

ACTES DU COLLOQUE

« NEUJ PRO 2012 - 11èmes Rencontres Nationales des Professionnels et des Elus de la Jeunesse »

CONFÉRENCE

Enfants placés, place des enfants

↳ **Intervenant : Maurice BERGER, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne**

Catherine Bourez : Bonjour. On va commencer cet après-midi. On sait bien que les après-midi peuvent être difficiles après avoir mangé du pâté aux pommes de terre pour ceux qui ont déjeuné avec nous. Avant de présenter Maurice Berger qui va nous faire une conférence sur le thème « Enfants placés, place des enfants », j'ai le plaisir de vous accueillir. Je suis Catherine Bourez. Je suis directrice territoriale des solidarités et du vivre ensemble au Conseil général et, à ce titre, en charge, avec les équipes dont une partie est présente dans la salle, de la mise en œuvre des politiques publiques dans le champ social depuis la petite enfance jusqu'à la personne âgée sur les territoires du département. Je vais souhaiter la bienvenue à Monsieur Berger qui est pédopsychiatre au CHU de Saint-Etienne. Il vient en voisin. Je vais être brève et je ne vais surtout pas développer ses thèses puisqu'il va le faire. Je souhaitais mettre l'accent sur le pourquoi d'une conférence dans des journées consacrées à la jeunesse sur ce thème « enfants placés, place des enfants ». On parle jeunesse dans ces trois journées, mais la jeunesse commence déjà par la petite enfance. La petite enfance est une compétence importante des collectivités territoriales tant pour le département dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance, mais aussi pour d'autres collectivités dans le cadre de l'accueil de la petite enfance. Pour vous donner un éclairage sur le département de l'Allier, dans notre département on est en charge de l'accueil d'enfants placés soit par mesure judiciaire, soit avec l'adhésion des parents. On est autour de 900 enfants par an, c'est-à-dire 1,6% des jeunes de moins de 20 ans. J'ai une vraie satisfaction à voir ce thème abordé dans une conférence sur la jeunesse et pas uniquement sur l'effet de la médiatisation d'un certain nombre de situations douloureuses dont la presse peut se faire écho suite à des cas d'enfants victimes de maltraitance. Monsieur Berger est bien connu dans le champ de la protection de l'enfance par les thèses qu'il développe depuis un certain nombre d'années. C'est quelqu'un qui ne cesse de nous interroger sur la place des enfants et sur la place des parents. Quel équilibre y a-t-il entre la parole qu'on donne à l'enfant et la parole qu'on donne aux parents ? Et, quel regard la société a-t-elle sur cet équilibre-là ? Cela nous oblige sans cesse à mettre en regard ces deux paroles dans l'équilibre des politiques publiques que nous menons. J'aurais voulu aussi élargir ce débat à la question de l'équilibre entre le souci de la protection de l'enfance, c'est-à-dire de l'intérêt supérieur de l'enfant qu'à un moment il faut protéger, et la question du respect des libertés individuelles. En effet, protéger un enfant veut dire aussi mettre des adultes en face de leurs responsabilités. Jusqu'où la société dans ses représentations accepte-t-elle ce niveau d'intrusion dans la vie privée ? Protéger un enfant, quand on parle d'enfants placés, ça veut dire le retirer à sa famille et le prendre en charge collectivement. Ce n'est jamais sans dommage pour l'enfant et aussi pour la famille. La question de cet équilibre entre le souci de protéger l'enfant, mais aussi le respect des libertés individuelles doit nous interroger au-delà de la question de

l'équilibre entre la parole de l'enfant et la parole de la famille. C'est sur cette question que je vais laisser Monsieur Berger faire sa conférence. On aura, bien évidemment, un temps de débat avec vous.

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne :
Parler du placement est délicat parce qu'il y a de nombreux axes pour aborder cette question. Je vais partir de l'expérience de l'équipe dans laquelle je travaille. Nous avons créé le service de pédopsychiatrie à l'hôpital Bellevue à Saint-Etienne en 1979. Donc on a maintenant plus de 33 ans de recul. Et une grande partie de l'équipe est restée stable. Cela veut dire que nous avons vu des enfants petits évoluer jusqu'à l'âge adulte. Je trouve que c'est ce qui manque souvent pour beaucoup de professionnels, c'est d'avoir une représentation de l'effet de leur action. Je veux dire que je vais parler aujourd'hui autant des adolescents, des adultes que des enfants. Placer un enfant est une décision grave. C'est même une des décisions les plus graves que peut prendre une société que de retirer un enfant à sa famille. Ne pas placer un enfant quand c'est indispensable pour son développement c'est aussi une décision grave et qui peut être catastrophique. Pour vous situer l'ampleur de la question, actuellement pour les moins de 18 ans, on peut estimer qu'il y a environ 135 000 enfants placés en France sur 270 000 signalés. Mais, il y a eu une époque où il y avait jusqu'à 400 000 ou 600 000 mineurs placés. Je me rappelle de 800 000. Si bien qu'on peut dire que cette question touche à peu près entre 800 000 et un million de sujets qui ont été placés ou sont placés actuellement. Souvent vous ne le savez pas. C'est à l'occasion de discussions que j'apprends que telle personne qui est éducateur, directeur d'établissement, qui travaille dans une banque ou autre est, comme il le dit, un enfant de la DASS, maintenant, on ne dirait plus comme ça et que, finalement, il s'en est bien sorti, qu'il y en a d'autres qui s'en sortent beaucoup plus mal. Le placement, comme vous venez de le dire, ne se fait jamais sans complication, à tel point qu'un des chercheurs qui a le plus travaillé dans le monde sur ce sujet, Steinhauer, un pédopsychiatre malheureusement décédé, a fait un gros livre qui est un ouvrage de référence qu'il a intitulé « Le moindre mal », c'est-à-dire que placer c'est le moindre mal. Quels vont être les facteurs qui interviennent dans le fait que ça va être un moindre mal ou un gros mal ? C'est tout d'abord la précocité du placement. Quand je vous parlerai de ce qu'on appelle la pathologie des traumatismes relationnels précoces, vous constaterez que chaque mois perdu quand c'est nécessaire va entraîner des troubles qui se fixent très précocement. Cela avait déjà été dit par Myriam David. C'est très ennuyeux. On aimerait que ce soit autrement, mais ça ne l'est pas. En général, en France, avec le recul que j'ai, on ne place pas plus que dans beaucoup d'autres pays démocratiques, je m'entends. Mais on place souvent trop tard. L'important n'est pas de placer plus, c'est placer avant que des séquelles fixes soient installées. Je vous dirai lesquelles. L'autre élément qui va faire qu'un placement va aider un enfant ou ne pas l'aider, c'est le projet de vie que l'on a pour lui. Là, on constate que, dans un certain nombre de départements, je ne sais pas ce qu'il en est dans l'Allier, mais dans le mien, la Loire, c'est tout à fait comme ça, on a très peu de projets de vie au long terme pour les enfants, c'est-à-dire que ce sont des interventions avec un turn-over énorme de travailleurs sociaux qui rament comme ils peuvent dans un contexte législatif difficile alors que ce qui fait qu'un placement va donner de meilleurs résultats, c'est s'il est stable. On sait, en particulier depuis 2004, parce que la loi de 2007 était déjà appliquée en 2004 dans de nombreux départements, elle était déjà écrite, que, avec les études rétrospectives qu'on a maintenant, là où on a les plus mauvais résultats c'est quand il y a des allers-retours, quand l'enfant est placé et que, dès qu'il va mieux, on le remet dans sa famille, et de nouveau il va mal parce que les parents n'ont pas pu se mobiliser. Je ne critique pas les parents. La plupart du temps, ils ont eu eux-mêmes une histoire d'enfant désastreuse qui les empêche de comprendre les besoins de leur enfant. Il n'y a que deux études au long cours en France faites par des organismes privés. Je crois qu'il est déjà significatif qu'aucun conseil général n'ait fait d'études prospectives, à ma connaissance. Ces deux études sont celles de l'œuvre Grancher et celle de l'œuvre des villages d'enfants de Marseille en 2006. Les résultats sont meilleurs que sur l'ensemble du pays. Mais, il faut faire attention au fait qu'il y a des biais dans ces études. Le premier biais est qu'on a un personnel très stable, des placements très stables et des institutions qui ont énormément investi le devenir de l'enfant. Cela fait que plus une institution investit le devenir des enfants plus elle va essayer de savoir ce qu'ils deviennent. Vous comprenez ce que je veux dire. Une autre institution lambda avec un gros turn-over qui aura de mauvais résultats n'ira pas enquêter sur le devenir des enfants qui sont passés dans ses murs. Ce sont les meilleures qui évaluent leurs résultats et, donc, qui ont des résultats meilleurs que les autres. On a des chiffres ponctuels. Un chiffre qui est

