

Intervenants

Françoise FÈVRE-LICHET

Animatrice Territoriale de Santé, DD 71, ARS

Sophie ROYER

Adjointe au Chef de Service de l'Aide Sociale à l'Enfance,
Commission cas complexes, Conseil Départemental
de la Côte-d'Or

Hélène KIENING

Conseillère technique adjointe, Direction de l'enfance
et des familles
Département de Saône-et-Loire

Alain CHARMOILLE

Protection Judiciaire de la Jeunesse, Directeur du ST EMO
SFC

Françoise JUNG

Adosphère

Nathalie PONTIER

Directrice adjointe, Ireps Bourgogne Franche-Comté

Animateurs

Journée régionale de la prévention Promotion de la santé



ATELIER

« Les Incasables » Qui sont-ils ?

9 décembre 2016

Dr Anne COSTANTINI

Regard d'une psychiatre, psychanalyste

Merci de me donner l'occasion de partager avec vous quelques réflexions issues de ma pratique directe auprès de ces jeunes, comme pédopsychiatre à l'hôpital psychiatrique, dans les CMP de quartiers difficiles, et surtout, dans les lieux du médico-social, dont on sait le rôle essentiel qu'ils jouent actuellement dans l'accueil de ces jeunes. L'enjeu est difficile.

Qui pourrait ici tenir un discours « d'expert » à propos des adolescents dits « incasables », alors que l'expression elle-même indique le désarroi et l'échec à nommer ces jeunes-là, du côté du corpus social, juridique ou sanitaire. Incasables !

C'est aussi bien « graines de crapules ! » comme l'écrivait en 1945 Fernand Deligny. Ils sont, disait-il, des « vagabonds efficaces ». *Efficaces*, ils le sont, pour peu que l'on se soit cogné à leur improbable prise en charge, que l'on ait vécu avec eux cette expérience physique et psychique qui précède toute observation professionnelle. *Efficaces* à déconstruire nos certitudes, nos savoirs psy ou éducatifs, à défaire nos théories, à se jouer de nos bons sentiments.

Efficaces à nous mettre au travail, à devoir inventer de nouveaux dispositifs, à construire d'autres théories, à susciter de nouveaux débats, à supporter sans relâche les affrontements entre équipes pluridisciplinaires. On les dit : « incasables » dans nos réunions de travailleurs sociaux, comme on rend son tablier, dans un mouvement d'humeur, avant de le reprendre aussitôt, car la demande est forte et ils sont de plus en plus nombreux. Ces adolescents-là deviennent vite le support de nos projections, et apparaissent dans les débats comme des personnages, que toutes les institutions d'une même région connaissent. Ils se fabriquent ainsi une véritable identité, « mythique », une façon d'être au monde, dans le conflit et la violence. Identité boursoufflée, qui les désigne et les assigne à ces comportements destructeurs.

Leur « case », serait le lieu de la discorde ; leur fonction, celle d'être des objets d'amour et de haine des institutions, entre fascination et rejet. Ces adolescents se reconnaissent entre eux, se croisent dans leurs parcours, entre horde sauvage et fratrie improbable, avec ses chefs.

Une définition ?

Ce sont ceux, parmi les adolescents difficiles, qui, devenus réfractaires à toute prise en charge éducative, ne trouvent plus place dans les structures du médicosocial ordinaires. Les dossiers de demande d'admission qui les précèdent répertorient une succession de lieux d'accueil, familles, foyers, écoles, séjours de rupture, services hospitaliers, Centres éducatifs fermés (CEF), et un contexte chaque fois dramatique, fait de violence, d'insultes, de coups et blessures, menant à l'exclusion, confirmant ainsi au jeune son chemin de vie, orienté vers un abandon toujours à l'horizon.

En quoi questionnent-ils les organisations sociales ?

Il s'agit pour ces jeunes, non pas seulement de trouver place dans un espace de vie pour y être accueilli, mais de s'inscrire dans l'ordre du symbolique, de se compter parmi les autres, dans ce qui nous tient en humanité : un nom propre, une filiation, une patrie, une culture, et être référés, comme nous tous, à la loi commune et fondamentale. Sinon, sans cette inscription, sans ce préalable, toute place proposée restera inhabitable, et l'abandon sera leur seule demeure.

