

UNE SOUFFRANCE MALTRAITEE

Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »

Recherche réalisée pour
L'Observatoire National de l'Enfance en Danger,
le Conseil général du Val-de-Marne
Et le Conseil général du Val d'Oise



Juillet 2008

cedias
MUSÉE SOCIAL
DÉLÉGATION ANCREAI ILE-DE-FRANCE



Etude réalisée par :

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

CEDIAS - Délégation ANCREAI Île-de-France

Agnès Cizeau au Conseil général du Val-de-Marne et
Monique Vasseur au Conseil général du Val-d'Oise ont assuré la
coordination de l'enquête sur le terrain

Les entretiens ont été retranscrits par **Marie-Claude Ecoffet**
(CEDIAS - Délégation ANCREAI Île-de-France).

L'équipe de recherche remercie particulièrement
le Conseil général du Val-de-Marne,
le Conseil général du Val-d'Oise,

et l'ensemble des professionnels qui ont participé très activement à
cette enquête.

Sans leur implication pertinente et efficace,
sans la coordination assidue et soutenante de Mesdames Vasseur et
Cizeau,

sans les retours et réflexions des deux comités de pilotage
départementaux et du comité de pilotage national,

cette recherche n'aurait pu aboutir.

Nous leur transmettons toute notre reconnaissance et nos félicitations

Nos remerciements vont également aux jeunes et aux parents qui ont
accepté de nous parler de leur parcours.

Sommaire

INTRODUCTION	7
1- CADRE D'ANALYSE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	9
❑ Une littérature abondante sur les « jeunes difficiles »	9
❑ Le « sens » donné par les acteurs aux situations d'incapacité	13
❑ Appréhender les parcours des jeunes et recueillir leur parole et celle des professionnels de terrain	14
2- QUELS SONT LES CRITERES QUI ONT CONDUIT LES PROFESSIONNELS DE L'ASE A CONSIDERER LES SITUATIONS COMME SITUATIONS D'INCASABILITE	19
❑ Éléments pour une définition de la situation d'incapacité	19
3- QUI SONT LES JEUNES ESTIMES « INCASABLES » PAR LES PROFESSIONNELS DE L'ASE ?	21
❑ Qu'ont-ils vécu ?	22
❑ Le point commun entre les jeunes dits « incapables » est qu'ils ont connu des événements et des contextes de vie ayant produit une extrême souffrance	26
❑ Où vivent-ils aujourd'hui ?	27
4- LES PARCOURS EN PROTECTION DE L'ENFANCE	29
❑ Les jeunes de notre population ont été pris en charge par l'ASE à différents moments de leur parcours de vie et ont été placés à de multiples reprises	29
❑ La succession des interventions	31
❑ Les manifestations à l'origine des ruptures de prises en charge	35
❑ Les ruptures de scolarité	40
❑ L'orientation vers les établissements et services spécialisés	42
❑ La prise en charge par la psychiatrie infanto-juvénile ou adulte	43

5- COMMENT COMPRENDRE LES SITUATIONS D'INCASABILITE ? 47

- ❑ Le parcours de vie du jeune, une expérience différente pour les jeunes, leur famille et les professionnels 48
- ❑ La question du sens 51
- ❑ La compréhension des manifestations qui produisent l'incasabilité nécessite que la mémoire soit gardée 57
- ❑ Compréhension de la souffrance, disponibilité, objectifs « humbles » et prises de risque 59
- ❑ La cohérence du parcours en protection de l'enfance 62

CONCLUSIONS : L'INCASABILITE, MIROIR GROSSISSANT D'UNE ENFANCE EN DANGER ET DES PRATIQUES DE TERRAIN ? 75

- 1- Les critères d'incasabilité des professionnels comparés aux sept définitions initiales 75
- 2- Des parcours de grande souffrance 76
- 3- Le sens donné par les acteurs aux situations vécues 76
- 4- Une souffrance maltraitée : inter-venir et/ou traiter la souffrance latente 76
- 5- Changer les modes d'organisation, reconnaître, soulager et dépasser la souffrance 77

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE 81

GLOSSAIRE 84

ANNEXE 1 - LES OUTILS DE LA RECHERCHE 85

ANNEXE 2 - LES CRITERES D'INCASABILITE 113

Introduction

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.

Le terme même interroge donc en premier lieu l'organisation territoriale de l'action en direction des mineurs et le fonctionnement parfois en tuyaux d'orgue des différents secteurs d'intervention¹.

Vécus par les professionnels des différents secteurs comme « patate chaude », ces jeunes des deux sexes (même si on note une surreprésentation masculine), cumulent le plus souvent des difficultés sociales, familiales, scolaires, psychologiques voire psychiatriques et parfois judiciaires. Ce n'est pas tant ni toujours la gravité des troubles ou des difficultés qui posent problèmes que leurs cumuls et les manifestations hors normes, voire violentes, de leur mal-être.

Dans une enquête sur les raisons des refus de dossiers de jeunes orientés vers les instituts de rééducation en Île-de-France², les deux premières invoquées par les structures étaient la « pathologie des jeunes considérée comme hors agrément de l'établissement » et le « seuil d'équilibre de l'équipe professionnelle ». Les structures insistaient ainsi sur deux limites de leur organisation de travail social : dans leur configuration actuelle, avec le plateau technique dont elles disposaient et dans le cadre de leurs modes d'accueil, soit leurs équipes ne pouvaient répondre aux pathologies (ou aux symptômes psychiatriques) de ces jeunes, soit la structure en question recevait déjà d'autres jeunes dont les manifestations comportementales nécessitaient une mobilisation plus importante des ressources humaines et matérielles et le fait d'admettre une autre situation problématique risquait de mettre en danger l'équilibre même de l'équipe de travail. La question par les professionnels était posée là en termes de « seuil », de ce qu'une équipe peut ou ne peut pas supporter en fonction de sa charge de travail et du cumul des situations à prendre en compte de manière simultanée.

Ces situations problématiques ont donné lieu, dans certains départements, à la mise en place de dispositifs transversaux et départementaux (commission des enfants difficiles, cellule départementale des situations difficiles, etc.³) qui dépassent les différentes commissions sectorielles et réunissent les représentants territoriaux des institutions concernés. Ces instances sont le plus souvent saisies lorsque la concertation au niveau local a échoué et lorsque le parcours institutionnel du jeune s'est conclu par des échecs successifs. Elles statuent sur une stratégie globale d'intervention concertée et évaluée qui mobilise en tant que de besoin les services nécessaires à la problématique du jeune.

¹ Comme le dit Claire BRISSET, « à défaut d'organisation concertée, chaque acteur semble trop souvent fonctionner dans une logique propre. Cela risque d'aboutir à des dysfonctionnements et à des prises en charge inadaptées (et le rapport de citer entres autres) : des difficultés graves pour les établissements accueillant des mineurs ayant des troubles du comportement s'ils ne travaillent pas de façon concertée avec la pédopsychiatrie ; (...) l'impossibilité de trouver des prises en charge adaptées pour certains enfants dont les difficultés relèvent de la compétence de plusieurs institutions » Défenseur des enfants, rapport annuel 2004, Documentation française.

² CREAÎ Île-de-France « les raisons et conditions des refus d'admission dans les instituts de rééducation en Île-de-France », 1997, Groupe régional des IR, DRASSIF.

³ En Île-de-France, notamment dans le Val-d'Oise, dans l'Essonne, les Yvelines, à Paris...

En Île-de-France, ces instances à l'origine départementales, ont été de fait « rapatriées » sur le local. En effet, ce qui paraissait logique au départ (traiter au niveau départemental les quelques situations qui, au niveau local, posent problème), s'est avéré producteur de lourdeur administrative voire de non-réactivité et d'inefficacité en termes de mobilisation du réseau.

Du côté du judiciaire, les échecs multiples des prises en charge et les multi récidives délictueuses des jeunes ont abouti aux deux formes de réponse que sont les centres éducatifs renforcés et les centres éducatifs fermés basés sur un renforcement de l'encadrement éducatif et pour les seconds une assignation à résidence. Le principe commun aux deux types de structure est de provoquer, dans un temps relativement court, un détournement du trajet délictueux et une accessibilité du jeune à des ressources suffisantes pour transformer sa perspective de vie.

Au-delà des réponses institutionnelles, l'intrication des difficultés des jeunes ainsi que les manifestations de leur mal-être rendent complexe la compréhension de leur situation de vie et de leur fonctionnement en matière d'interactions sociales, d'apprentissage, de communication, etc. Les jeunes en difficultés sont à ce propos souvent décrits par les professionnels comme des personnes *imprévisibles* ou « *capables du pire comme du meilleur* », sur lesquelles il y a parfois peu d'emprise (FIACRE, 1999).

Comment analyser l'interaction entre les caractéristiques personnelles du jeune et les facteurs environnementaux, qu'il s'agisse des conditions matérielles, des réseaux relationnels (familiaux, sociétaux, sociaux, culturels), des services sanitaires, sociaux, médico-sociaux à disposition, ou encore des attitudes des autres acteurs disponibles ou non ?

Pour appréhender ces différents aspects des difficultés vécues par les jeunes et afin de comprendre leurs imbrications, la recherche s'intéresse à la biographie de chaque jeune. Cette approche du parcours de vie individuel paraît, en effet, la plus appropriée à la problématique traitée.

Le présent rapport de recherche est structuré de la manière suivante : il présente successivement :

- le cadre d'analyse, les objectifs et la méthodologie ;
- les critères d'incapacité discriminés par les professionnels de terrain ;
- la population des quatre-vingt jeunes répertoriés sur les deux départements ;
- les parcours institutionnels et les événements de vie des jeunes ;
- les compréhensions diversifiées des situations d'incapacité ;

avant de conclure provisoirement sur les conséquences des résultats de la recherche en termes de connaissances et d'organisation des réponses collectives.

1- Cadre d'analyse, objectifs et méthodologie

La nomination par défaut de ces jeunes, moins asociaux que socialement a-topiques (hors des lieux du travail du social), ne signifie pas que nous ne savons rien de la problématique des jeunes difficiles.

□ Une littérature abondante sur les « jeunes difficiles »

Depuis les premiers travaux de Georges Heuyer jusqu'aux approches psychopathologiques et éducatives les plus récentes, en passant par le foisonnement des publications des années cinquante et soixante, nous disposons d'un important *corpus* de connaissances de jeunes en grandes difficultés, qu'elles se manifestent par des comportements agressifs, fugueurs, suicidaires, délinquants ou inhibés.

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 drogues⁴.

Les approches psychosociales (CHARTIER, 1997) y ajoutent les repères biographiques de la personnalité psychopathique⁵ ainsi que la problématique comportementale des trois D : le déni (incapacité à se situer en tant que responsable de ses actions) – le défi (défi au droit et de l'autorité sous toutes ses formes, ainsi que défi à soi-même et aux autres) – le délit (l'agir comme moyen qui permet de se rassurer sur la toute-puissance narcissique).

⇒ **Polysémie de la notion d'incapabilité**

Mais il existe encore peu de publications sur les situations d'incapabilité 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).

Hormis deux mémoires de DSTS, un mémoire d'éducateur, datant tous des années 2000, et de nombreux articles dans la presse sociale spécialisée, quelques récentes études

⁴ Une étude bibliographique plus approfondie montrerait sans doute que chacune de ces étiologies, le plus souvent croisée avec les autres, a été privilégiée ou mise en avant à des moments différents du XX^e siècle.

⁵ Comme la carence (faillite des premiers liens unissant la mère et l'enfant), le pacte incestueux, l'échec de la métaphore paternelle ou la rencontre avec la violence meurtrière in CHARTIER J.P. *Les adolescents difficiles*, Paris, Dunod, 1997.

concernant les jeunes errants approchent les parcours des « incasables »⁶, mais sans les dissocier d'autres problématiques (jeunes isolés, jeunes clandestins, routards, fugueurs, etc.). Or, du côté des études sur les sans domicile fixe⁷, il semblerait qu'un certain nombre de « naufragés » adultes aient connus des parcours institutionnels chaotiques pendant leur enfance⁸.

La notion d'« incasables », émergente à la fin du XX^e siècle, n'a à notre connaissance aucune définition précise ou admise par la communauté scientifique. Elle renvoie à des « profils » selon le point de vue qu'adopte celui qui l'utilise. Sans viser à l'exhaustivité, nous avons repéré dans notre pré-enquête et à partir de nos expériences de terrain et de recherche⁹, au moins sept profils d'incasables construits à partir de points de vue particuliers : depuis celui de l'opinion publique qui donne un nom commode à un phénomène générique qui permet d'échanger sur un objet étrange, autre, et d'en faire un prétexte à l'échange quotidien, jusqu'au points de vue construits à partir de *corpus* préétablis, de concepts et d'hypothèses situés dans des courants sociologiques, en passant par les points de vue construits à partir de la position qu'occupe celui qui nomme dans un espace institutionnel.

On remarquera que nous avons écarté les définitions ou les catégories cliniques renvoyant à des troubles (du caractère, du comportement ou de la personnalité) ou à des maladies. Nous avons évité l'approche comportementale du DSM IV renvoyant au comportement « antisocial » et à une description validée le plus souvent par des a priori de définition du transgressif (BARREYRE 2000). Nous n'avons pas d'opinion arrêtée sur ces approches, elles sont simplement hors de notre champ disciplinaire et nous n'avons pas souhaité associer des cliniciens à l'équipe de recherche afin d'éviter des constructions d'objet par catégories cliniques.

1^{ère} définition : L'incasable dans la vox populi

Cette définition vise l'identification, la désignation, la nomination en tant que telle, qui sépare et singularise des individus comme incasables, c'est-à-dire à part, hors case, hors institutions : souvent utilisé de manière générique (les incasables) par des personnes associées à une institution (l'école, la justice, voire le travail social), les incasables sont « un reste », ce qui n'entre pas dans une catégorie ou une structure identifiante. Ils sont incasables du point de vue de celui qui parle, lui-même situé dans un espace institué. Parfois cette définition pourra être reprise par l'individu lui-même qui trouve là une manière de s'identifier et, d'une certaine manière, de faire allégeance à celui qui l'a nommé ainsi (l'éducateur, l'enseignant, etc.). Ce qui caractérise cette identification en tant que telle, c'est qu'elle renvoie à du générique mais ne repose ni sur un *corpus*, ni sur une logique de pensée ayant distingué un argumentaire et des concepts particuliers.

2^{ème} définition : L'incasable des institutions

C'est sans doute la définition la plus partagée dans la littérature grise et celle qui renvoie au plus près à la construction de ce mot nouveau (in-casable, hors des cases) : l'individu n'a pas sa place dans les diverses institutions spécialisées traitant d'un problème particulier. L'individu ne « relève pas de » ou plutôt ne relève pas seulement de ; il déborde des cases institutionnelles. Il a certes des problèmes scolaires qui pourraient justifier d'un suivi par un RASED ou une intégration dans une classe relais, mais il a aussi de graves problèmes psychologiques associés à des problèmes familiaux, qui pourraient

⁶ CHOBEAUX F. *Les nomades du vide. Des jeunes en errance ; de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*, Paris, La découverte, 2004.

⁷ DECLERCK P *Les naufragés*, Paris, Plon Terre humaine, 2001.

⁸ Voir aussi BARREYRE J.Y., FIACRE P. *Les jeunes en grande difficulté et la santé*, MIPES, 2004.

⁹ J.Y. BARREYRE a été éducateur de rue dans les « quartiers d'exil » pendant une quinzaine d'année et les premiers travaux de l'équipe date de 1985 (*Les loubards*, thèse doctorat, 1990).

l'identifier à une population accueillie dans un ITEP, mais ses comportements violents et ses passages à l'acte déclenchent, de la part de ce type d'institution, une demande d'orientation vers la pédopsychiatrie, qui elle-même se déclare incompétente pour gérer les nombreuses « affaires » de justice accumulées dans le parcours et les fugues ou les « disparitions » successives de ce jeune. L'enfant est ici défini par ces transferts, ces renvois, ces orientations plus que par ses séjours institutionnels relativement courts. Il donne l'impression d'être installé dans les transferts, les entre-deux ; c'est l'enfant « boomerang » (BARREYRE, FIACRE, PEINTRE, 2003), ou la « patate chaude ». Du point de vue des institutions, ces incasables constituent une « population-limite » (BARREYRE, 1997).

3^{ème} définition : l'individu-événement

L'incasable est ici celui qui crée l'événement traumatique, traumatique semble-t-il dans les discours, moins pour lui que pour le milieu dans lequel se produit l'événement. La situation événementielle dont on lui attribue la paternité est un moment qui fait rupture de manière soudaine et violente avec les pratiques, us et coutumes et/ou l'organisation spatio-temporelle d'un lieu déterminé (une famille, un foyer, un lieu d'éducation ou de soins). L'individu est défini, identifié, repéré dans le souvenir des proches ou des intervenants à partir des situations événementielles qu'on lui attribue (violence, insultes, passages à l'acte, fugues, etc.). L'événement est construit et repéré comme tel dès lors qu'il est vécu comme faisant rupture. On peut donc supposer que la frontière entre ce qui fait routine et ce qui fait rupture peut être plus ou moins élastique, que les acteurs de la situation peuvent faire « bouger les lignes » de ce point limite. Problématiser la question sous l'angle de l'événement, c'est s'intéresser donc à ce qui se joue à la limite de la routine et de la rupture.

Ces deux dernières définitions sont éclairées entre autres par l'approche psychanalytique à partir de la notion d'inachèvement du processus de subjectivation tel qu'il se joue à l'adolescence et se poursuit chez certains adultes en « situations extrêmes » (ROUSSILLON, 1991) et qui « *a pour corollaire le recours à des procédés d'évacuation des tensions (internes) qui conduisent ces patients à utiliser la réalité extérieure dans un processus d'externalisation* » (AUBERT, SCELLES, 2007). Cette externalisation de la vie psychique donne une forme au mal-être en expérimentant son actualisation dans l'interrelation avec le monde (ou les mondes) extérieur(s) (cf. JEAMMET, 1998). L'externalisation répétée du mal-être interne dans de multiples espaces institutionnels a deux conséquences repérées par la littérature grise : d'une part elle met à mal le narcissisme des intervenants et des acteurs institutionnels et d'autre part elle rend nécessaire un *travail interinstitutionnel* et donc une certaine humilité des institutions elles-mêmes à se poser comme cadres nécessaires et suffisants à ce type de situations (MELLIER, 2007). Cette analyse fut notamment reprise dans le cadre de notre pré-enquête, au cours de l'étude d'une situation par le groupe transversal et interinstitutionnel du Val-de-Marne sur les situations complexes.

4^{ème} définition : l'individu en attentes

L'incasable est ici celui dont les diverses difficultés n'ont pas toutes trouvé de réponses sanitaires ou médico-sociales. La définition est associée ici à une évaluation de ces difficultés (ou de la complexité par enchevêtrement de celles-ci) qui entraîne de la part de l'évaluateur un constat « d'incasabilité » ou de mise en attente, soit parce que son lieu d'accueil au moment de l'évaluation est un lieu par défaut, soit parce que les autres dispositifs conjoints nécessaires à la prise en compte de ces difficultés ne sont pas mobilisés voire mobilisables. Cette définition, en tant que telle, n'a pas été retenue par les terrains de notre enquête pour discriminer les situations d'incasabilité.

5^{ème} définition : l'enfant de la galère

L'incasable ici est considéré comme le produit de la faillite des institutions (DUBET, 85, 2000) : faillite des institutions familiales, scolaires, sociales mais aussi faillite des attaches instituant comme la classe sociale ou du milieu d'appartenance. Les enfants de la galère n'ont pas seulement les caractéristiques décrites par Dubet ou par Lapeyronnie (« *ceux qui tiennent les murs* » dans la cité et dans les quartiers d'exil) mais se rapprochent plus des galériens décrits par François Chobeaux ; ils errent souvent dans un espace restreint, interstitiel entre les foyers et les lieux d'accueil, mais ils ne sont pas toujours arrimés à un territoire. Sans attache, sans projet, exilés dans des non-lieux, parfois sans raison d'être, ils peuvent être sans limite et sujets de transgression. L'enfant de la galère s'esquive, évite d'être « pêcho » dans un projet, épinglé dans une file d'attente ou un processus éducatif. Ces incasables urbains du nord renvoient aux enfants des rues du sud et côtoient souvent dans les grandes villes ces enfants isolés et clandestins venus d'Afrique ou d'Europe de l'Est.

6^{ème} définition : le jeune sans capital

L'incasable de ce point de vue est un jeune individu caractérisé par un capital personnel misérable : capital économique, culturel, social (Bourdieu). Le plus souvent enfant de pauvres, voire issu des milieux de grande précarité, s'il dispose d'un capital culturel transmis par sa famille ; celui-ci n'a aucune valeur dans le monde dans lequel il vit. Il ne peut compter ni sur une solidarité communautaire, ni sur des attaches ou des réseaux sociaux qui pourraient être une quelconque ressource dans un ou plusieurs domaines d'activité sociale. Ses schèmes comportementaux sont frustrés ou primaires et reposent sur le principe de la survie. C'est, comme le dit un directeur de foyer, « *l'adolescent difficile (...) qui essentiellement détruit, explose, menace, insulte au quotidien. (...qui) est d'abord difficile à lui-même tant son vide existentiel est sévère, ses capacités à des échanges sociaux extrêmement limités et dans la réalité, ses possibilités d'inscriptions scolaires, professionnelles, culturelles ou sportives quasi nulles.* »¹⁰

7^{ème} définition : le « surcasé » ou l'incrusté de fait

Il s'agit ici d'un jeune ayant trouvé une place correspondant à ses difficultés au moment de son placement, place souvent éloignée de son lieu de vie originel, et dont un des éléments de sa problématique se transforme (difficultés affectives, psychologiques, sociales, judiciaires, etc.) et qui remet en cause la stratégie globale d'intervention organisée autour du lieu d'accueil. Le dispositif d'aide sociale à l'enfance se trouve alors en difficulté pour sortir ou extraire le jeune de ce lieu par le passé adéquat.

Ces profils identifiés ont pour fonction d'ouvrir le champ de l'investigation et de servir de repères en les comparant à la manière dont les professionnels des deux terrains ont discriminé leurs situations d'incasabilité.

¹⁰ Jordan BOUTS, directeur d'un foyer, in *Lien social*, n° 881, 17 avril 2008, p. 8-14.

□ Le « sens » donné par les acteurs aux situations d'incapacité

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 partirons donc 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 »¹¹ 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 agis¹².

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 se donne 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. Elle consistera,

- d'une part, 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 ;
- ensuite, 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, 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 ?

¹¹ « Nous désignerons toujours par « activité » un comportement compréhensible, ce qui veut dire un comportement relatif à des « objets », qui est spécifié de façon plus ou moins consciente par un quelconque sens « échu » ou « visé » » Max WEBER, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965, p. 329-330.

¹² On retrouve ici les travaux de G. Simmel sur l'interaction réciproque, repris par R. Park et les deux écoles de Chicago avec, au plus proche les travaux d'Howard Becker (*Outsiders*) et ceux, plus franco-français d'Isaac Joseph (*Le Passant considérable*).

À ces trois objectifs, s'ajoute un quatrième, transversal, qui vise à rassembler et à mettre à jour les différents éléments participant à la définition d'une situation d'incapacité. Les premières définitions de l'incapacité, issues de la revue bibliographique (ci-dessus), seront mises en regard des critères d'incapacité tels qu'énoncés par les professionnels de terrain, d'abord dans le recensement des jeunes sur chaque département, puis dans les entretiens qualitatifs prévus.

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 ».

□ Appréhender les parcours des jeunes et recueillir leur parole et celle des professionnels de terrain

Pour répondre aux objectifs fixés, la recherche s'organise en deux temps :

1. D'abord une observation des parcours de vie de jeunes, qui 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.

Ce recueil se base sur une grille biographique construite et validée dans une autre recherche¹³ (Makdessi, O'Déyé & Mogoutov, 2002). La grille tient compte de l'axe temporel et se décline en grandes thématiques : le mode d'hébergement, la composition de la famille et de l'entourage proche, la scolarisation et/ou l'activité de jour, l'état de santé, les interventions sociales et judiciaires (investigations, actions éducatives, suivis, etc.). Sont saisies sur cette grille (sous forme d'un tableau Excel) les différentes données relatives aux événements qui constituent le parcours de chacun des quatre-vingt-dix jeunes. Le recueil chronologique a été complété dans la présente étude par des questions ouvertes relatives à chacune des thématiques. Ces questions ouvertes ont été riches d'enseignements qualitatifs.

2. Dans un deuxième temps, parmi les parcours de vie étudiés, douze 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 quatre-vingt grilles biographiques recueillies. Les études de cas ont consisté à rencontrer pour un 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. Si cet outil leur est apparu pertinent, les conditions de son test n'étaient pas réunies. Cet outil, présenté en annexe, doit être renseigné collectivement par l'ensemble des professionnels intervenant auprès de l'enfant. Il vise à faire le point sur les différents domaines de la vie du jeune, à identifier ce qui est réalisé et par qui, à relever les besoins du jeune qui ne sont pas couverts. Ces éléments permettent de construire une stratégie globale d'intervention.

¹³ Approche méthodologique, testée et validée dans le cadre d'une recherche pour la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse du ministère de la Justice entre 2000 et 2002, qui a abouti à la construction d'une grille d'observation des parcours des jeunes accueillis par les services de la PJJ (Ordonnance de 45 et assistance éducative). Cette grille recueille tout type d'événement pouvant marquer les parcours des jeunes ; elle tient compte de l'environnement familial et social, de l'état de santé du jeune, des événements judiciaires, etc., et décrit à chaque fois la situation précise du jeune (Makdessi, O'Déyé & Mogoutov, 2002).

⇒ **Les outils de la recherche**

Quatre outils ont été construits pour recueillir les informations nécessaires à l'étude des parcours des jeunes dits incasables. Ils sont présentés en Annexe n°1.

- La feuille de recensement
- La grille de recueil biographique
- La grille d'entretien
- Le questionnaire d'observation partagée

⇒ **Le recueil des informations sur les parcours**

Dans le projet de recherche initial, le travail de terrain de recherche devait se dérouler dans le cadre de trois structures accueillant des jeunes en grande difficulté. Ces structures, choisies en collaboration avec les associations et des collectivités territoriales, sont situées dans le Val-de-Marne pour deux d'entre elles (accueil d'urgence et un foyer éducatif pour jeunes filles) et dans le Val-d'Oise pour la troisième (structure expérimentale). Le choix de ces lieux comme terrain de recherche reposait sur les échanges entre nos équipes respectives qui, au fur et à mesure, ont confirmé tout l'intérêt que trouvent ces structures à mener un travail de réflexion sur les jeunes en difficultés.

Au cours des premières réunions de travail, les représentants de la Direction de l'enfance de chacun des deux conseils généraux du Val-de-Marne et du Val-d'Oise ont insisté sur certains points, et notamment :

- l'absence d'une définition précise ou admise par tous, et notamment par la communauté scientifique, de la notion d'incapabilité. Celles existantes renvoient plutôt à des « profils » qui reflètent le point de vue qu'adopte l'auteur ;
- le peu d'informations disponibles pour décrire le profil des jeunes qui connaissent les situations les plus difficiles ;
- mais aussi la rareté des structures dont le projet s'adresse spécifiquement aux jeunes les plus en difficulté ;
- finalement, il était important pour tous (professionnels mais aussi chercheurs) de savoir combien de jeunes sur chacun des deux départements relèvent de cette situation, et d'interroger les professionnels de terrain sur la manière dont ils comprennent le terme « incasable ».