intéressant est que 40% des SDF âgés de 18 à 24 ans sortent directement du dispositif de protection de l'enfance. On a d'autres chiffres comme ceux-là. Le premier point est quel a été le projet de vie et ce qui va avec, la stabilité. Est-ce qu'on a proposé à l'enfant quand il a été placé ou à l'adolescent des figures d'attachement ou des figures de référence stables parmi les professionnels ou parmi les familles d'accueil ? Nous avons constaté en reprenant les suivis longs de notre service que le facteur le plus important pour que le placement donne des résultats positifs, c'est le fait qu'il y avait un professionnel stable pendant 20 ans, 25 ans. On a des personnes qui sont restées ce temps-là et même plus. En effet, ces enfants évoluent de manière progressive tout le temps. Ils évoluent en dents de scie avec des crises occasionnées par divers événements de la vie. Si c'est le même professionnel qui suit l'enfant depuis longtemps, il va pouvoir reprendre cette crise en disant « ça me rappelle ce qui s'est passé il y a 2 ou 3 ans, ça me rappelle quand tu étais petit, ça me rappelle ce qui s'est passé entre toi et tes parents, ça explique pourquoi tu es sensible à tel événement ». La crise n'est alors pas une rupture d'un projet. Elle peut être remise dans la continuité du vécu de l'enfant. C'est ce qui est le plus important. L'autre point, je reviendrai dessus, est si l'enfant a pu se construire ce qu'on appelle des dispositifs auto-protecteurs. Les dispositifs auto-protecteurs se font avec la manière dont on a pu écouter cet enfant au fil de son placement. Je donne un petit exemple, celui d'une fillette. Pour ceux que ça intéresse ce que je dis est tiré de mon livre « Soignez les enfants violents » paru chez Dunod en 2012. C'est un cas qui est décrit très longuement. C'est une fille qui a 20 ans maintenant qui nous a été adressée parce qu'elle triplait son CP. Elle allait être orientée en CLIS avec une famille extrêmement négligente. Le père et la mère avaient un métier. Mais les parents étaient incapables de s'identifier. C'était un chaos incroyable à la maison. Quand on y entrait, il fallait enjamber le téléviseur par terre etc, à tel point que la première chose que cette fillette, quand on l'a placée à 7 ans, a dite à sa famille d'accueil « je ne comprends pas, quand quelque chose tombe par terre chez vous, vous le ramassez ». Elle n'avait jamais vu ça auparavant. C'est dire le niveau de chaos. On a dû faire évoluer le cadre d'abord en placement administratif, puis judiciaire, puis en visites médiatisées parce qu'à chaque fois que cette fillette retournait chez elle, en une seule journée elle allait mal pendant 15 jours. Il y avait un retour des vécus antérieurs dans son esprit. Cette fillette a progressé grâce à un cadre très protecteur qu'on a tenu dans la continuité. Actuellement, elle prépare un BTS d'optique. Elle s'en est bien sortie sauf qu'elle a repéré que, chaque fois qu'elle rencontrait sa famille, de nouveau elle repartait dans 15 jours de perte complète des repères à tel point que les personnes autour d'elles lui disent « tu es autiste ? ». Elle ne répond plus. Il lui faut au moins 15 jours pour émerger. C'est catastrophique quand on est étudiant, que ce soit en primaire, en secondaire ou comme elle au niveau supérieur. La dernière fois qu'elle a vu ses parents, elle a demandé à une de ses camarades « si tu vois que je commence à devenir bizarre, à ne pas répondre, à avoir le regard dans le vague, tu me le dis ». C'est un dispositif auto-protecteur. Elle a trouvé un appui extérieur qui va la protéger. Ou tel autre jeune a repéré qu'en présence d'un groupe il allait mal, parfois après un long séjour en pouponnière qui laisse des traces, où il était tout le temps en groupe, mais aussi pour d'autres raisons. Donc, il ne va jamais s'approcher d'un groupe même si ce groupe est bienveillant. Ces jeunes ont pu repérer leur point de vulnérabilité. En effet, il est clair qu'au-delà d'un certain niveau d'exposition à des négligences familiales ou des maltraitances familiales, il y a un noyau traumatique qui va persister pendant toute l'existence. Avec ces jeunes placés et suivis correctement, on peut faire en sorte que cela ne gêne pas leur développement dans d'autres domaines. Ils peuvent ainsi traverser l'existence correctement. Ce qui va aussi intervenir dans l'évolution du placement, c'est la représentation qu'un enfant a des liens qui l'unissent à sa famille. Quand on place un enfant, c'est qu'il n'est vraiment pas bien dans sa famille au niveau maltraitance physique, maltraitance psychologique ou négligence. Néanmoins, ses parents sont ses parents. Des liens d'attachement sont noués même s'ils sont de mauvaise qualité. Un enfant depuis tout petit a absolument besoin de s'attacher aux personnes, aux adultes qui sont à côté de lui sinon il est dans une détresse et une solitude terribles. Le prototype est le syndrome de Stockholm, c'est-à-dire des enfants qui vont s'attacher à des parents qui sont persécutants et violents. On dit que ces enfants sont pris entre la terreur du rejet et la terreur du contact. S'ils sont en contact avec le parent, ça va être angoissant. Mais, s'ils ne sont pas en contact, c'est une solitude intolérable. Ces enfants ont, d'une part, créé des liens d'attachement même avec des parents bourreaux dans des situations extrêmes et, d'autre part, tout placement, toute séparation crée immédiatement une idéalisation. L'enfant oublie ou clive à l'intérieur de son psychisme ce qu'il a subi qui était angoissant pour lui et il ne vient que des images de parents imaginaires, de parents idéaux. C'est pareil pour les parents. Certains parents

