

La réinsertion par les IHP, à certaines conditions.

Thierry Van de Wijngaert
Président de la FFIHP

Les initiatives d'habitations protégées sont régulièrement sollicitées pour réinsérer des personnes relevant de la Défense Sociale. Nous nous sommes réunis entre représentants de nombreuses institutions du secteur pour vous apporter quelques éléments de réflexion centrés sur nos expériences d'accueil de ces personnes.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ce que sont les Initiatives d'Habitations Protégées. Il ne faut pas les confondre avec d'autres dispositifs comme les appartements supervisés -qui est un terme générique- du moins dans la partie francophone du pays, et qui s'adressent à différentes populations comme les jeunes gens sortant de homes, les handicapés physiques ou mentaux.

Les IHP font parties, avec les hôpitaux psychiatriques et les maisons de soins psychiatriques, des dispositifs de soins pour les personnes souffrant de maladies dites mentales. Les IHP sont régies par l'arrêté de loi du 10 juillet 1990. Elles sont pensées pour des personnes suffisamment stabilisées sur les plans psychique, relationnel et ayant des aptitudes sociales suffisantes pour ne plus nécessiter qu'un encadrement psychosocial léger.

C'est fondamentalement un travail ouvert vers l'extérieur et basé sur les collaborations avec les ressources disponibles pour soutenir le résident à cheminer vers une vie ordinaire. Ceci est un idéal puisque sur le terrain il apparaît que, pour certains, l'IHP est un lieu d'encadrement minimal qui restera probablement toujours nécessaire. L'autonomie totale est pour eux difficilement envisageable. La raison n'est d'ailleurs pas tant une question d'autonomie¹ mais d'hétéronomie², pourrait-on dire. C'est leur difficulté de « savoir y faire » avec les autres, d'avoir des liens sociaux apaisés qui est problématique. L'étrangeté des autres les pousse fréquemment à l'isolement ou à avoir des comportements inadéquats.

La présence de l'équipe.

La législation prévoit un équivalent temps plein pour huit résidents. Cela se traduit sur le terrain par une présence de jour, parfois de début de soirée, mais pas la nuit et le week-end. Pour ces moments où la vie peut être intense et où des événements difficiles peuvent se produire, il existe un dispositif d'appel d'urgence auquel les résidents peuvent recourir. Une première indication apparaît directement. On le voudrait même, que nous ne pourrions pas assurer une fonction de surveillance, de contrôle.

Nous ne manquons pas de le souligner auprès de la Commission de Défense Sociale quand une demande nous est adressée. Ceci est particulièrement important pour les cas de mœurs (viol et pédophilie) qui inquiètent particulièrement la commission.

Procédure de candidature.

Un deuxième point important à aborder pour présenter les IHP, c'est celui de la procédure de candidature. Il y a des petites différences entre les IHP, mais on retrouve toujours les mêmes éléments. Il y a un ou plusieurs entretiens avec le candidat, parfois accompagné d'intervenants tels que psychologue, assistant social ou agent de probation. Un rapport médico-légal est

¹ Selon le dictionnaire « petit Robert », l'autonomie est définie comme le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquels il se soumet.

² Selon le dictionnaire « petit Robert », l'hétéronomie est définie comme l'état de la volonté qui puise hors d'elle-même, dans les impulsions ou les règles sociales, le principe de son action.

quasi systématiquement demandé. Enfin, nous procédons à l'analyse des éléments récoltés sur les plans psychopathologique et social via les rapports et/ou les entretiens. Certaines structures demandent d'abord le rapport et décident à partir de là s'ils entament les entretiens ou s'ils arrêtent la candidature.

Axes du travail de candidature

Il nous semble important de présenter quelques axes du travail de candidature qui ne sont pas comme tels des critères donnant lieu à une cotation selon une échelle binaire ou graduée. Ceci n'est par ailleurs pas spécifique aux personnes internées. C'est un point essentiel et délicat du travail que de pouvoir évaluer si la demande est recevable.

