.e ainé.e bien plus expérimenté.e que lui. Nous avons assisté à plusieurs reprises à la surprise, voir à la déception, des psychiatres référents à qui l'on transmettait nos observations et nos conclusions, et qui n'apprenaient alors rien de ladite expertise.

Nous voulons aussi témoigner qu'au fur et à mesure des années, les connaissances acquises ne semblent pas fonctionner comme une "expertise". Des psychiatres, des infirmiers, des aides-soignants expérimentés, nous en avons rencontrés, mais jamais des experts. C'est au côté de ces soignant.es expérimenté.es qu'une partie de notre formation s'est faite. Et c'est par un compagnonnage qu'ils nous transmettent un art du soin.

Nous sommes convaincus que c'est au risque de la rencontre que peut se faire un véritable apprentissage, et qu'une expérience se constitue en chacun de nous. Au sein de cette rencontre, la question du diagnostic occupe une place singulière. Mais nous soutenons que le temps du diagnostic doit pouvoir s'étaler sur la durée. A la différence des autres spécialités médicales dont les diagnostics sont basés sur des éléments objectifs, il faut rappeler qu'en psychiatrie, il s'agit de constructions théoriques, soumises aux évolutions scientifiques, sociétales, culturelles et idéologiques. Le diagnostic et les enjeux qu'il implique mûrissent au fil des rencontres qui se tissent entre soignant.es et patient.es. A l'évaluation ponctuelle du centre expert, dont la sentence tombe comme un couperet, nous opposons une temporalité plus complexe dans laquelle peut s'inscrire véritablement un diagnostic en psychiatrie. Cette temporalité plus longue est celle des rencontres répétées, et des liens qui se tissent entre une personne et l'équipe de soins pluridisciplinaire de son secteur. De ces relations thérapeutiques va pouvoir émerger une réflexion propre pour chaque patient.e. Ce travail d'élaboration se précise lors des réunions cliniques, temps privilégiés des soins de secteurs. Elles sont l'occasion de restituer la complexité de chaque situation, de discuter des diagnostics, et de penser collectivement des prises en charge "sur-mesure". Dissocier l'acte diagnostic de cette élaboration clinique nous semble être un profond contre-sens.

Cette tribune est celle de jeunes psychiatres inquiet.es, inquiet.es de sentir qu'une certaine logique des soins psychiatriques est en train d'advenir. Cette logique, celle des centres experts, sous couvert de scientificité, ne dit pas son nom, et ne tient jamais compte des limites qu'on peut lui opposer. Cette logique s'impose au

moment même où de nombreux secteurs psychiatriques s'effondrent faute de moyens économiques et humains. Chacun pourra témoigner de la dégradation des soins lorsque le personnel manque, ou quand l'écoute n'est pas au centre de la relation. Nous sommes inquiet.es d'une psychiatrie qui préfère l'algorithme standardisé, à la rencontre subjective.

Nous refusons l'utilisation du terme de "diagnostic de précision" par cette loi et par les centres experts, car c'est bien d'une précision à nulle autre pareille que nous orientons notre diagnostic qui se fait au cas par cas. Nous refusons aussi que la psychiatrie dite "personnalisée" soit présentée comme une psychiatrie d'avenir : c'est une psychiatrie déjà-là.

Cette tribune se veut également un appel adressé à celles et ceux à qui elle peut faire écho, et qui, comme nous, souhaitent s'engager dans une bataille pour une psychiatrie humaine.

***Jeanne Bailly, Reyad Chouattah, Julie Fournier, Lucie Maitrinal,
Diane Mongrand, Guillaume Morel, Georges Zins***