Pour apporter des éléments de réponse à ces interrogations, la présente recherche s'est dotée d'une étape préliminaire supplémentaire qui consiste 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.**

° La feuille de recensement (voir le document en annexe 1)

Pour ce faire, une feuille de recensement a ainsi été proposée par l'équipe de recherche : il s'agit d'un document court à remplir pour chaque jeune qui, du point de vue des professionnels de terrain, relève d'une situation d'incapacité.

- C'est l'inspecteur de l'Aide sociale à l'enfance (dans le Val-de-Marne) et le référent éducatif (dans le Val-d'Oise) qui ont été désignés par le conseil général pour remplir les feuilles :
- Sont concernés les jeunes âgés entre 10 et 18 ans (intervalle délibérément laissé large) et relevant de situations actives.

Le recensement présente un double intérêt. D'une part, il sert à décrire les critères de l'incapacité tels que formulés par les inspecteurs et référents, et de compléter la réflexion déjà entamée sur la définition de l'incapacité à partir de la littérature. D'autre part, il permet de mettre en place une base exhaustive qui nous guidera dans la sélection de l'échantillon des quatre-vingt-dix parcours à étudier dans la recherche.

La recherche s'appuie ainsi, non plus sur des structures, mais sur les situations individuelles repérées par les professionnels de terrain comme relevant de la problématique étudiée.

Le contenu de la feuille de recensement se présente ainsi :

- sexe et année de naissance du jeune ;
- mesure actuelle ASE et date de la première mesure ASE ;
- critères « d'incapacité » ou critères qui, pour le professionnel, qualifient la situation de ce jeune de « difficile » (ex : dix placements en trois mois, placement actuel par défaut, etc.), et motifs des ruptures ;
- prise en charge actuelle (nature, lieu, durée) ;
- placements structures ASE (nombre, durée, séjour dans un lieu de vie) ;
- situation et relations familiales (description de la situation actuelle et exercice des droits) ;
- scolarité et formation (scolarisation, type d'établissement et classe, si déscolarisation durée et motifs) ;
- dossier MDPH déposé, notification d'orientation, type d'orientation, si l'orientation est effective, sinon les raisons ;
- autre suivi éventuel.

Les services de l'Aide sociale à l'enfance du Val-de-Marne ont fait remonter quarante-cinq cas de jeunes estimés incapables, ceux du Val-d'Oise en ont recensé quarante-deux, soit quatre-vingt-sept jeunes. La grille de recueil biographique a été envoyée au service de l'ASE des deux conseils généraux. Les professionnels désignés pour les renseigner disposaient de deux mois.

- **La grille de recueil biographique comporte deux volets (voir le document en Annexe n°1)**

- **Volet 1**

Une grille temporelle permet de recueillir chronologiquement les événements qui ont marqué le parcours du jeune depuis sa naissance. Cette grille se décline en grands thèmes :

- le mode d'hébergement ;
- la famille et l'entourage proche (composition, changements) ;
- la scolarisation et/ou l'activité de jour ;
- l'état de santé et les soins (psychiatrique, somatique, etc.) ;
- les interventions sociales et judiciaires (investigations, décisions judiciaires, actions éducatives, etc.) ;
- les autres informations à signaler.

- **Volet 2**

Ce volet contient des questions ouvertes qui visent à compléter les informations factuelles notées dans la grille du volet 1. Il s'agit d'un approfondissement qualitatif de chacun des thèmes afin d'expliquer l'enchaînement des événements, de mieux saisir les pratiques professionnelles, mais aussi les projets ou décisions non réalisés (que la grille biographique ne saisi pas *a priori* puisqu'ils n'ont pas été effectués...). Cet approfondissement qualitatif a pour objectif également de repérer les prises en charges multiples, les problèmes de déscolarisation, ou l'adaptation à l'école, l'entourage familial et le travail fait avec les familles, la nécessité des soins de santé et leur mise en place, ainsi que leur articulation avec les autres suivis, les frontières avec le handicap et comment le jeune arrive dans un ITEP ou une structure spécialisée.

Finalement, sur les quatre-vingt-sept situations initiales, quatre-vingt grilles de recueils biographiques nous ont été retournées : quarante-deux dans le Val-d'Oise et trente-huit dans le Val-de-Marne.

- **Un recueil anonyme**

Nous ne disposons pas de l'identité des jeunes concernés. Chaque département avait numéroté les situations dites d'incapacité. Nous avons utilisé ses numéros dans tous nos échanges. Les coordonnées des jeunes et de leurs parents nous ont été communiquées lorsqu'ils ont été d'accord pour nous rencontrer.

⇒ **Les études de cas**

Une première exploitation des quatre-vingt grilles recueillies a permis de poser plusieurs hypothèses. À partir de ces hypothèses (présentées ci-après), nous avons sélectionné

douze situations permettant de travailler les différentes hypothèses. Nous avons également prévu deux choix de remplacement pour chacune des douze situations.

Puisque les situations retenues sont illustratives de différents thèmes, à partir d'une base commune, un questionnaire spécifique a été élaboré pour chacune. Dans certaines situations, ce sont les conditions du premier placement que nous souhaitons approfondir, dans d'autres ce sont les modalités du travail en partenariat qui ont été creusées, etc.

Les entretiens ont été enregistrés sauf lorsque les personnes ont refusé l'enregistrement (1 fois). Tous ont été retranscrits.

L'organisation des entretiens a demandé un temps important. Mais, contrairement à ce que nous avons envisagé, peu de jeunes et de parents contactés ont refusé de nous rencontrer. Cependant, au fur et à mesure de l'avancée des travaux, des rendez-vous ont été annulés.

Dans le Val-d'Oise, un jeune ne s'est pas présenté au rendez-vous, la situation a été abandonnée. Dans deux autres cas, c'est l'actualité de la situation qui nous a conduit à ne pas poursuivre plus en avant. Ces situations ont dû être remplacées.

En raison de ces changements, la sixième situation du Val-d'Oise a été choisie tardivement. Sans que nous l'ayons souhaité (nous n'avions pas l'identité des jeunes), il s'agissait du frère d'un jeune faisant partie des études de cas, dont nous avons rencontré les parents. Le référent éducatif étant en congés au moment du choix tardif, cette situation a été étudiée à partir de l'entretien réalisé avec les parents.

Dans le Val-de-Marne, deux situations ont dû être remplacées. La première en raison du refus de la mère, la seconde compte tenu de l'évolution de la situation.

Nous avons rencontré

- Première situation : le jeune, sa mère, le référent ASE
- Seconde situation : Le jeune, le référent ASE actuel, le référent ASE « historique »
- Troisième situation : la mère, une réunion de synthèse réunissant plusieurs membres de l'ASE dont le référent, le médecin pédopsychiatre actuel et son successeur, un éducateur de l'ITEP. Le jeune aurait dû être rencontré, mais les deux rendez-vous fixés n'ont pas pu être maintenus, le jeune « n'étant jamais là où on l'attend » (référent).
- Quatrième situation : le jeune, sa mère, le référent ASE
- Cinquième situation : le jeune, ses parents, le référent ASE, le juge pour enfants
- Sixième situation : le jeune, ses parents, le référent ASE
- Septième situation : la jeune et sa référente
- Huitième situation : La référente ASE. Le rendez-vous avec la mère a été reporté à plusieurs reprises et n'a pas pu être finalement réalisé.
- Neuvième situation : Le père et un entretien collectif avec deux référents ASE et la psychologue du service.
- Dixième situation : La référente ASE. Un déplacement en province devait avoir lieu pour rencontrer le jeune et les professionnels du lieu de vie. Ce déplacement n'a pu se réaliser en raison de l'évolution de la situation du jeune.
- Onzième situation : la référente ASE. La jeune fille devenue majeure sans contrat jeune majeur devait être rencontrée. La reprise de contact par la référente ASE n'a pas permis d'organiser un entretien.
- Douzième situation : les parents et le référent du frère avec lesquels nous avons abordé la situation du jeune.

2- Quels sont les critères qui ont conduit les professionnels de l'ASE à considérer les situations comme situations d'incapabilité

□ Éléments pour une définition de la situation d'incapabilité

Dans la feuille de recensement, l'item relatif aux critères « d'incapabilité » s'intitulait ainsi : « *quels sont les critères d'incapabilité ou les critères qui, pour vous, qualifient la situation de ce jeune de difficile, et motifs des ruptures.* »

L'ensemble des réponses a été soumis à une analyse de contenu portant essentiellement sur la dimension lexicale. Cette analyse a permis d'étudier la terminologie utilisée par les professionnels de terrain pour décrire les situations des jeunes identifiés, et apporter de nouveaux éléments de réflexion autour de la notion d'incapable.

⇒ **Une première lecture du vocabulaire utilisé par les professionnels : repérage des mots-clés**

Une première étape de l'analyse de contenu a consisté à lister les termes utilisés par les informateurs (termes désignés par « mots-clés »), et ce de manière la plus complète possible, et quelle que soit leur fréquence. (Voir tableau n°1 en annexe)

La première remarque porte sur les **représentations communes de l'incapabilité** chez les professionnels des deux territoires. En effet, pour décrire ce qui rend la situation d'un jeune difficile et incapable, les professionnels 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 (six sur dix 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'incapabilité des professionnels de terrain renvoient principalement à deux types de définition repérés dans la revue bibliographique, celui de « l'incapable 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.

À l'exception des placements répétitifs qui restent les plus fréquents, quelques différences apparaissent lorsque l'analyse des mots-clés prend en compte le sexe du jeune. Ainsi, pour les garçons ce sont surtout les problèmes de santé et les hospitalisations qui sont mis en avant, tandis que pour les filles c'est davantage le

comportement et l'attitude qui les distinguent : fugues répétées et « dans le refus avec mise en échec des institutions ».

Sur les quatre-vingt-sept jeunes recensés comme relevant de situations difficiles dans les deux départements, la rubrique décrivant la situation d'incapacité n'a pas été remplie pour quatre d'entre eux.

⇒ **Construction de registres de mots-clés, comme première approche des critères d'« incapacité »**

Une deuxième lecture du corpus lexical a permis de construire des catégories regroupant les mots-clés dans des registres. Ainsi six registres peuvent être proposés (voir le tableau 2 en annexe). Les registres qui concernent le plus grand nombre de jeunes sont, par ordre décroissant : celui propre aux comportements et attitudes du jeune, celui relevant de la solution institutionnelle et celui de l'état de santé.

- Pour cinquante-six jeunes, il est fait référence à des comportements et à des attitudes problématiques ;
- Pour cinquante-deux jeunes, il est fait référence au manque de réponse institutionnelle ;
- Pour trente-huit, à un problème de santé, à des troubles du comportement et à des hospitalisations ;
- Pour vingt-deux, à des problèmes familiaux, à des ruptures ;
- Pour douze jeunes, à la victimisation ;
- Et pour neuf à un comportement perturbant la scolarité.

Ces différents registres étant fortement interdépendants, leur construction n'est qu'une étape intermédiaire nécessaire pour la dernière étape de l'analyse qui consiste à observer les croisements des registres pour chaque jeune.

⇒ **Les différents registres auxquels font appel les professionnels de terrain dans la description de la situation du jeune**

En examinant le nombre de registres auxquels font appel les professionnels lorsqu'ils décrivent la situation de chaque jeune, les constats et les premières interrogations qui se dégagent peuvent être ainsi formulés :

1. L'accumulation de plusieurs registres de difficultés (par exemple, à la fois une solution institutionnelle par défaut, des actes posés par le jeune et des problèmes de santé) ne ressort pas ici comme une caractéristique systématique de ce qui produit l'incapacité. En effet, c'est seulement pour quatre jeunes sur dix que le descriptif fait appel à trois registres ou plus. En revanche, pour un quart des jeunes, le professionnel a fait appel à un seul registre pour décrire la situation, et il s'agit le plus fréquemment de celui qui décrit les comportements et attitudes du jeune (« individu événement »).

Ce premier constat peut être lié à l'exercice particulier demandé ici aux professionnels ; certains ont pu mettre en avant ce qui leur semblait être le principal critère ; tandis que d'autres ont pu privilégier une approche globale de la situation du jeune. Par ailleurs, cela pourrait refléter la diversité des approches et des points de vue des différents acteurs de terrain face à la problématique de l'incapacité, et des pratiques professionnelles qui en découlent.

2. C'est lorsqu'il s'agit de descriptifs mobilisant plusieurs registres que le critère de la maltraitance subie par le passé apparaît comme une source d'incapacité. Pourrait-on supposer que ces situations sont les « mieux connues » des professionnels ? Ou sont-elles celles qui mobilisent le plus significativement les professionnels ? Les pratiques professionnelles sont-elles spécifiques dans ces cas particuliers de maltraitance ?

3- Qui sont les jeunes estimés « incasables » par les professionnels de l'ASE ?

(Source : Grille de recueil biographique : 80 parcours)

La collaboration et la mobilisation des services de protection de l'enfance dans les deux départements, la sollicitation et la concertation avec les services de pédopsychiatrie, de protection judiciaire de la jeunesse, les structures médico-sociales, ainsi que la méthode pragmatique de construction des critères d'inclusion ont structuré l'objectif d'exhaustivité à un moment donné de situation d'incapacité sur deux territoires représentant près de 2,5 millions d'habitants¹⁴.

Quatre-vingt jeunes au parcours très lourd, vivant des situations de grande souffrance, dans deux départements d'Île-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 20 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'incapacité 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.

° Quatre jeunes de notre population sur dix sont des filles

Au 31 décembre 2007, le plus jeune a 9 ans, le plus âgé a 20 ans. Pour les deux sexes, 16 et 17 ans sont les âges modaux. Environ trois jeunes sur dix ont moins de 15 ans (21 sur 80), six jeunes sur dix (47 sur 80) ont entre 15 et 17 ans.

¹⁴ En 2005, 2 427 000 habitants soit 1 148 000 habitants pour le Val-d'Oise et 1 279 000 habitants pour le Val-de-Marne.

Age au 31/12/2007	Filles	Garçons	Total	Effectifs cumulés
9 ans		1	1	1
11 ans	1	2	3	4
13 ans	2	5	7	11
14 ans	2	8	10	21
15 ans	6	7	13	34
16 ans	7	9	16	50
17 ans	8	10	18	68
18 ans	5	2	7	75
19 ans	1	3	4	79
20 ans		1	1	80
Total	32	48	80	

Tableau 1 : Répartition des garçons et des filles selon l'âge atteint au 31 décembre 2007

□ Qu'ont-ils vécu ?

(Source : Grille de recueil biographique : 80 parcours)

L'histoire des jeunes de notre population est entachée de drames. Ce qui frappe à la lecture des grilles biographiques est l'accumulation des événements dramatiques vécus. L'histoire de chacun d'eux est en effet caractérisée par des conditions de vie difficiles, rencontrées pour certains d'entre eux, comme nous le verrons par la suite, dès la plus jeune enfance. Chaque histoire est singulière. La présentation qui suit est indéniablement réductrice.

La question suivante était posée dans la grille biographique : **Quels événements familiaux ont eu les retentissements (positifs ou négatifs) les plus significatifs dans le parcours du jeune ?**

Sont comptabilisées ci-dessous, les mentions par les professionnels de l'ASE de ce qu'ils savent de ces événements et circonstances de vie avant et pendant la prise en charge par l'ASE. Ces mentions ne reflètent pas entièrement le contexte de vie du jeune car elles sont hiérarchisées par les professionnels. Par exemple, lorsqu'il s'agit de violences sexuelles avérées, c'est-à-dire dont l'auteur ou les auteurs a été (ont été) reconnu(s) coupable(s) et condamné(s), ou du décès par homicide d'un proche (4 situations), d'autres événements dramatiques vécus par l'enfant, qui font partie de nos catégories d'événements, peuvent ne pas avoir été cités, notamment l'éventuelle violence conjugale. À l'inverse, plusieurs jeunes cumulent le décès d'un parent, le rejet par l'autre parent, des traces de coups et des violences sexuelles.

Notons que *pour quatre jeunes sur les quatre-vingt*, la grille de recueil ne fait état d'aucun événement dramatique vécu par le jeune mais indique que les parents se sont trouvés en difficulté avec leur enfant.

Nous avons distingué les événements suivants :

° Le décès d'un proche

Dix-huit des soixante-seize enfants (1/4) pour lesquels au moins un évènement a été mentionné, sont orphelins, six de mère, dix de père, deux des deux parents. Deux pères et une mère ont été assassinés ; l'un des homicides s'est déroulé en présence de l'enfant, une autre mère a été retrouvée morte de cause inexplicée. Parmi les décès dans la fratrie, notons qu'un enfant, victime de violences sexuelles, a vécu le décès de deux de ses frères et sœurs dont l'un par suicide à l'adolescence.

° Le rejet par les parents

Vingt-neuf des soixante-seize jeunes (plus d'1/3) ont été « rejetés » par l'un de leurs parents ou par les deux. Cela se traduit par une sortie complète du père ou de la mère de la vie du jeune ou par des successions d'accueil et de mise à la porte. Ainsi, la mère d'une jeune fille n'est pas venue la chercher au retour de colonie de vacances alors qu'elle avait 7 ans et n'a plus voulu entendre parler de sa fille. Un garçon psychotique a été amené à l'hôpital par sa mère qui l'a alors « abandonné » à l'âge de quinze ans. Le rejet par le père a suivi. Un autre garçon âgé alors de 13 ans a été laissé à l'hôpital par sa mère qui est ensuite sortie de sa vie. Plusieurs pères ont disparu de la vie de leur enfant. Le rejet par les parents est un évènement de l'histoire qui est étroitement lié à la situation « d'incapacité ».

° Les violences conjugales, le père « tyrannique », la mère « fragile »

Ce type de situation est mentionné pour vingt des soixante-seize jeunes (1/4). Dans ces situations, il n'est pas toujours fait référence à des violences subies par l'enfant. Celui-ci est parfois présenté comme « spectateur » de la violence conjugale ou comme victime secondaire. L'alcoolisme des parents est une composante de ces situations. Les adolescents dits « incapables » dont le premier placement est intervenu à l'adolescence parce qu'ils entraient en conflit avec le père ont souvent connu ce type de situation.

° Les violences sexuelles avérées

Seize jeunes parmi les soixante-seize ont été victimes de violences sexuelles avérées. Le ou les auteurs ont été condamné(s). Treize jeunes ont été victime d'un proche, trois jeunes filles ont été victimes de viols par des inconnus. Elles avaient entre 10 et 13 ans au moment des faits.

Pour les jeunes victimes de violences sexuelles au sein de la famille, l'écart entre la révélation des faits et le moment où ils se sont déroulés peut être de plusieurs années. Parfois, la révélation des abus sexuels vécus par le jeune intervient au cours du placement. La détection des violences sexuelles subies au sein de la famille apparaît très complexe. La situation d'un garçon (faisant partie des jeunes rencontrés pour un entretien) en témoigne.

Placé à 9 ans avec ses trois sœurs pour lesquelles l'école suspecte des abus sexuels, il révèle un an plus tard qu'il a été également victime et ce probablement depuis sa petite enfance. Les auteurs sont condamnés. Lorsqu'il était en petite section de maternelle, l'école avait effectué un signalement relatif à des traces de coups et au comportement agressif de l'enfant. Une évaluation sociale indique alors que l'appartement est jonché d'immondices. Une AED puis une AEMO sont décidées. Parallèlement, un suivi au CMP est mis en place. A 6 ans, les troubles du comportement n'ayant pas disparu, le garçon est

orienté en ITEP (ce qui pour lui correspond à une forme de déscolarisation, il n'a pas eu « le droit à aller à l'école »). A 6 ans, l'ASE demande le placement. Celui-ci interviendra à 9 ans. À 14 ans, il apprend que son père, sorti de sa vie depuis sa naissance, vient de décéder.

D'autres situations illustrent l'écart entre le moment où se déroulent les faits et leur révélation.

Par exemple, celle d'une jeune fille âgée de 17 ans au moment de l'enquête. Elle a été placée à l'âge de 8 ans et a révélé quelques temps après le placement les abus sexuels dont elle a été victime. Les auteurs ont été condamnés. Auparavant, lorsqu'elle avait 6 ans, un signalement de l'école avait été effectué concernant sa sœur aînée. Une IOE pour toute la fratrie avait été décidée puis une AEMO à 7 ans. Lorsqu'elle était toute petite, l'une de ses sœurs est décédée.

° **Les suspicions d'abus sexuels**

Les professionnels ont fait mention dans huit situations d'une suspicion de violence sexuelle qui n'a jamais été prouvée.

° **Les traces de coups**

Les professionnels ont mentionné quinze fois des traces de coups sur les enfants. Cela va des hématomes jusqu'à la trace de strangulation en passant par des coups de pelle sur la tête.

° **Les problématiques en lien avec la filiation et la séparation d'avec le père**

La filiation a été mentionnée dix fois. Le père ne reconnaît pas l'enfant, l'enfant est reconnu par quelqu'un d'autre (la mère accouche sous une fausse identité et l'enfant est reconnu par son oncle maternel dans une situation), ou est reconnu tardivement (à 4 ans), l'enfant est issu d'un viol. Dans cinq situations, c'est la séparation d'avec le père qui complexifie la situation de l'enfant : quatre pères partent à l'étranger, l'un est expulsé. Un autre enlève son fils. Un père est incarcéré, ce qui provoque une rupture de lien.

° **La maladie psychique de l'un des parents**

Elle est mentionnée dans treize situations.

° **L'arrivée en France dans des conditions difficiles**

Pour six enfants sur les soixante-seize, l'arrivée en France pour rejoindre le père ou d'autres membres de la famille est à l'origine de la situation d'incapacité. Ces situations sont assez semblables. La première est celle d'un garçon de 17 ans au moment de l'enquête. Dernier de sa fratrie, il vit dans son pays d'origine avec sa mère et ses frères et sœurs. Son père est en France. Lorsqu'il a 10 ans, il est envoyé auprès de son père gravement malade, qu'il ne connaît pas, pour le soutenir. Le père est alcoolique. Le garçon vit avec son père dans une chambre d'hôtel. Leur relation est complexe. Après de nombreuses péripéties, des exclusions scolaires successives, le garçon est placé dans

une famille d'accueil en province. Le mari de l'assistante maternelle, entrepreneur, forme le jeune dans son entreprise, la situation s'améliore.

Une fille de 16 ans au moment de l'enquête est élevée par sa grand-mère dans son pays d'origine. Son père travaille en France, elle ne connaît pas sa mère. La grand-mère avançant en âge, elle arrive en France à 13 ans pour vivre avec son père, qu'elle connaît très peu, et son épouse. Les relations sont tendues. La jeune fille se plaint d'être maltraitée, elle fugue, tente de se suicider. Après plusieurs placements mis en échec, elle est accueillie dans un foyer et elle intègre une formation en CAP.

Une fille de 14 ans au moment de l'enquête est arrivée en France à 8 ans chez une tante qu'elle ne connaît pas. Elle ne parle pas français. Elle vivait dans son pays d'origine avec sa grand-mère. Sa mère a migré dans un autre pays et ne donne plus signe de vie, son père est décédé quand elle était petite. Elle se plaint d'être maltraitée par sa tante. A 10 ans elle est victime d'un premier viol, événement qu'elle subira à nouveau à plusieurs reprises à 13 ans. La période d'incapacité est ponctuée de tentatives de suicide, de fugues et d'agressions sur une éducatrice. Après une hospitalisation en pédopsychiatrie, un suivi et un traitement sont mis en place. Pendant l'année qui a précédé l'enquête, la jeune fille est placée dans un foyer et rescolarisée en 5^{ème}.

Une jeune fille de 16 ans est arrivée en France à 8 ans après le décès de sa mère. Elle retrouve son père qu'elle ne connaît pas. Deux ans après son arrivée, le père se remarie. Les relations dans la famille sont tendues. L'école fait un signalement car la jeune fille se montre violente, elle tient des propos à connotation sexuelle, se livre à du racket et à des menaces, armée d'un couteau, sur des adultes et des enfants. À 12 ans, elle est victime d'un viol. Au moment de l'enquête, il n'y a pas de solution d'hébergement pour elle. Elle est suivie en psychiatrie et est sous traitement.

Une jeune fille de 18 ans au moment de l'enquête est arrivée en France à 13 ans. Elle fait partie des jeunes rencontrés. Elle vivait avec sa mère dans son pays d'origine dans des conditions précaires (mendicité, errance). La mère souffre d'une maladie psychique. Son père travaillait en France. Au décès de son père, un demi-frère vivant en France propose d'accueillir la jeune fille. Elle quitte sa mère ce qui constitue un déchirement pour elle. Tout se passe bien en France jusqu'au décès brutal du demi-frère l'accueillant. Les relations avec les autres membres de la famille en France étant désastreuses, elle se retrouve seule dans un foyer. Un événement dans le foyer (le vol de sa valise contenant tout ce qu'elle possède, dont une photo de sa mère) déclenche la période d'incapacité. Elle fugue de longs mois. Elle est hospitalisée en psychiatrie pendant plusieurs mois. Au moment de l'enquête, elle est hébergée dans une famille d'accueil depuis plus d'un an. Si l'hébergement tient (nous y reviendrons par la suite) la mise en place d'un projet professionnel reste complexe.

° La place des parents confisquée

Relevons encore quatre situations dans lesquelles c'est l'implication des grands-parents, notamment des grand-mères, au détriment de la mère ou dans l'exclusion du père, qui est mentionnée comme événement marquant du parcours d'incapacité.

□ Le point commun entre les jeunes dits « incasables » est qu'ils ont connu des événements et des contextes de vie ayant produit une extrême souffrance

Cette grande souffrance est la composante essentielle des situations d'incapacité.

Nature des événements dramatiques et contexte de vie	Nombre de mentions
Décès d'un proche (dont trois par homicide, un en présence de l'enfant et trois par suicide, un en présence de l'enfant)	30
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
Rejet par les parents	29
rejet par la mère	14
rejet par le père	8
rejet par les 2 parents	6
abandon officiel	1
Violence conjugale, père tyrannique...	20
Violences sexuelles avérées	16
violences sexuelles avérées intrafamiliales	13
violences sexuelles avérées extrafamiliales	3
Suspicion d'abus sexuels	8
Maltraité (traces de coups)	15
Problématique en lien avec la filiation et la séparation d'avec le père	14
incertitude sur filiation, non reconnu par le père	10
séparation d'avec le père problématique	4
Maladie psychique d'un des parents	13
Tentative de suicide de la mère	4
Arrivée en France conditions difficiles	6
Autre	18
grands-parents se substituent aux parents	4
avec sa mère sans domicile	2
maladie d'un des parents	6
lourdement handicapé (l'un en raison d'accidents graves successifs, l'autre de problèmes de santé mettant en cause sa survie)	2
jamais scolarisé	1
rupture brutale avec la famille d'accueil	3
Aucun élément sur le vécu	4

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

❑ Où vivent-ils aujourd'hui ?

Au moment de l'enquête, un jeune sur quatre est accueilli en famille d'accueil, seuls cinq sont accueillis en foyer. Moins d'un jeune sur dix est hébergé en lieu de vie. Il faut noter que seize jeunes de notre population sont retournés vivre dans leur famille, la plupart du temps à défaut de solution. Dans une situation, le retour d'un garçon de onze ans auprès de la mère qui est en grande difficulté est motivé par les incessantes fugues du garçon pour rejoindre sa mère. L'enfant est né alors que sa mère était mineure et en errance. Ils ont au départ été placés ensemble en foyer maternel dont la mère s'est fait exclure à plusieurs reprises en raison d'agressions commises sur des éducatrices. L'enfant a été placé à un an, puis « récupéré » par sa mère pour être confié à une tante, puis repris par sa mère qui disparaît avec lui avant de venir à l'ASE demander de l'aide. Le garçon a alors 4 ans. Il est placé jusqu'à onze ans mais les placements sont rendus difficiles par le comportement du jeune : agressions, jeux sexuels, troubles du comportement. Une réunion avec tous les acteurs est organisée (magistrat, médecin pédopsychiatre, référent ASE) au moment où il fugue pour retourner auprès de sa mère et demande au juge de l'y autoriser. Après une audience de la mère et du jeune, le magistrat prononce une mainlevée du placement sans mesure d'accompagnement.

