

## *Une souffrance maltraitée*

### *Parcours et situations de vie des jeunes dits 'incasables'*

Recherche réalisée pour et financée par  
l'ONED, le Conseil général du Val-de-Marne et le Conseil général du Val d'Oise



Jean-Yves Barreyre (chef de projet), Patricia Fiacre, Vincent Joseph,  
Yara Makdessi

Août 2008

La présente recherche a été sélectionnée et financée par l'ONED dans le cadre d'un appel d'offres portant sur les incasables (3 études) et co-financée par les départements du Val d'Oise et du Val de Marne. Deux comités de pilotages départementaux et un comité de pilotage général ont été mis en place. Ceux-ci ont accompagné, discuté, voire reciblé chaque étape de la recherche telle qu'elle avait été présentée et validée par le conseil scientifique de l'ONED. Plus de cent cinquante professionnels de l'Aide sociale à l'Enfance, de la pédo-psychiatrie et du médico-social ont participé concrètement à l'enquête, dans le repérage des situations d'incapacité, dans la connaissance des situations et dans les mises en relation avec les jeunes et leur entourage.

Le terme d' « incasables », émergeant à la fin du XXème siècle, n'a à notre connaissance aucune définition précise ou admise par la communauté scientifique. Il est utilisé de manière commode par les professionnels de terrain pour désigner des situations d'enfant ou de jeune en danger qui posent problème aux institutions sanitaires et sociales et aboutissent de manière récurrente à des ruptures dans les accueils, les accompagnements, les soins et ou les dispositifs mis en place pour répondre aux difficultés ou aux dangers rencontrés par ceux-ci. Les jeunes dits « incasables » sont une « population à la limite des institutions » (Barreyre, 1997), dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) et qui le plus souvent ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives dont le cadre de travail ne convenait pas à leur problématique situationnelle. Un des premiers objectifs de la recherche est de comprendre ce que recouvrent, pour les professionnels qui utilisent le terme, les situations d'incapacité.

## **1° Cadre d'analyse, objectifs et méthodologie :**

La littérature prolifique sur les jeunes dits difficiles privilégie trois entrées : l'organisation psychopathologique, les manifestations et comportements (a)sociaux (violence, délit, incivilité), et les formes de socialité et le positionnement social (l'organisation plus ou moins stable de la bande ou de « la galère » articulée avec le positionnement social, économique, géographique, culturel, voire ethnique).

La situation juvénile de grande difficulté est référée le plus souvent à six types de causes non exclusives : le contexte éducatif (familial, mésologique), le cadre de vie (le plus souvent urbain), l'origine sociale et/ou ethnique, l'utilité/non utilité sociale (et l'absence de travail), les conditions sociales, l'usage de drogues. Les approches psychosociales (CHARTIER, 1997) y ajoutent les repères biographiques de la personnalité psychopathique ainsi que la problématique comportementale des trois D (le déni, le défi, le délit).

Mais il existe encore peu de publications sur les situations d'incapacité qui semblent correspondre à cette période entre 1975 et aujourd'hui où, de manière tout à fait officielle et réglementaire, les réponses sociales passaient (et passent encore de manière prioritaire) par les « institutions sociales » : la loi 734 du 30 juin 1975 sur, justement, les institutions sociales et médico-sociales, ne fut réformée qu'en janvier 2002 par une loi « rénovant l'action sociale ». Entre temps, c'est bien la réponse institutionnelle (par une logique d'établissements) qui fut privilégiée (BARREYRE, 2004).

Au-delà de la question de la définition, les travaux récents, inscrits dans une littérature quasi séculaire, font ressortir une problématique qui articule

- les ressources ou les absences de ressources personnelles des jeunes, caractéristiques qui se comprennent à partir de leur histoire et de leur parcours de vie parsemés le plus souvent d'événements traumatiques ;
- les contextes de vie, familiaux, sociaux, urbanistiques, culturels, etc.
- les contextes institutionnels des réponses sanitaires et médico-sociales

Pourtant, ces données sociales et leurs interactions pourraient se retrouver dans nombre de situations d'enfants accueillis et accompagnés en protection de l'enfance, même si, pour la plupart, les réponses institutionnelles n'ont pas abouti à des ruptures, rejets et échecs comme c'est le cas dans les situations d'incapacité.

Nous sommes partis de l'hypothèse que ce sont moins les faits sociaux qui importent, pour comprendre ces situations d'incapacité, que « ce qui se passe » dans l'interaction, ce que Max Weber appelle « l'activité sociale » et plus particulièrement *la conscience que les individus ont de leurs activités sociales, le sens qu'ils donnent à ce qui (leur) arrive, l'interprétation qu'ils font de ce qui se passe dans la réalité dans laquelle les acteurs sont engagés*, une situation dans laquelle ils agissent et ils sont agis.

*L'hypothèse sous jacente est que les acteurs ont une interprétation différente d'une situation donnée et caractérisée à un moment donné par des ressources et des contextes qui n'ont pas été vécus et lus de la même manière.*

En cohérence avec ce cadre d'analyse et cette hypothèse de travail, la recherche s'est donnée pour objectifs de mettre en regard les histoires de vie des jeunes, les caractéristiques des situations de vie actuelles et l'intérêt des réponses institutionnelles proposées.