Cette charge est portée par les instances démocratiques qui organisent notre société : Il s'agit d'« instituer » le sujet humain, ce qui suppose de tenir noués trois registres simultanément :

- Le biologique (sanitaire)
- Le social (citoyenneté, vie sociale)
- Le symbolique (règles de la filiation, interdit du meurtre et de l'inceste)

Ce nouage dépend de la dimension anthropologique de l'État, déléguée pour ces jeunes aux institutions, aux tribunaux, aux hôpitaux, aux travailleurs sociaux. C'est pourquoi, la désignation « incasable » est symptomatique d'une difficulté de repérage dans un seul champ.

Le registre sanitaire les désigne comme « *psychopathes, pervers constitutionnels* », ce qui réduit la problématique à une pathologie individuelle, sans prendre en compte la dimension sociale et institutionnelle.

Le champ de la justice les catégorise dans la délinquance ; on les nommait jadis : « *cas résiduels, jeunes inamendables* », et actuellement ce sont les « *mineurs les plus difficiles* ».

Le registre social ou politique les catégorise comme « *inadaptés sociaux* »...

Le trop fameux manuel de classification statistique et diagnostique américain, le DSM, que l'on utilise en France, les définit par leurs comportements : « *troubles des conduites* », c'est le moins que l'on puisse dire ! On voit par là que ces jeunes résistent à toute classification, du fait de leurs allers et retours dans les champs du sanitaire, du social et de la justice. Le risque à ne pouvoir s'en saisir, faute de concept, de théorie, serait de se réfugier dans une pensée binaire, celle de la novlangue gestionnaire, ou de se contenter d'une approche clinique réductrice, ou d'une juridiction trop simplifiée. Peut-être vaut-il mieux utiliser les concepts qui viennent de plus loin, d'autres contextes, d'autres disciplines, d'autres époques... La vulnérabilité de cette enfance-là nous rappelle la singularité du sujet humain, la complexité des questions anthropologiques, des êtres et de leur parcours. Ces jeunes arrivent à nous avec leur lot d'interrogations d'ordre éthique, philosophique, politique. Ils sont pour nous l'occasion brutale de revisiter nos modalités d'approches éducatives, judiciaires, scolaires et médicales. On les reconnaît finalement à ce qu'ils suscitent de désarroi dans nos pratiques et nos institutions ; on a défini par exemple un « *syndrome institutionnel* » : effets caractéristiques d'effondrement des repères, de désarroi des équipes, de souffrances, de violences et d'incompréhensions, vécus au sein des établissements qui les reçoivent.

➤ La vigilance sur la souffrance des équipes

C'est là sans doute le principal problème. Les institutions sont très attaquées par les comportements de ces jeunes, et les éducateurs peuvent en souffrir gravement. Quelques institutions ont ainsi dû fermer ou ont changé d'orientation. «Les Pléiades» ont été mises à mal et ont traversé des crises institutionnelles difficiles. Il peut y avoir rapidement la tentation du désespoir, si un travail institutionnel ne redonne pas sens à cet engagement. Il faut pouvoir analyser aussi les enjeux et les conflits interinstitutionnels, suscités par les échecs et les incompréhensions des équipes malmenées, souvent critiquées, ou identifiées aux jeunes qu'elles reçoivent.

➤ La question du dossier et des écrits professionnels

Les écrits engagent la responsabilité des professionnels, et fixent les événements. Ils sont parfois une occasion de rendre justice au jeune, en nommant officiellement ce qui est advenu pour lui. Le risque est de le fixer au traumatisme, d'oublier que c'est aussi un sujet, qu'il y a un écart entre les événements douloureux de son existence et lui-même, avec ses propres forces et sa vitalité. Les jeunes arrivent dans le centre, précédés par des dossiers qui décourageraient les plus téméraires des éducateurs...

En conclusion, au bout du compte, ces jeunes nous ramènent à l'essentiel, aux droits de l'homme et de l'enfant, et nous conduisent à énoncer encore, aux confins des prises en charge difficiles et des détresses de l'enfance, la loi fondamentale : celle de l'interdit du meurtre et de l'inceste. Qu'est-ce que soigner, si ce n'est prendre en compte non pas seulement le corps et sa physiologie, mais le sujet en son entier, avec ses besoins fondamentaux, et sa soif de symbolique et d'inscription parmi les autres, dans les registres de notre société, pour pouvoir se compter comme citoyen et ainsi accepter une place et s'y reconnaître. Parfois, au hasard des chemins, au détour d'une rue, dans la ville, nous serons appelés par notre nom, et un visage surgira de l'ombre ; un de ces « incasables » devenu adulte viendra nous saluer et nous resterons étrangement heureux et bouleversés, faisant un peu route avec lui, ensemble, comme on revient d'une guerre...

