

FEMMES, SEXUALITÉS & ADDICTIONS

17 OCTOBRE 2013, PARIS



SOMMAIRE

OUVERTURE	4
• Pr Marie-Christine Favrot, Direction générale de la santé	4
INTRODUCTION	4
Femmes, sexualités & addictions	4
• Pr Claude Lejeune, Groupe d'études grossesse et addictions	4
• Carine Favier, Mouvement français pour le planning familial	5
TABLE RONDE : CONNAISSANCES ET PRATIQUES	5
• Modératrice : Catherine Reynaud-Maurupt, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, Nice	5
Mythes et réalités sur le tabac et la grossesse sur les forums internet féminins	6
• Maria Cardenas, Droit des non-fumeurs, Paris.....	6
Réalités et besoins des femmes prestataires de services sexuels tarifés via internet	7
• Éva Clouet, Grisélidis, Toulouse.....	7
Améliorer l'accès des femmes qui se prostituent aux documents de prévention	8
en santé	8
• Adeline Boit, Cabiria, Lyon	8
TABLE RONDE : MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	9
• Modératrice : Emmanuelle Hoareau, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, Nice.....	9
Les femmes africaines s'engagent pour promouvoir le préservatif féminin.....	10
• Aissatou Gnabaly, Unité de réflexion et d'action des communautés africaines, Paris	10
Promotion du préservatif féminin à Mayotte par les femmes et les artistes locaux	10
• Kartoibi Azida, Instance régionale en éducation et promotion de la santé, Mayotte.....	10
Femmes et enjeux de préventions : toujours concernées ?	11
• Claire Vannier, Collectif interassociatif Femmes & VIH, Paris	11
Sex'o'kit : kit à le faire ?!	13
• Élodie Thuvien, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues La Plage (ANPAA 43), Le Puy-en-Velay	13
• Jean-Pierre Couteron, Fédération addiction.....	14
TABLE RONDE : FORMATION ET SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS	14
• Modératrice : Laurence Caté, Direction générale de la santé.....	14

Préservatif féminin : réédition de la mallette et refonte du site internet.....	15
• Hélène Freundlich, Actions femmes & migrantes, Sida info service, Paris.....	15
Santé sexuelle et substances psychoactives : partage d'expériences et sensibilisation de professionnels.....	16
• Danièle Authier, association Femmes, réduction des risques et sexualité, Lyon	16
Repérage précoce des addictions en maternité.....	17
• Laurent Raffier, réseau périnatal Naître et grandir en Languedoc-Roussillon, Montpellier.....	17
• Philippe Michaud, Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie, Paris.....	18
TABLE RONDE : MISE EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS.....	19
• Modératrice : Anne Borgne, RESPADD.....	19
Animer des ateliers de prévention de réduction des risques sexuels et addictifs pour les femmes en établissements médico-sociaux.....	19
• Gilles Rozsypal, Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie 45, Orléans.....	19
Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes : l'exemple d'une étude qualitative conduite par le réseau Sécurité naissance PACA Est.....	20
• Christiane Amiel, Réseau sécurité naissance PACA Est – Haute-Corse, Nice....	20
J'arrêterai de fumer quand je serai enceinte.....	21
• Dominique Bacrie, Comité national contre les maladies respiratoires, Paris.....	21
Tabac, femmes et précarité : formation des équipes de CHRS à l'accompagnement vers le sevrage.....	22
• Agnès Delrieu, Office français de prévention du tabagisme, Paris.....	22
CONCLUSION.....	23
• Carine Favier, Mouvement français pour le planning familial.....	23
• Jean-Pierre Couteron, Fédération addiction.....	23
CLÔTURE.....	23
• Danièle Jourdain-Menninger, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.....	23

OUVERTURE



Pr Marie-Christine Favrot, Direction générale de la santé

Le Pr Marie-Christine FAVROT se réjouit d'ouvrir ce colloque et remercie particulièrement le Respadd pour son travail effectué en collaboration avec la Direction générale de la santé. Elle note le nombre important de participants ce qui manifeste l'intérêt général pour le sujet du colloque. Les femmes ont en effet des besoins spécifiques à prendre en charge en termes de prévention face aux risques d'infection et aux addictions. Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé développe des réponses adaptées, dont le plan national de luttés contre le VIH-SIDA et les IST entre 2010 et 2014, et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives entre 2013 et 2017. En parallèle la DGS soutient de nombreuses associations actives sur ce champ de compétences, dont le travail est capital. En ce qui concerne l'addictologie spécifiquement, la DGS soutient plusieurs partenaires tels que la Fédération addiction notamment et son projet Femmes et addictions, le Respadd qui édite le guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse diffusé gratuitement. La DGS fait émerger des actions innovantes avec ses appels à projets, suivant deux axes : d'une part la prévention des conduites addictives chez les femmes enceintes en 2010, et en 2011 la prévention des risques liés à la sexualité et aux addictions chez les femmes. Les 28 actions expérimentales sélectionnées seront reproductibles au niveau national. Ce colloque a pour objectif d'effectuer un bilan de ces actions, afin de favoriser un échange de bonnes pratiques, et de mettre en avant l'intérêt de la prévention des vulnérabilités spécifiques aux femmes. Le Pr Marie-Christine FAVROT remercie les animateurs de ce colloque ainsi que tous les intervenants, et les équipes qui ont œuvré à sa réalisation. Elle cède la parole au Pr Claude LEJEUNE.

INTRODUCTION

Femmes, sexualités & addictions



Pr Claude Lejeune, Groupe d'études grossesse et addictions

Le Pr Claude LEJEUNE souhaite aborder trois thèmes en introduction : périnatalité et addictions, transmission verticale du VIH, et femmes et addictions.

- Périnatalité et addictions : le Pr Claude LEJEUNE rappelle la situation en 1993, depuis la première femme enceinte sous méthadone, et la révolution culturelle qui s'est déroulée entraînant un changement du regard des professionnels. La grossesse peut être un moment clé pour modifier la trajectoire d'une femme sous addictions. Le produit n'est pas tant le fond du problème : le pronostic périnatal pour une femme et son enfant est davantage lié au contexte et au style de vie, au degré d'insertion, à la vulnérabilité psychosociale éventuelle. C'est cet ensemble associé au produit qui définit la gravité des risques. Mme Corinne CHANAL, sage-femme militante, a commencé ses travaux en se demandant ce que voulaient ces femmes : être suivies comme toute femme enceinte, se confier, avoir des réponses, et un bébé en bonne santé. Depuis le choc du sida, de longues étapes se sont succédé avec la généralisation des traitements de substitution, et l'évolution des mentalités. On a pris conscience du fait que les drogues licites comme l'alcool et le tabac pouvaient être les plus dangereuses. L'organisation de la prise en charge par des équipes pluriprofessionnelles en réseau, incluant la collaboration d'addictologues, a permis d'offrir des soins pour un suivi normal, avec des résultats importants en termes de prématurité réduite, et de séparation mère-enfant diminuée.

- Transmission verticale du VIH : en 1986 s'ouvrent des consultations spécifiques. À l'époque on compte 25 à 30 % de transmission verticale du virus, maintenant moins de 1 %. Cette courbe de décroissance spectaculaire correspond à l'introduction de la trithérapie. Pour les femmes très bien suivies, le chiffre est même inférieur à 1 %. Mais il est possible de faire mieux encore.
- Femmes et addictions : la femme est-elle une toxicomane comme un autre ? Pendant très longtemps l'offre de soins n'a pas connu de différence de genres. Aujourd'hui il existe des brochures spécifiques, notamment grâce aux appels d'offres de la DGS. La femme n'est certainement pas une toxicomane comme une autre. En tant que pédiatre, le Pr Claude LEJEUNE rappelle que la pire situation pour le pronostic d'un enfant reste la grossesse non voulue et non acceptée. Il est nécessaire de prévenir en amont, de parler de parentalité, de désir, et de contraception. Le Pr Claude LEJEUNE remercie les participants pour leur attention.

Présidente de séance du matin :



Carine Favier, Mouvement français pour le planning familial

Mme Carine FAVIER remercie la DGS et le Respadd pour ce colloque, moment important pour tous les acteurs agissant avec les femmes, qui acte le constat que les femmes n'ont pas les mêmes possibilités d'autonomie et les mêmes pouvoirs que les hommes, ce qui reste capital dans l'analyse des pratiques sociales, notamment la sexualité et la prise de risques. La stigmatisation des femmes, notamment au cours de la grossesse, est bien plus forte. Il reste nécessaire de lutter de façon collective pour faire bouger les lignes. En 2011, sur les 6088 nouvelles contaminations par le VIH, 1950 étaient des femmes. Concernant l'hépatite B, 42 % des nouvelles contaminations en 2010 concernent les femmes. Les IST concernent pour près de la moitié les femmes. Le nombre d'IVG est stable, mais son recours augmente en cas de grossesse non désirée suite à l'échec des contraceptifs. En ce qui concerne la diffusion des préservatifs, les chiffres parlent d'eux-mêmes : on compte seulement 1 million de préservatifs féminins pour 97 millions de préservatifs masculins distribués. Du côté des addictions, parmi les femmes fumeuses on compte 27 % de consommations quotidiennes, à l'âge de 17 ans les femmes sont à égalité avec les garçons. Les ivresses régulières sont en hausse pour tout le monde et les femmes s'alignent sur les hommes. Les statistiques liées au VIH ont attendu longtemps pour traiter les femmes en particulier, la première communication ciblée datant de 1997. Les recherches spécifiques sont quasiment absentes. Le chemin est encore long pour intégrer cette exigence. Les femmes ont du mal à se sentir à leur place, les pratiques addictives restant dans les mentalités comme de l'ordre du masculin. Mme Carine FAVIER insiste sur l'importance de considérer les spécificités touchant les femmes plutôt que de parler de leurs « vulnérabilités ». Au Planning familial, les groupes de paroles témoignent du besoin et des bienfaits de ces pratiques collectives qui apportent un changement de regard. Le colloque d'aujourd'hui est bien consacré aux femmes, mais pour l'ensemble de la société.

