

# BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°6 - juin 97

# N°6



## Sommaire

- 2 à 3**    **En direct de...**  
*La cité du Lambin à Auderghem*
- 4 à 6**    **Autant le savoir**  
*Répartition des budgets en matière de santé au plan fédéral, communautaire et régional - 1997*
- 7**        **A la recherche de...**  
*Santé mentale des jeunes*
- 8 à 15**   **Dossier**  
*Les facteurs psycho-culturels : autres déterminants de la santé*
- 16 - 17**   **Initiatives**  
*- D'ici et d'ailleurs*  
*- L'art : thérapie préventive ou lieu de rencontre*
- 18-19**   **A propos de...**  
*Bruxelles, ville européenne de la culture en l'an 2000*
- 20**       **Documentation :**  
*- Bibliographie «culture et santé»*  
*- Sélection de documents récents*



BELGIQUE  
P.P.  
1050 BRUXELLES 5  
1/6233

Bureau de dépôt  
Bruxelles 5

*«Quoi encore ? Encore la culture dans tout cela ! La culture, c'est pourtant les artistes, le cinéma, la peinture. Que je sois en bonne forme ou malade n'a rien à voir avec les romances et les pinceaux !»*

*Et pourtant.*

*On dit bien que la culture, c'est aussi la manière de se vêtir, de manger, de s'adresser aux autres, de vivre dans les groupes. Cela voudrait dire que la culture, ce n'est pas seulement la production et la consommation de l'art mais aussi ce que l'on vit. Cela veut dire qu'il y a des aspects non-artistiques dans la culture, des manières que les hommes ont inventées pour vivre leur vie quotidienne, pour faire face aux intempéries, aux défaillances de leur corps, aux grands événements qui jalonnent leur vie : la naissance des enfants, la maladie, la mort...*

*Pourquoi dès lors vouloir séparer ce que la vie a uni ? Notre santé, c'est notre état de bien-être ou de mal-être que nous considérons avec des lunettes dont nous disposons, et c'est en quelque sorte notre culture qui fabrique nos lunettes. Madame Georgette se déclare en bonne santé, et cela est recoupé par le savoir médical occidental, car elle va faire un «check-up» annuel. Drame quand le médecin traitant nous conseille de cacher l'étendue du mal à un de nos proches au stade terminal du cancer et que celui-ci nous dit complice: «cette fois-ci, j'en suis sorti, je suis vraiment guéri». Pour ce proche, il y a une perception subjective d'un état de bien-être en complète disjonction avec le diagnostic alarmant du médecin. Et puis il y a notre fameux «Malade imaginaire» qui tyrannise son entourage en s'inventant sans cesse les pires maladies et escomptant de cela les bénéfices secondaires d'un processus morbide dont il ne souffre pas. Et il y a enfin le stoïque ludique qui sait sa maladie, moment où la perception subjective du patient ne fait qu'un avec le regard médical objectif.*

*La santé, la maladie et les soins sont l'affaire de tous. Nous nous adressons au médecin en fonction d'une culture héritée; nous pouvons plus ou moins bien, en fonction de notre capital culturel, interpréter le caractère plus ou moins morbide des symptômes. La thérapie systémique et la sagesse africaine insistent sur la dimension collective de certaines maladies, sur le fait que telle personne collectionne les maladies de tout le monde, qu'elle encaisse en quelque sorte pour tout le monde et que par son corps, elle dit les symptômes du malaise global.*

Suite p. 19

# En direct de...

## La cité du Lambin à Auderghem

**Ils ont entre 73 et 89 ans. Ils vivent dans la cité du Lambin à Auderghem et font du théâtre depuis bientôt 2 ans. Une assistance sociale du service de santé mentale «Le Grès» nous présente cette initiative.**

La cité du Lambin à Auderghem est un quartier majoritairement (60 %) occupé par une population âgée de plus de 60 ans. Les 40 % restants se composent d'une part de familles, et d'autre part d'isolés adultes.

Ce complexe de logements sociaux, situé à flanc de colline derrière le boulevard du Souverain, s'articule autour d'un ensemble de larges immeubles de 6 à 8 étages contenant chacun en moyenne une soixantaine d'appartements. Trois des immeubles ne comportent que des appartements à une chambre et sont pour l'essentiel habités par des personnes âgées et/ou seules. Le «Lambin» est d'un accès difficile pour les plus de 60 ans. Il est, de plus, relativement isolé. On n'y trouve pas de commerces ni de moyens de transport à moins de 300 mètres. De tels lieux ne favorisent pas les relations intergénérationnelles, même si deux des bâtiments comportent une salle communautaire.

Face à une telle concentration de personnes âgées et à l'émergence de problèmes caractéristiques à cette génération, le service de santé mentale «Le Grès», situé non loin, a développé deux projets cherchant à prévenir des problèmes de santé mentale liés au vieillissement. «Les Coeurs Joyeux» et «le Théâtre Action» consistent «à réinsérer les personnes âgées au sein du quartier dans des réseaux actifs de communication où sont sollicitées leurs aptitudes relationnelles et leurs aptitudes à la transmission.»

## Les cœurs joyeux

Fin de l'année 91, le Grès organise, en partenariat avec l'Antenne locale du Syndicat des Locataires, une réunion à l'attention des personnes âgées du quartier Lambin.

L'objectif de la réunion est large. Il s'agit d'aller à la rencontre de ces personnes afin de leur permettre d'exprimer leurs problèmes quotidiens et de déterminer les pistes de solutions qu'elles envisagent. Les constats évoqués par les participants sont éloquentes. Les préoccupations dominantes sont toujours les mêmes: la solitude, les deuils successifs, la perte d'autonomie, le manque d'aide à domicile, la peur de troubles psychogériatriques... sont parmi les plus évoqués.

«Les Coeurs Joyeux» naissent de cette réunion dès janvier 1992. Le groupe rassemble quelque 15 à 20 personnes (en majorité des femmes), entre 75 et 90 ans, tous les mercredis après-midi dans la petite salle communautaire d'un des immeubles du Lambin. Ces participants vivent, pour la plupart, seuls à domicile, mais bénéficient du soutien des services de soins et d'aide à domicile (aides familiales, infirmières, repas...). Depuis 1994, le groupe s'est ouvert à des résidents du «Home Fabiola» du CPAS d'Auderghem.

«Les Coeurs Joyeux» jouissent de pensions modestes, ont tous travaillé comme ouvriers, le plus souvent dans des ateliers de confection et de couture. Rompre leur solitude est la première motivation exprimée par les participants pour expliquer leur venue aux réunions.

Les réunions se veulent avant tout un espace de paroles, de rencontres, d'informations diverses pour les habitants du quartier. Elles ont notamment permis, depuis 4 ans, d'organiser des activités (sorties en groupe, voyages, fêtes de quartier), d'élaborer des projets d'aménagements du site (demandes de bancs, rampes d'accès), de créer un réseau d'entraide entre locataires d'un des immeubles, de rencontrer les adolescents du quartier, etc.

## Action théâtre

Le projet «Théâtre Action» né en octobre 1995, en partenariat avec la Compagnie du Campus, a pour objectif la prévention des problèmes de santé mentale liés au vieillissement, par la réinsertion des personnes âgées dans des réseaux actifs de communication. Pour ce faire, le Grès a fait appel aux comédiens-animateurs de la Compagnie du Campus. Ce groupe de théâtre-action, issu du jeune théâtre de l'ULB, met en oeuvre depuis les années 70 les principes d'un théâtre qui se veut au service de l'action culturelle et politique. Le travail d'animation en atelier avec des non-acteurs a toujours été un des aspects majeurs de l'engagement de la Compagnie et ce, dans un projet culturel qui traverse toute la société pour répondre plus particulièrement aux attentes des plus âgés.

La Compagnie du Campus a ainsi réalisé, avec un groupe d'une quinzaine de personnes du quatrième âge issues de la Cité Lambin et du Home Reine Fabiola à Auderghem, une création théâtrale collective à partir de chansons populaires sur le thème de la mémoire individuelle et collective. Les comédiens ont entre 73 et 89 ans. Ils fréquentent tous la réunion des Coeurs Joyeux. Ils vivent à domicile ou sont pensionnaires du Home Fabiola du CPAS d'Auderghem. Quatre représentations du spectacle ont été données en octobre 96.