- d'une part, la recherche a consisté à étudier les parcours de vie et les parcours institutionnels des jeunes, ainsi que leurs situations actuelles de vie, en tenant compte aussi bien de leurs caractéristiques et facteurs personnels que des facteurs environnementaux ; cette observation des parcours s'appuie sur un recueil rétrospectif des éléments biographiques (familiaux, sociaux, liés à la santé, éducatifs, etc.) auprès des professionnels. Elle vise une meilleure compréhension de l'enchaînement des différents événements vécus, ainsi que les continuités et ruptures qui caractérisent leurs parcours. Elle contribue également à retracer une historiographie des interventions sociales.
- ensuite, la recherche a consisté à interroger les différents acteurs sur l'interprétation qu'ils font des parcours de vie et de la situation actuelle afin de revisiter des « moments » passés ou présents qui pourraient permettre de comprendre le choix ou les actes posés par les uns et les autres ;
- enfin, la recherche visait à analyser les pratiques professionnelles, les organisations de travail construites pour répondre à ces problématiques particulières : en quoi ces situations transforment-elles les pratiques éducatives, du point de vue de l'organisation, de la relation éducative, de la conception de l'accompagnement éducatif et sanitaire, du point de vue des valeurs implicites et des moyens nécessaires mobilisés ?
- Pour répondre à ces deux derniers objectifs de la recherche, 12 situations ont été sélectionnées pour un approfondissement qualitatif. Le choix des situations a été réalisé en fonction des hypothèses posées à la suite du premier dépouillement des 80 grilles biographiques recueillies. Les études de cas ont consisté à rencontrer pour une entretien qualitatif, lorsque cela était possible, un ou plusieurs professionnels impliqués dans la prise en charge du jeune, le jeune et ou ses parents. Une évaluation de la situation de vie prévue initialement à partir de l'observation partagée par les professionnels n'a été réalisée que partiellement. Le questionnaire d'observation a été construit, distribué et discuté avec les référents de l'ASE.

Le matériau collecté dans la littérature et auprès des professionnels, a été soumis à une analyse thématique et lexicale pour repérer les éléments qui définissent le terme « incapacité ». Quatre outils ont été construits pour recueillir les informations nécessaires à l'étude des parcours des jeunes dits incapables : la feuille de recensement,

la grille de recueil biographique, la grille d'entretien, le questionnaire d'observation partagée (voir annexes du rapport)

L'étape préliminaire a consisté à *recenser, sur chaque territoire, les jeunes relevant d'une situation d'« incasabilité », en sollicitant les professionnels de terrain ASE (qui ont la meilleure connaissance du parcours du jeune). Le but de ce recensement est de définir une base de travail qui consolide la suite de la recherche.*

## **2° Quels sont les critères qui ont conduit les professionnels de l'ASE à considérer les situations comme situations d'incasabilité.**

Pour décrire ce qui rend la situation d'un jeune difficile et incasable, les professionnels des deux territoires s'entendent fréquemment et prioritairement sur la question des **placements multiples, répétés et marqués par l'échec**, ainsi que sur la **solution institutionnelle inadaptée ou inopérante** (et donc adoptée par défaut). Ces mots-clés relatifs à l'échec institutionnel face à la situation du jeune concernent plus de la moitié des jeunes (6 sur 10 recensés). Les « fugues » et les « comportements violents », descriptifs portant spécifiquement sur les *actes du jeune*, comptent également parmi les mots-clés les plus fréquemment utilisés. Une autre série de mots-clés, portant sur les **problèmes de santé, les hospitalisations et les troubles du comportement**, se distingue par une fréquence importante : quasiment la moitié des jeunes sont identifiés par rapport à un état de santé spécifique (45 %). Il est à noter que les problèmes de santé recouvrent essentiellement des problèmes décrits par des **troubles psychiques** et que les hospitalisations relèvent majoritairement du domaine de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie.

Ainsi, les critères d'incasabilité des professionnels de terrain renvoient principalement à deux types de définition repérés dans la revue bibliographique, celui de « l'incasable des institutions » et celui de « l'individu événement ». Mais les professionnels ajoutent une autre dimension que nous n'avions pas repérée en tant que telle, celle des problèmes de santé qui recouvrent principalement des troubles psychiques.

## **3° Qui sont les jeunes estimés « incasables » par les professionnels de l'ASE ?** (Source : grille de recueil biographique : 80 parcours)

Quatre vingt jeunes au parcours très lourd, vivant des situations de grande souffrance, dans deux départements d'Ile de France. C'est beaucoup, notamment quand on examine les parcours et les situations de vie. C'est peu comparé aux enfants et jeunes accueillis à l'Aide sociale à l'Enfance et, de manière plus générale, à la population des moins de vingt ans de référence :

- dans le Val d'Oise, cela représente 42 jeunes sur 1839 jeunes, y compris les jeunes majeurs, suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance soit **2,3%** des jeunes suivis. Par rapport à la population des moins de 20 ans du département (333 234), cela représente **0,012%** ;
- dans le Val de Marne, cela représente 38 jeunes sur 1800 jeunes suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance, soit **2,1 %** des jeunes suivis. Par rapport à la population des moins de 20 ans du département (332 540) cela représente **0,011%**.

Le point commun de la très grande majorité des situations d'incasabilité repérées par les professionnels est la présence dans le parcours de vie **d'événements traumatiques graves sources d'une grande souffrance** : décès d'un proche, rejet par les parents, violence conjugale, violence sexuelle, troubles psychiatriques d'un des parents, avec notamment des situations où le temps de latence entre les faits et l'intervention publique

est particulièrement long. Les jeunes dits incasables se caractérisent pour la plupart par l'expérience de situations traumatiques lourdes.

