

A propos de l'évaluation et de la réévaluation

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)

Il s'agit d'un concept dont le but est d'amener à une décision d'octroi d'aide particulière et non d'une définition d'appartenance à une entité nosographique déterminée.

Cette définition fut régulièrement mise en cause et déjà sous l'impulsion de la Commission de programmation il fut projeté de la revoir. (Groupe de travail conduit à l'époque par le Dr Brunson, médecin inspecteur du Fonds 81).

Déjà à l'époque, c'est la tentative de circonscrire la forte demande pour des prises en charges dans ces services qui sous-tendait la démarche. Depuis, à diverses occasions, cette tentative a été rééditée sans succès.

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.

<u>Niveau 1</u> : troubles de la personnalité	→	« <i>Troubles caractériels</i> »
<u>Niveau 2</u> : pathologie	→	« <i>présentant un état névrotique et ou prépsychotique</i> »
<u>Niveau 3</u> : sociale	→	« <i>et nécessitant une éducation appropriée en internat ou 1/2 internat</i> »

La troisième partie de la définition est essentielle. L'évaluation de ce troisième niveau sera déterminant 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).

Si l'évaluation est faite par une équipe multidisciplinaire (SSM) la rencontre qu'elle nécessite tant avec le jeune qu'avec sa famille par les questions qu'elle pose peut transformer cette

rencontre en espace thérapeutique. Au cours de ces rencontres il sera possible d'évaluer comment cet espace peut mobiliser les ressources de la famille et comment les changements introduits peuvent résister à l'épreuve du temps.

Dans quelques cas, cette première approche pourra déboucher sur des propositions de travail ambulatoires qui s'avéreront suffisants. Dans ce cas, la demande initiale de séjour en IMP sera abandonnée au plus grand bénéfice du jeune, de sa famille et du budget de l'AWIPH.

Il est possible que le jeune évoqué ci-dessus ne soit pas différent de cet autre pour lequel les tentatives de mobiliser l'environnement et la famille ne permettent pas de faire l'économie d'un séjour en IMP.

C'est sur le troisième niveau que se joue la différence. Il est donc indispensable que la mesure en soit prise dans une équipe susceptible de poursuivre le travail qui s'ébauche lors des rencontres d'évaluation. Seuls les Centres agréés (Arrêté 1983) autorisés à faire des offres de services individuelles et/ou familiales devraient intervenir dans la construction de demande.

La Réévaluation.

L'« observé » de ce troisième niveau est susceptible de changement, la dynamique familiale n'est pas figée. De même les premiers et deuxième niveaux témoignent d'un handicap psychique réversible.

La procédure de réévaluation à laquelle était associée le SSM place celui-ci en tant que tiers dans la rencontre Jeune/IMP/Famille.

Ce regard tiers dynamise la prestation de l'IMP. Ce regard porté sur les changements tant des niveaux 1 et 2 que 3 permettra dans quelques cas de soutenir le système thérapeutique qui, en raison de la pathologie du jeune et de la dynamique familiale, aidera dans la prise en compte des forces de résistances aux changements des acteurs. L'IMP, n'est pas à l'abri de devenir partenaire de non-changements. La présence d'un tiers l'aide à prendre la mesure des invitations au non-changement qui souvent s'insinuent là où l'IMP, lourde machine, manifeste des difficultés, des souffrances, des problèmes de communication... Par ces « invitations secrètes », familles et IMP peuvent parfois focaliser sur des soucis financiers (récupération d'AF). Les gesticulations autour de ces questions gigognes sont souvent, à l'insu de l'IMP et de la famille, au service des résistances.

Curieusement réévaluation et SSM disparaissent du dispositif. Dans une rencontre avec l'équipe du précédent cabinet, Mme Ch. Bontemps de l'IWSM et Mr Van Uffel, coordinateur de la LBSM et le Groupement des IMP « 140 », il a été mis en lumière qu'une des causes d'un éventuel désintérêt des SSM pour cette tâche fut sans doute, qu'en son temps, cette surcharge de travail n'avait pas été suivie des moyens pour la réaliser. Or, il est possible d'envisager qu'une partie des prestations d'« expertise » soit financièrement couverte par des facturations de tâches sollicitées par un BR.