Le travail sur la mémoire commune du groupe est un moment important. De ses souvenirs personnels, on s'ouvre sur des souvenirs propres à une communauté ou relatifs à des événements sociaux, des faits de société et d'histoire, passés et vécus en commun. Sont ainsi mises en évidence les interrelations entre la mémoire individuelle et la mémoire collective, ainsi que la diversité des perceptions d'un événement en fonction d'une série de paramètres personnels (statut social, situation familiale, enjeux et objectifs personnels...). Même si le retour au passé impulse et structure le travail, le but reste toujours de rendre cette mémoire significative dans le monde actuel et non d'en faire un repli sur le passé ou une crispation identitaire. La démarche de la création théâtrale participative est à même d'engager chez ces personnes un processus de création visant à la production d'une autre image d'elles-mêmes, à leurs yeux comme aux yeux des autres.

Par l'appel à la mémoire et à l'imagination, par l'expression et l'écoute, il s'agit de rétablir la communication avec les autres, la mobilisation autour d'un projet à réaliser en commun.

Il s'agit encore de permettre l'acte de dire, conçu comme l'essence même du geste culturel, acte d'affirmation de soi et de participation à la vie sociale.

L'atelier théâtral vise toutefois plus un processus qu'une performance. Si la représentation publique se doit d'être l'aboutissement valorisant et l'issue réussie du travail de création, elle ne se veut ni une prouesse ni un record. ■

*Pascale Van der Meerschen*  
*«Le Grès»*

*«Le Grès»*  
*Rue des 3 Ponts 51*  
*1160 Bruxelles*  
*Tél. : 02/660.50.73*

# Autant le savoir

## RÉPARTITION DES BUDGETS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU PLAN FÉDÉRAL, COMMUNAUTAIRE ET RÉGIONAL - 1997

Les tableaux ci-après ne donnent qu'un éclairage partiel des budgets «santé» en Belgique. Une série de données n'a, en effet, pas pu être obtenue. Ainsi, à titre d'exemple, les chiffres relatifs aux soins à domicile ne comprennent pas l'ensemble des soins à domicile couverts par l'Inami; d'autres, telle l'aide médicale urgente ne concernent que la région de Bruxelles-Capitale. Le total des soins de santé Inami s'élève à 428.300.000.000.

### Santé mentale

Commission Communautaire Française		Commission Communautaire Commune		Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement
Subventions aux services de santé mentale	316.200.000	Frais de fonctionnement du service à gestion séparée Service de Santé mentale de la CCC (ex-centre de guidance de la Province du Brabant)	2.700.000	
Subventions aux centres de Télé-Accueil	22.000.000	Financement de la Plate-Forme de santé mentale	2.000.000	Financement des plate-formes de concertation en santé mentale 38.474.536 (1.1.97)
Subventions pour des études et des initiatives originales en santé mentale	14.000.000	Subventions aux services de santé mentale (secteur privé) et aux centres de télé-accueil	20.600.000	
Subventions pour les lieux d'accompagnement psycho-social de la petite enfance	2.200.000	Subventions aux services de santé mentale (secteur public)  Subventions pour les projets d'accompagnement de victimes d'agressions sexuelles intra- et extra-familiales - secteur privé - secteur public	45.600.000   2.000.000 2.000.000	
<b>TOTAL</b>	<b>354.400.000</b>		<b>74.900.000</b>	<b>38.474.536</b>

## Toxicomanies

Commission Communautaire Française	Communauté Française	Commission Communautaire Commune	Inami	Ministère de l'Intérieur et Région de Bruxelles-Capitale
Subventions aux services actifs en matière de toxicomanies 70.000.000	Prévention primaire en toxicomanies 28.000.000	Frais découlant d'activités en matière de toxicomanies (projet concertation toxicomanies Bruxelles) 9.000.000	1.000.000.000 (estimation) dont 509.200.000 (Point 30, Drogues, proposition 97, Assurances soins de santé)	Contrats de sécurité et de prévention (Bruxelles) 100.465.000 (pour la poursuite de l'encadrement social dans les quartiers, l'aide aux victimes et la prévention de la toxicomanie) Frais de fonctionnement et de personnel (Ministère de l'Intérieur) 62.695.400
Subventions pour des initiatives dans le domaine des toxicomanies 25.000.000				

## Éducation à la santé prévention et promotion de la santé

Commission Communautaire Française	Communauté Française	Commission Communautaire Commune
Subventions aux Associations en matière de Santé 19.000.000	Éducation pour la santé 142.400.000	Subventions d'activités liées à la politique de santé (secteur privé) 2.000.000
	Médecine préventive -soutien aux activités éducatives et de dépistage - prophylaxie générale - programme de vaccinations de la Communauté Française - IHE (part du budget de la Communauté Française) 94.600.000 11.400.000 48.800.000 45.500.000	Subventions d'activités liées à la politique de santé (secteur public) 1.000.000
	Recherche en promotion de la santé 9.000.000	Frais de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche 3.800.000

## Observatoire de la santé

### Commission Communautaire Commune

Frais de fonctionnement du service à gestion séparée Observatoire de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale	5.000.000
---	-----------

## Sida

Communauté Française		Inami	
Agence de Prévention Sida	131.500.000	Centres de références Sida	76.400.000

## Inspection médicale scolaire

### Communauté Française

Inspection médicale scolaire	565.600.000
------------------------------	-------------

## Centres de santé intégrés (Maisons Médicales)

### Commission Communautaire Française

Subventions aux Associations de santé intégrées	30.000.000
---	------------

## Soins à domicile

Commission Communautaire Française		Commission Communautaire Commune	
Subventions aux associations en matière de soins palliatifs et continués	15.000.000	Subsides aux associations privées concernées par la politique de soins à domicile	1.000.000
Subventions aux centres de coordination	35.000.000	Subsides aux services publics concernés par la politique de soins à domicile	200.000

## Aide médicale urgente

### Région de Bruxelles-capitale

Aide médicale urgente	479.200.000
-----------------------	-------------

## Habitations protégées

### Inami

Initiatives d'habitations protégées	651.400.000
-------------------------------------	-------------

## Santé mentale des jeunes

*Les cliniciens de santé mentale, les éducateurs et même les pouvoirs publics ne disposaient, jusqu'il y a peu, d'aucune donnée représentative des comportements de santé des jeunes scolarisés Bruxellois âgés de 12 à 18 ans. Cette absence d'informations est désormais partiellement comblée.*

L'enquête «Santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale» permet aujourd'hui d'estimer les problèmes et les besoins de cette population dans le domaine de la santé mentale, de mieux saisir leur réalité sociale et individuelle et de préciser l'usage de drogues illicites.

### Méthode, Echantillon

L'étude a été effectuée dans le courant de l'année scolaire 1993-1994 à l'initiative de l'Ecole de santé Publique de l'ULB, Unité de Promotion et d'Éducation pour la santé (PROMES), en collaboration et à la demande de la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale pour Bruxelles-Capitale. Elle consistait à fournir, dans un premier temps, un questionnaire anonyme aux jeunes fréquentant, le jour de l'enquête, l'enseignement secondaire francophone et néerlandophone, subventionné de plein exercice, dans la région de Bruxelles-Capitale. Une classe de chaque niveau d'étude (de la première à la sixième année) a ensuite été tirée au sort. L'échantillon observé concerne donc 2.209 jeunes (1857 francophones et 352 néerlandophones).

Nous avons choisi de vous donner les données principales concernant la perception de ces jeunes quant à la santé mentale et au bien-être. D'autres informations sont développées dans l'étude. Elles concernent les jeunes et l'école, la consommation de drogues illicites et le recours aux soins en cas de problèmes «psy».

### Observations principales

- Sentiment de bien-être individuel  
La grande majorité des jeunes (74 %) se disent heureux. On notera cependant que, parmi ceux qui se déclarent malheureux (26 %), les filles sont majoritaires

et plus particulièrement celles âgées de 17-18 ans (32 %).

- Perception de son corps  
44 % des garçons et 69 % des filles désireraient modifier leur apparence physique. Les filles sont généralement moins satisfaites de leur taille et de leur poids que les garçons.

- Sentiments dépressifs  
Ils sont 23 % à exprimer des sentiments dépressifs et ce sont, une fois encore, les filles (28 % contre 17 % des garçons) qui manifestent majoritairement ce sentiment. La proportion augmente avec l'âge - elle passe de 21,3 % chez les 14 ans à 33,6 % chez les 17-18 ans - et varie encore selon la nationalité. Elle est, en effet, plus importante chez les non belges et les non CEE. La proportion de garçons exprimant de tels sentiments reste stable quel que soit l'âge et la nationalité.

