

EN PARTENARIAT  
AVEC L'ASSOCIATION  
ELSA

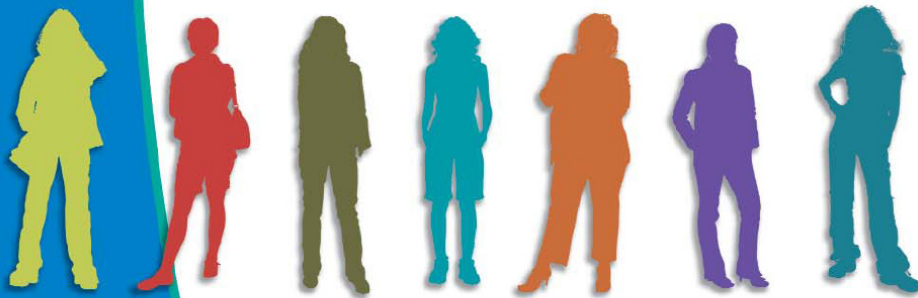
**15<sup>es</sup>**  
**RENCONTRES**  
PROFESSIONNELLES  
DU **RESPADD**

→ **4 JUIN 2010**  
**TOULOUSE**

CENTRE HOSPITALIER  
GÉRARD MARCHANT

# CONSOMMATIONS CACHÉES et ADDICTIONS

Syn  
thèse  
des  
interventions



La situation des **FEMMES**  
et des **ADOLESCENTES**



Sommaire :

- P3   Éditorial*
- P4   Interventions inaugurales*
- P7   Présentations des organisateurs*
- P8   Résumé synthétique*
- P10  Communications*
- P32  Lexique*

## **ÉDITORIAL**

C'est avec une grande satisfaction que l'hôpital Gérard Marchant a accueilli cette manifestation annuelle du RESPADD. Notre établissement y a adhéré il y a plusieurs années déjà. D'abord pour des raisons très pratiques et allant presque de soi : les addictions sont très courantes chez les personnes en traitement psychiatrique. Ce qui se traduit à l'hôpital par un ensemble d'actions : éducation à la santé (aussi en milieu pénitentiaire), animation ou participation à des réseaux de soins départementaux (tels que Passages), création d'une consultation de tabacologie, organisation de journées à thème, sensibilisation de nos personnels aux risques professionnels liés à l'alcool... Mais aussi parce que nous sommes convaincus de la portée des actions de prévention dès lors que prévalent la volonté de travailler ensemble, le décloisonnement et la conciliation des approches pluridisciplinaires.

En choisissant de faire porter cette année sa réflexion sur les femmes et les adolescentes, le RESPADD apporte un éclairage contradictoire sur notre système de soins et la tendance des professionnels à traiter tout le monde de la même façon, dissimulant souvent par là une conjonction de préjugés fâcheux pour la connaissance. Pour accentuer le trait, je dirais que jusqu'à une date récente, les femmes étaient un « objet » marginal, sauf en ce qui concerne la maternité. Or l'approche par le genre est importante, voire décisive. Les communications ici résumées nous permettent enfin de l'attester jusque dans la pratique.

**Michel Thiriet, directeur du centre hospitalier Gérard Marchant**

## **INTERVENTIONS INAUGURALES**

**Claude Touchefeu, présidente du conseil d'administration du centre hospitalier Gérard Marchant, conseillère générale, adjointe au maire de Toulouse**

« Il m'a été proposé de prononcer quelques mots de bienvenue en tant que présidente du conseil d'administration de l'hôpital Gérard Marchant, bien qu'à l'heure présente le conseil d'administration n'existe plus et le conseil de surveillance pas encore : nous sommes dans une période de transitoire. J'en profite pour témoigner de l'inquiétude des élus locaux sur la mise en œuvre de la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" et le risque d'éloignement entre le centre hospitalier et les élus qu'elle comporte. Je veux dire l'attachement des élus locaux au lien entre les établissements et la vie du territoire. Nous restons très vigilants à ce que l'application et la mise en œuvre du conseil de surveillance n'aboutisse pas à l'éloignement entre nous. J'en profite aussi pour vous transmettre le salut de Pierre Izard, le président du Conseil général de Haute-Garonne. Bienvenue, donc, à l'hôpital Gérard Marchant qui a fêté son 150<sup>e</sup> anniversaire l'année dernière. J'espère que ce début de journée estivale vous a permis déjà, traversant les lieux, de goûter le charme particulier de cet établissement, voir aussi qu'il était en travaux, puisque nous avons à cœur de réhabiliter l'hôpital, non seulement à la suite de l'explosion AZF, mais aussi parce que c'est un établissement exemplaire dans sa conception. Il doit trouver une nouvelle place dans son environnement, avec notamment la réalisation du Cancéropôle juste en face. Nous avons à la fois la volonté de donner de meilleures conditions d'accueil, de meilleures conditions de travail à l'intérieur de l'établissement, mais aussi de l'inscrire dans cet environnement, au niveau de la ville, de l'agglomération et du département. La présence de salle comme celle-ci, cet auditorium où vous vous trouvez, nous permet d'inscrire cette volonté dans la réalité, d'avoir une infrastructure à disposition pour permettre ces échanges. Des échanges entre professionnels, mais qui permettent en même temps d'éclairer des débats de société : c'est cela aussi, l'enjeu de la participation de l'hôpital aux réseaux de santé. Nous avons besoin du monde du soin pour éclairer ces débats, pas

