

■ secteur de la santé

les éducateurs et la santé Françoise Gaspar | Jehan Wacquez

■ récit de voyage

En trente ans, les éducateurs ont investi le secteur de la santé.

Nous nous étions dit: "Voilà une zone dont l'exploration pourra être assez rapide, sa géographie ne semble pas trop complexe, nous en ferons rapidement le tour...". Las! A peine y avions-nous posé le pied que la région se révéla à son tour pleine de surprises. Nous avons découvert des entités différentes, des paysages ouverts et d'autres fermés, nous nous sommes engagés sur des pistes parfois sans issues, nous nous sommes perdus dans des arcanes, avons dû rebrousser chemin à plusieurs reprises. Nous avons même découvert un langage particulier. Heureusement, nous avons aussi rencontré des habitants qui nous ont donné des indications, remis sur le bon chemin, montré des aspects mal connus. Personnel d'administration, éducateurs, responsables de service: ce voyage dans le monde de la santé a été l'occasion **de multiples rencontres avec des professionnels** ouverts à une démarche de recherche, soucieux de la qualité de leur travail. Les informations qui ont servi de base pour construire ce récit sont issues de documents, rapports, livres et interviews cités en annexe.

■ un peu d'histoire

La présence des éducateurs dans les structures relevant des soins de santé s'est développée en Belgique en **deux temps**.

La première période où l'on rencontre des éducateurs est celle du début des années septante; ils sont présents dès la création des services accueillant des enfants souffrant de troubles psychologiques graves, présents également dans quelques services pédiatriques d'hôpitaux généraux et dans des centres de "cure" pour enfants malades ou ayant des problèmes de santé.

La deuxième période est celle des années 1985, où suite à une nouvelle politique notamment du secteur de la santé mentale, des éducateurs commencent à faire partie d'équipes soignantes et paramédicales dans des services psychiatriques accueillant des adultes. Leur présence est observée dans les centres pour personnes toxico-dépendantes. On les rencontre également dans des centres de planning familial où ils interviennent plus particulièrement dans les activités de prévention et d'animation avec les jeunes. Certains centres de santé mentale organisant des écoles de devoirs, des ludothèques, des "maisons de quartier" font également appel à des éducateurs dès cette époque.

Dans cette partie réservée au secteur de la santé, axée principalement autour de la santé mentale, nous approcherons plus particulièrement les structures dans lesquelles on retrouve un nombre significatif d'éducateurs. Les autres services seront cités pour mémoire. Les chiffres repris dans cette description sont issus du secrétariat Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement (listes actualisées en 2003).

■ secteur de la santé

santé mentale Françoise Gaspar | Jehan Wacquez

CARTE D'IDENTITÉ

Subsidiation et programmation: *Ministères des affaires sociales de la santé publique et de l'environnement*

Agrément et inspection:

Région wallonne

Pour Bruxelles: COCOF, COCOM

Services d'hébergement et d'accompagnement extérieur

Nombre de lits, tous services psychiatriques confondus⁹:

Royaume: 18165

Bruxelles: 1359

Flandre: 11570

Wallonie: 5236

Commission paritaire: 305

nb d'hôpitaux psychiatriques



■ survol

La "folie", le "fou" sont des termes qui ont depuis toujours désigné à la fois les comportements excessifs, passionnés, inhabituels de tout un chacun et ceux que l'on attribue à des troubles mentaux, à la ma-ladie. Cette double désignation indique à quel point la frontière entre le normal et le pathologique, la santé et la maladie sont bien un fait social, indissociable des valeurs de la société dans laquelle nous vivons.

En Europe, les conceptions de la folie ont varié selon les époques: explications magiques et religieuses dans les sociétés primitives, présence du Diable au Moyen-Age, assimilation à l'état bestial à l'époque de la Renaissance, origine médicale à partir du 18^{ème} siècle, causes psychologiques à partir du 20^{ème} siècle. Le traitement des malades mentaux s'est trouvé soumis aux variations de la compréhension de la maladie: ignoré, protégé et parfois admiré, ridiculisé et torturé, enchaîné et pris en pitié, l'aliéné voit sa condition évoluer. Aujourd'hui, c'est un malade qui a besoin de soins, une personne qu'il faut resocialiser.

"...La prolifération des maladies mentales, consécutive aux crises économiques et aux guerres mondiales, pour ceux qui croient à une augmentation du nombre de malades mentaux - ou consécutive, plus simplement, aux changements de la structure et des valeurs sociales, pour ceux qui pensent que le nombre de ces malades ne varie pas sensiblement, mais que les familles ne gardent plus leurs malades chez eux et les font maintenant soigner dans des asiles ou cliniques - pose de graves questions aux gouvernements: guérison et prévention, isolement ou rééducation, hygiène mentale, et calcul financier du coût de ces différentes mesures...¹⁰". Parallèlement à l'évolution de la notion de maladie mentale et des traitements, la législation concernant les malades et leur prise en charge s'est modifiée.

⁹ Situation au 1^{er} janvier 1994.

¹⁰ ROGER BASTIDE, "Sociologie des maladies mentales", Flammarion, collection, "Champ", 1965, p. 6.

■ repères historiques

En Belgique, la première législation relative à la psychiatrie date de 1850 - 1873; elle prévoit la création d'asiles d'aliénés et précise leur statut. La collocation médicale est la règle mais n'est possible que moyennant une attestation médicale et une autorisation du pouvoir administratif (ce qui permet d'éviter les abus, fréquents à l'époque, "d'enfer-mement").

Jusqu'en 1948, le contrôle des asiles d'aliénés est de la compétence du Ministère de la Justice. A partir de cette date, c'est le Ministère de la Santé publique qui prend le relais et crée des sections ouvertes. Les années soixante voient la promulgation des lois sur les hôpitaux et l'assurance maladie-invalidité. Cette législation permet la fixation de normes d'agrément pour les services destinés aux patients admis sur base volontaire et une intervention financière dans les frais d'hospitalisation.

Les années septante vont être capitales dans le développement des soins en santé mentale.

En 1971, les premiers services K - destinés aux enfants et aux adolescents - sont créés. En 1972, la loi sur les hôpitaux généraux est applicable aux services fermés. Des projets de loi destinés à protéger la personne et les biens du malade sont élaborés.

En 1973, la programmation hospitalière est rendue obligatoire et prévoit les dispositions suivantes: l'intégration des soins de santé mentale, une politique d'admission basée sur une collaboration entre les équipes des divers équipements psychiatriques, la création pour chaque région, de centres de santé mentale pour développer la prévention des affections psychiatriques, la possibilité d'une prise en charge globale, partielle, continue ou discontinue en milieu hospitalier, la réduction du nombre de lits hospitaliers par la création de formes alternatives de soins, la création de services répondant aux besoins spécifiques des oligophrènes, déments séniles et malades psycho-somatiques et enfin la reconnaissance de la maladie mentale comme une maladie, au même titre que d'autres, qui implique que le malade mental est un patient qui a droit à un statut conforme à la dignité humaine.

Cette nouvelle politique s'est traduite par des arrêtés prévoyant les normes d'agrément et les critères de programmation. Ces arrêtés prévoyaient également la création de sections psychiatriques en hôpital général et des services d'hospitalisation partielle.

La concrétisation de ces nouvelles dispositions a rencontré un certain nombre de difficultés liées notamment au problème des infrastructures. Un grand nombre de patients ont donc été maintenus dans les établissements psychiatriques à défaut d'autres possibilités adéquates de prise en charge. Mise en cause dix ans après, la programmation instaurée en 1976 aboutit à un moratoire des lits hospitaliers. La nouvelle politique porte ses fruits, en tout cas en ce qui concerne le nombre de lits hospitalo-psychiatriques qui passent de 26.553 en 1971 à 20.394 en 1989 et à 18.165 en 1993. Aujourd'hui, on compte 12.000 lits psychiatriques sur les 52.000 lits hospitaliers nationaux.

Cependant, l'absence de structures alternatives d'accueil, le manque de personnel en nombre et en qualification dans certains services, le peu de collaboration réelle entre secteur hospitalier et extra-hospitalier vont être à l'origine d'une nouvelle réforme du secteur psychiatrique à partir de juillet 1990. Cette nouvelle réforme a pour objectif de reconverter 6000 lits hospitalo-psychiatriques en favorisant le développement de structures alternatives et une meilleure intégration des équipements, et d'améliorer la qualité des soins.

Les hôpitaux psychiatriques vont avoir plusieurs possibilités leur permettant une certaine marge de manœuvre dans leurs efforts de restructuration: ils peuvent opter pour reconverter une partie des lits destinés aux soins hospitaliers intensifs en maison de soins psychiatriques ou en habitation protégée.

Cette réforme implique donc une répartition des tâches et une complémentarité plus poussée; elle indique que les soins psychiatriques hospitaliers doivent être intensifs et spécialisés tant en ce qui concerne les pathologies aiguës que chroniques. Elle prévoit le transfert des soins aux handicapés mentaux et aux déments séniles vers d'autres types d'équipements et intensifie la création d'habitations protégées.

Enfin, la loi du 26 juin 1990 abroge la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés; elle met fin au régime administratif de la collocation et de la séquestration à domicile en lui substituant un système selon lequel les restrictions apportées à la liberté d'une personne en raison de son état mental sont subordonnées au contrôle préalable de l'autorité judiciaire. La protection des biens des malades mentaux sera à son tour réglée par une loi distincte du 18 juillet 1991.

A la fin de l'an 2000, une nouvelle période de reconversion s'est clôturée. On constate une tendance croissante à la spécialisation, aux soins extra hospitaliers et au traitement des patients psychiatriques chroniques. Ainsi, un certain nombre de lacunes aigües en matière de soins spécialisés (par exemple, en pédopsychiatrie et en psychogériatrie) ont été partiellement comblées. On est aussi arrivé à une meilleure répartition de l'offre au plan régional (par exemple, avec la création des plates-formes psychiatriques).