TABLE RONDE : CONNAISSANCES ET PRATIQUES



Modératrice : Catherine Reynaud-Maurupt, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, Nice

Mme Catherine REYNAUD-MAURUPT, en tant que modératrice, appelle les intervenants de la table ronde. Elle précise que la deuxième intervention mentionnée dans le programme n'aura pas lieu, et rappelle l'enjeu de cette table ronde : l'accès à la connaissance des risques, via la démarche d'aller vers les femmes et les territoires à risques, qu'ils soient réels ou virtuels. Cette démarche nécessite la construction d'un lien de confiance, la conduite

d'approches pragmatiques prenant en compte la vulnérabilité sociale et les moyens de communication utilisés par les femmes, notamment les forums sur Internet.

Mythes et réalités sur le tabac et la grossesse sur les forums internet féminins



Maria Cardenas, Droit des non-fumeurs, Paris

Mme Maria CARDENAS rappelle qu'au niveau européen, la France est le pays qui détient le pourcentage le plus important de femmes enceintes fumeuses, même s'il est en diminution. La moitié de ces femmes reprennent le tabagisme après leur accouchement. Mme Maria CARDENAS rappelle les problèmes qu'induit le tabagisme pendant la grossesse pour l'enfant (faible poids à la naissance, mauvaise oxygénation, morts subites) et pour la mère (fausses couches, saignements). Or Internet est la source d'informations de plus en plus utilisée par les femmes, plus de $\frac{3}{4}$ d'entre elles se tournent vers des sites qui ne sont pas tous des sites de santé avec présence de modérateurs, et où le partage d'expériences se juxtapose à l'étalage d'idées fausses et préconçues. Les femmes internautes se sentent soutenues par ces amies virtuelles plus que par leur entourage, elles osent davantage poser leurs questions sur les forums qu'à leur médecin. L'équipe de Mme Maria CARDENAS a ainsi monté un observatoire pour recenser le type de messages et de questions posées, et les réponses obtenues. Ce travail a duré six mois et s'est attelé à trois sites spécifiques, destinés à la grossesse ou généralistes. Une base de données par sujets a été créée, avec réalisation d'une enquête en partenariat avec l'un des sites pour creuser les informations socioprofessionnelles et le profil des internautes. Les principales conclusions reflètent le taux très élevé de femmes enceintes fumeuses, qui ne comprennent que très peu l'incidence négative du tabac sur la procréation. La perception des risques reste très floue. Elles savent que ce n'est pas recommandé, mais pas pourquoi, et surtout elles culpabilisent. Le forum agit comme un effet rassurant, car il rassemble une communauté de cas similaires et permet l'anonymat. Globalement les internautes pensent qu'il suffit de diminuer la consommation de tabac enceinte pour réduire les risques. Elles sont très seules face au sevrage et éprouvent des difficultés à se dire « addictes ». L'observatoire a mis en perspective sept mythes récurrents véhiculés sur les forums :

- Il vaut mieux ne pas arrêter brusquement de fumer, car le stress engendré est plus grave pour l'enfant. Or stress et tabac n'induisent pas les mêmes risques.
- On peut fumer jusqu'à cinq cigarettes maximum par jour. Le partage du vécu légitime ce comportement.
- On note une négation globale des effets du tabagisme sur l'enfant (pas de poids plus faible, pas de problèmes comportementaux, etc.)
- Fumer n'a pas d'incidence sur la fertilité.
- Si je tombe enceinte, j'arrêterai de fumer.
- Ignorance concernant le tabagisme passif et ses conséquences une fois l'enfant né.
- Les internautes sont convaincues qu'elles n'ont pas droit à la substitution nicotinique pendant la grossesse.

En conclusion de cette étude, il semble indispensable d'arriver à parler différemment aux femmes enceintes, de développer des mécanismes d'aide à l'arrêt, et à l'accompagnement. Il existe un manque à combler en termes de supports explicites, avec un site dédié présentant toutes les fausses idées et leurs arguments contraires, des vidéos témoignages, et une approche plus précise quant aux risques. Cet outil virtuel reste à tourner en la faveur des professionnels, ce qui n'est pas le cas actuellement. Le terrain reste à investir.

Mme Catherine REYNAUD-MAURUPT demande si les participants ont des questions au sujet de cette intervention.

Mme Héloïse DORÉ fait part d'une remarque souvent entendue dans le cadre de son travail, « mieux vaut fumer, car ce sera plus facile d'accoucher d'un bébé petit ».

Mme Maria CARDENAS confirme que la peur d'accoucher peut en effet relayer ce type de pensées.

M. Laurent RAFFIER revient sur le partage du vécu qui légitime les mythes, et s'interroge sur les supports utilisés.

Mme Maria CARDENAS précise que les internautes qui véhiculent des informations plus précises et scientifiques sont en général rejetées par la communauté virtuelle qui favorise les exemples humanisés.

Une sage-femme tabacologue insiste sur l'urgence de former les professionnels de la santé pour que ces fausses idées ne soient plus véhiculées. La future génération de professionnels doit être à même de contrecarrer ce phénomène, avec une formation à l'écoute et à l'accompagnement.

Mme Maria CARDENAS ajoute que la multiplication des intervenants favorisera le succès de l'accompagnement (psychologique, nutritionnel...)

Mme Dominique HENRIOT précise qu'il est essentiel de comprendre ce que le tabac signifie pour chaque femme, et de voir le positif : diminuer la consommation est déjà bien, il faut informer tout en tenant compte de la vitesse de réaction de chacun et être à la hauteur de l'écoute.

Pour conclure ce débat, Mme Catherine REYNAUD-MAURUPT note la nécessité d'opérer un gradient sur les risques sans les nier. Elle insiste sur le travail effectué au niveau tabacologie dans les PMI, sans oublier le libéral et l'importance de la formation autour des nouveaux dispositifs d'organisation des soins.

Réalités et besoins des femmes prestataires de services sexuels tarifés via internet



Éva Clouet, Grisélidis, Toulouse

Mme Éva CLOUET rappelle que la recherche qu'elle va présenter a été commanditée par la DGS, réalisée par l'association Grisélidis et elle-même, partant du constat que le sujet demeure nouveau et mal connu. L'enjeu était donc d'approfondir la connaissance sur la cyberprostitution des femmes en France avec un éclairage sur l'organisation technique et commerciale, le repérage des besoins en matière de santé, la mise en œuvre d'actions de réduction des risques. Cette recherche s'est étalée sur 16 mois, de janvier 2012 à mai 2013, sur les sites francophones hébergés en France et à l'étranger, en utilisant les méthodes de la socioanthropologie, des entretiens individuels et une observation participante. 60 entretiens ont été réalisés auprès des femmes prestataires, des clients et des personnes ressources. L'observation a permis une immersion sur le terrain. On distingue les sites spécialisés hébergés à l'étranger où l'offre est explicite avec mention des tarifs (annuaires d'escortes, sites d'agences, blogs et sites de masseuses, sites d'Expérience Vécue où les clients s'échangent les bons ou mauvais plans), et les sites de petites annonces classiques hébergés en France où l'offre est plus implicite (prostitution cachée, sites dont l'usage premier est détourné, forums de discussion, réseaux sociaux, etc.). En termes de santé, les pratiques à risques telles que les rapports oraux non protégés sont reflétées par des statistiques inquiétantes : sur 350 annonces relevées sur les sites d'escortes, 86 % des filles travaillant en agence et 64 % des autres escortes pratiquent la fellation sans préservatif. Un autre risque concerne la consommation d'alcool avec le client pendant le rendez-vous, pratique très courante. Les clients demandent souvent une pénétration sans préservatif en échange d'une bonne évaluation (EV). Concernant le VIH et les IST, les clients se sentent peu concernés, et les stéréotypes perdurent partout sur les modes de transmission. Certaines prestataires pensent que le port du préservatif empêcherait le plaisir sexuel du client. Mme Éva CLOUET invite à consulter la synthèse présente dans la pochette remise

aux participants pour d'autres statistiques. Le dépistage reste une pratique régulière pour les professionnelles régulières, mais les clients ne se sentent pas concernés même si les plus jeunes y ont davantage recours. Les freins au dépistage restent la peur du jugement de l'activité prostitutionnelle, la peur de demander une prescription au généraliste, la méconnaissance des lieux de dépistage anonyme et gratuit, etc. Les travailleuses du sexe sont plus au courant du test rapide à orientation diagnostique (TROD) que les clients. En cas d'accident, la pilule du lendemain est un réflexe plus ancré que le recours au traitement post exposition (TPE) car il existe une méconnaissance du traitement. Les facteurs aggravants les risques sont aussi des facteurs structurels (contexte politique, économique et social défavorable qui pousse à la clandestinité, à l'isolement, qui aggrave et crée des situations de violence, un contexte répressif et une stigmatisation source d'injustices). Les professionnelles du sexe manquent d'interlocuteurs adéquats, car le Net isole. L'organisation des clients et le système des EV induit une pression supplémentaire. Par ailleurs, les prestations sont plus risquées dans l'escorting. Pour conclure, Mme Éva CLOUET recommande aux associations de rompre l'isolement des femmes et de favoriser l'accès à la prévention continue. Quant aux pouvoirs publics, il faut lutter contre les facteurs aggravants et favoriser un maillage national pour la formation des professionnels travaillant en lien avec ce public. Mme Éva CLOUET remercie la DGS, tous ses collègues sans oublier les enquêté(e)s.

Mme Catherine REYNAUD-MAURUPT souhaite approfondir la question des sites détournés.