pour les rendre encore plus restrictifs dans leur approche. Nous avons besoin d'éclairage pour les décisions que nous avons à prendre au regard de l'évolution des phénomènes de société. Nous sommes par exemple, à la ville de Toulouse, comme dans beaucoup d'autres grandes villes d'ailleurs, confrontés au débat sur les "apéros Facebook". Il nous faut comprendre l'évolution des phénomènes de consommation pour avoir aussi, en tant qu'élus, des réponses adaptées, qui ne soient pas des réponses simplistes, mais qui permettent au contraire l'accompagnement des personnes et la compréhension de nos responsabilités. J'espère qu'il y aura dans vos discussions des éléments qui travaillent à cette compréhension et je vous dis encore la bienvenue ici. Merci. » .

### **Catherine Lemorton, députée de Haute-Garonne**

« Bonjour à tous. Merci de l'invitation qui m'a été faite de dire quelques mots à l'occasion de l'ouverture des 15<sup>e</sup> rencontres du RESPADD. Je viens ici avec plaisir à plusieurs titres. En tant que femme, ayant dépendu du tabac, en tant que mère de deux adolescentes, en tant que pharmacienne ayant fait partie pendant de nombreuses années du réseau Passages à Toulouse et m'occupant particulièrement alors de gens dans l'addiction de substances illicites et en très grande précarité... J'ai vu à cette occasion la plus grande difficulté des femmes par rapport aux hommes dans ces situations. Et je suis ici aussi à un autre titre, en tant que présidente du groupe d'étude sur la prévention des addictions, à l'Assemblée nationale. C'est un travail de longue haleine. J'appartiens à l'opposition, c'est important de le signaler car je n'ai pas précisément la même vision sur les addictions illicites que mes collègues de la majorité. Tout le problème de notre système de soin français, c'est qu'il a été construit autour du soin et non de la prévention. Or la prévention est importante pour les addictions. Mais on voit bien, loi après loi, cela ne va pas dans le bon sens. Nous attendions une grande loi de santé publique en 2009, nous attendons toujours. Dans la loi "Hôpital, patients, santé et territoires", Titre 3, concernant l'addiction et la prévention, ce fût la grande déception, puisqu'un amendement est passé autorisant la publicité d'alcool sur Internet. Mais il y a aussi les addictions comportementales, le jeu, la frénésie de

consommation... La mise en ligne des jeux de hasard va forcément pousser à l'addiction au jeu. Ce qui est encore plus grave, c'est que l'on place dans les mains de ces mêmes sociétés privées organisatrices des jeux en ligne, la tâche de faire de la prévention. Dans le même temps, on diminue de 20% les moyens de Drogue Alcool Info Service (ADALIS) et on les oblige à fermer des pôles régionaux d'écoute. Quand on parle de l'obésité, qui répond aussi à des phénomènes d'addiction, on renvoie vers des chartes d'éthique de l'agro-alimentaire ! Comme si l'on pouvait penser que les chartes des lobbies pharmaceutiques, agro-alimentaires ou des grands alcooliers étaient efficaces ! Quelques autres exemples : la vente sur Internet des médicaments va être autorisée sous peu ; le faible encadrement du crédit à la consommation, qui est un vrai problème ; et la diminution de 70 millions d'euros en 2010 du budget du FIQCS, ce fonds qui aide les réseaux de santé...