Un jeune sur dix est actuellement pris en charge par une structure sanitaire. Quatre sur les quatre-vingt sont en internat d'un établissement médico-social. Six sont en fugue ou en errance. Les professionnels de l'ASE ignorent le lieu d'hébergement de six jeunes de notre population. La plupart d'entre eux sont devenus majeurs, sans contrat jeune majeur, l'un a changé de département.

Hébergement au moment de l'enquête	Total
Famille d'accueil	21
Retour en famille ou tiers digne de confiance	16
retour chez la mère	7
retour en famille	6
retour chez son père	1
chez sa grand-mère	1
tiers digne de confiance	1
hospitalisé en pédopsychiatrie, en psychiatrie adulte, en foyer de post-cure ou en appartement thérapeutique	8
lieu de vie	7
En fugue ou en errance	6
Non connu	6
En foyer	5
Etablissement médico-social	4
Autre (structure non habilitée ASE, logement autonome, placement PJJ)	7
Total	80

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

Vingt-huit des jeunes de notre population sont, au moment de l'enquête, sortis des lieux de placement habilités par l'ASE.

- ⇒ Seize sont retourné en famille. Il s'agit d'adolescents de 13 ans et plus. Six ont 17 ans. Le retour au domicile se réalise souvent par défaut, après que toutes les solutions de placement aient échoué.
- ⇒ Six sont en fugue ou en errance. Il s'agit également de jeunes de plus de 13 ans.
- ⇒ La situation d'hébergement actuelle de six jeunes est inconnue. Il s'agit de jeunes majeurs sans contrat jeune majeur et d'un mineur ayant quitté le département.

Précisons que les jeunes rencontrés en entretien ont tous signalé la difficulté à vivre en foyer, notamment en raison de la violence entre les jeunes, mais aussi de l'intervention non adaptée des adultes de leur point de vue : soit ils n'interviennent pas, soit ils le font de manière disproportionnée :

« Certains jeunes avaient des problèmes avec un éducateur. Il engueulait tout le monde pour un rien mais des fois, il pouvait être gentil. Il était un peu bizarre » Yannick a propos d'un foyer.

Du côté des référents, il semble très difficile de distinguer clairement les interactions entre les jeunes qui sont tour à tour agressés et agresseurs dans les lieux de placements.

4- Les parcours en protection de l'enfance

□ Les jeunes de notre population ont été pris en charge par l'ASE à différents moments de leur parcours de vie et ont été placés à de multiples reprises

Par intervention sociale ou judiciaire, nous entendons tout événement relatif à :

- une investigation (enquête sociale, enquête de police, Investigation et orientation éducative – IOE –...),
- une action de suivi en milieu ouvert (Action éducative en milieu ouvert – AEMO-judiciaire ou administrative, Action éducative à domicile – AED -),
- un placement (famille d'accueil, en institution sociale, médico-sociale, ou sanitaire, un Accueil temporaire –AT-),
- une décision judiciaire (Ordonnance de placement provisoire – OPP –, ordonnance de recherche et de conduite, amende, admonestation, peine, détention provisoire, etc.).

° La distribution de l'âge à la première mesure ASE se répartit de manière dispersée de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans

(Source : Grille de recueil biographique)

L'information concernant la date de la première mesure ASE a permis de calculer l'âge du jeune à ce moment précis. La distribution des âges à la première mesure ASE indique une **grande dispersion** entre la première année de vie et l'âge de 18 ans. Cela signifie que les jeunes dits « incasables » ne se caractérisent pas par un type de parcours en protection de l'enfance. Il ne s'agit pas exclusivement de jeunes pris en charge dès leur toute petite enfance, ni de jeunes pris en charge à l'adolescence. Notons toutefois que près de trois jeunes sur dix ont connu leur première mesure ASE entre 11 et 13 ans (25/80) et plus de un sur dix a été accompagné dès la première année. Pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'une OPP.

Pour vingt-neuf de nos jeunes incasables, la première mesure a été une OPP. Cette proportion mériterait d'être comparée avec celle de l'ensemble des enfants pris en charge par l'ASE.

L'analyse de l'âge à la première intervention sociale ou judiciaire indique que la moitié des quatre-vingt parcours étudiés se caractérisent par une première intervention de l'institution avant l'âge de 10 ans pour la moitié des jeunes et avant l'âge de 3 ans, pour un quart des parcours.

Notons que pour douze jeunes, la toute première intervention de protection de l'enfance s'est déroulée dans les premiers mois de leur vie. Pour la moitié, il s'agissait d'un placement, pour l'autre moitié, d'une AEMO ou AED.

Pour une autre moitié des parcours, c'est à partir de l'entrée dans l'adolescence que le parcours institutionnel débute. Pour ces jeunes, la première intervention est le plus souvent un placement (17 placements/ 8 AED-AEMO).

Age à la 1 ^{ère} intervention	Nature de la première intervention						Effectifs cumulés
	OPP	AED - AEMO	IOE	Accueil tempo.	inconnu	Total	
Moins d'un an	6	6				12	12
Un an	2			1	1	4	16
2 ans	1	3	1			5	21
3 ans		1				1	22
4 ans		2				2	24
5 ans	1	2	1			4	28
6 ans		2	2			4	32
7 ans	1	2	3			6	38
8 ans	1		1		1	3	41
9 ans		1	1			2	43
10 ans			2			2	45
11 ans	2	2	1	1		6	51
12 ans	5	5	4			14	65
13 ans	4	1				5	70
14 ans	2		2			4	74
15 ans	2		1			3	77
16 ans	2					2	79
18 ans		1				1	80
Total	29	28	19	2	2	80	

Tableau 4 : Distribution des jeunes selon l'âge à la première mesure ASE et le type de mesure

° Les mesures actuelles ASE : majoritairement la « garde provisoire », peu d'AEMO, peu d'OPP

(Source : La fiche de recensement)

Dans le Val-de-Marne, au moment de la saisie de l'information initiale, les mesures ASE dont bénéficient la grande majorité des jeunes est la « garde provisoire » (n=34). Les mesures relatives à une ordonnance de placement provisoire (OPP), ainsi que les AEMO restent marginales (concernent quatre jeunes au total). À noter que pour les deux jeunes ayant une AEMO, il est précisé par ailleurs dans la fiche qu'ils sont de « retour au domicile » après un placement. Les deux jeunes âgés de 18 ans et de 19 ans bénéficient d'une mesure d'accueil jeune majeur (APJM).

Dans le Val-d'Oise, les mesures de « garde » sont également les plus nombreuses : pour vingt-quatre jeunes (assistantes familiales, familles d'accueil, lieu de vie, MECS). Les mesures relatives à une ordonnance de placement provisoire (OPP) restent nettement moins importantes (sept jeunes concernés). Parmi ces sept jeunes, deux sont accueillis dans une famille d'accueil « par défaut » (suite à des violences au foyer de l'enfance). Les quatre jeunes âgés de 18 ans bénéficient d'une mesure d'accueil provisoire jeune majeur (APJM). Les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) ne concernent que trois jeunes (certains jeunes peuvent être au domicile parental dans l'attente d'une autre solution, mais ne bénéficient pas d'une AEMO). Enfin, pour un jeune, l'ASE exerce une mesure de tutelle, et pour un autre elle assure un accueil administratif.

° **La prise en charge actuelle dure depuis moins d'un an pour trois jeunes sur quatre**

(Source : La fiche de recensement)

La courte durée de la prise en charge en cours illustre bien l'idée des placements courts, répétés et provisoires décrits par les professionnels. Ainsi, quel que soit le département, la prise en charge dure depuis moins de quatre mois pour la moitié des jeunes. Et pour trois jeunes sur quatre, la prise en charge dure depuis moins de douze mois.

° **La moitié des jeunes a connu quatre placements ou plus**

(Source : La fiche de recensement)

Les jeunes recensés dans les deux départements ont presque tous été placés au moins une fois. Seuls trois jeunes dans le Val-d'Oise n'ont pas été placés (pour deux d'entre eux âgés de 13 et 16 ans, la première mesure ASE est récemment prononcée). Chaque jeune semble avoir connu plusieurs placements, et la moitié des jeunes a été placée plus de quatre fois.

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

Trois jeunes n'ont jamais été placés. La grille de recueil biographique a été renseignée pour deux d'entre eux. Le premier est un jeune homme de 19 ans, très lourdement handicapé, il est à domicile sans solution. L'ASE a été saisie par les parents pour une demande d'aide. Une orientation en maison d'accueil spécialisée a été prononcée par la Maison départementale des personnes handicapées mais n'est pas effective. Le second est un garçon de 15 ans pour lequel une OPP a été prononcée mais qui n'est pas mise en œuvre.

□ La succession des interventions

L'incapacité a été décrite par les référents éducatifs comme une « incapacité institutionnelle », liée aux placements répétés, à leur échec, au manque de structures adaptées. Il a donc paru pertinent de commencer l'analyse par un décryptage des caractéristiques des parcours institutionnels des quatre-vingt jeunes, pour ensuite les lire dans le cadre de l'ensemble des événements constituant le parcours que la grille de recueil a pu saisir (événements familiaux, sociaux, hébergement, scolarisation, problèmes de santé et réactions du jeune).

Partant de la première intervention sociale ou judiciaire qu'a connu chaque jeune, l'analyse en commente les particularités, pour ensuite s'intéresser à la manière dont les différentes réponses se succèdent dans les parcours. Une attention particulière est portée sur les parcours où les prises en charge institutionnelles interviennent dès l'enfance, voire la petite enfance ; ces dernières ont-elles permis aux professionnels de mieux

comprendre ce qui fait l'« incasabilité » ? Enfin, une confrontation des réponses des professionnels sur les écarts entre la prise en charge actuelle du jeune et celle qu'ils estiment la mieux adaptée semble constituer une mesure qualitative de ce qui fait incasabilité.

° Le premier repérage des difficultés de l'enfant

Le premier repérage des difficultés concerne tout mode de suivi (suivi PMI par exemple) ou également tout événement ayant déclenché un suivi (un signalement scolaire, une infraction, une victimisation, etc.).

Pour mieux comprendre le contexte de la première intervention sociale ou judiciaire, une analyse a été spécifiquement menée sur le moment du parcours où les premières difficultés ont été repérées ou signalées. Ainsi, sur les quatre-vingt parcours, quarante-sept comportent une datation du repérage des premières difficultés de l'enfant. Cette donnée demeure toutefois largement sous-déclarée. Cette sous déclaration est due à deux cas de figure : dans certains cas, les professionnels ont parfois connaissance d'un signalement sur la situation de l'enfant, sans pour autant pouvoir en donner la date précise¹⁵, et dans d'autres cas, ils ne disposent pas d'information sur la partie du parcours précédant la première intervention ASE.

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 (treize 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^{ère} difficulté ou au 1^{er} 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. C'est une caractéristique difficile à obtenir dans un recueil rétrospectif auprès des professionnels de terrain (difficultés imputables entre autres aux problèmes de mémoire, ou au manque d'informations sur les débuts des parcours des jeunes dont ils ont la charge). Dans le cadre de cette recherche, elle n'est connue que pour les quarante-sept parcours où la période des premières difficultés est connue et saisie. Dans le cas de ces quarante-sept jeunes, et pour la grande majorité d'entre eux

¹⁵ Cette affirmation peut être avancée grâce à une question ouverte posée dans le volet 2 qualitatif de la grille de recueil biographique formulée ainsi : « À quel moment remontent les premiers signes des difficultés de l'enfant (ex. suspicion, dénonciation, premier repérage) ? »

(sept jeunes sur dix), la première intervention suit dans un délai relativement court le repérage des premières difficultés (moins d'une année).

C'est seulement dans treize cas (sur les quarante-sept) 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 (**Tableau 7**).

° Une « période de latence » plus longue pour treize jeunes

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

Jeune	Age 1 ^{ères} difficultés ou signalement (A)	Age 1 ^{ère} intervention (B)	Délais supérieur ou égal à 1 an (B - A)	Type de la première intervention
• 1	4	12	8 ans	IOE
• 2	6	11	5 ans	OPP
• 3	6	11	5 ans	OPP
• 4	8	12	4 ans	AED
• 5	7	10	3 ans	AEMO
• 6	8	11	3 ans	AEMO
• 7	0	2	2 ans	AEMO
• 8	5	7	2 ans	IOE
• 9	10	12	2 ans	IOE
• 10	8	9	1 an	OPP
• 11	12	13	1 an	AEMO
• 12	14	15	1 an	OPP
• 13	14	15	1 an	OPP

AED : Action éducative à domicile. AEMO : Action éducative en milieu ouvert. IOE : Investigation et orientation éducative. OPP : Ordonnance de placement provisoire

Tableau 7 : Délais entre le repérage des premières difficultés et la première intervention sociale ou judiciaire, et son type (13 parcours)

° Le contexte du premier signalement : reflet des carences éducatives et d'une forte maltraitance

Une remarque générale qui se dégage des observations faites ci-dessus pourrait être la suivante : la première action sociale ou judiciaire intervient relativement tôt pour la moitié des parcours des jeunes étudiés, et suit rapidement un premier repérage des difficultés de l'enfant. Ce premier repérage consiste le plus souvent en un signalement de l'établissement scolaire, lequel perçoit des indices tels que des traces de maltraitance physique, ou encore des absences et des négligences de la part des parents (comme à titre d'exemple d'importants retards au moment de récupérer l'enfant à l'école). Dans certaines situations, le signalement fait suite à une dénonciation des faits par l'enfant ou

l'adolescent qui a été entendue par des adultes qui l'accompagne jusqu'au dépôt de plainte (huit situations).

° L'enchaînement des prises en charge et l'incapacité institutionnelle

Si l'on revient au contenu du code civil, ce sont les mesures d'assistance éducative qui sont d'abord préconisées pour privilégier le maintien de l'enfant dans son milieu familial.

« Par principe, le juge doit opter pour une mesure d'Assistance éducative en milieu ouvert (AEMO). Toutes les fois où c'est possible, le mineur doit être maintenu dans son environnement habituel. » (Code civil, article 375-2)

« Le placement est une exception au principe du maintien de l'enfant dans sa famille et il doit être préconisé seulement en cas de nécessité. » (Code civil, article 375-3)

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. L'enchaînement des mesures de placement et des mesures éducatives traduit alors les balbutiements des prises en charge qui demeurent des solutions « par défaut » dans l'attente de trouver la solution la plus adaptée. Dans ce qui suit, ces différents cas de figure sont examinés.

Nature 1 ^{ère} mesure	Temps écoulé entre la première mesure et le premier placement											Total
	Moins d'un an	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	8 ans	10 ans	11 ans	inconnu	
AEMO	4	5	7		3	1	2	2	1	2		27
AT	1	1										2
IOE	1	5	2	1	1							10
IOE puis AEMO	1	3	3			1					1	9
inconnu	1	1										2
Total	8	15	12	1	4	2	2	2	1	2	2	51

Tableau 8 : Délais entre la première mesure et le premier placement

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. 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 masque 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 rejetants. Certains, eux-mêmes en grande difficulté à des moments du parcours de leur enfant, ont pu « se reconstruire », trouver une stabilité. Parmi les parents avec lesquels nous avons été en contact, se trouvent quatre mères qui ont dépassé leurs difficultés pour trouver une nouvelle stabilité, dans un nouveau couple, dans un nouveau cadre de vie. Se trouvent également les parents d'un garçon victime d'abus sexuels ayant accepté un travail psychologique sur le long terme qui a permis de restaurer des relations médiatisées dont le jeune était demandeur pour aboutir sur un droit d'hébergement le week-end.

□ Les manifestations à l'origine des ruptures de prises en charge

(Source : Grille de recueil biographique : 80 parcours)

Comme cela a été indiqué plus haut, les comportements et les manifestations des jeunes sont les premiers critères qui fondent l'incapacité pour les professionnels. Le renseignement de la grille biographique donne des éléments plus précis sur les manifestations des jeunes. Mises au regard de ce qu'ils ont vécu, les différentes manifestations peuvent être réinterprétées.

Dans les grilles de recueil des informations sur les situations d'incapacité, il était demandé aux professionnels d'indiquer les raisons des ruptures dans le parcours d'hébergement ou de formation. Nous avons relevé toutes les mentions relatives au comportement du jeune.

La comptabilisation des comportements ci-dessous emporte les mêmes réserves que celle des événements vécus par les jeunes dans la construction d'une représentation de notre population. Elle constitue une mise à plat d'actes « extraordinaires » et d'actes « habituels ».

En effet, les manifestations décrites ci-dessous sont de plusieurs registres. Ces actes ont pu être exceptionnels. L'agression d'un adulte, une fugue, une tentative de suicide, un délit, un acte de violence envers un autre jeune ont pu se dérouler dans des circonstances particulières et uniques. À l'inverse, pour certains jeunes ou à des moments particuliers du parcours, les manifestations peuvent être habituelles ou répétitives. C'est notamment le cas des fugues, des automutilations. Les manifestations ne peuvent donc pas être interprétées de manière univoque, elles ont des sens différents. Après avoir présenté les différentes manifestations mentionnées par les professionnels, nous poserons ci-dessous une hypothèse pour une lecture de ces manifestations. Leur compréhension est une clé de la prise en charge éducative des jeunes dits « incapables ». En effet, les études de cas le montrent, ces manifestations ont pu se produire à la suite d'un événement éducatif. Les **décrypter de manière pluridisciplinaire** pourrait probablement permettre aux professionnels de l'ASE mais également aux éducateurs des foyers, de construire des plans d'intervention éducative qui offrent un cadre tenant compte de la souffrance du jeune.

Pour neuf jeunes (trois filles et six garçons), les professionnels n'ont pas décrit de comportements ni de manifestations. Les comportements et manifestations suivants doivent donc être rapportés à vingt-neuf filles et quarante-deux garçons, soit soixante et onze parcours.

° Les comportements agressifs, les crises clastiques et les troubles du comportement

Ils ont été 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. Parfois les jeunes fuguent de chez leurs parents, parfois du lieu d'hébergement ou de l'école. Ces fugues ont pu durer plusieurs mois. Elles sont dans la grande majorité des cas à l'origine des

ruptures de placement, le lieu dont a fugué le jeune n'apparaissant pas propice à une prolongation du placement. Notons que, pour quelques jeunes, ce sont les audiences au tribunal qui ont été l'occasion de la fugue.

° **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 connue¹⁶, 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. Ces événements peuvent entraîner des fins de prises en charge lorsqu'ils sont estimés graves. Mais cela n'est pas systématique. La délinquance n'est pas le lot de tous les jeunes de notre population.

° **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 une 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,

¹⁶ 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.

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.

Effectif des jeunes pour lesquels une ou plusieurs ruptures des modes d'accompagnement sont en raison...	Filles	Garçons	Total
... d'un comportement agressif, de crises clastiques et de troubles du comportement non précisés	13	30	43
... de fugues	20	11	31
...de violences ou de menaces sur une personne connue	11	15	26
Dont sur un adulte connu (enseignant, éducateur, soignant...)	5	6	11
Dont sur un autre jeune connu (à l'école, dans le lieu d'hébergement)	4	6	10
Dont sur un adulte et un autre jeune connus	2	3	5
...de délits (vol, incendie, violence sur une personne non connue)	7	11	18
...de violences contre soi (automutilation, comportements alimentaires, addiction, prostitution,)	6	6	12
...de manifestations en lien avec un problème de santé ou un handicap (trouble de la personnalité, épilepsie, troubles psychiques...)	3	8	11
...de mise en danger de soi et des autres	4	6	10
...de comportements sexués	3	7	10
... d'une décompensation, d'un isolement, d'un repli sur soi, d'une inhibition	4	5	9
... d'une tentative de suicide	6	1	7
Les manifestations du jeune ne sont pas décrites	3	6	9
Effectif des filles et des garçons pour lesquels au moins un comportement ou une manifestation est décrit.	29	42	71

Tableau 9 : nature des comportements et manifestations mentionnés comme étant à l'origine des ruptures de prises en charge.

⇒ Une hypothèse peut être posée pour lire les manifestations des jeunes

Les manifestations des jeunes, qui conduisent à la situation d'incapacité, peuvent être mises en lien avec l'évènement ou le contexte de vie à l'origine de leur souffrance.

À la première exploitation des grilles de recueil biographique, nous avons été frappés par le lien qui pouvait être établi entre les comportements des jeunes et ce qu'ils ont vécu.

Par exemple, pour les situations ayant fait l'objet d'une observation approfondie, citons François, dont les relations avec sa mère sont extrêmement complexes. François fugue incessamment des lieux de placement, toujours plus éloignés, pour revenir chez sa mère qui l'accueille dans un premier temps pour redemander son placement. Le premier placement a eu lieu lorsqu'il avait un an à la demande de sa mère. Ce premier placement qui devait durer trois mois a été prolongé par un placement judiciaire en famille d'accueil pendant neuf ans, jusqu'à ce que François dise « *sa fatigue d'être placé* ». Il est alors rendu à sa mère qui redemande régulièrement des accueils temporaires.

La dernière crise de Marie s'est produite au moment où elle reprenait contact avec sa mère mais aussi au moment où des démarches pour établir sa carte d'identité étaient en cours et se sont avérées compliquées (les services administratifs ayant perdu les photos). Ce détail délivré par la référente au détour de la conversation peut renvoyer à l'histoire de Marie qui n'a pas été reconnue par son père biologique. Son beau-père l'a reconnue lorsqu'elle avait quatre ans puis l'a rejetée au moment du divorce d'avec sa mère.

Une autre jeune fille, faisant partie des situations approfondies a commencé une période d'incapacité en fuguant d'un foyer pour une longue période d'errance. Elle a expliqué pendant l'entretien que son départ a été consécutif au vol de sa valise dans le foyer et à l'absence de réaction des adultes. Cette jeune fille est arrivée en France pour être hébergée par un frère après le décès de son père. Elle a quitté sa mère restée au pays. Cette séparation intervenue alors qu'elle avait 13 ans reste pour elle une souffrance intacte. Elle est sans nouvelle de sa mère. Après le décès brutal du frère qui l'a accueillie en France, elle se retrouve placée au foyer, avec SA valise, qui contient tout ce qu'elle possède, y compris l'unique photo de sa mère.

Un jeune, faisant également partie des douze retenus dans le cadre des études de cas, fugue au moment où un placement en lieu de vie « *à la cambrousse* » est mis en place. Il se définit comme un jeune de la cité, bien que n'ayant jamais vécu en cité, et l'accueil à la campagne lui apparaît tout à fait incongru. Il fugue au moment du voyage vers le lieu de vie. La référente explique comment ce garçon a hurlé sa souffrance de « *n'avoir jamais eu de vie de famille* ».

Le moment d'apparition des manifestations, de « *clash* »¹⁷ est également significatif. En réalisant la saisie des données, nous avons remarqué que les dates de rupture correspondaient souvent à des dates anniversaires : anniversaire du jeune, du décès d'un proche, du premier placement. Le temps des institutions nous est apparu en ce sens

¹⁷ 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.

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 sexuels », 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 (deux fois), soit tyrannique, soit auteur de violences sexuelles avérées.

Cette hypothèse sociologique est corroborée par une hypothèse en psychologie clinique.

Jean-Pierre PINEL, psychologue, psychanalyste, enseignant, pose l'hypothèse¹⁸ selon laquelle les jeunes adoptant des comportements violents, notamment au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, souffrent d'un trouble de la symbolisation. Ce que nous appelons « les manifestations » correspond à ce que Jean-Pierre Pinel nomme « *les économies de l'agir* ». Il propose d'appréhender « l'agir » comme un axe de réflexion pour penser l'intervention institutionnelle. Il s'appuie sur les travaux de Wilfred Bion, de Jacques Selosse et de René Kaes pour considérer « ces économies de l'agir » comme une modalité archaïque de traitement de la souffrance. Là où d'autres personnes ayant accès à la symbolisation traitent la souffrance comme un problème à résoudre par un travail psychique, celles qui souffrent d'un trouble de la symbolisation usent d'un autre moyen. L'agir est une voie pour « *l'évacuation de la catastrophe psychique* » (Bion).

La difficulté à faire du lien avec l'autre, corollaire du trouble de la symbolisation, entraîne des échecs relationnels successifs. Pour les sujets qui sont en difficulté pour établir des liens, il est complexe de s'engager dans une contractualisation à long terme. Ils sont dans l'incapacité de construire un réseau d'étayage. Ils peuvent demander de l'aide mais rompre rapidement.

¹⁸ Hypothèse présentée lors d'une conférence intitulée : « Les institutions spécialisées au défi des violences adolescentes » à l'automne 2006 et poursuivie dans le cadre d'un cours à l'université Paris XIII.

La mise en échec des modes de prise en charge par des fugues, par des actes violents contre le personnel ou les co-accueillis (que nous avons comptabilisés à part ci-dessus), c'est-à-dire par la confrontation à l'institution et à ses fragilités, peut être reliée au fait que l'institution est construite avec des limites (un comportement acceptable, un lieu, un temps) qui sont difficilement supportables pour ces sujets.

Cette hypothèse de psychologie clinique rejoint notre deuxième hypothèse, sociologique, relative « *aux stratégies d'échappement* » comme mode de survie que développent les jeunes de notre population. Nous y reviendrons.

□ Les ruptures de scolarité

Le parcours de scolarité des jeunes de notre population est ponctué de rupture. Les professionnels ont décrit 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).
- Scolarité à l'école ordinaire. Six jeunes, 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.

Âge au 31 décembre 2007	9 à 11 ans	13 à 15 ans	16 à 17 ans	18 à 20 ans	Total
Situation scolaire au moment de l'enquête					
déscolarisé		19	23	5	47
en formation professionnelle			8	2	10
scolarisé en établissement médico-social ou social	1	5		1	7
scolarisé à l'école ordinaire	2	3	1		6
sans objet, n'est plus d'âge scolaire				2	2
scolarisé établissement sanitaire			1		1
autre (CNED)				1	1
non décrit	1	3	1	1	6
Effectif des jeunes	4	30	34	12	80

Tableau 10 : Situation scolaire au moment de l'enquête selon l'âge au 31 décembre 2007

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.

⇒ **Les parcours scolaires**

Les professionnels ont donné des éléments de parcours scolaire pour soixante-quinze jeunes de notre population.

° **Des jeunes n'ayant connu aucune déscolarisation**

Seuls dix jeunes sur les soixante-quinze n'ont jamais été déscolarisés. Il s'agit de neuf garçons et d'une fille. La quasi-totalité des filles a donc connu au moins une période de déscolarisation. Pour ces dix jeunes jamais déscolarisés, ce sont des établissements médico-sociaux (ITEP) ou des lieux de formation professionnels qui ont pris le relais de l'école dite ordinaire. Un seul jeune a effectué toute sa scolarité à l'école ordinaire.

Parcours scolaire	Effectifs
école ordinaire → Etablissement médico-social (EMS)	4
école ordinaire → EMS → école ordinaire	1
école ordinaire → EMS → formation professionnelle	1
école ordinaire → formation professionnelle	3
école ordinaire	1
Total	10

Tableau 11 : Parcours scolaire des jeunes n'ayant pas connu de période de déscolarisation

° **Trente-deux jeunes ont connu une seule déscolarisation définitive. Aucune rescolarisation n'a eu lieu**

Parmi eux, la dernière classe fréquentée était :

- une classe de collège pour dix-neuf (dont cinq SEGPA) ;
- de maternelle pour quatre ;
- de lycée pour trois ;
- de primaire pour trois ;
- La dernière classe fréquentée n'est pas connue pour trois jeunes.