Mme Éva CLOUET précise qu'il s'agit de sites commerciaux de petites annonces où il est difficile d'intervenir. Les sites Aufeminin.com et Doctissimo.com voient leurs forums souvent détournés, beaucoup de travailleuses de sexe du Net ou de débutantes viennent y prendre des informations également. Sur ces espaces les associations peuvent être présentes, mais au même titre que n'importe qui. Depuis 2009 des tentatives récurrentes ont lieu pour instaurer un partenariat avec les administrateurs du site, en vain à ce jour. Il subsiste des réticences à voir une association de terrain s'installer sur le site à cause de la législation (les administrateurs nient que ces échanges détournés existent sur leur site, puisque c'est illégal en France), et la modération n'agit que sur les offres explicites. Par ailleurs, les forums permettent l'utilisation de messages privés (MP), ce qui est source de détournements et facilite le recours aux faux profils.

Mme Éva CLOUET précise également que les forums sont divisés en catégories, telles que « prostitution » et « VIH ». Chaque communauté est bien distincte, il est parfois difficile de trouver les informations que l'on pourrait juger utiles sur chacun des forums.

Une participante du colloque demande s'il existe un rassemblement de travailleuses du sexe sur le Net où elles pourraient échanger, au même titre qu'il en existe pour les clients et leurs EV.

Mme Éva CLOUET répond qu'il s'agit d'une demande récurrente des femmes, elles rêveraient d'un tel espace s'il était sécurisé. Des initiatives existent à cet égard, mais de façon isolée, la solidarité n'étant pas le propre de la prostitution. Il existe des sites qui « blacklistent » les mauvais clients et répertorient les témoignages, mais encore faut-il être initié aux nouvelles technologies et parler français. Par ailleurs il existe des cas où les administrateurs des sites ont utilisé les informations des professionnelles à leur rencontre.

Améliorer l'accès des femmes qui se prostituent aux documents de prévention en santé



Adeline Boit, Cabiria, Lyon

Mme Adeline BOIT présente l'action menée entre février et octobre 2012 par Cabiria en partenariat avec le collectif des travailleurs du sexe, et Grisélidis. Elle précise la définition des termes : « santé » pour VIH, IST et les produits psychoactifs, on parle de « supports de

prévention » ou « à la prévention », l'utilisation du terme « femme » pour toutes les personnes se reconnaissant comme tel ; les termes « femme prostituée » revêtant différentes réalités d'où la nécessité d'adapter les supports. L'objectif de l'action est d'améliorer l'accès aux documents de prévention. La première étape consiste à effectuer un recensement auprès des associations de santé travaillant avec les prostituées pour obtenir une vision de l'existant, une mise à jour des supports en les analysant avec les personnes concernées, en vérifiant l'actualité des données. Cela permet d'identifier les manques, de proposer des mises à jour, et de créer sur internet un outil numérique de mutualisation. Dans le cadre de ce recensement, 42 associations ont été ciblées en France et dans les DOM TOM, autour de la prévention et de la réduction des risques, avec contact des associations de santé en lien avec les prostituées, et un réseau européen afin de toucher les migrants. Le travail a porté sur 36 des 52 supports reçus, qui ont été mis à jour avec les femmes sur la forme comme sur le fond par le biais d'échanges individuels et collectifs, afin de croiser les regards et les expériences. On peut les retrouver sur le site de Cabiria. Ils ont pour caractéristiques d'avoir un support papier, une limite aux textes écrits afin de ne pas pénaliser celles qui ne lisent pas, et sont disponibles dans 19 langues. Ces supports sont dédiés à 8 principales thématiques : les IST (modes de transmission et prévention), les accidents d'exposition au sang, l'accès aux traitements d'urgence, la santé des personnes trans, l'autodéfense, l'évitement et la gestion des violences, la prévention pour les clients et la sensibilisation au respect. Un flyer à destination des professionnels du monde médicosocial a également été réalisé afin de promouvoir la nouvelle page web qui mutualise ces supports. Le rapport de cette action y est téléchargeable et comporte des préconisations basées sur les constats des associations, avec des visuels bilingues, et le développement de supports de réduction des risques, de l'information sur les pratiques telles que la sodomie, sur l'assèchement vaginal, la consommation d'alcool au travail, etc. Ce fond reste à alimenter. Mme Adeline BOIT remercie la DGS et les femmes ayant participé à l'étude, ainsi que leurs partenaires.

Mme Catherine REYNAUD-MAURUPT demande si le constat de certains manques a suscité la création de supports dédiés à la santé.

Mme Adeline BOIT confirme que par exemple un vidéoclip a été réalisé avec des femmes nigérianes en marge de l'étude.

Peu de documents concernent la contraception, à part la pilule d'urgence, ce qui est un grave problème, car l'IVG reste très importante pour les femmes nigérianes. C'est un sujet culturellement difficile à aborder avec elles.

Une femme médecin participant au colloque revient sur la difficulté à entrer en contact avec les travailleurs du sexe. Elle cite le cas de l'hôpital Ambroise Paré, face au bois de Boulogne : une personne transgenre a été recrutée parmi les travailleurs du sexe et est devenue médiatrice entre l'équipe soignante et le milieu, ce qui a donné de très bons résultats.

Mme Catherine REYNAUD-MAURUPT clôt cette table ronde et cède la parole à Mme Emmanuelle HOAREAU.

TABLE RONDE : MOBILISATION COMMUNAUTAIRE



Modératrice : Emmanuelle Hoareau, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, Nice

Mme Emmanuelle HOAREAU souhaite que cette table ronde fasse émerger de riches discussions, car les enjeux sont nombreux et politiques puisqu'il s'agit de santé publique et

de participation à la vie de la cité, afin de concevoir des projets au plus près du quotidien des femmes. L'enjeu est aussi celui d'un changement de regard sur elles, qui cumulent souvent les stigmatisations en tant que toxicomanes et/ou prostituées, migrantes, vulnérables. Cette vulnérabilité est une réalité biologique, économique, mais ne doit pas verser dans la victimisation. Il faut au contraire solliciter l'expertise de ces femmes pour les autoriser à prendre en main leur destinée et se faire respecter. Elles doivent passer du statut d'objet d'attention à celui de sujet capable d'agir sur soi.

 **Les femmes africaines s'engagent pour promouvoir le préservatif féminin**
Aissatou Gnabaly, Unité de réflexion et d'action des communautés africaines, Paris

Mme Aissatou GNABALY présente son association Uraca créée en 1985 par des étudiants africains. Le projet engagé a deux objectifs : mobiliser les réseaux de femmes africaines autour du préservatif féminin, et faire sa promotion en incitant à l'utiliser. Ce projet a été réalisé sous forme de concours avec remise de prix selon la qualité du travail, par le biais d'une campagne de sensibilisation auprès des groupements de femmes fonctionnant comme des banques informelles de type microcrédit. Cela a permis de recenser 17 groupements de femmes, dont 8 ont fait de la prévention dans leur groupe, et touché ainsi 204 femmes. Un questionnaire a permis de tester leurs connaissances sur le préservatif féminin. Sur ces 204 femmes sensibilisées, 90 ont pu remplir le questionnaire, 77 ont décidé de tester le préservatif féminin et de donner leur avis. 47 ne le trouvent pas du tout pratique, 20 un peu, 6 n'avaient pas d'avis, 4 ont fait des propositions d'amélioration. Les réactions du conjoint étaient aussi attendues : 43 ont répondu, 24 n'ont pas du tout apprécié, 2 n'ont pas fait part de commentaires, 5 en ont une opinion positive. Parmi les commentaires émis par les femmes, on relève leur inquiétude : peur que le préservatif féminin ne soit pas bien mis, peur de la contamination, de son coût, du temps qu'il faut prendre pour le mettre. Les femmes ont réalisé des actions de prévention dans leur communauté. Cette sensibilisation à l'utilisation du préservatif féminin a touché 876 personnes, et plus de 5000 préservatifs féminins ont été distribués. Parmi les freins, on note également la pénurie de points de distribution, et la pudeur culturelle selon laquelle ce n'est pas à la femme de proposer un mode de contraception. Toutefois le préservatif féminin permet de progresser dans l'émancipation des femmes à ce sujet, elles deviennent actrices de leur sexualité.

Promotion du préservatif féminin à Mayotte par les femmes et les artistes locaux
 **Kartoibi Azida, Instance régionale en éducation et promotion de la santé, Mayotte**

M. Kartoibi AZIDA souligne qu'en matière de santé publique, Mayotte fait face à des défis énormes, et remercie la DGS et l'INPES qui soutiennent leurs actions. À Mayotte en particulier on note la vulnérabilité des femmes : l'évolution des mœurs, le désir d'être indépendante se heurtent à une méconnaissance en termes de prévention et à un taux d'utilisation du préservatif féminin très bas, conjugué à des comportements à risques (multiples partenaires, polygamie, grossesses précoces). Le but du projet était donc de développer une attitude favorable envers le préservatif féminin, d'améliorer les compétences pour son utilisation, de diversifier les modes de prévention et de les rendre accessibles. Un groupe de réflexion s'est attelé à harmoniser la stratégie et les démarches avec les professionnels et le conseil général. La mise en place d'un groupe de pilotage a permis de multiplier les interventions lors de séances d'éducation à la sexualité, la production d'outils de sensibilisation, la participation de nombreux artistes locaux. Lors de ces actions événementielles, des informations et des préservatifs féminins ont été distribués, notamment avec le partenariat du Planning familial de Mayotte. M. Kartoibi AZIDA passe la parole à sa collègue, animatrice de terrain.

Celle-ci précise que les femmes rencontrées lors de séances de présentation du préservatif féminin avaient de 30 à 65 ans. La découverte de ce mode de contraception est passée par

des jeux de rôles, la femme incitant son mari à l'utiliser, et sur des échanges au sujet du mariage traditionnel et du mariage moderne. Au total une centaine de femmes ont été touchées. Après chaque séance, les artistes locaux ont participé en chantant avec les femmes présentes.

M. Kartoibi AZIDA ajoute que les artistes ont composé trois morceaux en lien avec les séances. Pour conclure, il aborde la difficulté de mobiliser les femmes, car le sujet reste tabou, par ailleurs certains projets antérieurs n'ont pas toujours abouti ce qui n'engage pas favorablement les acteurs à se mobiliser et tous les outils prévus n'ont pas pu être réalisés faute de budget. Il apparaît nécessaire de mutualiser les moyens pour concrétiser les outils de prévention tels que les clips vidéo des artistes. Parmi les points positifs, on note une forte mobilisation des acteurs qui ont accepté de s'engager, et le prochain concert prévu dans le cadre de la journée de la femme.