- Sentiment de solitude  
18 % des jeunes scolarisés déclarent se sentir souvent seul. Cette proportion semble grandir avec l'âge pour atteindre son maximum entre 17 et 18 ans et semble toucher les filles plus que les garçons.

- Comportement et idéation suicidaires  
34 % des jeunes déclarent avoir déjà envisagé le suicide. Les filles - surtout vers 15-16 ans - s'en préoccupent davantage que les garçons. Cette proportion augmente encore avec l'âge. Parmi l'ensemble de l'échantillon, 131 élèves (soit 6 %) avouent avoir déjà fait une tentative de suicide et 45 (2 %) à plusieurs reprises. A nouveau, les filles sont plus nombreuses (9,4 %) à reconnaître une telle tentative que les garçons (6,6 %).

### Conclusions

L'expression d'un certain malaise ressort davantage chez les filles que chez les garçons. Celui-ci peut se traduire par des sentiments de solitude, de mal-être voire de dépression. Les garçons, par contre, auraient plutôt tendance à exprimer ce malaise par des comportements à risque. Cette hypothèse est en accord avec toutes les études de la littérature internationale. ■

*Pr. M. DE CLERCQ, A. VRANCKX - Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale pour Bruxelles-Capitale - Dr F. NAVARRO, Pr. D. PIETTE - Université Libre de Bruxelles «Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale, Recherche effectuée à la demande des Ministres H. HASQUIN et J. CHABERT, 1996*

# Les facteurs psycho-culturels : autres déterminants de la santé

**Divers facteurs, médicaux et non-médicaux, influencent directement la santé de l'homme. Selon le Docteur L. Berthet, (directeur général honoraire du Centre International de l'Enfance à Paris), ces déterminants de la santé peuvent schématiquement se répartir selon cinq classes principales : les facteurs géographiques, politiques, démographiques, socio-économiques et psycho-culturels.**

**Nous allons dans ce dossier nous attacher plus spécifiquement aux facteurs psycho-culturels et tenter de préciser la relation entre la culture et la santé, d'établir les implications de la culture sur la santé.**

Penser culturellement la santé pose d'emblée la question du sens donné au mot «culture».

La culture ne se limite pas aux acquis de l'éducation. Elle englobe autant «les croyances sur le monde, les manières d'agir, de penser, une pratique de vie, de valeurs, un élément constitutif de l'identité que leur expression artistique, symbolique et que la connaissance qui en est produite.»

Ainsi, la perception qu'un individu a de la maladie est influencée par sa provenance culturelle. La normalité ou non des symptômes et des fonctions organiques peut, dès lors, s'expliquer par cette appartenance culturelle. Celle-ci apportera, en effet, une explication à l'origine des troubles, précisera l'investissement de la personne dans sa propre prise en charge et modulera la façon dont seront assurés le traitement et le suivi. C'est pourquoi, une vision trop limitée de la culture pourrait conduire à une interprétation arbitraire et injustifiée de la situation clinique.

Raymond Massé, dans son ouvrage «Culture et santé publique» convie ses lecteurs - et plus particulièrement les intervenants du monde de la santé publique - à une initiation aux relations existant entre la culture et la santé. Pour lui, les sciences sociales, et l'anthropologie en particulier, n'ont pas attendu d'être sollicitées par la santé publique pour étudier les rapports entre société, culture

et santé. Les récits ethnographiques des 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles faisaient déjà mention de rapports étroits entre la religion, la magie et la médecine dans la mesure où les guérisseurs, les shamans et autres sorciers remplissaient des fonctions à la fois religieuses et thérapeutiques. En 1924, Rivers dans son ouvrage «Medicine, Magic and Religion» émet l'hypothèse de l'existence d'un lien étroit entre, d'une part, les croyances reliées à la maladie et à la médecine et d'autre part, les univers magiques et religieux. Pour cet auteur, les comportements et les pratiques rattachés à la prévention ou au traitement de la maladie sont déterminés par un type de déterminant culturel: les croyances.

Les années 30 voient les anthropologues, les psychologues et les psychiatres se consacrer à l'étude de l'influence de la culture et de l'organisation sociale sur la personnalité de base. De ce mouvement naît l'opinion du danger d'attribuer à la nature ce qui relève de la culture ou encore de considérer comme universel ce qui est propre à une culture particulière.

Selon Massé, le comportement humain ne peut être compris qu'à la lumière de la culture du groupe social d'appartenance. Chaque société est constituée - parallèlement à un savoir et à un système de soins dominants fondés sur la science ou la tradition officielle- d'un ou de plusieurs systèmes de soins et d'interprétation de la maladie basés sur le savoir populaire. Les comportements des individus composant une société sont largement tributaires de ce savoir populaire. Des ponts culturels doivent dès lors être posés entre le savoir médical et les savoirs populaires, tant pour ce qui est de la définition des besoins en services préventifs que pour la détermination du contenu des programmes et l'évaluation de leurs retombées.

*Basé sur une étude effectuée à New York, le tableau suivant situe la présentation et l'interprétation des symptômes, qui par exemple, diffèrent selon qu'on les analyse à la lumière du modèle biomédical ou du modèle culturel.*



	Modèle biomédical	Modèle déterminé par l'appartenance ethnique
Modification de l'état de conscience (trances, visions)	Souvent considérées comme anormales	Souvent considérées comme normales ou même souhaitables
Attitudes devant la douleur	Stoïcisme à moins que les plaintes ne soient compatibles avec une pathologie organique évidente	Sont escomptés et considérés comme salutaires soit un stoïcisme total, soit une expression spectaculaire de sa douleur

Johnson TH, Hardt EJ, Kleinman A: Cultural factors in the medical interview, in Lipkin M Jr, Putman SM, Lazare A (eds). The Medical Interview. New York, Springer-Verlag 1994.

## L'anthropologie de la santé : une autre lecture de la réalité

L'anthropologie de la santé est, en quelque sorte, une sous-discipline de l'anthropologie, la science qui s'attache à étudier l'homme en société. L'anthropologie appliquée au domaine de la santé se consacre, plus précisément, d'après Massé, «à l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé.» Dans cette optique, l'anthropologie de la santé se donne comme objectif de comparer les constituants des systèmes de santé pouvant être reconnus comme universels de ceux qui sont propres à une culture plus spécifique.

Les apports de l'anthropologie à la santé publique se fondent sur le choix de notions et d'analyses à l'opposé des concepts et des modèles fréquemment admis comme des évidences par les sciences de la santé. On peut citer parmi ses principales contributions les huit points suivants.

### Une définition élargie de la maladie

La maladie n'est plus réduite à une réalité biologique seule. L'anthropologie de la santé propose de considérer la maladie «non plus comme une configuration de signes cliniques, mais comme un syndrome d'expériences vécues et chargées de significations, d'interprétations et d'explications.»

Les anthropologues anglophones ont tiré parti de trois termes reliés à la maladie pour exprimer trois dimensions (physique, culturelle et sociale) des problèmes de santé. Le premier «Disease» évoque la maladie dans ses dimensions biologiques et physiologiques. Le second «Illness» fait apparaître la dimension culturelle de la maladie. Le troisième «Sickness», développé par Young, suggère la dimension socioculturelle de la maladie.

### Une action en faveur d'une épidémiologie socioculturelle

L'anthropologie de la santé tient compte des événements et des difficultés de la vie, de l'étendue et de la nature des relations fondées entre les membres du réseau social, des caractéristiques de la communauté locale et de tout autre facteur de risque conditionné par l'environnement social et culturel.

### La promotion d'une ethnoépidémiologie

L'anthropologie de la santé souligne la fragilité des seules catégories diagnostiques médicales, en particulier pour les désordres mentaux. La maladie est perçue comme la résultante du choc entre diverses interprétations des symptômes, soit les reconstructions qu'en font le malade, les membres de son entourage, les professionnels de la santé et les thérapeutes alternatifs.

### La mise en évidence des modèles étiologiques populaires

Ceux-ci doivent être considérés comme autant de déterminants des processus de maintien de la santé et des divers comportements reliés à la santé et à la maladie.

## ***Le souci de consacrer autant d'énergie à la recherche portant sur les savoirs populaires qu'à la recherche épidémiologique classique***

Les savoirs populaires doivent faire l'objet d'une constante redéfinition et n'autorisent aucune approche sommative des connaissances.

