

En pédopsychiatrie, soignants et soignés ne doivent pas être chosifiés

La pédopsychiatrie traverse une période étrange. Alors que la santé mentale est proclamée « grande cause nationale » pour 2025 et 2026 et que les suicides chez les adolescentes et les jeunes femmes ont augmenté de 50 % entre 2017 et 2021, les attaques se multiplient et conduisent à une désorganisation jamais vue. Excusez du peu : déremboursement partiel de la rééducation orthophonique, amendement sénatorial pour mettre au ban toute approche psychanalytique, création de centres « experts » sortis du chapeau, projet de rendre opposables les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), fermeture brutale et autoritaire de la fondation Vallée, à Gentilly, service historiquement reconnu : n'en jetez plus ! Jamais le soin psychique des jeunes n'a été aussi étroitement surveillé, normé, soupçonné.

Pourquoi un tel acharnement ? Certes les professionnels de l'enfance ne sont pas regroupés en un puissant lobby, ils ne font pas peur. Ce sont des boucs-émissaires faciles pour les autorités. Mais c'est avant tout parce que la pédopsychiatrie, plus que les autres spécialités médicales, propose des soins peu technologiques, où le soignant lui-même joue un rôle essentiel. Cela la place en complet décalage avec la fuite en avant technoscientifique qui imprègne l'ensemble de notre système de soins. C'est d'ailleurs un paradoxe : à l'heure d'une médecine que l'on souhaite personnalisée, les soignants sont déshumanisés, chosifiés.

Effacement progressif du soignant

Depuis plus d'un siècle, les sciences de la nature ont progressivement constitué le socle du savoir médical. Elles ont permis des avancées spectaculaires, sauvé des millions de vies et transformé la médecine. Mais

cette victoire a eu un effet collatéral : l'effacement progressif du soignant comme sujet du soin. Regardez la façon dont on évalue les médicaments : des patients sont répartis aléatoirement dans différents groupes de traitement ce qui permet ensuite de comparer statistiquement leur efficacité. Rien de plus logique direz-vous. Oui mais, curieusement, personne ne pose jamais la question : si la prescription est réalisée par un médecin jeune, âgé, homme, femme, etc. Est-ce que l'efficacité thérapeutique est la même ? Contre toute attente ça n'est pas le cas. Ne serait-ce que parce qu'avec certains praticiens les patients prennent plus souvent leur traitement qu'avec d'autres.

Le soignant est ainsi devenu transparent. À l'hôpital, les professionnels sont interchangeable : une infirmière en chirurgie thoracique peut se retrouver le lendemain dans une unité accueillant des adolescents suicidaires sans que cela ne semble poser de problème. Dans les recommandations de la HAS, les soignants sont avant tout caractérisés par leurs diplômes et non par leurs caractéristiques en tant que sujet ou même par l'expérience qu'ils ont accumulée durant leur carrière.

Et il y a une logique à cela. Cette chosification des soignants permet de gérer le soin dans une apparence de parfaite rationalité, qui autorise par ricochet un management militaire. Si c'est rationnel, il n'y a pas d'alternative.

Le syllogisme médical se décline ainsi de la façon suivante : un patient vient consulter ; un diagnostic objectif est posé ; un traitement à l'efficacité prouvée scientifiquement en découle ; CQFD. Cette démarche est incontestablement efficace, en particulier dans le soin des maladies graves, de survenue brutale, à traiter rapidement. Mais dans un grand nombre de cas le syllogisme médical est par trop simpliste, en particulier quand le patient ne peut se résumer à sa maladie et le soin à une simple prescription.

L'âge, le genre, le mode de vie, les croyances du patient mais également du soignant, en d'autres termes le contexte de la situation clinique a une importance souvent déterminante.

Hors la science point de salut ?

Or ce contexte est complexe et difficile à quantifier, ce qui est impensable pour un manager du soin car il y perd sa façade de rationalité et donc le pouvoir d'imposer les actes qu'il juge adéquats. Comment, alors, se débarrasser de ce fâcheux contexte ? Par l'invention d'un nouveau catéchisme sanitaire : hors de la science point de salut ; il faut que tout soit « prouvé ». Pour être légitime, tout ce qui participe à un acte thérapeutique doit être étayé par une étude scientifique. Bien entendu, c'est ridicule. Un article facétieux du British Medical Journal l'a récemment pointé du doigt avec humour. Dans une étude avec tirage au sort, les auteurs ont comparé l'intérêt de placer une chaise près du lit d'un patient hospitalisé plutôt que dans un coin de sa chambre. Ils montrent que quand la chaise est près du lit, le médecin s'assoit plus souvent, parle plus longtemps et le patient est davantage satisfait. Mais fallait-il un essai clinique randomisé pour montrer ça ? Bien sûr que non.

En psychiatrie, et plus encore en pédopsychiatrie, les traitements non pharmacologiques sont au premier plan, en particulier les psychothérapies. Des travaux de plus en plus convaincants montrent que l'efficacité de ces dernières dépend en grande partie des caractéristiques des thérapeutes et de l'alliance thérapeutique entre soignant et soigné. C'est le comble de l'inacceptable : la science elle-même vient montrer que le contexte du soin est incontournable. L'obsession de la preuve est alors à son comble, quitte à tomber dans un scientisme qui dévoie les principes même de la science que sont l'humilité et la critique collective.

Oui la preuve scientifique est indispensable pour créer des points d'ancrage solides sur lesquels la pratique médicale peut s'appuyer avec sécurité, mais pas plus, et sûrement pas pour imposer ce qui doit être fait ou pas dans le huis clos d'un cabinet. Et ce, parce que le contexte du soin échappe encore en grande partie à la démarche scientifique. Le dénier, c'est tout simplement ne pas comprendre ce qu'est la médecine. Le dénier et imposer la preuve comme ultime élément de langage, c'est verser dans une nouvelle inquisition sanitaire.