Une participante demande si l'action engagée a entraîné une augmentation notable en matière de préservatifs masculins et de gels lubrifiants.

M. Kartoibi AZIDA confirme qu'avant le projet, ils bénéficiaient via l'INPES d'un quota de 60 à 70 000 préservatifs par an. La demande est toujours supérieure, mais heureusement son instance n'est pas le seul acteur à mettre des préservatifs à disposition.

Mme Virginie BRIANT demande quels sont les arguments utilisés en faveur du préservatif féminin, qui en général n'attire pas d'emblée. Il faut savoir donner envie de l'utiliser.

Pour M. Kartoibi AZIDA le premier argument reste celui de se protéger soi-même pour les femmes, d'être actrice de leur santé sexuelle.

Mme Carine FAVIER souligne que cette utilisation redonne du pouvoir aux femmes, et permet une représentation de l'anatomie féminine intéressante. L'utilisation du préservatif féminin revêt également un aspect relationnel, il est possible d'en faire un objet érotique. Le mieux est de demander aux femmes qui en sont adeptes leurs arguments.

Mme Éva CLOUET ajoute que dans le cadre de son enquête, elle a constaté un faible usage du préservatif féminin, mais les femmes qui l'utilisent reconnaissent qu'il s'agit d'un outil formidable pour les micros pénis notamment, qui permet de décomplexer le client.

Femmes et enjeux de préventions : toujours concernées ?



Claire Vannier, Collectif interassociatif Femmes & VIH, Paris

Mme Claire VANNIER rappelle l'existence des rencontres de prévention organisées depuis 2003 par l'Interassociatif Femmes et VIH à l'initiative du Planning familial. Le but est de donner la parole aux femmes concernées et ces initiatives ont abouti à la tenue d'états généraux de dimension nationale -voire internationale- en 2007, rassemblant plus de 350 participants et 20 associations. Ces rencontres sont ouvertes et gratuites et regroupent différents acteurs sociaux et médicaux, afin de faire émerger une parole collective et de lutter contre les discriminations, l'isolement. Des recommandations et des revendications issues de la parole des femmes sont ensuite portées auprès des instances politiques et institutionnelles, et auprès du grand public. Aujourd'hui les femmes représentent plus de la moitié des personnes contaminées dans le monde, et le sont majoritairement dans le cadre de rapports hétérosexuels. Les rencontres de décembre 2012 ont ciblé l'usage de produits licites et illicites : un questionnaire a permis de faire le point sur la prévention des risques ; des tables rondes ont favorisé les échanges avec les femmes séropositives et les experts. Le sujet a été plébiscité notamment en faveur des adolescents, et un large temps de questions/réponses a été instauré avec la salle. Le second temps fort est l'organisation d'ateliers de travail pour définir des recommandations. Cette session a été caractérisée par le doublement des ateliers, suite à la demande des femmes. Les thématiques abordées

furent le traitement comme prévention ; la pénalisation et la criminalisation ; santé sexuelle, addictions, usages et consommations ; suivi gynécologique ; atelier pour les anciennes et les nouvelles contaminées ; prévention des femmes co-infectées. Les deux journées de travail ont été très riches et ont permis d'établir le même constat : la spécificité féminine dans la maladie est une grande absente dans la recherche. Après 30 ans de pandémie, il reste toujours aussi difficile d'exprimer sa maladie, la séropositivité, le sida. Les femmes constatent que trop de personnes ne se sentent pas concernées. Si les traitements sont efficaces, ils sont lourds et présentent des effets indésirables qui peuvent entraîner des pathologies spécifiques. La prise en charge des femmes nécessite une coordination médicale rarement organisée. Cette prise en charge a tendance à diminuer ce qui pénalise malheureusement les plus précaires. Les recommandations et revendications des femmes lors de cette rencontre 2012 sont les suivantes :

- Dans le domaine de la prévention :
 - Mieux accompagner les personnes en dépistage et préparer l'annonce de leur séropositivité, en les orientant vers les services de soins et associations adaptées
 - Mieux informer les femmes sur le TASP, le PREPS, leurs avantages et leurs limites
 - Soutenir les structures associatives sur le terrain en direction de tous les publics
 - Réaliser des campagnes grand public de promotion du dépistage, informer sur les modes de contamination et sur les conduites à risques
 - Renforcer la promotion des préservatifs masculins et féminins
 - Communiquer sur les avantages et les limites de la prévention
 - Rappeler que le risque 0 n'existe pas
 - Diffuser des messages de prévention non culpabilisants et s'adressant à tous
 - Soutenir la recherche sur les produits en test, visant à diminuer la contamination des femmes
 - Communiquer sur la circoncision dans le cadre de la réduction des risques
 - Promouvoir les réunions de femmes concernées par le VIH
 - Informer les femmes homosexuelles et bisexuelles qui se sentent peu concernées
- Dans le domaine médical :
 - Progresser sur la prise en compte des spécificités des femmes, améliorer leur écoute dans le suivi des effets secondaires des traitements
 - Considérer leur parole comme une source d'information
 - Prendre en compte la douleur avant, pendant, et après le traitement
 - Se tenir au courant des protocoles de recherche spécifiques pour les femmes et de leurs résultats pour qu'elles puissent choisir d'y participer
 - Organiser un bilan annuel de santé pour les femmes séropositives et/ou co-infectées
 - Impulser un réseau avec l'ensemble des médecins liés à la contamination
 - Ne pas dissocier le VIH des hépatites
 - Prendre en compte les besoins spécifiques des femmes dans la recherche, au niveau des effets secondaires et adapter les traitements
 - Obtenir des analyses genrées de recherche
 - Approfondir les enquêtes sociologiques sur les effets indésirables des traitements, la vie affective et sexuelle des femmes
 - Faire en sorte que les médicaments améliorant la qualité de vie soient pris en charge intégralement
 - Reconnaître le cannabis comme drogue thérapeutique
 - Créer des lieux de consommation de toutes les drogues pour protéger les usagers
 - Permettre l'accès aux traitements aux pays du sud pour enrayer la pandémie
- Dans le domaine des droits sociaux :
 - Informer sur les modes de contamination, les pratiques à risques, en matière de VIH et d'hépatites
 - Prendre en compte la question du genre dans la prise en charge des femmes séropositives
 - Créer et augmenter le nombre de centres de santé et les adapter aux problématiques médicosociales rencontrées par les femmes

- Former les professionnels de ces structures sur les questions liées au genre et aux addictions

En guise de conclusion, Mme Claire VANNIER rappelle qu'il est possible de lutter et de trouver des solutions, et d'inciter les femmes à ne pas renoncer à avoir une vie affective et sexuelle. Elle remercie la DGS, les membres de l'Interassociatif, et les femmes ayant participé à ces rencontres.

Sex' o' kit : kit à le faire ?!

© **Élodie Thuvien, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues La Plage (ANPAA 43), Le Puy-en-Velay**

Mme Élodie THUVIEN précise que depuis 2007 une attention spécifique est portée aux femmes, avec la création d'un accueil hebdomadaire et le développement d'actions spécifiques pour valoriser leur autonomisation. Le public cible est celui des consommateurs de produits illicites. En 2011, le centre a répondu à l'appel de la DGS dans cette continuité avec l'« Opération 12000 préservatifs féminins en Auvergne et Rhône Alpes » ou « Sexe, drogue, égalité ». Son objectif est de prévenir le double risque chez la consommatrice à travers la promotion du préservatif féminin auprès du public mixte dans les CAARUD. Cette opération s'appuie sur un partenariat avec 11 CAARUD sur les 12 existants dans les régions concernées, et avec une association de formation à Lyon. Les usagers sont toujours impliqués dans les étapes du projet, qui a coûté 48 500 €, dont 35000 ont été pris en charge par la DGS de novembre 2011 à mars 2013. L'enjeu était de proposer le préservatif féminin dans un kit au même titre que le préservatif masculin, dès février 2012. Ces « Sex' o' kit » ont été diffusés en avril 2012, 500 ont été livrés à chaque CAARUD, avec en parallèle l'organisation de trois ateliers sur la réduction des risques et la sexualité, permettant un libre choix de thématique. Durant l'été 2012 a été réalisé un annuaire gynécologie pour sensibiliser au dépistage et au suivi. Pour toutes ces actions, les professionnels des CAARUD ont été formés au double risque et ont mutualisé leurs connaissances afin d'établir une dynamique de projet. La formation a été réalisée par FRISSE sur deux jours pour 21 professionnels. Puis l'action s'est ciblée sur l'élaboration du Sex' o' kit. Il n'existait pas de kit sexualité, le but était d'en créer un qui soit nomade et universel (masculin et féminin). Pour assurer son succès, le travail a été réalisé avec les usagers des CAARUD. Ce kit est composé d'un lubrifiant avec mode d'emploi, de 4 lingettes antiseptiques, 2 mouchoirs, un préservatif masculin et un préservatif féminin avec son mode d'emploi qui propose une utilisation classique, ou une pose sur le pénis afin de permettre aux hommes de s'approprier cet outil. Ces modes d'emploi sont traduits en plusieurs langues. La fabrication en tant que telle a valorisé les usagères qui ont été salariées. Deux sessions de fabrication ont eu lieu, les femmes ont été payées 0.57 centime net du kit, or elles en ont fabriqué plus de 100 par heure ce qui leur a assuré un beau taux horaire. Ce projet ambitieux a demandé un investissement humain important, d'ailleurs un CAARUD s'est désengagé faute de pouvoir assumer cet investissement. Un bilan a été réalisé à mi-parcours en juin et aucun changement n'a paru nécessaire selon l'enquête de satisfaction. Le Sex' o' kit a été bien accueilli, mais sans plus par le public ciblé initialement, mais il semble plus approprié à d'autres publics, notamment en milieu festif et dans les lycées. Sur 5500 exemplaires, 3995 ont été distribués. Le préservatif féminin reste difficile à s'approprier. Concernant les usagères, 10 se sont investies dans l'élaboration du Sex' o' kit, 15 ont été salariées pour la fabrication, et les ateliers ont touché 72 usagères. Ces chiffres, s'ils restent modestes, n'en sont pas moins intéressants. Parmi les difficultés relevées, on note que les CAARUD, s'ils savent parler de drogues, sont moins à même de parler de sexualité. S'il est nécessaire de former les professionnels à la promotion du préservatif féminin, il faut au-delà les former à parler de sexualité, savoir dialoguer à ce sujet sans être intrusif. Le ludique reste une bonne façon de s'approprier un nouvel outil à cet égard. Le public CAARUD a parfois connu des traumatismes d'ordre sexuel, par conséquent le fait d'avoir cette thématique sur 12 mois a pu entraîner un contre effet, notamment pour certaines personnes qui ne vivent pas du tout de sexualité. Toutefois le Sex' o' kit a été très plébiscité par les festivaliers et par les jeunes.

