



Une souffrance maltraitée

Parcours et situations de vie des jeunes dits 'incassables'

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

Septembre 2008

MUSÉE SOCIAL
DÉLÉGATION ANCREAI ILE-DE-FRANCE

La présente recherche a été commanditée et financée par l'ONED dans le cadre d'un programme portant sur les incasables (3 études) et co-financée par les départements du Val d'Oise et du Val de Marne. Deux comités de pilotage 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 pédopsychiatrie 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'enfants ou de jeunes en danger qui posent problème aux institutions sanitaires et sociales en aboutissant de manière récurrente à des ruptures dans les accueils, les accompagnements et les soins. 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.

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), ainsi que les formes de socialité et le positionnement social (l'organisation plus ou moins stable de la bande...) Les travaux les plus 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

Ces caractéristiques des jeunes dits difficiles pourraient se retrouver dans nombre de situations d'enfants accueillis et accompagnés en protection de l'enfance. Or, 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 selon laquelle ce ne sont pas les caractéristiques propres des jeunes ni celles de leur famille, ni les organisations et pratiques professionnelles qui sont, isolément, à l'origine des situations d'incapacité. Ces situations se comprennent dans « 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) arrivent, 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 objectif de mettre en regard les histoires de vie des jeunes, les

caractéristiques des situations de vie actuelles et l'intérêt des réponses institutionnelles proposées. Il s'agissait d'analyser d'une part les parcours de vie et d'autre part les parcours institutionnels des jeunes au regard des pratiques professionnelles.

- Une étape préliminaire a consisté à recenser, sur chaque territoire, les jeunes relevant d'une situation d'« incasabilité », en sollicitant les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance de deux départements.
- La recherche a consisté à étudier les parcours de vie et les parcours institutionnels de 80 jeunes recensés, 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 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.
- 12 situations ont été sélectionnées pour un approfondissement qualitatif. Les études de cas se sont appuyées sur des entretiens qualitatifs réalisés, lorsque cela était possible, auprès d'un ou plusieurs professionnels impliqués dans la prise en charge du jeune, auprès du jeune et ou de ses parents.

Quatre outils ont été construits pour recueillir les informations nécessaires à l'étude des parcours des jeunes dits incasables : une feuille de recensement, une grille de recueil biographique, une grille d'entretien, un questionnaire d'observation partagée (voir annexes du rapport)

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.

Les parcours en protection de l'enfance

Les jeunes de notre échantillon ne se caractérisent pas par un type de parcours en protection de l'enfance. Pour certains, les difficultés personnelles sont apparues dès la naissance, pour d'autres, pendant l'enfance, pour d'autres encore à l'adolescence à la suite d'un événement particulier (le décès des parents par exemple). Le moment de la première intervention sociale dans le parcours de vie varie fortement. En effet, plus d'un jeune sur dix a été accompagné dès la première année de vie (pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'une OPP) tandis que près de trois jeunes sur dix ont connu leur première mesure ASE entre 11 et 13 ans (25/80). Certains jeunes ont donc été pris en compte par l'ASE, de manière précoce, c'est-à-dire dès l'apparition des difficultés, qu'ils soient tout petits ou adolescents. D'autres ont pu être suivis en AEMO pendant plusieurs années, les difficultés ayant été repérées, sans toutefois que la gravité de leur situation ne soit

connue. D'autres encore ont souffert plusieurs années, depuis la petite enfance, avant que les difficultés ne soient détectées.

On ne peut donc pas expliquer les situations d'incapacité par un parcours particulier en protection de l'enfance. Il ne s'agit pas exclusivement d'enfants pour lesquels il y a eu un défaut de la détection, ni d'enfants ayant un long parcours en protection de l'enfance, ni d'enfants pris en compte précocement etc. L'incapacité trouve ses sources ailleurs.

Qui sont les jeunes estimés « incapables » par les professionnels de l'ASE des deux départements ?

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%**.

Ils ont vécu des événements traumatiques graves

Le point commun aux jeunes en situation d'incapacité repérés par les professionnels est la présence dans le parcours de vie **d'événements traumatiques graves sources d'une grande souffrance**.