1. Les IHP sont des institutions ouvertes qui toutes refusent de prendre des personnes qui seraient « placées » chez elles. Les internés qui viennent en candidature doivent être, comme tout autre candidat, demandeur d'un séjour dans nos structures. « Je viens parce que je n'ai pas le choix » est une phrase qui n'est pas une entrée en matière rassurante. Il s'agit que le candidat puisse y ajouter quelque chose. L'efficacité de notre mission repose sur un investissement et une confiance suffisante envers l'équipe d'accompagnement.
2. Une petite variante de cet axe, c'est d'estimer qu'il ne souhaite pas venir par dépit. Ainsi, certains veulent surtout sortir de là où ils sont et tout est bon, du moment qu'ils sortent. Quelqu'un qui est dans un hôpital peut aussi, avant tout, vouloir quitter le lieu où il est. Ce n'est pas une bonne indication pour qu'un séjour en IHP parte sur de bonnes bases.
3. Un troisième point, plus clinique, est celui du recul critique du candidat sur ce qui lui est arrivé. Ceci concerne ce qui l'a amené à être interné, mais plus généralement ce qui le motive à demander l'aide d'une IHP. Si quelqu'un trouve qu'il n'a pas de problème, qu'il sait se débrouiller et qu'il ne sait pas à priori ce que serait à minima notre accompagnement, de nombreuses institutions auront des réserves. Certaines n'acceptent aucun résident qui n'ait aucun projet d'accompagnement social très concrètement défini pour cheminer vers sa réinsertion.
4. Ensuite, la question du passage à l'acte violent réclame toujours une attention toute particulière. Schématiquement, on différencie l'acte grave, mais isolé ou très rare de ce qu'on peut appeler un mode de réponse plus systématique face aux situations relationnelles délicates. Nous pouvons accepter assez facilement les premiers alors que les seconds posent problème puisque nous ne sommes pas constamment présents. Les personnes qui ont tendance à faire pression sur les autres, à se montrer menaçantes ou tyranniques posent question dans la dynamique des maisons communautaires où résident des personnes fragiles, influençables ou vite déstabilisées. A contrario, quelqu'un qui s'est senti persécuté par une personne précise et a, par exemple, mis le feu chez celui qu'il estime être menaçant, peut très bien avoir pris la mesure de la folie de son acte. Ainsi l'investissement de l'équipe pour parler de ses inquiétudes et de ses constructions délirantes peut être tout à fait efficace pour désamorcer le processus qui peut mener au renouvellement de ce type d'acte.
5. Un autre aspect important, c'est la grande différence qui doit être faite entre des personnes qui viennent directement d'un établissement de défense sociale, surtout si elles y sont restées longtemps, et celles qui viendraient d'un autre type de structures plus ouvertes et définies par un projet de soins comme une communauté thérapeutique. Pourquoi ?

Comme l'évoquait Alfredo Zenoni, ancien responsable thérapeutique du Foyer de l'Equipe, lors de la dernière journée d'étude organisée par la clinique Titeca et le Gué, le contexte institutionnel et inter-humain fait partie intégrante du symptôme, mais aussi du traitement et de la stabilisation. Ainsi, dans l'institution où je travaille, nous avons accueilli un monsieur tout à fait paisible, stabilisé dans un établissement de Défense Sociale. Il avait décoré sa chambre, avait des copains et rêvait du dehors, mais il acceptait sa condition comme toute sécurisante. Le passage vers l'IHP avait été bien préparé sur le plan social, administratif, matériel, médical. Mais une fois arrivé, passé la lune de miel de la liberté, il a trouvé le monde extérieur très étrange, inquiétant au point que la moindre sortie est progressivement devenue une épreuve. Ceci a donné lieu à de fortes angoisses. À tel point qu'il a voulu s'appuyer sur d'autres résidents et leur a adressés des demandes de soutien avec beaucoup trop d'insistance, étant à l'occasion franchement impératif. Cette vignette clinique illustre la difficulté du grand pas à faire entre deux mondes très dissemblables. Inversement, une dame après l'établissement de Défense Sociale a passé quelques années dans une MSP où elle menait sa petite vie assez librement, circulant à sa guise dans la ville. Elle a été accueillie en IHP et le simple fait d'avoir un appartement individuel fut une grande satisfaction. Le travail d'accompagnement centré sur l'apaisement de sa tendance interprétative reste consistant, mais elle a pu très vite trouver un confort de vie. Ici le pas à franchir était nettement moindre.

6. Le point qui nous préoccupe plus particulièrement, c'est celui de la gestion des séjours en impasse pour ceux qui sortent d'un établissement de DS vers l'IHP. Le problème majeur, c'est qu'une fois qu'ils ont franchi le seuil de la porte de l'établissement de DS, celle-ci se referme et il n'est pas possible de faire marche arrière. C'est-à-dire qu'avant d'avoir la chance de revenir dans un lieu où elle avait peut-être trouvé un certain équilibre, la personne doit repasser par la prison. Ainsi pour ce monsieur que j'évoquais ci-dessus, la sortie a pu se faire très gentiment, mais nous avons éprouvé un sentiment d'injustice. Comment ne pas associer le passage à la prison comme une sanction ? Ceci ne devrait pas être l'unique possibilité pour gérer ce genre d'impasse de séjour. Ceci est aussi parce qu'il arrive que cela se passe mal. C'est-à-dire quand le résident est révolté et refuse que le séjour se termine. Certaines IHP ont été confrontées à des interventions policières musclées dans des cas malheureux. Ce n'est pas toujours facile à vivre pour les autres résidents et le voisinage qui risque de stigmatiser les habitants.

C'est une formule beaucoup plus confortable pour tous, quand la personne arrive à partir d'un hôpital ou une autre structure de soins dont le médecin conçoit avec le candidat et l'IHP qu'il s'agit d'une expérience, d'une tentative. De cette façon, on dédramatise le retour éventuel avant même l'arrivée. Ceci se passe systématiquement pour des sujets sous « Mise En Observation ».

Pour conclure, je dirais qu'aucune IHP ne ferme la porte à priori, mais qu'au fil des expériences, certaines équipes sont devenues plus réticentes, plus sélectives. Globalement, nous pensons qu'il est nécessaire pour de très nombreux cas d'envisager un lieu de vie transitoire entre l'établissement social et l'IHP, un lieu thérapeutique plus soutenant, ayant une présence plus continue à leur côté tout en leur offrant plus d'occasions d'expérimenter leur liberté en fréquentant des lieux ouverts aux multiples rencontres.