Dans les lycées ils ont été très bien accueillis, les jeunes ne sont pas encore formatés au préservatif masculin et acceptent donc plus facilement le préservatif féminin. Les résultats ont été très positifs au point de vue du salariat, car 50 % des usagères qui ont fabriqué le kit sont retournées à l'emploi. En guise de conclusion, Mme Élodie THUVIEN propose à l'assistance de généraliser cette action au niveau national, et réitère la motivation des usagères pour le fabriquer. Elle remercie la DGS, le comité de pilotage, la CPAM, le Sidaction et les usagers des CAARUD partenaires.

Mme Omblin PIMOND, infirmière, souligne le bon accueil du kit dans les lycées et le fait que l'éducation sexuelle à l'école reste un facteur de progrès.

Un médecin du travail, addictologue, revient sur la nécessité des formations. Elle précise que lors des études de médecine il n'y a pas de cours consacré à la sexualité, et très peu sur les addictions.

Une participante travaillant pour le Planning familial incite à se rapprocher de cette structure pour travailler conjointement et échanger les expertises.

Une sage-femme demande si l'annuaire local de gynécologie réalisé tenait compte des sages-femmes.

Mme Élodie THUVIEN lui confirme que tous les professionnels de santé peuvent y être répertoriés.

Mme Emmanuelle HOAREAU s'interroge sur d'éventuelles modifications relationnelles dans un couple avec l'utilisation du préservatif féminin.

Mme Élodie THUVIEN confirme que certains hommes ont confié ne plus se servir que de ce moyen.

Une psychologue en maternité demande si ce préservatif ne protège que lors de la pénétration vaginale ou s'il peut être utilisé pour autres pratiques sexuelles.

Afin de respecter les horaires du colloque, il est décidé d'en discuter dans l'après-midi, qui prévoit plusieurs interventions sur le thème du préservatif féminin.

Président de séance de l'après-midi :
© **Jean-Pierre Couteron, Fédération addiction**

M. Jean-Pierre COUTERON invite à explorer les thèmes du colloque dans la perspective de la formation professionnelle. Il retient particulièrement deux points parmi les enseignements de la matinée : d'une part les disparités masculin-féminin qu'on retrouve également dans les addictions, et d'autre part la notion de vulnérabilité qui ne doit pas verser dans les stéréotypes et entraîner de possibles dérives. Il est important d'avoir ces deux éléments en tête lors des consultations professionnelles.

TABLE RONDE : FORMATION ET SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS

© **Modératrice : Laurence Caté, Direction générale de la santé**

Mme Laurence CATÉ, adjointe au chef du bureau VIH et hépatites à la DGS, rappelle l'enjeu de cette table ronde. Elle précise les termes choisis, tels que « formation » qui renvoie à un ensemble de connaissances acquises pour exercer une activité donnée, englobant les savoirs être et les savoirs faire. La « sensibilisation » représente l'action de faire « conscientiser » quelque chose pour lequel l'intérêt n'était pas déjà présent. Les présentations des différents projets ont mis en exergue les limites de la formation des professionnels de la santé, auxquelles on peut ajouter la rapide obsolescence des connaissances et des techniques médicales. Tout cela incite à la formation continue, pour que les pratiques individuelles et collectives soient en mesure d'accompagner les changements de la société et permettent l'accès aux meilleurs soins. Les projets réunis aujourd'hui ont pour objectif commun de faire prendre conscience d'une problématique : l'évolution des pratiques professionnelles. Les enjeux sont de repérer les besoins des usagers et des professionnels de la santé, d'y associer les personnes concernées, de décloisonner les pratiques au profit de partenariats. Cette démarche doit se pérenniser dans le temps et se disséminer géographiquement. Mme Laurence CATÉ propose de regrouper les interventions de Mme Hélène FREUNDLICH et de Mme Danièle AUTHIER pour plus de cohérence.

 **Préservatif féminin : réédition de la mallette et refonte du site internet**
Hélène Freundlich, Actions femmes & migrantes, Sida info service, Paris

Mme Hélène FREUNDLICH rappelle que le préservatif féminin était déjà connu en 1908, promu par les néomalthusiens, et que dès l'antiquité on a connaissance de dispositifs intravaginaux. Les rôles et normes sociales imposés entravent l'égalité entre hommes et femmes dans le domaine de la santé sexuelle. Le préservatif féminin, pourtant refait en 1984, aussi efficace que le préservatif masculin, ne connaît cependant pas la même promotion. Trop peu de communications le mentionnent au même titre que le préservatif masculin. L'argument de la cherté du produit est également caduc. En 2012 on comptait 12 milliards de préservatifs masculins diffusés pour 60 millions de préservatifs féminins. Il s'agit d'un des axes prioritaires de Sida Info Service. Outre la communication, il est nécessaire de revoir l'accompagnement et les conseils des professionnels afin de faire connaître cet outil au niveau du public, par des actions régionales et nationales, avec un accès aussi facile que pour le préservatif masculin, en pharmacie et grandes surfaces. Lorsque cet outil est présenté aux professionnels de la santé, on constate leur intérêt en sa faveur. En 2003, SIS met en place la première campagne nationale avec le préservatif féminin à 1 € dans des pharmacies ciblées. La mallette a été éditée à quatre reprises, en 2005, 2007, 2009 et 2012. Elle a été revue en 2013. Mme Hélène FREUNDLICH passe une diapositive montrant son contenu, comportant un livret destiné au public, graphique, simple, et clair auquel le format bande dessinée correspond bien. Une forme simple a été privilégiée pour permettre la conservation de ce document traduit en 14 langues. Ce mode d'emploi est conçu comme un outil de démonstration innovant, facilitant le dialogue entre professionnels de santé et public. Il est apprécié pour son originalité et son contenu. La mallette contient aussi un livret à destination des professionnels avec un argumentaire et des conseils de présentation. Une affiche est aussi incluse, avec un DVD sur la prévention des risques chez les femmes notamment. Une carte mémo valorise le site web, et un préservatif féminin est bien entendu inséré dans la mallette. 7000 exemplaires ainsi que 300 000 livrets ont été diffusés depuis le début de l'action dans tous types de structures, lors des rencontres régionales, des réunions de réseau SIS, en France et dans les DOM TOM. Le site web créé en 2008 est devenu interactif. Un communiqué de presse en 2012 a lancé la première campagne mondiale du préservatif féminin à l'initiative des États-Unis. Cette année verra sa deuxième édition. En ce qui concerne la mallette, deux enquêtes d'évaluation ont été menées en 2005 et en 2012 recueillant l'avis de centaines de professionnels. Le livret mode d'emploi est jugé pratique, clair, donnant des repères corporels indispensables. Certains craignent que les images trop réalistes ne choquent les jeunes, mais la curiosité et l'intérêt priment. La taille du préservatif féminin entraîne une gêne récurrente, mais la conclusion de cette évaluation est toujours

positive. La mallette facilite la présentation de l'outil, et permet de passer du rejet à l'acceptation. Les connexions sont chaque année plus nombreuses sur le site web, notamment au mois de mai. Pour conclure, Mme Hélène FREUNDLICH rappelle que le contrôle de la procréation des femmes par elle-même est un pas indispensable vers leur liberté, et leur santé.

Santé sexuelle et substances psychoactives : partage d'expériences et sensibilisation de professionnels

 **Danièle Authier, association Femmes, réduction des risques et sexualité, Lyon**

Mme Danièle AUTHIER est sociologue de formation. Elle remercie les organisateurs du colloque de 1997 sans lequel FRISSE n'existerait pas. Son programme d'actions est féministe, et tend à déconstruire les stéréotypes selon lesquels les risques relèvent du domaine du masculin. L'expert est bien la personne en situation à risque, qui dispose toujours de ressources, et non le professionnel. Entre les deux, un lien de confiance est indispensable, afin de partager outils et stratégies. L'usage de psychotropes est abordé, car on trouve dans tous les lieux de rencontre de l'alcool à minima, et ces substances ont des effets sur la sexualité, la modification de conscience et l'assèchement des muqueuses. L'action n° 1 a consisté en la formation des professionnels à une approche genrée. Trois sensibilisations ont été menées avec des publics spécifiques. Parmi eux, l'association des « buveuses guéries ». On constate toujours la culpabilité d'avoir vécu une sexualité qui faisait peur (alcoolisation) sans pouvoir en parler. L'intervention de sexologues permet d'y remédier. L'abécédaire de la sexualité permet de libérer la parole collective pour exprimer un ressenti sans témoigner. Une sensibilisation a été menée avec les CAARUD aussi, et avec le public handicapé. Dans ce dernier cas, la médiation des parents est nécessaire pour que le respect de l'intimité soit effectif dans les structures adaptées. Les journées de partage de savoirs et d'expériences réalisées sous forme de tables rondes ont permis d'échanger les bonnes pratiques. Le travail est encore en cours, avec notamment la fabrication d'un kit d'injection pour traitements hormonaux pour les transidentitaires. À Paris a eu lieu une journée « femmes, santé et psychotropes » où les CPEF furent absents, ce qui est regrettable. La prochaine journée aura lieu à Grenoble. Des journées aux thématiques spécifiques sont envisagées en fonction des carences, telles que les journées « master genres » où la santé est quasiment inexistante ; ou encore les journées « Femmes, handicap et sexualité ». Dans le milieu festif la prévention s'accorde au public qui a ses propres caractéristiques, qu'il soit techno ou LGBT. Des initiatives telles que le travail en atelier avec l'école ESMOD, École Supérieure des arts et techniques de la Mode de Lyon, ont mis en valeur le préservatif féminin. L'appel à la récupération des préservatifs féminins périmés a été fructueux sur Facebook. La communication reste à approfondir et les freins psychologiques à éloigner public par public, mais les actions de sensibilisation sont toutes appréciées lorsqu'elles s'inscrivent en dehors de la routine habituelle et qu'elles permettent un échange. La posture de FRISSE est que tout le monde a des savoirs à partager ; ces actions ont pour vocation de perdurer, malgré les baisses de subvention.