Ainsi, trente jeunes ont vécu le décès d'un proche, parfois dans des conditions violentes, par exemple par homicide ou par suicide, dans deux cas, en présence de l'enfant. Vingt-neuf jeunes ont été rejetés par l'un de leurs parents, voire les deux (par exemple une jeune fille que sa mère n'est pas venue chercher au retour de colonie de vacances lorsqu'elle avait 7 ans et qui n'a plus voulu entendre parler de sa fille). Pour vingt jeunes il est fait référence à de la violence conjugale et à la tyrannie exercée par le père. Seize jeunes ont été victimes de violences sexuelles ayant donné lieu à la condamnation de(s) l'auteur(s). Pour huit autres jeunes, les violences sexuelles sont suspectées par les travailleurs sociaux mais n'ont pas été prouvées. Quinze jeunes ont été victimes de coups (coups de pelle sur la tête, brûlures de cigarette...). Pour quatorze jeunes, la question de la filiation ou de la séparation d'avec le père est particulièrement problématique. Pour treize jeunes, la maladie psychique d'un des parents est évoquée comme significative dans la situation d'incapacité. Les tentatives de suicide de la mère, l'arrivée en France dans des conditions difficiles, la distribution des places dans la famille, la présence d'un handicap lourd, sont d'autres conditions à l'origine d'une grande souffrance. Les jeunes de notre échantillon cumulent ces circonstances dramatiques. On peut également supposer que tous les événements dramatiques vécus ne sont pas connus des travailleurs sociaux.

Ils mettent en échec les modes de placement

Les échecs successifs des modes de prises en charge apparaissent comme ce qui fait l'incapacité. L'étude des parcours nous a amené à établir un lien entre les manifestations des jeunes qui le rendent « incapable » (comportements violents, fugues, auto-agression etc.) et la souffrance qu'ils supportent. Parfois, ils agissent à des dates anniversaires (du

premier placement, donc de la première séparation d'avec les parents par exemple) ou à la suite d'évènements anodins pour l'observateur extérieur mais qui réactivent chez eux une souffrance intacte.

Lorsque cette souffrance est réactivée ...

... par un évènement personnel, comme un nouveau rejet de la part des parents mais aussi parfois par les circonstances du travail social (le départ à la retraite de l'assistante maternelle) ou encore en raison d'un défaut de lecture par les travailleurs sociaux d'un évènement présent lourd de conséquences (le vol d'une valise dans un foyer), ...

... ou par les conditions de la prise en charge, par exemple un éloignement de la famille mal vécu,...

... les manifestations des jeunes mettent en échec les prises en charge.

Les comportements agressifs, les crises clastiques, les troubles du comportement, les violences ou les menaces sur une personne connue (un professionnel ou un pair la plupart du temps), les délits, les vols et les destructions et dégradations entraînent une exclusion. Notons que les jeunes de notre population ayant commis des actes de délinquance sont minoritaires.

D'autres types de manifestations confrontent les professionnels des lieux de placement, (qu'il s'agisse des assistantes maternelles ou des professionnels dans les foyers) aux limites de leurs compétences, estiment-ils. Ils ne savent pas comment répondre aux fugues à répétition, aux violences contre soi (automutilations, comportements alimentaires problématiques, addiction, prostitution), aux tentatives de suicide, à la mise en danger de soi et d'autrui, aux comportements sexués, à la décompensation, au repli sur soi. Les professionnels se tournent alors vers la psychiatrie. Les violences contre soi entraînent chez les professionnels de l'ASE l'idée que le jeune « relève » de la psychiatrie.

Nous pouvons interpréter les manifestations des jeunes selon deux axes qui donnent des pistes de compréhension :

1. Ces manifestations sont réactionnelles à des évènements 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, pour les douze jeunes qui s'infligent à eux-mêmes de la violence, le père est mentionné particulièrement dans les évènements dramatiques vécus : il est soit décédé, soit inconnu, soit parti à l'étranger (2 fois), soit tyrannique, soit auteur de violences sexuelles avérées.

Ils connaissent ou ont connu des ruptures scolaires

Au moment de l'enquête, la déscolarisation des jeunes de notre population est massive. En effet, plus de six jeunes sur dix sont déscolarisés, seuls dix jeunes sur les soixante-quinze pour lesquels l'information est disponible n'ont jamais été déscolarisés. Six jeunes seulement sont scolarisés à l'école ordinaire. Dix jeunes sont en formation professionnelle, en CFA ou en BEP. Sept jeunes sont en établissement médico-social ou en établissement social (école interne des Maisons d'Enfants à Caractère Social).