Mais pour le présent, il est visible que des dossiers se « montent » hors des centres agréés et particulièrement des SSM. La difficulté d'obtenir une place dans le calendrier des SSM sert de prétexte, la nécessité d'apporter des réponses rapides justifie le bouleversement des directives prises dans l'après décret de L'Intégration de la Personne Handicapée.

On risque fort d'aller vers un pilotage des demandes à partir des BR, en rassemblant des éléments de dossiers élaborés dans des services différents. Sous prétexte de répondre plus rapidement aux familles, l'intervention du SSM, évaluateur, réévaluateur disparaîtra, pour glisser insidieusement vers un tout au BR.

Les IMP sont normalement et souvent utilisés par les services de l'AAJ (SPJ et SAJ). Nous constatons une réelle méconnaissance des conditions d'accès aux IMP. Très souvent, les délégués s'adressent directement aux IMP comme ils le feraient avec un service résidentiel de l'AAJ, méconnaissant le passage par l'étape d'évaluation prévue par les dispositions anciennes qui voulaient qu'un rapport pluridisciplinaire soit élaboré par des médecins spécialistes, psychologues et assistants sociaux d'un même service.

Certains délégués s'en tiennent au fait que le jeune a déjà un n° à l'AWIPH, qui remonte à quelques années. Dans ces cas, la décision est « confisquée » dans une entente entre BR et Délégué, éliminant ainsi la fonction de tiers.

Ce glissement des dispositions prises jadis semblerait bien en arranger plus d'un.

La qualité de service s'en trouve certainement affectée, mais on navigue plus facilement dans des accords à deux qu'à trois. Ce galvaudage répond bien au besoin des agents AAJ qui ainsi répond à une carence d'offre de service dans son secteur.

Quand à l'IMP il simplifie son action, il se voit déchargé de rencontres avec un tiers et économise des énergies précieuses. Cela fait bien longtemps qu'il est dans le devoir d'en faire plus avec moins.

Alors finalement, n'irions nous pas plus vite en organisant des décisions de prises en charges, à l'instar de ce qui se fait en France, faisant porter la décision par une administration centrale qui statue sur dossier technique sans rencontrer la famille ? Equipe technique qui agirait sous la houlette de l'administration ce qui a terme permettrait de contrôler la demande et la dépense.

On le voit de nombreux éléments concourent à une disqualification de procédures dont il était permis d'espérer qu'elles améliorent nettement la prestation. Il est raisonnable de compter sur une diminution du nombre de pensionnaires et sur un raccourcissement de ces séjours en IMP. Dans quelques cas la demande initiale d'IMP pourra se transformer en soins ambulatoires.

Si une articulation IMP/SSM/famille fonctionne bien, l'IMP n'attendra pas que tous les problèmes soient résolus dès lors qu'il a expérimenté que la famille est devenue une cliente efficace du traitement ambulatoire.

M. a bientôt 12 ans. M. est Placé par l'AAJ depuis qu'il en a 5 dans un Home. M. est aujourd'hui inquiétant et insupportable. Le Home demande son départ. Sur base d'un dossier « monté » dans un hôpital général, M. est confié à un IMP qui après un mois le fait hospitaliser pour une observation en Pédo-psy. De retour au Home, M. est tout autant inquiétant. Le délégué sollicite un nouvel IMP sur base de l'existence d'un dossier AWIPH élaboré dans cet Hôpital qui n'a pas rencontré la maman. Cet Hôpital est à 50 kms de la ville où elle habite (qui compte au moins 2 SSM qui auraient pu lui suggérer une aide). Elle supporterait mieux les décisions qu'on lui impose et qu'elle trouve d'autant plus insupportables qu'elle ne fut pas rencontrée par l'équipe pluri de L'Hôpital. Elle « téléphone » à son fils la mise en échec des « hébergements » proposés. Malade, elle se sent disqualifiée par les services.