° **Dix-sept jeunes ont connu une déscolarisation unique et ont été rescolarisés sans connaître par la suite de nouvelle déscolarisation**

Parmi eux :

- six ont été rescolarisés à l'école ordinaire ;
- cinq en établissement médico-social ;
- quatre sont en formation professionnelle ;
- deux ont été rescolarisés en structure sanitaire.

◦ **Quatorze jeunes des soixante-quinze ont été déscolarisés à plusieurs reprises**

Parmi eux :

- sept ont été rescolarisés à l'école ordinaire avant d'être à nouveau déscolarisés ;
- six ont été rescolarisés en établissement médico-social puis à nouveau déscolarisés ;
- deux ont été rescolarisés à l'école ordinaire puis déscolarisés à nouveau pour être rescolarisés en établissement sanitaire.

◦ **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 Maisons départementales des personnes handicapées (ex-CDES) ont décidé une orientation vers le secteur médico-social pour quarante de nos quatre-vingt jeunes. Trois premières demandes sont en cours de traitement. La moitié de la population relève donc 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. 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.

Les IME et IMPRO accueillent des enfants déficients intellectuels. Quatorze jeunes ont été orientés en IME ou IMPRO.

Les EREA (Etablissements régionaux d'enseignement adapté) sont des établissements publics locaux d'enseignement. Leur mission est de prendre en charge des adolescents en grande difficulté scolaire et sociale, ou présentant un handicap. Les ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail, ex CAT) sont des établissements qui développent une activité économique et emploient des personnes en situation de handicap (emplois protégés). Les MAS sont des maisons d'accueil spécialisées qui accueillent des personnes adultes lourdement handicapées.

	L'orientation a été effective même si elle n'est plus d'actualité aujourd'hui	L'orientation n'a jamais été effective	L'orientation concernait un accueil familial spécialisé	Total
ITEP	17	5	1	23
IME IMPRO	9	5		14
Autre (EREA, ESAT, MAS)	2	1		3
Total	28	11	1	40

Tableau 12 : Orientation vers les établissements médico-sociaux

Pour les professionnels de l'ASE, l'orientation vers une structure médico-sociale peut s'avérer complexe lorsqu'il s'agit de trouver un mode d'hébergement.

« On a des jeunes qui, pour x raisons, ne peuvent pas aller en école ordinaire, qui ont besoin d'une orientation spécialisée. En même temps on cherche un lieu d'accueil. Or il est très difficile de trouver les deux en même temps : un lieu d'accueil soit un foyer éducatif, un lieu de vie, une famille d'accueil, selon l'âge, la problématique etc. et puis l'ITEP. C'est très difficile parce que des fois l'ITEP est éloigné ou il n'y en a carrément pas, donc c'est très compliqué. On ne peut pas trouver un ITEP si on n'est pas domicilié sur le territoire parce que c'est sectorisé, il faut habiter sur le département pour pouvoir en bénéficier, c'est sectorisé ». Une référente ASE

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

L'information sur l'existence d'un suivi par un médecin pédopsychiatre ou psychiatre concerne soixante-neuf des quatre-vingt jeunes, soit près de neuf jeunes sur dix. Cette information n'est pas spécifiée pour onze d'entre eux.

° 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 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 dû l'interrompre en raison de leur placement (actuel) en lieu de vie.

Le jeune bénéficie-t-il d'un projet de soins ? Si oui, par qui est-il effectué ?	Effectif
suivi par secteur de pédopsychiatrie	35
suivi CMP proche lieu de vie	3
suivi dans le médico-social (CMPP, ITEP)	3
suivi en libéral	2
suivi mais non précisé	2
Effectif des jeunes suivis sur le plan psychiatrique	45
suivi interrompu car lieu de vie	2
non car refus du jeune	11
Effectif des jeunes pour lesquels un suivi est estimé nécessaire mais n'est pas mis en oeuvre	13
non	11
non précisé dans le recueil des informations	11
Total	80

Tableau 13 : Suivis psychiatriques mentionnés

° **Pour quinze jeunes, un diagnostic de maladie psychique a été posé**

Trois autres ont fait l'objet d'une évaluation qui a indiqué l'absence de maladie psychique. L'information n'est pas disponible pour les autres jeunes.

Parmi les quarante-cinq jeunes pris en charge par un médecin pédopsychiatre ou psychiatre, trente suivent actuellement un traitement médicamenteux. Six ont abandonné le traitement.

Le jeune suit-il ou a-t-il suivi par le passé un traitement médicamenteux ?	Total
oui	30
oui par le passé mais plus nécessaire	3
oui mais interrompu	3
non	26
non mentionné	18
Total	80

Tableau 14 : Les traitements médicamenteux mentionnés

Lors des entretiens avec les parents et les jeunes, des échanges sur le traitement médicamenteux ont eu lieu, souvent de manière spontanée. Farah et Jordan disent que le traitement leur permet d'être plus tranquille, moins angoissé. Yannick explique qu'avec son ancien traitement, il avait toujours envie de dormir et qu'il loupait les cours pour dormir plus longtemps le matin. Les parents de Jordan, Yannick, Martin, Driss relèvent également que le traitement permet à leur enfant d'être apaisé. Driss apprend mieux.

Cependant, des inquiétudes pointent. L'observance du traitement par Driss est traversée par des doutes quant aux effets à long terme. La mère des jumeaux se dit que parfois ses enfants ont été assommés par le traitement.

◦ **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 :

- quarante-cinq ont été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois
- trente-trois n'ont jamais été hospitalisés.

Et parmi les quarante-cinq :

- dix-neuf ont été hospitalisés à une reprise
- neuf à deux reprises
- cinq à trois reprises
- trois à quatre reprises
- cinq à plus de cinq reprises
- quatre ont connu 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)**

Il s'agit :

- des deux enfants lourdement handicapés ;
- de deux enfants ayant subi des violences sexuelles avérées ;
- de deux enfants pour lesquels des violences sexuelles sont suspectées ;
- de trois enfants rejetés par leurs parents, dont un a vécu le départ à la retraite de la famille d'accueil (entre 0 et 10 ans) ;
- un enfant dont le père souffre d'une maladie psychique ;
- une jeune dont la grand-mère a investi la place de la mère ;
- un enfant dont un proche a été assassiné ;
- un enfant pour lequel aucun élément sur ce qu'il a vécu n'a été indiqué.

Il n'est fait mention d'un diagnostic que pour six d'entre eux.

La population des jeunes dits « incasables » recoupe en partie celle que la Délégation ANCREAI Île-de-France étudie simultanément dans une autre recherche. En effet, notre équipe est engagée pour la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie sur une expérimentation de l'évaluation des situations de handicap psychique par les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées. Cette expérimentation est réalisée dans quinze départements (dont celui du Val-d'Oise pour les enfants) avec les équipes des MDPH et des professionnels de secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Elle concerne quatre-vingt adultes et quarante enfants ou adolescents. Elle consiste à tester le traitement en équipe pluridisciplinaire des informations pertinentes pour l'évaluation des situations de handicap psychique en vue d'établir un plan personnalisé de compensation du handicap. Le plan de compensation du handicap, prévu par la loi du 11 février 2005, entré en vigueur pour les enfants au 1^{er} avril 2008, est la formalisation des conditions à mettre en œuvre dans tous les domaines de la vie (accompagnement éducatif, hébergement, soins, accompagnement à la vie sociale, etc.) en fonction des besoins de la personne handicapée psychique pour la réalisation de son projet de vie (projet ou choix en matière de scolarité, de formation professionnelle, de vie familiale etc.). Dans l'esprit, la formalisation du plan personnalisé de compensation est relativement proche de la page « *Quelles réponses apporter ?* » du questionnaire d'évaluation des situations présenté en annexe.

Les quarante enfants et adolescents pris en compte dans l'étude « handicap psychique » ont pu être sélectionnés dès lors qu'un suivi par une équipe de psychiatrie est en œuvre. Quatorze d'entre eux sont dans une situation familiale proche de celles des jeunes dits « incasables », leurs manifestations sont de la même nature (tentatives de suicide, comportements alimentaires, troubles du comportement...).

Dans les situations d'enfants et de jeunes pris en charge à l'ASE, il aurait été opportun d'associer les équipes de l'ASE. Les référents devraient être membres de l'équipe pluridisciplinaire dont l'objectif est de collecter les éléments sur les conditions de vie du jeune, d'évaluer ses besoins et de définir les réponses complémentaires à apporter. Il ne s'agit plus pour l'ASE de monter des dossiers transmis à la MDPH pour qu'elle prenne une décision mais bien de construire ensemble des réponses adaptées à la situation de chaque enfant. Ce mode de partenariat devra être expérimenté pour les jeunes incasables.

5- Comment comprendre les situations d'incapabilité ?

La grande complexité de l'incapabilité réside dans le fait qu'il s'agit d'un cumul de réalités complexes qui s'interpénètrent : la complexité du travail institutionnel, de la coordination des différents acteurs, la complexité de la situation familiale, de l'histoire du jeune, des drames et traumatismes qu'il a vécus, la complexité de la situation présente, des comportements réactionnels et des pratiques d'échappement.

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'incapabilité.

Dans le présent, cela se traduit par la difficulté à trouver des solutions d'hébergement, de scolarité, de formation, lorsque les jeunes les mettent systématiquement en échec. Les solutions successives proposées relèvent alors de montages complexes, construits avec des partenaires connus des professionnels ou parfois avec des partenaires cherchés de manière large sur le territoire national. La narration par les référents ASE de leur travail auprès des jeunes dits incapables donne parfois l'impression de quasi « miracles » dans l'invention de solutions comportant par exemple la mobilisation d'acteurs de province très éloignés géographiquement, sans que cet éloignement n'ait été de prime abord un choix stratégique. Ces solutions semblent s'être imposées comme les seules envisageables, donnant l'idée d'un désert parsemé de quelques oasis institutionnelles. Cette « adéquation opportune » lorsqu'elle s'enclenche, se comprend aussi au regard des réponses existantes sur le territoire.

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'incapabilité » (placements successifs, fugues, déscolarisation) ;
- pour quelques-uns la période où les choses semblent « entrer dans l'ordre ».

La période d'incapabilité 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'incapabilité. Et si les situations sont toutes singulières, les parcours qui ont été soumis à l'étude par les référents éducatifs pour cette recherche, entrent dans un schéma de « construction » de l'incapabilité 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**.

⇒ Vision schématique du parcours par le jeune et ses proches

1. Le jeune rencontre des difficultés dans sa famille (séparation d'avec un parent ou les deux, décès d'un parent ou des deux, abus sexuels, violences physiques, abandon....) qui produisent une souffrance importante, traumatisante. Toutes les situations prises en compte dans l'étude ont ceci de commun : les conditions de vie de l'enfant dans sa famille sont **douloureuses** (particulièrement douloureuses), cela parfois pendant plusieurs années avant le premier repérage.

2. Quelqu'un (l'école, un médecin, un proche....) porte le regard sur la situation **ou** l'enfant lui-même signale sa difficulté. Il peut s'être écoulé peu ou beaucoup de temps entre la survenue des difficultés et le repérage de la difficulté.

3. Une première intervention a lieu (IOE, enquête de police, éventuellement placement en urgence).

4. L'enfant entre dans un processus de protection de l'enfance : parfois d'abord au sein de sa famille (AEMO), puis dans une structure d'accueil. Il entre dans ce processus avec sa souffrance « intacte », voire exacerbée par la mesure ; le premier placement et la manière dont il se déroule, peut constituer lui-même une circonstance produisant de la souffrance. Le placement, s'il est une absolue nécessité, une démarche habituelle pour les professionnels, demeure pour l'enfant une étape « extraordinaire » de sa vie. Il est séparé de ses parents et particulièrement de sa mère.

5. Ses relations avec ses parents sont arbitrées au regard de la loi (droit de visite, d'hébergement, rencontre médiatisée, interdiction des rencontres, éloignement).

6. L'enfant entre dans un parcours de placement. Il peut s'y trouver bien (par exemple dans une famille d'accueil cadrante et chaleureuse) ou mal (dans une famille d'accueil qui, de son point de vue, ne se comporte pas correctement à son égard).

7. Des événements, parfois anodins pour les adultes (le vol d'une valise...), surviennent dans ce parcours de placement et viennent « appuyer » sur la souffrance à l'origine : un parent rejette le jeune, ne vient plus le voir, refuse de le recevoir, un proche décède, d'autres jeunes placés dans les mêmes lieux sont violents, la famille d'accueil cadrante et chaleureuse cesse son activité à l'âge de la retraite...

8. La souffrance « intacte » semble réactivée. Le jeune manifeste sa souffrance par des comportements qui mettent en échec les solutions proposées. L'hospitalisation en psychiatrie intervient dans ces moments-là. Elle va, pour certains, devenir au long cours (de longues et nombreuses périodes d'hospitalisation, des hospitalisations séquentielles avec d'autres modes d'accueil...).

L'intervention de la psychiatrie dans les parcours a des effets décrits de manière diverse : Le jeune peut exprimer une appréciation négative ou positive.

9. Un évènement, souvent une rencontre, permet à quelques jeunes de sortir de la période d'incapacité. D'autres quittent le champ de la protection de l'enfance en devenant majeur en errance, en situation précaire.

⇒ **Vision schématique du parcours par les institutions**

1. Un signalement d'une difficulté est réalisé par l'école, par l'un des parents, par un proche, par un voisin, par l'hôpital, par le jeune lui-même, par un professionnel...

2. Une première intervention a lieu. Il s'agit la plupart du temps d'une évaluation de la situation de danger (une Investigation d'orientation éducative, une enquête de police), parfois concomitante avec un placement en urgence. On attribue la situation de danger à quelqu'un : le père, le frère aîné, le beau-père, la mère ; ou à une circonstance : un décès, une carence éducative, un abus sexuel, la séparation des parents... Cependant, il existe une part d'opacité sur les conditions de vie de l'enfant.

3. L'enfant entre dans le système de protection de l'enfance et dans la grande majorité des situations (soixante-dix-huit sur les quatre-vingt) dans un parcours de placement (accueil d'urgence, foyer de l'enfance, MECS, famille d'accueil, lieu de vie...).

4. En fonction des faits, les parents (quand ils existent) se voient attribuer ou non un droit de visite et d'hébergement. Souvent les professionnels estiment qu'ils ont du mal à travailler avec les parents (ils ne viennent pas au rendez-vous, sont en difficulté...)

5. Le jeune agit et ses agissements mettent en échec la solution mise en place (fugue, agression d'un adulte, d'une autre jeune, destruction, crise clastique...) parfois après plusieurs années de prise en charge. Les professionnels ne manquent pas de faire le lien avec des évènements sur lesquels ils estiment n'avoir pas de prise : « *sa mère l'a rejeté une fois de plus* », « *au décès de son père* », « *quand elle a appris que son père n'était pas son père* »...

6. Il est exclu de l'école, du lieu d'hébergement... Les autres modes d'intervention, le suivi sanitaire notamment, peuvent être interrompus à cette occasion. En fonction de l'importance de la crise du jeune, il peut être hospitalisé en psychiatrie.

7. On propose une solution de remplacement à la précédente prise en charge, (lieu de vie, foyer, famille d'accueil) dans l'espoir que cette solution de remplacement ne suscitera pas les mêmes comportements de la part du jeune.

8. Le jeune pose des actes à répétition, mettant en échec les solutions proposées souvent très élaborées. Il fugue pour revenir dans sa famille, il est en crise, ce qui peut le conduire à être hospitalisé. Les travailleurs sociaux ne

savent plus quoi faire. **C'est souvent que l'on a identifié comme raison de la répétition des mises en échec par le jeune, une difficulté circonscrite au présent et au mode de réponse actuel.** Pour les professionnels, c'est la solution proposée qui ne convient pas au jeune et qui produit l'incapacité « *il n'existe pas de lieu adapté à la problématique du jeune* » disent-ils. Une solution « idéale » émerge dans la tête des professionnels¹⁹ : il faudrait « un lieu thérapeutique, de petite taille, contenant », « un milieu dit protégé avec soins en intra alternatif à l'hospitalisation en structure psychiatrique, à petit effectif, avec un travail progressif sur la réinsertion scolaire ou pré-professionnelle », « un établissement à petit effectif proposant un encadrement éducatif renforcé de soins adaptés », « l'hébergement actuel en lieu de vie est adapté mais un travail thérapeutique en parallèle serait souhaitable pour les lieux de vie », « une petite structure ou un petit groupe avec apprentissage en interne au début et un accompagnement thérapeutique pour la famille », « un lieu thérapeutique lui permettant une distanciation géographique d'avec la famille d'accueil et travailler sur la question de ses origines », « un hébergement avec soins », « l'éloignement est primordial », « une petite structure thérapeutique avec scolarité en interne qui peut travailler avec l'envahissement parental », « il faudrait un lieu plus thérapeutique mais il le refuse ».

La structure idéale apparaît souvent comme un lieu unique de petite taille, cadrant, proposant des soins et une scolarisation. Cela est significatif du fait que les professionnels de l'ASE identifient comme raison principale de l'incapacité, la non-prise en compte simultanée de tous les besoins du jeune. Mais la perspective de prises en charge conjointes, réalisées par des professionnels appartenant à plusieurs structures, pour les jeunes dits incapables, n'apparaît pas adaptée.

9. Pour quelques jeunes, un apaisement durable (plusieurs mois) intervient. Ils sont en formation, stabilisés dans un lieu. Le traitement et le suivi en pédopsychiatrie semblent impliqués dans ces apaisements, notamment lorsque le traitement est pris régulièrement. La scolarisation ou une activité de jour deviennent possible. Les référents indiquent parfois que l'hospitalisation en pédopsychiatrie a permis un apaisement en fournissant une « contenance ».

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.

Lorsque la souffrance initiale est connue, les référents établissent un lien mais semblent ne pas savoir comment prendre cela en compte dans leur intervention. En parlant de la relation entre Sofian et son père, le référent explique :

« On voit déjà qu'il y a des choses qui le bloquent, à mon avis pour des raisons profondes et plus compliquées, quelque chose de l'ordre du lien. Ils ne se sont pas vus pendant longtemps ».

La souffrance initiale, quand ils la connaissent, apparaît aux référents de l'ASE comme appartenant au passé ou comme un élément externe sur lequel ils se demandent parfois s'ils peuvent et s'ils ont à intervenir.

La référente de la jeune fille ayant fugué, suite au vol de sa valise, se questionne sur l'opportunité de faire des recherches concernant la mère. Elle pense qu'avoir des

¹⁹ La liste suivante des solutions idéales est établie en tirant au hasard dix grilles de recueil biographique.

nouvelles de sa mère permettrait à la jeune fille d'être apaisée, mais elle se demande si cela entre dans ses fonctions. Son questionnement est tout à fait légitime. La mission est de protéger le jeune dans le présent et de construire son avenir.

Au travers des discours des professionnels, malgré toute l'empathie qu'ils manifestent et les liens qu'ils ne manquent pas de faire, il subsiste l'impression que ce qu'a vécu le jeune appartient à un passé révolu.

Or, si l'enfant est extrait du contexte dans lequel il a souffert, cela n'est pas suffisant pour mettre un terme à la souffrance car :

- des facteurs peuvent venir la réactiver (comportement des autres jeunes, fin d'une prise en charge satisfaisante...) ;
- l'histoire familiale se poursuit, même si l'enfant est extrait du domicile. Les relations avec ses parents et l'ensemble de sa famille continuent à se tramer.

Comment les éducateurs peuvent-ils intervenir pour aider les jeunes à dépasser leur souffrance ? Comment peuvent-ils créer les conditions propices à ce qu'ils se réparent ?

Les professionnels de l'ASE ont à composer avec ces circonstances dramatiques connues par les jeunes et les traces qu'elles ont laissées, avec l'implication et la non-implication des proches, avec les liens établis entre le jeune et les personnes qu'il côtoie (parents, fratrie, famille élargie, famille d'accueil, autres professionnels). Ils ont à composer avec les autres professionnels indispensables à l'accompagnement de chaque jeune.

Qu'ont-ils à composer ? Ils ont à composer les conditions d'une autonomie permettant une vie d'adulte insérée dans le monde social. Cela passe par la construction d'un projet de vie dont les bases doivent être établies avant le dix-huitième anniversaire pour pouvoir être accompagné jusqu'au vingt-et-unième anniversaire. Une gageure.

□ La question du sens

On a vu que la période d'incapacité pouvait être reliée aux difficultés rencontrées par l'enfant avant la détection de la difficulté et à sa souffrance initiale. On peut trouver des éclaircissements à l'énigme des manifestations d'aujourd'hui dans la connaissance des événements vécus et de l'histoire de la prise en charge. La nature des relations familiales à cette période et les dynamiques familiales qu'elles ont engendrées au fil du temps, ne sont pas sans conséquences sur le présent. Une mère peut être dans le rejet de l'enfant qui a dénoncé son père, un parent peut être pétri de culpabilité. Cela possède probablement un impact sur les relations familiales actuelles et sur les ressources personnelles des parents pour prendre soins de leur enfant.

Quels sont les moments particulièrement significatifs du parcours ? Nous en avons identifié deux :

- 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 extrêmement intéressant²⁰.

Sébastien a été abusé sexuellement entre deux ans et neuf ans. Personne ne le savait. Des troubles du comportement importants apparaissant dès la maternelle, (il est insomniaque, il s'arrache les cheveux, il souffre d'encoprésie), une AEMO est décidée alors qu'il est âgé de 3 ans. Elle va se poursuivre pendant plusieurs années. Lorsqu'il est

²⁰ 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.

âgé de 6 ans, l'ASE demande le placement des enfants. En raison des troubles du comportement qui se sont aggravés, (Sébastien est devenu agressif, il adopte des comportements sexuels), il est orienté en ITEP en internat. Sébastien et sa mère vivent cela comme une véritable éviction injuste de l'école.

A l'école « Il se battait, il mordait, il cherchait les coups comme maintenant. J'avais déjà signé un contrat d'intégration à l'école maternelle, où il était scolarisé à mi-temps. Quand ils faisaient des sorties Sébastien n'y allait pas. Ils en parlaient en classe, et quand il rentrait il disait - Maman je vais aller à la mer- et on disait - ben toi Sébastien tu n'y vas pas -, c'est assez difficile à vivre ». La mère de Sébastien

« Je n'ai pas fait CP normal et CE1, j'ai fait que la maternelle dans une école normale.

Tu aurais voulu aller dans une école primaire ?

Normale, ouais. Mes sœurs ont été à (nom du quartier), c'est une école primaire normale, la preuve c'est que maintenant elles sont encore en école normale. Moi c'est parce qu'ils m'ont traité comme un fou, qu'ils m'ont tapé dessus et puis après, j'ai fait la même chose j'ai tapé et j'ai été renvoyé de toutes les écoles.

Les autres enfants qui étaient avec toi ?

De (nom de l'ITEP) et au collège, parce qu'à la maternelle cela se passait bien et puis ils étaient petits, ils ne pouvaient pas me taper dessus. Si jamais quelqu'un me tapait dessus, ben ma mère, quand on allait en séjour ou en sortie, elle venait avec moi » Sébastien.

Le placement interviendra près de quatre ans plus tard, après que l'une de ses sœurs ait dénoncé les faits à leur mère. Celle-ci porte plainte. Les enfants sont placés. Les auteurs (le beau-père et un comparse) sont condamnés, l'un est en fuite.

La mère de Sébastien raconte comment s'est déroulé le placement :

« En fait, ce qui s'est passé c'est qu'il y avait une enquête, contre mon ex-mari à l'époque et moi j'avais été entendue par la police, j'avais déposé plainte. Quand j'ai été entendue par la personne qui s'occupe des mineurs, au commissariat, je savais qu'il y aurait un placement, elle m'en avait parlé, elle m'a dit qu'elle pensait qu'ils allaient être placés. Je lui ai dit- "ce que j'aimerais c'est être prévenue avant, pour pouvoir en parler aux enfants, que cela ne se passe pas comme cela". Elle est arrivée le soir même en me disant - "je suis désolée, le procureur a demandé à ce qu'ils soient placés tout de suite, je n'ai rien pu faire ". Elle était vraiment très bien, je dirais, seulement pour les enfants, pour ne pas les affoler, elle a dit - "on va aller dans un endroit, c'est comme une colonie de vacances". Allez faire partir mes filles en colonies de vacances maintenant. C'est difficile, pour eux ils entendent « colonies de vacances » séparation, séparation quasi définitive.

La police est venue, ils ont pris les enfants et ils sont partis au foyer d'urgence. Le lendemain j'ai essayé d'appeler, j'ai appelé le commissariat pour savoir où ils étaient, essayé d'avoir des nouvelles mais on ne m'a rien dit. Moi je n'ai pas attendu, cela s'est passé un vendredi déjà, donc moi le lendemain j'ai appelé tout de suite le commissariat pour savoir où ils avaient été, avoir les coordonnées, et puis après, tout de suite, une semaine après, il y a eu un jugement pour savoir ce qu'on faisait et là j'ai eu droit à des visites médiatisées et tout. (...) Avec l'équipe du foyer, c'était assez froid, c'était assez dur, c'était vraiment la visite médiatisée. J'étais avec mes enfants, je

me sentais épiée, ils étaient assis à côté. Autant j'ai pas cette sensation à l'ASE, à l'ASE à la limite ils participent, ils vont jouer avec nous quand on a des visites médiatisées, mais là j'avais le sentiment d'être épiée, c'est tout juste s'ils n'avaient pas un magnéto pour voir, c'est vrai qu'il y avait une enquête en cours. »

Le premier placement est un moment sensible, qui pour les enfants et les parents marque la fin d'une période et le début d'une autre. De ce premier placement Sébastien dit :

« Je m'en rappellerai, c'était un vendredi. Je suis revenu de (nom de l'ITEP), l'institut où j'étais. La police est venue. Ma mère a préparé deux valises et on est parti dans un foyer.

Tu avais été prévenu ?

Non, je pense que même mes sœurs n'étaient pas prévenues, même ma mère je pense n'était pas prévenue. Au foyer, on se faisait taper dessus par des jeunes qu'on ne connaissait pas. Après ils m'ont fait partir du foyer. C'est là qu'ils m'ont mis dans une famille d'accueil ».

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 la définition des réponses apportées aux jeunes, notamment dans les périodes d'incapacité, il serait intéressant de tenir compte de ces moments, d'une part pour envisager la portée des interventions, mais aussi pour comprendre les manifestations de clash. 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.

⇒ **Le sens de la période pendant laquelle le voile n'était pas levé**

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, celle de Sébastien, de Mathilde, de Sofian, de Jordan et de Martin, de Laura (qui ne fait pas partie de l'échantillon mais qui a été évoquée comme une situation d'incapacité non prise en compte par l'étude).

« C'est une gamine qui a subi des actes de maltraitance assez sévères ou des abus sexuels. Il y a quelque chose au niveau de la famille qui n'est pas éclairci. Il faut aussi l'accepter à un moment, il faut laisser du temps à la jeune, surtout, au vu de cette situation, pour voir ce qui s'est passé dans les familles. On ne peut pas tirer au clair du jour au lendemain. Mais je suis étonné là, c'est à la troisième demande d'IOE que le signalement a commencé à venir, quand elle était au collège, je suis très étonné. Il y a tous les signaux qui sont là et on attend l'adolescence. C'est justement ces manifestations là qui sont quand même plus propres à l'adolescence et qui sont très dures à gérer, et c'est à ce moment-là que le dispositif de protection de l'enfance se met en place. (...) À un moment donné, cette jeune s'est plainte plus ou

moins d'attouchements sexuels, donc à un moment donné, elle est restée un an en n'arrétant pas de dire : "oui, j'aurais jamais dû dire que mon père m'avait violée ou m'avait touchée" alors qu'il ne se produisait rien au niveau de la justice. » Un référent ASE

Ces situations donnent l'impression d'un voile levé progressivement sur le passé, mais parfois de manière incomplète. Il demeure des zones d'ombre. Pour Jordan et Martin qui sont connus de l'ASE depuis leur première année de vie, on parle d'un climat familial incestueux mais l'on n'a pas plus d'éléments. Les avis des professionnels rencontrés divergent. Pour l'un d'entre eux, la suspicion porte sur la mère tandis que le père est présenté comme un homme avec lequel il est possible de travailler. Pour un autre professionnel, c'est le père qui est identifié comme la personne problématique.

