

# BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°32 - décembre 2003 - janvier - février 2004



N°32

## Les violences conjugales et familiales



## En direct de...

Le GRAPSE à Evere .....pages 2 à 7

Bouquins malins .....pages 8 et 9

## Dossier

Les violences conjugales  
et familiales .....pages 10 à 17

## Initiative

Image et santé mentale .....pages 18 et 19

## L'écho du CLPS

Prévention du sida : présentation  
de la Plate-Forme .....pages 20 et 21

Elargissons le débat .....pages 22 et 23

Annonces .....page 24

# Le GRAPSE à Evere

**On parle souvent des réseaux comme d'une des principales stratégies de promotion de la santé. C'est le choix qu'ont fait plusieurs partenaires à Evere. Ils se sont réunis sous l'égide du GRAPSE, Groupe de Réflexion et d'Action de Promotion de la Santé d'Evere. A l'origine de celui-ci, une expérience à laquelle nous avons déjà fait écho dans ces pages<sup>1</sup>.**



Le GRAPSE est né à l'initiative de plusieurs partenaires qui avaient réalisé en 1998 une première expérience de promotion de la santé ; il s'agissait d'animations sur le sommeil, au sein des écoles communales, avec un module de l'ONE appelé «L'oreiller magique». L'ONE fournissait l'outil et la formation mais ne disposait pas d'animateurs. Or, ceux-ci devaient être nombreux parce que l'animation se déroulait pendant plusieurs jours et était proposée à tous les enfants de la commune. **Alain Caufriez**, infirmier scolaire à l'époque, est donc allé solliciter divers acteurs médico-sociaux d'Evere : " J'ai rencontré un véritable engouement, que ce soit au service de santé mentale, au centre de planning familial, dans les centres PMS, à la ludothèque, au centre de santé scolaire, à la cellule prévention, dans une association de parents, dans une école d'infirmières, et bien sûr auprès des travailleuses médico-sociales de l'ONE. L'expérience a été une belle réussite, de même que les journées «tout public» que nous avons organisées. Nous avons donc pensé qu'il valait la peine de poursuivre la collaboration. La question étant : quel type de programme sur quelle thématique ? "





**Martine Vermeylen**, coordinatrice et psychologue au service de santé mentale Le Sas : " Il existe une coordination sociale à Evere, mais nous n'avions pas souvent l'occasion de nous retrouver autour de l'éducation à la santé des enfants. Nous avons fait circuler un questionnaire dans les écoles, à l'intention des enseignants et des parents, dans lequel on leur demandait de décrire leurs sujets de préoccupation, les thèmes qu'ils aimeraient voir aborder. Un des sujets qui apparaissaient le plus souvent était la violence à l'école mais aussi en famille. Nous nous sommes alors demandé comment aborder cela sous un angle qui ne soit pas trop négatif, qui soit ouvert à une réflexion sur les rapports entre adultes et enfants. Et nous avons choisi l'équilibre entre l'autonomie de l'enfant et l'autorité de l'adulte. "

Les partenaires s'adressent alors à Monique Meyfroet (psychologue, asbl Respect) et lui demandent de venir faire une conférence. **Marie-Paule Peuteman**,

responsable du centre de planning familial d'Evere : " Un succès : la salle de la Maison communale était comble ! Et c'est à partir de cette rencontre que nous avons senti la nécessité de nous regrouper en ASBL : Mme Meyfroet nous a demandé qui allait annoncer cette conférence et en assumer les frais. Il fallait formaliser notre collaboration : ce fut le GRAPSE... Nous avons sollicité la Commune d'Evere pour couvrir les frais de fonctionnement, et elle nous a suivis. Nos réflexions nous ont ensuite amenés à penser qu'il serait judicieux de parler de l'autonomisation de l'adolescent par rapport à l'autorité parentale, et nous avons invité le Dr Thierry Lebrun, psychiatre, toujours avec un soutien communal et toujours avec le même succès. "

Un des principes du réseau, c'est la souplesse. En fonction du thème traité, tel ou tel partenaire s'engagera plus ou moins directement dans le projet. Comme le centre de planning familial, le centre de guidance a été très motivé par la relation entre enfants et adultes.

**Martine Vermeyleylen :** " Il s'agit d'un sujet extrêmement délicat ; certains enfants, certains enseignants arrivent avec un matériel brut de conflits de pouvoir, et nous sommes là en position d'écoute mais ne sachant pas trop quelle alternative proposer, car nous ne sommes pas au sein de ces institutions. On entend des plaintes d'enseignants qui sont sujets à des violences venant des enfants et des familles, venant aussi du système scolaire. Ils se sentent un peu comme les transmetteurs impuissants de systèmes violents qu'ils ont à subir en tant qu'adultes et qu'ils voudraient ne pas transmettre aux enfants. "

Concrètement, les situations rencontrées ne sont pas forcément spectaculaires : " Par exemple, les enfants arrivent à l'école sans leur matériel ; l'enseignant a beau écrire des rappels dans le journal de classe, la famille n'en a rien à faire. On voit bien que l'enfant est mis à l'école comme dans une garderie et que les parents ne s'intéressent absolument pas à ce qui s'y passe, même au niveau de l'instruction. Enseigner devient pratiquement impossible quand il s'agit d'abord d'éduquer. Par ailleurs, il y a la pression scolaire : les inspections, la direction, les missions que l'enseignant a de plus en plus de mal à assurer. C'est très lourd à porter pour l'enseignant, qui se sent impuissant, qui va parfois vers la dépression, vers des tendances suicidaires. Ce métier-là est devenu un métier à risques, à cause des contradictions auxquelles les gens sont soumis. La société a perdu l'image de l'enseignant qui apporte quelque chose et que l'on respecte pour ce qu'il transmet. On ne dit plus «Madame» ou «Monsieur», on appelle l'enseignant par son prénom comme s'il était un petit copain. Bien souvent, les parents ne savent pas que «Nathalie»



© Photo : Delphine Duprez/Question Santé

ou «Isabelle», c'est l'enseignante ! Il n'y a plus cette distance nécessaire entre jeunes et adultes. "

Si les enseignants peuvent se sentir coincés par des missions impossibles, les enfants se trouvent parfois pris eux aussi dans de lourdes contradictions : " Je pense notamment à l'enfant qui entend bien que des problèmes existent entre ses parents, avec ses frères et sœurs, mais qui ne peut pas parler à la maison, qui se sacrifie pour protéger sa famille. Ces enfants sont comme des éponges : ils absorbent les conflits, les tensions, mais ne les expriment pas. A certains moments, dans certains lieux, ils ont besoin de parler, et c'est parfois à l'école que cela arrive. Si l'enseignant est un peu réceptif, il entend. Et comme il ne peut pas s'immiscer dans les familles, il faut qu'il puisse passer le relais à d'autres. Un certain nombre d'associations et de services gravitent autour des écoles – qui ne voient pas toujours cela d'un très bon œil mais sont aussi, parfois, soulagées de pouvoir passer la main. Cependant, ce passage est très délicat : au nom de quoi telle équipe peut-elle intervenir ? Quand on «décloisonne», la question se pose : que peut-on dire, que doit-on taire ?... L'école est un lieu public, où beaucoup de choses se disent. Ce que peuvent faire les acteurs scolaires

(direction, équipe PMS...), c'est faire venir les parents pour leur dire : il y a un problème avec cet enfant, l'enseignant nous en parle, l'enfant nous en parle ; vous, parents, que pourriez-vous faire ? Et parfois les parents s'écroulent ! C'est peut-être la première fois que quelqu'un s'inquiète de ce qui se passe à la maison. Si l'enseignant ou la directrice essaie de les envoyer vers nous, nous pouvons commencer à mettre en place des lieux de parole protégés, qui ne soient plus publics mais privés. "

Cette image des violences scolaires et même familiales va sans doute à l'encontre des stéréotypes habituels : insultes, racket, agressions, viols... " L'école est un peu un miroir, un reflet de la société. Se jouent dans la cour de récréation des conflits entre enfants qui parviennent au parent ; le parent vient trouver le directeur et lui reproche de ne pas protéger son enfant, etc. J'ai eu affaire à des imbroglios où ce n'étaient plus des enfants qui se disputaient dans la cour, mais des adultes qui se disputaient autour des enfants ! Il n'y avait plus de limites. Mon rôle consistait à faire de la médiation, à dire : vous êtes des adultes, c'est à vous de mettre des limites ; il ne faut pas insulter une directrice d'école, ça ne se fait pas ! Bien sûr, votre enfant vient se plaindre, mais est-ce une raison, pour un adulte, d'aller régler ses comptes en direct ?... Les conflits entre les enfants deviennent trop souvent l'affaire des adultes. "

### Enfants médiateurs de conflits ?

Une idée qui paraîtra peut-être étonnante est que l'on peut aussi prévenir la violence à l'école en apprenant aux enfants à devenir eux-mêmes médiateurs de conflits. Le principe est d'essayer d'abord de résoudre les conflits là où ils se posent, de ne pas les amplifier d'emblée. S'inspirant des travaux d'une pédagogue anglaise, Mildred Mashedor, l'Université de Paix, à Namur, a ainsi mis au point la méthode SIREP :

- Stop, marquer un temps d'arrêt et se calmer
- Identifier votre problème
- Rechercher plein d'idées
- Évaluer vos idées
- Planifier : comment transformer votre idée en action.