Mme Laurence CATÉ demande quels sont les freins qui subsistent à la mise en pratique de la promotion du préservatif féminin par les professionnels.

Mme Danièle AUTHIER insiste sur le fait que les professionnels doivent être suffisamment formés pour devenir des experts de leur sujet. Les conférences de consensus s'inscrivent dans ce cadre, et le fruit de leurs travaux devrait prochainement être publié et diffusé. Si un financement est possible, une formation au suivi à l'accompagnement est tout à fait possible.

Mme Hélène FREUNDLICH revient sur le manque de promotion du préservatif féminin qui a pourtant obtenu sa norme CE depuis 20 ans. Pourtant les campagnes fonctionnent bien, on ne constate pas de retour malgré les réticences de certains grossistes répartiteurs. Si les

pharmaciens acceptaient de promouvoir le préservatif féminin au même titre que le masculin il serait plus facile d'avancer.

Un clinicien évoque la multiplicité des sources de freins potentiels : méconnaissance des professionnels, freins culturels, générationnels, mais petit à petit de nouvelles habitudes se mettent en place. L'historique du préservatif masculin a connu la même progression. L'évolution, si elle est lente, reste positive.

Une psychologue s'étonne du terme de « buveuses guéries », partant du postulat qu'on ne guérit pas de l'alcoolisme.

Mme Danièle AUTHIER explique qu'il s'agit d'une autodéfinition de la part du groupe, et non d'un terme clinique.

Mme Odile VITTE demande si la mallette a été mise à disposition des CAARUD et des CSAPA.

Mme Danièle AUTHIER précise que cette cible n'était pas spécifique à l'opération de 2012, qui a davantage diffusé auprès des établissements pénitenciers féminins. Toutefois chaque demande est étudiée, et même s'il reste à ce jour très peu de mallettes, elle les offre de bon cœur.

Une participante s'occupant d'un centre de dépistage a reçu ces mallettes et confirme leur utilité, notamment au regard de la représentation du corps féminin.

Repérage précoce des addictions en maternité

 **Laurent Raffier, réseau périnatal Naître et grandir en Languedoc-Roussillon, Montpellier**

M. Laurent RAFFIER remercie la DGS pour la réalisation de ce projet. Il présente les travaux de Mme Corinne CHANAL, sage-femme addictologue, et son approche particulière à Montpellier, en tant que référent de l'évaluation du réseau périnatal. Il précise que la région comprend 20 maternités, où l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes est passée par la prise de conscience du fait que ces femmes craignent le jugement, et une potentielle séparation d'avec leurs enfants. La première étape du travail a consisté en l'évaluation de la capacité à prendre en charge ces femmes et à les repérer. Pour ce faire, un autoquestionnaire a été diffusé en maternité, incitant les femmes à réduire leur consommation sans forcément leur parler d'arrêt d'entrée de jeu. Ce projet a été expérimenté dans des maternités de Lille et de Roubaix, et s'est inspiré de leurs conclusions : après le repérage facilité par l'auto-questionnaire, l'orientation vers l'addictologie reste compliquée, et nécessite la présence de sages-femmes référentes. Financièrement, M. Laurent RAFFIER reconnaît la chance d'avoir pu cumuler une aide de la DGS et de l'ARS sur ce projet, dont il précise les méthodes et le calendrier. Après la mise à jour de l'autoquestionnaire et le recrutement de sages-femmes référentes, ont eu lieu trois jours de formation. Puis le questionnaire a été mis en place dans les maternités, rencontrant quelques réticences parfois, et les retours de questionnaires se sont organisés. Après le repérage effectué grâce au questionnaire, les doutes sont confirmés ou écartés par un entretien avec un professionnel. Les résultats sont à peu près représentatifs des conduites addictives de la région. 3000 femmes ont répondu au questionnaire. En ce qui concerne le tabac, une certaine prudence s'impose, car le questionnaire est souvent rempli en début de grossesse, or les femmes ont tendance à arrêter de fumer pendant la grossesse. Moins d'une femme sur deux présente une vulnérabilité, et au cours de l'entretien avec le professionnel d'autres sont encore écartées. 360 patientes ont été reçues par une sage-femme référente, et un suivi rapproché a été proposé à 210 d'entre elles. 30 sont allées au service addictologie. Le questionnaire a sans aucun doute facilité le dialogue avec les

professionnels, et la présence de sages-femmes référentes s'est avérée très sécurisante. Un travail en réseau de professionnels a pu en découler. Utilisé actuellement dans 5 établissements, l'autoquestionnaire est reconnu pour sa pertinence. M. Laurent RAFFIER remercie la DGS, l'ARS et les sages-femmes dont le rôle difficile est à saluer tout particulièrement.

 **Interventions sur le risque foeto-alcoolique : conditions d'efficacité**
Philippe Michaud, Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie, Paris

M. Philippe MICHAUD présente l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA), dont la petite équipe est vouée à réduire les troubles liés à l'alcool, notamment pendant la vie fœtale. Leur action comprend la capacité à disséminer chez les professionnels de santé le repérage des consommations d'alcool, puis à intervenir. L'enjeu est de repérer ces consommations avant que les troubles n'apparaissent, ou ne s'associent à une dépendance problématique. En ce qui concerne la vie fœtale, on ne sait pas à partir de quel niveau les troubles commencent, et le seul moyen de les éviter reste de faire en sorte que la mère stoppe sa consommation au maximum. Or dans la vie les femmes continuent à consommer, ne serait-ce que parce qu'au début elles ne savent pas encore qu'elles sont enceintes. La chaîne d'action à mettre en place commence par la mobilisation du corps professionnel, et leur efficacité opérationnelle. L'objectif de cette étude était de travailler sur les modalités économiques d'intervention, avec pour outil de repérage deux questionnaires centrés sur la consommation d'alcool : le questionnaire AUDIT et un questionnaire centré sur la grossesse elle-même, délivré par une borne automatique dans les salles d'attente. Les 13 questions au total permettent à la machine de qualifier elle-même les situations. C'est la borne qui propose de bénéficier d'une intervention en fonction des réponses obtenues. Soit elle délivre un livret standardisé de conseils, soit un livret organisé en fonction des réponses de la femme concernée, soit elle propose un entretien effectué par une personne, psychologue formée à l'entretien motivationnel. Six maternités en région parisienne ont participé à cette action, 1823 évaluations ont été réalisées par ces bornes. Parmi ces femmes âgées d'en moyenne 30 ans, 20 % déclarent une consommation d'alcool depuis leur grossesse. Les résultats montrent que les cas les plus fréquents sont ceux d'une consommation dont le risque est lié soit à la régularité soit au volume consommé. L'étude montre aussi que plus le niveau éducatif des femmes est élevé et plus elles maintiennent leur consommation d'alcool pendant leur grossesse. Une réduction spontanée massive est toutefois mesurable au début de la grossesse. L'entretien motivationnel est reconnu qualitativement pour son efficacité dans la décision d'arrêter. Après l'accouchement les femmes disent ne pas recevoir d'autres conseils que ceux de l'étude. Globalement la mise en place de cette enquête a révélé des difficultés de mobilisation des services, qui se sont dits intéressés, mais n'ont pas toujours concrétisé sa mise en place. Lorsque l'étude a été installée, elle a toujours été bien accueillie par le personnel. En conclusion, on ne peut parler d'amélioration significative du pronostic par les bornes, mais on constate que l'entretien motivationnel opère efficacement.

Mme Emmanuelle PEYRET, addictologue et psychiatre en périnatalité, connaît bien la borne en question. Elle souligne que la formation au repérage est à effectuer régulièrement en raison du fort turn-over du personnel. Par ailleurs lorsque le repérage d'une femme dépendante est effectué, cela représente un travail à plein temps pour toute une équipe, ce qui n'est pas dans les moyens du service. Comment faire concrètement pour suivre ?

M. Philippe MICHAUD comprend bien la situation. Mais si les bornes peuvent aider à réduire la consommation à risque de certaines femmes, c'est déjà fantastique. Étant donnés les troubles et leurs conséquences sur le fœtus, cela vaut la peine d'étudier des solutions pour que la prise en charge soit effectuée, pas seulement pas les addictologues.

Une autre participante ajoute qu'il est en effet complexe de porter seul cette problématique du suivi des femmes dépendantes, et qu'il est nécessaire de travailler en réseau.

Mme Claude ROBIN, médecin, demande à M. Laurent RAFFIER si le questionnaire est accessible pour d'autres régions, ce qui faciliterait la formation de leurs professionnels de la périnatalité et d'addictologie.

M. Laurent RAFFIER confirme que ce questionnaire est à la disposition de qui le souhaite.

Mme Cynthia BENKHOCHA demande comment il est possible de mutualiser ces expériences qui restent localisées, et quel est le seuil d'alcool considéré comme problématique dans le questionnaire.

