

Jeunes en difficultés psychologiques et sociales : AWIPH et/ou AAJ

Troubles caractériels présentant un état névrotique et/ou prépsychotique et nécessitant une éducation appropriée en internat ou en semi-internat. La définition officielle (Article 2 de l'arrêté instituant le Fds 81- 1965) C'est l'outil décisionnel qui permet une prise en charge financière des soins par l'AWIPH et la COCCOF.

Il est difficile de faire coller cette population à un classement quelconque, tant la problématique est polymorphe et la réalité de ces jeunes en devenir dynamique. Si on veut bien s'en tenir à l'idée que cette définition est un outil décisionnel à l'égard d'un accès à un service, cette définition convient. Elle s'appuie sur l'axe des troubles de la personnalité et sur l'axe de la pathologie mentale.

Niveau 1 : **troubles de la personnalité** → « **Troubles caractériels** »

Niveau 2 : **pathologie** → « **présentant un état névrotique et ou pré-psychotique** »

Niveau 3 : **sociale** → « **et nécessitant une éducation appropriée en internat ou ½ internat** »

La troisième partie de la définition est essentielle. L'évaluation de ce troisième niveau sera déterminante pour proposer l'entrée en IMP.

Entre 2 jeunes présentant le même tableau diagnostique, évalué par la même équipe, l'un deviendra « 140 » l'autre pas. La famille du second, dans sa rencontre avec le SSM a pu construire les aménagements voire les changements qui permettront que le jeune poursuive son chemin en famille qui est alors entrée dans un processus d'aide ambulatoire, la première n'a aujourd'hui pas les ressources qui permettent de compter sur un changement dans des délais raisonnables. Il deviendra alors « 140 » le temps nécessaire. Les moyens de l'ambulatoire s'avérant insuffisants, le recours à l'IMP s'est imposé.

On voit donc la place prépondérante de ce troisième niveau de la définition dans la prise de décision d'entrée en IMP.

On ne trouvera pas d'outil pour prendre la mesure des problèmes posés, pas d'échelle mais des rencontres dynamiques avec le jeune, sa famille et/ou le milieu qui exerce principalement la garde de l'enfant.

L'évaluation portera sur une décision de mise en œuvre d'interventions ambulatoires (SSM) ou résidentielles (IMP internat ou semi-internat).

Extrait de Le SSM, tiers de l'IMP 140 LF Janvier 2005

La présente note vise à clarifier les places respectives des SAAE et des IMP 140 dans l'offre publique aux jeunes en difficultés. Le manque de place tant dans un secteur que dans l'autre est probablement à l'origine de ce besoin de clarté. La difficulté des services de l'AAJ d'obtenir une orientation, une place en IMP en est une autre. L'augmentation de la population de jeunes en situation handicapante en raison de troubles des comportements dont l'étiologie est psychologique en est sûrement une troisième. L'évolution rapide des recompositions de la famille et des situations de précarité qui s'en suivent est certainement un facteur aussi important que ne le sont les retombées de la crise

économique. Le nombre de familles monoparentales où des mères se démènent seules faces à des ados est en croissance. Il faut aussi ajouter les transformations de l'école qui n'assurent plus les rôles de relais de l'autorité parentale, elle aussi en déliquescence. Les axes de ce débat sont économiques, sociétaux, psychologiques, politiques, éthiques et cliniques...ils nécessitent des interventions interdisciplinaires multiples, d'acteurs (souvent précarisés et précaires) œuvrant dans des champs agréés, subventionnés par trois niveaux de pouvoirs en peine à réfléchir ces questions dans les transversalités indispensables. En effet, ces politiques touchent à des questions de protection de l'enfance, du handicap et de la santé mentale. Des rencontres bilatérales AAJ/AWIPH n'y suffiront pas. Il faut y ajouter l'IWSM.