Deux vidéogrammes exposent cette méthode : *Graines de médiateurs* (comment résoudre un problème qui se pose entre enfants) et *Médiateurs en herbe* (comment devenir soi-même un médiateur pour les autres). Ce matériel peut être emprunté auprès du CCOAJ (Comité de Contact des Organismes d'Aide à la Jeunesse) en contactant Joseph Teugels, par téléphone (0495/184 643) ou par fax (02/640 21 97).

A l'adolescence, poursuit Martine Vermeylen, le manque de limites provoque des situations encore aggravées : " Celui qui vit une violence familiale a tendance à quitter la maison, à vivre davantage avec les copains ; mais les bandes de copains sont elles aussi soumises à la violence, à la pression du groupe, aux drogues... Non seulement leur famille ne les a pas soutenus ou les a lâchés, mais en plus ils sont directement soumis à la violence sociale. Ils se jettent dans les bras de personnes qui ont elles-mêmes des problèmes. Ils vivent des relations parfois très dures de conjugalité sado-masochiste, de dépendance, etc. Dans les premiers couples qu'ils forment, il y a beaucoup d'histoires dramatiques. Ils sont embarqués dans un rapport amoureux qui les rend tout à fait vulnérables. Il est rare qu'un adolescent vienne parler de ce qu'il vit dans son couple, cela fait tellement écho à ce qu'il a vécu dans sa famille. Lorsque l'un d'entre eux vient en parler, c'est très précieux, on fait vraiment un travail de prévention : s'il s'en rend compte à 18 ou 20 ans, on gagne des années de pièges inconscients et de couples ou de familles violents ! Apprendre à dire non, c'est vrai, ce n'est pas simple... Si on l'apprend tout petit, on a moins de mal, à l'adolescence, à résister et à faire des choix. Mais toute une série de jeunes n'y arrivent pas et reproduisent ce qu'ils ont vécu de difficile. "

### Un projet sur l'alimentation

Après avoir travaillé pendant plusieurs années sur ce thème et repéré les limites de leurs possibilités d'intervention, les membres du GRAPSE se sont demandé quelle nouvelle direction prendre. Les TMS de l'ONE étaient confrontées à des questions concernant l'alimentation. **Marliese Langer** : " Le plus frappant, c'était la surconsommation de produits laitiers : lait, yaourt, fromage blanc... Nous avons remarqué que la publicité induisait des comportements chez les mamans : «Ah ! c'est cela que je dois donner à mon enfant !». Il y a toute une série de manières de faire dont certaines mamans n'ont même pas idée, parce que leur mère n'est pas ici, qu'elles sont coupées de leurs repères. La population d'Evere est très mélangée : des Belges, des Africains, des Albanais, des Italiens qui travaillent à l'OTAN... Ces familles sont souvent très isolées. J'ai travaillé longtemps à Molenbeek, et là, la famille est entourée de tout un réseau ; les femmes sont rarement seules chez elles, il y a toujours une cousine, une amie ou une sœur. Mais la femme du fonctionnaire de l'OTAN est loin de ses relations, celle du Belge qui travaille toute la journée se retrouve toute seule à la maison avec son enfant... "

Pour pouvoir affiner l'action, il fallait choisir des aspects précis de la vaste question de l'alimentation. **Alain Caufriez** : " Nous avons retenu l'eau, les collations, les produits laitiers et les quantités. Nous nous sommes dit qu'il valait la peine de promouvoir l'eau de distribution dans la préparation des biberons. Il y avait aussi les collations en milieu scolaire : malgré les campagnes de sensibilisation, les produits utilisés ne correspondaient pas nécessairement aux besoins physiologiques des enfants, la publicité y étant à nouveau pour beaucoup. Les quantités de nourriture, elles aussi, étaient souvent inadaptées, tant dans l'alimentation du nourrisson que du jeune enfant ou de l'enfant plus âgé. "

Cette action sur l'alimentation serait basée sur deux supports : l'affiche et le rallye santé. Pour drainer le plus

de monde possible, le rallye devrait se greffer sur un programme communal. Les membres du GRAPSE pensent à «Evere, ma découverte». **Mme Gielkens**, de l'Administration communale : " En fait, en 2004, ce parcours sera plutôt axé sur l'artistique. Mais on pourrait très bien imaginer d'organiser un rallye santé à un autre moment et dans un autre cadre, par exemple la journée sans voitures, qui draine aussi beaucoup de monde et qui est propice à une sensibilisation. Et le GRAPSE tiendra un stand d'information lors de la journée portes ouvertes de la Maison communale. Le projet sur l'alimentation y sera présenté et, en collaboration avec le Service Environnement de la Commune, une dégustation d'eau de distribution sera proposée, avec deux objectifs : favoriser la consommation d'eau du robinet en rappelant aux familles que celle-ci est saine et peu onéreuse ; et, par là même, diminuer le nombre de déchets (bouteilles en plastique). "

**Marie-Paule Peuteman** : " Le centre de planning familial est moins actif par rapport à la thématique de l'alimentation. Il faut savoir que la participation au GRAPSE se fait sur base volontaire. Donc, quand la thématique nous concerne moins spécifiquement... Le GRAPSE, c'est, administrativement parlant, peu de temps de travail et un petit budget. Mais c'est quand même lourd à gérer : on a du mal à trouver des dates de réunion, la personne clé ne peut finalement pas venir, une autre arrive en retard... C'est du travail en plus ! On le fait quand on trouve le temps et l'énergie. Ici, comme le sujet touche directement les TMS de l'ONE, elles se mobilisent toutes beaucoup. "

**Alain Caufriez** : " C'est aussi la philosophie du groupe que les projets naissent d'une maturation ; on retourne l'idée dans tous les sens pour s'assurer que le thème choisi et le but de l'action sont clairs pour tout le monde. Il faut compter une dizaine de réunions par an, et puis il y a le plaisir de se revoir, qui fait partie des avantages : les travailleurs psycho-médico-sociaux sont souvent isolés dans leurs tâches. Le simple fait de se retrouver, une fois par mois, avec des gens que l'on connaît, permet



© Photo : Françoise Jacobs/Question Santé

aussi de faire avancer d'autres choses, indépendamment du GRAPSE : des situations particulières ou même des réflexions ponctuelles par rapport à sa propre profession. On met un visage sur un nom. " **Marliese Langer** renchérit : " Je crois que c'est une des raisons pour lesquelles ça tient le coup. Clairement, cela permet de travailler plus facilement avec d'autres services, pour une famille ou une situation difficile : on se connaît mieux. "

Le GRAPSE fait également appel à des expertises extérieures, comme le Service Education Santé de l'ONE ou le Service communautaire de promotion de la santé chargé de la communication. Comme on l'a vu, un

partenariat s'élabore aussi avec le Service Environnement de la Commune. **Marie-Paule Peuteman** : " Une de nos «victoires» est la reconnaissance de la Commune. Nous avons reçu un subside modeste, mais sans lequel nous n'aurions rien pu faire, et nous avons accès aux ressources communales : la salle, l'affichage... C'est aussi grâce à cela que les conférences ont fait salle comble. Et l'inauguration du GRAPSE s'est faite à la Maison communale – avec un drink, s'il vous plaît ! "

*Propos recueillis par A. Cherbonnier et F. Kinna*

1 Voir Bruxelles Santé n° 16, décembre 1999, pp. 2-5.

## L'intervention collective en travail social

### Groupes et territoires

Cristina De Robertis et Pascal Henri, Bayard Editions, 1987.

On parle de plus en plus aujourd'hui, tant dans le champ de la santé que dans celui de l'aide sociale, d'action communautaire. Ce n'est pas si neuf, comme le montre cet ouvrage paru il y a quinze ans. Toujours est-il que les travailleurs médico-sociaux ont à parfaire et à compléter leurs compétences dans le domaine de l'intervention collective et communautaire. Ce livre se veut une contribution à la recherche de nouvelles compétences des acteurs sociaux. Véritable manuel à l'usage des étudiants et des formateurs, il organise les savoirs et les savoir-faire du travail social lors d'interventions auprès d'unités territoriales restreintes (quartier, village). Il apporte aux professionnels des outils méthodologiques permettant de procéder au diagnostic social d'un territoire, à l'étude des besoins d'une population, à la compréhension des mécanismes de fonctionnement d'une organisation. De plus, il propose les moyens d'animer des groupes et de promouvoir une dynamique constructive dans une population.

*En consultation au CLPS de Bruxelles (02 639 66 88)*

## Développement social et promotion de la santé

### La démarche communautaire

Société Française de Santé Publique, coll. Santé & Société n° 9, 2002.

Dans le même ordre d'idées que le précédent, on lira avec profit cet ouvrage qui poursuit, complète et approfondit le travail entamé dans le n° 2 de la même collection (*Développement social et santé*, 1994).

Au fil des ans, que ce soit dans le champ du travail social, de la santé ou de la politique de la ville, les institutions et les professionnels ne cessent de mettre en avant l'intérêt de la



participation de la population, tant comme principe éthique que comme moyen d'améliorer les résultats et d'assurer la pérennité des actions. Mais ils se heurtent souvent au risque de tomber dans l'injonction paradoxale («soyez participatifs !»).

Cet ouvrage se donne les objectifs suivants :

- définir ce que l'on entend par développement social, promotion de la santé et actions communautaires en France, tant du point de vue théorique que pratique ;
- identifier les conditions favorables et les résistances à la mise en œuvre d'actions communautaires ;
- dégager des propositions pour promouvoir et développer les actions communautaires.

Pour cela, il s'appuie notamment – et c'est une des originalités de ce travail – sur un recueil d'informations auprès de 45 actions de terrain et sur l'examen minutieux d'un échantillon composé de six d'entre elles.

