

Les incasables. L'accueil en protection de l'enfance des enfants psychiquement perturbés

Jean-Luc VIAUX

Professeur de Psychologie

Président de l'Association Les Nids

jean-luc.viaux@univ-rouen.fr

Parler de ces enfants, qui épuisent parents et institutions est devenu nécessaire, parce qu'il est difficilement acceptable que des enfants soient rejetés de partout alors même que leur comportement insupportable (que personne ne supporte), invivable (parce que personne ne veut vivre avec eux) incontrôlable (parce qu'il n'ont pas le contrôle sur eux-mêmes) expriment une souffrance qui ne doit pas porter de nom dans les nomenclatures et autres manuels diagnostiques, puisqu'on les affuble d'un surnom : incasable.

Kevin a été placé à 6 ans : entre 6 et 11 ans il ne finira aucune année scolaire. Placé, déplacé, replacé ... Il vient d'une « famille de femmes », le père est insignifiant, qui l'ont maltraité. Il a épuisé des MECS, des familles d'accueil par son comportement oscillant entre violences et oppositions incompréhensibles. Aucune place ne tient. Jusqu'au jour où une institution que l'on pourrait dire de la dernière chance, loin des lieux où l'on ne veut plus de lui l'accueille et accepte de subir ses injures, ses moments de « je casse tout » ses violences, ses demandes ambivalentes de voir/pas voir sa mère etc. Il fait un CM2, une 6^{ème}, rentre en 5^{ème}. Pas de bol l'institution en question ferme ... placé pendant deux mois dans un lieu de vie d'une autre institution il apprend que « son » institution rouvre il casse tout dans le lieu de vie Pour qu'on le renvoie là.

« Dans notre société au maillage institutionnel aussi dense et entrelacé, peut-on dire des jeunes mineurs sont « incasables » ? Nous proposons de considérer que ce terme désigne, non des jeunes, mais une situation dans laquelle se trouvent certains jeunes, une situation complexe que nous définissons à partir de quatre pôles : un jeune à « caser », ses parents (ou sa famille), un ou plusieurs professionnels en charge de le « caser », des institutions susceptibles de l'accueillir », écrit Michelle Guigue (2008) en commençant la synthèse de son rapport pour l'ONED sur les « incasables ».

Dans un article faisant le point sur l'histoire et la définition de cette notion Desquennes et Proia (2011) montrent que longtemps trois définitions se sont associées pour fabriquer des sujets dits incasables : troubles du comportements rendant leur sociabilité problématique, psychopathie et délinquance. La notion même d'incasable est réfutée comme notion « scientifique », il s'agit plus d'un mot pratique qui tend à refléter l'impuissance institutionnelle à trouver un lieux de vie stable à certains enfants et adolescents dont le comportement les fait rejeter de partout parce qu'ils sont « unchained », dé-chainés au sens

littéral c'est-à-dire que toutes les chaînes qui les arrimaient à un processus éducatif sont rompues et qu'ils développent sans limites leur capacité à créer du conflit, de la violence, une peur de ne pouvoir se contrôler face à leur manque de contrôle. D'une certaine façon ces enfants sont plus illimités que non limités.

« Pris littéralement dans le sens d'absence de « case » ou de place pour ces jeunes, le terme « incasable » ne convient pas à tous. Chez les professionnels du champ de l'enfance inadaptée, le mot, par sa résonance normative, suscite des réactions de rejet comme l'expriment Roger Bellot, par ailleurs ancien Vice-président de l'association AVVEJ, qui parle d'un terme « affreux » ou bien encore plus récemment Jacques Ladsous qui qualifie ce vocable « d'impossible » : « Comment imaginer qu'un être humain ne puisse trouver sur cette terre une case où se poser ? » Certains professionnels du champ éducatif récuse toute étiquette stigmatisante et précisent alors employer le terme « incasables » pour traduire leur sentiment d'impuissance et leur constat d'échec face à des jeunes en grande difficulté. Ainsi peut-on lire dans la préface du congrès de 1988 sur les incasables : « Cette notion d'incasable ne s'applique pas à une nouvelle catégorie de jeunes qui relèveraient d'une nouvelle pathologie. Ce terme traduit plus simplement le désarroi de l'éducateur, de l'assistante sociale devant un certain nombre de situations limites ». Cependant, dans la littérature médico-psychologique, les auteurs, pour qualifier ces « incasables », utilisent d'autres termes comme ceux de « cas lourds », « cas limites », « adolescents difficiles » tout en proposant une description comportementale de ces jeunes axée sur leurs agirs violents, la peur et l'inquiétude qu'ils suscitent dans les institutions. » (Desquennes et Proia, 2011)