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.

Trente-deux jeunes ont connu une seule déscolarisation définitive. 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.

Une forte proportion d'entre eux est également connue du champ du handicap...

Les orientations décidées concernent les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui sont dédiés aux enfants souffrant de troubles du comportement et les instituts médico-éducatifs (IME) qui accueillent des enfants déficients intellectuels. Vingt-trois jeunes ont été orientés en ITEP. Mais pour cinq d'entre eux, cette orientation n'a jamais été effective.

... et de la psychiatrie

Les jeunes de la population sont pour *plus de la moitié* suivis sur le plan psychiatrique. Plus de six jeunes sur dix (45/69 pour lesquels l'information est donnée) bénéficient d'un suivi par un médecin pédopsychiatre ou psychiatre. Treize autres 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 onze autres, les professionnels estiment qu'un suivi sur le plan psychiatrique n'est pas nécessaire.

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. **45** ont été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois, treize jeunes, ont connu des hospitalisations en pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte de un an et plus (plus de deux ans pour certains).

Comment comprendre les situations d'incapacité ?

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'événements. Et si les situations sont toutes singulières, les parcours soumis à l'étude par les référents éducatifs semblent entrer dans un schéma « de construction » de 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 ».

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. Les institutions interviennent 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. L'historiographie des interventions sociales donne l'impression d'un voile levé progressivement sur le passé, mais parfois de manière incomplète.
2. Le jeune vit une situation source de souffrance depuis un laps de temps plus ou moins long avant qu'elle ne soit connue des institutions. 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'incasabilité est parfois liée **à une non lecture de la souffrance initiale** et de son développement tout au long du parcours.

Nous avons identifié deux moments particulièrement significatifs du parcours dans lesquels des clés de la compréhension de la souffrance peuvent se trouver :

- La période pendant laquelle l'enfant a vécu les premières difficultés sans qu'elles ne soient détectées par personne. Cette période a pu être courte ou longue
- 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 intéressant¹ pour comprendre les mises en échec.

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 (seize jeunes vivent dans leur famille au moment de l'enquête), va se dérouler.

La question du sens

Dans les études de cas, nous avons constaté que des liens pouvaient être faits entre les manifestations et les pratiques d'échappement des jeunes et ces moments particuliers de leur parcours. Il nous semble que la question du sens donné à ces deux moments clés du parcours par les professionnels et par les jeunes est fondamentale.

Quel sens prend, pour les jeunes, cette période pendant laquelle les adultes, les professionnels, les institutions, n'ont pas pu, pas su, les protéger ? Et au contraire, quel sens prend une intervention précoce ? 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.

¹ 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

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 souvent une vue d'ensemble sur la fratrie même s'ils ne sont pas référents des frères et sœurs. 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 probablement parce qu'elles ne font pas sens dans le présent pour les référents.**

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. Dans ces trois situations, les référents de l'ASE ont cherché le sens des manifestations autrement que sur un mode renvoyant aux caractéristiques psychiques propres du jeune. Il s'agit dans les trois situations de jeunes majeurs ou proches de la majorité. Pour ces trois jeunes, ils ont visé des objectifs « humbles », qui leur ont fait *prendre des risques* en terme de responsabilité. Par exemple, une référente a pris en compte les fugues répétitives d'une jeune fille dans la prise en charge. Un travail particulier a été fait auprès de l'assistante familiale afin que celle-ci accepte les départs et surtout les retours de la jeune fille.

La cohérence du parcours en protection de l'enfance

La situation des jeunes dits incapables 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 pédopsychiatrique 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'incapacité** à partir d'une seule compétence disciplinaire est incomplet.

Conclusions : deux pré-requis à l'accompagnement des situations d'incapacité

La question posée par l'appel d'offres de l'ONED visait à connaître et à comprendre les situations d'incapacité 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'incapacité :

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 incapables » (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 tant 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 horizontale, 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 pertes 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, auquel on aura juste apporté 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'Évaluation sociale 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 responsabilité², 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 « programmes » à des dressages comportementaux pour le moins inefficaces dans les situations d'incasabilité.

² Voir rapport Debardieux et Al., ONED, 2008