Les jeunes, dits caractériels, qui nous convoquent dans ce débat trouvent mal leur place dans ces cases, cloisonnées, compartimentées¹...ils ne s'y retrouvent pas mieux que les professionnels que cette crise coince dans des débats identitaires, dans des tentatives de définition de leurs limites. Ces jeunes se livrent volontiers à devenir « patates chaudes »². Ils zonent à la croisée de systèmes qu'ils ont fait « partenaires ». Une classe de jeune qui se refuse à entrer dans une classe. Mais n'est-ce pas justement pas ce qui les caractérise et les conforte dans l'(a)place que nous leur assignons, au final. « A place », ils ne s'y mettent pas facilement. Nombre d'entre eux se retrouvent dans la définition des troubles de l'attachement, cette incessante quête (à la Sisyphe) d'éprouver un sentiment de sécurité dans le regard d'une personne « soignante »...et à laquelle, au final... ils ne croient jamais.

Les troubles caractériels peuvent être réactionnels. En ce cas, les aider par une approche ambulatoire pourrait bien être suffisante, surtout si la famille veut bien y participer. Un jeune qui manifeste les mêmes difficultés pourrait être confié à un SAAE en raison de sa situation familiale. L'encadrement éducatif, doublé d'une approche ambulatoire pourrait bien suffire. Mais si ces comportements s'inscrivent dans un tableau névrotique et/ou prépsychotique il est recommandé de s'adresser à une équipe fondée sur les principes de la thérapie du milieu³. En effet, il est peu probable qu'une approche psychothérapeutique individuelle suffise à soulager le jeune (et ses proches) des invitations lancinantes au rejet qu'il adresse aux adultes. Ce qui sera thérapeutique, sera bien davantage le travail que l'équipe interdisciplinaire réalisera sur elle-même par les décodages des questions transférentielles qu'il suscite. Ce n'est pas une mince affaire. C'est le quotidien de l'IMP 140. Il est parfois si dur que pour garantir sa capacité contenante dans une durée suffisante, l'IMP devra élargir cette capacité à une co-construction avec d'autres partenaires, de sorte qu'il tienne quand le jeune

¹ Luc Fouarge « Confluences » N° 24 juin 2010 Une équipe faitière, l'autre fait tiers

² Luc Fouarge Que faire des incasables - www.groupermentimp140.be

³ Rygaard, L'enfant abandonné. Guide de traitement des troubles de l'attachement. De Boeck, 2005

tente d'affûter ses armes à se faire jeter. Cette professionnalisation de l'inter spécifie l'IMP. Il s'agit de soin. La clinique éducative se construit dans cette modélisation d'une relation d'éducation qui s'offre à des regards tiers. Le premier, et le plus difficile acte de soin auprès de ces jeunes en IMP, est la capacité de l'éducateur de RECEVOIR cette tiercité comme un don et non comme une épreuve. La deuxième étant la capacité de l'offrir, sans s'en détourner parce que cela demande une proximité psychologique à laquelle nous sommes trop peu exercés. Le soin s'immisce dans la réponse nouvelle et surprenante que l'éducateur donne, là où le jeune en attendait une « façonnée » par lui. L'IMP doit se construire une capacité contenant capable d'accueillir les émotions les plus archaïques et violentes telles les « envies » homicides et suicidaires. « Tu es le bienvenu avec tous tes sentiments », une position institutionnelle que tous doivent assumer.

L'IMP n'a pas vocation de suppléer à l'absence de la famille. Il n'est pas un lieu de placement. Ce qui est le cas du service AAJ. Et si le jeune est victime de carences familiales nécessitant un placement et d'un handicap psychique, il pourra bénéficier d'un séjour en IMP. L'éligibilité de la demande d'intervention de l'AWIPH se fera sur base du handicap et non en raison d'une ordonnance ou d'une décision des services de l'AAJ. La procédure d'admission se fera sur base d'un dossier psycho-médico-social et non sur base d'une décision administrative ou de justice. Encore aujourd'hui, des professionnels de ce secteur méconnaissent cette étape réglementaire et s'étonnent, s'insurgent contre la lourdeur des démarches d'admission. Nous avons été confrontés à des acteurs de SPJ agacés de ne pouvoir gérer le placement en IMP selon les procédures en vigueur en AAJ.