*En consultation au CLPS de Bruxelles (02 639 66 88)*

## Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance

Les Editions INSERM, 2003.

On parle toujours des drogues illicites et du tabac. Et l'alcool ?... En France, la consommation globale a diminué de près de 40% en quarante ans. Cela est dû à une diminution importante de la consommation de vin, qui reste néanmoins la boisson alcoolisée la plus consommée. Malgré cette diminution, la France est toujours en tête des pays européens pour la mortalité prématurée masculine. Par ailleurs, on estime à cinq millions le nombre de personnes qui ont un problème avec l'alcool et à deux millions celles qui en sont dépendantes.

A la demande conjointe de la MILDT, de la CNAMTS et de l'INPES, l'INSERM a réalisé une première expertise collective qui a donné lieu en 2001, chez le même éditeur, à l'ouvrage intitulé *Alcool. Effets sur la santé*. Ce nouvel ouvrage présente les résultats d'une seconde expertise, engagée à la demande des mêmes partenaires. Il porte sur les différents contextes d'usage de l'alcool, l'évolution des modes de consommation, les conséquences socio-économiques des consommations excessives, les déterminants et les traitements de l'alcoolodépendance.

Après une analyse très détaillée de la littérature, le groupe d'experts a élaboré des recommandations de prévention et

d'éducation à la santé adaptées à l'âge, au sexe, aux différentes situations (conduite automobile, travail...) et aussi aux variations interindividuelles. Il insiste sur l'importance d'une revalorisation de la prise en charge des patients alcoolodépendants. Cette expertise souligne également la nécessité de développer des travaux en sciences sociales sur l'évolution des modes de consommation, en physiopathologie afin de mieux comprendre les mécanismes de la dépendance et en recherche clinique pour proposer plus de traitements aux patients.

*Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)*

## De l'enfant roi à l'enfant tyran

Didier Pleux, Ed. Odile Jacob, 2003.

Que faire face à sa fille ou son fils de trois ans qui décide de ses heures de repas et de coucher ? Comment gérer l'enfant qui n'écoute jamais en classe, " répond " aux enseignants et refuse systématiquement de ranger sa chambre ? Et l'adolescent qui n'adresse plus la parole à ses parents ou exige telle ou telle marque de vêtements ? Faut-il recourir à l'autorité, et de quelle façon ? Comment élever un enfant pour qu'il s'épanouisse tout en apprenant à respecter les autres ?

Tel est l'enjeu fondamental de ce livre, qui nous montre comment, en croyant bien faire, nombre d'entre nous ont démissionné de leur rôle éducatif. De petit roi simplement trop gâté, l'enfant a pris le pouvoir, est devenu un bourreau domestique, n'utilisant ses parents que pour son bon plaisir. Nous pouvons tous, sans nous en rendre compte, devenir des mères, des pères stressés, dominés et manipulés par nos enfants, qui n'en tirent qu'un faux bénéfice. C'est en prenant conscience de nos préjugés et de nos difficultés face à l'autorité que nous éviterons ou mettrons fin à cette tyrannie. Car aimer, c'est aussi savoir dire non.

*Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)*

## Le paradigme adolescent

Michelle Cadoret, Dunod, 2003.

La rencontre avec l'adolescent met toujours l'adulte en surprise sinon en étrangeté. L'adolescent en crise, comme le fou, comme le migrant, témoigne des défaillances

symboliques du lien social dans sa capacité de transmission identitaire intergénérationnelle. Chez lui, la potentialité humaine de la folie devient un risque concret. Il est constamment en urgence et en violence.

Cet ouvrage prend appui sur la double référence psychanalytique et anthropologique, pour montrer comment l'adolescent associe dans son travail psychique, le particulier et le général, le pulsionnel et le culturel, l'actuel et l'historique, l'individuel et le social, la transmission et la créativité.

Parentés et sociétés tant civiles que religieuses sont mises en crise par le passage en adolescence, agissant comme un révélateur (d'où le terme de paradigme) et dont la dimension initiatique se trouve réaffirmée dans ce livre. Les analyses des rituels adolescents rappelés par l'auteur font ressortir la perspective d'une resymbolisation qui fait opposition à la déliaison sociale et culturelle caractéristique de notre modernité, marquée par le brouillage de la fonction paternelle.

*Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)*

## Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance

J.P. Tassin, B. Doray, R. Fuhrer, P. Mormède

Les Editions INSERM, 2000.

Parmi les nombreuses questions que soulève la toxicomanie, celle des variations individuelles de la vulnérabilité à la dépendance est sans doute la plus intrigante. Ce phénomène, connu de longue date par les cliniciens, n'a été mis en évidence par les neurophysiologistes sur les modèles animaux que depuis une quinzaine d'années. Quelles sont les causes de ces vulnérabilités ? Existe-t-il des facteurs de protection ? S'agit-il de processus innés ou acquis ? Y a-t-il des personnalités et des situations à risque ? Quels rôles jouent les réglementations ?

Ce sont de ces questions que les membres de l'intercommission INSERM, chargée d'étudier les comportements de consommation, ont choisi de débattre en réunissant des spécialistes de différents domaines, généticien, neurophysiologiste, psychiatre, psychanalyste, clinicien de la douleur, sociologue, économiste et épidémiologiste.

*Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)*

# Les violences conjugales et familiales

**Si la mort de Marie Trintignant a attiré l'attention – et même braqué les projecteurs – sur un problème dont la fréquence et la gravité en termes de santé mais aussi les composantes socioculturelles restent généralement sous-estimées, on peut regretter que l'émotion qui s'exprime dans les médias soit infiniment plus discrète lorsque c'est Mme Tout le monde qui est victime de tels actes : il s'agit alors d'un simple fait divers, relégué en pages intérieures. Il n'est pas question ici de se plaindre vainement, une fois de plus, du star system et du fonctionnement des médias, mais de formuler la crainte que l'image sociale et la personnalité des protagonistes de la récente affaire masquent dramatiquement (au sens propre) le problème plutôt qu'elles ne le révèlent.**

On peut regretter aussi que seules les situations à la fois les plus tragiques et les plus «visibles» – les morts violentes – attirent ainsi l'attention. Car les violences familiales ne se limitent ni aux homicides ni même aux coups et blessures. Il semble que, particulièrement en matière de violences entre conjoints, le regard social ait du mal à se dessiller comme il a commencé à le faire dans les années 85-90 à propos des «enfants battus», débouchant sur le concept beaucoup plus large de maltraitance, qui inclut les violences verbales, la domination psychique, l'abus sexuel, l'exploitation économique et les négligences graves.

© Photo : Jean-Louis Saïz/Question Santé



C'est pourtant dès les années 70 que la violence conjugale devient une question d'actualité, pénètre dans le débat social, principalement sous la pression du mouvement féministe. Aujourd'hui, médias, politiciens, spécialistes des questions sociales, professionnels de la santé et des services sociaux sont conscients qu'il convient de considérer cette problématique avec sérieux, eu égard aux dommages physiques et psychologiques qui en découlent. Malgré cette conscientisation collective, les normes

et les habitudes culturelles légitiment, dans une certaine mesure, l'utilisation de la force physique à l'intérieur de la famille, alors que bien souvent elles la stigmatisent à l'extérieur. «Il est étonnant de voir combien un même acte violent est punissable légalement et critiquable lorsqu'il se produit entre deux personnes qui n'ont aucun lien de parenté, alors que ce même type d'acte à l'intérieur de la famille est évalué selon des critères très différents et souvent beaucoup plus neutres.»<sup>1</sup> La société reste discrète en matière de violences intra-familiales et un certain malaise persiste lorsqu'on décide d'en parler. En fait, ces violences dérangent plus que d'autres car elles ont lieu au sein de la famille et elles nous renvoient inmanquablement aux images et représentations inconscientes du couple parental que nous avons eu. <sup>2</sup>

Naguère portée par les seules organisations féministes, la question des violences conjugales a commencé à s'introduire dans le monde de la santé, ce qui se manifesta récemment par un chapitre entier consacré à «la violence exercée par les partenaires intimes» dans le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS, dont les auteurs écrivent sans ambages : «La violence entre partenaires, que l'on a d'abord traitée largement comme un problème de droits de l'homme, est de plus en plus considérée comme un problème de santé publique important. »<sup>3</sup>

## **Les violences conjugales sous l'angle de la santé publique**

«Violences entre partenaires» ?... On parle en fait essentiellement des violences faites à des femmes par leur partenaire masculin (et de leurs éventuelles répercussions sur les enfants). Il ne s'agit pas de nier que des hommes – jeunes, âgés, voire adultes – soient, eux aussi, victimes de violences familiales, y compris de la part de femmes. Ni de nier ou de minimiser la violence dont des femmes peuvent, elles aussi, faire preuve. Cependant, en termes de santé publique, il

n'est pas d'équivoque, comme le montre le rapport déjà cité : «La violence exercée contre les femmes par un époux ou un partenaire intime de sexe masculin est une des formes les plus courantes de violence. Le contraste est frappant avec les hommes qui, en général, risquent beaucoup plus d'être attaqués par un étranger ou une connaissance que par quelqu'un qui appartient au cercle de leurs proches relations. Le fait que les femmes aient souvent des liens affectifs avec leurs agresseurs, dont elles dépendent aussi économiquement, a des répercussions importantes sur la dynamique de la violence et sur les approches choisies face à elle. La violence exercée par le partenaire intime existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Il arrive que les femmes soient violentes dans leurs relations avec les hommes, et les relations homosexuelles ne sont pas exemptes de violence, mais dans l'immense majorité des cas, ce sont des femmes qui sont victimes de violence de la part de leur partenaire masculin. C'est pourquoi ce chapitre sera consacré à la violence exercée par les hommes contre leurs partenaires féminines.»