Les jeunes dits «incasables» : qui sont-ils ?

Dr Anne COSTANTINI
Psychiatre, psychanalyste
Lyon, Valence,
À Dijon, le 9 Décembre 2016



Le principe de « non exclusion », permettant de ne pas renvoyer le jeune, a permis de voir l'évolution des comportements, après une succession de crises, accompagnées de paroles et gestes contenant. De même, nous avons compris que l'hyper vigilance de ces jeunes, leurs insomnies tenaces, les mouvements de régression psychique impressionnants, sont du registre traumatique et témoignent de la détresse du nourrisson qu'ils ont été. Il existe donc chez ces adolescents « incasables », un **syndrome post traumatique**, sur lequel ils ont bâti une identité, et qu'ils ignorent eux-mêmes. Se montrer « incasable », pour un adolescent, c'est interroger sans cesse le désir de vie pour lui, dans le regard d'un adulte. C'est ce qu'il faisait déjà, dès sa naissance, ou dans ses premiers placements en crèche, orphelinat ou foyer.

C'est à la fois demander asile à l'autre et dans le même mouvement, refuser et le rejeter, plutôt que d'être rejeté soi-même. C'est ce paradoxe inaugural qui perd les adultes non avertis, responsables de ces adolescents imprévisibles et intelligents. Quelle que soit leur bonne volonté.

Quels dispositifs institutionnels originaux ont été proposés dans cet établissement ?

➤ Le principe de non exclusion

Nous avons compris, que pour travailler avec ces jeunes, il faut entendre ces comportements extrêmement destructeurs comme des symptômes, et essayer d'en trouver le sens. Le premier lien affectif se noue dans l'affrontement avec un éducateur. Cet affrontement violent est signifiant pour l'enfant de ce qu'il a vécu dans ses premiers jours de vie. Soit dans les cris entendus, les coups portés, les scènes de violence intériorisées. L'attachement affectif avec un adulte réveille simultanément des traces mnésiques, et la mémoire traumatique revient sur le devant de la scène. Il nous le montre, plutôt que de le dire. Il fabrique du lien selon ce qu'il a connu, la violence, psychique ou physique. Il s'agit d'un attachement paradoxal, violent et inversé, à l'adulte. Si nous ne comprenons pas ce phénomène, nous excluons le jeune, et redoublons le traumatisme. Le principe de non exclusion est un appui, qui autorise à résister, à ne pas répéter l'abandon, à prendre le temps de comprendre.

Il y a des conditions pour cela :

Cela nécessite la création de lieux de répit temporaires, des conventions avec les services hospitaliers pour des hospitalisations courtes, premiers pas vers le soin. Cela nécessite des formations par la pratique pour les éducateurs, un soutien quotidien, une mise en garde contre toute relation duelle, aliénante et dangereuse. Cela demande aussi un budget, pour remplacer les éducateurs absents, ou renforcer les équipes. Il faut savoir que ce type d'établissement du médico social effectue avec moins de moyens ce qui pourrait être pris en charge par le Sanitaire.

➤ La présence des psychiatres et psychologues sur le terrain

C'est la seule possibilité de rencontrer ces jeunes, qui refusent le face à face avec un psychiatre, car cela a ponctué leur histoire et leurs orientations de lieux en lieux. Ils peuvent aussi donner le change, en maniant mieux que personne la langue institutionnelle, éducative ou psychologique. Sur le terrain, c'est une occasion rare de travailler avec eux et d'observer ce type de lien paradoxal qui s'établit entre un jeune et un adulte. La parole circule à la cantonade, dans les promenades, les transports, le repas, le foyer. Ceci nous ouvre à d'autres dispositifs, à des pratiques psychothérapeutiques peu orthodoxes, mais plus adaptées.

➤ Le travail de contenance institutionnel

il faut développer un maillage institutionnel sans relâche, à travers les réunions, les analyses de pratiques professionnelles (APP), les formations collectives, la présence des psy sur le terrain, quand survient la crise.

Quels préalables faut-il poser avant toute essai de prise en charge ?

- Considérer leur symptomatologie clinique comme mouvante, non stabilisée, toujours complexe. La nosographie classique échoue à les diagnostiquer.
- Interroger cette symptomatologie dans le contexte de notre époque, en écho aux questions de société : interpréter ces comportements comme des symptômes qui s'adressent aux instances tutélaires, à la fonction paternelle supportée par l'État... Une question non traitée ressurgit ailleurs plus violemment.
- Ne pas céder à une simplification procédurale, du côté de la justice, ni à une simplification managériale, du côté des institutions médico-sociales.
- Rester ouverts à l'imprévisible.
- Du côté du soin, lutter contre la tentation de traitements psychotropes lourds, inappropriés et dangereux. Répondant souvent à une pensée scientiste ou sécuritaire, éloignée de la clinique.