Ainsi, aujourd'hui, les personnes présentant des troubles mentaux sont prises en charge par des services très divers: les hôpitaux psychiatriques, les services spécialisés dans les hôpitaux généraux, les maisons de soins psychiatriques (MSP), les habitations protégées (HP), les structures psycho-socio-thérapeutiques, les services ambulatoires de consultation et de guidance, les centres de post-cure, les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), sans oublier les services d'urgence psychiatriques dont l'importance s'accroît. Ils jouent un rôle d'orientation du public, en matière de santé mentale.

■ perspectives

Celles-ci² s'orientent en soin de santé mentale vers une conception bio-psycho-sociale articulée autour de 5 axes:

- participation du patient dans le traitement et les soins eux-mêmes (accessibilité pratique et financière). Cela suppose de ne plus réduire le patient à sa pathologie et donc de mieux considérer et intégrer les soins dans la vie sociale sous toutes ses formes (par exemple, l'habitat, les loisirs, les conditions socio-économiques). L'écoute et l'identification des besoins concrets des patients et de leurs proches sont essentiels. Dans cette optique, un travail avec le réseau social, une place plus large aux soins extra hospitaliers et un cadre légal fixant les droits du

patient peuvent faire évoluer l'idée de prodiguer les soins POUR le patient vers des soins AVEC celui-ci;

- réorganisation de l'offre des soins en fonction de 6 groupes cibles: jeunes, adultes, personnes âgées, toxicomanes, handicapés, personnes internées (relevant de défense sociale);
- développement des plates-formes régionales à travers des groupes de coordination favorisant la constitution de circuits de soins les plus larges, les plus complets et les plus diversifiés, et jouant un rôle de médiation auprès des patients (information, écoute des plaintes, dégagement de solutions);
- favoriser les soins dans le cadre de vie habituelle du patient (soins à domicile ou ambulatoires) et au plus près de celui-ci;
- multiplier des liens de coopération en concevant les soins de manière intégrée.

Mon projet est de m'investir au maximum dans un rôle thérapeutique et ce par ma fonction d'éducatrice.

Une spécificité qui s'affirme dans ma manière d'être:

- par la prise en charge de la patiente, une vue à tous les niveaux;
- par l'accompagnement, la disponibilité, l'écoute de chacun;
- par le fait d'être attentive au "non-dit", le fait d'être à l'écoute de ce que le comportement peut traduire;
- en rééduquant à faire des gestes simples, en sécurisant devant la panique.

Mais encore dans ce que j'appellerai la "spécificité" de l'éducatrice qui est:

- de réactiver le fait que les gens fassent des projets pour eux-mêmes;
- de faire des liens avec l'extérieur;
- de rappeler l'après;
- d'aborder des discussions sur la vie de groupe à l'intérieur pour sortir du groupe en parlant d'avant, de lieu passé;
- de susciter des questions sur l'après: leurs projets, leurs craintes, leurs angoisses, leur peur d'habiter seul, de quitter l'hôpital après...

AD

■ les différents courants en psychiatrie

Outre les approches médicales et pharmacologiques qui font l'objet de recherches cons-

tantes, la psychiatrie s'appuie sur différentes théories psychologiques. Ces théories - dont nous avons choisi de citer ici les plus classiques - servent de références plus ou moins explicites et sous-tendent le travail des équipes pluridisciplinaires et donc le travail de l'éducateur qui, rappelons-le, fait ses premiers pas dans la psychiatrie adulte vers 1985.

²sources extraites de la brochure "La psyché: le cadet de mes soucis" éditée par le Ministère Fédéral de la Santé, 2001.

Les théories du psychisme (S. Freud, E. Erikson et tous les autres) qui situent l'origine des problèmes dans l'esprit; les interventions visent la pensée et les émotions et la dimension thérapeutique se réalise à travers la psychanalyse et ses dérivés.

Les théories des relations interpersonnelles (Harry, Sullivan et les autres) qui attribuent les principales difficultés des personnes à des communications inadéquates avec les autres.

Les théories du comportement (Skinner, J. Wolpe et tous les autres) qui voient dans les difficultés que rencontrent les gens le résultat de comportements inadaptés. Ces comportements ayant été appris, il serait possible de les remplacer par d'autres, plus adaptés.

Les théories de la phénoménologie (C. Rogers, R. Laing et les autres) qui mettent l'accent sur les pensées, les émotions, les expériences et les perceptions, la "réalité" étant subjective. R. Laing s'intéresse à la perception, la mémoire, l'imagination et ne dissocie pas l'individu de sa famille, de son milieu; il est l'un des pères de l'antipsychiatrie.

Les théories de la communication (E. Berne, P. Watzlawick et les autres) pour qui les perturbations du comportement sont liées à des effets de la communication humaine qui est une communication circulaire dans laquelle chaque élément est à la fois réaction et stimulus appelant une réaction.

La théorie des systèmes (L. von Bertalanffy, Kurt Lewin et d'autres) qui pose comme principe que nous faisons partie d'un ensemble et que le comportement humain est le résultat de plusieurs variables.

■ le rôle de l'éducateur¹¹

"L'éducateur partage la vie des malades en participant aux tâches de la vie quotidienne: toilette, lever, coucher, repas, activités, animations, réunions. Il développe une manière d'être à l'écoute de ce que les comportements peuvent traduire. Il anime et mobilise les ressources des personnes pour leurs projets personnels. Connaissant les règles institutionnelles, il peut être médiateur entre l'organisation et les besoins des personnes... Il développe son activité spécifique dans une équipe pluridisciplinaire en collaboration avec médecins, psychologues, infirmier(ère)s, paramédicaux, assistants sociaux..."

¹¹ Extrait de la présentation de la formation d'éducateur en santé mentale à l'ISPFSE à Namur.

■ secteur de la santé

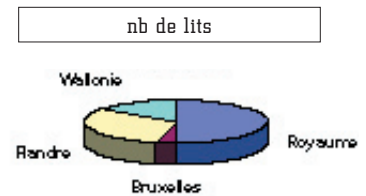
les hôpitaux psychiatriques

et les services psychiatriques des hôpitaux généraux Françoise Gaspar | Jehan Wacquez

CARTE
D'IDENTITE

*Subsidiation et programmation: Ministère des affaires sociales
de la santé publique et de l'environnement*
Intervention dans le prix de la journée: INAMI et Santé publique
Agrément et inspection :
Région wallonne
Pour Bruxelles: COCOF, COCOM

Services d'hébergement et d'accompagnement extérieur
Nombre d'éducateurs (par extrapolation):
Bruxelles: 80
Wallonie: 152
Commission paritaire: 305



■ vue panoramique

Les normes d'encadrement pour les malades hospitalisés prévoient deux catégories de personnel pour le travail quotidien: l'équipe soignante (infirmières, ergothérapeutes, éducateurs, auxiliaires soignantes hospitalières) et l'équipe paramédicale (ergothérapeutes, éducateurs, paramédicaux, psychologues, kinés, logopèdes). Le nombre d'éducateurs que les hôpitaux psychiatriques doivent engager n'est pas précisé. La présence plus ou moins importante de ceux-ci dépendra donc de la politique de chaque hôpital en matière de gestion des ressources humaines.

■ l'hôpital psychiatrique pour adultes
et les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux

"...Il est évident que l'hôpital psychiatrique n'est pas un hôpital comme les autres, où l'on donne des soins à des malades qui continuent, dans leurs lits, à faire toujours partie de la société ordinaire; l'hôpital psychiatrique est en même temps une "communauté" où le malade doit faire le réapprentissage de la vie sociale, où il doit retrouver le sentiment de sa responsabilité morale et le sens de son autonomie..."¹²

Aujourd'hui, la nouvelle réforme considère l'hôpital psychiatrique comme un hôpital général, c'est-à-dire comme un établissement non-résidentiel où l'on dispense des soins spécialisés. On y retrouve deux grands services: le service A, de jour et de nuit et le service T, de jour, de nuit. Certains hôpitaux organisent également des services K (pour enfants et adolescents) dont nous parlons plus loin.

¹²Roger Bastide Op . p. 7 - 1965.

Les services A sont destinés aux patients adultes qui nécessitent soit une aide urgente en cas de crise, soit une observation ou un traitement actif.

Les services T sont destinés aux patients adultes qui nécessitent un traitement axé sur la réinsertion sociale. On distingue le T1, service pour patient ayant séjourné moins d'un an et le T2, service pour patient ayant séjourné depuis plus d'un an et où l'encadrement est légèrement inférieur. (il existe également, en mesure transitoire, des V.P., services psychogériatriques).

LES CONSTATS

Les nouvelles réformes apportent des avantages certains notamment dans la protection accrue de la personne du malade mental. Mais sur le terrain, il reste des difficultés: certaines sont liées à des conceptions différentes de ce qu'est la maladie mentale, ses causes, ses traitements (par exemple, la toxicomanie fait-elle partie des maladies mentales?) ou à des compréhensions différentes de la situation d'un patient entre le médecin et le juge. Par ailleurs, la volonté de raccourcissement de la durée du séjour entre parfois en contradiction avec les besoins du malade ou la perception qu'en ont les travailleurs de terrain. Enfin, il semble que les hôpitaux psychiatriques soient amenés à travailler de plus en plus à partir de projets visant des publics-cibles. Mentionnons encore que les hôpitaux de Lierneux et de Geel (Flandre) pratiquent depuis très longtemps le placement d'adultes malades mentaux dans des familles.

■ le travail de l'éducateur

Dans le secteur hospitalier, le terme "éducateur" reste encore assez flou. Travaillant soit avec l'équipe soignante soit avec l'équipe paramédicale, ou encore avec les deux, la délimitation des terrains et sa spécificité restent difficiles à cerner. On s'attend souvent à ce que l'éducateur prenne en charge les aspects d'animation avec les patients, qu'il travaille aux apprentissages ou réapprentissage de base.