Je crois donc que le sujet qui nous intéresse aujourd'hui concerne particulièrement les femmes, et c'est un problème important : l'addiction n'est pas vécue de la même manière par la société quand elle concerne les hommes ou les femmes. Que n'a-t-on entendu dire "une femme qui fume dans la rue, ça fait mauvais genre" ! Quand c'est un homme, cela n'a jamais gêné personne. Merci, et bon travail. »

## **PRESENTATION DES ORGANISATEURS**

Le **RESPADD**, présidé par **Anne Borgne**, médecin addictologue, est l'héritier du réseau hôpital sans tabac et réunit 800 environ établissements de santé français. Le **RESPADD** défend depuis quelques années une approche globale des addictions, et pas simplement produit par produit. En confiant la présidence de ces 15<sup>e</sup> rencontres à Madame Maestracci, il y a d'ailleurs un juste retour intellectuel à ce principe d'une considération globale du problème de l'addiction, avec un programme de travail dont l'intérêt est aujourd'hui évident pour tous les professionnels.

**Nicole Maestracci**, magistrat à la Cour d'appel de Paris, est présidente de la **FNARS**, qui s'intéresse particulièrement à la précarité. L'enjeu soulevé aujourd'hui par ce regroupement d'institutions et d'associations d'accompagnement social est de faire opérer au système médico-social français un tournant : cesser de simplement se fonder sur la demande de soin et d'aide pour aller au devant des populations concernées, des populations « invisibles » qui sont les plus fragilisées, et notamment certaines femmes.

En tant que président d'**ELSA-France**, **Thierry Sainte-Marie**, psychiatre de profession, a salué le rapprochement de son institution avec celle du **RESPADD** et les perspectives de travail que cela augurait.

## RESUME SYNTHETIQUE

Le débat sur les conduites addictives est complexe. Révélateur des injonctions normatives qui traversent notre société occidentale, il nécessite de la part des professionnels qui y sont engagés un effort constant de mise à distance. Les diverses approches ici convoquées ont justement pour but de construire cette distance propice à la réflexion pratique : analyse statistique, épidémiologie, nosographie, sociologie, psychologie, philosophie... Des témoignages techniques, sur les gestes professionnels, jusqu'aux ouvertures propédeutiques, les intervenants de cette journée ont ensemble contribué à donner au débat une profondeur nécessaire pour nourrir l'action, et notamment au niveau de nos politiques de prévention. Qu'une réflexion de cette nature puisse entièrement se conduire au prisme des questions de genre, c'est là encore le témoignage d'un gain en maturité : comprendre les addictions, c'est se confronter à un faisceau de singularités, à rebours d'une volonté de répression, qui repose au contraire sur l'uniformisation des populations et des conduites.

**Cécile Laffiteau** (page 9) présente les résultats de grandes enquêtes nationales traitées par l'OFDT. Les variations du « sexe ratio » qui s'en dégagent montrent que le genre est très discriminant au niveau des conduites à risque. **Tiphaine Canarelli** (page 10) expose les caractéristiques sociodémographiques qui servent de cadrage à ces conduites et montre en quoi les femmes sont plus vulnérables que les hommes de ce point de vue. **Michelle Catteuw** (page 12) replace la considération nouvelle des femmes dans le débat sur les addictions dans une histoire sociale des représentations qui explique en grande partie le fait que nos sociétés stigmatisent plus intensément les comportements addictifs de la femme. **Brigitte Rocheteau** (page 14) insiste sur les incidences pratiques du hiatus qui persiste entre les professionnels de la périnatalité et les femmes enceintes dès lors que la consommation de substances psychoactives est en jeu. **Nicole Maestracci** (page 16) montre que les femmes en situation de forte précarité appartiennent à ce contingent des « populations invisibles » des politiques de santé publiques, de sorte qu'il est indispensable de repenser la prévention et la question de l'accès au soin dans une logique autre que celle du guichet.



**Bertrand Dautzenberg** (page 18) s'applique à montrer que derrière une différence sexuée minime en matière de consommation de tabac, les freins à l'arrêt sont nettement différenciés selon le genre, au détriment des femmes. **Sarah Coscas** (page 19) fournit des pistes d'approche des consommations cachées en s'intéressant particulièrement aux addictions des professionnels de santé. **Anne-Marie Simonpoli** (page 21) lève le voile sur les consommations addictives dans leurs effets sur la grossesse et pose la double question de la prise en charge et du réseau partenarial dédié pour un dispositif cohérent et utile de prévention et de soin. **Marijo Taboada** (page 24) analyse l'institution au sens psychanalytique du terme, et soutient le vœu paradoxal d'une incomplétude du réseau de santé pour une meilleure reconstruction de la femme, de la mère, de la famille touchées par la drogue. **Jacques Barsony** (page 25) invite pareillement à se méfier du « tout normatif » et à rendre au patient la liberté qui est la sienne. **Aurore Nevers** et **Nicolas Job** (page 26) reprennent à nouveaux frais la construction sociale de la femme consommatrice pour s'intéresser au cas spécifique de la toxicomanie en prison. **Catherine Amoyal, Ada Picard** et **Samia Gouchene** (page 27) présentent une enquête menée auprès de femmes sujettes à des troubles du comportement alimentaire, sous l'angle original des conduites sexuelles. **Pierre Poloméni** (page 29) clôt cette journée par une réflexion sur la désintoxication et le désir, comme prémisse à une compréhension éthique de la subjectivité du patient.