Les violences conjugales faites aux femmes constituent un réel problème de santé publique, non seulement dans les pays où la tradition et le système social les tolèrent voire les encouragent explicitement<sup>4</sup>, mais même dans les pays dits modernes : «Des études réalisées en Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud et aux Etats-Unis d'Amérique montrent que de 40% à 70% des femmes victimes de meurtre ont été tuées par leur époux ou leur petit ami, souvent dans le contexte d'une relation suivie violente. Cela contraste fortement avec la situation des hommes victimes de meurtre. Aux Etats-Unis, par exemple, seuls 4% des hommes assassinés entre 1976 et 1996 ont été tués par leur épouse, ex-épouse ou petite amie.»

Mais, on l'a dit, les statistiques de mortalité ne révèlent que l'aspect le plus dramatique et le plus socialement

visible de la situation. Les chiffres cités par l’OMS (voir plus loin) renvoient d’ailleurs uniquement aux agressions physiques, et les auteurs soulignent eux-mêmes les biais que cela introduit dans la connaissance et la compréhension du problème : «En se concentrant sur les seuls actes, on risque d’occulter l’atmosphère de terreur qui règne parfois dans les relations violentes. Ainsi, dans une enquête nationale sur les violences contre les femmes réalisée au Canada, le tiers des femmes victimes d’agression physique de la part d’un partenaire déclarent avoir craint pour leur vie à un moment de la relation. Bien que les études internationales mettent l’accent sur la violence physique parce qu’il est plus facile de la conceptualiser et de l’évaluer, des études qualitatives donnent à penser que certaines femmes trouvent la violence psychologique et le rabaissement encore plus intolérables que la violence physique.»

C’est pourquoi la littérature sur la question prend très généralement en considération, non seulement les agressions physiques, mais les violences verbales et psychologiques (insultes, moqueries et humiliations répétées, menaces, dévalorisation systématique...), les rapports sexuels forcés, et ce que l’on pourrait appeler les violences «sociales» ou, plus simplement, le fait d’exercer une tyrannie sur une personne.

### Définition de l’OMS

On entend par violence entre partenaires intimes tout comportement au sein d’une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation. Il s’agit, entre autres, des comportements suivants :

- Actes d’agression physique (...).
- Violence psychologique, comme le recours à l’intimidation, à l’humiliation et au rabaissement constant.

- Rapports sexuels forcés et autres formes de coercition sexuelle.
- Divers comportements autoritaires ou tyranniques, comme d’isoler une personne de sa famille et de ses amis, de surveiller ses faits et gestes, et de limiter son accès à toute aide ou information.

Lorsque la violence se répète dans la même relation, on parle souvent de “ violence grave ”.

Dans le rapport de l’OMS, il ressort de 48 études récentes, menées dans les cinq continents, que de 10 à 67% des femmes interrogées avaient été agressées physiquement par un partenaire au cours de leur vie. De 10 à 67% : cette grande disparité pose évidemment question. Elle peut tenir à des facteurs culturels, sociologiques et démographiques : la prévalence serait plus élevée dans certains lieux, groupes ou populations. Ainsi, quand on compare les 69% obtenus à Managua (capitale du Nicaragua) aux 28% d’une enquête nationale dans ce même pays à la même époque, on peut faire l’hypothèse d’une violence plus grande en milieu urbain. Il reste néanmoins très délicat de comparer les chiffres, en raison de différences méthodologiques entre les études : critères de sélection des femmes interrogées, formes de violence prises en compte, formulation des questions, variations dans la définition retenue pour la notion de violence conjugale... La source des informations peut également affecter les résultats ; de même que le degré de confidentialité des entretiens avec les femmes et la capacité, chez celles-ci, de surmonter des sentiments de honte, de culpabilité, de peur et de dévalorisation pour aborder franchement le problème.

On trouve aussi des disparités – moindres toutefois – en Europe occidentale : 21% aux Pays-Bas et en Suisse, 18% à Trondheim (Norvège), 30% dans le Nord de Londres. **En Belgique, une enquête sur les violences interpersonnelles a été menée en 1998**

**par le Centre universitaire du Limbourg<sup>5</sup>. Dans cette étude, 13,4% des femmes âgées de 20 à 49 ans déclaraient avoir subi, au cours de leur vie, des violences physiques et/ou sexuelles graves et répétées de la part de leur partenaire (lié légalement ou non, cohabitant ou non) ; 2,3% des hommes interrogés étaient dans le même cas.**

Comme on peut le voir avec ce dernier chiffre, si l'on ne peut nier la réalité des violences conjugales faites aux hommes, ce problème apparaît comme bien moins fréquent – même si l'on retient l'hypothèse vraisemblable d'une sous-déclaration des cas pour des raisons psychologiques (honte) et culturelles (image virile, stéréotypes masculins) : en effet, la honte et la crainte de paraître démeriter en tant qu'épouse et mère jouent également chez les femmes. En outre, le problème repose probablement sur une dynamique relationnelle différente chez les hommes. C'est du moins l'hypothèse formulée par l'OMS :

«Il ressort de la recherche effectuée dernièrement dans des pays industrialisés que les formes de violence exercée par le partenaire ne sont pas les mêmes pour tous les couples qu'opposent des conflits violents. Il semble y avoir au moins deux schémas :

- une forme de violence croissante et grave caractérisée par de multiples formes de violence, d'actes visant à terroriser et de menaces, et par un comportement de plus en plus possessif et autoritaire de la part de l'agresseur.
- Une forme plus modérée de violence relationnelle, où l'exaspération et la colère continues dégénèrent parfois en agression physique.

D'après les chercheurs, les enquêtes communautaires conviennent mieux pour détecter la deuxième forme plus modérée de violence conjugale, aussi appelée «violence conjugale courante», que la première forme, que l'on qualifie de «violence grave». Cela explique sans doute pourquoi les enquêtes communautaires sur la violence effectuées dans les pays industrialisés

trouvent souvent des preuves substantielles d'agressions physiques commises par des femmes (...). Bien que des données provenant de pays industrialisés prouvent que des femmes participent à la violence conjugale courante, il n'y a guère d'indication qu'elles soumettent les hommes au même type de violence croissante et grave que l'on voit souvent dans les échantillons cliniques de femmes battues.»

Après ce large tour d'horizon, retour à Bruxelles. Pour donner une image plus concrète des violences conjugales, nous avons d'abord rencontré **Béatrice Girard**, qui travaille au Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales : « L'ASBL est issue du mouvement féministe et autogestionnaire des années 70, qui a favorisé une prise de conscience des problèmes spécifiques de la femme et de son statut dans la société au point de vue économique, social et culturel. L'association a été mise sur pied en 1977, afin de venir en aide aux femmes subissant des violences physiques de la part de leur entourage. Son principe est d'héberger les femmes et leurs enfants arrivant dans un état de détresse, de leur permettre de s'apaiser, de les protéger (l'adresse de la maison d'accueil est tenue secrète) et de les guider dans leurs démarches administratives, juridiques ou autres. Selon la demande, une assistance thérapeutique est assurée à la femme ou au couple à notre bureau d'accueil, 29 rue Blanche. Depuis sa constitution, le Centre de Prévention des Violences Conjugales a évolué, s'adaptant à la réalité rencontrée, se professionnalisant, s'enrichissant de l'expérience et des formations suivies par ses membres ».

### Trois types d'interaction violente

Au fil de son expérience, l'équipe a pu observer trois types de l'interaction violente. « Le premier repose sur une **relation symétrique** de violence. Le pouvoir n'est pas entre les mains d'un seul des partenaires. Au contraire, il y a lutte pour acquérir ce pouvoir face à

l'autre. Cette violence constitue pour les partenaires un moyen de communiquer entre eux. Ils ont conscience que cela ne résoudra pas leurs problèmes. Quand l'un des deux va trop loin dans son comportement violent, il demande immédiatement pardon, ce qui stimule le désir de rapprochement. Dans ce type de relation, la violence s'exprime plutôt de manière psychologique et verbale chez la femme, et de manière physique chez l'homme. Dans ce cas de figure, on peut envisager que des entretiens (individuels ou de couple) débouchent sur un changement chez les deux partenaires. ”

Le deuxième modèle d'interaction violente repose sur une **relation asymétrique** : “ L'un des partenaires tient le rôle de dominant et l'autre celui de dominé. Le dominant possède le pouvoir au sein du couple. Il éduque, élève son partenaire. L'autre est un objet qu'il façonne selon ses désirs. De plus, afin d'assouvir son besoin de pouvoir, il contrôle chacun de ses faits et gestes. Les femmes victimes de ce type de violence sont complètement dépendantes de leur compagnon ou mari : pas de travail, pas d'études, pas de relation amicale ou familiale, très souvent pas d'indépendance financière. ”

Le troisième modèle est le plus fréquemment rencontré : “ Il s'agit d'une **relation fusionnelle** où tant l'auteur de violence que la personne violentée sont dépendants l'un de l'autre. Ils ne font qu'un. L'autre est perçu comme prolongement de soi et non comme étant différent. Dans ce type de couple, il y a très peu d'espace pour la négociation, l'acceptation des différences. Cette violence constitue pour la personne un moyen de résoudre le conflit en cours ; elle permet aux partenaires de prendre à un moment donné de la distance sans pour autant devenir autonomes. Cette violence apparaît très tôt dans le couple, lors de changements considérés comme une menace à leur équilibre : déménagement, naissance, perte d'emploi. Dans la relation fusionnelle, les partenaires passent rapidement d'un excès de tendresse, de passion



© Photo : Jean-Louis Saïz/Question Santé

amoureuse, à un excès de destructivité et de haine. Il y a généralement une escalade dans la violence : on passe de la violence psychique ou verbale à la violence physique, qui peut aller jusqu'à mettre la vie de la femme en danger. Toutefois, la violence est présente à tous niveaux : physique, psychologique et sexuelle.