nous disent que leur enfant est trop pénible, qu'il faut les soulager et le placer. Dès que l'enfant est placé, les parents disent qu'ils passaient de bons moments ensemble alors qu'en visite à domicile on n'a observé aucun moment de communication. Que se passe-t-il face à cette idéalisation ? Face à cette idéalisation, il est inutile d'essayer de rappeler à l'enfant tout ce qu'il a vécu y compris les moments les plus terribles. Plus on lui rappelle cela, moins il a confiance en nous. Les logiques de la maltraitance et de la négligence ne sont pas des logiques rationnelles. Ce sont des logiques d'une autre nature. Au début, naïvement, quand un enfant nous disait qu'il voulait retourner chez ses parents, on lui répondait « tu te rappelles que la dernière fois que tu as vu ton père, il a essayé de te rapter, que pendant six mois tu n'osais plus sortir de ta famille d'accueil, que tu regardais à chaque angle de rue si ton père n'était pas là ». C'était un père assez terrible. Et l'enfant disait qu'il ne se rappelait pas. On ne critique jamais les parents d'un enfant. On va essayer d'établir des contrepoids. La solidité du placement, son devenir au point de vue réussite va dépendre de ces contrepoids. Les contrepoids seront principalement à quelle personne qui comprend ses besoins l'enfant va pouvoir s'attacher. Quand un enfant de 7 ans me dit qu'il a déjà eu 25 éducateurs qui se sont occupés de lui, il est évident que la seule personne fixe qu'il a dans son existence est son père ou sa mère qui eux-mêmes ont été fortement maltraitants. Il n'empêche que ce sont les seules personnes fixes. C'est tout d'abord un petit nombre d'adultes. Ça peut être la famille d'accueil quand elle est de bonne qualité. L'autre point est le niveau de protection que l'on va mettre en place en ce qui concerne les contacts. Les contacts nécessitent une attention particulière puisque tout placement pose immédiatement la question des retrouvailles. Quel type de contact va-t-on aménager entre l'enfant et ses parents ? La suspension totale des contacts quand elle vient des professionnels, on ne parle pas des parents qui disparaissent dans la nature, doit rester rarissime. On l'évalue à peu près à 3 ou 4% des situations. Il s'agit de parents très dangereux qui ont essayé d'empoisonner leur enfant, qui ont failli le tuer, qui terrorisent l'enfant. C'est des situations extrêmes. Sinon, pourquoi maintient-on absolument les contacts entre l'enfant et ses parents ? Je vous l'ai dit, c'est d'abord pour éviter l'idéalisation parce que, à chaque contact, l'enfant va pouvoir voir le parent comme il est avec ses qualités et aussi ses défauts. L'autre point, c'est pour éviter que l'enfant ne garde des images terrifiantes à l'esprit. Des enfants gardent des images très effrayantes. Et s'ils ne sont pas mis en contact régulièrement avec les parents de manière protégée, c'est-à-dire en visite médiatisée, il y a toujours un ou deux professionnels présents, ces images restent fixées. Alors que si on fait un travail dont je vais vous parler après en même temps avec l'enfant, l'enfant va devenir capable de dire aux parents « pourquoi tu me répètes ça ? ». Certains disent même « tu ne penses pas que c'est plutôt toi qui devrais être soigné que moi ? ». Ils vont nous dire après « pourquoi maman ne m'a pas répondu ? ». L'enfant va être capable de communiquer avec le parent. L'aspect terrifiant et fixé va s'estomper. On prête très attention à la manière dont est l'enfant avant le contact, pendant si on y est, et à la manière dont il revient, s'il va mal pendant une demi-journée, c'est tolérable, ou s'il va mal pendant un jour, deux jours. Un enfant qui revient mal le dimanche et qui est incapable d'apprendre à l'école le lundi et le mardi et qui va chez ses parents tous les 15 jours est un enfant qui ne peut pas apprendre pendant 25% de son temps scolaire. Donc, il va beaucoup plus facilement vers l'échec scolaire. Une chose me navre, c'est que tant au niveau de la sauvegarde de l'enfance que de l'ASE, on accepte avec beaucoup trop de fatalisme le fait que des enfants nés avec des potentialités intellectuelles normales se retrouvent en CLIS ou en SEGPA. Ça n'est pas normal. On y reviendra. Il faut ajouter qu'une enquête faite par un psychologue de l'ASE à Besançon a montré que, dans 20 % des cas, les enfants se voient imposer les contacts avec leurs parents qu'ils disent haïr ou dont ils disent avoir très très peur. Je précise qu'au Québec, à partir de 13 ans à peu près, les parents décident s'ils veulent ou non voir leurs parents. Et on ne les force pas. Le troisième contrepoids est l'accompagnement relationnel de l'enfant. Stefano Cirillo qui est un des grands pionniers de la protection de l'enfance en Italie a dit cette phrase très forte « Le travail avec l'enfant débute après le placement ». La manière dont on va aider un enfant à penser sur son histoire, ce n'est souvent que quand il est sorti du chaos, de l'imprévisibilité, de l'angoisse qu'il éprouve dans sa famille. C'est seulement là qu'il va pouvoir commencer à penser. J'ajoute que l'histoire d'un enfant commence quand il devient capable de penser dessus. Pour cela, il faut quelqu'un pour l'accompagner. Je rappelle la phrase de Myriam David : « pour tout placement il faut qu'il y ait une personne qui ait des entretiens réguliers avec l'enfant même si ces entretiens paraissent vides, même si tout a l'air de bien se passer ». Un problème qu'elle a beaucoup souligné est que, quand tout se passe bien on espère le suivi, on relâche le suivi et c'est comme cela qu'arrivent des crises qu'on n'a pas vues venir et qui menacent le placement. Un enfant doit

toujours avoir quelqu'un avec qui parler de ce qu'il ressent, de ce qu'il a ressenti lors du dernier contact avec les parents, de ce qu'il a pu ressentir par rapport à sa famille d'accueil. C'est ce qu'on appelle le dispositif d'écoute. Dans notre service qui est un service de recherche dans le domaine de la protection de l'enfance, on reçoit aussi des cas spécialement lourds, ce dispositif d'écoute est une heure par jour. Ce n'est pas ce que je vous suggère parce que vous n'auriez pas les moyens. Mais il a l'intérêt de nous avoir donné accès à un matériel que sont les difficultés de penser de l'enfant. Cela nous a permis de comprendre dans des cas moins lourds ce qui pouvait les aider. Rien qu'en hôpital de jour, on a 24 enfants, plus ceux hospitalisés à temps complet. On a, tous les jours, la production de 30 heures d'écoute individuelle de ces enfants. C'est un matériel de recherche énorme. Dans ce dispositif d'écoute, on fait aussi attention de tout noter. En effet, une de nos fonctions est une fonction de stèle, c'est-à-dire d'inscription de l'histoire de l'enfant. Quand il sera adulte, il faut qu'il puisse venir voir comment il a pensé, comment on l'a aidé, comment on n'y est pas arrivé. C'est en regardant son dossier qu'il va pouvoir donner un autre sens à son histoire. Actuellement, on a une fillette qui a dénoncé les fellations que son père lui a imposées. On n'a jamais compris pourquoi le juge n'a pas suivi et pourquoi ce père n'a pas été condamné. Il y a un non-lieu. C'est une fillette qui ne peut pas être manipulée par quelqu'un d'autre. La mère est complètement hors du coup. Quand elle déclare ça, c'est clair et net. On ne peut pas faire plus clair. On a essayé de la protéger. On y est arrivé un petit bout de temps. Et, maintenant, elle a repris des contacts avec le père en visite médiatisée. Cette fillette nous dit que, quand elle aura 15 ans, elle ira voir la police pour lui dire qu'elle devait la croire. On lui a répondu qu'on pensait que la police ne la croirait pas plus. Ce qui importe pour elle, c'est que, quand elle aura 18 ou 20 ans, elle va lire que des adultes l'ont crue et on essayé de se battre pour que son histoire se passe différemment. Rien que cela donnera un sens différent à ce qu'elle a vécu antérieurement et au niveau de la confiance qu'elle peut avoir dans les adultes. Pour mettre en place une séparation, la question fondamentale est « que veut-on ? Ou que veut notre société française ? ». Notre société ne veut pas la même chose que la société d'autres pays. A cela, dans notre service, nous répondons par les quatre points suivants. Nous voulons que les enfants qui nous sont confiés soient capables d'apprendre, qu'ils aient des potentialités intellectuelles et qu'ils aient envie d'apprendre parce que cela va déterminer leur autonomie dans la vie. J'y reviendrai. Le deuxième point est qu'on veut que ces enfants soient capables de vivre en groupe parce c'est ce qui va déterminer leur capacité de travailler puisque, la plupart du temps, on ne travaille pas seul, on travaille avec d'autres personnes. En troisième point, nous voulons que ces enfants soient capables de ne pas être violents et de ne pas se laisser violenter par les autres. On ne souhaite pas que leur destin soit l'hôpital psychiatrique ou la prison. Le quatrième point est qu'ils puissent passer des petits moments plus ou moins longs avec leurs parents sans être trop mal. On n'y arrive pas toujours. On ne se fixe pas comme but qu'ils soient capables d'aimer les autres ou de se faire aimer par les autres. C'est un but extrêmement ambitieux que même les personnes non placées n'atteignent pas toujours. C'est ce que nous voulons. Cela veut dire que nous ne raisonnons jamais en termes d'équilibre des droits des parents et droits de l'enfant ou de parole de l'enfant et de parole des enfants parce qu'il n'y a aucune symétrie possible. L'enfant est un être vulnérable en voie de développement qui dépend de son environnement, qui n'a pas la parole pour dire vraiment le malaise qu'il peut ressentir à la différence de l'adulte. Donc, nous sommes clairement du côté de la protection du développement de l'enfant. Dès qu'on essaye de trouver un équilibre, on perd tout axe directeur. Je me rappelle la venue d'un juge des enfants qui était à l'ONED, l'observatoire national de l'enfance en danger, pour voir notre service parce qu'il faisait une recherche sur la pratique des visites médiatisées en France. C'est moi qui ai créé le terme de visite médiatisée. Mais ce dispositif avait été mis en place précédemment par Myriam David, puis par Anna Rotman qui lui a succédé. Ce juge m'a posé une question intéressante. Elle m'a demandé si j'avais de bons résultats. Je lui ai répondu « qu'est-ce que vous appelez de bons résultats ? ». Elle m'a dit le retour de l'enfant dans sa famille. Je lui ai dit non, que, dans notre service, un bon résultat c'est un enfant dont on a pu protéger le développement affectif, intellectuel et social. D'emblée, nous avons l'écart, la déchirure qui fait que nous n'obtenons pas les résultats que nous pourrions obtenir pour beaucoup d'enfants en France. Le deuxième point est que pour obtenir ces buts que je viens de vous définir protection de l'intelligence, protection du développement affectif, protection de l'autonomie, il faut définir des besoins minimum qui doivent être satisfaits. Des lois, par exemple les lois québécoise, canadienne, anglaise, italienne, d'autres encore sont construites ainsi. Le but est l'intérêt de l'enfant défini comme la protection du développement de l'enfant dans ses quatre dimensions physique, intellectuelle, affective, sociale.