M. Philippe MICHAUD précise que la déclaration d'une consommation d'alcool depuis le début de la grossesse suffisait pour le repérage. Le message diffusé n'a jamais été d'arrêter totalement, mais 95 % des femmes savent que l'abstinence reste l'objectif.

TABLE RONDE : MISE EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS



Modératrice : Anne Borgne, RESPADD

Mme Anne BORGNE introduit cette table ronde en soulignant son bonheur de voir aujourd'hui dans l'amphithéâtre de nombreux participants qu'elle ne connaît pas, et dont le champ de compétences est complémentaire. Ce colloque est un espace de rencontres privilégié.

Animer des ateliers de prévention de réduction des risques sexuels et addictifs pour les femmes en établissements médico-sociaux



Gilles Rozsypal, Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie 45, Orléans

M. Gilles ROZSYPAL est infirmier, chef de service de l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie. Cette association opère dans plusieurs établissements tels que les CAARUD, CSAPA ambulatoires, CSAPA avec hébergement, appartements de coordination thérapeutique, unités spécifiques pour les sortants de prisons : les situations sont donc très différentes. Si des structures spécifiques existent, leur accès n'est pas facilité ou méconnu. L'objectif est donc d'augmenter le niveau d'information des usagers de drogues dans les milieux ouverts, d'accompagner le développement d'attitudes protectrices dans le domaine de la sexualité et de l'addiction, de faciliter l'accès aux soins. Pour cela deux vecteurs ont été utilisés : la formation des professionnels, et des interventions délocalisées. La formation croisée a permis de décloisonner addictions et sexualité. Elle a été réalisée avec un système d'échanges entre équipes. Les interventions délocalisées ont beaucoup été menées par les CAARUD, pour aller auprès de groupes de femmes constitués (public usager des structures) à la demande d'équipes en difficulté. D'autres intervenants tels que des sages-femmes, le Planning familial, des cours de self-défense, etc. ont été invités sur demandes, pour acquérir de nouvelles compétences et développer des pratiques protectrices. À court terme, les effets observés se sont révélés positifs sur l'amélioration des partenariats et du traitement des problèmes. L'orientation et le conseil ont été simplifiés grâce à une meilleure connaissance entre professionnels. Les femmes qui ont bénéficié de ces liens ont pu poser des questions, visiter des structures, faire des demandes. Leur

situation est en mesure d'évoluer plus facilement et leur suivi est amélioré. Elles atteignent plus facilement leurs objectifs. Parmi les limites on note la dynamique des groupes constitués autogérés, car lorsque les besoins évoluent ou disparaissent, ces groupes ont tendance à se désagréger, et l'implication des femmes fluctue. Par ailleurs on constate que les femmes les plus intégrées sont difficiles à toucher, car elles ne se reconnaissent pas comme ayant un problème d'addiction, leur consommation festive ou mondaine n'est pas jugée comme étant à risques. M. Gilles ROZSY PAL invite les participants à échanger à ce sujet.

Les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes : l'exemple d'une étude qualitative conduite par le réseau Sécurité naissance PACA Est
© **Christiane Amiel, Réseau sécurité naissance PACA Est – Haute-Corse, Nice**

Mme Christiane AMIEL espère qu'il n'y aura pas trop de redites dans sa présentation, car bon nombre de points ont déjà été évoqués par les précédents intervenants. En tant que médecin coordinateur du Réseau sécurité naissance, elle a pour mission d'harmoniser les acteurs autour de la périnatalité pour garantir l'accès et la meilleure prise en charge des femmes enceintes dans toute la région. Elle rappelle que sa région figure dans le top 10 pour l'utilisation de drogues illicites et licites. Cela ne se retrouve étonnamment pas dans les chiffres de diagnostic des femmes enceintes, d'où la mise en place d'une étude de détection des pratiques addictives chez elles, utilisant les méthodes de science appliquée. Cette étude comporte un volet sur les professionnels chargés du suivi des femmes enceintes, et un volet complémentaire des pédiatres. Au moins 20 entretiens approfondis ont été enregistrés et analysés, avec une expertise sur le relai au moment de la naissance, et les troubles sur les nouveau-nés. L'enquête apporte les résultats suivants : une sous-déclaration des femmes concernées, qui craignent de passer pour une mauvaise mère et ont peur des conséquences de leurs déclarations en termes juridiques. Les professionnels quant à eux s'inquiètent de ne pas avoir assez de temps, de blesser, de rompre une relation de confiance, de se sentir impuissant et de ne pas savoir gérer la suite. En effet la représentation de la femme alcoolique n'est pas facile à détecter dans les pratiques modernes mondaines et festives. Parmi les freins figurent aussi la pression de la rentabilité qui pèse sur les professionnels qui manquent de temps, un défaut de connaissances communes dans un même service, une connaissance inégale des effets secondaires, l'absence de ressources pour la prise en charge. Il s'agit également de freins structurels, puisqu'il n'existe aucune directive de l'État, pas de politique de service, ni de guide de conduite à tenir. Il est donc particulièrement nécessaire de sensibiliser les professionnels de la région au dépistage, de créer des protocoles, de soutenir les professionnels de proximité, d'aider à la communication notamment via internet. À l'origine le souhait était de concevoir un questionnaire pour les professionnels, un autoquestionnaire pour les femmes, et de réaliser des formations, mais cette ambition s'est heurtée à un problème de ressources. Mme Christiane AMIEL remercie la DGS qui a financé cette étude, mais regrette que l'ARS ait supprimé son financement au Réseau. Elle serait heureuse d'échanger avec M. Laurent RAFFIER et M. Philippe MICHAUD autour des questionnaires pour faciliter leur travail.

Mme Emmanuelle PEYRET demande si M. Gilles ROZSY PAL à Orléans a pu travailler avec ASUD, représentant des usagers de drogues implanté localement.

M. Gilles ROZSY PAL précise qu'il les connaît, mais que la situation est compliquée pour eux en ce moment, car ils n'ont plus de financement. Toutefois des rencontres ont lieu pour continuer leurs actions en milieu festif, l'observatoire des usagers est leur point commun de travail.

M. Laurent RAFFIER demande à Mme Christiane AMIEL si l'étude a pu faire évoluer les pratiques des professionnels.

Mme Christiane AMIEL confirme que les sages-femmes l'ont très bien accueillie, et que l'étude a fait réfléchir les obstétriciens, qui manquent cruellement de temps. Les pédiatres, surtout en PMI, sont ravis de cette initiative. Par contre elle souligne que les femmes qui accouchent en clinique privée peuvent partir un peu plus vite et sans liaison avec d'autres structures, elles peuvent ainsi plus facilement échapper au repérage.

Mme Anne BORGNE revient sur la difficulté de faire se rencontrer CAARUD et services hospitaliers, quelles sont les propositions retenues ?

M. Gilles ROZSYPAL précise qu'il existe des réflexes de travail conjoint sur des préoccupations communes telles que le VIH, les hépatites. Mais sur la question de la maternité, c'est en effet moins évident, même si cela se fait ponctuellement autour de solutions concrètes. L'enjeu est de faire durer ce processus et d'aller au-delà de l'interaction individuelle par le biais de protocoles entre services.

J'arrêterai de fumer quand je serai enceinte



Dominique Bacrie, Comité national contre les maladies respiratoires, Paris

Mme Dominique BACRIE présente l'action de prévention du tabagisme réalisée dans les centres et foyers maternels de trois régions (Ile-de-France, Alsace et Languedoc-Roussillon) entre 2010 et 2011, financée par la DGS. Elle rappelle les images positives du tabac diffusées par les médias, et l'idée reçue que lorsqu'une femme se sait enceinte elle est motivée pour arrêter de fumer. Dans la pratique 24 % des femmes enceintes continuent à fumer pendant leur grossesse, les femmes sans entourage ayant encore plus de difficultés à arrêter. L'action a été menée auprès des jeunes filles en foyer d'aide sociale à l'enfance et dans les centres et foyers maternels qui accueillent des filles de 13 à 25 ans enceintes, public qui a une consommation à risque de tabac, avec un parcours scolaire compliqué ou non choisi, un niveau de ressources faible, et souvent un entourage fumeur. Certaines ont des polyconsommations. Malgré tout elles ont des ressources personnelles et peuvent dans les foyers rencontrer des adultes repères et bienveillants, il s'agit donc d'un moment propice pour qu'elles se réapproprient leur vie. Les sites ont été choisis en fonction de contraintes telles que la grande disparité de ces structures, leur gestion différente, il a été parfois difficile de coordonner tout cela avec un interlocuteur unique. L'autre frein est que le tabagisme est souvent jugé comme étant un problème secondaire face aux urgences qui prédominent dans ces populations. Les sites ont surtout été sélectionnés par la présence d'une personne de confiance. Des courriers ont été envoyés à tous les centres d'Ile-de-France, et un a répondu à l'appel pour mettre en œuvre le projet. Globalement, l'interdiction de fumer est respectée dans les locaux collectifs, mais cela reste plus aléatoire dans les chambres. Il n'existe pas de réelle dynamique pour encourager les femmes à arrêter de fumer, elles-mêmes disent que le problème du tabagisme n'est pas abordé lors des consultations en maternité. L'axe n° 1 est donc de sensibiliser professionnels et public cible par la formation de personnel relai, ou par des interventions auprès du public intégrant progressivement les professionnels. Au total, 51 professionnels ont été formés ou accompagnés pour donner des conseils et savoir orienter. 56 fumeuses ont été vues individuellement et 20 ont engagé une démarche de sevrage, dont 2 en consultation externe. Il est clair qu'une relation de confiance est indispensable, ce qui est parfois long, mais permet de répondre à beaucoup d'idées fausses. On ne constate que peu voire pas de recours spontané aux dispositifs du type tabacologie service. L'accompagnement s'avère très utile s'il est fait dans une démarche globale de prise en charge, démarche cohérente avec la lutte contre les inégalités de santé et la convention-cadre de la lutte anti-tabac. L'environnement humain favorable compte beaucoup dans la qualité des échanges et leur efficacité. Les intervenants doivent être de qualité et pérennes, l'action doit s'inscrire dans la durée. Au niveau de la prévention du tabagisme, il importe d'impliquer les personnels socioéducatifs et les bénévoles, la synergie étant indispensable pour obtenir leur adhésion. Pour conclure, Mme Dominique BACRIE remercie la DGS pour son financement, les personnes ressources des partenaires, les professionnels des sites, et

les jeunes femmes. Elle évoque des perspectives de prolongation du projet grâce à des financements relais en IDF, en effet le projet va être intégré dans une démarche plus large de promotion de la santé contre les conduites à risques, avec plusieurs partenaires, ce qui constitue un aboutissement très positif.

