

LA PSYCHIATRIE EXTRACTIVE FACE A L'ENFANCE

Soin, devenir et destruction du temps clinique

La pédopsychiatrie française n'est pas simplement en crise. Elle traverse une mutation silencieuse, un changement de régime que personne ne nomme vraiment : le soin se subordonne désormais à une logique d'extraction de données.

Qu'est-ce qu'une psychiatrie extractive ?

C'est un dispositif qui ne cherche plus d'abord la rencontre clinique, ni l'élaboration d'un sens partagé, mais la production de données exploitables.

Diagnostiques codifiés, scores comportementaux, profils de risque, trajectoires prédictives : l'information, autrefois secondaire, devient la raison d'être du système. Le soin n'est plus la fin ; il devient le moyen.

Ce basculement traverse toute la psychiatrie contemporaine. Mais c'est face à l'enfance qu'il révèle sa violence structurelle. Car un enfant rend immédiatement visible ce que la psychiatrie extractive cherche partout à masquer : son incompatibilité fondamentale avec tout ce qui bouge, évolue, se transforme.

Un enfant n'est pas un état. C'est un processus de construction en cours.

Là où l'adulte, même gravement atteint, dispose généralement de quelques étais — une histoire constituée, des identifications, des repères symboliques, des habitudes sociales — l'enfant est encore en train de les construire. L'adulte souffre à partir de structures déjà là, parfois fissurées, parfois effondrées. L'enfant, lui, peut être en détresse, souvent avant même que ces structures n'aient pu se constituer.

Cette différence est décisive. Et pourtant, les dispositifs contemporains l'effacent constamment.

Chez l'enfant, le symptôme n'est pas l'expression d'un trouble achevé.

Il est, le plus souvent, une tentative de réponse à un monde encore largement opaque. Il signale une difficulté d'ajustement entre des exigences extérieures — scolaires, familiales, sociales — et des capacités internes encore en formation. Le symptôme dit moins ce que l'enfant est, que ce qu'il n'a pas encore les moyens d'être.

Toute la clinique de l'enfance repose sur cette évidence : accompagner un enfant, ce n'est pas corriger un fonctionnement défaillant. C'est soutenir un processus de construction.

Cela suppose du temps, de la patience, et une acceptation radicale de l'incertitude. Ce qui inquiète aujourd'hui peut s'atténuer demain. Ce qui paraît massif peut se transformer sous l'effet d'un déplacement minime — un changement pédagogique, une modification du cadre familial, une médiation éducative, parfois simplement le passage du temps.

Or la psychiatrie extractive ne tolère en rien cette temporalité ouverte.

Elle exige des réponses rapides, des catégories fermes, des trajectoires lisibles. Elle transforme l'hypothèse clinique en étiquette administrative, puis l'étiquette en destin probable. Ce qui devrait rester ouvert se trouve fixé. Ce qui devrait évoluer se trouve assigné.

Ce mouvement entre en collision directe avec l'histoire même de la pédopsychiatrie française.

Dès 1947, les Centres médico-psycho-pédagogiques — les CMPP — ont constitué des lieux profondément singuliers, inscrits dans le champ médico-social. On y travaillait dans la durée. On y recevait sans trier. On y articulait des registres hétérogènes : le psychique, le pédagogique, l'éducatif, le social. Les CMPP ne visaient pas la normalisation rapide ; ils soutenaient des trajectoires fragiles, dans un monde que l'enfant devait encore apprendre à habiter.

À partir des années 1960, la pédopsychiatrie publique, relevant du champ sanitaire hospitalier, s'est organisée autour de la sectorisation.

Elle portait une ambition complémentaire : soigner dans la cité, articuler hospitalisation et ambulatoire, inscrire les troubles de l'enfant dans une clinique du développement et du lien social. Là encore, le temps long, la continuité et la pluridisciplinarité constituaient le cœur du dispositif.