La recherche épidémiologique classique vise, elle, à valider des hypothèses, des modèles et à construire un savoir savant ayant pour objectif l'accumulation de connaissances.

## ***Une redéfinition de l'utilisation des services***

Elle considère cette utilisation comme un processus qui s'échelonne tout au long d'une histoire naturelle de la maladie signifiée et socialisée. Une histoire comportant plusieurs stades à travers chacun desquels agissent les facteurs socioculturels.

## ***Une remise en question du modèle rationnel d'utilisation des services de santé***

Elle réfute la conception d'un usage des services de santé, fondé sur la gravité des symptômes et l'accessibilité des services. Au contraire, elle resitue les comportements d'utilisation dans le cadre d'un itinéraire complexe, parfois circulaire, qui conduit l'individu à puiser dans trois secteurs de soins: les secteurs populaire, alternatif et médical.

## ***Une approche de la culture comme un facteur explicatif extérieur à la santé et à la maladie***

La culture est omniprésente, tant dans la construction et l'expression de la maladie que dans la gestion du processus de maintien de la santé.

L'apport essentiel de l'anthropologie à l'interprétation de la maladie ne doit toutefois pas, selon cet auteur,

occulter le fait que la maladie est elle-même nourrie par de réelles différences économiques et des rapports sociaux inégalitaires (basés sur le sexe, l'ethnie, etc.). La santé publique ne peut tirer profit des recherches sur les savoirs populaires que dans la mesure où les déterminants culturels de la santé sont étudiés au travers des interrelations entre les divers ordres de facteurs (sociaux, politiques, économiques, culturels) qui influent sur la santé. ■

Sources:

- *Culture et santé publique*, Raymond Massé, Gaëtan Morin éditeur, 1995

- *Tous acteurs de la santé*, Jean-Pierre Deschamps avec la collaboration de Laurent Roman et Guy Delobel, *Éducation Santé*, Mars 1997

- *Médecine transculturelle: une réflexion théorique sur la pratique des soins dans une société pluriethnique*, F. Gary, E.J. Hardt, R.W. Putsch, commentaire Dr L. Ferrant, *Patient Care*, Mars 1995

- *Éducation permanente et santé*, France Lebon, *La Santé en affiches*, catalogue de l'exposition

## **Malades ici, venus d'ailleurs, vers une approche interculturelle de la santé**

Depuis trois ans maintenant, l'asbl Résonances à Liège s'attache à explorer les relations interculturelles dans le domaine de la santé. La parole a dans un premier temps été donnée au personnel soignant, par le biais d'un colloque, à propos de la façon dont il gère la relation avec les soignés dans un contexte interculturel. Il s'est ensuite avéré indispensable de permettre à la population migrante de faire part des rapports qu'elle entretient avec le monde médical (ses hommes, ses institutions, ses codes...).

## ***Le choix des groupes***

Les groupes avec lesquels Résonances a travaillé ont été choisis sur base des critères suivants:

- le groupe devait dépendre d'une institution existante
- l'association dont le groupe dépendait devait être située dans un quartier à forte population immigrée
- le groupe devait être composé de personnes d'origine étrangère

- il devait fonctionner depuis un bon moment car il était nécessaire qu'une intimité certaine se soit établie entre ses membres
- les animateurs habituels des groupes devaient être motivés par le projet et donc participer aux animations.



Quatre associations ont été intéressées par le projet: la Tchicass(Liège), l'asbl Sainte-Walburge (Liège), la Communauté africaine de Fragnée (Liège) et le Turk Danis (Verviers).

De ces rencontres est née l'idée de proposer une brochure d'information générale destinée non seulement au monde médical mais à tous ceux qui peuvent être confrontés, un jour ou l'autre, aux problèmes de santé des migrants. En effet, même en faisant preuve de bonne volonté, la compréhension de la plainte de l'autre peut s'avérer difficile. Les études de médecine, d'infirmières, d'assistante sociale etc... sont inscrites dans la culture qui les organise. C'est par conséquent, tout le background culturel occidental qui nourrit les diagnostics et codifie les plaintes, la plupart du temps au détriment de l'empathie dont le praticien pourrait faire preuve vis-à-vis de son patient quel qu'il soit. Pour communiquer avec un patient étranger, il faut d'abord comprendre ses références culturelles sans pour autant les juger. De plus, la dissymétrie entre le patient migrant et le professionnel est encore accentuée par le fait que l'institution hospitalière fonctionne selon des rites bien définis qui sont profondément étrangers aux références culturelles des migrants d'autant plus fragilisés en situation d'ac-culturation.

Résonances désirait donner la parole à ces hommes et à ces femmes qui souffrent ici, mais qui viennent d'ailleurs. Cinq thèmes furent retenus :

- l'éducation sexuelle, la grossesse, la contraception;
- l'alimentation;
- la fatigue;
- la santé mentale;
- la maladie, la fièvre.

L'exemple ci-dessous illustre la visée anthropologique du travail, se voulant être une réflexion ouverte sur le rapport culturel à la santé. La brochure «Malades d'ici, venus d'ailleurs» ne se veut nullement exhaustive. En effet, il est difficile de savoir dans quelles mesures le nombre de personnes ressources et d'aires culturelles rencontrées sont représentatives des populations allochtones. Le but de Résonances était ailleurs: tenter d'améliorer les relations du monde médical à l'altérité...

## La santé mentale en Afrique centrale

En Afrique, la folie semble se situer sur deux pôles: soit le malade est touché par la bénédiction divine (folie positive), soit il est maudit (folie négative). Dans un article général portant sur la folie en Afrique, paru en 1984, M.-N Schurmans oppose la figure du «bon fou», recyclable par la société, à celle du «fou pollueur», irréversible subversif que la société ne peut que bannir. Celui-ci «révèle les incapacités institutionnelles à l'internalisation des nuisances nouvelles». (1)

Les affirmations de ce Sénégalais que nous avons rencontré vont dans ce sens: «*Chez moi, la folie, ça a un effet bénéfique, dans la mesure où très souvent, les sorciers, chez nous, commencent toujours par être fous et commencent par être dans un état second. Il se met à parler tout seul, et à avoir des gestes inexplicables (...). La personne commence à se déshabiller (...), fait des confusions entre les personnes. Chez nous, dans la société, il faut maîtriser cet état. Soit c'est une personne qu'il faut soigner, soit c'est une personne qu'il ne faut pas soigner et la personne deviendra sorcier par la suite, très souvent c'est comme ça. Si on n'arrive pas à soigner la personne, elle sera considérée comme perdue et devenue folle.*».

On laisse alors l'individu aux mains d'un guérisseur qui tentera alors de canaliser cette folie. Un Camerounais a vécu de très près une telle situation : «*J'ai*

une soeur qui est voyante. Au début, elle arrivait à la maison et commençait à pleurer. Elle pleure. On ne sait pas pourquoi, elle se met à parler toute seule (...) à l'hôpital, on sait bien qu'on ne peut pas traiter ce genre de mal, on va chez le guérisseur et il nous dit: vous avez de la chance, ça c'est quelqu'un qui a la bénédiction de Dieu. On est allé chez une sorcière. Ma soeur est restée deux ans là-bas pour que la sorcière maîtrise sa folie et après, notre soeur était capable d'aller en brousse toute seule et d'aller chercher des plantes pour guérir les malades. Et elle a commencé à guérir les gens après être passée par un stade de démence. Il y a une différence entre le fou qui a un don et celui qui n'en a pas.» Des rites festifs sont alors organisés afin de célébrer cet événement: «On fait une fête pour le fou positif, tout le monde est content».

Selon l'une des Katangaises que nous avons pu rencontrer: «La folie positive, ça n'existe pas chez moi. Dès qu'il est fou, il est nuisible d'office pour la société, il est exclu de la société, en marge de celle-ci, il est condamné à mort. Si on sait pourquoi il est fou, on le guérit grâce au guérisseur ou aux hôpitaux modernes. Si on ne trouve pas la cause, il est perdu.»

Quant au fou «nuisible»: «On l'abandonne à l'extérieur du village, il devient de plus en plus sale, il est anormal, ne respecte pas les habitudes du clan. Il va finir par tomber malade et mourir. Là, c'est un fou nuisible à la société. Si le clan ne le maîtrise pas, alors, on le met à mort symboliquement, on l'abandonne.»