## COMMUNICATIONS

### USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES FEMMES : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

#### 1) Cécile Laffiteau, chargée d'études à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies produit des statistiques qui permettent aujourd'hui une différenciation par sexe de l'approche épidémiologique pour l'usage des drogues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotropes. Pour ce faire, deux séries d'enquêtes peuvent être utilement sollicitées :

Les enquêtes

- L'enquête ESCAPAD : d'échelle nationale, dont la sixième édition date de 2008, elle se déroule par questionnaire auto-administré aux jeunes de 17 ans, lors de la Journée d'Appel de Préparation à la Défense. Cette enquête affiche 99% de taux de réponse et un échantillon de 39542 répondants.

- L'enquête de l'INPES pour le Baromètre santé : déclarative et par téléphone, ses derniers résultats exploitables portent sur 2005, avec 30514 personnes de 12 à 75 ans. En 2011 paraîtront les résultats de la prochaine enquête, avec notamment la prise en compte d'un module sur le jeu pathologique.

Une première analyse des résultats sur les usages licites et illicites des jeunes de 17 ans met en évidence une consommation quotidienne de tabac plutôt unisexe (28% des filles et 30% des garçons) contre un usage régulier d'alcool très masculin (les garçons boivent 3,4 fois plus que les filles) ; le « sexe ratio » est davantage resserré pour l'expérimentation du cannabis, du poppers, des champignons hallucinogènes et de la cocaïne (dans l'ordre décroissant). L'examen longitudinal de la tranche d'âge 18-75 ans montre que, pour la consommation quotidienne d'alcool, le « sexe ratio » diminue avec l'âge pour une consommation qui augmente, même si la consommation d'alcool demeure une pratique plutôt masculine. Pour le tabac, au contraire, on constate une diminution avec l'âge et des différences hommes/femmes

Les variations du

plus accentuées dans le temps. Il y a deux fois plus de fumeurs chez les hommes à 55 ans. S'agissant du cannabis, sa consommation baisse fortement avec l'âge : dans la tranche d'âge 35-44 ans, son usage concerne 7,6% des hommes et 3,2% des femmes, soit un « sexe ratio » de 2,4. Tandis que l'usage des médicaments psychotropes dénote une consommation surtout féminine qui augmente avec l'âge.

*Ces chiffres permettent d'affirmer que le sexe est un facteur très discriminant de la consommation psychoactive et dans l'usage du tabac. L'âge, mais aussi le milieu professionnel entrent en ligne de compte dans l'évolution des résultats. Ainsi, l'élévation du niveau de diplôme et en catégorie sociale conduisent au rapprochement des sexes en consommation d'alcool : le tabagisme est plutôt masculin en milieu populaire ; mais les conditions de sa consommation s'égalisent en classe sociale plus élevée. En toute logique, les stratégies de prévention devraient donc être différenciées selon le sexe, la tranche d'âge et le milieu social.*

Conclusion

## **2) Tiphaine Canarelli, chargée d'études à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies**

L'OFDT dispose de données sur les consommations problématiques de drogues chez les femmes à travers l'exploitation de quatre enquêtes récentes :

Les enquêtes

- L'enquête Coquelicot (InVS 2004-2007), réalisée en deux volets auprès d'usagers de drogue (ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie), recrutés dans différents dispositifs.
- L'enquête ENaCAARUD (OFDT 2006, 2008), exhaustive dans les structures d'hébergement et dressant un état des lieux sociodémographique.
- Le dispositif RECAP (OFDT 2008), mené depuis 2005 sur les patients des systèmes de soins.

- Un tirage au sort de l'usage de médicaments opiacés dans la base de données de l'Assurance maladie (OFDT-CNAMTS 2006, 2007).

La comparaison des deux premières enquêtes permet de relever des caractéristiques sociodémographiques. Les femmes correspondent au quart de la population reçue dans les différentes structures d'accueil s'occupant de la réduction des risques liés à l'usage de drogues (RDR). L'âge moyen est à peu près le même, entre 30 et 35 ans, sauf concernant les populations précaires, où l'on trouve de très jeunes femmes. Ces femmes sont sans emploi à plus de 75%. Les entretiens ont souvent montré des trajectoires de vie avec des ruptures précoces, des violences familiales, une dépendance au conjoint...