Dans cette situation il convient de temporiser et d'en revenir à des procédures qui élargissent l'offre de soin, protège l'enfant et sa famille d'un empressement bien compréhensible des acteurs en présence à réaliser le placement. L'équipe du home ne peut plus contenir, les comportements dangereux de M. qui génèrent d'énormes stress. Les éducateurs font donc pression sur le délégué et invoquent l'urgence. Il y a de quoi. La situation est allée beaucoup trop loin. C'est un petit garçon en danger qui les « défie ». Ils ont authentiquement peur pour lui, et craignent d'être associés à un drame qui les désignerait, les amènerait à leurs seuils

d'incompétence. La maman, apparaît effectivement en incapacité d'assumer le quotidien même si elle accueille ses enfants le WE depuis peu.

Dans cette situation il est temps de solliciter le SSM proche du domicile de la maman. Ce tiers est en capacité de recevoir la maman et son fils hors de la charge émotionnelle qu'elle et son fils font peser sur les éducateurs et la déléguée. Leur évaluation peut se construire en restaurant la place qui lui a été confisquée. Au cours de cette mission d'évaluation le SSM pourra amorcer des offres de service à la maman autour des difficultés qu'elle rencontre dans l'exercice de sa parentalité. Cette offre empathique pourra peut être déboucher sur un accompagnement, voir sur une aide psycho-thérapeutique dont elle a grandement besoin. La restitution de sa place dans la procédure dans une qualité d'écoute qui contient l'offre de service peut aider cette maman soutenue (elle-même parentée) à soutenir à son tour l'effort auquel son fils est invité. Ces appels téléphoniques s'accompagneront d'un soutien à l'égard de la pénible démarche de son fils à l'instar de ce que désormais elle reçoit pour elle-même. Si en plus on active le SAI local pour la soutenir dans la parentalité qu'elle remet en exercice à l'occasion de WE et de vacances M. recevra un signe fort l'invitant à se décharger sur les soignants des préoccupations (angoisses) qu'il se fait pour une maman dépressive et aux conduites alcooliques encore visibles malgré une nette amélioration. Il est impossible pour un enfant de recevoir du soin tant qu'il ne se sent pas déchargé de la mission d'antidépresseur de sa mère (Celle de M. est seule). Cette panique face à la solitude semble les rendre indispensable l'un à l'autre. Cette dimension thérapeutique doit être prise en compte dans l'élaboration de la demande de séjour en IMP si l'on veut son succès.

PMS, délégué SAJ/SPJ, Equipe technique de BR et agents de suivi, Psychiatre et psychologue en libéral...ne peuvent pas assurer une telle offre de service.

Cette vignette montre que la démarche d'évaluation de la demande de prise en charge pour un IMP est déjà une démarche de soin. Dans le cas présenté, l'éviter conduit cet enfant tout droit en psychiatrie. Il vous est apparu que ces réflexions sont pertinentes pour les demandes des familles d'enfants caractériels parmi lesquels on dénombre de nombreux jeunes souffrant de troubles de l'attachement, de traumatismes d'abandon et parmi les familles, de nombreux parents isolés ayant connu des épisodes dépressifs.

L'attention portée aux parents doit être visible aux yeux des enfants si l'on veut les épargner des répétitions de comportements d'appel symbiotiques. Il est indispensable de faire les choses dans l'ordre, d'offrir du « contenant » à toute une famille pour que le changement de l'enfant désigné soit autorisé. La procédure d'admission participe à la construction de cet espace thérapeutique contenant. L'IMP, s'il intègre cette vision dans une éventuelle collaboration avec le SSM, s'assure un meilleur taux de réussite. La procédure de réévaluation épargnera à l'IMP cette délicate mission d'avoir à justifier, si besoin, la poursuite du séjour du jeune, positionnement dans lequel il est forcément suspect.

Luc Fouarge, Jan 2005