“ Au sein de cette fusion, l'auteur de violence a des difficultés à accepter que le partenaire porte son attention et son affection à un tiers (les enfants, les amis ou même les animaux). Il attend de sa partenaire qu'elle ne s'occupe que de lui. La stratégie de l'auteur de violence consiste à «vider» l'autre. Combien de femmes disent lors des entretiens qu'elles se sentent «épuisées», comme si elles se vidaient de leur substance existentielle... A ce stade, elle n'existe qu'à

travers lui et lui à travers elle. Souvent, la victime endosse la responsabilité de l'épisode violent et se sent coupable de la violence vécue au sein de son couple, comme si elle portait en elle tout le mal-être (peurs, angoisses, frustrations) de son partenaire. ”

Dans les deux derniers cas de figure (relation dominant/dominé et relation fusionnelle), il est préférable que les deux partenaires fassent un travail thérapeutique chacun de leur côté. Car un entretien de couple, alors qu'il n'y a pas de négociation possible et surtout en cas de menaces et de harcèlement, ne pourrait aboutir à un travail constructif.

“ Après de nombreuses années d'expérience liée au travail de terrain, nous avons pu relever certains traits caractéristiques des partenaires vivant la violence dans leur relation. Ces personnes éprouvent des difficultés à identifier et à verbaliser leurs sentiments. Très souvent, les attentes de l'un par rapport à l'autre sont irréalistes. Chacun est censé combler tous les manques de l'autre. La négociation occupe peu de place dans la communication ; tout est envisagé en termes de «gagner ou perdre». La relation fusionnelle engendre une difficulté pour chacun d'accepter les limites de l'autre, que ce soit dans son espace psychique ou son espace physique.

“ En ce qui concerne le travail thérapeutique mis en place, nous avons constaté qu'il était primordial de **respecter le rythme de la personne victime de violences conjugales**. Dans le cas contraire, il se peut que les femmes maltraitées arrêtent le travail en cours et retournent au domicile conjugal. C'est pourquoi il est important de prendre le temps de clarifier leur situation avec ces personnes, afin qu'elles prennent conscience que ce qu'elles vivent n'est pas normal et ni acceptable. Tout au long de ce travail, nous essayons de leur faire prendre conscience des cycles de violences établis dans leur couple, de la responsabilité de l'auteur de violence par rapport à celle-ci, des conséquences éventuelles d'une telle

situation. De ce fait, elles peuvent prendre leur décision en connaissance de cause. Quelle que soit leur décision – rester ou partir –, nous les soutenons dans leur vécu. Certaines situations nécessitent que les victimes se réfugient au sein de la maison d'accueil. Lorsque nous les hébergeons, nous leur laissons le temps de réfléchir, de «se poser», de se reposer, d'exprimer leur vécu et leur souffrance. Pour qu'elles puissent sortir de la confusion et de l'état de choc dans lequel elles se trouvent, elles doivent se sentir soutenues, sécurisées, rassurées et surtout reconnues dans ce qu'elles vivent. ”

### **Les violences conjugales et familiales en pratique courante**

De ce qui précède, il ne faudrait pas déduire que les violences conjugales et familiales débouchent sur des demandes d'aide aux seuls services et associations spécialisés : ces demandes arrivent à l'hôpital (non seulement aux urgences mais en pédiatrie, par exemple) mais aussi aux services ambulatoires, souvent de manière indirecte. **Martine Vermeyleen**, psychologue au service de santé mentale Le Sas : «Je travaille dans un service qui s'adresse tant aux adultes et aux personnes âgées qu'aux jeunes enfants et aux adolescents : nous pratiquons ce que l'on pourrait appeler la santé mentale «généraliste». Il est assez rare qu'un couple vienne directement nous consulter mais, à partir du symptôme d'un enfant, il nous arrive de travailler la conjugalité et la violence dans le couple, lorsque les parents se rendent compte que cela pourrait débloquer la situation avec l'enfant (qu'il s'agisse d'un problème scolaire, sentimental ou familial). Lorsque les parents sont séparés, un symptôme se présente parfois à l'occasion d'une visite de l'enfant chez le parent qui n'en a pas la garde. Par exemple, la mère arrive, inquiète, disant : «Mon enfant ne veut plus aller chez son père, son père est violent». Mais, pour cette femme, «violent» cela veut peut-être dire ce qu'elle a subi et qui a été à l'origine du divorce – et qu'elle

projette sur son enfant et sur la relation du père avec celui-ci. Quelques entretiens permettent parfois de surmonter nombre de fantasmes et de projections.»

Mais toutes les violences ne sont évidemment pas fantasmées : «Face aux situations de violence physique, nous incitons la personne à prendre distance vis-à-vis de l'agresseur, en parlant de ce qu'elle vit à d'autres personnes, en portant plainte, éventuellement en quittant le domicile conjugal afin que l'enfant cesse de souffrir. Car un enfant qui assiste à la violence physique entre ses parents intériorise souvent le sadisme dont il est témoin, et il risque très fort de «déborder» à un moment donné par des problèmes à l'école, etc. Mais il existe d'autres formes de violence, détectables par une série de malaises dans la famille : un enfant vient nous voir avec un symptôme comme le mutisme, et il faut parfois plusieurs entretiens avant de comprendre qu'il ne peut pas dire son malaise – s'il le dit, il trahit ses parents ! Et les parents n'osent pas parler non plus, ou alors ils lâchent des énormités devant l'enfant. C'est pourquoi nous pratiquons des entretiens séparés, l'enfant d'un côté, les parents de l'autre.»

### Aux sources de la violence

Martine Vermeylen fait le lien entre la violence conjugale et certains mythes contemporains : «Je pense notamment à l'enfant roi, l'enfant idéalisé auquel les parents doivent se sacrifier : il y a là un intenable, un impossible pour le couple. Mais les violences se développent aussi parce que l'on a du mal à accepter de renoncer à quelque chose de soi pour le couple. Nombreux sont ceux, aujourd'hui, qui ont cette double attente : vivre pour soi, garder sa liberté, et en même temps former un couple à long terme. C'est structurellement impossible ! Il faut une certaine forme de renoncement à la vie de célibataire pour qu'un couple puisse fonctionner et se retrouver en tant qu'adultes. Cette contradiction provoque souvent des violences conjugales :

l'autre est perçu comme décevant, il ne répond pas à mes attentes, à mes idéaux. Ce sont d'abord des violences verbales, puis des silences, des passages à l'acte, la violence monte... Et on est tellement pris aujourd'hui dans ce mythe : c'est toi qui as un problème, ce n'est pas moi, c'est toi qui dois aller voir le psy, moi je n'ai rien à me reprocher. Alors qu'il faudrait se dire : on a un problème tous les deux, on va consulter ensemble. A partir de là, quelque chose peut se dénouer, inconsciemment, d'une communication extrêmement violente ; car une femme peut dire de son mari qu'il est insupportable, mais en l'insultant, sans avoir conscience de la violence qu'elle éveille chez lui.»

«Nous avons tous des pulsions de meurtre, des pulsions incestueuses, et la civilisation nous éduque à les contenir, à les mettre en mots. Mais, dans certaines situations, le langage ne suffit plus, on ne se parle pas ; on s'adore, mais on passe à l'acte. Le lien est profond, mais il est tellement fait de pulsion archaïque que c'en est invivable. La passion, cela fait souffrir ! Le couple fusionnel est souvent mortifère dans le sens où il ne permet pas de prendre distance vis-à-vis de l'autre : on se sent envahi, on se sent mangé par l'autre. On n'arrive pas à respecter la vie, la pensée même de l'autre, sa manière de fonctionner, les temps dont il a besoin, les temps de silence, de création, de communication... Certains couples fonctionnent comme de tout petits enfants : tu me déçois, donc je te tire la tête et je boude et je t'en veux et je te frappe... Tout cet archaïsme est très présent, et la violence dans un couple révèle des pulsions sous-jacentes dont on se cache soigneusement l'existence.»

«La violence conjugale vient non seulement de ces pulsions archaïques mais aussi de l'héritage familial, des fantômes qui encombrant l'inconscient familial. J'entends par «fantômes» les non-dits, les secrets, les histoires qu'on ne dit pas à ses enfants, prétendument pour les protéger, mais qui finissent par se dire à un moment ou l'autre, parfois dans des conditions dramatiques. Il faut parfois

qu'un adolescent aille très loin dans la mise en danger de sa propre vie pour que le parent lui dise : «bon, écoute, c'est vrai que je ne te l'ai jamais dit, mais ton grand-père était quelqu'un de violent, il a fait une tentative de meurtre...» Ces choses-là se transmettent inconsciemment mais sont parfois tuées pendant plusieurs générations.»

« Il faudrait aussi parler de «l'incestualité» dans les familles, qui est à la base de bien des violences. Le fait qu'un parent et un enfant aient des relations trop proches — trop d'amour et pas assez de distance — crée un climat incestuel sans qu'il y ait nécessairement passage à l'acte. On voit des familles où un des enfants est celui du père et l'autre celui de la mère. L'incestualité s'est installée du fait de l'absence de sexualité entre les parents. Cela se traduit chez l'enfant par une absence de limites et une difficulté de sortir du désir tout-puissant du parent sur lui.»