Plus particulièrement dans les hôpitaux généraux, l'éducateur participe aussi à la gestion de la crise et de l'urgence, travaillant tantôt à la mise en place avec l'équipe d'un projet thérapeutique, tantôt à la réorientation de la personne vers des structures plus spécialisées, comme les structures psycho-socio-thérapeutiques.

■ la formation continue

La formation continue semble être un facteur considéré comme important dans le secteur pour l'évolution du personnel et la qualité des soins. Mais son coût est important. Certains hôpitaux organisent des séminaires réguliers pour leur personnel, des formations ouvertes vers l'extérieur (par exemple le Centre de formation P.J. Triest à Dave qui propose des formations médicales, techniques et à la compréhension des pathologies...).

■ secteur de la santé

les maisons de soins psychiatriques Françoise Gaspar | Jehan Wacquez

CARTE D'IDENTITÉ

Subsidiation et programmation: Ministère des affaires sociales de la santé publique et de l'environnement

Intervention de prix de la journée: INAMI et Santé publique

Agrément et inspection:

Région wallonne

Pour Bruxelles: COCOF, COCOM

Services d'hébergement et d'accompagnement extérieur

Nombre total de MSP:

Royaume: 34

Bruxelles: 1

Wallonie: 10

Nombre de lits:

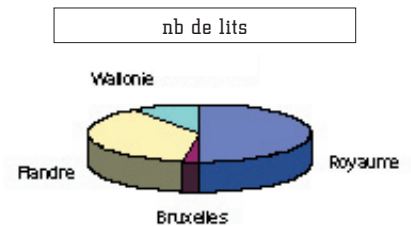
Royaume: 2924

Bruxelles: 140

Flandre: 2193

Wallonie: 591

Commission paritaire: 305



■ normes d'encadrement

12 ETP pour 30 lits dont 6 membres de personnel soignant; 4 gradués au minimum ou 13 ETP pour 30 lits pour les MSP issues d'hôpitaux psychiatriques et qui travaillent souvent avec des handicapés mentaux. Le 13^e poste est réservé à un universitaire "orthopédagogue".

■ survol

Les MSP, prévues dans le cadre de la réforme des hôpitaux psychiatriques, s'adressent à des personnes présentant un problème psychique mais dont l'état s'est stabilisé et ne nécessite plus une hospitalisation tout en ayant toujours besoin d'un accompagnement pour la vie quotidienne. L'accent est mis davantage sur les soins et la réhabilitation que sur le traitement. Possibilité d'accueil à moyen terme pour certains, passage pour d'autres, la MSP se distingue de l'hôpital psychiatrique sur différents points: la taille et la conception architecturale, l'organisation, le mode de subvention. Néanmoins, toute MSP travaille en collaboration avec les services psychiatriques des hôpitaux.

■ la taille et la conception architecturale

La nouvelle politique en matière de santé mentale prévoit que les MSP doivent se situer en dehors du site hospitalier. Or, beaucoup sont encore sur le site. Les raisons? D'une part, la construction de nouveaux bâtiments coûte cher... et les moyens manquent, d'autre part le transfert des lits "vide" partiellement les structures hospitalières dans lesquelles un espace est ainsi non utilisé. Pour les vieilles structures, cela peut voir un effet accélérateur dans la rénovation ou la destruction lorsque les bâtiments sont devenus insalubres, ce qui nécessite également des fonds. Pour les structures plus modernes se pose le problème de la réaffectation des locaux.

La MSP se veut beaucoup plus à "taille humaine" que l'hôpital. Elle peut accueillir un maximum de 60 patients avec des chambres particulières pour la moitié d'entre eux et des chambres à deux lits pour l'autre moitié. Possédant des salles de séjour agréables avec vue sur l'environnement, terrasse ou jardin, l'aspect d'une MSP doit se rapprocher d'une conception "familiale". Bien sûr, ceci est un idéal, la réalité étant souvent plus prosaïque.

■ l'organisation

L'équipe qui intervient en suivi régulier est pluridisciplinaire et compte 12 ETP pour 30 lits (plus une coordination). Ces normes, inférieures à l'hôpital, sont justifiées par un besoin moins important en matière de soins psychiatriques. Parmi ces 12 personnes, il doit y avoir un maximum de 6 membres de personnel soignant; 6 doivent avoir une qualification soit d'éducateur, d'assistant social, d'ergothérapeute, psychologue, de kinésithérapeute, d'orthopédagogue ou d'infirmier(ère); 4 parmi le personnel doivent au moins être gradués. La présence est assurée en permanence, de jour comme de nuit.

■ le public

Il est prévu que les habitants des MSP participent aux organes de gestion de la MSP par la voie de la représentation: un des habitants siège dans les différents organes. La gestion de l'argent et/ou des biens ou leur dépôt peut être confiée au responsable permanent de la MSP à la condition expresse d'avoir fait l'objet d'une convention écrite avec l'habitant ou son représentant et sous la surveillance d'une commission présidée par un magistrat, un notaire ou un réviseur d'entreprise.

Selon l'A.R. du 13/02/02, une somme de 148,74 euros minimums doit rester à la disposition de l'habitant pour ses besoins personnels. Le forfait journalier (indexé) pris en charge par l'INAMI se situe à 85 euros environ. Une intervention de l'Etat garantit l'accessibilité des soins. La quote-part du patient varie autour de 20 euros en fonction du statut (minimexé, VIPO). Néanmoins, cette réglementation est peu efficace (près de la 1/2 des patients sont incapables de payer) et devrait être revue prochainement.

... Dans le travail de l'éducateur, la gestion de la distance affective est un aspect particulièrement important... on doit se "méfier" des gens qu'on aime bien parce que lorsque l'on est trop empathique, si dans un premier temps on leur fait du bien, dans un deuxième temps on va induire, sans s'en rendre compte, de nouveaux dysfonctionnements chez eux...

(Extrait de l'intervention de A. Herbet - Chef éducateur au centre Les Hautes Fagnes).

■ la programmation

Les besoins en nombre de places ont été fixés à 0.6/1000 habitants soit 6000 places pour la Belgique. Il s'agit en fait d'une réorientation des moyens existants puisque ces lits ne sont créés qu'à condition qu'il y ait une réduction équivalente dans les hôpitaux psychiatriques.

■ le travail de l'éducateur en MSP

Pour l'éducateur qui travaille en MSP, les tâches se partagent entre, d'une part, le nursing "simple" et, d'autre part, l'organisation d'activités et l'accompagnement des personnes. Il se soucie peut-être plus particulièrement d'aider les patients à se (re)mobiliser pour les tâches quotidiennes et à (re)développer leur socialisation par le biais d'ateliers de communication et par des ouvertures vers l'extérieur (activités, démarches, ...). Il travaille en collaboration avec le personnel soignant et paramédical. L'éducateur a aussi une place à prendre pour permettre aux habitants des MSP vivant la plupart du temps depuis de longues années en hôpital psychiatrique de sortir de tout l'aspect de chronicité et de prises d'habitudes que cela a pu induire.

■ perspectives

Dans cette idée de sortir de la chronicisation et d'une image de maison de repos pour des patients âgés et ayant un long parcours psychiatrique, la tendance globale des MSP est d'orienter ces personnes vers les structures de Maisons de Repos (MR) et de Maisons de Repos et de Soins (MRS). Malgré les craintes et quelques échecs, cette inscription de la personne dans une autre logique (sortir de l'étiquette 'psy') est porteur d'évolution positive.

Par ailleurs, avec cette modification de conception (passage d'une prise en charge centrée essentiellement autour du nursing à un travail portant davantage sur la réinsertion), le rôle de l'éducateur pourrait encore évoluer dans ces structures pour les années futures.

Travailler en psychiatrie infantile est difficile mais très intéressant. Si le travail est lent et se fait le plus souvent sur base d'hypothèses, les échanges en équipe pluridisciplinaire qui permettent de construire ces hypothèses sont particulièrement enrichissants.

La prise en charge des enfants est lourde : les activités sont organisées du lever jusqu'au coucher et la présence des éducateurs est constante. Les effets de cette organisation structurante se voient d'abord dans l'apaisement des enfants : ils reprennent un rythme de veille et de sommeil normal, n'ont plus besoin de médicaments pour s'endormir et montrent moins d'angoisse. C'est un travail exigeant et je me dis parfois qu'il y a un sur-investissement professionnel.

Ch. S., psychiatrie infantile

secteur de la santé

les habitations protégées Françoise Gaspar|Jehan Wacquez

CARTE D'IDENTITE

Subsidiation et programmation: Ministères des affaires sociales
de la santé publique et de l'environnement
Intervention dans le prix de la journée: INAMI et Santé publique
Agrément et inspection:

Région wallonne
Pour Bruxelles: COCOF, COCOM

Services d'hébergement et d'accompagnement extérieur

Nombre total d'associations organisant les HP:

Royaume: 83

Bruxelles: 14

Flandre: 48

Wallonie: 21

Nombre de lits:

Royaume: 2224

Bruxelles: 217

Flandre: 1625

Wallonie: 382

Nombre de sites:

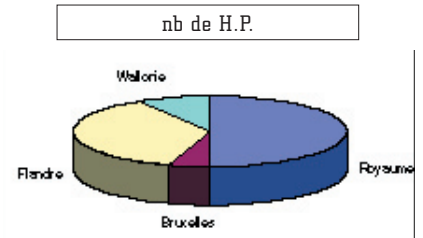
Royaume: 452

Bruxelles: 55

Flandre: 321

Wallonie: 76

Commission paritaire: 305



normes d'encadrement

1 ETP pour 8 habitants, niveau universitaire ou gradué + 1 médecin spécialisé en (neuro) psychiatrie.

survol

Les premières expériences d'habitation protégée ont eu lieu au début des années 80. C'est l'arrêté du 10/07/90 qui, en fixant les normes d'agrément, a permis leur reconnaissance officielle. Comme pour les MSP, les lits créés vont de pair avec la réduction équivalente des lits en hôpital psychiatrique. L'initiative de l'HP émane d'une association agréée d'institutions et de services psychiatriques et doit situer l'HP en dehors du site de l'hôpital et/ou à distance du service de santé mentale dont elle est issue. Ce sont le plus souvent des maisons ou appartements loués ou achetés par l'association. Ces lieux de vie sont insérés dans la communauté locale afin de favoriser au maximum les possibilités de contact et d'insertion pour les résidents des HP.