Il n'empêche qu'il y a eu et qu'il y a des livres, des congrès et des articles sur le sujet et même un appel d'offre de l'ONED en 2006. La synthèse du travail fait par Jean-Yves Bareyre montre la solidité du concept pour autant dénoncé comme non scientifique

« Le terme d' « incasables », émergent à la fin du XXème siècle, n'a à notre connaissance aucune définition précise ou admise par la communauté scientifique. Il est utilisé de manière commode par les professionnels de terrain pour désigner des situations d'enfant ou de jeune en danger qui posent problème aux institutions sanitaires et sociales et aboutissent de manière récurrente à des ruptures dans les accueils, les accompagnements, les soins et ou les dispositifs mis en place pour répondre aux difficultés ou aux dangers rencontrés par ceux-ci. Les jeunes dits « incasables » sont une « population à la limite des institutions » (Bareyre, 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. » (Bareyre 2008)

Comme professionnel ayant travaillé en psychiatrie de secteur et pour les juges des enfants, j'ai vu et parfois suivi des parcours d'enfants et d'adultes passant d'institutions en institutions sans cohérence, rejetés voire éjectés J'ai rencontré de ces sujets passés en moins de trois ans par plus de 4 institutions avec des superpositions de prises en charges toutes en échec. Ces institutions n'ont pas forcément démeritées, mais souvent les professionnels avaient le sentiment qu'on leur avait donné une mission hors cadre, impossible.

Il me semble qu'il faut clarifier ce dont on parle : dans les parcours multi-institutionnels où il est évident qu'un enfant ou un ado n'a longtemps pas eu de domicile fixe en quelque sorte,

c'est-à-dire pas d'institution repère, alors même que sa famille n'en est plus un ou n'en peut plus de n'en être plus un, il ne faut pas inclure la délinquance et sa récurrence, comme le font certains auteurs devenus classiques (JP et Laetitia Chartier). Car la délinquance est une dimension du parcours de vie qui justifie rationnellement et institutionnellement certaines exclusions.

Il ne faut pas davantage mêler la notion compliquée de sujet psychopathe (on dit aujourd'hui personnalité à expression psychopathique) qui relève – même si cela est discuté et ne fait pas plaisir – clairement de la prise en charge spécialisée. J'ai connu l'époque où ces sujets dits psychopathes étaient pris en charge en psychiatrie et le moment où ils ont été rejetés : on a fabriqué des errants et des prisonniers en modifiant les contours de la souffrance psychique « acceptable » dans des lieux de soins.

Le discours qui fabrique de l'incassable est à peu près toujours le même : ce n'est pas parce qu'il a des problèmes qu'il doit se comporter comme cela, et comme ce comportement est contraire au règlement ou à l'éthique, ou à la fatigue institutionnelle le sujet est prié d'aller se comporter ailleurs ... alors qu'il est entré là à cause précisément de ses agissements, de ses injures, de son vécu permanent de rejet, de son problème avec les limites et les limitations. Il ne faut pas se leurrer sur l'origine de ces troubles : tout sujet qui met à mal les limites institutionnelles est un sujet qui a vécu tout petit dans un environnement contenant et qui teste jusqu'à se mettre en danger la solidité de n'importe quel environnement dans lequel il se trouve. Ce que D. Winnicott (1946 – l'enfant antisocial) décrivait comme « rechercher la mère sur laquelle il a des droits ».

La tentation aujourd'hui d'utiliser le droit de retrait face à toute violence produite par un jeune dans une institution où il a été placé ... à cause de ce type de comportement risque d'aboutir à une déqualification/disqualification des institutions de « protection » de l'enfance qui se comporteraient ainsi. La protection d'un enfant contre lui-même, comme la protection du suicidaire est une mission qui suppose que l'on « tienne » : la tempête fait partie de la vie des marins et des sauveteurs en mer – et si nos institutions ne sont pas faites pour le gros temps c'est cependant à leur capacité à tenir dans les moments difficiles qu'on reconnaît les projets pédagogiques de valeur.