Pour la pensée psychanalytique, la maladie mentale vient de l'intérieur, il faut dès lors changer quelque chose en soi-même, alors que pour la pensée magique, cela vient de l'extérieur. Tout comme nous l'avons signalé pour le cas des Marocains, l'individu est déculpabilisé, comme le signale ce Zaïrois: «La folie est extérieure à l'homme, on lui a jeté un sort parce que quelqu'un a fait quelque chose de mal dans le village. Parfois, il peut être responsable si, par désir de richesse par exemple, il va voir un sorcier qui lui donne un fétiche et toute une série de consignes à respecter pour devenir riche. S'il ne les respecte pas, alors il peut devenir fou. La chose principale est de découvrir la cause du mal, cela peut être très long. Le mal n'est pas irrévocable. La folie est un état passager, ça peut s'arranger».

En Afrique Centrale, une autre règle semble dominer la gestion collective de la santé mentale. En effet, alors qu'«ici en Belgique, le fou est très mal considéré (...) chez nous, même si le fou est nuisible, la

première réaction, ce ne sera pas de l'enfermer quelque part, on essaiera de faire quelque chose pour le ramener à la vie normale, on ne l'abandonne vraiment que quand il n'y a plus rien à faire. Le fou nuisible, dans ses moments de calme, tu le verras avec les autres, on mange avec lui, on parle avec lui. Ce n'est pas comme ici, on ne l'enferme pas».

Ce témoignage nous montre bien que ce qui compte c'est la solidarité de clan, que l'on soit aliéné ou non. ■

(1) M.-N Schurmans, Le fou pollueur, dans Revue Européenne des Sciences Sociales, Paris, 1984, xxii, p.187-201

Latifa Es Safi et l'équipe de Résonances asbl

Résonances asbl  
Rue Soeurs de Hasque, 9  
4000 Liège  
Tél. et fax : 04/223.39.83

## Communiquer en matière de santé avec une population allochtone

**Le manque de moyens adéquats de communication est une source permanente de frustration chez les immigrés. Les contacts sociaux journaliers nécessaires à l'immigré sont de ce fait restreints en quantité et en qualité. Si ce phénomène n'entraîne pas de conséquences importantes dans certains domaines, il est évident que, dès lors qu'il s'agit de la santé, une communication balbutiante engendre des soins peu satisfaisants. Cette situation est extrêmement frustrante aussi bien pour le patient que pour le médecin.**

La communication avec le patient immigré est déterminée par trois éléments:

- 1) notre connaissance de la langue du patient et, inversement, la connaissance de notre langue par le patient;
- 2) notre attitude en tant que médecin: par exemple, une attitude positive ou négative vis-à-vis des immigrés;
- 3) les aptitudes que nous avons acquises en tant que médecin.

Bien que les deux premiers points soient forts importants, nous nous limiterons aux aptitudes qui favorisent une meilleure communication avec l'immigré.

## **Reconnaître le problème**

La première condition pour améliorer toute communication est évidente: il faut reconnaître l'existence d'un problème de communication. Il est cependant surprenant de voir combien de soignants nient ce problème de l'une ou l'autre façon. Beaucoup de médecins sont convaincus qu'il existe une communication quasi parfaite entre eux et le patient immigré. Ils ne souhaitent pas remettre en question leur manière d'aborder les gens qui ne parlent pas ou très mal le français. D'autres reconnaissent qu'il existe un problème, mais ils estiment qu'ils ne se débrouillent pas trop mal. Ils disent qu'ils surmontent les problèmes de communication grâce à leur expérience, leur approche personnelle et leur connaissance des structures familiales. Nous estimons que cette manière de travailler ne donne pas toujours de bons résultats en constatant les innombrables examens médicaux que subissent les immigrés. Ce sont plutôt ces examens qui comblent les lacunes dans notre communication.

## **L'influence des présuppositions**

Certains soignants surestiment le problème linguistique. Dans certaines situations, la manière dont le patient parle le Français est prise comme référence pour la manière dont il comprend le Français. Cela n'est pas toujours exact. Dans ce cas, le médecin tente d'adapter son langage en parlant plus fort, en articulant mieux ou en employant le style télégraphique: «Toi aller chez le pharmacien ?». On retrouve ce style également dans des situations où l'on estime qu'il n'y a pas de communication véritable: dans le contact avec certains handicapés, avec des sourds-muets et avec des enfants. Cet aspect fait mieux comprendre que ce style télégraphique ou «petit nègre» est souvent perçu comme dénigrant.

D'autres soignants sous-estiment le problème linguistique. Quand ils ont reçu quelques réponses correctes, ils ne contrôlent plus si les réponses ultérieures sont des réponses adéquates. Le patient n'aime pas décevoir le médecin et répond oui sans avoir compris la question.

## **L'adaptation culturelle**

La connaissance par le médecin de quelques mots marocains est fortement appréciée par le patient et crée une

atmosphère de confiance: le médecin se rapproche du patient quand il le salue dans sa langue. Plus important qu'un vocabulaire extensif est cependant la prononciation; une mauvaise prononciation ou un accent mal mis engendre facilement des malentendus. Afin d'éviter cela, il est bon d'employer également le mot français.

La connaissance de la culture peut se manifester dans l'anamnèse. Il est agréable pour le patient d'entendre que son médecin connaît son pays: par exemple, quand il lui demande son lieu de naissance et qu'il peut situer cette ville.

La connaissance de la culture est bien évidente quand on aborde la médecine traditionnelle: «as-tu déjà consulté un guérisseur, un fqih ?» Beaucoup de marocains consultent d'une manière parallèle. Ils vont chez des médecins occidentaux mais consultent également des guérisseurs. Il en est de même quand nous leur demandons s'ils connaissent la cause d'une maladie chronique pour laquelle nous n'avons pas d'explications: «Penses-tu que ta maladie est causée par un djinn, un esprit ?». Ainsi, le médecin montre qu'il est au courant de la manière de vivre et de penser du patient. Il ouvre ainsi une porte de communication à un niveau plus profond.

Nous ne devons cependant pas surestimer le rôle de la connaissance de la culture avec le patient. Il n'est par exemple, pas toujours possible d'employer cette connaissance de manière délicate et adéquate dans la relation médecin-patient. Il est cependant toujours important de demander des nouvelles des autres membres de la famille pendant l'anamnèse. Cela correspond au vécu de l'immigré: il est non seulement individu mais surtout membre d'une famille. Un examen médical approfondi pendant lequel les mains du médecin explorent le corps du patient correspond également à l'attente de celui-ci et est de toute façon un de nos outils essentiels lors de la prise en charge de tous les patients, qu'ils soient autochtones ou allochtones.

## **Aborder les problèmes tabous**

Il y a des sujets qui sont abordés de manière différente par les patients marocains. Une certaine dextérité est nécessaire pour poser des questions d'ordre gynécologique ou sexuel sans que le patient se sente mal à l'aise ou qu'il réponde de manière évasive.

## Les différentes manières de travailler

- Sans interprète

Pour des raisons financières, la plupart des médecins ou services sociaux travaillent sans interprète.

Voici quelques conseils.

- Faire des phrases très courtes, les répéter et bien articuler.
- Pour compenser le manque de connaissance de la langue, il faut prendre le temps de faire une anamnèse.
- Faire attention aux tensions qui peuvent surgir.
- Quand une tension monte, il faut essayer de la briser, par exemple en répétant la question ou en riant d'un malentendu.
- Il faut stimuler la communication, d'où l'importance d'intercaler des «oui», «mm», etc.
- Faire attention aux intonations.

- Avec interprète

Il est important de savoir qui sera l'interprète. Cela peut être quelqu'un de la famille, un ami, un enfant, un interprète patenté.

- La famille, les amis: ils peuvent apporter une bonne aide mais souvent, ils ne sont pas assez neutres. Le problème de santé est parfois géré en commun, ce qui peut comporter certains inconvénients.
- L'enfant comme interprète n'est pas à conseiller parce qu'il s'intéresse à autre chose (aller jouer, le football) et veut souvent couper court à l'entretien. De plus, les parents sont obligés de dire certaines choses auxquelles l'enfant n'a pas accès (problèmes familiaux). Aborder les sujets tabous en présence d'enfants est également très difficile. De plus, l'enfant joue un rôle très important du fait qu'il connaît la langue et, dès lors, il peut arriver qu'il manipule ses parents. Cette manipulation est renforcée quand il est employé comme interprète.
- Dans le milieu hospitalier, certains services peuvent faire appel à une infirmière d'un service adjoint pour servir d'interprète. Cela peut être une solution, mais bien souvent, après un certain temps, ces infirmières, sans cesse sollicitées, se sentent coupables de ne plus arriver à être performantes dans leur propre travail.
- La façon idéale de fonctionner est de trouver une personne ayant suivi une formation d'interprète en milieu médical. Eventuellement, une même personne peut être employée dans plusieurs pratiques. Je présente l'inter-

prète comme une femme parce que, d'après mon expérience et d'une manière générale, une femme est plus facilement acceptée.