<b>Nature des évènements dramatiques et contexte de vie</b>	<b>Nombre de mentions</b>
<b>Décès d'un proche (dont trois par homicide, un en présence de l'enfant et trois par suicide, un en présence de l'enfant)</b>	<b>30</b>
décès de la mère	8
décès du père	11
Autre décès marquant : d'un ou de plusieurs membre(s) de la fratrie ou de la grand-mère par homicide	11
<b>Rejet par les parents</b>	<b>29</b>
rejet par la mère	14
rejet par le père	8
rejet par les 2 parents	6
abandon officiel	1
<b>Violence conjugale, père tyrannique...</b>	<b>20</b>
<b>Violences sexuelles avérées</b>	<b>16</b>
violences sexuelles avérées intrafamiliales	13
violences sexuelles avérées extrafamiliales	3
<b>Suspicion d'abus sexuels</b>	<b>8</b>
<b>Maltraité (traces de coups)</b>	<b>15</b>
<b>Problématique en lien avec la filiation et la séparation d'avec le père</b>	<b>14</b>
incertitude sur filiation, non reconnu par le père	10
séparation d'avec le père problématique	4
<b>Maladie psychique d'un des parents</b>	<b>13</b>
<b>Tentative de suicide de la mère</b>	<b>4</b>
<b>Arrivée en France conditions difficiles</b>	<b>6</b>
<b>Autre</b>	<b>18</b>
grands-parents se substituent aux parents	4
avec sa mère sans domicile	2
maladie d'un des parents	6
lourdement handicapé	2
jamais scolarisé	1
Rupture brutale avec la famille d'accueil	3
<b>aucun élément sur le vécu</b>	<b>4</b>

Tableau 2 : évènements et contexte de vie mentionnés par les professionnels

## Où vivent-ils aujourd'hui ?

hébergement au moment de l'enquête	Total
Famille d'accueil	21
<b>retour en famille ou tiers digne de confiance</b>	<b>16</b>
hospitalisé en pédopsychiatrie, en psychiatrie adulte, en foyer de post-cure ou en appartement thérapeutique	8
lieu de vie	7
<b>en fugue ou en errance</b>	<b>6</b>
<b>non connu</b>	<b>6</b>
En foyer	5
établissement médico-social	4
Autre (structure non habilité ASE, logement autonome, placement PJJ)	7
Total	80

Tableau 3 : situation d'hébergement au moment de l'enquête

## 4° Les parcours en protection de l'enfance

### Une succession des interventions

- La moitié des jeunes a connu 4 placements ou plus (source : feuille de recensement)

Nombre de placements	0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	+ de 10	Plusieurs ou non connu	total
Effectifs	3	7	15	11	15	4	6	4	3	3	7	10	87
Effectifs cumulés des jeunes placés		7	22	33	48	52	58	62	65	68	75		

Tableau 5 : Distribution des jeunes selon le nombre de placements connus

- Le premier repérage des difficultés de l'enfant

Les signalements notés par les professionnels dans la grille de recueil ont le plus souvent été faits par les services de maternité, ou les services de protection maternelle et infantile (PMI) ou encore par l'établissement scolaire. C'est ce qui explique le nombre plus important de signalements avant le premier anniversaire de l'enfant (13 jeunes concernés), mais aussi à la sortie de la maternelle et l'entrée de l'école primaire autour de l'âge de 6 ans (Tableau 7).

Age à la 1 <sup>ère</sup> difficulté ou au 1 <sup>er</sup> signalement	Nombre de jeunes concernés
0-2 ans	16
3-5 ans	6
6-10 ans	14
11-15 ans	11
* Pour les 33 autres parcours, il n'existe pas d'informations notées à ce sujet par les professionnels dans la grille de recueil.	

Tableau 6. Distribution des 47 parcours \*selon l'âge connu à la difficulté ou au premier signalement

- *Des délais relativement courts entre le repérage des premières difficultés et la première intervention sociale ou judiciaire*

La période qui sépare le début des difficultés pour l'enfant et la date de la première intervention, qu'elle soit courte ou longue, apparaît comme porteuse de sens dans la lecture des parcours. Dans le cadre de cette recherche, elle n'est connue que pour les 47 parcours où la période des premières difficultés est connue et saisie. Dans le cas de ces 47 jeunes, et pour la grande majorité d'entre eux (7 jeunes sur 10), la première intervention suit dans un délai relativement court le repérage des premières difficultés (moins d'une année). C'est seulement dans 13 cas (sur les 47) que la période séparant la date des premières difficultés et la date de la première intervention varie de plus d'une année à huit années.

- *Une « période de latence » plus longue pour 13 jeunes*

Dans ces 13 situations, les difficultés repérées semblent étroitement liées aux difficultés du couple parental (de séparations conflictuelles, décès, incarcérations, etc.). Cela ne représente pas un trait singulier par rapport au reste des parcours.

- *Le contexte du premier signalement reflète des carences éducatives et d'une forte maltraitance*

- *L'enchaînement des prises en charge et l'incapacité institutionnelle*

Dans les parcours étudiés dans la présente recherche, le recours direct au placement ne relève pas de l'exception. Les placements dès la petite enfance ne sont pas marginaux. Par ailleurs, les prises en charges de type AEMO s'alternent souvent avec des placements en foyer ou en famille d'accueil ou encore des séjours de rupture dans des lieux de vie.

Les jeunes de notre population se caractérisent donc par le fait qu'ils ont vécu des événements dramatiques qui pour certains d'entre eux se cumulent. Le tableau apparaît très sombre. Mais la comptabilisation des événements dramatiques mentionnés, à notre demande, par les professionnels de l'ASE ne laisse pas de place aux aspects positifs des parcours et *masquent les ressources des jeunes et de leurs familles*. Ainsi, des parents demeurent présents et investis dans la situation de leur enfant. Tous les parents n'ont pas été rejetant. Certains, eux-mêmes en grande difficulté à des moments du parcours de leur enfant, ont pu « se reconstruire », trouver une stabilité.