Comme plus personne n'y échappe il faudrait cependant se mettre d'accord sur ce dont il s'agit et pouvoir identifier de façon consensuelle ce qui fait problème : à partir de quand un enfant est-il ?

Donc de quoi s'agit-il ?

Les critères d'incassabilité des professionnels de terrain renvoient principalement à deux types de définition repérés dans la revue bibliographique, celui de « l'incassable des institutions » et celui de « l'individu événement ». Mais les professionnels ajoutent une autre dimension que nous n'avons pas repérée en tant que telle, celle des problèmes de santé qui recouvrent principalement des troubles psychiques.(J-Y Bareyre)

Ces critères, un autre chercheur, Moisset, travaillant en Seine-Saint-Denis avec les professionnels de l'ASE sur un nombre de cas limités, est parvenu à les synthétiser de façon fonctionnelle ainsi.

Ces critères d'identification, au nombre de sept, se répartissent en trois registres.

Le registre des comportements du jeune :

- *violences répétées du jeune contre lui-même : tentative de suicide, et / ou automutilations, et / ou fugues à répétition, et / ou repli sur soi, et / ou passivité,*
- *violences répétées du jeune contre l'environnement et / ou des personnes et / ou des biens.*

Le registre de la mobilisation des intervenants :

- *Le jeune étant accueilli successivement ou simultanément dans plusieurs lieux (foyer, famille d'accueil etc.) d'où multiplicité des lieux d'accueil,*
- *multiplicité des instances de concertation dans lesquelles les situations de ces enfants ont été abordées,*
- *multiplicité des intervenants (ASE, pédopsychiatrie, secteur médico-social, professionnels relevant d'autres champs de compétence).*

Le registre des effets de la prise en charge :

- *impossibilité à mettre en œuvre le projet éducatif défini au moment de l'admission à l'ASE,*
- *impossibilité du jeune à bénéficier des prestations offertes par les lieux d'accueil.*

*La situation d'un jeune est dite « marquée par de grandes difficultés » si **quatre de ces sept critères y sont repérables.** (Moisset, 2010)*

Maintenant que nous savons de quoi on parle, reprenons un cas pour bien comprendre :

En février Maeva, 12 ans, qui était suivie en AED a été placée en urgence (OPP) après signalement ASE. Fin janvier Maeva a prétendu avoir été séquestrée et violée : après deux heures d'audition à la gendarmerie elle dit que ce n'est pas vrai et que c'est pour emm... sa mère - et accessoirement pour ne pas aller au collège. Elle déjà été hospitalisée en psychiatrie il y a 4 ans, et elle prend un traitement. Régulièrement elle parle de suicide, la famille oscille entre découragement et refus de prise en charge. Il a fallu cet incident pour que le suivi en milieu familial enclenche un placement : En un mois Maeva est hospitalisée en urgence deux fois, dans deux hôpitaux différents, et fait des aller-retour dans un foyer d'urgence qui tente de l'exclure au profit de la psychiatrie car elle se montre violente physiquement et verbalement- tout comme chez ses parents, en présence parfois de l'éducatrice . Début mars la juge des enfants décide le placement de Maeva à l'ASE : l'annonce du placement par la juge des enfants à Maeva, qui n'avait déjà pas acceptée l'OPP, a déclenché de sa part une crise nécessitant le recours aux vigiles du tribunal et au SAMU. Le 10 mars un rapport du foyer d'hébergement indique que Maeva sortie le 7 mars à nouveau d'un hôpital a fait une nouvelle crise le 9 mars, avec cris, violences et menaces de mort sur les présents.... En avril Maeva n'est plus dans la structure. Maeva est prise en charge dans un lieu de vie et va en semaine dans un ITEP. Ca se calme en apparence.

C'est à ce moment là que je la rencontre pour tenter de comprendre ce parcours et faire un diagnostic qui ne sembla pas avoir été fait les services hospitaliers ont à

chaque fois renvoyé Maeva dans la journée en considérant que cela ne relevait pas de leur champ de travail.