Les HP sont prévues pour des personnes ayant des difficultés d'ordre psychiatrique, ne nécessitant plus un traitement continu en hôpital. Ces personnes ont cependant besoin d'aide et de soutien dans leur milieu de vie ou leur logement afin d'acquérir un certain nombre d'aptitudes sociales en vue d'une réintégration dans la vie sociale.

■ la taille

L'HP est conçue pour héberger de 3 résidents, au moins, et 10 au plus. Depuis 2001, des places d'habitation protégée individuelle sont agréées officiellement (20% des places de l'association).

■ l'organisation

Les habitants vivent en petite communauté et reçoivent la visite régulière d'un membre de l'équipe travaillant pour l'association. Les normes d'encadrement prévoient 1 ETP pour 8 habitants. Le personnel doit avoir un niveau graduat ou universitaire; on y retrouve un certain nombre d'éducateurs.

■ le public

Les personnes habitant dans les HP (ou leurs représentants légaux) ont une protection juridique maximale qui prévoit un contrat de séjour dans lequel les conditions de location, les modalités de résiliations et les frais d'encadrement doivent être stipulés. Le règlement d'ordre intérieur, écrit, doit être signé par chaque habitant: la liberté philosophique, religieuse et politique est garantie à chacun.

■ le financement et la subvention

Le Ministère de la Santé publique attribue une somme unique d'installation (1.041euros) et détermine un budget forfaitaire couvrant les frais de personnel. Ce prix (calculé par journée) est payé à concurrence d'1/4 par l'Etat, les 3/4 restants étant couverts par l'INAMI.

■ la programmation

Les besoins en nombre de place ont été fixés à 0,4/1.000 habitants, soit environ 4.000 places. La programmation de places individuelles est fixée à 0,1/1.000 habitants. Comme pour les MSP, il s'agit ici également d'une réorientation de moyens existants.

■ le travail de l'éducateur

Sur le terrain, l'éducateur se retrouve seul. Passant souvent dans plusieurs habitations, il travaille avec les personnes sur l'acquisition des aptitudes sociales et administratives, les aide à construire leur temps et leur espace de vie de manière active, à nouer des contacts avec l'extérieur. Il veille aussi à faire en sorte que la vie quotidienne dans l'HP se déroule de la manière la plus harmonieuse possible. Ses contacts avec les autres membres de l'équipe et avec de nombreux intervenants extérieurs sont indispensables pour lui permettre de maintenir les objectifs de l'HP.

■ secteur de la santé

Les structures psycho-socio-thérapeutiques pour enfants et adolescents présentant des troubles psychiques graves¹³

Françoise Gaspar | Jehan Wacquez

CARTE
D'IDENTITE

Subsidiation et programmation: *Ministères des affaires sociales de la santé publique et de l'environnement*

Intervention dans le prix de la journée: *INAMI et Santé publique*

Agrément et inspection:

Région wallonne

Pour Bruxelles: COCOF, COCOM

Services d'hébergement et d'accompagnement extérieur

Nombre de services spécifiques:

Royaume: 15

Flandre: 2

Wallonie-Bruxelles: 13

Nombre d'éducateurs: *environ 100 ETP*

Commission paritaire: *305*



■ normes d'encadrement

Pour les centres conventionnés INAMI (CCI): selon la convention établie.

Pour les services K assurant la prise en charge jour et nuit, 21 ETP pour 20 enfants. Pour les SK de jour, 13 ETP pour 20; pour les SK de nuit, 10 pour 20.

■ survol

Dans le paysage plus général des structures médico-psycho-sociales couvrant l'ensemble de la population, Il existe cinq types d'institutions travaillant avec des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques graves:

- les centres conventionnés INAMI (CCI) en internats ou centres de jour: 13 pour la wallonie et Bruxelles, 2 en Flandre. Parmi ces centres, cinq bénéficient également de l'agrément K (santé publique).
Spécificités: action psychothérapeutique et rééducative en situation de crise.
- les services K en hôpital général ou psychiatrique: ils accueillent une population essentiellement d'adolescents avec des pathologies hétérogènes.
Spécificité: traitent surtout les urgences.
- les IMP (voir secteur AWIPH).
Spécificité: action principalement pédagogique.
- les services de santé mentale.
Spécificité: aide ambulatoire.
- les centres de rééducation fonctionnelle.
Spécificités: rééducations multidisciplinaires et intensives à partir de séances individuelles.

¹³ "A propos des centres pour enfants et adolescents présentant des troubles psychiques graves, conventionnés avec l'INAMI", recueil de textes remis au collège des médecins directeurs de l'INAMI, Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques asbl FSPST.

■ repères historiques

Les premières hospitalisations de mineurs dans des structures psychiatriques spécifiques datent de 1971. Certaines institutions trouvaient les moyens fournis par la santé publique insuffisants. Elles ont obtenu en plus une convention avec l'INAMI pour la rééducation. D'autre part, en Wallonie, certaines institutions ayant le statut d'IMP (Institut médico-pédagogique) ont demandé cette convention avec l'INAMI. En Flandre, il y avait moins d'institutions pour enfants et elles ont misé sur le FNRS (Fonds national de reclassement social des handicapés). Avant 1970, on parlait peu de psychiatrie infantile et les enfants ayant des troubles graves de la personnalité étaient soit considérés comme des handicapés mentaux, soit internés dans les structures pour adultes.

C'est dans les années 60, suite notamment aux travaux de B. Bettelheim (USA) dont les ouvrages ont été diffusés rapidement en Europe, ainsi qu'à ceux de J. Lacan, F. Dolto, M. Mannoni et autres, que quelques médecins, psychologues et éducateurs ont créé des structures d'accueil spécifiques. Parmi les grands courants de la psychologie et de la psychiatrie qui ont marqué ces services, certains ont été dominants : la psychanalyse, l'analyse systémique et la psychothérapie institutionnelle.

Vers 1985, l'approche comportementaliste inspirée du programme Teach (développé en Caroline USA), s'est à son tour imposée chez nous, en réponse à une série de critiques émises à l'encontre de certaines pratiques liées aux références freudiennes.

■ la taille et la dimension architecturale

La plupart des centres sont de petite taille. L'environnement ressemble le plus possible à un environnement "normal" pour les enfants : maisons, villas aménagées, services personnalisés dans les hôpitaux psychiatriques pour les adultes ou hôpitaux généraux, de telle manière que la vie puisse se dérouler le plus possible "comme à la maison".

■ le travail de l'éducateur

Travailler avec des enfants/adolescents présentant des troubles de l'identité et de la relation à l'autre (autisme, psychose, troubles de l'attachement), c'est entrer dans un univers particulier, où la structuration du temps et de l'espace est particulièrement importante. Le travail des éducateurs est surtout **un travail de rééducation à la relation et à la communication** : l'éducation cohabite avec la dimension **thérapeutique**.

Autour de l'idée de construction d'un milieu thérapeutique, le travail en petits groupes permet une qualité d'accueil, une observation fine des comportements et des interactions soucieuses du soutien au développement global (physique, affectif, psychique, social) de la personne.

Dans cette clinique du quotidien, dans une perspective bio-psycho-sociale et dans un travail avec les familles et le réseau, l'éducateur a une place spécifique et articulée dans un travail d'équipe pluridisciplinaire.

Les responsables des centres continuent de se battre pour faire mieux reconnaître aux instances subsidiaires la dimension soignante et thérapeutique de l'action des éducateurs.

■ la formation

La formation continue du personnel est un souci général des services qui pratiquent souvent une politique de formation active par l'organisation de séminaires, la participation à des recherches et journées d'étu-

■ perspectives

Les prises en charge à long terme ne sont plus envisageables. Il s'agit plus, dans une nouvelle politique de soins de santé, de traiter de manière intensive afin de réintégrer au mieux et au plus vite la personne dans son milieu originel. Une obligation de résultats est demandée.

Par ailleurs, les structures psycho-socio-thérapeutiques s'inscrivent aussi dans ce projet gouvernemental d'organisation d'un **réseau de soins de santé** sous forme de plate-forme afin d'offrir (aussi dans dans une politique de meilleure gestion économique) plus de cohérence et de visibilité dans le parcours de la personne souffrant de troubles psychiques.

LES CONSTATS

Le dépistage est de plus en plus précoce et précis, ce qui permet une intervention plus rapide: l'enfant et sa famille sont pris en charge plus tôt et les chances d'évolution sont plus favorables. Mais ce dépistage précoce soulève le problème des places disponibles; en effet, les services affichent "complet" et ont des listes d'attentes.

Le suivi du "devenir social" des enfants ayant bénéficié des soins psychiatriques montre des effets positifs. Les premiers effets perceptibles sont l'apaisement de l'enfant qui devient ainsi plus disponible pour réaliser des apprentissages; par ailleurs, les manifestations de la maladie évoluent avec le temps. Arrivés à l'âge adulte, environ 10% peuvent vivre de manière autonome, les autres se retrouvent aujourd'hui dans des formules d'hébergement dans lesquelles ils peuvent continuer à évoluer. Une caractéristique: les filles sont moins nombreuses que les garçons (1 fille pour 2 ou 3 garçons) et semblent mieux se "débrouiller".

■ secteur de la santé

les services pour toxicomanes Françoise Gaspar | Jehan Wacquez

■ introduction

Véritable phénomène de société présent dans toutes les couches sociales, touchant à la fois aux domaines économique, politique, juridique et sanitaire, la toxicomanie¹ fait l'objet aujourd'hui d'une préoccupation croissante de la part des pouvoirs publics. On assiste ainsi depuis quelques années au déploiement de toute une série d'actions d'aide, de prévention, de contrôle et à la mise en place de structures d'accueil et de traitement ambulatoire et d'hébergement (on n'en dénombre pas moins d'une septantaine pour la partie francophone du pays).