**Caractéristiques socio-**

Sur le plan des pratiques de consommation, l'injection est plus fréquente que chez les hommes, le partage de la seringue est plus important. La consommation des femmes est proportionnellement supérieure à celle des hommes pour le crack et les sulfates de morphine ou solvants. On constate ces dernières années une escalade très rapide vers des pratiques à fort risque chez de jeunes femmes « en errance ». Il n'y a que pour l'alcool que la consommation est nettement plus masculine.

**Les pratiques à risque**

Le partenaire sexuel est souvent l'initiateur et le dealer. De toute évidence, la vulnérabilité des femmes est supérieure face au risque sexuel quand les partenaires sont usagers de drogue. La morbidité psychique est aussi supérieure à celle des hommes. Car les femmes sont moins prises en charge en structure, leur problème de consommation moins souvent identifié, elles sont moins souvent adressées par la justice... Les femmes sont très nettement moins prises en charge en CSST et CCAA comparativement aux hommes.

**Des femmes plus vulnérables**

Les femmes qui consomment des opiacées dans le cadre de l'Assurance maladie sont plus souvent bénéficiaires de la CMU que les hommes, et les doses moyennes sont plus faibles. Leur parcours médical montre une plus grande expression du besoin de prise en charge thérapeutique (parmi les moins de 30 ans, ce sont même 80% des femmes contre 58% des hommes qui sollicitent une prise en charge thérapeutique, notamment en psychiatrie).

**Une demande d'aide plus forte**

*Selon toutes ces études, l'observation des femmes montre :*

Conclusion

- une plus grande vulnérabilité psychique ;
- une double fragilité, liée au mode de consommation (partage) et à la sexualité (avec notamment le recours à la prostitution) ;
- une radicalisation des usages pour les jeunes femmes en errance.

**En marge...**

*Les questions avec la salle ont permis de préciser les méthodologies d'enquête et de souligner les difficultés liées aux « populations cachées ». L'OFDT doit faire bientôt paraître une enquête menée dans les centres d'hébergement, notamment au SAMU social de Paris. Elle viendra combler un déficit d'information quant aux populations qui échappent aux CAARUD, puisque dans les centres d'hébergement, la question de l'usage de drogue est très rarement posée. La discussion avec la salle s'est ensuite orientée du côté de la réponse institutionnelle aux problématiques de l'addiction, la question devenant non pas tant de répondre à une demande que de susciter l'émergence d'une demande de soins. L'ouverture de l'accès aux soins en France demeure trop dépendante d'une structure ajustée sur la demande et ne permettant pas des interventions qui anticipent la parole.*

## **DES DROGUES ET DES FEMMES : UNE HISTOIRE CACHÉE ?**

**Michelle Catteeuw, psychologue clinicienne, maître de conférences associé, université Toulouse II - Le Mirail**

Il n'existe pas vraiment d'histoire des drogues chez les femmes. En tout cas, il n'y a pas d'ouvrage de référence sur le sujet. La consommation de drogue est pourtant un fait anthropologique majeur, qui remonte très loin. Le rapport aux drogues est culturel et social. La dialectique du *pharmakon* et du *toxicon* appartient de longue date aux codifications de la civilisation occidentale (cf. Rosenzweig, *Les drogues dans l'histoire, entre remède et poison*, 1998). Mais la toxicomanie n'est véritablement problématisée qu'au XIX<sup>e</sup> siècle.

Une histoire introuvable

Si nous nous tournons du côté de l'histoire des femmes, avec notamment les travaux fondateurs de Michèle Perrot, on se rend compte que les femmes

Un récit qui demeure à faire

sont imaginées et représentées au lieu d'être racontées. Ce silence du récit s'est aujourd'hui estompé s'agissant de l'histoire du travail, de la création, de la politique, de l'espace public, etc. Mais concernant l'usage de drogues par les femmes, nous avons encore affaire à un mince objet d'étude de l'historiographie. Si l'on met à part les *gender studies* nord américaines, l'histoire des drogues est encore une affaire d'hommes écrite par les hommes. La question n'est jamais traitée pour elle-même.

Cependant, une typologie peut être esquissée. Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'alcoolique est un homme. Plus précisément, l'alcool est identifié comme un danger social et moral pour la classe ouvrière. En contrepoint, règne l'idéologie de la femme « naturellement » sobre. La figure visible de la grisette, l'ouvrière de Zola, est l'exception qui confirme la règle.