**Les manifestations à l'origine des ruptures de prises en charge.** (Source : grille de recueil biographique : 80 parcours)

- *Les comportements agressifs, les crises clastiques et les troubles du comportement* : mentionnés à l'origine des ruptures de prise en charge pour treize filles sur vingt-neuf et trente garçons sur quarante-deux. Il s'agit des comportements adoptés au sein des structures de prise en charge qui entraînent une exclusion.
- *Les fugues* : Vingt filles sur les vingt-neuf et onze garçons sur les quarante-deux ont fugué à un moment donné de leur parcours. Les fugues sont souvent à répétition.
- *Les violences ou les menaces sur une personne connue* : les professionnels ont mentionné que vingt-six jeunes sur les soixante et onze ont été exclus de l'école ou du lieu de prise en charge à la suite d'une agression ou d'une menace commise sur un enseignant, un éducateur, un soignant et/ou sur un autre jeune à l'école ou dans le lieu d'hébergement. Cela concerne onze filles et quinze garçons.

- *Les délits, les vols, les coups et blessures sur une personne non connue<sup>1</sup>, les destructions et dégradations* : Les jeunes de notre population ayant commis des actes de délinquance sont minoritaires. Ils sont dix-huit sur les soixante et onze.
- *Les violences contre soi* : nous avons regroupé dans cette catégorie des manifestations, les automutilations, les comportements alimentaires problématiques, les addictions et la prostitution (qui est suspectée par les référents ASE). Nous avons exclu les tentatives de suicide, comptées à part ci-dessous car elles méritent d'être particulièrement signalées. Douze jeunes sur les soixante et onze, six filles et six garçons, ont vus des modes de prise en charge prendre fin en raison de ces violences tournées contre eux-mêmes. Les scarifications et les addictions au cannabis ou à l'alcool ont notamment été citées. Les violences contre soi entraînent chez les professionnels de l'ASE l'idée que le jeune « relève » de la psychiatrie.
- *Les manifestations en lien avec un problème de santé ou un handicap* : les troubles psychiques, les troubles de la personnalité, l'épilepsie, ont eu incidence dans la fin des prises en charge pour onze jeunes, trois filles et huit garçons. Comme la violence tournée contre soi, cela amène les professionnels de l'ASE à considérer que le jeune doit être pris en charge soit par une structure sanitaire, soit par une structure médico-sociale.
- *La mise en danger de soi et des autres* : les modes de prises en charge ont pris fin en raison de la mise en danger de soi et/ou des autres pour dix jeunes, quatre filles et six garçons.
- *Les comportements sexuels* : les propos et les insultes à connotation sexuelle, les attouchements sur autrui, la masturbation compulsive ont été à l'origine de la fin de prise en charge pour dix jeunes, trois filles et sept garçons. Notons que parmi ces dix jeunes figurent trois jeunes pour lesquels des violences sexuelles subies sont avérées, quatre jeunes pour lesquelles des violences sexuelles sont suspectées et trois jeunes pour lesquels il n'est pas fait référence à une victimisation d'ordre sexuel.
- *La décompensation, l'isolement, le repli sur soi, l'inhibition* : neuf jeunes, quatre filles et cinq garçons sur les soixante et onze ont été estimés incasables à un moment donné de leur parcours en raison de ces formes de repli sur soi. La plupart du temps, ce type de manifestation rend complexe les projets de formation ou de scolarisation.
- *Les tentatives de suicide* : sept jeunes, six filles et un garçon, soit un jeune sur dix, (ou **une fille sur cinq**) de notre échantillon ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Le moment d'apparition des manifestations, de « clash »<sup>2</sup> est souvent significatif. En réalisant la saisie des données, nous avons remarqué que les dates de ruptures

---

<sup>1</sup> Nous avons distingué les coups et blessures sur des personnes inconnues des violences et menaces sur des personnes (adultes et enfants) connues car elles semblent ne pas se dérouler dans les mêmes circonstances. En effet, les violences sur personnes connues peuvent être vues comme des comportements réactionnels. Les violences sur des personnes inconnues, qui sont peu nombreuses parmi les délits commis, se déroulent probablement dans des circonstances plus variées.

<sup>2</sup> Les manifestations de « clash » ou de rupture des jeunes sont posées le plus souvent sans intention explicite de scission, d'abandon, d'abrogation, de fraction ou de dissidence. C'est pour cette raison que le terme anglais (clash) qui renvoie à la forme même de la manifestation plus qu'à son intention, au fait de « heurter avec un bruit fort et discordant » (American Heritage Dictionary), correspond mieux aux fugues, comportements violents etc. qui conduisent aux situations d'incapacité



correspondaient souvent à des dates anniversaires : anniversaire du jeune, du décès d'un proche, du 1<sup>er</sup> placement. Le temps des institutions nous est apparu en ce sens lié aux manifestations du jeune. Les OPP sont prononcées pour un nombre d'années précis. Elles arrivent souvent à échéance et sont renouvelées à la date anniversaire du premier placement. Plusieurs jeunes ont fugué au moment d'une audience au tribunal. De la même manière, le mois de juin est l'occasion pour les institutions médico-sociales (ITEP, IME, IMPRO) de remettre en question l'accueil pour l'année suivante. Nous avons remarqué que le mois de juin correspond à une période d'incertitude pour les jeunes et d'empressement pour les professionnels, qui n'est pas neutre dans les pratiques d'échappement des jeunes.

Nous pouvons interpréter les manifestations des jeunes selon deux axes :

1. Ces manifestations sont réactionnelles à des événements du présent réactivant la souffrance d'origine. Les actes ponctuels, inhabituels, pourraient être compris comme des comportements réactionnels.
2. Elles correspondent à des pratiques **d'échappement** de l'institution. Les entretiens montrent notamment le rapport problématique des jeunes aux lieux d'accueil et les mises en acte de « l'échappement » pour ne pas être coincés et retenus dans des espaces où pourrait se rejouer, avec les adultes, le drame initial et l'échec des relations d'aide. Ces pratiques d'échappement seraient ainsi vécues par les jeunes comme des modes de survie pour échapper à des espaces qui ne reconnaissent ni ne traitent une souffrance initiale.