L'abus d'alcool ou d'autres drogues est souvent lié aux violences (bien qu'on tende aujourd'hui à le regarder moins comme une cause que comme un facteur de risque ou un facteur aggravant). «La dépendance pose un problème de loyauté vis-à-vis du conjoint : vais-je l'abandonner alors qu'il ne s'en sort pas et qu'après la crise, il s'excuse, il pleure ? On n'a pas le courage de partir alors qu'on sait bien que cela va recommencer...»

Quand la personne n'est pas en état de quitter son conjoint, nous n'abordons pas la séparation, mais plutôt la souffrance que ce genre de situation provoque, nous essayons de voir en quoi le masochisme peut être alimenté par une histoire familiale non clarifiée : pourquoi la personne se pose-t-elle en victime expiatoire pour son couple ? Il y a toujours une raison pour qu'un enfant se sacrifie pour ses parents et, par la suite, il va continuer à se sacrifier pour son conjoint. Ce sont des femmes ou des hommes incapables de laisser leur conjoint. Même quand ils arrivent à se séparer, le lien subsiste et crée toujours des dégâts. Il m'arrive d'assister, très impuissante, à des situations violentes où l'on peut seulement tenter de rendre la personne un peu plus libre de penser à une autre forme de vie possible pour elle et pour ses enfants. Il est des femmes qui arrivent à se séparer pour l'enfant mais pas pour elles-mêmes. Elles se sacrifient donc encore une fois. Et ce sacrifice de la mère va se rejouer d'une autre manière chez l'enfant à la génération suivante.»

*Propos recueillis par F. Kinna et A. Cherbonnier*

- 1 Edith GOLDBETER, *Les violences dans le couple*, Conférence, Bruxelles, 11 novembre 1986. Cité par BERNARD (cf. infra).
- 2 Françoise BERNARD, *Quel(s) projet(s) éducatif(s) pour les enfants issus de couples violents ? Recherche action subsidiée par le Ministère de la Communauté française*, Liège, Collectif et Refuge pour femmes battues, septembre 1995.
- 3 Etienne G. KRUG et coll. (dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2002, pp. 97-135.
- 4 Voir à cet égard Etienne G. KRUG et coll., *op. cit.*, pp. 105-106.
- 5 R. BRUYNOOGHE, S. NOELANDERS, S. OPDEBEECK, *Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen. Rapport ten behoeve van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijke-Kansenbeleid Mevrouw M. Smet*, Limburgs Universitair Centrum, 1998 ; cité par A. DESSARD et A.-M. OFFERMANS, *Les violences conjugales : mythes et réalités*, *Santé conjugale*, n° 22, oct. 2002, pp. 46-52.

#### Erratum

Dans notre dossier sur l'accès au droit (n° 31), une erreur s'est glissée à la page 14 (2ème colonne, 8ème ligne) : il faut lire l'ONEM et non l'ORBEM... Toutes nos excuses pour cette confusion.



© Photo : Jean-Louis Saïz/Question Santé

## Images et santé mentale

*Le 10 octobre dernier, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, un nouveau site internet a été mis en ligne : [Psymages.be](http://Psymages.be). Son objet : promouvoir la réflexion sur l'audiovisuel en santé mentale et offrir à tout un chacun l'accès à l'information et à la documentation audiovisuelle dans le secteur de la santé mentale.*

*Mais qui est derrière Psymages ? Nous avons rencontré **Martine Lombaers**, coordinatrice de l'association et initiatrice du projet.*

L'association a été créée en 1998 mais l'origine du projet remonte à 1995. En fait, le point de départ est lié à ma pratique professionnelle. Depuis plus de treize ans maintenant, j'anime un atelier vidéo au CODE, le centre de réadaptation fonctionnelle de l'asbl L'Equipe, et je réalise des films avec des patients du secteur psychiatrique. C'est ainsi que j'ai été amenée à présenter des films dans certains festivals en France. Et notamment au festival de Lorquin qui, depuis plus de vingt ans, présente chaque année, pendant trois jours, 200 à 300 films sur la santé mentale.

En 1995, à l'occasion du centenaire du cinéma, les programmeurs d'un festival parisien souhaitaient organiser une manifestation autour de " 100 ans de cinéma et de psychiatrie ". Chez eux, ils disposaient de toutes les structures indispensables à la recherche historique des films et à la coordination du projet. Ils m'ont demandé d'organiser le même travail en Belgique. C'est à cette occasion que j'ai constaté les manques qui existaient dans notre pays. Aucune structure ne s'était réellement occupée de recherche autour des liens entre l'audiovisuel et la santé mentale.

Dès ce moment, j'ai contacté les partenaires qui me semblaient pouvoir être intéressés par la création d'une base de données des productions audiovisuelles francophones dans ce domaine. A savoir : la Médiathèque de la Communauté française (collection thématique Education pour la santé), les Ligues bruxelloise et wallonne pour la santé mentale, la Fondation Julie Renson, l'asbl L'Equipe. Toutes ont manifesté un vif intérêt. L'asbl Psymages les rassemble.

Une fois l'association créée, encore fallait-il que l'intérêt de ses membres trouve une prolongation auprès de l'ensemble du secteur éducatif et psychosocial. La Fondation Julie Renson a fait faire une grosse enquête auprès des utilisateurs potentiels (plusieurs centaines de questionnaires ont été envoyés) et, après le dépouillement, il s'est avéré qu'une demande existait effectivement, tant au niveau des enseignants que des acteurs psychosociaux... Forts de ce constat, nous nous sommes lancés dans le parcours traditionnel de la recherche de financement. Parcours difficile puisque, lorsqu'on introduit une demande de subvention, il faut entrer dans un cadre très précis. Or nous avons toujours parlé d'un *projet de service* alors que la Communauté française proposait une subvention pour un *programme d'action*. On a un peu pataugé...

Nous avons également espéré pouvoir abriter Psymages au sein d'une des associations fondatrices, mais personne n'en avait vraiment les moyens. Dans un premier temps, nous avons donc été " hébergés " par la Médiathèque, dans la mesure où c'est grâce à son service Education pour la santé que la Communauté française a accordé les premiers financements pour réaliser une étude de faisabilité (évaluation des besoins, budgétisation...). Par la suite, chacun des partenaires, à tour de rôle, a dégagé des locaux qui m'ont permis de travailler quelques heures par semaine pendant plusieurs mois. Et puis, cerise sur le gâteau, une étudiante de l'ULB a réalisé son mémoire en informatique et documentation sur la conception de la base de données. C'était vraiment un bel outil théorique, nous avons un modèle sur lequel travailler.

L'année 1998 a été fructueuse sur plus d'un point : c'est aussi cette année-là que, dans le cadre des manifestations organisées par la Ligue wallonne (aujourd'hui Institut wallon) pour la santé mentale, Psymages a proposé " Images des uns, regard des autres ", une journée de projection de films sur l'image de la personne et la psychiatrie, suivie de débats. C'est à cette occasion que j'ai rencontré Karin Rondia, qui s'est rapidement investie dans le projet, et dont le professionnalisme et la rigueur furent bien précieux à certains moments de découragement !

### La base de données

La Médiathèque de la Communauté française venait de créer une petite base interne de données pour ses collections. En nous permettant d'utiliser cette base et en nous offrant le concours de ses stagiaires, elle nous a permis de réaliser nos premiers encodages. Il y avait toutefois un problème : la localisation du serveur à la Médiathèque et l'impossibilité d'y accéder autrement que par internet. Heureusement, c'est à ce moment-là que nous avons obtenu des subventions de la COCOF et de la Région wallonne, qui nous ont permis de repenser l'outil de manière un peu plus professionnelle et performante. Nous avons hébergé la base dans les locaux du " Fil d'Ariane ", le centre de documentation de L'Equipe. Et, depuis le 10 octobre dernier, le site de Psymages est fonctionnel.

[www.psymages.be](http://www.psymages.be), c'est :

- une base de données des productions audiovisuelles dans le domaine de la santé mentale ;
- la recherche par thèmes, mots clés, auteurs ou intervenants ;
- un intermédiaire pour se procurer les documents souhaités ;
- une documentation complémentaire aux documents filmiques.

En fait, nous souhaitons mettre en ligne un ensemble, le plus complet possible, de films en langue française relatifs à la santé mentale, et ne pas nous cantonner aux films belges. Notre partenaire français, le CNASM (Centre national de Documentation audiovisuelle en Santé mentale), qui organise le Festival de Lorquin, offre

déjà un catalogue de 300 à 400 films, comprenant les films de leurs partenaires canadiens. Et il y a également (en projet) toutes les productions francophones de l'Afrique noire, du Maghreb... et d'ailleurs.

En bref, il nous paraît essentiel d'identifier et de traiter cette mine de références d'images liées à un secteur en plein essor, dont les problématiques, théories et pratiques évoluent sans cesse au sein d'une société de plus en plus médiatisée. Par ailleurs, grâce à notre partenaire L'Equipe et à son centre de documentation, nous sommes en mesure d'offrir une sélection d'écrits relatifs à l'usage de l'audiovisuel dans le cadre d'ateliers thérapeutiques, à la psychanalyse de l'image, aux liens qui unissent psychiatrie et cinéma.