Je rencontre donc une adolescente qui a un comportement physique de jeune enfant (de pas loin d'1m 70 quand même ..) suçant ses doigts et se repliant en boule, et qui manie pour s'opposer à toute investigation l'injure, le langage scatologique et la mégalomanie sans pour autant bouger de sa chaise. Logorrhéique elle pose des questions dont elle n'écoute pas la réponse. Mais si on laisse parler sans intervenir elle se sent tellement perdue qu'elle va jusqu'à demander à être giflée ! Curieusement tout ceci dure une bonne heure alors que face à son refus de s'exprimer il lui a été proposé de terminer l'entretien : Maeva refuse de sortir et même si elle le fait une fois elle va rester une minute derrière la porte et revenir se rasseoir en boule fœtale.

Deux hypothèses au terme d'une rencontre avec la mère, et d'un examen un peu chaotique me semblait évidente soit une dysharmonie d'évolution (dite aussi dysharmonie psychotique) ou une prépsychose schizophrénique de l'adolescence, à forme héboïdophrénie selon la vieille classification d'Henri Ey (les troubles du comportement d'allure psychopathiques étant les précurseurs d'un délire). Le seul renouvellement du neuroleptique Tercian pour calmer Maeva apparaissait un peu juste comme prise en charge et surtout l'orientation vers un ITEP – qui avait bien voulu l'accepter – plutôt que vers un hôpital de jour pouvait sembler un peu étrange. Car « l'incapacité de cette jeune fille n'était que le reflet d'une inadéquation entre l'observation multifocale et la réponse. Si on ne fait qu'observer on ne voit que l'errance violente et la revendication de l'enfant, si on entend les oscillations familiales auxquelles font écho les oscillations institutionnelles, alors la colère de cette jeune est beaucoup plus audible.

Mais après tout quand enfin un lieu devient tolérant aux troubles manifestes et est accepté pourquoi ne pas laisser l'enfant s'y installer ?

Je n'ai pas commencé cet exposé en justifiant le choix de parler des incasables : l'une des bonnes raisons est que l'on n'en parle pas vraiment dans notre région, alors que le ratio de ces enfants très difficiles à maintenir dans une structure doit être le même qu'ailleurs.

L'autre raison est que si on n'en parle pas c'est tout simplement qu'ils sont « non mentalisés » par les institutions, ASE compris, mais seulement pris en charge au bonheur des institutions plus ou moins fortes et tolérantes qui les reçoivent, mobilisant, de façon couteuse, en énergie psychique et en argent, les équipes multiples qui tentent de « tenir » sans toujours être épaulées pour cela.

Or ces sujets qui épuisent les institutions après avoir épuisé leur famille ne sont pas des sujets à qui il manque une case, ou qui ne pourraient être casés nulle part. Ce sont des enfants et tous les enfants ont DROIT au sens de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant à être éduqué et soigné par des adultes et des institutions faites pour eux. Ces enfants « unchained » ont droit à ce que des équipes dûment formées et préparées à ce travail les arriment de nouveau à leur enfance, celle qu'ils réclament la plupart du temps, comme Maeva ou Kevin : un lieu contenant leurs angoisses, leur colère qui s'adresse toujours à leurs parents et non au professionnel qui la reçoit, un lieu qui n'ait pas en même temps en charge d'autres enfants différents, vulnérables aussi mais sur un autre mode. Tout enfant a droit à SA place, celle qui convient à son parcours. Mais si cet enfant là a le droit d'être éduqué dans une institution tolérante et adapté à ses besoins, les autres enfants de l'institution ont le

droit de ne pas être confronté à cette violence donc il ne s'agit pas de les laisser jouer au rugby au milieu de joueurs de badminton ...

Plutôt que de ne pas se révéler ce dont ces sujets sont l'objet et de jouer au mistigri en espérant que la case psychiatrie (voire la case délinquance) finira par s'ouvrir ne faudrait-il pas accepter qu'ils existent ?