Mathilde a été victime d'abus sexuels de la part de son frère. Ces abus sont apparus après la fin d'une AED d'un an « qui n'a pas apporté du tout d'éléments ».

Quel sens prend, pour les jeunes, cette période 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 ?

⇒ **Eloigné de ses proches**

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

Sofian est un jeune homme qui a connu une période chaotique dans son parcours de placement. Après avoir passé son enfance chez ses parents dans un climat décrit comme violent et strict, il s'est fortement opposé à l'adolescence à son père ce qui a justifié une prise en charge par l'ASE. Sofian est tiraillé entre le désir de ne plus jamais avoir affaire à son père et celui de protéger sa mère, sur laquelle il veille à distance, accourant dès que celle-ci est en difficulté. Un éloignement pour lui aurait été problématique de ce point de vue. Au moment où il était difficile de trouver un lieu de placement, il a été question d'un accueil en lieu de vie, loin de sa famille. Sofian s'y est opposé et a préféré rester vivre dans la famille d'accueil qui l'accueillait temporairement. Aujourd'hui, sa situation s'est améliorée, il est décrit comme un jeune sympathique ayant de l'humour. Il continue à vivre dans la famille d'accueil « cadrante et chaleureuse » dont il a accepté les règles et il a entamé une formation en CFA. Il raconte comment il a envisagé l'éloignement :

« En fait j'avais un éducateur, c'était par Monsieur A. Je ne voulais pas rester trop chez moi parce que j'ai eu quelques problèmes. Il voulait me mettre en premier à la campagne mais moi j'aime pas la campagne, je ne suis pas fait pour la campagne. Ils m'ont dit " on va te mettre loin de chez tes parents" mais moi je suis bien ici, j'ai mon travail juste à côté, et je ne me plains pas. Normalement, je ne devais pas rester ici, normalement ils devaient me mettre dans un foyer, mais dans le foyer il n'y avait plus de place, et j'ai vu que j'étais bien ici. Ils sont gentils avec moi et moi et j'ai été gentil avec eux. Après la famille d'accueil m'a dit, "maintenant si tu veux repartir on ne peut pas te retenir mais si tu es bien ici, tu peux rester", alors j'ai dit " je reste ", je suis resté, j'ai trouvé une formation. »

Sofian a accepté une situation d'éloignement intermédiaire (dans le département mais à deux heures de transport de sa cité d'origine) qui a été pensée de manière collective et dont il a compris le sens.

« À ce moment-là, donc c'est : si on pouvait le sortir de là. Son collègue y pensait beaucoup, le foyer [nom du foyer] ils nous ont beaucoup envoyé cela, celui de (nom du lieu) aussi. Il faut à tout prix l'aider à construire son projet d'avenir au niveau professionnel, qu'il ait son autonomie, surtout que ça ne le laisse pas sombrer dans la délinquance. Et après essayer un minimum de l'éloigner de son réseau, et le fait de le poser quelque part aussi, c'était l'objectif ». Le référent

Une stratégie d'intervention à laquelle le jeune a résisté (être éloigné de son réseau) et qu'il a identifiée pour finalement l'accepter :

« C'est très loin. Je mets deux heures pour aller jusqu'à là-bas (chez ses parents). C'est dans le même département, mais de l'autre côté, ici, là-bas c'est des trucs de banlieue. Il faut que j'aille sur Paris, Châtelet, je vais jusqu'à Saint Lazare, c'est beaucoup. Ils l'ont fait exprès les éducateurs, ça je le savais. Parce que là où j'habite, j'ai beaucoup de fréquentations, je traîne avec eux, c'est tout. » Sofian

Pour un autre jeune ayant beaucoup fugué des lieux de placement pour rejoindre sa mère, l'éloignement n'a pas été neutre dans l'évolution de sa situation. Même s'il le vit mal par moment, l'éloignement a eu un impact positif sur sa situation. Au départ difficile à supporter pour ce jeune à qui sa mère manquait beaucoup, il a fini par trouver dans ce placement distancié les moyens de « se poser ». Au moment de l'étude, il remettait à nouveau en cause cet éloignement et désirait se rapprocher de sa mère. Au contraire d'autres jeunes, François, qui se dit un jeune de la cité (alors qu'il n'a jamais vécu en cité) et qui valorise sa ville, n'a jamais dénigré la campagne. Le fait de vivre à la campagne ne lui semble pas incongru. Il annonce d'ailleurs avec fierté à sa référente que dorénavant, il n'ouvre plus les barrières électriques mais il les saute, « comme tout le monde le fait ici ». Il s'est inscrit au club de foot du village et a des amis. Cela ne participe donc pas à ses désirs d'échappement.

« Depuis que François est dans ce lieu de vie, il y est depuis le mois de novembre, dès qu'il a sa mère, dès que j'appelle, dès que sa ville ou sa famille revient à sa mémoire, il faut qu'il parte tout de suite, qu'il rentre tout de suite voir sa mère. Il faut tout de suite qu'il voit ses petits frères, et il ressent un véritable manque vis-à-vis de la mère, de ses petits frères et de sa vie de la cité. Quand, pendant une période plus ou moins longue, ni sa mère ou moi-même l'appelons, quand rien ne lui rappelle sa ville, sa famille, ses petits frères, ça se passe très bien. Alors là hier, le seul fait déjà, que je vienne et qu'il ait sa mère au téléphone, automatiquement, François retrouve toute son angoisse, "je veux voir ma mère, je veux voir comme elle va, je veux voir mes petits frères, ils ne me connaissent même plus, je suis le grand frère, moi je vais leur dire qu'il faut aller à l'école, je vais reprendre l'école, vous allez voir, je vais leur montrer, je vais leur dire, moi je rentre de l'école, il faut faire comme moi". Enfin un discours très idéalisé de la famille. Mais il est suffisamment fin pour faire vraiment vite le rapprochement : "je n'ai jamais eu de famille, c'est ça qui me manque, moi il me faut une famille, ma famille me manque, pourquoi vous m'empêchez de la voir, pourquoi vous m'empêchez, c'est pourtant ça qui me faut, vous dites que vous êtes là pour m'aider mais vous ne me permettez pas d'aller voir ma famille, moi c'est ça qu'il me faut". Quand il n'a pas sa maman au téléphone, quand je n'interviens pas directement auprès de lui, il ne demande pas à appeler sa mère, et il passe de bonnes journées et les choses avancent bien. Là hier ça a tout réveillé et hier c'était : "vous m'emmenez, vous ne me laissez pas, je vais fuguer, vous me croyez pas, j'en suis capable, je vais le faire" ».

Le premier placement de François s'est déroulé alors qu'il avait 1 an, à la demande de sa mère, au moment de la séparation du couple parental. Son père est ensuite sorti de sa vie. Ce premier placement qui devait être temporaire a duré 9 ans. Il est ensuite revenu vivre chez sa mère pendant quatre ans avant d'être à nouveau placé et de débiter sa période d'incapacité. Cette série de séparations définitives participe probablement à sa difficulté actuelle à vivre éloigné de « ses proches ».

Du côté des parents et des jeunes, la question du sens se pose pour les mesures et les interventions, notamment pour l'AEMO.

⇒ **Le sens de l'AEMO**

Les mesures d'AEMO ont été jugées négativement par les parents qui en ont parlé. Le sens de cette mesure ne leur est pas apparu clairement. Elle ne leur a pas apporté le soutien en matière de parentalité qu'ils pouvaient attendre.

« Sébastien a été suivi très très jeune en fait. Au départ, on a eu une AEMO administrative, après il y a eu une AEMO judiciaire et après il y a eu un placement. Sébastien a vraiment eu tous les stades. Moi je dirais par rapport au premier stade, on a eu une première AEMO administrative, je me suis toujours demandé à quoi cela servait. J'attendais plus des réponses concrètes sur des questions que je pouvais me poser, par rapport à l'éducation de Sébastien, parce qu'il a toujours été dur, il était hyper actif. Donc je m'attendais plus à des choses concrètes, et en fait, l'éducateur à l'époque le prenait une heure tous les mois, en gros c'était cela. Ils disaient qu'ils n'avaient pas les moyens matériels de faire plus. » La mère de Sébastien.

La mère de Jordan et Martin a fait la même remarque sur la mesure d'AEMO mise en place pendant cinq ans lorsque les jumeaux sont revenus vivre au domicile après un premier placement de quelques mois en pouponnière et l'accueil en internat d'un ITEP pour Jordan et le placement en famille d'accueil pour Martin.

À l'inverse, l'absence d'accompagnement au moment du retour à domicile, après dix années de placement, a été considérée comme catastrophique par la mère de Virginie²¹.

Le sens de l'AEMO mériterait d'être reposé et explicité aux parents.

⇒ **Le jeune en tant que sujet**

Un autre point soulevé par deux référents est en lien avec la question du sens. Ces deux professionnels ont 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 existaient des certitudes.

« Je suis un peu vague, parce que je ne le connaissais pas avant, mais moi je pense qu'il n'y a pas eu de travail avec Sofian suffisamment adapté à sa problématique, c'est-à-dire, que j'ai le sentiment que, aujourd'hui, Sofian on le considère comme un sujet, et qu'avant peut-être il était plus l'objet d'un travail et pas sujet d'un travail. Voilà c'est un peu mon idée. Depuis qu'il est

²¹ Ce point a été abordé brièvement avec elle lors d'échanges téléphoniques pour fixer un rendez-vous. Elle souhaitait aborder spécifiquement cette question. Malheureusement, l'entretien n'a pu être réalisé.

vu comme un sujet, pris comme tel, qu'il y a du sens pour lui dans sa vie, je trouve que là, il va plutôt bien mieux, qu'il avance. Donc je pense qu'effectivement qu'il y a eu des malentendus par rapport à un travail qui aurait dû s'effectuer assez rapidement au niveau des maltraitances qu'il a vécues dans sa famille. C'est un travail qu'on aborde, enfin qu'on essaie d'aborder, même s'il s'en défend beaucoup. Pour Sofian c'est compliqué et puis il est explosif. Il y avait une crise familiale à l'époque, et donc j'ai envie de dire qu'on peut comprendre, sans l'accepter, qu'il ait eu des moments où il a pu être violent ».

Replacer le jeune en tant que personne évoluant dans une famille avec un passé pris en considération, s'est traduit pour Sofian par le fait de le mettre en position de faire un choix. Comme Sofian, François et Farah se sont stabilisés dans des lieux d'hébergement qui leur ont été présentés comme des lieux provisoires et temporaires. Ils ont souhaité y rester.

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. À 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'à 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**.

Ainsi, le nouveau référent de Jordan qui travaille dans le service depuis de nombreuses années ne se souvenait pas, au moment de l'entretien, du premier placement des jumeaux à l'âge de neuf mois en pouponnière. Pourtant, la mère a évoqué avec douleur ce premier placement. Ces fils ont aujourd'hui 17 ans. Elle explique les difficultés personnelles qu'elle a rencontrées à ce moment-là et qui ont motivé le retrait des enfants. Elle explique le long combat qu'elle a mené seule pour dépasser ses propres difficultés, ce qu'elle est parvenue à faire il y a 5 ans. De cela, elle n'a jamais parlé avec les référents successifs de ses enfants (cinq référents sont cités pour Jordan).

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. À l'occasion de l'enquête, la référente de Virginie s'est replongée dans le dossier et à découvert des éléments de la période précédent le premier signalement qui l'ont surprise.

« Quand Virginie était toute petite, la maman travaillait du matin ou soir, et donc laissait la petite à son mari. Ce monsieur, à l'époque, buvait déjà fortement. La maman, maintenant sait que c'était sa plus grande et grosse

erreur à l'époque, elle était très jeune. Virginie a été sauvée de la noyade par sa grand-mère parce le père était tellement cassé ce jour-là qu'il l'a oubliée dans le bain et la gamine s'est noyée ... massages cardiaques. La puéricultrice qui venait à la maison, j'ai retrouvé un rapport vraiment exceptionnel, où il était noté noir sur blanc par cette puéricultrice : " A la prochaine brûlure de cigarette je signale". C'était il y a 18 ans. C'est extraordinaire, ce papier a été lu, je ne sais pas si j'aurais dû lire son dossier qui tord les tripes, il y a des choses qui pourraient faire encore plus mal, enfin bref, de fil en aiguille, la gamine a bien atterri pour la énième fois (nom de l'hôpital), aux urgences, et puis un jour ils ont dit « stop ».

Ces informations auraient probablement pu éclairer, tout au long du parcours de Virginie, le rôle et la place tenus par chacun des membres de sa famille. La confusion des places semble avoir eu un impact important sur l'enfance et l'adolescence de Virginie. Nous y reviendrons par la suite lorsqu'il sera question des retours en famille.

Dans une autre situation, la perte de la mémoire d'un détail de l'histoire du jeune a des conséquences importantes dans le présent. Franck est un garçon âgé de 17 ans au moment de l'enquête. À un moment de son parcours, il s'est retrouvé à la rue. Alors qu'il passait la soirée dans la cage d'escalier de l'immeuble de l'un de ses copains, la mère de ce dernier s'est inquiétée du sort du garçon. Elle l'a invité à manger puis à dormir. Elle a elle-même cinq enfants qu'elle élève seule. Sans autre alternative d'hébergement pour ce garçon, elle a obtenu une légitimation de la situation et est devenue « tiers digne de confiance ». Elle a ensuite eu quelques contacts avec les parents du garçon. Elle s'est occupée seule de ce garçon pendant sa période de fortes manifestations, avec un soutien éducatif qu'elle estime insuffisant compte tenu des manifestations violentes du jeune. La situation étant devenue tellement complexe, le jeune n'était plus chez elle au moment de l'enquête. L'historique de la situation retenue par la référente qui suit le jeune depuis quelques mois n'est pas la même. Le jeune a été confié par sa mère à l'une de ses amies. La référente explique comment s'est déroulé le passage de relais.

« Moi, je suis arrivée à la circonscription en septembre et c'est à ce moment-là que j'ai repris la situation de Franck. Quand j'ai repris la suite, une audience était prévue, fin septembre, où les parents ainsi que Franck et Madame B (la personne tiers digne de confiance) étaient convoqués, parce que le précédent référent avait notifié dans son rapport que Mme B puisse être un tiers digne de confiance. L'audience a eu lieu, les parents n'étaient pas présents, ayant été informés un peu tard de l'audience. La juge a décidé de refaire une autre audience en octobre. À ce moment-là, nous, on était présents, Mme B ainsi que Franck, mais les parents n'étaient toujours pas présents. Alors là elle a décidé de confier Franck à Mme B, en qualité de tiers digne de confiance jusqu'à sa majorité. En fait Mme B connaît Franck, c'est une amie de la mère de Franck. Franck a déjà été hébergé chez cette dame en 2003 je crois et en 2004, donc il la connaissait bien et effectivement par ce biais-là on a décidé que Franck serait hébergé chez cette dame.

– Comment ça se passe, quand vous prenez le relais, est ce que vous avez eu une rencontre avec votre précédent collègue qui suivait la situation de Franck ?

En fait, avec le précédent référent, c'est assez difficile, car quand moi je suis arrivée il est resté très peu de temps et on n'a pas vraiment eu l'occasion de voir toute la situation, car la situation de Franck est assez importante. Il y a pas mal de choses qui se sont passées auparavant. Je n'ai pas eu vraiment l'occasion qu'on se rencontre tous ensemble et qu'on fasse un lien. Je suis arrivée et tout de suite, dans le vif du sujet. La première rencontre avec Franck, sans le précédent référent, ce n'était pas pour voir ce qui s'était passé avant, parce qu'il y a un travail qui a déjà été fait en amont, c'était plus pour

faire connaissance, avoir des premiers contacts en fait. Après, ce sont eux qui m'expliquent un petit peu pourquoi il en est arrivé jusque-là. J'ai posé quelques questions, comment ça s'est passé avant, qu'est-ce qu'il en est aujourd'hui, mais c'était vraiment comment nous, effectivement, on peut travailler maintenant et à partir de ça. »

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 incasables, 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 où 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.

Farah, la jeune fille qui a fugué suite au vol de sa valise, est une jeune fille frêle, gentille, douce, vulnérable. Elle est aujourd'hui majeure et est hébergée dans une famille d'accueil. Elle s'absente régulièrement plusieurs jours, sans donner de nouvelles. Ces départs inquiètent beaucoup l'assistante maternelle et la référente. Un travail a été réalisé avec l'assistante maternelle autour de ces départs qui habituellement ne sont pas tolérés. Farah est ainsi accueillie à chacun de ses retours, aucune question ne lui est posée, sa place est gardée. L'intérêt identifié pour Farah, qui a passé de longs mois en situation d'errance, est qu'elle puisse revenir dans ce lieu d'hébergement sécurisant. Le projet de formation et d'insertion professionnel se construit (difficilement) dans ces conditions. La référente a dû accepter une certaine part de non-maîtrise du quotidien de la jeune fille.

« C'est vrai que Farah a du mal à respecter le cadre et que là on est quand même, c'est une jeune qui a besoin d'un traitement médicamenteux, qui a quand même des troubles importants et du coup elle peut partir. Et là encore à l'heure actuelle, elle peut partir comme cela. Là par exemple elle n'est pas rentrée. On s'interroge beaucoup sur ce qui se passe à l'extérieur, mais elle revient systématiquement dans la famille d'accueil. Il y a une fois où elle était partie et en fait elle attendait ici. On est arrivé un lundi matin, elle était là, elle n'avait pas dormi, elle avait attendu depuis 5 heures du matin qu'on ouvre. C'est quand même quelque chose qui s'est accroché, elle est accrochée, il y a une accroche qui s'est mise en place, ce qui est nouveau par rapport au début » La référente de Farah.

Marie est une jeune fille qui a été confrontée à l'alcoolisme et à la violence des adultes qui l'entouraient. Son premier placement est intervenu, en urgence, lorsqu'elle était âgée de 12 ans. Elle a tenté de se suicider, a été hospitalisée en psychiatrie et a beaucoup fugué des lieux de placement pour rejoindre sa mère. La dernière rupture s'est produite en juillet 2007, quelques mois avant ses 18 ans, au moment où l'éventualité d'un contrat jeune majeur se dessinait. Il s'agit de la jeune fille qui a mis en échec un lieu d'hébergement au moment de l'établissement de sa carte d'identité. À ce moment, elle a refusé toute aide des services sociaux. Elle est alors partie rejoindre sa mère puis est allée en province vivre avec son ami. La référente estime que ce choix n'est pas adapté, notamment parce que Marie n'est plus

suivie sur le plan psychique. La répétition des mises en échec par la jeune fille de solutions à des moments où tout allait bien a permis à la référente de saisir cet aspect. Un moment de stabilisation chez un oncle maternel en fournit l'exemple :

« Il faut vraiment que ce lien soit très subtil. Oui parce que, si elle sent un peu trop, et son oncle prenait une position qui est assez difficile, même en lui donnant des conseils, des choses et voilà, il essayait de pallier un petit peu à la carence de sa sœur, et c'est à ce moment-là qu'elle coupe les liens. C'est vrai qu'à un moment donné, elle faisait les choses pour faire plaisir à son oncle. Elle me disait : "il faut que j'y arrive, il ne faut pas que je le déçoive", mais du coup on a l'impression que c'est insoutenable, parce qu'en même temps elle a souvent un discours très dévalorisant sur elle-même, souvent, se rabaisant, disant qu'elle n'était pas capable d'arriver, et du coup elle se met une pression monstre. Même quand elle a fait cette école de coiffure, elle avait vraiment rattrapé les choses, elle avait de très bons résultats. Il y a une énorme pression comme ça, en gros, qui fait qu'à un moment donné ça clash aussi. On s'est beaucoup interrogés, je pense que je n'ai jamais bien réussi à comprendre cette situation, mais bon (...)

C'est une jeune fille qui est très lucide de la situation, c'est impressionnant, elle a très bien compris ce qui se passe, mais en même temps, il y a des moments où elle ne veut plus comprendre, elle sait qu'elle va dans quelque chose où elle va se casser le nez, elle peut le dire, mais elle y va quand même. Je sais, qu'à un moment donné, quand elle est partie, qu'elle avait été rejoindre sa mère, elle avait dit : "de toute façon je sais que ça ne va pas tenir, je sais que là ça va mais dans quelque temps ça va lâcher". Il y a des moments elle peut être très objective et mettre les choses en place, et à d'autres moments il n'y a plus d'objectivité tellement c'est envahissant et à ce moment là tout va clasher. »

Compte tenu de la difficulté à établir des liens pour Marie, qu'elle identifie sans en comprendre tous les tenants et les aboutissants, elle n'a pas cherché à imposer à Marie, devenue majeure, la poursuite du suivi. Néanmoins, elle garde un contact téléphonique pour signifier à la jeune fille que « la porte est ouverte ».

« Je l'ai eue, il n'y a pas très longtemps. À la dernière rupture elle était repartie rejoindre sa mère. Elle savait que ça n'allait pas tenir, et la dernière fois que je l'ai rappelée, elle était sur Paris. Elle travaille dans une boîte de démarchage par porte à porte et elle dort, pour l'instant, à l'hôtel. Je lui ai demandé comment elle arrive à se débrouiller, elle dit que ce n'est pas facile mais elle essaie de se débrouiller comme ça. Elle a dit que c'est mieux que d'être dans des galères. Elle m'a demandé, à un moment donné : "vous croyez qu'on peut mettre en place un contrat jeune majeur ?" On avait travaillé dans ce sens. Je lui ai dit que je suis prête à retravailler quelque chose, et : "il faut que toi, par contre, il faut que tu m'amènes des choses, que tu t'engages aussi sur des choses. Moi je suis prête à réessayer avec toi, il n'y a pas de problèmes". C'est là qu'elle m'a dit qu'elle passerait le lendemain pour qu'on se voie. Le lendemain, elle n'est pas venue et elle ne m'a pas rappelée. Je suis certaine que, si je la rappelle, elle sera quand même contente de m'avoir. Je ne vais pas lui courir après, je laisse du temps, elle sait quand même que je suis à disposition, qu'on peut faire un contrat jeune majeur, voir une assistante sociale pour trouver un autre hébergement ou autre chose, si ce n'est pas un contrat jeune majeur, mais c'est une aide, mais bon elle n'est pas venue, et ça je m'en doutais un petit peu.

- Vous vous y attendiez

- Oui je m'y attendais parce que voilà, elle a beau être contente que j'appelle, en même temps venir, je pense que c'est compliqué pour elle, c'est aussi la renvoyer à son histoire, voilà qu'elle n'y arrive pas. »

La situation de Yannick montre également comment une attention portée à sa souffrance a permis de lever des obstacles importants, notamment concernant ses relations familiales. Elle a demandé une très grande disponibilité du référent ASE.

Yannick est un garçon de 18 ans au moment de l'enquête. Son premier placement est intervenu lorsqu'il avait 5 ans après un signalement pour maltraitance lorsqu'il avait 2 ans. Ce signalement a été suivi d'une IOE et d'une AEMO. Son père est incarcéré et condamné à cinq ans d'emprisonnement pour des abus sexuels sur la fratrie, il est déchu de l'autorité parentale pendant cette période. Pendant sa détention, le père a été suivi par un médecin psychiatre. Sa mère a été incarcérée également pendant plusieurs mois. Yannick est placé en MECS au sein de laquelle il est scolarisé puis déscolarisé à 8 ans pendant deux années. Une rescolarisation est effectuée en CM1 lorsqu'il a 10 ans et est accueilli en famille d'accueil en province. La période d'incapacité débute pour lui à l'âge de 11 ans. Il est alors retiré de la famille d'accueil dans laquelle il a été physiquement maltraité. Il revient dans son département d'origine. Des visites médiatisées, d'abord avec sa mère puis avec ses deux parents, débutent et sont effectuées à l'ASE. Il est scolarisé en 6^{ème} dont il est exclu à 13 ans. S'ensuit une période de déscolarisation de plusieurs mois. Lorsqu'il a 14 ans, il est hospitalisé en psychiatrie et le diagnostic d'une maladie psychique est posé. Un traitement neuroleptique est ordonné. Cette hospitalisation est intervenue sur la demande expresse du juge pour enfants, en raison de la déscolarisation, à la suite d'une réunion pluridisciplinaire au cours de laquelle une stratégie d'intervention a été mise en place et suivie (sur laquelle nous reviendrons par la suite). Il est ensuite orienté en ITEP et en famille d'accueil. Aujourd'hui, Yannick est en attente d'une orientation en ESAT (ex CAT). Il retourne chez ses parents le week-end et pendant les vacances.

Pour le référent, il est apparu que Yannick souffrait de ne plus voir ses parents. Mais de plus, il apparaissait clairement au référent et au juge des enfants que Yannick retournerait vivre dans sa famille après sa majorité, comme son frère l'a fait. Il fallait préparer ce retour, sans juger de sa pertinence. Des visites médiatisées avec la mère ont été organisées. Le jeune était demandeur de rencontres avec son père. Celui-ci, revenu au domicile à la fin de sa peine, accompagnait la mère aux visites médiatisées et attendait dans le couloir. Lors d'une visite médiatisée, le référent a appelé le magistrat afin de discuter avec lui de l'opportunité de laisser Yannick rencontrer son père. Le magistrat a donné son accord et le jeune a pu voir son père sur le champ. Il a, au fil du temps, pu renouer des liens avec son père. Le référent s'est chargé de cette médiatisation peu banale. Aujourd'hui, la relation entre les parents et le fils se caractérise par l'existence de la discussion. Tous les trois ont été rencontrés simultanément. Le travail de lien s'est fait progressivement, avec un objectif de départ dont la réalisation s'est effectuée sur la durée. Par exemple, la possibilité d'hébergement par les parents pendant les vacances a été construite sur plusieurs années. Auparavant Yannick partait en lieu de vie pour les vacances où ses parents pouvaient venir le voir.

La mère :- C'est-à-dire qu'au début quand on n'avait pas Yannick, quand il était vacances, il descendait à (lieu de vie). Maintenant quand il est en vacances ça ne pose aucun problème depuis l'âge de 16 ans, quand il est en vacances il vient à la maison. Mais avant quand il était en vacances il allait (au lieu de vie). Maintenant, depuis 3 ans il ne descend plus à (lieu de vie), parce qu'il prend ses vacances ici mais avant c'était comme ça, voilà.

Chargé d'études : - C'est Monsieur C (nom du référent) qui a joué un rôle dans la mise en place des vacances ?

La mère : - Oui, Monsieur C et le juge, Monsieur D, voilà. Ca s'est fait petit à petit. Quand on descendait (lieu de vie pour les vacances) on allait faire des courses. C'était vraiment la famille là-bas, on allait voir les chevaux, c'était super, on descendait, c'était super.

Le père: - On était toujours bien reçus

La mère : - C'est la première année qu'on l'a pour les grandes vacances, parce que l'année dernière c'était trop court pour que Yannick puisse partir avec nous, c'était trop court. » Les parents de Yannick.