### Et pratiquement, comment obtenir un média ?

A chaque film correspond une fiche sur laquelle figure l'inscription " pour obtenir ce document ". Si le film fait partie du catalogue de la Médiathèque, par exemple, on est renvoyé vers leur site. La cote du film apparaît. On clique, et on commande. Si le film se trouve ailleurs, on est dirigé soit vers un site (c'est le cas pour le CNASM, le CVB, Cinergie, Libération Films...), soit vers une adresse électronique. Psymages ne possède aucun film ; ce n'est d'ailleurs pas notre objectif, qui est vraiment de créer un lien et de donner des informations sur les médias, leur localisation, les conditions d'accès, etc.

Nous avons également le projet de coproduire, avec les Ligues pour la santé mentale, une série d'entretiens filmés de personnalités marquantes dans l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale en Belgique. Les Français ont ainsi réalisé 80 à 90 témoignages de grandes figures de la psychiatrie française. Ce sont de petits films très simples de 15 ou 20 minutes, mais il est très important de conserver cette mémoire sur image, d'autant plus que certaines de ces personnalités, aujourd'hui assez âgées, ont vraiment bouleversé les pratiques, notamment hospitalières.

*Propos recueillis par Françoise Kinna*

## Prévention du sida : présentation de la Plate-Forme

*Depuis la création de la Plate-Forme de Prévention Sida, le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles collabore à la réflexion et à la mise en place des différents projets développés autour de la prévention sida.*

*Le CLPS de Bruxelles continue à participer aux différents groupes de travail initiés par la Plate-Forme pour les préparations des campagnes.*

*Les lignes qui suivent retracent le parcours de cette Plate-Forme avec l'illustration des projets proposés pour les campagnes.*

*Thierry Martin, directeur de la Plate-Forme n'est-il pas la personne la plus appropriée pour nous expliquer le travail déjà réalisé ? Nous lui laissons la parole.*

### La Plate-Forme .... en quelques mots

Financée par le Ministère de la Communauté française, la Plate-Forme Prévention Sida regroupe depuis mai 2000 différents acteurs travaillant dans le champ de la prévention du sida et dans le domaine de la promotion de la santé (organismes thématiques de prévention du sida, Centres de référence Sida, Centres locaux de promotion de la santé, Centres de Planning familiaux, ...).

La Plate-Forme Prévention Sida a pour mission :

- de soutenir la concertation des acteurs dans les campagnes de prévention pour le grand public,
- et la mise en œuvre de la réalisation de ces campagnes.

### Pourquoi cette Plate-Forme ?

Les restructurations du secteur de la promotion de la santé suite au décret de 1997 ont permis l'intégration du sida dans la perspective plus générale de la promotion de la santé.

Ceci a eu pour conséquence la raréfaction des campagnes de prévention du sida à destination du grand public. Cette raréfaction due à une banalisation de la thématique dans le chef des pouvoirs publics,

des professionnels de la santé et de la population elle-même a été appuyée par des arguments théoriques relatifs à l'inefficacité des campagnes coûteuses, ou à l'impossibilité de mesurer l'impact de ces campagnes.

Force est de constater aujourd'hui que divers indicateurs montrent la nécessité de maintenir la prévention du sida à l'ordre du jour dans une perspective de complémentarité entre des actions destinées au grand public d'une part, et des actions de proximité destinées à des publics spécifiques d'autre part, (comme l'usage de drogue, l'orientation sexuelle, le pays d'origine, la précarisation sociale, etc.).

La création de la Plate-Forme Prévention Sida est également née du constat d'un manque d'outils offrant une information actualisée autour du sida.

Les premiers projets mis en œuvre par la Plate-Forme ont mis en évidence la nécessité de l'existence d'une structure spécifique et d'un budget permettant d'assumer différentes tâches pour le bon déroulement d'un projet.

### Regard sur les projets déjà réalisés

1er décembre 2002, l'exposition " Vivre ensemble – Un autre regard sur les séropositifs " présente environ 60 portraits de personnes qui font part de leurs

témoignages sur le sida. Toutes ces personnes ont été rencontrées via les associations membres de la Plate-Forme. Ce projet, grâce au soutien et à la collaboration de ces membres, circule depuis un an en Communauté française.

Eté 2003, la Plate-Forme Prévention Sida lance la campagne du «Petit Livre Rose», un programme d'information et de sensibilisation des jeunes aux risques du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles ainsi qu'à l'utilisation du préservatif. Cette brochure a fait l'objet d'une campagne de promotion sous forme d'affiche, cartes postales et pochettes de préservatifs distribuées notamment dans les festivals de musique et disponibles dans les Centres Locaux de Promotion de la Santé et à la Plate-Forme Prévention Sida.

Pour ce 1er décembre, Journée Mondiale du Sida, la Plate-Forme Prévention Sida organise, avec la collaboration de toutes les associations membres, une exposition " Le sida et vous. Exprimez-vous ". L'exposition exploite l'idée du témoignage mais cette fois en invitant ses visiteurs à s'exprimer sur le sida dans la cabine du Caméramaton.

Le Caméramaton se compose d'une cabine équipée d'une caméra vidéo (sur le principe du photomaton). Les visiteurs ont la liberté de pénétrer dans cette cabine, seuls ou à plusieurs, pour y exprimer ce qu'ils ont envie de dire sur le sida devant la caméra, en actionnant eux-même, très simplement, le dispositif d'enregistrement. Il suffit de pousser sur un bouton et de parler. Pas besoin d'avoir préparé un texte, ni d'avoir des talents d'orateur. Ce qui est important, notamment pour que la prévention soit toujours plus efficace, c'est de savoir comment un maximum de gens réagissent face au sida, aux séropositifs, se protègent ou non, ont peur ou non, savent ou ne savent pas exactement comment le virus se transmet, pensent qu'il faudrait faire telle ou telle chose, ou tout

simplement, trouvent l'occasion de parler librement du sida, sans gêne, sans tabou ...

Afin d'inviter les visiteurs à la réflexion, des personnes connues ou non, contactées par des acteurs de la lutte contre le sida, ont accepté de parler du sida devant la caméra. Parmi les connues : Arno, Malvira, Olivier Strelli, Mbo Mpenza, les membres du groupe Starflam, Dieudonné Kabongo....

Ces témoignages passeront en boucle sur des écrans TV installés dans le hall et le foyer du Théâtre National. La compilation de ces témoignages sur DVD et VHS constituera un bel outil pédagogique pour les actions sur le terrain.

Des photos accompagnées d'extraits de ces témoignages seront également exposées.

Parler du sida, c'est aussi en parler avec les autres. Ce qui n'est pas toujours facile. Le projet Caméramaton poursuit donc, également, l'objectif de favoriser les échanges d'idées, de vécus, de points de vue entre visiteurs d'âges et d'horizons les plus divers.

A cet effet, plusieurs espaces où l'on pourra s'asseoir, discuter, regarder les vidéos, seront aménagés. Des membres d'associations actives dans la prévention seront également présents, pour dialoguer et informer.

Enfin, les visiteurs pourront acquérir une affiche et des cartes postales illustrant les photos exposées.

La cabine du Caméramaton était présente à Bruxelles au Théâtre National de la Communauté française du 1er au 14 Décembre. Cette exposition interactive circulera ensuite dans quelques villes durant l'année 2004.

*Pour le CLPS de Bruxelles  
Bégoña Montila  
Pour la Plate-Forme Prévention Sida  
Thierry Martin*

### Dépenses ambulatoires

Les soins ambulatoires, dont les assises ont eu lieu ce début novembre 2003, se développent naturellement à Bruxelles, car le tissu urbain est dense. La reconnaissance et le soutien de la réalité pluridisciplinaire des démarches thérapeutiques qui traversent le tissu social bruxellois sont un souhait partagé par de nombreux acteurs de terrain. Grâce à cette médecine proche du citoyen, les coûts en matière de santé sont d'autant mieux utilisés. La Cocof est compétente en la matière et compte bien promouvoir cette dynamique.

Entre le malade isolé à l'hôpital et l'hôpital installé chez le patient, les soins de santé sont un équilibre entre la technicité et l'influence du milieu hospitalier, social et personnel. Les coûts de santé en milieu hospitalier sont centralisés, donc plus facilement maîtrisés. Par ailleurs, le malade fait partie d'un réseau social qui participe aussi à la guérison, mais dont les coûts sont alors beaucoup plus difficilement maîtrisés.

A Bruxelles les contacts transversaux entre acteurs médicaux, sociaux, établissements de santé, associations d'usagés et institutions sont particulièrement bien développées. Les acteurs dans le domaine de la santé se connaissent, se rencontrent et assurent une couverture géographique dans les quartiers, dans les communes et entre les institutions de soins, bien sûr, mais aussi par rapport à des problématiques similaires quant au diagnostic, à une approche thérapeutique, ou même autour d'un patient. Les patients ont à Bruxelles la possibilité de trouver des solutions adaptées à leurs pathologies mais aussi à leurs situations sociales et leurs caractéristiques personnelles. L'intégration de toutes les composantes du malade est essentielle à l'efficacité thérapeutique et à son intégration dans la vie sociale. La liberté du choix est ainsi favorisée par la proximité des prestataires et des demandeurs de soins.

La richesse d'un pays est aussi évaluée d'après la santé de sa population.

**Mahfoudh Romdhani**  
*Président du groupe PS à l'ACCF*

### Prime d'insertion : le secteur public plus ouvert aux travailleurs handicapés

Employer des travailleurs souffrant d'un handicap favorise leur intégration au sein du monde du travail. A l'heure actuelle, lorsqu'un service public ou privé engage une personne handicapée, il peut bénéficier d'une prime d'insertion, prime qui ne dépassera en aucun cas 65% du coût salarial.