Point deux : quels sont les besoins minimum qui doivent être satisfaits ? Point trois : une fois que ces besoins sont définis, les parents peuvent-ils être capables de satisfaire ces besoins avec une aide à la parentalité ? Et sont-ils capables d'évoluer dans un temps suffisamment court pour que le développement de l'enfant ne soit pas compromis ? Si avec une aide à la parentalité intensive, les parents peuvent évoluer, le développement est sauvegardé, donc il n'y a pas de placement. Si les parents ne parviennent pas à évoluer et que le développement apparaît comme compromis, on verra comment on l'évalue, c'est le placement. C'est ce qu'on veut. Est-ce que certains d'entre vous connaissent la pyramide de Maslow ? 1954. Les premiers besoins sont les besoins physiologiques qu'un enfant n'ait pas faim, froid, qu'il n'ait pas de douleur. Le deuxième besoin est le besoin de sécurité psychique. Pour un enfant petit, une phrase peut être choquante, mais c'est comme ça. « Un bébé a d'abord besoin d'être rassuré avant d'être aimé ». Un bébé a d'abord besoin de se sentir en sécurité. Des parents vont dire qu'ils aiment leur enfant, qu'ils l'adorent. Mais nous allons leur dire que pour que leur enfant puisse profiter de leur amour, il faut d'abord qu'il se sente en sécurité. Ce n'est pas quand vous partez une journée entière en le laissant seul à la maison qu'il va se sentir en sécurité. Ce n'est pas quand vous êtes ivre ou qu'il y a un défilé d'hommes différents tous les jours que votre bébé peut se sentir en sécurité. C'est un des besoins fondamentaux. Il y en a d'autres. Il y a les besoins d'appartenance, d'être pris dans un groupe etc. Mais, c'est surtout sur ce besoin-là que je veux insister. En effet, vous voyez ce qu'il a de déstabilisant. Il sous-entend tout de suite d'avoir un dispositif d'évaluation de la manière dont, je prends un exemple simple, une mère va être sensible aux signaux qu'émet son bébé. Quand des gens me disent que j'exagère, je leur demande comment, dans leur pratique, ils évaluent la qualité de la sensibilité maternelle. Voilà ma question. Ensuite, on pourra discuter des résultats qu'ils veulent. Je prends un exemple extrait du guide d'évaluation des capacités parentales du Québec. Un bébé a faim, je l'ai vu en visite à domicile, la mère ne bouge pas. Elle ne perçoit pas le signal. C'est le premier niveau. C'est une mère qui continuait à me parler pendant que son bébé hurlait dans un cosy, qui hurlait pendant dix minutes, un quart d'heure. J'ai laissé durer pour voir et après, je n'ai pas tenu, je lui ai mis le bébé dans les bras et il s'est calmé. Le deuxième niveau est une mère qui entend le message, mais l'interprète de manière erronée, c'est-à-dire qu'il fait exprès de crier pour m'embêter parce que c'est le moment où je regarde mon feuilleton préféré à la télévision alors que le bébé a faim. Le troisième niveau est une mère qui repère le signal, l'interprète de manière adéquate, il a faim, mais elle continue à regarder son feuilleton. Donc, au moment où elle va donner le biberon, le bébé sera trop mal, en état de rage. Il va avaler glouonnement, de travers. Il va régurgiter. Ça va mal se passer. Et, surtout, il ne fera plus aucun lien entre le message qu'il a émis et la réponse adéquate qu'il reçoit, qui diminue la tension interne qu'il a, parce qu'elle arrive dix minutes ou un quart d'heure trop tard. Le quatrième niveau est une mère qui interprète correctement le message, répond rapidement, arrête tout, fait chauffer le biberon et le donne en souriant. On sait que pour les deux premiers niveaux non réception du message et déformation sévère du message, l'aide à la parentalité est pratiquement inutile et inefficace quand on a de telles incapacités de décrypter les besoins. Ce n'est pas un concept abstrait. On a des outils qui nous permettent de repérer la sensibilité parentale sur les âges 0-3 mois, 3 mois-10 mois etc. La protection de l'enfance est une véritable spécialité non reconnue comme telle. Je vous signale que notre service est en lien direct avec le Québec où deux instituts universitaires à Québec et à Montréal sont uniquement consacrés aux recherches en protection de l'enfance. Ils publient à une telle vitesse que notre équipe n'arrive pas à lire leurs publications au fur et à mesure. Cela montre la volonté d'une société de protéger les enfants et de construire un projet pour eux. C'est très pratique parce qu'ils traduisent toutes les études anglaises en français. Ils y tiennent beaucoup comme Québécois. Ils font le travail pour nous. Je vous ai dit ce qu'on voulait. L'autre question est « que veut-on éviter ? ». Je vais vous le dire d'abord de manière grossière et ensuite au fort grossissement ce qu'on veut éviter. On veut éviter ce qu'on appelle le quinté perdant. Ce sont des enfants qui présentent un retard de développement suivi d'un retard intellectuel évitable, des troubles de l'attachement que je vais vous détailler. Comment va-t-on évaluer ce retard de développement ? On peut le faire dès que l'enfant est tout petit. Pour cela, on utilise des tests très simples qui peuvent être le Brunel-Lézine utilisé par les psychologues ou un outil québécois qui est la grille d'évaluation du développement. Ce sont de petites malles. Le temps de passation est de 17 minutes quand on est entraîné. On ne peut pas dire que ça va pénaliser fortement la charge de travail. Par exemple, à 9 mois, c'est un tout petit cube rouge d'un centimètre et demi de diamètre. On le donne à tripoter à un nourrisson de 9 mois et on le lui enlève. Il grogne un peu. On met un mouchoir dessus. Et on demande au nourrisson où est le