### Selon moi, une interprète a trois rôles :

- rôle de la traduction :  
l'interprète traduit ce que le médecin et le patient se disent. Cette traduction est parfois rendue difficile compte tenu des différents dialectes. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il y a la langue berbère qui est la langue des nomades et la langue marocaine qui est un dialecte de l'arabe officiel. A côté de ces deux langues, existent encore différents dialectes à l'intérieur de chacune d'entre elles. C'est ainsi que l'interprète elle-même peut rencontrer des difficultés de compréhension vis-à-vis de certaines personnes.

- rôle de la narration :  
l'interprète est aussi une traductrice culturelle. Elle raconte, elle situe la plainte et la demande du patient dans tout son contexte culturel. Il faut également laisser le temps au patient de s'exprimer vis-à-vis de l'interprète et inversement. L'interprète doit pouvoir prendre son temps pour que l'image donnée par le patient soit assez bien colorée... Par exemple, l'interprète dit : «son estomac est comme un noeud, c'est comme s'il y avait une pierre sur son estomac». C'est la traduction exacte. Mais en fait, le patient veut dire beaucoup plus. C'est alors que l'interprète raconte tout le contexte culturel et explicite la manière de penser du patient concernant sa santé et pourquoi il emploie telle expression. Une consultation d'un tel type peut durer un peu plus longtemps que prévu, mais elle permet un gain de temps par rapport aux résultats obtenus.

- rôle d'«avocat», de «plaideur» :  
le patient est toujours dans une position minoritaire et rencontre des difficultés à s'exprimer. L'interprète va donc en quelque sorte prendre la place du patient et défendre sa cause. Bien souvent, en plus du problème médical, il existe un problème social et l'interprète doit essayer de faire comprendre ce problème au médecin. En Angleterre, on nomme cet aspect «brokerage» (broker signifie agent).

Le médecin doit donc permettre à l'interprète de s'exprimer, de dire ce qu'elle sent et y être très attentif. Cette phase se passe souvent après la communication avec le patient. L'interprète doit tenir ses trois rôles tout en étant très discrète. C'est un rôle assez difficile à tenir. Elle doit pouvoir s'insérer dans la communication sans en occuper la place centrale. La personne centrale est le patient. Le médecin et l'interprète sont pratiquement sur un pied d'égalité.

### De façon schématique, il y a 3 types de communication :

- la communication se passe uniquement entre l'interprète et le patient et le médecin en est exclu: c'est un mauvais modèle. Le médecin ne reçoit que quelques informations et est l'instrument du patient et de l'interprète. Son rôle se borne alors uniquement à délivrer des ordonnances ou des certificats

- tout se passe entre l'interprète et le médecin. Le patient n'étant pas pris au sérieux. Ce modèle n'est pas à suivre

- le processus idéal est un contact continu entre le médecin et le patient.

Le médecin regarde le patient et lui pose directement des questions sans regarder l'interprète. Cela donne les meilleurs résultats. Le contact se fait d'une manière plus humaine et plus valable que si tout se passait dans un premier temps entre le médecin et l'interprète et, qu'en dernier lieu, le patient soit mis au courant des décisions prises à son sujet par les deux «soignants».

## Conclusion

En guise de conclusion, nous pouvons dire que communiquer avec les patients allochtones dans le contexte des soins de santé est problématique. Cependant, nous remarquons que chaque effort de notre part, avec ou sans interprète, est fortement apprécié par le patient. Pour les soignants, cette communication est essentielle pour comprendre ce qui se passe au niveau du patient: de quelle maladie souffre-t-il, quel est son vécu et quelle réponse pouvons-nous lui donner ? ■

*Docteur Louis Ferrant  
Médecin de famille à Bruxelles  
Assistant C.U.M.G à Anvers*

## Quand la santé s'affiche

Voilà cent ans maintenant que l'affiche sert de support à l'éducation à la santé. Une exposition itinérante - riche de quelque 200 affiches issues de collections publiques et privées et rassemblées par l'asbl Question Santé - illustre l'histoire de la prévention dans le domaine de la santé. Les documents présentés s'ordonnent selon 18 thématiques, parmi lesquelles l'on retrouve l'alcoolisme, le tabagisme, le cancer, les affections cardio-vasculaires, les maladies vénériennes ou encore le sida.

L'inauguration de l'exposition dans chacune des villes-étapes est précédée d'une conférence-débat. La première s'est tenue à Bruxelles le 13 mai dernier dans les locaux de la Chapelle de Boendael, en présence du Ministre Eric Tomas, membre du Collège de la Commission Communautaire Française, chargé de la santé.

«Les idéologies de la prévention» seront traitées à Charleroi, tandis que l'on débattera sur «les représentations culturelles et sociales de la santé» à Liège et sur «l'hygiénisme, à l'origine de la prévention de la santé publique» à Namur. ■

*Pour tout renseignement complémentaire :  
asbl Question Santé, tél. : 02/512.41.74*



## D'ici et d'ailleurs

**«D'Ici et d'Ailleurs» est une association qui travaille dans le domaine de la santé mentale. Elle propose de recourir à l'ethnopsychiatrie comme principale référence.**

La création du centre trouve son origine dans la rencontre de plusieurs personnes qui se sont vues confrontées, dans leur pratique quotidienne, à la problématique de l'immigration.

La connaissance et la pratique de l'ethnopsychiatrie pouvant y apporter des éléments de réponse, la perspective proposée à «D'Ici et d'Ailleurs» se fonde sur une ouverture, la plus large possible, à toute difficulté de la personne (physique, psychologique, sociale et économique, culturelle...). Le centre accueille ainsi toute personne (quelle que soit son origine) prise dans le tourbillon des problèmes engendrés par le «déracinement» en lien avec ses autres dimensions.

Les demandes de consultations d'ethnopsychiatrie proviennent de médecins traitants, particulièrement du «Vieux-Molenbeek», ainsi que d'autres associations actives sur le terrain.

La complémentarité entre le travail de ces différentes organisations et le nôtre permet une approche à la fois spécifique et efficace des situations difficiles rencontrées dans la partie de la région bruxelloise où est implantée «D'Ici et d'Ailleurs».

### **La consultation d'ethnopsychiatrie**

Le centre «D'Ici et d'Ailleurs» s'est largement inspiré du modèle pratiqué au Centre Georges Devereux à l'Université Paris 8, dirigé par Tobie Nathan. Ce modèle permet de soigner les problèmes psychiques des patients, belges ou d'origine étrangère, qui trouvent leur sens dans la culture. En pratique, la langue, le groupe et la temporalité sont les trois facteurs qui priment.

#### **La langue**

Il est important de rendre présente la langue dans laquelle se structure, se construit spontanément la pensée du patient, même s'il parle très bien le fran-

çais. La présence d'un médiateur, qui va traduire non seulement le texte du patient mais aussi son contexte, est indispensable à la consultation. Actuellement, l'équipe est composée de thérapeutes qui parlent l'arabe, le berbère, le français et le turc. Des possibilités de collaboration avec des médiateurs ethnocliniciens parlant d'autres langues existent par ailleurs.

#### **Le groupe**

Les consultations d'ethnopsychiatrie se déroulent dans un cadre précis et chaleureux qui évite la relation à deux, traditionnellement perçue par les populations maghrébines et d'Afrique de l'ouest comme relevant de la sorcellerie ou de la sexualité. Le patient est reçu, accompagné de sa famille et/ou de ses amis, par un groupe composé du thérapeute principal et de cothérapeutes, de différentes origines.

#### **La temporalité**

La consultation se déroule toujours en présence des intervenants qui accompagnent le patient (médecin traitant, assistant social, psychologue,...). L'équipe accorde une grande importance à la durée de la consultation, qui peut s'étendre jusqu'à deux heures.