Il nous faut supporter la complexité du sujet humain, maintenir la fonction humanisante du nouage de ces trois registres, le social, le symbolique et le biologique, inscrire ces jeunes dans une culture, une histoire individuelle et collective. Sinon, nous aurons affaire à des néo-sujets, auto-fondés, désaffiliés et violents. La violence pour la violence, pas même orientée vers la révolte.

Réflexions à partir de la pratique : histoire d'un projet expérimental dédié à ces jeunes-là : « Les Pléiades »

Structure Éducative, Pédagogique, Thérapeutique dite de Transition (SEPT), ouverte en 2009.

Il s'agissait, à l'ouverture, d'un projet innovant associant les compétences de la Protection de l'Enfance et du médico social (conseil général, PJJ, ARS), mené par l'ADSEA 69, répondant à un appel à projet. Structure partenariale en lien avec le médico social, la justice, le sanitaire, l'éducation nationale, l'apprentissage professionnel etc.

Accueil de 18 Adolescents de 12 à 18 ans, exclus de toutes parts : familles, écoles, foyers éducatifs, hôpitaux, accompagnés par des éducateurs épuisés et à bout de ressources.

Le champ d'admission est plus large que celui des établissements plus classiques : MECS, ITEP, IME, CEF.

Le projet fondamental est de chercher une autre issue que celle de la prison, l'hôpital psychiatrique, ou la rue. Y aurait-il une alternative à l'errance, à l'enfermement, aux traitements psychiatriques lourds ?

L'admission se fait quasiment sans sélection, dans une commission partenariale, sur demande des organismes responsables.

Les adolescents sont accueillis en petites unités d'hébergement, avec des équipes éducatives souvent renforcées. Une unité de jour propose activités, scolarité, ateliers. *L'accueil s'est fondé sur un principe expérimental dit de non exclusion*, limité à une durée d'un an, renouvelable une fois.

Qui sont-ils ?

Cette forme d'accueil sur la durée quels que soient les comportements, est une occasion rare de rencontrer véritablement ces jeunes. Les cliniciens n'ont pas souvent cette possibilité ; il est illusoire de chercher à établir un dialogue dans une consultation thérapeutique classique, ils fuient.

Si je me réfère à ma pratique de pédopsychiatre sur la durée, je constate que ces jeunes « incasables » désertent les lieux du sanitaire, les consultations, les hôpitaux de jour, dès l'adolescence. Ils sont insaisissables, ne viennent pas aux consultations, ni aux groupes thérapeutiques. On les trouve souvent dans les unités d'urgence des hôpitaux, d'où ils fuguent rapidement ou ne sont pas gardés, faute de place et d'équipement adéquat. L'un ou l'autre est parfois encore pris en charge, héroïquement par l'équipe d'une MECS, d'un IME, d'un ITEP, jusqu'à son renvoi de structure en structure. Mais les équipes, non formées et surprises par ces comportements paradoxaux, s'épuisent vite, ou se disloquent.

Ils sont singuliers. On les rencontre un par un.

Ces jeunes laissent trace dans la mémoire des équipes, on se souvient de leur prénom, ils marquent les histoires institutionnelles.

Leur histoire :

C'est celle du **traumatisme précoce**, histoire qu'on ne retrouve pas toujours dans le dossier, parce qu'il est difficile d'écrire un traumatisme, souvent impensable, inimaginable, quand il s'agit d'un enfant :

- Traumatismes dus à l'Histoire : Les guerres et leurs exactions, les déplacements de population, à leur génération ou celle des parents ; orphelinat puis échecs d'adoption.
- Séparations précoces d'avec les parents, dans un contexte traumatique, non accompagné de mots.
- Abandons dans le jeune âge, éloignement des frères et soeurs.
- Détresses parentales, qui mènent aux addictions, aux violences, aux incarcérations, à l'hôpital psychiatrique, à la disparition ou la mort brutale.
- Les abus sur l'enfant, à l'âge du petit, dans tous les contextes, et les milieux sociaux, en famille ou en placement, souvent répétés.

Un élément déterminant :

La précocité du traumatisme. Le trauma est survenu dans leur vie avant que le petit n'ait la capacité de se représenter ce qui lui arrive, ni évidemment les mots pour le symboliser ; avant l'âge de deux ou trois ans. L'impact traumatique est brutal et parfois sans conscience claire de ce qui arrive.