La première drogue spécifiquement associée au féminin est la morphine. C'est une prévalence dénoncée à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, dans le registre d'une dissimulation de la consommation chez la femme. Les morphinées sont volontiers décrites comme hystériques, saphiques et perverses. Il s'agit d'une figure très largement fantasmée par les médecins... des hommes essentiellement.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, apparaît la figure de la femme émancipée, la garçonne des années vingt. La cocaïne se diffuse dans les milieux de la nuit parisienne.

Il faut attendre les années 1960, et les mouvements de libération et d'expression, pour voir se diversifier les usages et expérimentations. À la fin des années 1970, la noirceur de la dépendance est mise en perspective avec le personnage de la jeune toxicomane (cf. *Moi Christiane F., 13 ans, droguée et prostituée*). La théorie de l'escalade s'installe, à savoir le discours politique du passage d'une drogue douce à une drogue dure.

Vers la fin des années 1990, l'usage de drogues chez les femmes est abordé à partir des études sur le genre, avec une nette préoccupation pour les problématiques de santé. On s'intéresse surtout à la figure de la mère consommatrice de drogue. La femme toxicomane est d'autant plus hors

**Une  
stigmatisation  
plus intense de la  
femme**

norme qu'elle est mère. Une stigmatisation accrue pèse sur la femme. Sur le terrain de la réprobation sociale, la femme ivre est pratiquement synonyme de femme de mauvaise vie...

Même à une époque récente, on se heurte donc encore à des représentations très figées. L'idée que la femme dissimule quelque chose n'est pas nouvelle. À côté des femmes hors norme, dont le dernier avatar est peut-être la figure de la femme criminelle addictive chez Virginie Despentes (cf. *Baise moi*), la consommation tolérée de psychotropes fait son chemin. Comme si le confinement solitaire dans une forme de camisole pharmaceutique était le seul horizon de tolérance de la femme « sous influence »...

#### Conclusion

*La clinique rejoint l'histoire sociale. Il ressort en effet de la pratique clinique en groupe de parole qu'il est sans doute plus mal vu d'être une femme dans la dépendance à l'alcool. Se cacher, notamment du regard des proches et de la société, est un comportement qui montre bien que le regard est affaire de construction et que la situation contemporaine de la femme sous addiction est héritière de toute une histoire des représentations de la femme. En ce sens, le passage du champ du regard à celui de l'écoute désigne un travail de subjectivation, de rencontre et une histoire individuelle qui reste à écrire et à revisiter.*

## REPÉRAGE PRÉCOCE DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

**Brigitte Rocheteau, médecin addictologue au centre hospitalier de Vendée, membre d'ELSA**

Dans le cadre de sa Capacité « périnatalité et addictions », le docteur Valérie Bonnenfant-Mezeray du Centre hospitalier départemental de Vendée a réalisé en 2009 son mémoire sur le thème : « Prise en charge des femmes enceintes consommant des substances psychoactives ». Trois enquêtes et audits des pratiques en maternité réalisés à cette occasion ont permis de

#### Les enquêtes

repérer les objectifs à atteindre pour une meilleure prise en charge et les axes d'amélioration à mettre en œuvre :

- une enquête auprès des professionnels de la périnatalité du CHD Vendée,
- une enquête auprès des patientes du CHD Vendée,
- un audit à partir des dossiers obstétricaux.

Les professionnels de la périnatalité, majoritairement des sages-femmes, déclarent dans l'ensemble rechercher les occurrences de consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis et autres) lors de la rencontre avec la femme enceinte ou juste accouchée. Si ces professionnels ne s'étendent pas beaucoup sur les causes de non repérage (pas assez de temps, difficile, peur de culpabiliser la mère), ils affirment en revanche délivrer une information à la femme : dans 69% des cas la femme recevrait des informations orales sur les effets des substances psychoactives sur le fœtus ; dans 24% des cas elle recevrait aussi des informations écrites. Les professionnels ne pratiquent pas de mesure du CO expiré. Lorsque le cas d'une conduite addictive est identifié, un accompagnement est proposé (à 92% des cas) et la patiente est orientée vers un professionnel : tabacologie, psychologue, etc.

**Les déclarations  
des  
professionnels de  
la périnatalité**

Pour les patientes, l'enquête s'est tenue en avril 2009 dans le service de maternité. Si 91% des patientes disent avoir été suffisamment informées des effets des substances psychoactives sur leur santé et celle de leur bébé, le gynécologue est identifié après l'entourage pour l'accompagnement et le conseil.