■ un peu d'histoire...

Considérée d'abord comme une pathologie mentale, la toxicomanie fait l'objet de l'attention des psychiatres et les toxicomanes sont soignés dans les hôpitaux psychiatriques. Mais la toxicomanie amène aussi une forme de délinquance et de criminalité et, à ce titre, devient une préoccupation de la justice : les toxicomanes font connaissance avec la prison. Peu à peu, suite à l'influence du mouvement de l'antipsychiatrie, la toxicomanie est considérée comme un problème spécifique et multifactoriel. Des services spécialisés sont alors mis en place. Aussi, aujourd'hui, si l'on retrouve des toxicomanes en milieu psychiatrique, c'est en nombre restreint, la plupart de ceux qui décident, à un moment donné de leur parcours, de suivre un traitement thérapeutique sont orientés vers les centres spécialisés. Par ailleurs le nombre de toxicomanes incarcérés reste très important et pose un problème certain aux structures pénitentiaires.

En Belgique, contrairement à un certain nombre d'autres pays, ce sont des initiatives privées qui ont été à l'origine des différents services que l'on retrouve dans le secteur. Cette particularité est peut-être l'une des raisons qui explique la grande diversité des approches et des méthodes thérapeutiques que l'on peut observer. Par après, le monde politique s'est ému de l'importance que prenait le phénomène et a pris une série de mesures pour en minimiser les effets. Des moyens importants ont été dégagés pour travailler les axes préventif, prophylactique et sécuritaire. La méthadone et d'autres produits de substitution, hier interdits, font désormais partie des traitements des toxicomanes. Dans les grandes et moyennes villes, des équipes d'intervenants sociaux engagés par le pouvoir communal, avec l'aide de fonds venant du Ministère de l'Intérieur, interviennent "sur le terrain" : des projets d'accueil pour toxicomanes - les maisons socio-sanitaires ou MASS - des actions de sensibilisation sur les risques encourus (hépatite, sida, ...) se développent. En l'espace de quelques années, les moyens financiers ont donc été multipliés.

¹ La toxicomanie peut être définie comme un état d'intoxication périodique ou chronique, engendré par la prise répétée de drogue(s) c'est à dire de substance(s) susceptible(s) de créer un état de dépendance physique et/ou psychologique et pouvant avoir de sérieux effets psychotoxiques. Les drogues appelées "psychotropes" ont un effet sur le système nerveux central soit comme stimulant (ex.: cocaïne, amphétamines, caféine, nicotine, ...) soit comme sédatif (opium, morphine, héroïne, somnifères, ...) de l'activité mentale soit comme générateur de troubles (haschich, marijuana, LSD, ...)

@

Le site de Trempline
<http://www.trempline.be/>

Un site intéressant qui donne
des infos relatives
aux différentes drogues.
<http://www.prospectivejeunesse.be/drogues/>

Un autre site tout aussi intéressant :
<http://users.skynet.be/toxicomanie/>

Un site qui parle du comptoir
d'échange de seringues :
http://www.mpa80.be/article.php3?id_article=155

Nous devons être prudents lorsque nous parlons de la toxicomanie car c'est une pathologie d'une grande complexité où interagissent les niveaux neurologique, psychologique, familial, social, culturel, éthique et criminologique...

(G. Van der Straten Waillet, directeur de Trempline
in Gestion des drogues 2000, p. 379, MAKLU 1994).

Les options politiques et la mise en place de tous ces nouveaux dispositifs soulèvent une série de questions chez les professionnels du secteur, notamment d'ordre éthique.

Enfin d'autres approches, parfois controversées, voient le jour. Parmi celles-ci : la réduction des risques (ex : stands en milieu festif, échanges de seringues, ...)

Récemment, dans certaines grandes villes, un projet, créé en partenariat avec la Région Wallonne, les villes et les associations de terrain, a été mis en place : le Relais social. Ce dernier a notamment pour objectif d'entrer en contact, via une présence en rue d'éducateurs, avec les personnes les plus "marginalisées" et de répondre à leurs premiers besoins (échanges de seringues, orientation vers des abris de nuit, les restos du cœur, vers d'autres services, accompagnement dans des démarches, information, ...).

A l'heure actuelle, on peut donc dire que plusieurs philosophies sont présentes allant de la réduction des risques ("bas seuil d'exigence") à l'abstinence ("haut seuil d'exigence").

L'idée étant de multiplier les types d'approches afin de répondre de la manière la plus adaptée qui soit aux besoins de la personne toxicomane en fonction du moment où elle se situe dans son parcours.

En outre, l'approche développée, comme dit précédemment, est multifactorielle et l'accompagnement quel qu'il soit prend en considération la personne (point de vue psychologique), son environnement (social, familial, économique, professionnel, ...) et le(s) produit(s) (aspects médical et sanitaire).

Une place importante est aussi consacrée à l'entourage avec des possibilités d'accompagnement de la famille (conjoint, parents, ...) et aussi par l'intermédiaire des activités de prévention à destination de professionnels (Intervenants sociaux, intervenants de l'ONE, enseignants, ...) mais aussi de non-professionnels (associations de parents, club de pensionnés, ...) afin de répondre à leurs questions et réfléchir avec eux tant à la prévention des assuétudes qu'à la gestion des relations.

Si, dans son ensemble, le secteur paraît assez éclaté, il existe cependant différentes structures de concertation. Par exemples : au bureau national, le Secrétariat permanent à la politique de prévention, le Ministère de l'Intérieur dans lequel on retrouve des représentants du monde politique, des scientifiques et des professionnels de terrain ; Eurotox et la Communauté française dont un des objectifs est la récolte et l'uniformisation des données épidémiologiques en Belgique francophone ; au niveau régional, la Fédito : Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes ; le Réseau liégeois des intervenants en toxicomanie, ...

■ un point sur la législation

En Belgique, pour l'essentiel, la matière est régie par la loi du 24 février 1921, concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques. Elle a été votée suite aux obligations découlant de la ratification, par la Belgique, de la "Convention internationale de l'opium" conclue à la Haye en 1912.

Les arrêtés royaux de 1930 et 1976 définissent la liste des substances visées par la loi c'est à dire environ 80 produits ou familles de produits aussi divers que : le cannabis, la feuille de coca et la cocaïne, l'opium et ses dérivés synthétiques (héroïne, ...), les amphétamines, le LSD mais aussi de nombreux médicaments.

Sont considérés comme infraction : la fabrication, la facilitation de l'usage, l'incitation à l'usage, la détention, la vente, l'achat et l'usage en groupe de ces substances. En cas d'infraction, les sanctions sont des peines d'emprisonnement (de 3 mois à 5 ans) ou une amende (de 25 euros à 2500 euros).

En 1998, une directive du Ministre de la Justice à l'attention des juges et Parquets indique comment la loi doit être appliquée. Elle a pour but d'uniformiser les pratiques judiciaires dans tout le Royaume en se basant sur des critères objectifs.

Enfin en 2003, la loi de 1921 est à nouveau révisée et une directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites paraît le 16 mai 2003. Celle-ci établit une distinction entre les drogues illégales afin de permettre un traitement spécifique des poursuites liées à une simple détention non problématique de cannabis en vue d'une consommation personnelle.

On a parlé de dépénalisation du cannabis... mais il n'en est rien, il s'agit toujours d'une substance illégale pouvant faire l'objet de poursuites judiciaires.

■ aperçu des différentes structures existantes

Les structures d'aide aux personnes toxicomanes sont nombreuses et collaborent régulièrement entre elles afin d'orienter au mieux la personne selon sa demande.

Afin d'avoir un aperçu global du secteur, un tableau est intéressant.

Avec Hébergement				Sans hébergement			
Hôpitaux Psychiatriques	Hôpitaux Généraux	Centres Résidentiels/ Post-cures	Centres de crise	Centres Ambulatoires (thérapie/prévention)	Milieus ouverts	Centres Semi résidentiels	Groupe D'abstinents
Réduction des risques Ex. : Stand en milieu festif, échange de seringues, Relais social, ...							

■ quelques explications

Deux grandes catégories peuvent donc se dessiner : les structures avec hébergement et celles sans hébergement.

1. Les structures avec hébergement

Elles accueillent de manière résidentielle les personnes

- **Les hôpitaux psychiatriques** : certains services sont spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes et des alcooliques tant sur le plan du sevrage physique que psychologique. Ex : Service Odysée, CHP Agora (Liège).
- **Les hôpitaux généraux** : ils assurent le sevrage physique et prennent en charge les troubles somatiques liés à la consommation de produits (overdose, ulcères, ...) ex. : CHU St Pierre, Interstices (Bruxelles)...
- **Centres résidentiels/post cures** : Les communautés thérapeutiques ou centres de post cures, en hébergement complet, accueillent les toxicomanes lorsque la phase de sevrage physique est réalisée (le plus souvent en collaboration avec un hôpital). Le travail est alors taxé sur le sevrage psychologique et la réinsertion. Pour ce faire, la vie en communauté est un outil thérapeutique (ex. : travail de groupe, ...) ainsi que le suivi individuel et parfois de couple ou familial. Ainsi, le centre Trempline a mis en place un projet spécifique pour l'accueil des mamans et de leur(s) enfant(s). La durée des programmes thérapeutiques varie d'un centre à l'autre. Ex. : Trempline (Châtelet), Ellipse (Carnières).
- **Centres de crise** : Ce sont des structures qui accueillent les personnes pour un court moment (30 jours parfois renouvelables). Ces centres peuvent avoir plusieurs objectifs selon la demande de la personne :
 - a. Permettre à la personne de faire une pause dans sa consommation, de prendre soin de sa santé physique, retrouver un rythme de vie, faire une coupure avec le milieu.
 - b. Cette étape est parfois l'ébauche d'un travail à plus long terme (désir d'arrêter la consommation) et une orientation pourra ensuite être faite vers une autre structure. Ex. : Clean (Liège), Enaden (Bruxelles)
 C'est aussi dans cette catégorie que l'on peut classer les MASS (Maisons d'accueil socio-sanitaires), à la différence qu'il n'y a pas d'hébergement possible. Il s'agit de structures travaillant à "bas seuil d'exigence" (dans la crise, l'urgence le plus souvent), elles sont ouvertes 24h/24, les personnes peuvent disposer d'un endroit pour se "poser" un instant (boire une tasse de café, ...) et d'un espace pour discuter avec un intervenant psychosocial, entreprendre certaines démarches administratives, avoir un suivi médical (la prescription de méthadone y est possible). Ex. : Start (Liège)