cube. Un nourrisson élevé dans une famille hésite un peu, tire le mouchoir et retrouve le cube. Cela veut dire que, quand il n'a pas la perception visuelle de l'objet, il en garde la représentation dans l'esprit puisque l'objet est absent, mais il sait où il est. Cela signifie qu'il a mis à l'intérieur de lui une image, maternelle le plus souvent, stable, fiable, prévisible. Pour nous, c'est un signe très très précis. Les bébés qu'on reçoit avec des parents négligents, chaotiques, tournent la tête à gauche, à droite. Ils ne savent plus où est le cube. Ils vivent avec une absence de la permanence de l'objet. Ils n'ont pas acquis la permanence de l'objet. Imaginez que je tourne la tête et que vous n'existez plus, que je ne vous ai plus dans l'esprit. Imaginez-vous dans quel monde vivent de tels enfants ? Le problème est que, quand c'est fixé ça reste. Les enseignants disent qu'avec eux ils construisent sur du sable. Et ils vont d'échec scolaire en échec scolaire. Parfois même, ils ne reconnaissent pas nos visages de professionnels d'un jour à l'autre. Pourquoi est-il intéressant de mesurer le développement des enfants et comment le développement évolue ? Parce qu'on sait que, quand ces petits tests sont mauvais, le QI sera mauvais. Ça se suit. On l'a prouvé. C'est aussi le meilleur indicateur de souffrance psychique, de souffrance affective d'un bébé. On mesure le quotient de développement jusqu'à 30 mois. Quand un bébé est angoissé, il bloque sa pensée, donc il bloque son apprentissage, son développement. Ce petit test nous permet déjà d'avoir accès à la vie affective de l'enfant petit. Il y a d'autres signes. Je vous donne juste les grands principes. L'autre élément du quinté perdant qu'on va essayer d'éviter, c'est l'hyperkinésie avec troubles de l'attention et impulsivité. On lit très souvent dans les rapports dès l'âge de 2 ans « enfant regard vif, éveillé, joueur ». Pour nous, c'est un signe très ennuyeux parce que très souvent le travailleur social est en train de rater le début d'une hyperkinésie. Tout enfant qui n'a pas eu un environnement stable pendant la première année ou les 18 premiers mois de sa vie peut devenir hyperkinétique. Je précise qu'il y a des hyperkinésies dans des familles tout à fait normales et qui sont uniquement d'origine neurodéveloppementale, qui sont un petit trouble neurologique. Mais dans ce cas, l'hyperkinésie se fixe avec ces enfants. Et, ce qui est très ennuyeux c'est que l'hyperkinésie avec troubles de l'attention est une rupture des processus de pensée. Ces enfants prennent un jouet et, en fait, ils ne jouent pas, ils tripotent. Ils le lâchent parce qu'ils passent à une autre pensée, passent à une autre pensée, passent à une autre pensée. Ils vont épuiser leur famille biologique, épuiser les familles d'accueil et seront en échec scolaire. La troisième chose qu'on veut éviter c'est l'attachement désorganisé désorienté. On appelle ça ADD. Ce sont des enfants qui vont attaquer tous les bons moments qu'on leur propose. Si on va vers une famille d'accueil, elle sera en échec. Ils vont détruire ces moments. Cela va alterner avec des moments de collage comme avec ces assistantes maternelles qui disent qu'elles ne peuvent même plus téléphoner à leurs amis, qu'elles ne doivent regarder que l'enfant, qu'elles en ont assez, que ça va mal avec leur mari. En effet, ces enfants ont une telle exclusivité qu'ils aspirent l'assistante maternelle qui va penser qu'elle peut être tout pour eux. Ça se termine toujours très mal. Cet attachement désorganisé désorienté s'accompagne aussi de moments de rage où l'enfant détruit tout. Ces enfants ont deux positions. Soit on accepte de se coller à eux et dans ce cas là on est bon, soit on essaye de prendre de la distance et on est méchant. C'est très compliqué parce que cet attachement se fixe entre 2 et 3 ans. Les travaux internationaux donnent autour de 22 mois. Ils vont donc être en eux-mêmes un obstacle aux soins. Ils se méfient d'abord de la relation, donc ils se méfient d'abord de la relation d'aide qu'on va leur proposer. Le quatrième élément du quinté perdant est la violence pathologique extrême, la grande violence. Dans mon imaginaire, l'Allier est un département tranquille, rural alors qu'à Saint-Etienne c'est un département où de plus en plus d'enfants sont violents. Ils sont violents de plus en plus tôt et ils tapent de plus en plus fort. On se rapproche de plus en plus, dans certains quartiers, de la Seine-Saint-Denis pour dire les choses. Cette violence pathologique extrême, qui est décrite dans notre service, est faite de moments de flash. Ces enfants, pour un motif minime qui peut être une frustration, une exigence éducative, le fait qu'en groupe on les bouscule un peu, c'est inévitable, quand les enfants sortent en cours de récréation, ils se bousculent, ont une réaction de violence qui va jusqu'au bout. Ils ne peuvent pas être calmés par notre parole. On peut le prendre dans les bras, essayer de chantonner, de le mater, on peut prendre une sanction, rien ne marche. On peut même dire que plus on s'approche de ces enfants dans ces moments-là, plus on devient menaçant pour eux. Mais on est bien obligé de faire quelque chose. Ils peuvent blesser grièvement, ils n'éprouvent aucune culpabilité. Une fois que c'est fait, ils disent que c'est fini, qu'ils n'y pensent plus sauf que la victime a des blessures graves. Quand on reconstitue ce qui s'est passé, on se rend compte que ces enfants ont été exposés non pas tant à des violences sur eux. En effet, les enfants battus directement sont relativement bien protégés en France même s'il y a, comme vous l'avez dit,

quelques ratés très médiatisés. Un enfant battu est plus rapidement protégé qu'un enfant exposé aux scènes de violence conjugale. Nous avons une unité d'hospitalisation à temps complet spécialisée, en France, pour les 2-12 ans pour la prise en charge des enfants qui présentent une violence extrême. A notre surprise, les enfants que nous avons reçus n'étaient pas ceux qui avaient été battus parce qu'on pensait que c'était ça, mais ceux qui avaient été exposés à des scènes de violence conjugale et ceci d'autant plus qu'ils étaient petits. On pensait que les bébés étaient protégés au sens où on se dit qu'ils ne se rendent pas compte. Pas du tout. On a des traces dès les premiers mois. L'enfant intériorise complètement ces scènes de violence conjugale. Il met à l'intérieur de lui la violence de l'adulte avec la force de l'adulte. Les médicaments qu'on donne dans ces cas-là doivent être pratiquement à des dosages d'adulte sinon ils sont inefficaces. Dans notre service, 65% des enfants suivis sont d'origine maghrébine et ont été exposés à des scènes de violence conjugale très importantes. Cette violence pathologique extrême est très très compliquée à soigner une fois qu'elle est constituée. Elle va se maintenir jusqu'à l'âge adulte, très souvent, avec un aspect d'impulsivité majeure. Je suis à peu près sûr que, pour l'histoire d'Echirolles, si on regardait dans le dossier des deux principaux assassins présumés, on trouverait un suivi de maltraitance de cet ordre-là. Je ne sais pas si vous avez lu dans Le Monde l'enfance de Mohamed Merah. Sa mère a été exposée à une violence conjugale terrible. Lui-même a été exposé à cette violence. Son frère aîné, qui est plus ou moins complice, était d'une violence terrible vis-à-vis de la mère, vis-à-vis de tout le monde. Cet enfant a mis à l'intérieur de lui toute cette violence. Quand tous ces enfants, à l'occasion d'un événement minime, redeviennent violents, ils n'ont pas la liberté interne de ne pas frapper. Ils sont habités par ces images violentes et rien ne peut les arrêter. Cela ne veut pas dire qu'ils sont innocents pour autant. Mais ils n'ont aucune maîtrise. C'est un flash hallucinatoire. Ils voient le moment tel qu'il est, exactement, ils le vivent comme dans le passé. Cela veut dire, et on arrive à des choses très compliquées, que les enfants qui ont vécu des traumatismes précoces gardent un vécu d'indifférenciation présent passé. Les soins sont très lourds. Pour éviter que certains de ces jeunes ne deviennent des futurs Guy George, des assassins, les soins coûtent jusqu'à 1 200 000 euros par enfant. Vous avez bien entendu. Quand on connaît le nombre d'enfants qui présentent cette pathologie, il est évident que la prévention est majeure. En effet, on n'aura jamais ni les équipes, ni les moyens de tous les soigner. Dans le quinté perdant, la dernière pathologie qu'on veut éviter c'est les troubles psychiatriques de tout ordre, dépressions sévères, en particulier les comportements psychopathiques, les comportements de toxicomanie. Ce qu'on appelle traumatisme relationnel précoce, ce sont des enfants exposés de manière répétitive à des négligences graves, de l'imprévisibilité, du chaos, un délaissement parental, il y a aussi les longs séjours en pouponnière, l'exposition aux scènes de violence familiale, je vous l'ai dit, l'exposition aux scènes sexuelles, même s'ils n'y sont pas impliqués, l'exposition à la folie parentale, on a beaucoup d'enfants qui restent avec des parents délirants, et d'autres formes de perversion. L'impact est d'autant plus important qu'il est précoce. Ces troubles se fixent souvent dès l'âge de 2 ans, parfois moins, parfois plus. Mais, il faut toujours avoir à l'esprit ce risque et que ceci s'accompagne d'une pathologie en creux. La pathologie en creux est d'abord que les parents de ces enfants n'ont jamais joué avec eux. Donc, ils ne savent pas faire semblant et ils jouent en réalité. Par exemple, on avait pris en charge plusieurs jeunes des banlieues sensibles lors des émeutes en 2005. Pourquoi as-tu brûlé une école ? C'était pour m'amuser. Le jeu est essentiel parce qu'il permet l'accès au faire semblant et qu'il permet de transformer l'agressivité en jeu au lieu qu'elle ne devienne de la violence. Sinon, ces enfants ne font pas la différence entre jouer avec des petites voitures, faire des accidents de petites voitures et aller brûler des voitures en vrai. A côté de ça, vous avez le discours des politiques, des sociologues, des journalistes. « Hein, que vous êtes en révolte contre la société ? ». Et des jeunes disaient « oui, ça doit être ça ». Mais en fait, ils disaient qu'ils avaient brûlé pour s'amuser. Mais à Saint-Etienne, ils ont brûlé un autobus avec une personne handicapée dedans. Un autre aspect est qu'il y a pratiquement toujours des troubles importants du schéma corporel qui ne sont pas explorés. En effet, le corps de ces enfants n'a pas été manipulé de manière adéquate. Or les troubles du schéma corporel font que ces sujets n'arrivent pas à contenir la violence. Ils n'ont pas l'image de leur corps comme enveloppé. Cela va les pénaliser aussi dans l'apprentissage de manière sévère. Ces enfants n'arrivent jamais à déprimer. Ils peuvent se sentir désespérés, complètement seuls. Mais, ils n'ont pas de chagrin parce qu'ils ne peuvent pas imaginer d'adultes à qui faire part de leurs sentiments. Ils ne savent même pas ce que c'est que de partager leurs sentiments. Ils n'arrivent pas à se représenter leurs sentiments. Dans notre service, nous disons que notre but est d'aider un enfant à s'approprier, à se représenter ce qu'il ressent et aider cet enfant à passer du