Un traitement statistique sur notre base de données ne permet pas de vérifier l'hypothèse réactionnelle réactivante. Le lien entre l'évènement à l'origine de la souffrance et les manifestations est particulier à chaque jeune. Il serait réducteur de penser que le lien est automatique. On peut toutefois signaler que sur les dix jeunes qui adoptent des « comportements sexués », il est fait mention pour sept d'entre eux de violences sexuelles avérées ou de suspicions d'abus sexuels. Et, parmi les douze jeunes qui s'infligent à eux-mêmes des violences, le père est mentionné particulièrement dans les événements dramatiques vécus : il est soit décédé, soit inconnu, soit parti à l'étranger (2 fois), soit tyrannique, soit auteur de violences sexuelles avérées.

### ***Les ruptures de scolarité***

Le parcours de scolarité des jeunes de notre population est ponctué de ruptures. Les professionnels ont décrits les parcours scolaires pour soixante-quatorze jeunes.

Au moment de l'enquête, la déscolarisation des jeunes de notre population est massive. En effet, plus de six jeunes sur dix sont déscolarisés. Dix jeunes sont en formation professionnelle, en CFA ou en BEP. Sept jeunes sont en établissement médico-social (ITEP, IMPRO) ou d'établissement social (école interne). Six jeunes seulement, quatre filles et deux garçons sur les soixante-quatorze, sont scolarisés à l'école ordinaire (deux jeunes sont à l'école primaire, deux sont en classe relais au collège, une est au collège et une est au lycée).

Les ruptures de scolarité peuvent être liées à une exclusion de l'école ou de l'établissement spécialisé en raison du comportement, mais elles peuvent également intervenir au moment d'une hospitalisation, d'une fugue ou d'une rupture de placement.

Seuls dix jeunes sur les soixante-quinze n'ont jamais été déscolarisés. Trente-deux jeunes ont connu une seule déscolarisation définitive. Aucune rescolarisation n'a eu lieu. Dix-sept jeunes ont connu une déscolarisation unique et ont été rescolarisés sans connaître par la suite de nouvelle déscolarisation. Quatorze jeunes des soixante-quinze ont été déscolarisés à plusieurs reprises. Une jeune fille âgée de 13 ans au moment de l'enquête n'a jamais été scolarisée.

## ***L'orientation vers les établissements et services spécialisés***

Les orientations décidées concernent les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui sont dédiés aux enfants souffrant de troubles du comportement. Il existe deux ITEP dans le Val-de-Marne et quatre ITEP dans le Val d'Oise. Vingt-trois jeunes ont été orientés en ITEP. Cette orientation apparaît logique et cohérente avec la définition de la population accueillie en ITEP telle qu'elle est décrite dans le décret et la circulaire de 2006. Mais si l'encadrement pluridisciplinaire et le projet des ITEP semblent adéquats aux caractéristiques de cette population, les instituts restent des établissements, voire des services mais toujours des entités structurées, qui s'ils peuvent être un outil pertinent, ne résolvent pas du seul fait de leurs caractéristiques propres, la problématique dynamique et mésologique des situations d'incapacité.

Pour cinq jeunes orientés en ITEP, cette orientation n'a jamais été effective.

## ***La prise en charge par la psychiatrie infanto-juvénile ou adulte***

- Les jeunes de la population sont pour *plus de la moitié* suivis sur le plan psychiatrique. Plus de six jeunes sur dix (45/69) bénéficient d'un suivi par un médecin pédopsychiatre ou psychiatre. Trente-huit sont le sont par le secteur (dont trois sur le lieu de vie). Treize jeunes nécessiteraient qu'un projet de soins existe, onze le refuse, deux ont du l'interrompre en raison de leur placement (actuel) en lieu de vie.
- Pour quinze jeunes, un diagnostic de maladie psychique a été posé.
- L'effectif de jeunes ayant connu au moins une hospitalisation psychiatrique est très important. L'information du passage en hospitalisation en pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte est connue pour soixante-dix-huit jeunes. Parmi eux, **45** ont été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois (33 n'ont jamais été hospitalisés). Et parmi les 45, 19 ont été hospitalisés à une reprise, 9 à deux reprises, 5 à trois reprises, 3 à quatre reprises, 5 à plus de cinq reprises. 4 ont connus plusieurs hospitalisations dont le nombre n'est pas précisé. Quatre enfants ont été hospitalisés pour la première fois avant l'âge de 10 ans. Sept ont été hospitalisés pour la première fois entre 10 et 12 ans. Vingt ont été hospitalisés pour la première fois entre 13 et 14 ans. Douze ont été hospitalisés pour la première fois entre 15 et 17 ans (nous ne connaissons pas l'âge pour deux d'entre eux)
- Enfin, treize jeunes, huit garçons et cinq filles, ont connu des hospitalisations en pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte de un an et plus (plus de deux ans pour certains).

## **5° Comment comprendre les situations d'incapacité ?**

L'analyse des 80 parcours et l'analyse approfondie des douze situations de la phase 2 tend à vérifier que c'est l'interaction entre l'histoire du jeune et de sa famille, les institutions et leur organisation, et les manifestations du présent (le jeu des acteurs dans la situation actuelle), qui construit l'incapacité.

Dans l'étude des parcours, nous avons pu distinguer différentes périodes dans la vie des jeunes de manière relativement nette. Pour une grande partie des parcours, il est possible d'identifier

- la période entre les premières difficultés vécues par l'enfant et la première intervention,
- la période de prise en charge sans que des difficultés particulières n'apparaissent,
- la période « d'incapacité » (placements successifs, fugues, déscolarisation)

- pour quelques-uns la période où les choses semblent « entrer dans l'ordre ».