2. Les structures sans hébergement

- Les centres ambulatoires: il s'agit soit d'asbl soit de centres de santé mentale spécialisés dans la prise en charge des problèmes de toxicomanies. Ces centres offrent un accompagnement pluridisciplinaire à la personne ainsi qu'à son entourage. De plus, des activités de prévention sont développées dans certains services. Ex. : Sésame (Namur).
- Travail en milieu ouvert: accompagnement de la personne dans et avec son milieu de vie Ex: La Teignouse (Aywaille).
- Centres semi-résidentiels: d'une part, il peut s'agir d'hôpitaux de jour qui permettent de consolider par le biais-, entre autres, de thérapies individuelles et de groupe un travail déjà entamé. Ces activités visent notamment à "resocialiser" la personne. Ex: La Clé (Liège) D'autres services organisent avec des groupes de jeunes un projet (randonnées dans les Pyrénées, voyage en bateau, sport-aventures, ...) visant à se dépasser, à être coupé du milieu, à vivre une expérience de groupe, à augmenter l'estime de soi, ... Ex. : Vent debout (Liège), Trace (Bruxelles).
- Groupe d'abstinents/aide par les pairs: groupe de soutien par les pairs. Ex: alcooliques anonymes, narcotiques anonymes, ...

3. Réduction des risques

Approche assez récente et parfois controversée, la réduction des risques est mise en place à travers divers projets :

- Les stands en milieu festif
 - L'échange de seringues
- Projet pilote: le Relais social mis en place dans les grandes villes en collaboration avec la Région Wallonne et les associations de terrain. Par ce partenariat, l'objectif est d'entrer en contact avec les personnes les plus "marginalisées" afin de répondre à leurs premiers besoins (trouver un abri pour la nuit, faire des démarches administratives, ...) mais aussi de transmettre des messages pour une consommation à moindre risques, d'échanger des seringues, ... et d'orienter vers d'autres services si une demande émerge.

Bien évidemment, il s'agit là de structures spécifiques mais les problèmes de consommation peuvent être "amenés" dans d'autres services (Maison de jeunes, écoles, structures d'hébergement, ...) et là aussi se posent des questions : comment réagir si un jeune fume un joint, revend de la drogue dans l'école, comment réagir face à une personne agressive sous l'effet d'alcool, ...

Une réflexion peut être entamée avec un centre "spécialisé" disposant d'un service de prévention.

D'autre part, en tant qu'intervenant social, l'intérêt est de voir la personne dans sa globalité et donc de pouvoir être attentif et de ne pas "évacuer" un problème de consommation.

■ sources de financement

Les sources de financement des structures d'aide pour personnes toxicomanes sont multiples et proviennent aussi bien de la sphère sécuritaire que sanitaire (chaque sphère poursuivant des objectifs différents!)

On peut citer :

- Le Ministère de l'intérieur
 - L'INAMI (hébergement)
- Les régions (ex. : Ministère des affaires sociales de la Région wallonne)
 - La communauté française (finance les activités de prévention)
- ...

En outre, les associations vivent aussi de dons, d'avantages en nature donné par la ville (ex. : occupation d'une maison de la ville avec un loyer très modéré), ...

■ le travail de l'éducateur

La place de l'éducateur est sans doute très importante dans l'aide apportée aux personnes toxicomanes. L'éducateur est en effet membre à part entière du suivi pluridisciplinaire proposé par de nombreuses structures

Il est un intervenant de première ligne, il vit au quotidien avec les personnes toxicomanes et, via cette position, dispose d'outils de travail tels que: l'information, la disponibilité, l'écoute et l'offre d'un espace de parole, la mise en place de limites et la confrontation lorsque celles-ci ne sont pas respectées, ...

Les capacités d'observation, d'écoute, de remise en question, d'intégration dans une équipe de travail... ainsi qu'une connaissance de la dynamique des groupes s'avèrent importantes.

Aujourd'hui, le travail de l'éducateur s'élargit: travail de rue, accompagnement dans le milieu de vie des personnes, formation professionnelle, préparation à la recherche d'emplois, aide dans les démarches administratives, ...

■ la formation continue

Dans bon nombre de centres cités précédemment, la formation continue du personnel fait partie de la politique en matière de gestion des ressources humaines. La participation à des programmes de recherche, à des rencontres internationales, la mise sur pied de système de supervision, la réflexion sur une charte éthique et la collaboration avec le monde scientifique en sont des volets importants.

■ secteur de la santé

les communautés thérapeutiques et les centres de postcure

Françoise Gaspar

CARTE D'IDENTITE

Subsidiation: INAMI

Services d'hébergement et d'accompagnement extérieur

Nombre de centres:

Royaume: 17

Bruxelles: 4

Flandre: 7¹⁴

Wallonie: 6

Nombre de places:

Royaume: 260

Bruxelles: 37

Flandre: 96

Wallonie: 127

Travailleurs (par extrapolation):

Royaume: 310

Bruxelles: 45

Flandre: 115

Wallonie: 150

Educateurs en 1996 (par extrapolation):

Bruxelles et Wallonie plus ou moins 70

Commission paritaire: 305

nb de centres



■ repères historiques

En partie francophone du pays, les premières structures pour personnes toxico-dépendantes ont ouvert leurs portes dans les années 77/78 (le Solboch à Bruxelles, les Hautes Fagnes à Malmedy, Choisis à Carnières, ...). Initiatives privées pour la plupart, les centres ont d'abord fonctionné grâce au bénévolat, aux dons et au mécénat. Peu à peu reconnus, c'est le "Fonds Marron" (ex-Fonds 81) qui a commencé à leur octroyer des subsides. Mais considérer les toxicomanes¹⁵ comme des personnes handicapées n'était pas très cohérent et progressivement, les centres ont été repris dans le cadre des services de réadaptation fonctionnelle et ont passé des conventions avec l'INAMI. Aujourd'hui, 17 autres centres sont conventionnés - 4 à Bruxelles, 7 en Flandre et 6 en Wallonie. Chaque convention est spécifique et liée au projet thérapeutique. Le prix de journée (pour les structures d'hébergement) tourne aux alentours de 140 euros et les résidents contribuent à leur entretien pour une somme d'environ 200 euros par mois.

¹⁴Parmi ces centres, un en Flandre et un en Wallonie (l'Espérance à Thuin) accueillent exclusivement des personnes alcooliques.

¹⁵Par toxicomane, nous entendons toute personne dépendante (assuétude) à un produit tel que la drogue, l'alcool, etc...

Très souvent, une consommation abusive a une fonction dans la dynamique psychique, familiale, sociale ou relationnelle des toxicomanes. Nous pensons donc que la tentative d'arrêt de la consommation ne survient que lorsque les coûts divers de la toxicomanie deviennent plus élevés que les avantages qui y sont liés...

(Cl. Maquet - Dinant, Les Hautes Fagnes, in Rapport d'activités 95).

Par ailleurs, il existe aujourd'hui neuf maisons socio-sanitaires (MASS) pour l'ensemble du pays (dans les grandes villes). La spécificité de ces MASS peut être résumée de la manière suivante: il s'agit d'un travail à "bas seuil d'exigence" où la prescription de la méthadone fait partie de l'intervention; c'est une structure non résidentielle et l'équipe d'intervenants est pluridisciplinaire (médico-socio-psycho-éducative).

■ caractéristiques des centres

La vie communautaire est utilisée comme moyen dans le travail thérapeutique.

Communautés thérapeutiques ou centres de postcure, en hébergement complet ou en externat, les différentes structures thérapeutiques accueillent le toxicomane lorsque la phase du sevrage physique est réalisée. Certaines communautés choisissent d'intégrer dans l'équipe éducative d'ex-toxicomanes qui se sont formés et sont devenus à leur tour thérapeutes, d'autres centres refusent les anciens toxicomanes comme éducateurs. La durée des programmes thérapeutiques varie d'un centre à l'autre. A titre d'exemple et de manière schématique, Trempline qui travaille avec le modèle de référence "Daytop" (USA) et "CEIS" (Italie) propose un programme en trois phases: accueil / communauté / réinsertion sociale qui dure deux ans; Le centre des Hautes Fagnes qui se réfère à un modèle behavioriste propose des programmes individualisés avec trois possibilités de séjour: 4 mois, 7 mois ou 10 mois.

Une constante: la vie communautaire est utilisée comme moyen dans le travail thérapeutique.

La dépendance peut être liée à un seul produit, mais souvent c'est de plusieurs qu'il s'agit. Les hommes sont majoritaires et la moyenne d'âge tend à s'élever de même que le nombre d'années de consommation et le nombre de tentatives de traitement.

■ le public

Si certains centres accueillent surtout des jeunes (18 - 30 ans), d'autres travaillent également avec un public plus âgé. Les personnes qui font une demande de traitement se situent à des étapes différentes dans le parcours toxicomane.

Parmi la population accueillie, on distingue les personnes uniquement toxicomanes et les "doubles diagnostics", c'est-à-dire les personnes souffrant également de problèmes psychiatriques. Une collaboration avec les équipes de soins psychiatriques est de plus en plus fréquente, notamment dans le cadre du réseau des habitations protégées (HP). Actuellement, de nouveaux projets voient le jour, par exemple: un accueil spécifique de mères seules avec de jeunes enfants. Le centre Trempline ouvre un accueil pour trois mamans et maximum cinq jeunes enfants.