désespoir au chagrin, c'est-à-dire être capable de dire à quelqu'un qu'il ne se sent pas bien. La partie est alors souvent gagnée. Tout ceci est fortement compliqué par la loi de 2007 qui, privilégie l'adhésion alors que des parents ont des adhésions de surface, retarde le moment du placement, retarde la judiciarisation. On voit que les enfants qu'on pouvait traiter deviennent non traitables actuellement. Nous avons une perte de l'efficacité de nos soins. Je dois vous dire aussi une chose avant de vous montrer quelques images. J'ai été assez choqué quand un des responsables de l'ODAS, observatoire de l'action sociale, a dit que le conseil général était l'organe de la prévention et que la pédopsychiatrie était l'organe de la réparation. C'est nous prêter un pouvoir que nous n'avons pas. Très souvent, nous n'arrivons pas à améliorer ces enfants ou nous n'arrivons à les améliorer qu'insuffisamment. Peut-être que ça soulage de penser qu'il y aura quelqu'un pour récupérer les dégâts. Mais ça n'est pas vrai. Nous n'avons pas toujours cette capacité. Je vais vous montrer l'impact de la négligence. La négligence n'est pas ce qu'on fait à un enfant, c'est ce qu'on ne lui fait pas, c'est-à-dire le fait qu'il n'ait pas assez de moments de câlins, d'échanges de regards, de portage, de moments où on babille avec lui, où on parle avec lui et le fait qu'on ne joue pas avec lui. La négligence est très négligée en France. On sait que les enfants négligés de même que les enfants traumatisés sont en état de stress permanent même non visible. Ce stress augmente le taux de cortisol sanguin. Ce cortisol passe dans une zone du cerveau particulière qui s'appelle l'hippocampe, le système limbique. C'est le cerveau droit. Et il y a jusqu'à 16% de neurones en moins. Et les neurones qu'il y a sont de moins bonne qualité. C'est prouvé depuis 1989 à tel point que, dans certains pays, on dit que la protection de l'enfance est d'abord un système de neuroprotection. L'ennuyeux est que, dans cette zone du cerveau droit, est la régulation de l'agressivité. C'est là qu'il y a aussi la mémoire affective et la mémoire des apprentissages. A gauche pour vous, vous avez l'IRM du cerveau d'un enfant de 3 ans et, à côté, c'est le cerveau d'un enfant de 3 ans qui n'a été ni battu, ni secoué, mais gravement négligé. En noir, ce sont des quantités de substances cérébrales qui manquent. Ce sont des enfants laissés dans leur berceau jusqu'à l'âge de 18 mois que leur mère les prenait seulement pour les changer ou pour les nourrir. Au niveau de l'atteinte du schéma corporel, voilà par exemple le bain thérapeutique. C'est un enfant, là encore très fortement négligé qui a aussi assisté à des scènes de violence conjugale. Avant et après le bain thérapeutique, on lui demande de se dessiner. Il a 5 ans et demi. Avant, il se dessine comme une espèce de mollusque. Voici après le bain thérapeutique. On voit l'importance du travail d'enveloppement au niveau corporel. Encore une chose, c'est les bilans psychomoteurs. C'est une recherche faite par un psychomotricien de notre service. C'est tout à fait étonnant. Des enfants de 4 ans à 12 ans ont été testés dans notre service. On a « adapté sa résistance à une poussée sur le corps », c'est-à-dire qu'on pousse cet enfant devant, derrière, de côté. Ces enfants partent complètement en avant ou en arrière. Ils ne peuvent pas adapter leur tonus. 7 sur 11 échouent. On a plus compliqué : « se déplacer au sol, ramper à quatre pattes ». 5 enfants sur 11 n'y arrivent pas dont des enfants de 11 ans. On a « faire le lien entre une mimique, un sentiment, une émotion ». On leur sourit et on leur demande quel est le sentiment qu'on exprime. 5 sur 9 n'y arrivent pas. Ils ne peuvent pas décrypter les émotions des autres. Tout ce qu'ils mettent à la place, c'est de la persécution. « Il m'a regardé avec un mauvais regard, donc je frappe ». Ces sujets ne savent pas décrypter les émotions. Une bonne partie des assassins. On doit travailler avec nos enfants les plus violents au moins 6 mois avec un miroir pour qu'ils puissent dire qu'ils viennent de sourire. Mais, comme ça n'est jamais exploré, on ne s'en rend pas compte. « Se repérer dans le temps circadien ». Qu'as-tu fait juste avant de venir ? Que vas-tu faire après ? 6 sur 11 sont incapables. Il s'agit d'enfants grands. « Relâcher sa vigilance ». Pendant le temps de repos allongé, arriver à se détendre, 8 sur 9 n'y arrivent pas. Ils sont toujours en état de vigilance comme s'il y avait un danger.

Frédéric Vandewalle, Ville de Tourcoing, direction jeunesse : Quelles sont les thérapies les plus appropriées pour qu'un enfant n'ait plus ces symptômes et pour l'amener à une guérison ? Utilisez-vous l'hypnose éricksonienne ou des thérapies plus cognitivo-comportementales ? Qu'est-ce qui est le plus adapté par rapport à ça ?

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : Cela dépend des enfants et des symptômes. On entre dans un domaine déjà spécialisé. Il est sûr qu'on ne peut pas y arriver avec une seule méthode thérapeutique. Dans notre service, nous sommes des thérapeutes de formation psychanalytique. Mais il est évident que ça ne suffit pas. Actuellement, il nous arrive de faire appel à des thérapeutes EMDR, ce n'est pas tout à fait l'hypnose