Tabac, femmes et précarité : formation des équipes de CHRS à l'accompagnement vers le sevrage

© **Agnès Delrieu, Office français de prévention du tabagisme, Paris**

Mme Agnès DELRIEU précise l'enjeu de ce projet, voué à la formation des équipes de CHRS à l'accompagnement vers le sevrage. Le thème incluait à l'origine la prévention du cannabis, qui a été par la suite abandonnée. L'action se veut renouvelable, et susceptible de toucher un public captif, c'est-à-dire sur le long terme, car la précarité perturbe souvent le déroulé des rendez-vous et l'organisation d'un suivi. Les CHRS correspondaient donc bien à cette action, la problématique des addictions y étant très présente pour l'alcool et le cannabis bien sûr, mais on y parle peu du tabac or 40 % des résidents fument, dont de nombreuses femmes. Le tabac peut ainsi être une porte d'entrée pour parler des autres addictions. N'ayant pas de connaissances particulières dans les CHRS, Mme Agnès DELRIEU a tout simplement appelé 80 CHRS dans la région Nord et envoyé des présentations du projet. Elle a pu constater qu'il était difficile de les convaincre, faute de temps à consacrer à un projet n'entrant pas forcément dans leurs priorités. Elle a insisté et proposé une mini formation sur le thème tabac, alcool et cannabis. Tout le monde devait pouvoir y participer, avec une évaluation avant et après la formation. L'enjeu était de demander si la personne fume ou non, et si elle se sent apte à parler de tabac aux résidents. Le rôle des équipes a été valorisé, mais le tabac est souvent perçu comme un outil de partage avec les résidents, il est donc délicat soudainement d'en parler négativement. Un référent par équipe s'est autodésigné. Les sujets abordés ont bien sûr été la maladie, les risques, mais aussi le pouvoir de paupérisation du tabac qui représente un budget conséquent pour les personnes précaires. À la demande de certains CHRS, des livrets ont été diffusés aux résidents, des campagnes d'affichage réalisées, et des CO testeurs ont été distribués pour parler du tabac. Puis a eu lieu l'organisation d'une journée de formation qui a concerné 17 CHRS, pour regrouper des experts en addictions, en tabacologie et en accompagnement de ce public précaire. Ils ont étudié ensemble la façon dont leurs compétences peuvent servir au sevrage. Cette journée a été vivement plébiscitée. Une journée de sensibilisation sur le bien-être, l'estime de soi, où le tabac a été placé au milieu du sujet, a permis d'échanger autour de la question « qu'ai-je à gagner à arrêter de fumer ? » avec l'organisation d'ateliers variés (éducation physique, relaxation, souffle, goût, esthétique, budget) par les personnes référentes. Un CHRS a été encore plus loin, en menant avec l'aide de l'association Eclat-Graa une action d'un an, avec des ateliers réguliers très diversifiés et très aboutis. Les retours sont très positifs autour de chaque initiative, la prise de conscience a été faite, et plusieurs sevrages mis en place. Le discours non culpabilisant a permis de changer le regard sur le tabagisme et d'instaurer une dynamique favorisant l'estime de soi. Parmi les freins figurent le financement à renouveler, et des cas de burn-out au sein des accompagnateurs qui se sont sentis parfois trop seuls face à l'ampleur du problème. Mme Agnès DELRIEU remercie la DGS pour cette opportunité d'avoir mis en place un référentiel au sein des CHRS.

Mme Anne BORGNE demande si Mme Agnès DELRIEU a pu mesurer le changement de représentations du tabac au sein du personnel CHRS.

Mme Agnès DELRIEU confirme que le regard a changé positivement grâce aux ressources acquises.

Une participante revient sur le CO testeur, dont l'impact psychologique est souvent lourd.

Mme Agnès DELRIEU reconnaît que le CO testeur fait peur, mais il permet une prise de conscience toujours positive et fait réagir. C'est un bon outil pour initier le dialogue.

CONCLUSION

© Carine Favier, Mouvement français pour le planning familial
© Jean-Pierre Couteron, Fédération addiction

Mme Carine FAVIER revient en conclusion de ce colloque sur 4 points marquants. D'une part les projets confirment l'importance de l'approche communautaire, qui semble essentielle pour leur réussite. Par ailleurs pour aborder les outils de réduction des risques il est important de parler du rapport au corps, il est nécessaire de renforcer la parole sur la sexualité avec une approche non hygiéniste, appuyée sur le plaisir au-delà des risques. Il semble nécessaire de développer la transversalité de la réflexion, de décloisonner les mondes de l'addiction, de la sexualité, et de favoriser les échanges dès le début des projets. Enfin les enjeux de la communication sur Internet sont à travailler, afin de transformer cet outil en moyen de prévention.

M. Jean-Pierre COUTERON fait part de sa frustration en tant qu'addictologue, partagé entre l'espoir que le public cible vienne le rencontrer et conscient des craintes que sa fonction inspire et des multiples freins qui entravent cet échange. L'addictologue en est réduit à devoir se cacher, à exercer sa profession par des moyens détournés, sans médicaliser la rencontre. S'il est difficile de s'avouer dépendant, ce dont il faut tenir compte afin de ne pas dissuader les patients potentiels, il est compliqué pour l'addictologue de déconstruire son savoir-faire avant la rencontre pour le reconstruire une fois la relation de confiance établie. Le travail effectué sur le terrain et sur Internet participe de ce mouvement de fond, et il revient aux addictologues de travailler en tenant compte de la spécificité de ce public. Cela engage une parole politique de la profession, sur la société et ceux qui fabriquent les addictions aujourd'hui. La société favorise l'hyperstimulation, l'hyperconsommation, et demande aux addictologues d'y remédier : il faut dénoncer ce paradoxe. Enfin les conditions de la rencontre avec le patient doivent être marquées par la loi, car sur certains sujets il reste difficile d'intervenir. Et bien sûr se pose la question des financements, car il faut conserver les moyens d'innover, d'expérimenter, de proposer des actions. Il faut défendre cet appel aux ressources avec solidarité.

M. Jean-Pierre COUTERON présente l'interlocutrice donnant lecture de l'intervention de Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER, qui s'excuse de son absence à cause d'un déplacement à l'étranger.

CLÔTURE

© Danièle Jourdain-Menninger, *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie*

Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER remercie la DGS pour cette invitation à clôturer, ce qui lui permet d'explicitier l'action des pouvoirs publics et de présenter les actions du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives adopté le 19 septembre dernier par le premier ministre. En 2012 les travaux du groupe Femmes et addictions étaient déjà engagés avec une préoccupation de l'État sur la prévention, l'accompagnement et le soin des conduites addictives, notamment concernant les femmes enceintes. Le plan

stratégique gouvernemental qui vient d'être adopté a pour vocation de changer le regard porté par la société sur les usagers de substances psychoactives, notamment sur les femmes victimes de préjugés. Ce plan a pour partenaires le Respadd, le groupe « grossesse et addiction » du Pr Claude LEJEUNE, la Fédération Addiction, et ce travail en réseau est particulièrement enrichissant. L'Association Horizon intervient également, dans le cadre de l'insertion sociale. Les résultats de ces efforts sont tangibles et permettent d'éviter des placements d'enfants, mais ces améliorations peuvent aller crescendo, il reste nécessaire de poursuivre la collaboration professionnelle en faveur des femmes. Le plan gouvernemental se plie à deux impératifs de l'action publique : il doit être fondé sur des données scientifiquement validées, et privilégier une approche populationnelle en faveur de personnes vulnérables socialement. Ce plan permettra de faire bénéficier aux femmes de mesures répondant spécifiquement à leurs besoins. L'action de l'État s'inscrit dans le continuum prévention, accompagnement, soin, réduction des risques. La stratégie retenue dans le champ de la prévention est de fournir les arguments scientifiques nécessaires aux femmes, pour que le discours du corps médical et de l'État soit plus entendu que celui de l'entourage. Les pouvoirs publics soutiennent les partenaires institutionnels pour systématiser le repérage des conduites addictives : formation des médecins généralistes, des professionnels de santé, de la protection maternelle et infantile. En ce qui concerne l'accompagnement, le soutien est financier et méthodologique, en faveur de la valorisation des bonnes pratiques. Quant aux soins, ils ne doivent pas s'arrêter aux portes de la maternité, et le programme Parentalité reste à expérimenter avec une ligne de soutien téléphonique. Le plan prévoit le déploiement de dispositifs de prise en charge, adaptés aux réalités des femmes enceintes et des mères. L'accent est mis sur l'insertion des femmes notamment par le logement, sur l'accès aux dispositifs, à une activité soutenant l'estime de soi, à l'accueil des enfants pendant la prise en charge des dépendances. Pour mener tout cela à bien il est nécessaire de changer le regard de la société, et de mobiliser l'ensemble des acteurs de cette politique publique, les associations et collectivités territoriales pour que les femmes bénéficient d'une offre de services adaptés aux situations les plus difficiles, notamment en lien avec les conduites addictives.

M. Jean-Pierre COUTERON remercie l'ensemble des participants et des interlocuteurs, et espère qu'un prochain colloque permettra d'échanger sur les mises en œuvre de ces différentes actions.