Ces deux champs n'étaient ni homogènes ni idéalisables. Mais ils partageaient une même conviction : un enfant ne se traite pas, il s'accompagne. Et cet accompagnement ne peut être que pluridisciplinaire.

La pluridisciplinarité n'est pas, en pédopsychiatrie, un supplément humaniste. C'est une nécessité structurelle.

Comprendre un enfant suppose d'articuler plusieurs registres qui ne se laissent pas réduire les uns aux autres : la dimension psychique, travaillée par la psychologie et la psychiatrie ; la dimension pédagogique, qui engage le rapport au savoir, à l'école, à l'échec ; la dimension sociale, qui concerne l'apprentissage des codes, des règles, de la vie collective ; la dimension familiale, qui doit permettre à l'enfant de se situer comme sujet et d'accéder à la symbolisation.

Un enfant n'est pas encore pleinement installé dans le monde social. Il en apprend progressivement les règles, souvent au prix de conflits, d'échecs, de malentendus répétés. Sa souffrance psychique est indissociable de cet apprentissage du monde. La réduire à un profil diagnostique, c'est faire comme si les codes étaient déjà là, comme si le sujet était déjà constitué.

Aujourd'hui, CMPP comme pédopsychiatrie publique sont également délabrés. Pas seulement appauvris : déplacés. Leur fonction se transforme.

La psychiatrie extractive ne les réforme pas ; elle les reprogramme. Ces lieux deviennent des dispositifs d'évaluation, d'orientation et de tri. Le soin recule. L'indicateur avance.

Dans ce nouveau régime, le diagnostic change de nature. Il cesse d'être une hypothèse clinique provisoire pour devenir un outil de gouvernement des parcours. Il ouvre ou ferme des droits : accès à l'école, au médico-social, aux dispositifs spécialisés. Les cliniciens le savent bien : sans diagnostic reconnu, l'enfant n'existe pas institutionnellement. Diagnostiquer n'est plus un acte clinique ; c'est une obligation administrative.

Cette situation place les soignants dans une position intenable. Ils doivent produire des certitudes là où la clinique exige du doute. Ils deviennent les opérateurs d'un tri qu'ils n'ont pas choisi. Le malaise qui en résulte n'est pas seulement un épuisement ; c'est une souffrance éthique, liée à l'impossibilité croissante de faire un travail jugé juste.

La psychiatrie extractive transforme aussi la temporalité du soin.

Le temps long devient un coût. La discussion clinique, une perte d'efficacité. La pluridisciplinarité, un obstacle. Ce qui ne se laisse pas coder ralentit. Ce qui ralentit doit disparaître.

La grille remplace le débat. Le score remplace le récit. L'indicateur remplace la relation.

Il faut le dire sans détour : la psychiatrie extractive n'est pas un progrès clinique. C'est une réponse politique à la pénurie, rendue acceptable par le langage de la science et de la modernisation. Plutôt que d'investir dans des équipes, des lieux et du temps, on investit dans des outils de tri. Plutôt que d'assumer la complexité du devenir, on la réduit.

Ce qui se donne à voir en pédopsychiatrie se généralise ailleurs. Chez l'adulte aussi, le diagnostic devient instrument de gouvernement, le soin moment de capture, la subjectivité variable à corriger. Mais c'est chez l'enfant que cette logique révèle le plus clairement sa violence : elle ferme l'avenir avant même qu'il n'ait pu s'ouvrir.

Refuser cette logique ne revient pas à refuser la science, ni l'évaluation, ni toute forme d'organisation.

Cela revient à refuser un renversement des finalités. À refuser que la donnée devienne la raison d'être du soin. À refuser que l'enfance soit gouvernée comme un stock d'informations exploitables.

Une psychiatrie digne de ce nom n'est pas celle qui prédit le mieux. C'est celle qui accepte qu'un enfant puisse devenir autre que ce que ses données annoncent.

Le temps. L'incertitude. La construction.

Le soin commence là où l'extraction doit s'arrêter.

Dr Richard Horowitz

Pédopsychiatre

Ancien président de la FD CMPP