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, Farah lors de ces départs inexpliqués, Marie dans son absence de suivi social et médical, Yannick dans ses relations avec sa famille dont l'histoire est très particulière. 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.

□ 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 va être privilégié est la recherche d'un lieu où le jeune puisse « se poser ». Les lieux de vie, petites structures cadrantes, apparaissent 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. Parfois il n'est pas en mesure de prendre en charge le projet thérapeutique. Plusieurs parcours se sont caractérisés par le même déroulement : une crise (automutilation, crise de violence...) se produit dans le lieu de vie qui n'est pas soutenu par une équipe de psychiatrie. Les pompiers sont alors mobilisés et le jeune est hospitalisé dans un service local, parfois généraliste, qui ne le connaît pas. S'ensuit un retour en hospitalisation dans le département d'origine.

La situation de Virginie par exemple, illustre bien cela. Les automutilations qu'elle s'inflige ont conduit (nom du lieu) à ne plus pouvoir l'accueillir. Après une hospitalisation en pédopsychiatrie, la référente a contacté des lieux de vie en province qui veulent bien accepter la jeune fille avec ses manifestations spectaculaires. Lorsqu'un lieu de vie est trouvé, il reste à assurer que les soins psychiatriques pourront être poursuivis. Cela s'avère d'une grande complexité et nécessite que les acteurs dans le département assurent simultanément l'installation de la prise en charge en province. Sans cette condition, la solution proposée échoue. Il faut alors recommencer avec d'autres partenaires, dans d'autres lieux. Parfois, il est trop tard. L'extrait suivant de l'entretien avec la référente décrit cette complexité.

« Il faut savoir quand même que quand elle a été hospitalisée en décembre 2005, nous avons signalé à l'inspectrice et à la juge des enfants que nous n'étions plus en mesure de protéger cette jeune fille, qu'elle était en danger, de mort (en raison de ces manifestations). Moi c'est la première fois, cela fait 20 ans que je suis dans le métier, où tous les jours où je venais au boulot, j'avais une peur qu'on m'annonce qu'elle était morte. Pour les scarifications, elle est partie quand même du pied et elle est arrivée à la tête (... pendant l'hospitalisation). J'ai vu un lieu de vie auquel j'accorde une très grande conscience professionnelle. Je leur avais demandé s'il était d'accord d'accepter le temps d'une semaine ou de dix jours, de temps à autre, de

prendre cette jeune fille hospitalisée. Ils m'ont dit oui. La demande de Virginie a été acceptée. (...)

Elle y est allée trois fois, elle est entrée officiellement en février 2006, elle a fait un séjour à Pâques : incroyable, incroyable, ce lieu de vie. On prend Virginie avec tous ses problèmes, et Virginie était enchantée mais tellement enchantée que jamais, au grand jamais vous n'auriez pu croire ce qu'elle avait vécu. Elle s'est adaptée, elle s'est éclatée, mais éclatée, vraiment ça faisait chaud au cœur. Elle a mangé, elle a escaladé, tant et si bien, elle n'attendait qu'une chose c'est d'y retourner, elle disait : "je veux y retourner" et rebelote une semaine.

- Est-ce que ça a eu un impact sur son hospitalisation ?

- Oui, oui, elle allait mieux

- Elle n'était pas dans le refus de l'hospitalisation ?

- De retour, elle disait qu'elle en avait besoin mais l'hôpital lui disait : "il faut que tu sortes". C'est ça l'hôpital ils les tirent de l'eau. (...)

Le lieu de vie, ils l'accueillent à nouveau en juin suivant et là on commence à parler de l'accueillir plus longtemps et pourquoi pas, (grand soupir), et pourquoi pas. Elle s'accroche, et il y a un truc qui a été formidable, c'est que le lieu de vie, eux, ils ont eu un contact très professionnel avec sa mère, très correct et avec la grand-mère pareil. Virginie voulait appeler sa grand-mère toutes les dix minutes (...) Là le lieu de vie, par contre, ils ont apporté un des éléments d'observation extraordinaire, je ne sais pas comment ça avait été travaillé, je n'en sais rien, mais il y avait quand même quelque chose d'époustouflant : cette gamine, elle ne pouvait même pas aller aux toilettes sans appeler sa grand-mère. Pendant dix jours, ils ont freiné, à dire "non tu n'appelles pas ta grand-mère". Elle avait eu sa maman, elle voulait se teindre les cheveux, ils ont appelé sa mère pour avoir son autorisation, c'est normal, ils ont créé quelque chose de dynamique avec sa maman, c'est vraiment très bien fait. Du coup, la maman était très en confiance et a été assignée en tant que telle et la grand-mère était assignée en tant que telle.

Elle est restée dix jours, et en disant pourquoi pas. On a commencé à travailler là-dessus, elle est revenue. On a fait un dernier essai pendant les vacances, une semaine. Et là, ça été l'horreur, parce que Virginie savait que c'était possible réellement, et là insupportable, presque dépressive, elle est arrivée et dès le premier jour elle a voulu se découper. Ils ont tenu pendant six jours, elle s'est découpée en milieu de semaine. Ils ont repris ça avec elle, impossible d'avoir l'hôpital au téléphone. Elle était revenue avec un dosage de médicaments diminué par rapport aux autres fois parce qu'ils ont jugé qu'elle allait mieux. Or, elle est arrivée chez eux, elle a plongé, elle a mis une barrière de plus, et ils n'arrivaient pas à avoir l'hôpital. Ils ont planqué tous les couteaux. Et il y avait une réunion de famille. Virginie était encadrée par deux personnes de la famille, à un moment donné elle est allée aux toilettes, et elle s'est découpée. Depuis le début du séjour, ils lui avaient dit : "tu arrêtes ça tout de suite, si tu n'arrête pas, on appelle le SAMU". Et en fin d'après-midi ils ont appelé les pompiers pour qu'elle soit hospitalisée. Elle a été hospitalisée quelques jours. Mais pour le lieu de vie, c'était terminé. Ils ont tenu, mais ce n'était plus possible pour eux d'envisager autre chose avec Virginie. Ils voulaient bien la reprendre en séjour temporaire quand elle irait mieux. Là Virginie a fait une rechute considérable, pour aller mieux en novembre 2006. Et là, comme elle va mieux, l'hôpital dit "elle est sortante".

Moi je me dis "nom de Dieu, nom de Dieu, si Virginie ressort, il ne faut pas attendre trop longtemps" et alors là, je prends tous les gens que je connais, tous les lieux de vie que je connais et que je ne connais pas et j'appelle

partout, je fais trente appels, trente refus. Il a fallu que je cherche, ça a duré jusqu'en mars, elle avait eu 17 ans entre temps. On me disait : " on n'est pas équipé pour", et c'est vrai qu'on ne pouvait pas la prendre. Jusqu'à un, un, qui dit pourquoi pas, venez nous rencontrer.

Sans Virginie

*Si, avec, toujours, Virginie elle me suivait partout, on a fait toutes les démarches ensemble, et puis on était sur une sortie de la psychiatrie, sur le projet personnel, évidemment elle m'accompagnait. Je la tenais au courant de tout, dans la mesure où, la psychiatrie me disait "il n'y a pas de souci." (...)
L'accueil n'a pas été possible dans ce premier lieu de vie).*

Entre temps, il y a une place qui s'est libérée chez les (lieu de vie connu de la référente) et ils ont dit "bon on essaie", et nous voilà partis. On y va avec la maman, et on a le temps de parler, deux heures, une heure et demi de train. Virginie était d'accord à condition de pouvoir rentrer le week-end, non seulement chez sa mère mais aussi chez ses grands parents. Je m'étais dit "c'est clair on ne peut plus refuser", elle avait 17 ans, l'audience était en juin. Et, donc on fait la visite, tout se passe très bien, la gamine elle adhère et tout. Elle devait y aller trois semaines par mois avec un relais auprès du CMP proche du lieu de vie. Le secteur d'ici s'était engagé à la prendre (en hospitalisation) une semaine par mois pendant six mois. Donc le CMP s'était engagé à prendre contact avec ce CMP et à recevoir Virginie une fois par mois. Mais ce qu'on n'avait pas prévu c'était que Virginie, ça a été la prise de tête immédiate pour aller en week-end chez les grands-parents tout de suite.

Et quand elle part dans un truc Virginie, ce n'est pas dans la réponse aux caprices, c'est même pas ça, c'est là que l'on se dit : on fait quoi ? Ça a été accepté par la juge, la gamine attend ça depuis la nuit des temps. Pourquoi pas. On s'assure qu'il n'y a pas de souci, que tout va bien. Elle y va, elle est partie trois jours. Evidemment qu'est ce qu'ils ont fait les grands-parents, la grand-mère pendant le week-end, on a parlé des détails de la conversation et on a parfaitement compris que l'adhésion, c'était mort. (...) Elle en revient détruite et à partir de là tout se casse la figure, tout se casse la figure, mais tout. On a appris alors que le CMP d'ici n'avait pas pris contact avec le CMP proche du lieu de vie qui n'avait jamais entendu parler de Virginie. On appelle avec le chef de service pour lui dire que Virginie repart très mal, on ne comprend pas parce qu'on n'arrive pas à avoir un rendez-vous avec la maison des adolescents de (ville du lieu de vie), et là il me dit " il faut que j'envoie absolument le dossier". Et voilà, et on avait l'explication : "ben faites monsieur !". Elle s'était coupée mais d'une force. La professionnelle du lieu de vie l'a emmenée à l'hosto, cela faisait quinze jours qu'elle chutait, qu'elle chutait. Elle a eu des mois de chaos, de noir, tout l'été, dans un état, elle a rechuté ». Une référente de l'ASE.

Les périodes de fortes turbulences, dans lesquelles les manifestations décrites ci-dessus 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. Pour Laura,

« En fait on a proposé, à un moment donné, pour cette jeune, ce qu'on appelle du séquentiel, c'est-à-dire qu'on a proposé, plusieurs lieux, où lorsque effectivement, sur un lieu ça devenait trop pesant et qu'on en arrivait aux limites, eh bien on a un autre sas pour multiplier les lieux d'accueil, pour éviter que tout le monde s'épuise.

- Pour anticiper les ruptures

- À cette période, ces lieux, c'était la famille, le père, la mère, les parents sont divorcés. Un petit peu le père, la mère, un lieu effectivement qui se trouvait, une structure plutôt collective du côté de (dans les Alpes), et une autre structure, c'était effectivement (en Languedoc-Roussillon). On a effectivement entre la famille, un lieu de vie, en petit groupe et quelque chose qui est plus collectif, mais en même temps, différent de ce qu'elle avait connu, parce que, apportant une certaine souplesse, acceptant effectivement, les fugues, acceptant les crises avec des périodes ambulatoires d'un jour, de quelques heures, au service hospitalier local.

- Est-ce que l'éloignement géographique est un élément de choix ? Le fait qu'elle soit éloignée de son père ou de sa mère, c'était quelque chose qui était une volonté de travailler ça ou pas forcément ?

- Ça je pense que c'est plutôt un manque de moyens

- Ça n'a pas été réfléchi au départ comme tel ?

- Non. » Une équipe de professionnels

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.

Tout au long du parcours, la cohérence peut également être interrogée lorsque des ruptures de prises en charge s'interrompent de manière officielle. Les mainlevées de placement sans autre mesure de suivi sont apparues, dans plusieurs situations, pour les parents mais aussi pour les référents actuels, des énigmes. Virginie après avoir été placée entre neuf mois et onze ans chez une même famille d'accueil, retourne vivre chez sa mère qui a reconstruit sa vie. Le retour auprès de sa mère avait été préparé pendant deux années par des hébergements de week-end qui se déroulaient très bien. La référente de Virginie explique :

« Alors comment ça s'est travaillé, en rencontrant Madame. Madame qui disait souvent qu'elle n'était pas encore prête, qui disait "je ne peux pas" (reprendre Virginie). Quand elle était avec le père de Virginie à l'époque, ils avaient contracté beaucoup de dettes et elle travaillait de toutes ses tripes pour régler toutes ses dettes. (...) (Le mari actuel de la mère) l'a acceptée entière, c'est-à-dire elle, avec sa fille qui était placée à l'époque, et qui lui a apporté aussi beaucoup de stabilité et qui a eu la justesse, à mon point de vue, de garder correctement sa place de beau-père, en ayant une implication qui lui était autorisée par sa femme, donc reconnue par Virginie. Mais malheureusement la mère et le beau-père, quand Virginie est rentrée à la maison, n'ont pas pu dépasser le poids énorme de l'influence de la grand-mère et du père, parce qu'il s'est passé quelque chose d'incroyable. Cette gamine a été rendue à la famille sans aucune mesure ASE, rien, sec, retour en famille. Dans le dossier, j'avais retrouvé un papier ou une note de l'assistante sociale de (nom de l'ITEP), donc qui notait bien qu'il fallait impérativement qu'il y ait un suivi de cette famille, parce que la mère ne pourrait pas faire face à l'influence de la grand-mère. Donc il fallait qu'il y ait une médiation, qui permette à chacun, grand-mère paternelle, père, mère de prendre sa place. Sans cela, c'était voué à l'échec. Ca c'est quelque chose qui est vraiment **incroyable**, qu'on peut peut-être expliquer par le départ de la référente ASE, six mois avant la fin du placement, et c'est le genre de dossier où personne ne s'est bousculé pour prendre la relève. (La mainlevée du placement a été prononcée pendant l'été par un juge pour enfants de permanence qui n'était pas le juge pour enfants de Virginie).

- C'était déjà une question qui posait problème ?

On sent que c'était une situation assez lourde parce qu'on avait un retour en famille qui se profilait, avec une mère qui se disait elle-même "je vais essayer, mais de toute façon, maintenant j'ai les moyens d'élever ma fille, je ne suis plus la fille du caniveau que j'étais". Je dis ça, parce qu'elle a touché le fond pendant dix ans cette jeune femme. Elle n'avait rien, et elle a gravi les échelons à sa force de caractère. Quand vous la rencontrerez vous comprendrez ce que je veux dire, c'est quelqu'un qui peut sembler posée comme ça mais qui a beaucoup élaboré, qui a réfléchi. À l'époque, elle ne pouvait pas reprendre sa fille, en étant elle-même encore pas prête. Quand elle a repris Virginie, c'était quand même compliqué, parce qu'elle travaillait énormément, du matin au soir. Et elle gentiment, par-dessus le marché, faisait son travail pour devenir mère après, sans aucune aide.

Quand il n'y a pas eu de travail de collaboration avec les parents, les travailleurs sociaux, la DDASS : et c'est difficile de leur faire comprendre qu'on n'est plus la DDASS, mais l'Aide sociale à l'enfance, si le contact n'a pas été établi avec les parents, ils ne saisissent pas le bien-fondé de l'accompagnement du retour en famille. Il faut les accompagner parce que c'est les premiers six mois, la première année est extrêmement fragile, ils ne connaissent pas véritablement leur enfant, à proprement parler, au quotidien, ils le redécouvrent au quotidien, faire à manger, aller à l'école, faire les devoirs, etc., tout ça, la mère travaille toute la journée et elle se débrouille.»

Néanmoins, le retour en famille, sans mesure de suivi, n'est pas aberrant dans d'autres situations.

Dans la situation de Driss, ce qui a été pointé par sa mère est le sentiment que lorsque son fils est hospitalisé, le travail des autres intervenants est suspendu :

« Quand il est hospitalisé, j'ai l'impression que tout le monde dort, il ne se passe plus rien. »

La recherche de cohérence se heurte également à des problèmes organisationnels. Il faut travailler avec d'autres acteurs dont les approches de la problématique, dont la méthodologie, dont le rythme et dont la disponibilité sont différents. Il faut travailler avec les réponses existantes sur le territoire. Les référents ont fait part de plusieurs difficultés organisationnelles.

⇒ **Le manque de structures adaptées**

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.

La situation de Driss est en ce sens révélatrice. Driss est un garçon de 14 ans. Après avoir vécu sa petite enfance avec ses deux parents et son frère cadet dans un contexte décrit comme violent, sa mère demande son placement au moment où elle se sépare du père des enfants. Elle a alors quitté le domicile conjugal et vit avec les enfants dans une voiture. Driss est alors âgé de 7 ans et ne va plus à l'école. Il est placé pendant trois ans. Pour sa mère, les difficultés de prise en charge ont commencé lorsqu'il était en CM2. Ce moment coïncide avec la fin du premier suivi ASE. Driss retourne vivre auprès de sa mère sans mesure éducative. Quelques mois plus tard, une OPP et un placement en

urgence interviennent. Commence alors la période d'incapacité. Driss va être accueilli en famille d'accueil mais cela prend fin à la suite d'une crise de violence. Il est orienté vers le foyer départemental de l'enfance. Peu de temps après Driss est hospitalisé en psychiatrie infanto-juvénile pendant deux mois. À la sortie de l'hôpital, il est accueilli chez une autre assistante familiale, mais l'accueil s'interrompt au bout de quelques jours en raison d'une crise de violence qui le conduit à nouveau pour une nuit à l'hôpital. Une troisième assistante familiale est désignée. Quelques mois après le début de cette prise en charge, Driss est renvoyé du collège en raison de sa violence à l'égard de professeurs et d'autres jeunes. Huit mois après cette déscolarisation, il est admis à temps partiel en ITEP où il n'est que très peu scolarisé. Cependant, la mère montre deux évaluations scolaires, celle du premier trimestre qui est très négative et celle du second trimestre qui encourage Driss dans les progrès accomplis et le félicite. Pour sa mère, ses progrès sont à associer à la prise régulière de son traitement. Elle collabore étroitement avec le médecin psychiatre pour garantir la prise du traitement. Quelques jours après notre entretien avec sa mère, une réunion de synthèse a lieu pour évoquer l'orientation de Driss. L'ITEP ne veut plus l'accueillir à compter de juin 2008. Driss ne vient quasiment plus à l'ITEP. Quelle solution proposer si l'ITEP ne veut plus accueillir le jeune de 14 ans ? La scolarité en milieu ordinaire n'est pas envisageable. Driss n'a rien à faire à l'hôpital. Son accueil chez l'assistante maternelle est estimé non adapté. La réunion de synthèse n'aboutit à aucune décision d'orientation. Les partenaires n'ont pas de proposition collective de prise en charge à faire. Chacun est venu se défendre de Driss devant son médecin psychiatre qui vient assurer les partenaires de la continuité et de l'effectivité du projet de soins. (cf. la description de la réunion de synthèse ci-dessous).

Parmi les douze jeunes pour lesquels nous avons approfondi l'analyse, deux autres (François et Sofian) ont été confrontés à l'absence de solution après une exclusion d'ITEP.

⇒ **Le professionnalisme des familles d'accueil**

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. Par exemple, un membre de la famille d'une jeune fille de l'échantillon, dont on estimait qu'elle devait être éloignée, a créé des liens d'amitié et de proximité avec la famille d'accueil. Cela n'a pas été sans incidence sur le bien-être de la jeune fille.

Pour une référente de l'ASE, les lieux d'accueil doivent être rendus imperméables à la problématique de la famille de l'enfant.

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 : l'enseignant sur l'accès aux apprentissages, l'éducateur sur la socialisation, le soignant sur le rapport au monde, l'assistant social sur les ressources de l'entourage pour répondre aux besoins du jeune, le référent éducatif sur l'histoire, etc. Le croisement des regards disciplinaires et des hypothèses apparaît indispensable pour construire une stratégie d'intervention partagée

qui fasse sens. Trouver le sens que le jeune attribue à son parcours et aux interventions, notamment en analysant les périodes de fortes turbulences qui sont éminemment porteuses de sens, pourrait probablement permettre de sortir des périodes d'incapacité. Nous l'avons vu, 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.

Le décryptage de **l'énigme de l'incapacité** à partir d'une seule compétence disciplinaire est incomplet :

« (...) il y a des manifestations qui vont être qualifiées de psy, des fois à juste titre et puis des fois de manière un peu péjorative. Je pense qu'il y a peut être des moments où ça relève d'une crise ou à des mauvais moments que vivent beaucoup d'ados. Mais on n'arrive plus à faire la distinction entre des moments d'étrangeté, des moments de passages à l'acte qui relèvent de la psychiatrie, et puis des moments où oui, elle n'est pas commode, elle est caractérielle. C'est quand même lié à sa souffrance et à sa pathologie. S'il n'y avait pas le reste, un foyer la gèrerait, mais moi je pense à des lieux où il y a une surface psy et un encadrement d'éducateurs qui pourraient même être plus sensibilisés à la problématique de ces jeunes-là ». Un référent éducatif

En redonnant leur sens aux manifestations, en réexaminant les différents éléments de la vie du jeune, les professionnels peuvent penser les moyens de proposer une cohérence et une continuité de la prise en charge.

Pour permettre aux jeunes de se réparer, les institutions ont probablement à permettre un projet de prise en charge qu'il soit éducatif, social et ou de soins, inscrit dans une continuité en dépit des pratiques d'échappement des jeunes. Celles-ci doivent être incluses dans la réflexion pour définir la stratégie globale d'intervention. Les fugues, les différentes manifestations sont des éléments de l'observation.

⇒ **Deux exemples de travail pluridisciplinaire**

Nous l'avons vu, les jeunes de notre population méritent l'intervention de professionnels appartenant à des champs multiples, disposant de compétences différentes, agissant selon des principes propres à leur discipline ou définis par l'éthique de leur mode d'intervention (c'est le cas des lieux de vie par exemple qui, à l'instar de la prévention spécialisée, définissent leur spécificité et leur identité selon des principes forts portés collectivement). L'observation partagée est rendue complexe par la diversité des acteurs, des postures et des identités professionnelles. Elle nécessite, pour pouvoir se réaliser, que ces acteurs adhèrent à de nouveaux principes collectifs, qu'ils acceptent de se départir de leur langage spécialisé, qu'ils n'exigent pas des autres de conserver leur langage et donc une certaine mise à distance (par exemple en n'exigeant pas du médecin pédopsychiatre de se cantonner à son registre lexical médical en fournissant LE diagnostic qui viendrait alimenter l'analyse des autres). Elle nécessite qu'ils construisent ensemble un langage intelligible, qui permette à chacun, depuis sa propre clinique, d'échanger les observations qui seront utiles à tous pour « comprendre » la situation. Il ne s'agit pas seulement d'échanger des informations mais de confronter des analyses pour partager une évaluation. L'observation partagée est une pratique d'échanges qui se réalise seulement lorsque les acteurs y consentent. Elle ne s'improvise pas et repose sur une méthodologie à construire collectivement, en prévoyant un mode de régulation²².

²² Pour une présentation plus fine de l'observation partagée, se référer à l'ouvrage de Jean-Yves BARREYRE et Carole PEINTRE, *Évaluer les besoins des personnes en action sociale. Enjeux, méthodes, outils*, Paris, Dunod, 2004.

« La guerre des corpus se donne à voir dans les synthèses qui réunissent autour d'une situation problématique des acteurs issus de champs différents : assistants de service social, éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, psychiatres, enseignants, éducateurs spécialisés, infirmiers, auxiliaires de vie, etc. Autour de la table, des points de vue se confrontent, des discours s'exposent sans toujours se croiser ou s'enrichir, des explications se livrent, délivrant parfois plus une vérité qu'une situation. Au point qu'à l'issue de telles "synthèses", on se demande parfois si les uns et les autres, au travers de leurs langues idiosyncrasiques, ont parlé de la même chose. »²³

Au cours du travail de terrain, nous avons observé une réunion de synthèse concernant Driss au mois de mai. Son déroulé montre que l'observation partagée est une pratique et une posture professionnelle qui n'est pas acquise.

»» Déroulement d'une réunion de synthèse

» Participants

De l'ASE, sont présents : le chef de service, la responsable, deux éducateurs dont le référent.

Du secteur de psychiatrie infanto-juvénile : une infirmière, une étudiante infirmière, une assistante sociale, un médecin psychiatre

Au début de la réunion, il est déploré l'absence de l'ITEP. L'éducateur de l'ITEP arrivera à la moitié de la réunion.

» Les éléments de la discussion

- La situation actuelle

Driss est accueilli en hôpital de jour à temps partiel et est hospitalisé plusieurs nuits par semaine. Il est également accueilli en ITEP en internat à temps partiel. Un accueil chez une assistante maternelle constitue le troisième lieu dans lequel Driss dort. Il est sous traitement sédatif pour troubles du comportement depuis trois ans.

La mère est présentée comme s'opposant à toutes les mesures en faisant des intervenants de l'ASE des « mauvais objets ». La discussion se concentre sur l'analyse des relations entre les parents, et vis-à-vis de l'ASE.

(Lors de l'entretien que nous avons eu avec elle, elle explique qu'elle s'oppose quand les choses ne vont pas. Pour son autre fils dont le placement se déroule sans difficulté, elle dit que les membres de l'ASE n'entendent jamais parler d'elle).

- Le parcours

L'histoire du jeune, telle que racontée par le référent éducatif de l'ASE, débute en 2000, à partir de l'IOE et du premier placement, dont les motifs ne sont pas de prime abord précisés : « On n'a pas vraiment d'éléments d'histoire avant ».

Seule la médecin psychiatre du centre hospitalier, a amené avec elle un dossier complet ; c'est elle qui est la plus capable de restituer la mémoire de la prise en charge.

Très vite la discussion devient chaotique et le récit n'est plus tenu ; le regard clinique porté sur le jeune et les membres de sa famille devient le principal paradigme interprétatif des événements relatés, détachés de leur historicité.

²³ Ibid., p. 2.

Les liens entre les problèmes de Driss et la grande souffrance psychique de sa mère sont plus précisément analysés.

Lorsque Driss est réuni avec son frère, « *les deux lascars* » sont intenable : ainsi la récente mésaventure survenue à une éducatrice jetée à l'eau par les deux frères, est racontée d'une façon qui déclenche des rires.

Les ruptures, une série de « crises de violence », sont égrenées comme ponctuant de façon attendue chaque prise en charge, souvent sans autre signification potentielle.

(L'éducateur de l'ITEP arrive)

A partir de 2005, une stabilisation de Driss semble se construire progressivement, après une orientation MDPH et la prise en charge par un ITEP ; la mère investit fortement ce lieu comme positif. Les autres intervenants pensent qu'il n'y restera pas. En fait, l'accueil à l'ITEP se poursuit. Tout va bien jusqu'aux émeutes en banlieue : Driss, qui y participe, demande ensuite « asile » en réclamant une hospitalisation.

- Les difficultés actuelles

L'éducateur de l'ITEP signale que deux ou trois semaines auparavant, Driss était très excité, l'équipe pensait qu'il avait arrêté de prendre son traitement le week-end. Il évoque une situation très difficile, avec des violences de Driss. La médecin psychiatre du centre hospitalier raconte qu'à ce moment-là Driss exprimait de fortes angoisses par rapport à son accueil de nuit à l'ITEP, car il est très inquiet d'être agressé la nuit par d'autres garçons, dans les anciens dortoirs transformés en boxes.

Le traitement psychiatrique lourd suscite beaucoup d'inquiétudes de Driss, après un malaise provoqué par les médicaments. La mère est également très inquiète par rapport au traitement. Un lien est fait avec un oncle décédé d'overdose. L'assistante familiale était en difficultés avec ce traitement qu'elle donnait à Driss sans lui dire. Puis un infirmier à domicile a été chargé d'administrer le traitement.

Le médecin psychiatre mentionne des difficultés en expliquant avoir pris l'initiative d'un contact avec l'ASE.

Le référent éducatif actuel explique que les deux premiers jours de la rencontre avec Driss, celui-ci montre systématiquement de lui « une image horrible ». Driss dit qu'il ne prendra plus jamais son traitement. La médecin psychiatre ponctue en expliquant qu'au contraire, dans son bureau Driss devient « un petit garçon ».