On en arrive très vite à la conclusion suivante : ces sujets sont ballotés parce qu'on est obligé d'entasser les prises en charge de façon plus ou moins cohérente – foyer ou famille d'accueil, plus CMPP (débordé) et parfois Hôpital de jour, plus séjour de rupture en lieu de vie ou ailleurs pour relayer les professionnels épuisés, plus hospitalisation pédiatrique ou psychiatrique et retour vite fait à la case départ. Parfois la pédopsychiatrie ayant pris le problème à sa dimension utilise les familles d'accueils thérapeutiques e – ce qui fonctionne si celles-ci n'ont pas un double agrément. Il est clair qu'il faut à la fois réfléchir à ce que nous disent ces enfants avec leurs troubles qui troublent les institutions et cesser de fragmenter les réponses : or de quoi souffrent-ils ? précisément de ce symptôme de fragmentation. Ils ont eu des parents, parfois seulement une mère, qui ont oscillé en permanence entre le rejet et l'idolâtrie de bébé, revendiquant la place de parent de façon possessive pour peu après tout abandonner à une autre personne ou une institution, pour pouvoir en revendiquer le retour : en face de ce désordre les prises en charge se sont multipliées s'annihilant l'une l'autre par ce trop plein de traitement, auquel il manque forcément quelque chose. Quand l'enfant a besoin d'être « porté » par la sollicitude primaire d'une Mère, il n'est plus que déplacé de l'un à l'autre. A qui s'adresse la colère de ces enfants ? à nous tous qui ne sommes pas « la mère sur laquelle il a des droits », à notre acharnement à vouloir qu'il « dise » ce qui ne va pas au nom d'un vieux dogme clinique qui voudrait que la parole permettrait de stopper l'agir. Alors l'enfant injurie et frappe comme un sourd pour des sourds Jusqu'à ce qu'une équipe se dise que quoiqu'il arrive et pour casser ce cercle vicieux d'une prise en charge aussi instable que l'a été le comportement parental générant le trouble, elle assumera d'être aussi bien la bonne que la mauvaise mère, mais qu'elle tiendra : ta place est ici quoique tu fasses, pour le moment il n'y a pas et il n'y aura pas un « ailleurs ».

Une institution c'est fait pour instituer ou ré-instituer les sujets dont les droits élémentaires ont été bafoués et notamment celui d'être un enfant – un enfant cela ne fait pas peur à des adultes, mais cela peut au contraire déposer ses peurs dans le sein d'une équipe-mère pour en être protégé.

Si, et seulement si dans notre région les institutions sociales, médicales et médico-sociales se prêtent à un travail de cohésion dans le repérage de ces enfants et d'une analyse un peu fine des besoins, on se rendra compte que cela ne concerne peut-être pas tant d'enfants¹, et que pour construire une réponse des moyens, mis en commun, pour des aménagements de lieux adaptés y suffiront. L'effet des tentatives de liaison pour le moment se fait attendre ... et en attendant ces enfants casse-pieds, cassent tout et se rendent « incassables » mais ils ne sont pas incassables. Et quand un enfant est cassé il en reste toujours quelque chose, parfois sur plusieurs générations.

Références

¹ Y Barreyre indique que dans le Val d'Oise, cela représente 42 jeunes sur 1839 jeunes, y suivis par l'ASE soit 2,3% des jeunes suivis. Par rapport à la population des moins de 20 ans du département (333 234, 27.8% de la population), cela représente 0,012% - chiffres quasi identiques dans le Val de Marne.

Barreyre, J-Y., Fiacre, P., Joseph, V., Makdessi, Y., (2008). *Une souffrance maltraitée Parcours et situations de vie des jeunes dits `incasables* Rapport de Recherche ONED, Conseil général du Val-de-Marne et Conseil général du Val d'Oise

Desquesnes, G., Proia-Lelouey, N. (2011). Le sujet « incasable », entre psychopathologie et limite institutionnelle. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 12 | Automne 2011

Guigue, M., Bruggeman, D., Lemoine, M., Lesur, E., Tillard, B. (2008). Des jeunes de 14 à 16 ans « incasables » ? Itinéraires d'élèves aux marges du collège. Rapport de Recherche ONED et Groupe de Recherche sur les Interventions Éducatives et Sociales

Moisset, P. (2010). Les violences des incasables : signes de parcours de socialisation sous tension. *Sociétés et jeunesses en difficulté* 10. Automne 2010 : Jeunes face à la violence