La période d'incapacité ne se détache pas de manière aberrante de l'ensemble du parcours mais au contraire, elle se comprend dans une succession d'interventions et d'évènements qui conduisent à cette période d'incapacité. Et si les situations sont toutes singulières, les parcours qui ont été soumis à l'étude par les référents éducatifs pour cette étude, entrent dans un schéma « de construction » de l'incapacité qui semble correspondre à la grande majorité des situations.

### ***Le parcours de vie du jeune, une expérience différente pour les jeunes, leur famille et les professionnels***

Les parcours peuvent être décrits selon deux points de vue celui des institutions et celui du jeune qui, confrontés, mettent en exergue une différence importante.

1. L'institution intervient sur des situations problématiques déjà installées parfois depuis longtemps, dont elles ne connaissent pas tous les tenants et les aboutissants, qu'elles vont découvrir au fur et à mesure, parfois partiellement. Pour l'institution, le parcours commence au moment où elle hérite de la situation.
2. Le jeune vit une situation source de souffrance depuis un laps de temps plus ou moins long avant qu'elle ne soit connue de l'institution. Il arrive dans le champ de la protection de l'enfance avec **une souffrance installée et active**.

Ces expériences différentes des parcours amènent à poser une nouvelle hypothèse. L'incapacité est parfois liée **à une non lecture de la souffrance initiale** et de son développement tout au long du parcours.

### ***La question du sens***

Nous avons identifié deux moments particulièrement significatifs du parcours :

- La période pendant laquelle l'enfant a vécu les premières difficultés sans qu'elles ne soient détectées par personne.
- La première séparation d'avec la mère, qui a souvent lieu au moment du premier placement. Connaître les conditions et les circonstances du premier placement s'avère particulièrement intéressant<sup>3</sup>.

Ces deux moments du parcours ne sont pas banaux pour les enfants et leurs parents. Leur signification est importante et n'est pas sans répercussions sur

- La manière dont le jeune va vivre les décisions d'éloignement
- La manière dont les relations avec les parents vont être vécues pendant la période de placement
- La manière dont l'éventuel retour en famille, qui n'est pas rare pour notre population, va se dérouler.

Dans les études de cas, nous avons constaté comment des liens pouvaient être faits entre les pratiques d'échappement des jeunes et ces moments particuliers de leur parcours. Entre les premières difficultés rencontrées par l'enfant et la première intervention, il peut s'être passé plusieurs années. Cela est le cas de plusieurs situations approfondies. Ces situations donnent l'impression d'un voile levé progressivement sur le passé, mais parfois de manière incomplète. Il demeure des zones d'ombre. Les avis des professionnels rencontrés divergent. Quel sens prend, pour les jeunes, cette période

---

<sup>3</sup> Cette hypothèse avait été proposée en début de recherche par Mme Anne REVAH – LEVY, pédopsychiatre et membre du comité de pilotage de l'étude dans le Val d'Oise

pendant laquelle les adultes, les professionnels, les institutions, n'ont pas pu, pas su, les protéger ? Quel sens cette période prend-elle pour les professionnels ?

Les mesures d'éloignement sont également des dispositions dont le sens mérite d'être exploré au cas par cas.

Le sens des mesures d'AEMO, jugées négativement par les parents rencontrés, ne leur est pas apparu clairement. Elle ne leur a pas apporté le soutien en matière de parentalité qu'ils pouvaient attendre. Le sens de l'AEMO mériterait d'être reposé et explicité aux parents.

Deux professionnels ont d'autre part estimé qu'à un moment donné du parcours, ils ont eu le sentiment que le jeune dont ils étaient le référent n'existait pas en tant que personne mais devenait un objet sur lequel existait des certitudes, sans que la question du sens du parcours tel qu'il se construisait soit réinterrogé.

Les pratiques d'échappement des jeunes des lieux de placement peuvent donc être comprises au regard de l'histoire du jeune depuis les premières difficultés rencontrées. La compréhension n'en est pas simple. Elle ne peut pas être immédiate ni standardisée. A tel vécu ne correspond pas telle manifestation. La compréhension des manifestations des jeunes nécessite des regards croisés, des observations plurielles et des hypothèses contradictoires.

### ***La compréhension des manifestations qui produisent l'incapacité nécessite que la mémoire soit gardée.***

La mémoire du service est une réalité. Il est apparu que les référents ont une capacité à reprendre les dossiers parce qu'ils font le même métier que leur prédécesseur. Ils ont leurs repères dans les dossiers, dans la manière de procéder. Par exemple, ils ont souvent une vue d'ensemble sur la fratrie même s'ils ne sont pas référents des frères et sœurs (ceci est une règle). Ils ont une efficacité à reprendre la référence d'un jeune qu'ils ne connaissent pas.

Cependant, même si cette mémoire du service est une réalité, au fil du temps, **des informations tombent dans l'oubli**, notamment ce qu'a vécu le jeune, les circonstances, les motifs et les conditions du premier placement mais aussi certaines caractéristiques du parcours à l'ASE. Ces informations tombent dans l'oubli **probablement parce qu'elles ne font pas sens dans le présent pour les référents.**

La mémoire des événements vécus par l'enfant et de l'histoire de la prise en charge se perd au fur et à mesure de la succession des référents. Le turn-over des référents et les conditions de transmission des dossiers participent à la perte des informations signifiantes. Le passage de relais se réalise mais de manière non satisfaisante. Les référents évoquent également la charge de travail qui ne favorise pas un travail approfondi sur le passé de chaque enfant. Pour un référent, les interventions se pensent dans le présent et, pour les jeunes incapables, se réalisent souvent dans l'urgence.