Les procédures d'admission et de réévaluation nécessitent (idéalement) l'intervention d'un SSM ou d'un centre agréé⁴. L'étape d'analyse de la demande en SSM suffira dans quelques cas, par l'offre de service qu'elle contient, à rendre cette demande inutile. La rencontre d'évaluation se faisant dans un espace qui pourrait bien devenir thérapeutique. Dans ce cas, les services généraux, SSM, PMS, CRF, consultations, interventions à domicile, hospitalisation de jour...pour un coût social nettement moindre, offriront un accompagnement capable de réduire l'effet handicapant des troubles caractériels.

Il est tout aussi possible, qu'au terme d'un séjour bref en IMP, dans la sécurité de mise en œuvre qu'offre le POI⁵, des relais avec les services ambulatoires permettent un retour à temps complet en famille bien plus rapidement que si l'IMP se met en devoir de l'accompagner encore, alors que la famille s'est enrichie de compétences nouvelles.

⁴ Arrêté de février 1983

⁵ POI Projet Original Individualisé (AWIPH décret article)

A l'inverse, l'IMP assume également des accueils de longues durées de jeunes sans famille. La durée de traitement va probablement se prolonger jusqu'à 21 ans. Avec le jeune, l'IMP activera les relais et aides sociales nécessaires à la réussite de son intégration sociale. Dans ces situations l'IMP s'est équipé de logements individualisés. Il accompagnera les premiers pas dans une gestion de l'autonomie. Possible si on en fait pas une obligation.⁶

D'autres situations handicapantes perdureront encore plusieurs années après la majorité. Dans ce cas une re-catégorisation sera envisagée avec la collaboration de l'agent de suivi du BR de sorte que le jeune adulte puisse bénéficier, si besoin, d'un accompagnement à la vie journalière d'un service collectif⁷ ou individualisé.

Des relais se créent également avec des services de logements supervisés pour adultes dans le cadre de l'AWIPH.

En de rares occasions, avant la majorité, stabilisés des jeunes « sans famille » bénéficieront d'un relais avec des services de mise en autonomie de l'AAJ.

Il faudra dans l'avenir faire évoluer le concept d'IMP 140 (Rebaptisés SRJ⁸ par les décrets) vers le concept de dispositifs de soins⁹ à destination de jeunes en difficultés psychologiques et sociales. Un dispositif qui permet qu'un même service puisse varier les offres de soins en fonctions de la gravité des troubles et de l'évolution du jeune et de son environnement familial et social. Ainsi, dans un même service, il devrait pouvoir passer d'une approche en accueil communautaire, en accueil individualisé et/ou dans un accompagnement en famille sans perdre le lien avec le jeune et sa famille si celle-ci le souhaite et l'« autorise ». Si le législateur avait heureusement anticipé cette réalité de terrain par les possibilités qu'offrent les dérogations aux règles de subventionnement via le POI, pourquoi ne pas instituer cette démarche encore peu répandue. Une telle souplesse aurait pour effet de raccourcir les durées de séjour en IMP 140.

⁶ www.grouperimp140.be On ne fait pas pousser les poireaux en tirant dessus.

⁷ SRNA et SRA Services résidentiels ou d'accueil de jour.

⁸ Une appellation qui va de paire avec une diminution de l'encadrement médical spécialisé dans les Instituts-MEDICO-Pédagogiques, confiscation du M.

⁹ Cfr ASH, Actualités Sociales Hebdomadaires, 12 nov 2010, N°2682 « Les ITEP veulent sortir des murs »