Ce dispositif métissé permet alors d'utiliser les étiologies traditionnelles telles qu'elles existent dans la culture d'origine du patient et de sa famille.

La consultation d'ethnopsychiatrie est une consultation de seconde intention, c'est à dire qu'il est possible d'y recourir pour travailler certains éléments nécessaires pour le traitement du patient. Ceux-ci pourront être repris par l'intervenant habituel dans les entretiens qui se déroulent entre les consultations d'ethnopsychiatrie, souvent espacées de plusieurs mois.

En dehors des consultations d'ethnopsychiatrie, le centre assure aussi le suivi individuel de patient dans les différentes langues pratiquées.

### **Autres références**

En dehors de l'ethnopsychiatrie, l'équipe se réfère à la psychanalyse et à l'analyse systémique.

La psychanalyse est fondatrice d'une éthique et d'une technique qui ouvrent la porte à un sujet toujours appelé à advenir. Il suppose, au niveau pratique, une relation à l'autre qui respecte la structure consciente et inconsciente du sujet. Ce qui implique de la part de



l'intervenant un incessant retour sur soi.

Par ailleurs, le sujet est pris dans un réseau de relations qui forment un tissu social plus ou moins large. La famille, dans ses différentes conceptions, en constitue la pièce maîtresse.

Les autres activités du centre comprennent entre autres de la prévention en santé mentale, de la recherche en collaboration avec le Centre Georges Devereux, des séminaires,... le tout en collaboration avec les acteurs du réseau local. ■

*L'équipe du Centre «D' Ici et d' Ailleurs»,  
Ilknur Devici, Raymonde Saliba,  
Ali Aouattah, Dominique Vossen,*

*Centre «D' Ici et d' Ailleurs»,  
rue Fernand Brunfaut, 18 b  
1080 Bruxelles.*

## L'Art : thérapie préventive ou lieu de rencontre

**Diverses associations recourent à l'art comme support à leur activité. Nous avons choisi de vous en présenter deux. L'une y voit un outil de réinsertion, l'autre un espace de rencontre.**

### **«Après tout» : l'art, une thérapie préventive**

L'association APRES TOUT existe depuis 1993. Elle est le fruit de réflexions entre un groupe d'anciens toxicomanes réhabilités et des personnes sensibilisées aux problèmes de toxicomanie et du sida.

Beaucoup d'anciens drogués sont inaptes à se réinsérer seuls dans le monde social et professionnel. Pour faire face à la réalité et au manque de motivation dans la vie quotidienne, ils ont besoin d'un réapprentissage. Le but de l'association est de les aider à retrouver la confiance en soi pour se lancer dans la vie après la post-cure. Notre

atelier accueille d'anciens toxicomanes, séropositifs ou non, ne prenant plus aucune drogue. Nous les aidons en promouvant et encourageant leurs réalisations artistiques (peinture, sculpture, musique). APRES TOUT diffuse un livre de prévention sous forme de témoignage : «Leçon de vie». Et un magazine d'information «Après Tout News» créé par des jeunes et qui s'adresse aux jeunes et aux adultes. Il est le support aux conférences en milieu scolaire et lors de manifestations culturelles que nous organisons. Cette initiative permet une formation professionnelle, la réalisation d'un journal est une expérience qui motive beaucoup de gens. Actuellement, nous aménageons nos nouveaux bureaux ainsi qu'une galerie de peinture pour exposer les artistes de l'association. ■

*L'équipe d' «Après Tout»*

*«Après Tout» asbl  
18, rue de la Glacière  
1060 Bruxelles  
Tél. et Fax : 02/538.99.22.*

### **L'Heure Atelier: un espace-temps de parole et de création au sein d'un Centre de Santé-Mentale**

Le Centre de Santé Mentale «La Gerbe» reçoit les personnes qui souhaitent trouver un interlocuteur (assistantes sociales, psychologues, psychiatres œuvrant à la prévention et au traitement des maladies dites mentales) pour ne pas rester seuls face aux difficultés d'être. L'expression artistique peut être un outil. Ainsi, nous avons ouvert, il y a plus de trois ans, un atelier, un lieu de rencontre d'artistes peintres, de sculpteurs et de conteurs, et de consultants du centre qui désirent partager leur travail face à la question de ce que créer veut dire. Il ne s'agit de rien d'autre que d'un lieu de rencontre, qui donc refuse de se définir comme initiative d'«art thérapie». ■

*Michel Dewez, Médecin-Directeur  
du Centre de Santé Mentale «La Gerbe» asbl*

*«La Gerbe» asbl  
Rue Thieffry, 45  
1030 Schaerbeek  
Tél. : 02/216.74.75*

## Bruxelles, ville européenne de la culture en l'an 2000

Le Comité des Ministres de la Culture de l'Union européenne décide, en juin 1996, d'attribuer le titre de «Ville européenne de la culture en l'an 2000» à neuf villes: Avignon, Bergen, Bologne, Cracovie, Helsinki, Prague, Reykjavik, Saint-Jacques de Compostelle et... Bruxelles. Chacune de ces villes se choisit un thème. Bruxelles opte pour celui de «la ville». Bernard Focroulle, directeur du Théâtre Royal de la Monnaie se voit confier le soin de mener à bien ce projet. Il s'entoure pour ce faire d'un petit groupe de travail qui fait office de plaque tournante, de «processeur» et de réservoir d'idées: **Bruxelles 2000**.

Pour ne pas rêver et travailler seul sur un projet qui concerne tous les Bruxellois, **Bruxelles 2000** a demandé, dans un premier temps, à un certain nombre de personnes d'écrire leur propre vision de Bruxelles en développant des thématiques telles que le défi urbain, les espaces culturels, la ville multiculturelle, l'art et sa dimension sociale, l'art et l'école, Bruxelles et son héritage culturel. D'autres aspirations, celles des citoyens bruxellois, seront, par la suite, prises en considération avec l'espoir d'établir une vision cohérente et nouvelle de Bruxelles, la ville et sa vie artistique.

Le texte qui suit constitue l'introduction à la synthèse des observations faites par la quarantaine de personnes sollicitées par **Bruxelles 2000**.

### Rêver Bruxelles

**Rêver de toi m'a pris un certain temps pour ne pas dire des années. En fait tu n'es pas un rêve plutôt un poème. Ecrire un poème c'est malgré tout un acte de survie.**

Depuis quelques années, le concept de capitale culturelle est entré dans les usages et est appliqué à des villes qui méritent ou ambitionnent d'être dotées de ce label, de cette valeur ajoutée, de ce supplément d'âme. Jusqu'à ce que cette innovation s'installe, quelques unes d'entre elles seulement étaient très naturellement tenues pour les foyers de culture, du moins à certaines époques: Vienne, Berlin, Paris, Venise... Bruxelles, c'est différent. C'est une sorte de capitale englobée, sur le plan des

choses de l'esprit du moins. Elle ne fait pas image, elle ne s'identifie pas à un symbole écrasant (Manneken Pis?).

Les autres capitales européennes sont déjà, et presque toutes, capitales de trop de choses. Bruxelles, qui ne capitalise que des divisions, se présente paradoxalement à l'Europe comme la ville qui, ayant signé la paix avec elle-même, possède l'expérience historique indispensable pour suggérer à l'Europe l'art de savoir distinguer sans séparer et l'ascèse politique nécessaire pour faire une unité négociée, seul antidote contre l'aveuglement et les irrédentismes présents et futurs(...). Ville où l'implantation des dieux lares a été négociée durement, il lui incombe par fidélité à son histoire d'avoir les vertus de l'ouverture et du pluralisme, la volonté d'être une Europe en miniature.

Bruxelles est tout et son contraire, Bruxelles n'existe pas, Bruxelles est capitale de tant de choses et au bout du compte uniquement capitale d'elle-même, ville d'anonymat et d'indifférence polie. Pourquoi suis-je attaché à cette ville? Parce que Bruxelles est une «petite grande ville». Comme capitale, elle réussit - tout compte fait - à gérer de manière équilibrée les fonctions qu'elle doit assumer. En plus, Bruxelles est une ville verte par ses bois, ses parcs, ses jardins publics et privés.

Demandez aux étrangers installés à Bruxelles, interrogez les Bruxellois de souche ou d'adoption, Bruxelles, ville d'un petit million d'habitants, a cette particularité d'être tout à la fois attractive et repoussante. Capitale d'une Belgique moribonde, capitale d'une Europe qui se cherche, capitale d'une Flandre étrangement souveraine, ville discrètement cosmopolite mais franchement multiculturelle, enclave francophone en pays flamand, verte citée au tissu urbain défoncé, ville duale où le sud domine le nord, Bruxelles multiplie les paradoxes, les contrastes et les contraires à l'infini.