**Le point de vue  
des patientes**

L'audit effectué par tirage aléatoire de dossiers médicaux ne permet pas de relever des éléments d'évolution et de suivi du comportement de consommation durant la grossesse ; seul le compte rendu de la consultation de liaison en addictologie est retrouvé.

*Il ressort de ce travail une double nécessité d'évaluation des pratiques professionnelles et d'identification des besoins d'information. Le Centre hospitalier départemental de Vendée a*



*créé un groupe de pilotage sur la prévention des conduites addictives réunissant sur deux à trois réunions par an des soignants de la périnatalité et l'équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA). Désormais, le test au CO est systématique sur les deux Centres périnataux de proximité (CPP) de l'établissement, auprès des femmes enceintes avec consommation de tabac associée à des signes pathologiques (retard de croissance intra utérin, menace d'accouchement prématuré, hypotrophie fœtale...). Une formation est aussi dispensée pour la sensibilisation des publics professionnels de la périnatalité.*

***En regard...***

*Les questions avec la salle ont souligné la divergence des réponses du corps médical et des patientes, qui est assez générale lorsqu'on enquête sur la prévention et la sensibilisation. Ce fort décalage demeure d'actualité. Il est aussi révélateur de la parcellisation des prises en charge et de certaines « œillères » disciplinaires.*

## PRÉCARITÉ ET PUBLIC FÉMININ

### Nicole Maestracci, présidente de la FNARS

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) regroupe 850 associations de solidarité, des très grosses comme Emmaüs aux plus modestes : centres d'hébergement, accueil de demandeurs d'asile, chantiers de réinsertion... Certaines de ces structures reçoivent des populations « invisibles » aux politiques publiques. Pendant des années, la FNARS a accueilli des personnes sans savoir qui elles étaient. Toutefois, quelques constats peuvent être tirés de l'histoire récente.

Les  
populations

En l'attente des résultats de l'enquête spécifique menée par l'OFDT, force est de constater que nous ne disposons pas de chiffres qui croisent addiction et précarité. La plupart des efforts ont en effet porté sur les inégalités de santé.

On sait pertinemment qu'il y a des distinctions hommes/femmes qui s'atténuent en matière de consommation de stupéfiants chez les jeunes. Mais les filles sont très peu identifiées dans le cadre de l'activité judiciaire et policière : on devrait avoir nettement plus de filles interpellées que les 4% en établissement pénitentiaire. Même sans peine de prison, les filles sont très peu représentées. C'est-à-dire qu'il y a une représentation judiciaire qui est sans rapport avec les situations réelles. Elle s'étend d'ailleurs aux questions de stratification sociale. Par exemple, on a constaté moins de consommation illicite en collèges et lycées de ZEP qu'en non ZEP. Les jeunes défavorisés consomment moins, sauf s'ils ont un parcours très chaotique. Or, pour des raisons d'activité et de localisation de la police, nous avons une représentation policière de la consommation de drogue qui n'a strictement rien à voir avec cette réalité. Les politiques publiques sont inéquitable par rapport aux situations réelles.

La distorsion  
du réel par

À côté de ces considérations sur le prisme déformant des institutions répressives, il existe une grande incertitude sur l'explication des comportements addictifs. Il est notamment difficile de faire un partage strict entre la cause et la conséquence. Les études que nous avons sur les SDF ne

De  
nombreuses

permettent d'estimer ni la quantité de consommation, ni le rapport causal entre la désinsertion, la rue et la consommation.

S'il faut avoir conscience que ces biais méthodologiques nous rendent prisonniers de nos représentations, cela ne doit pas nous empêcher d'ajuster nos pratiques préventives aux populations spécifiques. La toxicomanie de la femme est très dépendante de la pratique de consommation de l'homme, du conjoint. Souvent en bout de chaîne des consommations, les femmes ont davantage tendance à utiliser des produits pauvres (comme le crack). Elles prennent plus de risque : partage de seringue, absence de rapports sexuels protégés. Chez les prostituées, il est avéré que les femmes toxicomanes utilisent moins le préservatif et sont davantage sujettes à la violence de tiers. Parmi les détenues, les infractions liées à la législation sur les stupéfiants étant plus souvent la cause de l'incarcération des femmes, nous avons une population qui consomme des drogues en prison. Par contre, il y a très peu de données sur les étrangers en situation irrégulière, qui ne sont approchés par personne du point de vue statistique.

Population par population, il nous est donc permis d'identifier des surreprésentations intéressantes, mais dont on ne tire pas beaucoup de conséquence. Le regard de l'opinion publique sur les conduites addictives est différent selon le genre. On ne peut pas traiter cette question en dehors du contexte général qui est celui des politiques publiques devant les inégalités de santé...