Pour bénéficier de cette prime, il faut, lors de l'engagement de la personne handicapée, contacter le service bruxellois francophone des personnes handicapées, institution qui envoie alors sur le lieu de travail un délégué qui juge, en fonction de divers critères, quel est le montant de la déduction qui pourra être accordée (déduction variant entre 0% et 65% en fonction de la perte de rendement). L'allocation de cette prime se fait ainsi au cas par cas.

Cependant, il subsiste aujourd'hui une inégalité de traitement entre les personnes handicapées employées dans les secteurs public et privé. Ainsi, dans le secteur public, pour pouvoir bénéficier de cette prime, il faut satisfaire à la norme imposant l'occupation minimale d'une personne handicapée par groupe de 20 unités temps plein. La prime d'insertion ne peut être accordée à un employeur de droit public que pour tout engagement supplémentaire à cette norme.

En d'autres termes, lorsqu'une administration engage une personne handicapée et qu'elle ne respecte pas la proportion 1/20, cette nouvelle recrue sera engagée aux mêmes conditions qu'un travailleur en pleine possession de ses capacités.

Dans cette optique, combien de personnes handicapées seront engagées, par exemple, dans les administrations communales ?

Vu les conditions sévères énoncées ci-dessus, très peu de travailleurs handicapés seront engagés, sans prime d'insertion, dans les administrations communales.

Le MR a toujours marqué sa volonté de favoriser l'intégration des personnes handicapées dans le monde du travail.

Permettre à cette catégorie de travailleurs d'entrer dans le circuit du travail et de se mêler aux autres travailleurs est une nécessité sociale.

En particulier, le MR marque un profond intérêt à favoriser une collaboration soutenue entre ces deux catégories de travailleurs au sein des administrations communales. Celles-ci sont en effet proches de la population et cette mixité instaurée au sein de ses services permettra, d'une part, de redonner espoir et confiance aux personnes handicapées qui ne travaillent pas et, d'autre part, de donner conscience aux personnes ne souffrant d'aucun handicap que les personnes handicapées méritent, autant que les autres, leur place et qu'il n'y a pas lieu de les stigmatiser mais plutôt de les accepter comme telles et vivre ensemble en parfaite harmonie.

C'est ainsi que nous déposerons très prochainement une proposition de résolution à l'Assemblée de la Commission communautaire française. Ce texte visera précisément à demander au Collège de modifier les conditions d'application de la prime d'insertion afin de permettre au secteur public de bénéficier de la prime dans les mêmes conditions que le secteur privé.

***Serge de Patoul***  
***Président du groupe MR à l'ACCF***  
***Député-Echevin***

**La reconnaissance de la langue des signes : une victoire pour 40.000 francophones**

En 1999, la Communauté française votait une résolution consacrant le principe de la reconnaissance de la langue des signes. Il fallait aller plus loin et mettre en place un cadre législatif plus solide. Vaste travail auquel s'attela la Ministre Maréchal. Elle impulsa une étude inter-universitaire qui a permis de faire le point sur la langue des signes (puisque des variantes régionales existent) et d'évaluer les implications, pour les différents niveaux de pouvoir, de sa reconnaissance.

Enfin, en octobre 2003, les parlementaires à la CF ont voté à l'unanimité le décret reconnaissant la langue des signes. Attendue depuis de nombreuses années par la communauté des sourds, cette bonne nouvelle concerne environ 40.000 personnes en Communauté française.

On a maintenant les outils pour permettre un enseignement plus approprié. C'est essentiel car le niveau scolaire atteint par les enfants sourds est souvent inférieur à celui atteint par les entendants alors que la surdité et la mutité sont dues à des lésions du système auditif et ne sont pas le reflet d'une infirmité intellectuelle.

En effet, les recommandations de l'étude préconisent un enseignement en langue des signes qui favorisera l'augmentation du niveau général de formation des personnes sourdes en permettant, à partir de leur langue naturelle, d'aboutir à une connaissance du français écrit, à la base des autres apprentissages.

La voie est aussi ouverte pour reconnaître enfin la profession d'interprètes (profession actuellement non reconnue et non protégée) et pour faciliter la langue des signes dans les différents domaines de la vie quotidienne (accès à la santé, administration...).

Quant à l'appareillage auditif traditionnel ou l'implant, s'ils ne sont pas utilisés dans l'esprit de nier la surdité ou d'interdire la langue des signes, ils ont encore un rôle important à jouer dans l'utilisation des capacités auditives restantes.

***Dominique Braeckman, présidente du groupe***  
***Ecolo à la CCF***

# Annonces

► <http://www.mgbru.be> : les médecins généralistes à Bruxelles

Où trouver un médecin généraliste à Bruxelles ? Quelles sont ses heures de consultations ? C'est pour répondre à ces questions (et bien d'autres encore...) que l'asbl Question Santé, service communautaire chargé de la communication dans le secteur de la promotion de la santé, a été sollicitée par le Ministre de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale, Didier Gosuin. L'objectif : améliorer la visibilité et l'image de marque du médecin généraliste mais surtout permettre au public de connaître l'implantation des médecins généralistes à Bruxelles. Un fichier riche de plus de 1000 adresses est consultable sur internet : [www.mgbru.be](http://www.mgbru.be) Il sera également disponible sous forme imprimée. Une actualisation annuelle est également prévue.

► **12 janvier 2004 : Places, traces ou confusion ? Dynamique émotionnelle entre parents, professionnel(le)s et bébés.**

Dans le cadre de ses soirées-conférences, le Fraje (Centre de Formation permanente et de Recherche dans les Milieux d'Accueil du Jeune Enfant) reçoit Denis Mellier, psychologue et maître de conférences à l'Institut de Psychologie de l'Université Lumière à Lyon. A l'ordre du jour : une série de questions. Quelle place réelle et/ou symbolique donne-t-on, en tant que professionnel(le)s, aux parents ? Peut-on établir un parallèle entre la place réelle donnée aux parents dans les milieux d'accueil et les traces que les professionnel(le)s gardent en eux (elles) de ces parents lorsqu'ils (elles) se retrouvent en tête à tête avec les enfants ? En quoi est-ce important pour le bébé que le milieu d'accueil garde une trace de ses parents ? Quelles importance pour la parentalité . Quel intérêt pour le (la) professionnel(le) ?

P.A.F. : 5 €

Pour infos : FRAJE 02.800.86.10

► **Les Midis Santé du bois d'Havré : programme pour 2004**

**Mardi 20.01.2004** : «L'enfant et l'hôpital.» Invités : Mutualités chrétiennes – Clinique de l'Espérance asbl CHC

**Mardi 10.02.2004** : «Le don d'organes où en est-on ?» Invités : Dr Martine Antoine (Hôpital Erasme, Chirurgie cardiaque) et Pierre Lucas (Association des Greffés cardiaques et pulmonaires)

**Jeudi 11.02.2004** : «La peur, argument de prévention.» Invité : Dr. Patrick Trefois (Question Santé, asbl)

**Mardi 27.04.2004** : «La résilience dans les contes pour enfants.» Invité : Bruno Humbeeck (collaborateur scientifique du Centre de Recherche et d'Innovation en Sociopédagogie familiale et scolaire)

**Mercredi 12.05.2004** : «Analyse critique de la politique

antitabac en Belgique : politique et stratégie.» Invité : Luk Joossens (Fédération belge contre le cancer)

Pour infos : Observatoire de la santé du Hainaut – tél. : 065.87.96.00 E.mail : [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

► **Santé mentale, santé publique : cycle de séminaires au Théâtre "Le Public"**

**Vendredi 16.01.2004**

«En quoi la pédopsychiatrie comme modélisation d'une approche de santé publique peut-elle nous aider à répondre aux enjeux actuels et à revisiter nos repères théorico-pratiques ?» Pierre Delion, psychiatre d'enfants et d'adolescents, chef du service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille (F)

«Equation : santé publique = somme (des cas par cas) ?» Jean-Pierre Jacques, médecin, psychanalyste (B)

**Vendredi 05.03.2004**

«Les formes actuelles de la mondialisation : symptômes d'un deuil collectif enlisé dans sa phase dépressive ?» Jean-Claude Metraux, pédopsychiatre, ancien directeur de l'association Appartenances, privadocent à l'Université de Lausanne (CH)

«A propos de la désymbolisation et de la resymbolisation dans la Culture» Bernard Doray, psychiatre de Service public à Paris (F)

**Vendredi 30.04.2004**

«Le droit des patients : enjeux et limites» Jean-Louis Genard ; sociologue, chargé de cours à l'U.L.B. et aux Facultés Universitaires St.-Louis (B)

«Accès aux soins et psychiatrie dans la communauté» Jean-Pierre Martin, psychiatre de Service public à Paris (F)

**Vendredi 04.06.2004**

«Pourquoi l'idée de -capital social- est une mauvaise idée...» Gilles Bibeau, anthropologue, professeur à l'Université de Montréal (Ca)

«La santé face aux inégalités sociales» Didier Fassin, médecin, anthropologue, professeur à l'Université Paris XIII, directeur du Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (F)

Pour infos : Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale – tél. : 02.511.55.43 - E.mail : [lbfsm@skynet.be](mailto:lbfsm@skynet.be)

Secrétariat de rédaction :  
Françoise Kinna

Comité de rédaction :  
Dr Robert Bontemps  
Alain Cherbonnier  
Myriam De Spiegelaere  
Michel Hemmeryckx  
Thierry Lahaye  
Dr Roger Lonfils  
Solveig Pahud  
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  
E-Mail : [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be)  
<http://www.questionsante.org>



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

Les articles non signés sont de la rédaction.  
Les articles signés n'engagent que leur auteur.