Les professionnels du lieu de soin expliquent avoir signé avec Driss un contrat de soins, qui a été défini en réunion en présence du jeune et de sa mère. Elle montre comment, dans le cadre proposé, ils laissent de la marge à Driss pour « jouer » dans ce cadre.

Des doutes quant au choix de l'assistante familiale sont exprimées par la responsable de l'ASE, qui explique que si elle a des avantages (accepter d'accueillir des jeunes très difficiles), son « fonctionnement très particulier » rend compliqué le travail avec elle. L'idéal exprimé serait de trouver une autre famille d'accueil. (Cela va dans le sens de ce que la mère a exprimé lorsque nous l'avons rencontrée. La principale difficulté actuelle réside pour elle dans l'accueil chez cette assistante familiale).

La médecin psychiatre du centre hospitalier analyse les angoisses d'abandon de Driss, en lien avec son vécu « persécutif » : « une problématique abandonnique avec des moments où Driss se sent persécuté ». Elle interpelle avec humour l'ITEP : « Pourquoi l'ITEP nous refuse un garçon si sympathique ? ».

L'ITEP expose les difficultés du travail avec Driss, qui ne fugue pas mais à qui il ne faut rien demander, qui arrive en retard, avec une casquette, aux activités organisées sur le lieu de socialisation. Par rapport aux autres jeunes de l'institut, Driss a un statut particulier, puisque « c'est un patient qui vient quelques heures ».

La médecin psychiatre du centre hospitalier resitue les objectifs de l'accueil à l'ITEP tout d'abord en termes de « ré accrochage ». Elle précise que Driss lui dit être très content de l'ITEP, de même que sa mère ; elle fait circuler un bulletin de l'ITEP comportant des appréciations positives.

L'éducateur de l'ITEP répond que la « production » est quasiment inexistante. L'ITEP accueille Driss dans le cadre d'un atelier jardin, et d'activités d'enseignement général.

Par rapport aux inquiétudes manifestées par Driss quant à son hébergement la nuit, il explique que « *c'est comme tous les garçons dans l'établissement, on sait très bien, il y a tout un travail qui est fait, c'est vrai qu'il y a des garçons qui vont faire peur à d'autres parce qu'ils ont peur* ». Il est fait mention du fait que Driss oublie systématiquement ses affaires. L'oubli de ses affaires est à l'origine de plusieurs « histoires ». La psychiatre explique que ce symptôme est commun à tous les enfants en situation « abandonnique ».

Un débat a lieu entre la psychiatre et l'éducateur de l'ITEP, quant à l'appréciation par Driss de ce lieu : la psychiatre insiste sur le fait que cet accueil est positif pour Driss, l'éducateur répond au contraire que Driss lui a dit que « c'était nul ».

L'assistante sociale du lieu de soin fait remarquer qu'il anticipe certainement par là le moment où l'on ne voudra plus de lui.

La question « qu'est-ce qu'on fait pour l'année prochaine » est alors posée.

- Que fait-on pour l'année prochaine ?

L'ITEP pense que Driss relève plus d'un lieu soignant, pour troubles de la personnalité, et qu'un projet ne peut pas être construit à partir de l'ITEP, même s'il peut être un partenaire comme lieu de socialisation. L'éducateur insiste sur le fait que tous les contrats conclus n'ont jamais été vraiment tenus.

La médecin psychiatre leur propose de se positionner comme des personnes ressources, en évitant d'apparaître autoritaire comme l'est le père.

L'ITEP, soumis à la question de savoir s'ils peuvent ou non poursuivre, accepterait avec réticences de continuer un accueil sur un jour et demi, comme partenaire du lieu de soins, mais refuse d'accueillir Driss avec un projet de préapprentissage comme les autres jeunes du lieu.

La question du projet revient. L'éducateur de l'ITEP répond : « pour moi, l'hôpital ». La médecin psychiatre répond « pour moi, l'ITEP ».

- La discussion se poursuit sur la personnalité de Driss

À la question du diagnostic quant à une psychose, le médecin psychiatre répond habilement qu'il y a des psychotiques partout, et que, bien soignés, certains sont bien insérés professionnellement (« *même des médecins* »).

Il est aussi remarqué à quel point il est étonnant que tout ce qui est tenté en terme de calendrier d'accueil entre la famille d'accueil et la mère est détourné ; tel week-end prévu dans un lieu, Driss le passera dans l'autre, etc. (Dans une conversation téléphonique ultérieur en vue de prévoir un rendez-vous avec Driss, le référent indique que Driss n'est jamais là où on l'attend).

Le médecin psychiatre relaie alors dans la discussion une demande de la mère : une histoire de cartable que l'assistante familiale interdirait à Driss d'emporter chez sa mère polarise de multiples enjeux (fonction maternelle, rapport entre l'assistante familiale et la mère).

Une discussion critique quant au fonctionnement de l'assistante familiale s'ensuit, autour d'accusations qu'elle porte à la mère ; le médecin psychiatre critique le fait que cette assistante familiale ait été laissée seule pendant trop d'années, et pense qu'on pourrait très bien s'en passer au vue des complications qu'elle engendre.

La responsable ASE prend la défense de l'assistante familiale sous l'angle des bons sentiments de cette femme, et du service qu'elle rend de par son acceptation de l'accueil de jeunes en difficultés. Elle fait toutefois état de la tristesse de ce lieu d'accueil pour les jeunes, et du malaise qu'elle ressent parfois vis-à-vis de cette assistante.

La suite de la discussion porte autour des problèmes de délinquance violente très prégnante dans la vie de Driss. Suite à des actes violents, le juge pour enfant a décidé de ne pas prendre de sanctions, et a posé une injonction à un suivi psychiatrique. L'ASE a écrit au juge pour lui demander de prendre des sanctions, suite à des faits d'agressions violentes – demande sans réponse depuis trois ou quatre mois – et fait état de la difficulté d'un travail éducatif quand de tels faits ne sont pas sanctionnés.

Cette ellipse sur les faits de délinquance constitue le passage de la discussion où la vie actuelle de Driss apparaît de façon incarnée (pas seulement comme symptômes résultant d'un système familial), dans ses conditions économiques et matérielles de vie : cannabis, cocaïne, vêtements de marque... Il est remarqué la grande capacité du jeune à se créer de multiples espaces de liberté malgré tout ce qui est mis en place. La psychiatre relève aussi les grandes capacités d'humour de Driss et de sa mère.

Revenant à la question de l'orientation future, les différents acteurs explicitent leur calendrier.

- Un contrat a été signé entre le jeune et le lieu de soins en avril.
- L'ITEP dit ne pas souhaiter une prolongation.
- L'hôpital a obtenu un accord MDPH.

Le débat entre l'éducateur de l'ITEP et la psychiatre se poursuit :

Elle : « Il est mieux à l'ITEP. »

Lui : « Il ne relève pas d'un ITEP, il relève du soin. »

Elle : « Ce n'est pas parce qu'il relève du soin qu'il relève pas d'un ITEP. »

Le référent ASE signale qu'il a eu un très bon retour de Driss sur un lieu de séjour en plein air, où il a déjà été passé deux week-ends ; le référent avait invité à la réunion de synthèse cette structure, mais n'a pas eu de réponse.

La perspective de pouvoir mobiliser cette structure pour d'autres séjours en week-end semble devoir sonner comme une note positive finale.

Il est 12 heures, la réunion se termine, sans conclusion, sans échéancier.

° Une autre situation illustre comment une stratégie d'intervention a pu être mise en place à la suite d'une réunion collective décisive

La situation de Yannick est illustrative de la mise en place d'un travail partenarial, concerté. Il s'agit du garçon pour lequel un travail de lien avec les parents a été effectué sur le long terme. Au moment de la seconde déscolarisation de Yannick, après son exclusion du collège alors qu'il était accueilli en MECS, le magistrat a considéré que la situation scolaire n'était pas acceptable. Il a constaté l'absence de bilan psychiatrique et de projet thérapeutique pour ce jeune alors que les éléments dont il disposait laissaient entrevoir une problématique de cet ordre. Le juge a provoqué une réunion avec les parents, les membres de l'ASE et les médecins susceptibles de prendre le jeune en charge : le CMP du secteur dont il dépend ainsi que le service hospitalier.

« C'est exceptionnel comme mode de travail, dans le sens où l'ASE se retrouvait à accueillir un mineur complètement déscolarisé. Ce mineur qui ne pouvait pas rentrer dans sa famille, était complètement pris en charge par les

institutions. Il faut quand même repartir du début. Il était passé dans plusieurs foyers successifs puisque à chaque fois qu'il avait des crises. Il fallait que le foyer tienne jusqu'au bout. Et l'ASE disant régulièrement "je n'ai pas de structure adaptée et avec la difficulté de ce mineur, je cherche à y remédier mais on ne me répond pas". Ce qui était complètement inadmissible, il faut quand même dire les choses telles qu'elles sont. Finalement ce mineur est mis en difficulté dans des institutions qui sont sensées le protéger, donc ça, ça n'était pas possible, on ne pouvait pas continuer comme ça. L'ASE avait fait des démarches auprès du secteur de pédopsychiatrie, et le secteur ne lui avait pas répondu. J'ai pris le relais en me disant que peut-être que ça allait marcher. Donc j'avoue que mon intervention était un peu exceptionnelle parce que j'ai tenté quelque chose qui a marché. J'étais de permanence, un jour férié, un mercredi ou un jeudi. J'ai envoyé un fax à l'hôpital le jour férié et j'ai eu un coup de fil ou un fax de retour dès le vendredi, disant "oui on va vu". Le médecin pédopsychiatre de l'hôpital m'a répondu. À partir de là, la discussion entre l'ASE, la justice et le pédopsychiatre a pu se mettre en place. Là où on en est, mon intervention a été plutôt exceptionnelle, c'est que j'ai accepté de participer à une réunion de synthèse. Ça en principe je m'y refuse absolument, parce que, il y a un temps pour la synthèse et la prise en charge et il y a un temps pour le bilan. On ne peut pas être, à mon avis, dans les deux champs, parce qu'on ne peut pas guider la synthèse dans le bon sens si on a une décision à prendre et que les parents ne sont pas là. Et de la même manière on ne peut pas commencer à travailler la décision avant la synthèse. Là ce n'est pas envisageable sur le plan du principe du procès. Pour Yannick, je suis intervenu alors que la décision même de placement était déjà prise, j'avais renouvelé le placement du mineur à l'Aide sociale à l'enfance parce qu'il n'y avait pas d'autre solution. La difficulté qui était posée c'était l'orientation dans le cadre de ce placement, donc ma participation à la réunion de synthèse était pour moi, moins problématique. Elle m'a permis de garantir à l'hôpital que je ne laisserais pas le placement à l'ASE, l'ASE avait du mal à prendre en charge ce mineur. En revanche l'hôpital avait très peur de se retrouver tout seul pour le placement du jeune, donc j'ai expliqué au psychiatre qu'il y avait une solution juridique qui consistait à ce que je maintienne le placement en imposant à l'ASE une orientation sanitaire, parce que la cour de cassation avait validé cette possibilité. J'ai exposé la loi et dans ces conditions particulières, on est parti sur une première hospitalisation.

Il y a eu une première évaluation, après l'acceptation et l'accueil, et ce qui a été intéressant, je ne sais plus combien de réunions de synthèse il y a eu, elles ont eu lieu sur les institutions psychiatriques. J'ai demandé à ce que le CMP du domicile des parents soit présent. C'était celui-là qui était territorialement compétent, donc il fallait qu'il soit présent dans le circuit. J'ai un souvenir assez précis des parents lors de la première réunion de synthèse. Ils sont venus et la première réunion de synthèse a été, non pas tendue, mais l'hôpital a accepté de jouer le jeu, la structure a accepté de jouer le jeu. Yannick a été hospitalisé pour un mois. Et puis il y a eu un événement, un jour où l'infirmier de cette structure a pu repérer que ce mineur, effectivement, était différent et que les éducateurs de l'ASE avaient du coup repéré quelque chose qui était réel et à partir de là ils ont pu enclencher une thérapie. Ils ont prolongé de plusieurs mois, je crois qu'il est resté une année. Et finalement la sortie, je ne me rappelle plus très bien, s'est faite tranquillement, l'idée étant de trouver une famille d'accueil thérapeutique.

Ce qui a été un peu particulier pour moi c'était de pouvoir rassurer tous les intervenants et de pouvoir tenir le cadre. À un moment donné, il faut que tout le monde soit présent et que personne ne s'en aille, et il faut que chacun soit

à sa place. Ce qui est compliqué c'est que, il faut que quelqu'un le fasse, si ce n'est pas le président du conseil général, il faut que quelqu'un prenne le relais, et si personne ne le fait le lien ne se fait pas. L'autre côté exceptionnel de ce dossier, c'est la place des parents. On a essayé de prévoir un retour en famille, compte tenu de l'histoire de cette famille, on avait des parents très présents mais d'une manière très compliquée, très très compliquée. Donc, là aussi, il a fallu les cadrer, pour qu'ils soient à leur juste place et que le bénéficiaire de la prise en charge thérapeutique ne soit pas trop bouleversé par des parents qui, voyant, d'un seul coup, les choses bouger et se mettre en place, commençaient à redemander des choses que la légitimité ne leur avait pas accordées. Voilà, c'est compliqué, mais il fallait arriver à un moment donné, à gérer ces personnes ; ils sont très très présents. Alors ça c'est plutôt bien géré avec les deux institutions à la fois l'ASE, Mr C a un bon contact, et un comportement pas jugeant, quand je dis comportement, dans le sens adapté et il sait s'adapter, il sait, à un moment donné, il peut discuter avec eux, les rassurer, faire le relais, donner un avis officiel " on peut ou on ne peut pas, on est d'accord ou pas d'accord avec vous". L'institution médicale les a aussi associés à l'évolution, à la prise en charge médicale de cet enfant, ce qui fait qu'ils ne se sont pas sentis rejetés, ce qui était important, et qui faisait du bien à cet enfant aussi. C'était assez complexe et dès le départ, j'avais demandé que le CMP du domicile des parents soit présent, parce que j'avais la conviction de Yannick ferait comme son grand frère, et qu'il retournerait chez ses parents. Je ne sais pas s'il pense encore cela maintenant, mais qu'il aurait des contacts privilégiés et quelle que soit l'histoire de la famille, qu'il retournerait dans sa famille et que sa prise en charge ne s'arrêterait pas à sa majorité, il fallait que le CMP local soit déjà là.

Le juge pour enfants

Le juge pour enfants de Yannick donne les ingrédients nécessaires à une évaluation partagée et à la mise en œuvre d'une stratégie pluridisciplinaire portée par plusieurs institutions

Il faut un animateur. Le magistrat n'est pas l'acteur le mieux placé pour réaliser l'animation du travail partenarial.

Il faut que tous les acteurs soient présents et à leur place.

Il faut que chacun remplisse son rôle.

Conclusions :

L'incasabilité, miroir grossissant d'une enfance en danger et des pratiques de terrain ?

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 ». Nous nous sommes proposés d'effectuer, avec les professionnels et les administrations participant à la protection de l'enfance dans deux départements à forte population, un recensement exhaustif, à un moment donné, des situations qu'ils estimaient « incasables ».

Nous avons ensuite analysé les parcours de ces jeunes ainsi que leurs situations actuelles, du point de vue des intervenants et de leurs points de vue ou de ceux de leurs proches.

Nous avons, dans le même temps, étudié les formes de réponses collectives et cela pour chacune des quatre-vingt situations répertoriées.

Nous pouvons donc synthétiser les principaux apports, en guise de conclusions, en cinq axes interdépendants.

1- Les critères d'incasabilité des professionnels comparés aux sept définitions initiales

La feuille de recensement, qui a permis aux professionnels de terrain de discriminer de leur point de vue les situations d'incasabilité, rejoint deux définitions idéal-types préalablement repérées par l'équipe de recherche dans la littérature et dans la pré-enquête : d'une part celle de *l'incasable des institutions*, c'est-à-dire le jeune pour lequel les différentes solutions proposées par les dispositifs sanitaires et sociaux sont inadéquats ou inopérants et qui met en échec les réponses institutionnelles, et d'autre part (mais en lien sans doute avec les phases de rupture institutionnelles), *l'individu événement*, celui qui se caractérise par des comportements (fugues, comportements violents) qui produisent des *clashes* dans les contextes de vie dans lesquels il se trouve. Mais à ces deux références, l'analyse lexicale repère un troisième groupe de critères discriminants relevant des *problèmes de santé* et plus spécifiquement des *troubles psychiques* des jeunes dits incasables.

D'autre part, c'est lorsque les professionnels font référence à plusieurs registres de mots clefs (comportements, manque de réponses institutionnelles, problèmes de santé) qu'apparaît, dans les trajets des jeunes reconstitués, la maltraitance subie dans le passé comme source d'incasabilité et les chercheurs se sont demandés s'il y avait une relation entre la connaissance plus approfondie des parcours et des situations de jeunes et la visibilité de la maltraitance à enfants.

2- Des parcours de grande souffrance

La grande majorité des jeunes incasables ont vécu des traumatismes sources de grande souffrance (décès des parents, rejet des parents, violence conjugale, violence sexuelle, maltraitance) et plus de la moitié d'entre eux ont été placés au moins quatre fois. Certains (16%) ont de plus connu une période de latence entre le repérage des difficultés et les premières interventions. Mais cette donnée est difficile à collecter car l'information n'est pas ou n'est plus toujours disponible. Les premiers signalements, lorsque nous avons l'information, sont le plus souvent le fait de l'école qui signale une carence éducative ou des signes de maltraitance.

À partir de l'hypothèse que les manifestations de *clash* ou de rupture des jeunes correspondaient, dans un nombre significatif de cas, à des événements, des situations vécues, nous avons proposé d'appréhender celle-ci comme des comportements *d'échappement* à un futur immédiat susceptible, du point de vue des jeunes, de réactiver une souffrance latente. L'échappement serait pour les jeunes construit comme un mode de survie. Cette proposition rejoint certaines hypothèses en psychologie sur les « *économies de l'agir* » comme une modalité archaïque de traitement de la souffrance (Pinel, 2006).

3- Le sens donné par les acteurs aux situations vécues

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.

La vision comparée du parcours d'incapacité par les jeunes et par les professionnels a mis en exergue la question du traitement ou du non-traitement de la souffrance initiale liée à des situations particulièrement douloureuses.

4- Une souffrance maltraitée : inter-venir et/ou traiter la souffrance latente

Deux moments sont apparus comme particulièrement significatifs à ce propos : la période pendant laquelle l'enfant a vécu les premières difficultés sans qu'elles soient détectées par personne et la première séparation d'avec la mère ou d'avec les parents, qui a souvent lieu au moment du premier placement. Certains jeunes ou certains parents ont vécu les situations d'incapacité comme des moments plus ou moins longs de dépersonnalisation, période pendant laquelle l'enfant n'était pas reconnu ou replacé dans sa propre histoire, soit que « le voile était partiellement levé » (mémoire partielle ou perdue des institutions), soit que le jeune se vivait plus comme un cas que comme un sujet.

D'où une des propositions de la recherche concernant l'importance, dans le processus de réponse collective, de conserver la mémoire des parcours dans les services, en construisant des méthodes (plus que des outils) qui évitent que des informations comprises comme importantes par des intervenants, à un moment T, soient évacuées ou négligées par d'autres intervenants reprenant le dossier et intervenant à un moment T', parce que, justement, l'information, décontextualisée, ne fait plus sens pour les professionnels actuels.

Il s'agit donc de conserver les informations pertinentes dans un processus diachronique et synchronique en dépassant la simple annotation transversale (lien entre tel événement et telle mesure) et en l'interprétant afin de notifier le sens des relations entre données de manière suffisamment claire pour que le sens ne se perde pas dans la juxtaposition des informations ainsi repérées.

5- Changer les modes d'organisation, reconnaître, soulager et dépasser la souffrance

Trois situations approfondies et deux expériences de travail interinstitutionnel ont montré la complexité de « l'énigme de l'incasabilité ». Parfois les logiques en termes de structures spécialisées peuvent aboutir à des impasses répétées (ce jeune relève de...). Parfois nous avons montré comment des professionnels de terrain, à partir d'objectifs humbles et une certaine prise de risque par rapport aux modes de réponse usuels et réglementaires, participaient à construire des pratiques professionnelles adaptées.

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 les logiques 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 jeune ; 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 jeunes²⁴. 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 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 doit pas se contenter d'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. À défaut de soulager et traiter, le corps meurtri, à qui 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 vif²⁵.

- 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.

À 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'elle engendre, tels que les développent certaines équipes travaillant auprès de jeunes difficiles, inscrits dans les situations de violence.

²⁴ Un lieu de vie sera rejeté par un jeune parce que c'est « la cambrousse » et qu'il se revendique lui comme un urbain vivant dans la Cité (donc dans le trafic, la communication, le déplacement et *in fine*, la possibilité d'échapper à la cambrousse). Il sera au contraire accepté par un autre parce que le jeune « n'ouvre plus les barrières électriques, mais (qu'il) les saute comme tout le monde ».

²⁵ Parfois le corps meurtri cesse de lui-même ces explosions ou arrachages intempestifs vécus comme des incivilités : la souffrance a disparu avec l'écoulement de l'acide ; à la place de la plaie reste un trou.

Les techniques d'autocontrôle ou l'entraînement à la responsabilité²⁶, 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'incapacité.

²⁶ Voir rapport DEBARDIEUX et al., ONED, 2008.

Bibliographie sélective

La bibliographie est ici réduite aux vingt dernières années et nous n'avons pas reporté ici celle abordant la question des jeunes en grande difficulté à partir de la « violence », de la « délinquance ». Nous avons écarté la littérature concernant la réglementation et la prise en charge et la plus grande partie de la littérature clinique fort abondante.

AUBERT A.E., SCHELLES R.(sous la dir.), *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*, Erès, Etudes, recherches, action en santé mentale en Europe, 2007.

ASH, « Une parenthèse pour les parents et les enfants en crise », in *Actualités sociales hebdomadaires*, SH, n°2537, 28 décembre 2007, p.31-32.

ASH, « Une étude éclaire les parcours de socialisation des enfants placés dans un 'village SOS », in *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2555, 25 avril 2008, p.43-44.

AUZOU B., « L'association "Hors la rue" » in. *Journal du Droit des Jeunes. La Revue d'action juridique et sociale*, n°269, novembre 2007, p.23-31.

BARREYRE J.Y., *Les loubards, approche anthropologique de la turbulence sociale*, Thèse de doctorat en Sociologie, Paris V Sorbonne, 1990.

BARREYRE J.Y. « Le loubard et le chasseur noir » in *Les Sciences de l'Education pour l'ère nouvelle*, dec. 1992.

BARREYRE J.Y. « Au secours! Ou les raisons d'avoir peur » in *Chimères*, juin 1993.

BARREYRE J.Y. *La jeunesse et la rue*, (en coll. avec A. Vulbeau), Paris, Desclée de Brouwer, 1994.

BARREYRE J.Y., « Jeunes incasables, une population limite » et « Pour un plan d'action d'urgence départemental – enfants difficiles » in *Interfaces*, juin et oct.1997.

BARREYRE J.Y., « Cohérence et incohérences des politiques en direction des jeunes » Intervention au Colloque « Repères pour les pratiques sociales de demain », mars 1999.

BARREYRE J.Y., « Troubles des jeunes ou situations de désavantage ? » Colloque *Les jeunes en difficulté/qui nous mettent en difficulté*, Paris, Derpad, mars 2000.

BARREYRE J.Y. *Classer les exclus*, Paris, Dunod, 2000.

BARREYRE J.Y., FIACRE P., PEINTRE C., « Observer les situations de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs relevant du dispositif de l'aide sociale à l'enfance des Yvelines », Conseil général des Yvelines, 2003.

BARREYRE J.Y., PEINTRE C., *Evaluer les besoins des personnes en action sociale. Enjeux, méthodologie, outils*. Paris, Dunod, 2004.

BARREYRE J.Y., FIACRE P.. *Les jeunes en grande difficulté et la santé*, MIPES, 2004.

- BRISSET C., Défenseur des enfants, *rapport annuel 2004*, Paris, La Documentation française.
- CADE R., *Incasables ou intraitables ?* Université de Versailles et CNFE PJJ, 2000.
- CHARTIER J.P., *Les adolescents difficiles*, Paris, Dunod, 1997.
- CHARTIER J.P. (Ed), « Les incasables : alibi ou défi ? » *Journal des psychologues*, Collection Psychologie et société, n° Hors série, sept 1988.
- CHOBEAUX F., *Les nomades du vide. Des jeunes en errance ; de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*, Paris, La Découverte, 2004.
- CREAI Île-de-France, Colloque régional « *Les jeunes en grande difficulté* », mars 1997.
- CREAI Île-de-France, « les raisons et conditions des refus d'admission dans les instituts de rééducation en Ile-de-France », Groupe régional des IR, DRASSIF, 1997.
- DAMON J., *Les incivilités*, Paris, la Documentation française, (Problèmes politiques et sociaux), 2000.
- DEBARBIEUX E. et al., *Analyse critique de littérature sur les modalités de prévention, de prise en charge et de gestion des passages à l'acte violents d'adolescents dans les établissements relevant, au moins pour une partie de leur public, de la protection de l'enfance*, Paris, ONED, 2008
- DECLERCK P., *Les naufragés*, Paris, Plon (Terre humaine), 2001.
- FRECHON I., *Être placées à l'adolescence... et après ? Témoignages et devenirs de jeunes filles ayant vécu au foyer 'le Caligo'*, Études et recherches, CNFE-PJJ, Vaucresson, n°4, mai 2001.
- FIACRE P., *Suivi des trajectoires judiciaires d'une population de jeunes délinquants réitérants*, IHESI, 1997.
- FIACRE P., *Analyse de la présence des jeunes le soir dans les halls d'immeuble*, Ville de Blois, 1999.
- FIZE M., *Les bandes : « entre-soi » adolescent*, Paris, Desclée de Brouwer, 1993 (Epi/Habiter)
- GUILLAUME N., *Jeunes et professionnels au bord de la rupture : un risque. Méconnaître le lieu, ne pas reconnaître le lien*. DSTS, Université Paris XII, sous la direction de Sabine Dupuy, février 2005.
- JEAMMET P., « Le perçu, l'agi et la représentation dans le processus psychanalytique » in DIATKINE G., SCHAEFFER J. *Psychothérapies psychanalytiques*, Paris, PUF, 1998.
- LAGRANGE H., *De l'affrontement à l'esquive : violences, délinquances et usages de drogues*, Paris, Syros, 2001.
- LOUZOUN C., « Un partenariat pour désamorcer l'échec chez les 10-18 ans », *in La santé de l'homme*, n°388, mars-avril 2007, p. 11-12.
- MAKDESSI Y., O'DEYE A. & MOGOUTOV A., « *Pour une meilleure connaissance des publics accueillis par les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Construction d'un outil d'analyse et résultats de l'enquête pilote* » Étude réalisée à la demande du ministère de la Justice, 2002.

MAILLARD I., « Adolescents en grande difficulté : deux réseaux innovants en Ile-de-France », in. *La santé de l'homme*, n°388, mars-avril 2007, p.7-8.

MANSO E., *Incasables » Logiques d'action et réponses institutionnelles dans la pris en charge des adolescents en grande difficulté*, DSTS, DRASS Aquitaine, CEDIAS, 2005.

MELLIER D., « La précarité psychique et la spécificité du travail d'accueil de la souffrance » in AUBERT A.E., SCHELLES R. *op. cit.*, 2007.

RAYNAL F., « La Villa Préaut aide ses anciennes à prendre un bon départ », in. *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2555, 25 avril 2008, p.37-38.

ROUSSILLON R., *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1991.