Ces enfants-là ne sont pas « morts » psychiquement, ont contourné l'issue psychotique. Ils se sont structurés sur le traumatisme lui-même. Par des processus psychiques de déni, d'oubli, des processus de dissociation psychique, des attachements affectifs paradoxaux sur les adultes maltraitants.

Ce processus de survie psychique et physique témoigne d'une incroyable vitalité, mais se solde en retour par une symptomatologie complexe, une manière d'être au monde discontinue, instable. Sur fond d'hyper vigilance, ils contrôlent mal une labilité émotionnelle des affects violents paradoxaux, allant de l'anesthésie affective froide, à l'attachement massif, de façon imprévisible.

Le rapport à autrui s'en trouve perturbé gravement, et demeure énigmatique pour ceux qui les rencontrent.

Leur espace psychique, toujours menacé par des fantasmes et des visions mortifères depuis le plus jeune âge, ne leur permet pas d'investir librement l'apprentissage, d'accepter l'apaisement des acquis scolaires.

Ils ne peuvent ni ne savent intérioriser des figures bienveillantes. Ils sont bien souvent dominés par des images parentales du passé, archaïques, qui tantôt les terrorisent, tantôt les séduisent, mais toujours les abandonnent. Ces images du passé sont projetées sur les éducateurs actuels.

Ces images intrusives qui les hantent sont à l'origine de comportements violents, dangereux dans leur soudaineté :

- Fugues irrépessibles, inattendues, dictées par une instance fantomatique, une image délirante.
- Atteintes sur leur propre corps, scarifications, conduites à risque, ingestion immédiate d'alcool ou de produits toxiques, pour anesthésier la mémoire ou la douleur psychique.
- Provocations verbales pour éloigner un adulte trop bienveillant.
- Crises clastiques, dans un contexte de violence, qui les conduit aux Urgences, ou au commissariat. Ils développent une forme d'addiction au climat de violence, devenue nécessaire pour se sentir vivant.

C'est ainsi qu'ils se tiennent à la croisée de l'hôpital et du commissariat, l'un et l'autre lieu se renvoyant la compétence. L'hôpital fait appel à la loi, et le commissariat fait appel au soin. Incasables... toujours.

Sont-ils délinquants ?

Les plaintes s'accumulent sur les bureaux des juges. Ils sont sous les projecteurs des institutions et en rajoutent dans les provocations affolées. Vols, trafics divers, violences graves à l'encontre des éducateurs ou des enfants, attaques fréquentes des locaux, des véhicules de l'institution, abus et harcèlements, chantage.

Sont-ils malades ? Sont-ils atteints de psychose grave, ont-ils une atteinte « organique », sont-ils « handicapés » ?

Ces questions reviennent inlassablement, avec l'espoir de trouver une cause et donc un traitement pour en répondre. Ces adolescents, lors de leur passage en service d'urgence, ou leur très bref séjour à l'hôpital, reçoivent, pour la plupart d'entre eux des prescriptions de traitement psychotropes, neuroleptiques, souvent.

Ces traitements sont ensuite observés de façon aléatoire, du fait des fugues, des prises de toxiques, de l'alcoolisation et surtout du refus d'être considéré comme « fou ou handicapé ». Il est quasi impossible, du fait de la paupérisation des services hospitaliers déjà débordés, de prévoir une hospitalisation, un projet thérapeutique cohérent. Il serait bien préférable, en alternative à des médications lourdes, problématiques, à cet âge de remaniement physiologique, de privilégier le soin psychique, et le travail thérapeutique auprès des familles.

Alors quelle est cette pathologie ?

Un des principes originaux de cette structure d'accueil à son origine a été la présence des soignants, psychiatres et psychologues, sur le terrain, dans les actes de la vie quotidienne, parfois au foyer. C'est cette observation, très longue, au quotidien, qui a ouvert d'autres interprétations sur l'origine de ces comportements violents, parfois cruels et paradoxaux qui déstabilisent les équipes, à ce point.

Nous avons approché la notion de reviviscence de traumatismes passés, chez ces jeunes. Dans un lieu d'accueil, les gestes quotidiens, les situations de repas, de coucher, de soins du corps, sont une occasion de remémoration de traumatismes vécus à l'âge du petit. Nous avons ainsi perçu différemment les violences, dans le contexte d'épisodes hallucinatoires temporaires, les idées délirantes transitoires, souvent diagnostiquées à tort comme une entrée dans la psychose.