Mais nous savons tous que le propre de l'urbain, c'est le brassage de toutes les contradictions; sans doute les oppositions sont-elles plus violentes à Bruxelles. Quelques perles, de nos amis, à l'endroit de ces épais tissus de contradictions bruxelloises, exprimées avec nostalgie, toujours avec ironie et parfois avec colère,

signes de l'attachement sinon de la tendresse portés à Bruxelles: il y fait quand même bon vivre, après tout, et tout compte fait.

Bruxelles est donc, en résumé, tout et son contraire: la ville de l'Art nouveau par exemple, où l'on détruit la Maison du Peuple. D'accord, peut-être faut-il garder ses défauts pour ne pas perdre ses qualités. Mais tout de même! Rien qu'oser se montrer tels que nous sommes... Pas si mal, après tout. Bruxelles a de beaux restes. Bruxelles a un passé. Bruxelles a un avenir. Pourquoi pas un présent?

La ville de Bruxelles, à savoir l'agglomération et sa population, est le résultat de son histoire. Au cours des cinquante dernières années, en effet, le visage de la ville en pierres et la composition de la population ont subi de profondes modifications. Bruxelles 2000 devrait partir de la situation réelle et susciter un travail spécifique axé sur un urbanisme qui rend la ville vivable, sur l'élévation socio-économique des groupes marginalisés et sur un programme artistique et culturel qui insuffle la vie à la démocratie.

Bruxelles 2000 parviendra-t-il à montrer que la culture et l'expérience artistique peuvent servir de leviers et améliorer la qualité de la vie ?

Un jour, on demandait à Jacques Brel ce qui lui manquait pour être un poète. «Y croire», répondit-il. Trait de caractère typiquement bruxellois ! On pourrait paraphraser: ce qui manque à Bruxelles pour être une grande capitale, c'est d'y croire.

Et Bruxelles, dont je suis si amoureux, est une ville de nombreux problèmes, elle est atteinte d'un grand problème d'image, et souffre de blessures et de fractures. Mais dans ce paysage noir, gris et aride, tant de couleurs abondent, tant de vie, tant d'énergie et tant de possibilités se côtoient. Il suffit de reconnaître cette bouffée d'oxygène et de lui donner l'occasion de s'enflammer. Et Bruxelles, dont je suis si amoureux, est une ville de nombreuses plaintes, justifiées, mais aussi une ville animée d'une vie culturelle passionnante et féconde, une ville où l'on chante et où l'on fait la fête, au Palais des

Beaux Arts et à l'Ancienne Belgique comme au café «Chez Jeanneke» ou au «Trabzon sport».

Et Bruxelles, dont je suis si amoureux, est une ville de nombreux contrastes, le haut et le bas de la ville, les pieds au sec et les pieds dans l'eau, richesse et pauvreté, renommée internationale et culture dans les quartiers défavorisés, prestige comblé et lutte pour la reconnaissance, noir et blanc, rivalité entre les deux langues officielles et bien d'autres langues encore. Que choisirons-nous en l'an 2000 ? Sommes-nous vraiment contraints de faire un choix ? Ne pourrions-nous pas opter pour un peu de tout ? Et créer des liens: noir et blanc avec, entre les deux, pas de gris mais beaucoup de couleurs. ■

Rik Vanmolkot  
Bruxelles/Brussel 2000

Bruxelles/Brussel 2000  
Quai du Commerce 18  
1000 Bruxelles  
Tél. 02/219.00.19

Suite de la p. 2

## ...EDITORIAL

*Tout cela nous suggère fortement qu'être en bonne santé, recevoir ou donner des soins, être ou ne pas être malade renvoient certes à des processus biologiques et physico-chimiques, mais vouloir exclure du champ de notre compréhension et de notre action la manière dont une culture s'y prend pour nommer les processus de vie, pour leur attribuer du sens, pour créer des liens, pour donner un statut à des intervenants spécialisés comme le marabout, le psychanalyste, le chaman, l'infirmière ou l'endocrinologue, c'est se priver de nouveaux outils pour mieux comprendre et mieux agir sur la douleur, sur la mort, sur la maladie et le vouloir vivre en commun.*



Pierre Ansay  
Philosophe

## Bibliographie «culture et santé»

**Adolescence : identités santé société.** Paris : CVM  
Coopérative d'édition de la Vie Mutualiste. - In : Prévenir,  
n° 23, 1993-02. - 191 p. - biblio. - 130 ff. - dossier.

**Alerte aux jeunes : forum : 03/04/05 mai 1990.**  
Bruxelles : FPS - Femmes Prévoyantes Socialistes, 1991.  
196 p. - actes.

**Aspects culturels de la santé et de la maladie,**  
Jacques Dufresne, in *Traité d'anthropologie médicale*,  
pp. 242-251.

**Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé.**  
Massé R. - Montréal; Paris; Casablanca : Gaëtan Morin,  
1995. - 499 p. - index, biblio. - 1496 bf. - livre.

**De la santé, des cultures,** C. Paulis, in *Patient Care*, mars  
1995, pp. 1-4.

**Enseignants - élèves : au carrefour des cultures : un livre de prévention.** Prospective Jeunesse, SOS Jeunes.  
Bruxelles : Prospective Jeunesse; CNAJ, 1989. - livre.

**Image de la santé,** Alphonse d'Houtard, coll. Santé  
publique et communautaire, Presses universitaires de  
Nancy, Nancy, 1994.

**Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,** ed. des archives contemporaines, Montreux,  
1986.

**Pratiques alimentaires et santé.** Paris : CVM - Coopérative  
d'édition de la Vie Mutualiste. - In : Prévenir, n° 26, 1994-  
06. - 238 p. - biblio. - 150 ff. - dossier.

**Santé et cultures : "quand la relation soignant-soigné est interculturelle"** : colloque organisé par l'asbl  
Résonances le 27 novembre 1993 à l'Université de Liège  
Sart Tilman. - Liège : Résonances. - 72 p. - actes.

## Sélection de documents récents

**Contacts Jeunes Bruxelles : le who's who 1997 des institutions sociales à Bruxelles.** Infor Jeunes. - Bruxelles :  
De Boeck & Larcier : Dépt. De Boeck Université, 1997.  
310 p. - adres. - 690 bf (+ 73 bf de frais). - répertoire.

**Environnement et cancer : nous sommes tous concernés.** Bernard A. (Pr), Servais P. (Dr); Coulon J. (Dr).  
Bruxelles : ACC - Association Contre le Cancer, 1997.  
23 p. - lex. - brochure.

**Guide de l'enfant hospitalisé : pour aider et informer les parents face à l'hospitalisation d'un enfant.**  
Bruxelles : CHOW - Children, Hope Of the World, 1996.  
160 p. - adres. - guide.

**La promotion de la santé pour les personnes âgées.**  
Rhiannon Walters; London Health Economics Consortium.  
- Londres : Eurolink Age, 1996. - 40 p. - compilation en  
vue d'un séminaire européen "Adding Life to Years -  
Taking the Necessary Steps to Promote Healthy Ageing"  
organisé dans le cadre du programme "Bien Vieillir  
Europe"; ann., biblio. - rapport.

**Mortel Amiante.** Salvator Nay. - Bruxelles : EVO - Editions  
Vie Ouvrière, 1997. - (En connaissance de cause). - 160 p.  
595 bf.

**Pollution intérieure.** Educa-Santé, Question Santé.  
Bruxelles : Question Santé. - In : RAS : La lettre du Réseau  
Actions Sécurité, n° 8, 1996-10/11/12. - pp. 3-6. - biblio.  
dossier.

Secrétariat de rédaction :  
Françoise Kinna

Comité de rédaction :

Dr Robert Bontemps  
Thierry Lahaye  
Dr Roger Lonfils  
Solveig Pahud  
Dr Aldo Perissino  
Luciane Tourtier  
Dr Patrick Trefois

Graphisme :  
Carine Simon

Avec le soutien de  
la Commission communautaire française  
de la Région de Bruxelles-Capitale.



Une réalisation de l'asbl Question Santé  
Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36



Editeur responsable : Dr P. Trefois,  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : L'emploi et la santé