■ le travail de l'éducateur

Le regard que posent les professionnels sur les toxicomanes évolue: il s'agit de considérer d'abord la personne avec ses besoins et plus particulièrement la question de son insertion sociale par le biais d'une activité professionnelle. L'Europe libère des budgets permettant de travailler à la formation professionnelle et à la recherche d'emplois au bénéfice de ce public.

L'éducateur est un intervenant "de première ligne", un "moteur" dans la structure. Vivant au quotidien avec les personnes toxicomanes, il doit être capable de mettre des limites, de se remettre en question, de travailler sur la confrontation.

La connaissance de la dynamique des groupes est importante, de même que la capacité d'observation.

Aujourd'hui, le travail de l'éducateur s'élargit: expérience professionnelle, préparation à la recherche d'emplois, accompagnement...

S'il s'agit encore aujourd'hui d'un travail largement empirique, qui s'apprend "sur le tas", sur le terrain, l'éducateur possède néanmoins le plus souvent un niveau graduat, sur base de quoi il va se spécialiser. Reconnu par l'ensemble des intervenants, le travail particulier de l'éducateur est considéré dans sa spécificité et valorisé; on nomme d'ailleurs l'équipe pluridisciplinaire: équipe éducative.

■ la formation continue

Je me suis toujours demandé pourquoi l'on disait de certains (au masculin ou au féminin): "Ah, celui-là, c'est un éducateur! Un vrai!" Pourquoi devient-on, pourquoi est-on éducateur? Peut-être en souvenir des soeurs de la charité qui influencent toujours l'image que l'on a de notre métier, parce que l'on veut faire de l'amour un métier. Vénal un peu, mais moral, surtout si l'on s'en défend. Pourtant qui ose encore croire à l'altruisme pur? Il est plutôt question de se construire en construisant, ou plus souvent en reconstruisant, l'autre.

Armand Herbeto.

Dans les centres que nous avons contactés, la formation continue du personnel fait partie de la politique en matière de gestion des ressources humaines. La participation à des programmes de recherche, à des rencontres internationales, la mise sur pied de systèmes de supervision, la réflexion sur une charte d'éthique et la collaboration avec le monde scientifique en sont des volets importants.

A titre d'exemple, Trempoline a mis sur pied une école (Re-Sources) destinée à la formation spécialisée des intervenants en toxicomanie en partenariat avec le centre universitaire de Charleroi (CUNIC) et le département d'orthopédagogie de l'université de Gand, avec la collaboration d'experts italiens (Rome), espagnols (Madrid) et belges. Les Hautes Fagnes travaillent avec l'université de Liège, un organisme européen (T3E) qui permet des échanges de personnels entre les centres de cures européens.

■ perspectives

Le regard du citoyen a fortement évolué. Par exemple, le haschich qui était interdit et considéré comme "mauvais" est aujourd'hui toléré. La prévention est devenue, du même coup, plus difficile. Toute une population de "vieux" toxicomanes apparaît, issue de mai 1968, auxquels les jeunes refusent de s'identifier. Par ailleurs, les produits se diversifient et les prix évoluent à la baisse. Il faut se faire à l'idée que la drogue est partout et qu'il faut agir avec. Le développement d'un circuit ou réseau de soins est actuellement d'actualité. Les échanges internationaux abordant les niveaux politique, juridique, clinique s'amplifient.

Et pour ce faire, il faut se servir de soi comme d'un repère, un repère amical certes, mais aussi solide, stable, éduquant, structurant. Il faut accepter, et toute la richesse est ici, pour soi comme pour l'autre, de jouer souvent un rôle bien différent de celui qu'on joue en privé particulièrement je crois, lorsque l'on s'adresse à une population toxico-dépendante où il est question d'aimer sans doute, mais aussi d'assumer de ne pas toujours l'être d'emblée. Pour que la relation s'apaise, n'est-il pas nécessaire que les premiers orages, c'est-à-dire, les premières confrontations à des repères qui tiennent - et nous sommes ces repères - soient passés?

Armand Herbeto - Les Hautes Fagnes, centre de post-cure pour toxicomanes.

■ les autres services de santé

Comme nous l'avons signalé en début de ce descriptif du secteur santé, on trouve des éducateurs, en nombre plus restreint mais impossible à évaluer actuellement, dans d'autres services que nous citons ici pour mémoire.

■ les centres de santé mentale

En Wallonie, venant compléter le dispositif en matière de santé mentale, 56 centres agréés interviennent "en première ligne" sur le terrain par le biais de consultations (environ 35.000 par an) et d'activités d'information, de recherche et de prévention, ayant pour objet de promouvoir le dépistage précoce des problèmes de santé mentale et d'y apporter l'aide adéquate.

Le décret du 4 avril 96 les dote d'un cadre légal fixant les normes d'agrément et de financement, prévoyant le principe d'un service de santé mentale pour 50.000 habitants. Ce décret définit les missions comme suit: "accueillir, orienter et aider par des examens, des diagnostics, des conseils, des traitements et des accompagnements".

Les services travaillent en relation avec un nombre de partenaires issus aussi bien du champ psychiatrique que du champ de l'aide et de la prise en charge psycho-médico-sociale. En coordonnant leurs actions à celles menées par d'autres organismes (hôpitaux, médecins généralistes, réseau scolaire, structures judiciaires, secteur social, ...), ils assurent une prise en charge intégrée et 'globale' (dite en réseau) des personnes.

Par décret, l'équipe pluridisciplinaire doit comprendre au minimum un psychiatre, un psychologue, un travailleur social. Certains services développent des activités particulières pour lesquelles ils emploient des éducateurs: animation et maison de quartier, écoles de devoirs, lieux de rencontre.

■ les centres de planning familial

Poursuivant des objectifs d'information, d'aide, d'accompagnement et d'éducation dans les domaines de la vie affective, relationnelle et sexuelle, les centres de planning familial sont au nombre de 28 (francophones) à Bruxelles, où ils dépendent de la COCOF, et de 49 en Wallonie où ils dépendent de la Région wallonne. Ils organisent toute une série d'activités liées à leurs objectifs et emploient des éducateurs plus particulièrement pour celles d'éducation, d'animation et d'information notamment dans les écoles; certains éducateurs font également de l'accueil et de l'accompagnement des personnes.

■ les centres pédiatriques

Au nombre de trois en partie francophone du pays, les centres pédiatriques accueillent des enfants de 0 à 14 ans atteints d'une pathologie strictement médicale (maladies) ou psycho-médico-sociale. Accueillant les enfants en internat tout au long de l'année, ces centres organisent également la scolarité.

■ les services pédiatriques dans les hôpitaux généraux

Dans la plupart des services pédiatriques, la prise en compte des besoins d'activités ludiques et d'apprentissage, de relations affectives se généralise. Certains hôpitaux organisent "l'école à l'hôpital" et d'autres activités qui font appel à des intervenants spécialisés (comme les clowns). Si quelques-uns emploient des éducateurs ou travaillent en collaboration avec des écoles d'enseignement spécial, les problèmes de financement sont tels que les prestations sont le plus souvent le fait de bénévoles.



Les centres de Télé-accueil: écoute par téléphone dans l'anonymat: <http://www.tele-accueil.be/>

■ secteur de la santé

clowns hospitaliers Didier Sevrin

■ survol

L'idée des clowns à l'hôpital est née aux Etats-Unis, dans le courant des années 80, avant d'être relayée dans divers pays européens (France, Autriche, ...) et enfin en Belgique.

Actuellement, divers hôpitaux reçoivent régulièrement la visite des clowns hospitaliers. Soit il s'agit de **bénévoles**, formés expressément ou non, **d'artistes payés à la prestation**, soit encore d'artistes qui en plus de leurs pratiques artistiques décident de consacrer bénévolement quelques heures de leur temps à cette activité.

"Le miracle serait de me réveiller un matin avec un nez rouge et de grandes chaussures."

Annie Fratellini



Clown en milieu hospitalier: <http://www.rt49.be/social.php>

Les cliniclowns Belgique:
www.cliniclowns.be

Le besoin **d'animation dans les couloirs "enfants"** ne date pas d'hier. Les tout premiers clowns ne manquaient jamais de rendre visite aux hôpitaux des villes dans lesquelles ils plantaient leur chapiteau; par la suite, les activités de la Croix-Rouge de Belgique, des mouvements divers de jeunesse, de bénévoles, de projets d'école, jusqu'aux actuels et bien trop peu nombreux animateurs / éducateurs, clowns, artistes, ont investi ce besoin.

De tout temps, l'homme a donc cherché à utiliser le rire, pour attirer l'attention, pour vendre, pour... guérir, et bon nombre d'expériences ont d'ailleurs eu lieu à ce sujet. Une étudiante de l'école américaine dirigée par Ron Severini et sa femme qui sont les doyens du "clown collège" était une élève spécialisée en pathologie. Elle obtint des résultats remarquables en utilisant **la pantomime** pour faire la classe à des enfants retardés et à de jeunes sourds.

Les sociologues dénoncent, au niveau de notre champ social, l'absence d'étude sur le comique, sur les apports des clowns et des artistes techniciens en animation. L'enjeu est important et, s'il existe des projets à caractère thérapeutique, ceux-ci ne bénéficient pas de moyens suffisants quant à une éventuelle reconnaissance. Le travail, par exemple des clowns à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles en salle de réveil "projet visant à diminuer les complications postopératoires", doit se suffire d'un fonctionnement chaotique par manque de moyens, de reconnaissance et d'évaluation. La presse, elle-même, confirme également ces manques tandis que les spécialistes du terrain, médecins, infirmières, psychologues... émettent des réserves concernant le danger que peut constituer une approche non professionnelle dans ce domaine. Pourtant, chaque jour des enfants en rupture avec leur environnement social familial, par l'épreuve que constituent l'hospitalisation, la souffrance et la maladie, font apparaître des besoins dans le domaine de l'éducation et de l'animation. Le rôle de l'éducateur-animateur, formé et informé, trouve ici toute sa raison d'être. L'idée de **"formations spécifiques"** accessibles à tous les niveaux d'investissements serait certainement bienvenue.