### ***Compréhension de la souffrance, disponibilité, objectifs « humbles » et prises de risque***

Trois situations que nous avons approfondies montrent les implications de la recherche de sens dans l'histoire du jeune. Des référents de l'ASE ont cherché à comprendre comment aider le jeune garçon ou la jeune fille qu'ils accompagnent. Ils visent des objectifs « humbles », qui parfois leur font *prendre des risques* en terme de responsabilité, risques qu'ils assument. Dans ces trois situations, les référents ont pris en compte les difficultés et les demandes explicites du jeune pour adapter leur intervention. Cela implique pour eux une certaine part de prise de risque (le jeune peut se trouver en danger). Les trois référents se rendent disponibles pour répondre à toutes les sollicitations éventuelles. S'interroger sur le sens de l'histoire du jeune permet de

maintenir la cohérence du parcours en protection de l'enfance mais nécessite parfois de la part des référents des « lacher-prise » qui sont autant de prise de risque.

### ***La cohérence du parcours en protection de l'enfance***

La situation des jeunes dits incasables se caractérise par de nombreuses ruptures de prises en charge. La question de la cohérence du parcours dans la succession de prises en charge est donc une question centrale.

Dans les périodes de fortes manifestations, de « bruyance », de turbulences, les professionnels établissent des priorités dans ce qu'il est nécessaire de mettre en place. Pour les jeunes qui ont connu ou connaissent des périodes d'hospitalisation en psychiatrie, la question de la scolarité devient parfois secondaire. Ce qui est souvent privilégié est la recherche d'un lieu où le jeune puisse « se poser ». Les lieux de vie, petites structures cadrantes, apparaissent souvent aux professionnels de l'ASE pertinents pour l'accueil de ces jeunes dans ces périodes. Malheureusement, l'accueil en province dans les lieux de vie complexifie très souvent la mise en place du suivi thérapeutique indispensable à ces jeunes. En effet, la saisine du secteur pédo-psychiatrique proche du lieu de vie n'est pas aisée.

Les périodes de fortes turbulences, dans lesquelles les manifestations de clash se manifestent, sont pour les professionnels des moments où la cohérence est particulièrement mise à mal. Dans ces périodes, il arrive que les professionnels montent des réponses complexes, dont l'objectif est de permettre aux équipes de souffler. La cohérence, pour le jeune comme pour les professionnels, des interventions peut être perdue par des montages qui répondent à un autre objectif, celui de permettre aux accueillants de supporter la situation.

La recherche de cohérence se heurte également à des problèmes organisationnels. L'intervention nécessite de travailler avec d'autres acteurs dont les approches de la problématique, la méthodologie, le rythme et la disponibilité sont différents. Il faut travailler avec les réponses existantes sur le territoire.

Les référents estiment qu'il est difficile d'orienter les jeunes vers des structures qui offrent à la fois une prise en charge éducative et des soins, donc vers des établissements médico-sociaux. Trouver un ITEP qui accepte le jeune et qui soit proche de son lieu d'hébergement, sachant que celui-ci risque de changer, est très compliqué. Il a été également signalé l'impasse dans laquelle se trouvent les jeunes après l'exclusion d'un ITEP. Parmi les douze jeunes pour lesquels nous avons approfondi l'analyse, trois ont été confrontés à l'absence de solution après une exclusion d'ITEP.

D'autre part, les familles d'accueil reçoivent des enfants et des jeunes dans des situations extrêmement complexes pour lesquelles elles ne sont pas formées, même si elles ont une volonté de bien faire. Elles peuvent par exemple se retrouver en relation directe avec les proches du jeune, sans connaître le fond de la problématique familiale et adopter des attitudes vis-à-vis de la famille qui vont à l'encontre de ce que les professionnels de l'ASE ont mis en place.

Concernant le sens du parcours et de la pratique mais aussi la cohérence de l'intervention, l'analyse des situations le montre, il n'existe pas de règles strictes. Un éloignement peu apparaît insensé pour un jeune mais tout à fait pertinent pour un autre. Un retour en famille sans mesure d'accompagnement peut s'avérer catastrophique pour un jeune mais être tout à fait bénéfique pour un autre. La quête de sens et de cohérence est un travail nécessairement individualisé. C'est un travail extrêmement complexe car il ne répond pas à des règles générales.

Le sens et la cohérence gagnent à être recherchés de manière pluridisciplinaire. Chaque acteur, fort de ses compétences et de son observation disciplinaire, apporte des éléments essentiels que les autres ne peuvent apporter. Le croisement des regards disciplinaires et des hypothèses apparaît indispensable pour construire une stratégie d'intervention

partagée qui fasse sens. La recherche montre que les pratiques d'échappement des jeunes et les manifestations fortes qu'ils développent, véritables énigmes, trouvent une explication dans le sens qu'ils attribuent aux événements du passé et du présent. Or, le décryptage de **l'énigme de l'incasabilité** à partir d'une seule compétence disciplinaire est incomplet.

## **Conclusions : deux pré-requis à l'accompagnement des situations d'incasabilité**

La question posée par l'appel d'offres de l'ONED visait à connaître et à comprendre les situations d'incasabilité afin d'améliorer « les pratiques de prévention et de prise en charge permettant de maîtriser, si ce n'est d'éviter, ces phénomènes ».