éricksonienne, mais cela consiste à aller chercher ce qu'il y a dans la mémoire traumatique et à le faire revenir dans un cadre sécurisant. Ceci ne peut être mis en place, tous les thérapeutes EMDR insistent, que si l'enfant est d'abord dans un milieu où rien ne l'angoisse. On ne peut pas soigner un enfant qui, en même temps, retournerait tous les 15 jours dans une famille dont il reviendrait angoissé. Ce serait inefficace. Nous ne soignons que si nous avons les conditions. On va utiliser des médicaments quand les enfants sont extrêmement violents. C'est une évidence. On va utiliser la ritaline pour l'hyperkinésie. Des enfants vont prendre de la ritaline pendant toutes leurs études parce qu'il y a une telle rupture de la pensée qu'ils ne peuvent pas s'en sortir. Et, il faut se débrouiller avec les effets secondaires. Pour la violence, c'est très spécifique. Il va y avoir des temps d'isolement. On va utiliser la valeur thérapeutique du groupe. Les enfants entendent souvent beaucoup plus ce qui vient de leurs pairs que de nous. Je pense à un enfant qui, en groupe, déclare à son éducatrice qu'il veut faire un bébé avec sa mère. L'éducatrice essaye de lui démontrer que ce n'est pas possible. Mais elle sent bien que l'enfant ne la croit pas. L'enfant sort la même chose à table devant les autres enfants qui le regardent en disant « tu te rends compte de ce que tu dis, c'est impossible, c'est monstrueux ». Là, l'enfant réalise. Un des meilleurs miroirs sont les autres enfants. Il faut donc des temps de groupe thérapeutiques. On n'a pas de compétence comportementaliste. Mais on a des enfants qui ont été nourris avec un biberon calé, c'est-à-dire sans aucun échange du regard, sans aucun échange affectif. Ces enfants n'ont aucun investissement de la zone buccale. Ils ne sentent pas leurs lèvres, ils ne sentent pas la profondeur. Ils mangent comme des cochons. Ils laissent dégouliner la sauce, la bouche grande ouverte. On leur dit que ça ne va pas, que personne ne pourra les aimer, n'aura de plaisir. En effet, le but est que ces enfants soient insérés dans la société. Ce n'est pas qu'ils sortent en mangeant n'importe comment. On leur propose de les filmer et de repasser le film pour qu'ils se rendent compte. On va travailler sur deux niveaux. Le premier niveau sera la propreté quand on mange. On filme aussi l'infirmier pour que ce soit moins persécutant. Dans le même temps, ou dans un temps séparé, on va travailler sur la distinction des saveurs. On lui donne six sortes de fromages en petits bouts pour qu'il ne mange pas de manière glotonne, mais qu'il apprenne à investir toute la sensorialité buccale. On peut dire que c'est comportementaliste de le filmer pour qu'il se voie. Il faut avoir toute la palette. Il faudra pratiquement inventer un dispositif par enfant. Brièvement, sur la psychothérapie, on a constaté que les psychothérapies classiques, à une fois par semaine, très souvent ne marchent pas. Elles sont faites pour se donner bonne conscience. Des enfants sont capables d'en profiter. Mais, plus on va vers les troubles graves, plus ça ne marche pas. Quelqu'un qui vient trois quarts d'heure dans la vie de l'enfant n'est pas signifiant. Il faut un rythme plus important. Par ailleurs, ces enfants nous apportent le matériel qu'ils pensent qu'on attend d'eux. Des beaux rêves, des beaux dessins. Quand ils sortent, l'éducateur du foyer qui est là nous demande s'il nous a expliqué qu'il vient d'essayer d'étrangler un autre élève. Non. C'est artificiel. On demande toujours qu'il y ait un représentant de la réalité au début de la séance de psychothérapie qui nous dise ce qui s'est passé. On ne travaille pas de manière classique, mais souvent en récit à deux, une phrase sur deux, ou à trois, de manière à ce que l'enfant ait une réelle maîtrise sur ce qui se passe. Ce serait compliqué à détailler.

Patrick Gramont, conseiller territorial à la CAF de Gironde : Bonjour. Je suis conseiller territorial à la CAF de Gironde. Je suis assesseur au tribunal pour enfants de Bordeaux. J'ai deux questions à vous poser. La première porte sur le premier élément que vous avez donné sur les jeunes SDF, les 16-25 ans. Vous avez indiqué 40%. J'en étais resté à 55. Tant mieux si ça a baissé entre temps. Quel est votre regard là-dessus ? Est-ce l'échec d'un système ? Une analyse plus profonde a-t-elle été portée là-dessus ? D'autre part, j'ai une autre question qui n'est pas forcément en lien sur les enfants adoptés. Avez-vous été amené à accueillir dans votre service des enfants adoptés dont il a été difficile de remonter l'histoire de la vie ? La famille adoptive a-t-elle été confrontée à une violence de l'enfant ?

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : L'étude à laquelle je fais référence est une étude de l'institut national des études démographiques, l'INED. C'est l'étude de Firdion en 2006, une étude officielle. Elle a fait un certain bruit dans la presse, mais comme toujours ça retombe très vite. C'est l'interprétation qui pose problème. La plupart de ces enfants avaient eu des parcours morcelés et n'avaient pas eu une figure d'attachement stable.

Une étude semblable a été faite aux Etats-Unis. Elle montrait que 80% des enfants placés retournaient vivre dans leur famille. La conclusion était qu'il ne fallait pas faire de placements. Mais c'est voir ça de beaucoup trop loin. La question n'est pas de savoir si le placement est efficace ou pas. C'est comment on l'organise. Un enfant placé, avec des éducateurs qui défilent, est protégé physiquement uniquement et on ne permet pas son développement affectif. On met le problème au congélateur. Et à la fin du placement, l'enfant sera presque dans l'état où il était quand il est entré en institution ou en famille d'accueil. En Angleterre, par exemple, il est indiqué que la première tâche d'un travailleur social est de chercher une figure d'attachement sécurisante pour un enfant. Si on la trouve, on organisera les choses autour sauf s'il faut une protection immédiate. Un SDF est quelqu'un qui a un trouble de l'attachement désorganisé désorienté, c'est-à-dire qui est incapable de maintenir une relation avec qui que ce soit. Je ne parle pas des gens broyés, qui ont eu un passé de travail, d'insertion jusqu'à 30 ans, 40 ans et qui sont broyés par des licenciements économiques, par toute une chaîne et qui se retrouvent SDF. Je parle de sortir à l'adolescence. Ces sujets sont incapables d'avoir une relation suivie. L'adoption est un sujet trop vaste pour le développer. Il y a, très clairement, des familles adoptives maltraitantes qui peuvent même tuer. Il y a plusieurs problèmes. Le problème est la sélection des familles adoptives. La France est le pays qui donne le plus d'agrément, qui a le moins de refus d'agrément de tous les pays démocratiques. C'est très mal vu par les pays qui proposent des enfants à l'adoption. De plus, quand un conseil général refuse l'agrément, si les parents font appel devant le tribunal administratif, ils gagnent pratiquement tout le temps. Le conseil général est déjugé. Notre taux de refus d'agrément est de l'ordre de 10% alors qu'il est de l'ordre de 40% dans la plupart des autres pays. C'est déjà un problème de sélection des familles. Un autre problème est que les pays qui acceptent de donner leurs enfants en adoption ont complètement modifié leur façon de faire et gardent tous les enfants qui vont bien pour l'adoption nationale. J'étais invité à Recife, il y a deux ans, à la conférence sur l'adoption qui se mettait en place. Il a été dit textuellement que les enfants psychotiques, les enfants violents étaient confiés à la France ou aux autres pays demandeurs et qu'on gardait pour l'adoption intérieure tous les enfants qui allaient bien. Voilà à quoi on se destine. L'adoption internationale a baissé de près de moitié. Ces enfants présentent la pathologie des traumatismes relationnels précoces souvent qui font que la famille adoptante est complètement dépassée par la gravité des troubles qui ne vont peut-être pas paraître à 3 ans, l'enfant est un peu spécial, mais après ça va être explosif. On a des familles détruites. C'est un vaste sujet. Je ne sais pas si je réponds à votre question. Mais, ce sujet devient très très inquiétant.

Audrey Roche, conseil général de Loire-Atlantique : Je suis référente jeunesse au conseil général de Loire-Atlantique. Mon observation porte sur le titre de l'intervention, la place des enfants. Vous parlez de projets de vie, de stabilité, de figure d'attachement et d'éducation des pairs. Je suis éducatrice de formation. J'ai une certaine sensibilité à ce que vous présentez d'un point de vue psychiatrique, en termes de soins thérapeutiques. Néanmoins, je m'interroge sur l'ouverture du champ de l'éducation spécialisée. J'ai trouvé votre intervention dans le colloque Neuji'pro très intéressante. Sur la liste des participants, il y a très peu de travailleurs sociaux. Sur 474, on est moins d'une dizaine. Je me réjouis d'une certaine ouverture. Je trouve que dans le système de protection de l'enfance, et peut-être encore plus dans les foyers, la prise en charge des enfants est globale, au moins du petit-déjeuner jusqu'à l'histoire du soir avec malgré tout très peu d'ouverture sur les centres de loisirs, les clubs de sport, les associations. Je m'interroge sur ce lien-là quand on parle de figure d'attachement. Il est évident que, dans les foyers, les référents ASE tournent. Est-ce que cette figure d'attachement, cette éducation des pairs ne peut pas passer aussi par le champ de l'éducation populaire ? Autre chose que l'éducation spécialisée et le champ thérapeutique. On revient à la place des enfants. Est-ce que la place des enfants placés est exclusivement au sein des hôpitaux de jour et des foyers de protection de l'enfance et des familles d'accueil ? Peut-elle être aussi ailleurs ? Est-ce que ça peut leur être bénéfique ou pas ?