TYRODE Y, BOURCET S., *Les adolescents difficiles. Clinique et prévention*, Paris, Dunod, 2000.

VAILLANT M., « Ni vraiment fous, ni simplement délinquants : les incasables » in *Les adolescents difficiles*, 1989, Vaucresson, Journées d'Études, 1988.

WEBER M., *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965, p. 329-330.

Glossaire

- AED : Action éducative à domicile
- AEMO : Action éducative en milieu ouvert. Il s'agit d'une mesure qui peut être décidée par le service de l'Aide sociale à l'enfance, l'AEMO est alors dite « administrative » ou par le juge pour enfants, l'AEMO est alors dite « judiciaire ». Elle consiste à réaliser un accompagnement éducatif de l'enfant. Elle peut être confiée à une structure associative habilitée par l'Aide sociale à l'enfance.
- AT : Accueil temporaire. Lorsque des parents se trouvent en difficulté, ils peuvent demander au service de l'Aide sociale à l'enfance, le placement de leur enfant pour une durée déterminée.
- ASE : Aide sociale à l'enfance. C'est un service du Conseil général.
- CMP : Centre médico-psychologique. Ce sont des lieux de soins dépendant des secteurs de psychiatrie (adulte et infanto-juvénile). Ils dispensent des soins ambulatoires.
- ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail (ex CAT). Ce sont des structures médico-sociales qui s'adressent à des personnes en situation de handicap et qui permettent une activité professionnelle dite « en milieu protégé ». Une orientation doit être prononcée par la Maison départementale des personnes handicapées.
- FA : Famille d'accueil. Ce sont des familles recrutées par le Conseil général ou par des associations qui accueillent les enfants placés
- FDE : Foyer de l'enfance. Il s'agit de l'établissement départemental géré par le Conseil général qui accueille les enfants placés.
- OPP : Ordonnance de placement provisoire. Il s'agit de la décision prise par le magistrat de placer un enfant hors de sa famille
- IOE : l'Investigation et orientation éducative est la première mesure généralement mise en œuvre après un signalement. Elle vise à établir une évaluation du danger couru par l'enfant au sein de sa famille.
- ITEP : Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ex IRP) sont des établissements médico-sociaux dédiés à des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement importants. L'accueil se fait en internat ou en demi-pension. L'enseignement est dispensé soit dans l'établissement par des enseignants spécialisés, soit en intégration dans des classes, ordinaires ou spécialisées, d'établissements scolaires proches. Une orientation doit être prononcée par la Maison départementale des personnes handicapées.
- MDPH : La Maison départementale des personnes handicapées. Elle évalue les situations de handicap et construit des plans personnalisés de compensation pour les personnes en situation de handicap. Les plans de compensation de handicap propose des réponses sur tous les pans de la vie de la personne, y compris ceux sortant du champ de compétence de la MDPH : la scolarité, la formation professionnelle, le logement, l'emploi, les ressources, les soins, les loisirs etc.
- MECS : Maison d'enfants à caractère social. Il s'agit d'établissements sociaux gérés par une association habilitée par l'ASE où peuvent être placés les enfants. Ce sont des foyers collectifs.

ANNEXE 1 - Les outils de la recherche

⇒ ***La feuille de recensement***

⇒ ***La grille de recueil biographique***

⇒ ***La grille d'entretien***

⇒ ***Le questionnaire pour l'évaluation de la situation***

LA FEUILLE DE RECENSEMENT

Les jeunes « incasables » (Recherche ONED)

NOM : Prénom du jeune :
Date de naissance : Sexe (H /F) :

Mesure actuelle ASE :
Le jeune est connu de l'ASE depuis quand ?

Critères « d'incapacité » (ex : 10 placements en trois mois, placement actuel par défaut, etc.)

PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Hébergement actuel ou prise en charge institutionnelle :
Ou ? (Département): Depuis quand ?

SCOLARITE

Le jeune est-il scolarisé? O/N Type d'établissement / classe :
Si déscolarisation, depuis quand ?

RECONNAISSANCE HANDICAP

Y a-t-il déjà eu dans le passé un dossier déposé à la MDPH (ex-CDES) ? O/N
Notification d'orientation MDPH ? O/N
Type d'orientation (ITEP, IME, etc.) :
Orientation effective: O/N
Si non, pourquoi ?

AUTRE SUIVI EVENTUEL (psychiatrique, etc.) :

La Grille de recueil biographique

Recherche ONED

Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »

Données générales	
Identifiant du jeune	
Date de naissance	Un jeune né en 1993
Sexe	
Type de prise en charge actuelle	
Autorité parentale actuelle	
Document rempli par* (Nom, fonction) * si rempli par plusieurs personnes, préciser	
Date de remplissage	

Grille de recueil biographique

VOLET 1.

Événements et faits ayant marqué la biographie du jeune

- Dater le plus précisément possible les événements (en indiquent les périodes quand nécessaire et si connues). La reconstitution des parcours s'appuie sur ce repérage chronologique.
- Pour en faciliter le remplissage, la grille biographique est pré-remplie des informations que vous nous avez fournies en mai 2007 dans la feuille recensant les jeunes relevant d'une situation d'incapacité.
- Au besoin, rajouter des feuilles libres pour compléter les cases de la grille biographique. Toutefois, merci de repréciser sur chaque nouvelle feuille le calendrier.

GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA GRILLE BIOGRAPHIQUE

<i>Rubrique</i>	<i>Signification</i>
Mode d'hébergement	<p>Préciser où le jeune a été hébergé depuis sa naissance : ex. dans sa famille avec ses deux parents, présence de membres de la fratrie, placement en foyer / hors foyer, accueil séquentiel dans la famille (ex. le we), Famille d'accueil, Internat, lieu de vie, en errance / fugue, etc. Préciser lorsque l'accueil se fait hors structures ASE.</p> <p>Préciser si possible le département de résidence afin d'observer la mobilité géographique</p> <p>Tout événement qui marque le parcours comme : changement de lieu de résidence (mobilité géographique), etc.</p>
Famille et entourage proche	<p>Composition de l'environnement familial, et des personnes qui font partie de l'entourage proche du jeune à chaque période du parcours (parents, beaux-parents, fratrie, famille élargie, enfants du jeune, amis, professionnels, etc.)</p> <p>Tout événement / changement qui marque le parcours comme : naissance d'un frère ou d'une sœur, enfant du jeune, séparation des parents, décès d'un proche ou parent, ordonnance de placement, décision judiciaire, changement de lieu de résidence (mobilité géographique), etc.</p>
Scolarisation et/ou activité de jour	<p>Préciser les différentes structures fréquentées, tout au long de son parcours, la dernière classe fréquentée, et éventuellement le niveau scolaire effectif. Si le jeune a été en hôpital de jour, etc.</p> <p>Dater (précisément ou approximativement) tout événement qui a marqué le parcours de scolarisation comme : interruption scolaire, déscolarisation, alphabétisation, apprentissage, formation professionnelle ou profession si le jeune travaille, bilan scolaire, etc.</p>
État de santé et soins	<p>Indiquer les périodes où le jeune a rencontré des problèmes de santé, physique et/ou mentale (hospitalisation, troubles de santé, maladie, handicap, accident, ou encore réalisation d'un bilan ou expertise médicale, suivi médical, suivi psychologique,...)</p>

<i>Rubrique</i>	<i>Signification</i>
Interventions sociales et judiciaires	<p>Commencer par dater la 1^{ère} mesure ASE, en précisant le type de mesure, puis celles qui ont suivies.</p> <p>Dater tout événement, en précisant le type :</p> <ul style="list-style-type: none"> • investigations (enquête sociale, Investigation et Orientation Éducative, Recueil de Renseignements Socio-Educatifs, ...), • placements (famille d'accueil, placement judiciaire en foyer, placement judiciaire hors foyer,...), • suivi en milieu ouvert (AEMO administrative / judiciaire, Suivi avec Mise à l'Épreuve, suivi socio judiciaire, contrôle judiciaire, suivi jeune majeur, ...) • et décisions judiciaires (Ordonnance de Placement Provisoire, Ordonnance de Recherche et de Conduite, Ordonnance de Renvoi devant le Tribunal pour Enfants, Mise en examen, Amende, peine avec sursis, détention provisoire, ...) <p>Ainsi que tout événement lié au suivi ou l'ayant provoqué : infraction, victimisation, ...</p>
Autre	Tout autre événement ne relevant pas des rubriques précédentes

Calendrier	Age	Mode d'hébergement	Famille et entourage proche	Scolarisation et/ou activité de jour
1993	0			
1994	1			
1995	2			
1996	3			
1997	4			
1998	5			
1999	6			
2000	7			
2001	8			
2002	9			
2003	10			
2004	11			
2005	12			
2006	13			
2007	14			
2008	15			

Calendrier	Age	État de santé et soins	Interventions sociales et judiciaires	Autre
1993	0			
1994	1			
1995	2			
1996	3			
1997	4			
1998	5			
1999	6			
2000	7			
2001	8			
2002	9			
2003	10			
2004	11			
2005	12			
2006	13			
2007	14			
2008	15			

Grille de recueil biographique

VOLET 2.

Informations complémentaires

Essayer d'éviter les non-réponses aux questions.

- * Si l'information n'est pas disponible, marquer « *Info non connue* »
- * Si l'information doit rester confidentielle, marquer « *confidentiel* »
- * Si le jeune n'est pas concerné par la question, marquer « *sans objet* »

**Document à remettre au Conseil général,
Direction de l'Enfance
au plus tard le 15 octobre 2007.**

Pour toute information complémentaire :
merci de contacter l'équipe de recherche du CREAMI
(Yara MAKDESSI ou Patricia FIACRE)
par téléphone 01.45.51.66.10 ou par mél :
ym@creai-idf.org ou pf@creai-idf.org

Informations complémentaires concernant : **le mode d'hébergement du jeune**

→ **Motif et contexte du premier placement à l'ASE ?**

→ **Motifs principaux des changements de type d'hébergement ?** (établissement, retour en famille, famille d'accueil, lieu de vie, structure hospitalière, accueil d'urgence, situation d'errance...)

→ **L'hébergement actuel est-il, selon vous, satisfaisant, adapté à la situation du jeune ?**

→ **Selon vous, quel type d'hébergement serait le plus adapté à la situation de ce jeune ? Quelles conditions réunir pour un hébergement adapté ?**

**↳ A remplir si une demande MDPH / ex-CDES a été déposée,
sinon passer à la page suivante.**

→ Quelles raisons ont motivé le dépôt d'un dossier à la MDPH ? Qui en a été l'instigateur ? A quel moment du parcours du jeune (décrire le contexte) ? Quelles étaient les attentes ?

→ Quelle suite en a été donnée ? (allocation, orientation effective, aucune suite, etc.)

→ Actuellement, le jeune a-t-il une reconnaissance d'un handicap ? Laquelle ? Quelles en sont les répercussions sur le parcours du jeune ?

Informations complémentaires concernant : **les interventions sociales et judiciaires**

- **A quel moment remontent les premiers signes des difficultés de l'enfant ?** (suspicion, dénonciation, premier repérage)

- **Quelle a été la première forme d'intervention connue pour répondre à la situation du jeune ?** (PMI, action éducative, etc.) **Dans quel contexte ? Quels en ont été les effets ?**

- **Quelle a été la première décision de justice concernant le jeune (en tant que victime ou auteur) ?** **Dans quel contexte ? Quels en ont été les effets ?**

- **Y a-t-il eu des obstacles ou des problèmes dans le déroulement du processus judiciaire (au moment de la détection, de la vérification des faits, du signalement, de la mise en œuvre de la décision), et/ou des erreurs d'appréciation de sa situation ?**

- **Comment la situation du jeune a-t-elle évolué en matière de victimisation ou d'infraction ?**

- **Y'a-t-il eu des moments clés ou des événements marquants dans le parcours judiciaire ?**

Informations complémentaires concernant : **des questions transversales**

- Globalement, le parcours de vie du jeune se caractérise-t-il par une ou plusieurs périodes significatives ?

- Quelle est l'attitude du jeune à l'égard des différents projets le concernant (hébergement, scolarité, soin...)

- Y'a-t-il ou y'a-t-il eu des liens privilégiés entre le jeune et un adulte ayant eu un rôle déterminant de son parcours de vie ?

- La situation de ce jeune a -t-elle fait l'objet d'une évaluation ?
- Si oui. A quel moment du parcours ? Qui l'a sollicitée ? Qui l'a faite ? Quels en ont été les effets sur la situation du jeune ?

Nous vous remercions.

La grille d'entretien

Items et thématiques d'analyse

Conduite des entretiens : partir de la situation actuelle, en passant en revue les différents domaines de la vie du jeune (hébergement, relations familiales, scolarité, activités sportives et de loisirs, personnes importantes...), puis passer à la période précédente.

L'entretien visera à faire recueillir pour chacun des acteurs concernés leur perception :

- des étapes qui structurent le parcours, et du sens qui leur est attaché,
- du rôle des autres acteurs impliqués, et du système de relations avec et entre eux,
- de l'institution comprise dans son sens large (ensemble des règles de droit qui ont servi de cadres de référence aux mesures prises).

Pour cela, plusieurs thématiques seront abordées au fil de la conversation tenue avec les personnes enquêtées :

- les ruptures,
- les continuités,
- les investissements (réalisés ou rompus),
- le sens attaché aux mesures qui ont été prises.

Enfin, on tentera également de faire émerger dans le discours des personnes des scénarios alternatifs exprimés comme idéaux de référence, passés et présents, afin de réfléchir à ce qui aurait pu ou pourrait soutenir une accroche en terme de « casabilité ».

Grille d'entretien
Quelles étapes ? Jeunes : Est-ce qu'il y a des moments où tu t'es senti mieux ? Parents : leur perception, leur interprétation du vécu de leur enfant ...
Questionner sur ce qui pour eux a été un moment important du parcours Dans le cas d'une mesure ou d'une rupture de prise en charge : par qui a été prise la décision ? avec qui ? contre qui ? sans qui ? Pour quelles « raisons » ? Quels motifs ? événements déclencheurs ? Jeunes : est-ce qu'on t'a demandé ton avis ? qu'est-ce qu'on t'en a dit ? qui t'en a parlé ? A quel moment ? Comment ça s'est organisé ? Si changement de lieu : est-ce qu'il y avait le désir dans le même lieu (éventuellement « malgré tout ») ? Inclusion dans nouveau lieu : quels rites d'inclusion ?
A quel moment proximité de la famille ? à quel moment éloignement ? Jeunes / famille : quels espaces de parole ont permis de discuter, faire valoir son point de vue, expliciter, négocier (ou non) les décisions prises Quand problèmes : avec qui a-t-il pu en parler ? Professionnels : expliciter motivations à choix d'éloignement ou de rapprochement

Relations parents /professionnels : qui est identifié comme ayant l'autorité, le pouvoir de décision ?

Parents : quel statut ? comment la fonction de parent est-elle habitée ? perception de délégitimation ou au contraire de réinvestissement de certains aspects de la vie de l'enfant, de certaines tâches

Parents : avec quels professionnels ont-ils été eux-mêmes en contact ? quelle perception des professionnels ayant accompagné leur enfant ?

[! voir tendance à éloignement / concept du « séjour de rupture »]

[creuser cas d'admonestation avec ultimatum de retour dans la famille par juge pour enfant]

Qu'est-ce qui aurait été voulu, désiré comme alternative idéale à la place de ce qui s'est passé

Jeune : qu'est-ce qu'il pense que le professionnel aurait voulu, attendait de lui ? idem pour parents

Projection dans l'avenir :

comment le jeune se projette dans l'avenir - quel serait le « bon », le « meilleur » projet

parents : pour eux et pour le jeune

professionnel : pour le jeune, les parents, et lui-même dans sa relation à jeune et famille – possibilité professionnelle de disposer des ressources idéalisées (en terme de lieu de placement, de dispositif « miracle »)

Composition avec les moyens du bord : quelles évolutions souhaitables de la situation en tenant compte du principe de réalité

Évaluation de la situation

Cette grille a pour objectif d'interroger la situation du jeune de façon à faire le point à tout moment. Elle pourrait constituer un outil d'aide à la définition d'une stratégie globale concertée.

N° d'identifiant du jeune

Fille

garçon

(Rayer la mention inutile)

Date de la présente évaluation:

Âge du jeune à cette date:

Qui participe à cette évaluation de la situation?

Situation actuelle concernant les intervenants et le partenariat

1. Responsable légal et professionnels mobilisés ou à mobiliser dans sa situation

INTERVENANTS	NOM(S) ET FONCTION	INSTITUTION (NOM ET ADRESSE, TEL ET MAIL)	MISSION REMPLIE AUPRES DU JEUNE
Responsable légal			
Judiciaire			
ASE			
Lieu d'hébergement			
Lieu de soins			
Lieu de scolarisation			
autre (préciser)			
autre (préciser)			

Situation actuelle concernant la relation familiale

Quelle est la nature des liens entre le jeune et les membres de sa famille? Pour chaque membre de la famille,

1. Précisez si le jeune le rencontre, dans quelles conditions et à quelle fréquence, s'il est en contact téléphonique, s'il est en contact par courrier, s'il n'a pas de nouvelle, si ce membre de la famille est manquant (décédé, inconnu...).
2. Précisez quels professionnels sont en relation avec ces membres de la famille pour travailler le lien.
3. Précisez les demandes et les attentes du jeune à l'égard de chacune des personnes.

Son père :

Sa mère:

Son beau-père

Sa belle-mère

Ses frères, soeurs, demi-frères et demi-soeurs:

Ses grands-parents paternels:

Ses grands-parents maternels:

Ses oncles et tantes paternels:

Ses oncles et tantes maternels

Autres membres de la famille élargie (préciser)

Quelles solutions sont proposées et mises en oeuvre (et par qui) sur la problématique de la relation familiale, y compris entre les adultes?

Quelles actions sont menées pour répondre aux demandes concernant les liens exprimées par le jeune?

Que faudrait-il mettre en place pour travailler la relation familiale?

Situation actuelle au regard de la prise en charge et de l'hébergement

Au (date de la dernière situation connue)

- Le jeune bénéficie d'une mesure**
 - d'AEMO
 - de placement
 - contrat jeune majeur

- Le jeune vit au domicile de ses parents, d'un membre de sa famille ou d'un autre proche (préciser lequel)**

- Le jeune est hébergé dans une structure institutionnelle (ASE, PJJ, structure médico-sociale, structure sociale, sanitaire) depuis le :**
 - Laquelle:**
- Le jeune est en fugue**

Rencontre-t-il des difficultés particulières relative au mode d'hébergement? Lesquelles?

Un soutien apparaît-il nécessaire? si oui lequel et pour répondre à quels besoins?

Ce soutien a-t-il été proposé? Mis en place?

Situation actuelle au regard de la scolarité, de la formation ou de l'emploi (3 pages)

Au (date de la dernière situation connue),

- **Le jeune est déscolarisé depuis** (date)

dernière classe fréquentée :

motif de la déscolarisation :

Existe-t-il un projet de rescolarisation? Si oui, lequel, dans quelles conditions

- **Le jeune est scolarisé en classe de**

Rencontre-t-il des difficultés particulières dans sa scolarité?

oui

non

Les difficultés concernent :

Les apprentissages

la relation aux autres élèves

La relation aux enseignants

Le rapport aux règles de fonctionnement de l'institution scolaire

Un problème ne touchant pas directement à la scolarité (hébergement, transports...), précisez

Autre chose, précisez

Un soutien apparaît-il nécessaire? si oui lequel et pour répondre à quels besoins? (il ne s'agit pas seulement de soutiens scolaires mais de toutes les actions qui permettraient de répondre aux difficultés)

Ce soutien a-t-il été proposé? A-t-il été mis en place?

• **Le jeune est en formation professionnelle**

Dans quel domaine?

Quelles sont les modalités de la formation professionnelle ?

Rencontre-t-il des difficultés particulières dans sa formation?

Les difficultés concernent :

- Les apprentissages
- la relation aux autres élèves
- La relation aux enseignants
- Le rapport aux règles de fonctionnement de l'institution de formation
- Un problème ne touchant pas directement à la formation (logement, transports...), précisez
- Autre chose, précisez

Un soutien apparaît-il nécessaire? si oui lequel et pour répondre à quels besoins?

Ce soutien a-t-il été proposé? Mis en place?

● **Le jeune travaille**

Quel emploi occupe-t-il? (Indiquer s'il est qualifié pour cet emploi)

Quelle est la nature du contrat?

Quel organisme a été à l'origine de l'embauche dans l'entreprise?

Rencontre-t-il des difficultés particulières dans son emploi? De quelle nature?

- dans la réalisation des tâches demandées
- de rapport aux règles de fonctionnement de l'entreprise
- de relation avec ses collègues
- de relation avec les cadres
- Un problème ne touchant pas directement à l'emploi (logement, transports...), précisez
- autre préciser

Un soutien apparaît-il nécessaire? si oui lequel et pour répondre à quels besoins?

Ce soutien a-t-il été proposé? Mis en place?

●

Le jeune est sans activité

Est-il en lien avec une structure d'insertion professionnelle? Laquelle?

Quels sont les obstacles à son inscription dans une activité?

Quels sont les leviers à son inscription dans une activité?

Situation actuelle au regard de la santé

Au

(date de la dernière situation connue),

un suivi sanitaire est-il indiqué par un médecin pour le jeune?

- oui
- non

• Si non, un bilan médical apparaît-il nécessaire pour ce jeune?

- oui
- non

• Si oui, par qui cette indication a-t-elle été faite

- un médecin généraliste
- un médecin spécialiste, précisez de quelle spécialité

Le suivi sanitaire indiqué est-il mis en oeuvre?

si oui, dans quelles conditions?

Si non, pourquoi, quels sont les freins, les obstacles?

Projet ou choix de vie

Existe-t-il un projet de vie ou des choix de vie?

Lequel et à quel terme?

Qui l'a exprimé et sous quelle forme?

Quelles conditions ou précautions paraissent nécessaires pour accompagner le jeune vers la réalisation de ce projet de vie?

(Par exemple, **éloignement de sa famille comme condition nécessaire**)

Comment se justifient ces conditions? Tous les professionnels sont-ils d'accord? Quels sont les arguments contre? D'autres modalités pourraient-elles répondre aux objectifs?

Les ressources de l'entourage du jeune

Sur quelles ressources peuvent s'appuyer les accompagnements proposés au jeune

Dans l'entourage du jeune, quelles sont les personnes qui peuvent soutenir les accompagnements proposés	lien avec le jeune	Sur quels aspects cette personne peut-elle être sollicitée et dans quelles conditions	Coordonnées

Quelles réponses apporter?

DOMAINE	A METTRE EN PLACE	QUEL OBJECTIF?	A QUEL TERME? (de... jusqu'à)	CE QUI FAIT OBSTACLE (1)	CE QUI FACILITE	REPONSES COMPLEMENTAIRE A APPORTER POUR LEVER LES OBSTACLES
Relation familiale						
Hébergement						
Scolarisation Formation Emploi						
Suivi sanitaire						
autre domaine Préciser						

(1) L'attitude du jeune, l'attitude de la famille, l'attitude des professionnels, le manque de places, la taille de la structure actuelle...

Quand aura lieu la prochaine évaluation de sa situation?

ANNEXE 2 - Les critères d'incasabilité

Tableau 1. Liste des mots-clés repérés, classés selon le nombre de jeunes concernés, dans les deux départements (87 jeunes recensés au total)

Mots-clés repérés	Nombre de jeunes
Placements / Placements répétés / échec placement	40
Pas de structures adaptées / solution par défaut	29
Fugues	23
Comportement violent	16
Problème de santé	16
Problèmes familiaux / Rupture liens	16
Dans le refus / Met en échec les solutions	15
Hospitalisation	15
Troubles du comportement	15
Se met en danger / comportement à risque	11
Acte délictueux	11
Victimisation / maltraitance	10
Comportement perturbe scolarité / Interruptions déscolarisation	8
Errance	7
Comportement agressif	6
Passage à l'acte	6
Problèmes relationnels	5
Dangereux	4
Instabilité	4
Toute puissance	4
Consommation drogues	4
Agression sexuelle sur les autres	3
Tentative suicide	3
En souffrance / mal être	3
Obstacles parent par rapport à la solution	3
Menaces	2
Signalement	2
Ruptures	2
Comportement agité	1
Bagarres	1
Insultes	1
Provocations	1
Prostitution	1
Absentéisme scolaire	1
Relation fusionnelle avec membre famille	1

Rubrique non remplie pour 4 jeunes

Tableau 2. Regroupement des mots-clés en registres et classés selon le nombre de jeunes concernés, dans les deux départements (87 jeunes recensés au total)

Registres de mots-clés	Nombre jeunes	Mots-clés
Comportement et attitude du jeune (ACT)	56	Fugues Comportement violent Dans le refus / Met en échec les solutions Acte délictueux Se met en danger / comportement à risque Errance Comportement agressif Passage à l'acte Dangereux Consommation drogues Instabilité Toute puissance Agression sexuelle sur les autres Tentative suicide Menaces Comportement agité Bagarres Insultes Provocations Prostitution
Solution institution (INST)	52	Placements / Placements répétés / échec placement Pas de structures adaptées / solution par défaut
Santé (SANT)	38	Problème de santé Troubles du comportement Hospitalisation
Famille & entourage (FAM)	22	Problèmes familiaux / Rupture liens Problèmes relationnels Obstacles parent par rapport à la solution Ruptures Relation fusionnelle avec membre famille
Maltraitance subie (MAL)	12	Victimisation / maltraitance En souffrance / mal être Signalement
Scolarité (SCOL)	9	Comportement perturbe scolarité / Interruptions déscolarisation Absentéisme scolaire

Rubrique non remplie pour 4 jeunes

Tableau 3. Combinaisons de registres de mots-clés pour chaque jeune dans la description de la situation d'incapacité, dans les deux départements

Nombre de registres pour chaque jeune	Nombre de jeunes concernés	Intitulé du (des) registre(s)	Nombre de jeunes concernés
1 registre	21	ACT	12
		INST	6
		SANT	3
2 registres	30	ACT/INST	9
		INST/SANT	9
		ACT/SANT	4
		ACT/FAM	3
		ACT/SCOL	2
		INST/FAM	1
		SANT/FAM	1
		SANT/SCOL	1
3 registres ou plus	32	ACT/INST/SANT	8
		ACT/INST/FAM	4
		ACT/INST/SANT/FAM	3
		ACT/FAM/MAL	2
		ACT/INST/FAM/MAL	2
		ACT/INST/SANT/FAM/MAL	2
		INST/SANT/FAM/MAL	2
		INST/SANT/SCOL	2
		ACT/INST/FAM/SCOL	1
		ACT/INST/SCOL	1
		ACT/MAL/SCOL	1
		ACT/SANT/MAL	1
		ACT/SANT/SCOL	1
		INST/FAM/MAL	1
INST/SANT/MAL	1		

Rubrique non remplie pour 4 jeunes



Le **CEDIAS - Musée Social** est une fondation dont la mission est la réflexion sur les actions sociales et les grands problèmes sociaux en favorisant les études, les échanges, l'information et la documentation.

La Délégation **ANCREAI Ile-de-France** (service du CEDIAS - Musée Social) assure une mission d'observation et d'évaluation des besoins, d'évaluation des services rendus, d'accompagnement méthodologique des schémas d'organisation sociale, d'accompagnement de projets, auprès d'associations, d'établissements ou collectivités locales.

Pour nous contacter :

CEDIAS - Délégation ANCREAI Ile-de-France

5, rue Las Cases - 75007 Paris

☎ 01 45 51 66 10 - 📠 01 44 18 01 81

Email : creai@creai-idf.org

Site Internet : www.creai-idf.org