Deux pré requis semblent ressortir des analyses de pratiques professionnelles dans des situations d'incasabilité :

- Le premier pré requis est à la fois politique, méthodologique et organisationnel : il s'agit de construire et de prioriser un réseau cohérent et territorialisé de ressources sanitaires et sociales qui dépassent la logique d'établissements et qui substitue à la logique d'orientation (orientation vers un ITEP, un hôpital, un service d'accompagnement) une logique de plan personnalisé reposant sur une évaluation commune de la situation. Cette évaluation suppose un langage partagé, une confiance entre intervenants, une alliance avec les parents et les aidants naturels lorsqu'elle est possible et une conviction de départ que chaque acteur (et chaque institution d'appartenance donc) « est nécessaire et insuffisant ».
- La première mission des structures sanitaires et sociales participant du réseau des ressources territorialisées est un travail de « veille », partagé par tous, qui s'articule avec l'observatoire des situations de risque de danger. La veille s'organise dans une présence-alliance dans les espaces de vie, au sein de la Cité, là où les acteurs peuvent décider d'une posture commune, avant d'envisager des stratégies concertées. C'est là une autre manière d'occuper le terrain. Veiller n'est pas *surveiller* ; il n'y a aucun surplomb, aucune fonction panoptique, mais une attention dans un vécu en commun, une sorte de disponibilité curieuse à la vie des autres afin de prévenir ou de détecter une souffrance, une atteinte dans les corps sans défense de populations en situation de fragilité ou de vulnérabilité liée à l'âge, à l'état de santé, aux conditions de vie, etc.
- Cette approche suppose de plus de renoncer à une « structure idéale ou un secteur idéal pour les incasables » (l'hôpital, l'ITEP...). La recherche montre que toutes les situations étudiées sont singulières et nécessitent chacune des stratégies à la fois personnalisées et continues. Les structures de terrain peuvent être pertinentes à un moment donné du parcours, dans la mesure où la collaboration d'équipes pluridisciplinaires et intersectorielles est mise en place sur le territoire. Parfois ce sont des espaces tiers qui sont convoqués. Les réponses des deux départements étudiés divergent dans leurs *recours à des espaces tiers* : pour le 94, ce sera plutôt le lieu de vie, éloigné des espaces de vie habituels du jeunes ; pour le 95, ce sera plutôt la famille d'accueil. Les deux espaces tiers sont des « foyers » de substitution, c'est-à-dire des espaces de vie de type familial, non spécialisés, qui reposent sur les relations de confiance et de proximité. Ces espaces tiers semblent fonctionner temps qu'ils ne sont pas vécus comme des « cages » de réactivation de souffrance par les jeunes. La question qui se pose parfois dans ces espaces tiers est la relation, étroite ou lâche, hiérarchique ou horizontal, de contrôle ou de soutien, entre ceux-ci et les professionnels de l'action sanitaire et sociale
- Ce premier pré requis suppose aussi que les schémas globaux d'organisation sociale des départements intègre cette orientation méthodologique et

organisationnelle comme cela semble être le cas dans le schéma en construction du Val de Marne (2008-2012) et comme semble le réfléchir aujourd'hui le Val d'Oise (rencontres de l'équipe de recherche avec la directrice de l'enfance et de la famille et celle de la MDPH du Val d'oise). Cela suppose aussi que les futures Agences Régionales de Santé intègrent cette problématique de coordination et coopération territorialisée dans les SROS (schémas Régionaux d'organisation Sanitaire) et les PRIAC (Plans Régionaux de lutte contre les perte ou les manques d'autonomie).

- Le deuxième pré requis renvoie aux cultures professionnelles inscrites dans des institutions qui parfois « formatent » les réponses aux situations complexes. Ce pré requis propose de reconnaître et de traiter d'abord la souffrance du jeune en même temps que sont mises en place les premières interventions (assistance éducative, placement, investigation, etc.) pour assurer la « protection » du mineur. Lorsque l'alerte se déclenche (par le dispositif de veille), au plus proche, il ne s'agit pas seulement d' « intervenir » dans le sens de prendre une mesure, d'appliquer une sanction, mais il s'agit aussi et d'abord de soulager de la souffrance : les propos issus des entretiens soulignent le fait que la première forme de soulagement commence bien souvent par la *manifestation perceptible que l'on a perçu cette souffrance, qu'on la reconnaît, qu'on affirme ainsi son existence*. La deuxième étape du soulagement ne consiste pas seulement à éloigner le corps meurtri de la cause immédiate de la souffrance, mais elle nécessite d'intégrer déjà un traitement, un premier onguent, une première délivrance du poids de la souffrance. A défaut de soulager et traiter, le corps meurtri, à qui on aura juste apporter un éloignement de ce qui l'a fait souffrir, restera avec la souffrance intacte, toujours aussi lourde, mais "oubliée", "méconnue", "laissée pour compte", comme si, à une chair rongée par l'acide, on avait éloigné le récipient incriminé en laissant le liquide à l'intérieur de la plaie. On ne s'étonnera pas ensuite des « explosions » du corps meurtri à qui on administre régulièrement des pansements qu'il arrache systématiquement. L'incasabilité n'est souvent qu'une désignation indicible d'une plaie à vif.
- ce pré requis qui priorise le « soulagement » de la souffrance suppose la mise en place de méthode(s) pour conserver la mémoire des parcours et le sens des trajets de vie dans les différents services territorialisés. Un travail reste à faire, peut être par l'Agence Nationale d'Evaluation social et médico-sociale en lien avec la Haute Autorité de Santé pour définir des recommandations en la matière ;

A partir de ces pré requis, -et seulement si ces pré requis sont présents-, peuvent se penser des modes de dépassement de la souffrance initiale et des manifestations qu'elles engendrent, tels que les développent certaines équipes travaillant auprès de jeunes difficiles, inscrits dans les situations de violence.

Les techniques d'autocontrôle ou l'entraînement à la responsabilité<sup>4</sup>, qui permettent à la fois de travailler sur l'interprétation des situations, de prendre conscience de la liberté de choix et de l'admettre sans la fuir, ou encore le programme AD-AGR-A (Adolescents – Agressifs-Action) qui réinscrit le jeune dans un réseau de soutien social, ne peuvent se concevoir hors de ces deux pré requis, au risque de réduire ces « programme » à des dressages comportementaux pour le moins inefficaces dans les situations d'incasabilité.

---

<sup>4</sup> Voir rapport Debardieux et Al., ONED, 2008