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : Un des meilleurs dispositifs est le lieu de vie. En effet, nous avons des enfants qui, souvent, ne supportent pas l'espèce de proximité ou d'intimité qu'il y a dans une famille d'accueil ou qui vont essayer de déclencher une relation exclusive qui va épuiser la famille d'accueil ou la détruire. Pour ces gros troubles de l'attachement, dans un foyer, une MECS, ces enfants ne trouvent pas toujours la dimension personnalisée qu'il leur faudrait. Et dans la famille d'accueil, ça ravive des comportements trop problématiques. On trouve que les lieux de 6 enfants qui souvent permettent

un meilleur suivi. Ils sont assez personnalisés et ne sont pas individualisés. C'est quand même individualisé, mais pas complètement. C'est là que l'enfant est le mieux positionné, aussi pour profiter de l'extérieur, que ce soit le club d'éducation, que ce soit d'aller dans tel club. Mais pour cela, il faut qu'il ait quand même une base de sécurité de départ. Sur la place des éducateurs, je n'ai pas voulu rentrer dans le détail, mais dans notre dispositif thérapeutique en hôpital de jour, le dispositif quotidien est fait par des éducateurs et des éducatrices qu'on supervise. Mais nous n'avons pas les moyens comme médecins ou comme psychologues de voir tous ces enfants une heure par jour. On a bien saisi la phrase de Winnicott qui dit que le travail réalisé par un éducateur dans un tel contexte a autant de valeur qu'un authentique travail psychanalytique. Si on aide nos éducateurs à s'engager dans ce type de relations, c'est eux qui vont le faire. On pousse beaucoup les éducateurs des autres institutions à ce qu'on leur permette de se dégager deux fois une demi-heure d'écoute d'un enfant dans la semaine. Ça change beaucoup la manière d'être de l'enfant.

Audrey Roche, conseil général de Loire-Atlantique : On reste encore dans de l'éducation spécialisée, lieu de vie. J'entends bien le besoin.

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : Pour qu'un enfant bénéficie de l'extérieur, il faut d'abord qu'il ait un lieu suffisamment sécurisant. Le processus d'attachement fonctionne de la manière suivante : quand un enfant a une figure d'attachement sécurisante, en gros un parent normal, qu'il a pu mettre ça à l'intérieur de lui, qu'il a cette base de sécurité, il peut s'en éloigner pour explorer le monde extérieur. Dès qu'il se sent en danger, il doit pouvoir retourner vers cette base de sécurité. Dès qu'il est en sécurité, il désactive l'attachement pour aller en exploration de l'extérieur. Quand il est inquiet, il réactive l'attachement. Oui, il peut profiter de l'extérieur, mais à condition d'avoir d'abord une sécurité interne et de pouvoir évoquer quelqu'un, un adulte à qui parler quand il a un souci. On ne peut pas contourner ça.

Corinne Ameglio, conseil général de l'Allier : J'ai une question sur les liens que vous entretenez avec les services de l'ASE de votre département et comment vous travaillez la question du placement, votre regard de médecin croisé avec le regard des éducateurs, des familles d'accueil qui ont en charge au quotidien les enfants. Avez-vous des protocoles de travail ? Comment travaillez-vous en réseau avec ces services ?

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : Tous les membres de notre équipe sont en contact plusieurs fois par jour avec les équipes ASE. Dans notre unité à temps complet, souvent 90% des enfants sont judiciairisés et placés. Dans les hôpitaux de jour, c'est 60% au minimum. On a des protocoles très précis qui définissent les rôles de chacun. Ces protocoles sont imprimés, signés. Ensuite, ils doivent être individualisés pour le projet de chaque enfant. Nous craignons que l'ASE nous laisse prendre toutes les places. Le turnover des travailleurs sociaux est trop important. Nous, comme hôpital, nous nous retrouvons être la principale personne de référence de l'enfant. Or ce doit être l'ASE qui porte le projet de vie. C'est plutôt nous qui sommes sans arrêt en train de les solliciter pour leur dire que c'est eux qui doivent intervenir, qui doivent faire ça avec, parfois, des gros problèmes dans la continuité. Des personnes ne sont pas remplacées pendant deux mois d'été. Pour nous, la règle majeure est que nous ne prenons pas en soin un enfant qui n'est pas suffisamment protégé. En effet, nous avons constaté que, si nous le prenions en soin, on va servir d'alibi. On va entendre qu'il est en soin en pédopsychiatrie, donc qu'il n'y a pas besoin de le protéger plus. Donc, tant qu'on n'a pas la protection qu'on estime suffisante, s'il le faut on va faire une observation, un rapport de 10 à 15 pages argumentées. Mais nous ne mettrons pas en place des soins inefficaces. Mais nous avons une collaboration X fois par jour.

Jacques Lahaye, président de la sauvegarde de l'enfance de l'Allier : Vous avez parlé du rôle des parents et assez peu des fratries. Est-ce que vous accueillez des fratries ? Est-ce que la place de l'enfant placé au niveau de la fratrie peut être une solution pour essayer de lui trouver un repère ?

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : Les situations de fratrie doivent être examinées au cas par cas. En effet, des enfants ont pu s'étayer l'un sur l'autre. Dans ce cas, c'est très bien. Mais souvent, ces enfants ont le même vécu traumatique. Et, le fait qu'ils soient ensemble réactive les souvenirs angoissants du passé. Ces enfants vont beaucoup plus mal lorsqu'ils sont ensemble. Des familles d'accueil s'épuisent parce qu'on leur a confié la fratrie. On va prendre tout le temps nécessaire pour évaluer la fratrie. Je comprends d'autant plus votre question que, dans pratiquement 100% de nos situations, il y a une implication de la fratrie. Que va-t-on faire ? Va-t-on permettre les contacts ? Va-t-on les médiatiser ? On fait des médiatisations de fratrie deux par deux. Un enfant supporte mal d'être placé alors qu'on laisse le bébé à la mère. Ce sont les contextes les plus explosifs. Les enfants peuvent avoir eu le même genre de traumatisme. On a vu des enfants devenir fous littéralement dans notre bureau quand ils sont en présence l'un de l'autre alors que, séparément, ça allait à peu près. Il faut garder à l'esprit qu'aucun enfant n'a le même père et la même mère au point de vue psychique. Si vous parlez à vos frères et sœurs, vous vous rendez compte que vous n'avez pas la même représentation de votre père et de votre mère et pas les mêmes souvenirs. On a tendance à trop globaliser la fratrie. Dans le livre « Soigner les enfants violents », il y a des fausses jumelles, soi-disant, sauf qu'il faut leur mettre une rondelle rouge et une rondelle bleue pour les distinguer. Elles ont une représentation de leur histoire complètement différente alors qu'elles ont vécu les traumatismes au même moment. On va différencier. C'est un énorme sujet que vous soulevez.

Catherine Bourez : J'avais aussi une question sur la fratrie. Est-ce que les lieux de vie pourraient être une réponse à des prises en charge de fratrie ?

Maurice Berger, chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint-Etienne : On a l'exemple de l'œuvre des villages d'enfants qui prête une très grande attention à maintenir les fratries ensemble. Il faudrait qu'ils entrent plus dans le détail dans leur étude. Je pense qu'il faut vraiment analyser au cas par cas. On peut détruire la prise en charge des deux enfants à vouloir les maintenir à tout prix ensemble. On a aussi une idéalisation de la fratrie.

Catherine Bourez : On est dans notre délai puisque la conférence était prévue jusqu'à 15h 30. On est de nouveau attendu dans le hall. Une petite pause café est prévue avant d'entrer dans les ateliers à partir de 16 heures, 16 heures 30. Merci à vous Monsieur Berger et merci à tous pour votre écoute.