Comment y répondra-t-on face au sort que l'on attribue au budget des groupements et institutions hospitalières, à la reconnaissance de toute la **vie associative** environnant ces

Les tout premiers clowns ne manquaient jamais de rendre visite aux hôpitaux des villes dans lesquelles ils plantaient leur chapiteau. De nombreux projets ont vu le jour quant à la nécessité d'introduire le rire, l'animation dans les pédiatries, voire dans certains projets thérapeutiques. En un siècle, les résultats obtenus, au départ grâce à l'altruisme de ces artistes de cirque, sont significatifs d'une volonté d'améliorer les conditions de l'hospitalisation de l'enfant malade, mais également de poursuivre une tradition populaire, même si actuellement le caractère purement altruiste semble faire place à un certain professionnalisme.

■ repères historiques

Le rire semblerait pouvoir être considéré comme **facteur de "bonne santé"**¹⁶ or l'homme moderne rit de 5 à 6 minutes par jour, soit trois à quatre fois moins qu'en 1939.

Au début du siècle, les clowns se rendaient déjà dans les hôpitaux. Des groupes d'artistes professionnels colportèrent, au début du siècle, leur bonne humeur sous les titres de "sourire à l'hôpital, la gaieté guérit, la santé dans la joie,..." Cette tradition qui émane de cette culture populaire ne s'est pas perdue au fil des temps. Ainsi, en janvier 1986, le grand clown Maï du cirque de Moscou, profitant d'une tournée en Belgique, ne manque pas de rendre visite à son collègue Tété de l'hôpital St-Pierre à Bruxelles.

De nombreuses études ont été réalisées sur les bienfaits du rire et les éventuelles possibilités de son utilisation dans le cadre thérapeutique:

Norman Cousins souligne dans ses études que de nombreux travaux scientifiques démontrent que le rire, les pleurs, et l'expression des émotions ont un effet extrêmement puissant sur l'amélioration du système immunitaire.

Tal Shaller, grand défenseur et pratiquant de la médecine holistique, a donné naissance à des interventions clownesques dans le milieu hospitalier mais également dans le milieu du travail et de la thérapie individuelle.

Annette Goodhart, psychologue de formation, est l'une des pionnières de la thérapie par le rire. Elle a enseigné le rire à des milliers de médecins, infirmières et thérapeutes.

Depuis 1987, le docteur **Michaël Katz**, chef du service pédiatrique au "presbyterian hospital de New-York" introduit un genre bien original de soin pour les enfants hospitalisés: des clowns. (Big apple Circus & Clown Care Unit).

BÉNÉVOLE / PROFESSIONNEL... UN PASSAGE!

Sans nier la motivation qui anime les personnes bénévoles s'engageant dans des structures d'aides, la formation qui permet d'assurer un travail suivi de qualité et écarte des risques d'erreur ne devrait-elle pas être obligatoire pour toute personne qui désire accomplir cette activité?

Sans être lui-même professionnel, le bénévole sera confronté à un milieu "professionnel" (structures, jargon médical, contact soignant,...) et s'il veut s'impliquer au mieux dans la tâche qu'il désire assumer...

Ne serait-il pas dès lors primordial qu'il se spécialise quelque peu?

¹⁶D'après le livre de E. Smadja, "Le rire".

Depuis 1992, différentes associations et groupes de clowns sillonnent nos hôpitaux tant en région franco-phone que néerlandophone.

■ éducateur-animateur dans le milieu hospitalier

Suite aux différentes actions menées en vue de faire reconnaître le statut du travailleur éducateur ou animateur en milieu hospitalier, un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre a été publié le 06/10/1999.

Celui-ci précise: "Pour l'organisation des activités ludiques et l'occupation des temps libres l'hôpital doit disposer de personnel auxiliaire à concurrence de ½ ou un équivalent temps plein selon que les services des maladies infantiles (index E) comptent jusqu'à 30 lits ou plus. Le personnel auxiliaire doit être porteur d'un brevet ou d'un diplôme de l'enseignement secondaire ou d'un certificat d'étude de l'enseignement secondaire et doit pouvoir justifier avoir suivi avec fruit un programme de formation de 80 heures approuvé par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions. Le soutien psycho-social des mineurs hospitalisés de moins de 15 ans et de leur famille ou des représentants légaux est assuré, à concurrence de ½ équivalent temps plein pour les services E jusqu'à 30 lits et d'un équivalent temps plein pour les services E de plus de 30 lits, par du personnel auxiliaire porteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court au moins".

Ceci signifie explicitement que les soins sont confiés à du personnel qualifié. Un infirmier pédiatrique doit être assisté d'un nombre suffisant d'auxiliaires, tant en ce qui concerne les soins proprement dits, que pour assurer aux mineurs hospitalisés âgés de moins de 15 ans des activités ludiques et l'occupation des temps libres, ainsi qu'un soutien psycho-social pour ces mineurs et leur famille.

Cet arrêté royal ouvre donc clairement des portes pour les éducateurs classe 2 avec une spécialisation en animation ludique en milieu hospitalier, ainsi que pour les éducateurs classe 1 dans les secteurs de l'animation et de l'accompagnement psycho-social. Un hôpital peut donc obtenir des subventions lors de l'engagement de personnel auxiliaire diplômé et lorsque celui-ci rentre dans les normes fixées par cet arrêté royal.

L'Enseignement de promotion sociale a ouvert la formation "Animation ludique en milieu hospitalier pédiatrique" qui permet de correspondre aux titres exigés pour qu'un hôpital puisse bénéficier de subventions et travaille actuellement sur l'ouverture d'un dossier pédagogique visant à répondre aux exigences de l'accompagnement psycho-social.

■ quelle identité?

Les clowns évoluant dans les milieux hospitaliers fonctionnent de façon très différente selon les associations auxquelles ils appartiennent et selon les philosophies qui s'en dégagent.

Quelques associations de clowns:

Association Cliniclowns (hôpital des enfants, Docteur Zinzin et Carabistouille).

Association "Clowns-Events & Formations" (St-Pierre Bruxelles, Clown Tété).

Paolo Doss. (Cliniques universitaires St-Luc Bruxelles).

Clown, Art & Thérapie (Liège. Ch. Moffart).

Le clown rentre chez lui après chaque activité avec une valise encore plus lourde qu'à l'aller. Elle peut être remplie de rire, de sourire, d'émotions, de tristesse, de souffrance et parfois de "mort". Comment arrivera-t-il à gérer ces retours parfois difficiles? Quelle sera son implication lors de la gestion de ses propres affects et quelles aides pourra-t-il trouver?

— l'identité sociale

Clown: "Mot anglais signifiant comédien du cirque, doué d'agilité, d'humour".

L'ensemble des associations poursuivant ce type d'activités est constitué en "ASBL" et défend des projets de types humanisation des pédiatries, animation, amélioration des conditions de l'hospitalisation de l'enfant, éducation en milieu hospitalier. Elles défendent la qualité et le professionnalisme de leurs activités, tout en tenant compte du respect et des limites créatrices de leurs artistes.

Enfin certaines différences peuvent encore ici être mentionnées. Elles recouvrent les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre. C'est ainsi que nous pourrions observer des **clowns artistes**, des **clowns thérapeutes**, des **thérapeutes clowns**.

— l'identité pédagogique

Le problème de la formation est soulevé... Clown éducateur, clown thérapeute, soignant clown, artiste clown, animateur... Quelle devrait être sa formation?

Certaines associations s'entourent d'un comité scientifique qui les épaula dans leur mission mais ce n'est pas généralisé. En fonction des objectifs pédagogiques de chacune d'elles, des moyens seront déployés en vue de favoriser divers aspects tels que l'éducation, l'aspect purement ludique ou récréatif, la thérapie, l'accompagnement, l'apprentissage,...

■ le public cible

Les différentes activités proposées par les associations clowns sont destinées aux publics des pédiatries de nombreux centres hospitaliers belges (bien que certains clowns évoluent en gériatrie ou en confrontation directe avec des publics plus âgés). Parler des publics impliquerait de relever l'ensemble des pathologies liées aux hospitalisations, ce qui serait extrêmement complexe. Toutefois une forme de taxonomie pourrait être simplement réalisée en tenant compte des durées d'hospitalisation.

Les objectifs varient également en fonction des durées. Lors des hospitalisations de courte durée, on parle facilement d'objectifs axés principalement sur le jeu et la détente. Pour les hospitalisations moyennes et longues, on parle beaucoup plus de soutien éducatif, d'accompagnement psychologique, médical, voire thérapeutique (du moins pour certains projets), sans pour cela mettre de côté la fonction première de ce drôle de personnage "garant du rire". Une autre taxonomie pourrait être réalisée en tenant compte de l'âge du public, les clowns intervenant régulièrement pour des publics d'enfants âgés de 3 à 12-13 ans.

Nous sommes clowns en milieu hospitalier:

- Tout en douceur, nous essayons d'ouvrir la parenthèse pour dessiner un sourire-couleur sur le visage de l'enfant malade.
- Nous provoquons la rencontre et invitons l'enfant à faire ses bagages pour voyager dans un monde imaginaire où l'on partage des états d'âmes dans un lieu fait de connivences.
- Nous tentons de détendre l'atmosphère en tricotant une ambiance. Quand le clown rejoint l'enfant dans un monde fait d'émerveillements, ces mots magiques peuvent permettre d'oublier le quotidien, de dédramatiser. Le clown enclenche l'interrupteur qui illumine le visage de l'enfant.
- C'est l'enfant qui donne vie au clown. Il en fait "un personnage". L'enfant fait naître le clown et peut le faire disparaître d'un coup de baguette magique.
- Nous sommes souffleurs de bulles de doux-mots-chauds qui éclatent et parlent au cœur et au corps de l'enfant malade.