**La question  
de l'accès**

Or, on sait qu'en addiction, l'accès à la prévention est différencié selon le milieu social des individus. Les personnes de milieux défavorisés sont bien moins accessibles aux messages, car elles ont « bien d'autres choses à penser », c'est l'évidence même. On sait que l'accès aux soins est tardif, car notre système de santé est trop en attente d'une demande pour enclencher le dispositif de soins. Il s'agit de faire bouger la manière dont on produit le message de prévention, et notamment de la part des travailleurs sociaux et des soignants qui conditionnent davantage leur action à l'expression d'une demande qu'à l'identification d'un besoin. D'une manière générale, plus la situation du sujet est précaire, plus les difficultés s'enchaînent, et plus la

compensation par la consommation de drogues est prévisible. Les politiques de santé publique trouvent leurs limites là, dans cette non prise en compte de la dimension du stress, éprouvé par des gens qui ont davantage de difficulté à demander de l'aide, et pour lesquels il faudrait des prises en charge plus ciblées, qui visent à proposer, à aller vers. Le taux de non recours au droit est important : c'est vrai de la CMU, c'est vrai de l'aide médicale d'état... C'est vrai du RSA, notamment le RSA-Activité qui est un échec. C'est vrai aussi de la loi sur le droit au logement opposable. Nous avons trop entendu dire chez les travailleurs sociaux : « avec tous les problèmes qu'il a, on ne va pas s'occuper aussi de son problème d'alcool ». C'est une mise à distance compréhensible de la part de professionnels qui ont affaire à la charge de l'accompagnement social des usagers. Quand les gens vivent à six dans une pièce, quand ils vivent seulement avec le RSA-Socle, les travailleurs sociaux considèrent qu'ils ne peuvent répondre aussi aux situations d'addiction. Alors qu'il faut pourtant une prise en charge globale et une lutte de réduction des inégalités.

*Nous avons des révolutions à faire sur la manière dont nous concevons les politiques de santé publique, en prenant en compte la manière dont vivent les gens. Il faut entrer dans une perspective de proposition, de prise en charge qui soit un « prendre égard à ».*

Conclusion

#### **DIFFÉRENCES HOMME-FEMME DANS LA DEMANDE DE SOINS “TABAC”**

**Bertrand Dautzenberg, professeur de pneumologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris**

La question du tabac est éminemment sociale. Sa consommation est fortement dépendante de la sensibilité des usagers à la mode, à l'air du temps. Par ailleurs, l'évolution de la consommation de tabac, l'arrêt ou l'initiation, est sujette à des variations statistiques en fonction de la teneur des messages politiques et du discours de santé publique.

Victimes de la mode

Quant à la différence sexuée au regard de l'addiction au tabac, plusieurs éléments méritent d'être soulignés. Les chiffres de l'OFT montre que le

Atténuation de la différence sexuée

nombre de jeunes filles (12 à 15 ans) qui fument est équivalent à celui des garçons depuis le premier plan cancer (chiffres à Paris). À cette occasion, les filles ont davantage été influencées par cette sensibilisation publique. Mais inversement, depuis la raréfaction de la prévention du tabagisme chez les jeunes (2007-2010), le regain de consommation de tabac est plus fort chez les filles.

Au rang des différences spécifiques, les femmes sont plus sensibles que les hommes à la croyance en la corrélation de l'arrêt du tabac et de la prise de poids. Elles sont aussi plus anxieuses à l'arrêt de leur consommation de tabac (source : CDTnet). Si elles accordent autant d'importance à l'arrêt que les hommes, elles accordent une confiance moindre à la démarche d'arrêt. Selon le Beck « baromètre santé » 2005, 32,5% des femmes interrogées sur l'arrêt du tabac envisagent de se faire aider par un médecin, contre 26% pour les hommes. Plusieurs enquêtes montrent que les femmes ont davantage de difficulté à réussir un sevrage tabagique, seules ou avec aide. Les substituts nicotiques, tel le Bupropion, fonctionnent mieux chez l'homme.

**Les femmes  
moins confiantes**

Les études sont discordantes sur l'opportunité de l'arrêt selon les phases hormonales, mais il semble avéré qu'en phase folliculaire (du 1<sup>er</sup> au 14<sup>e</sup> jour des règles), l'envie irrépressible de fumer ("craving") soit moindre. La motivation à arrêter durant la grossesse est bien sûr renforcée, et la considération du « weight concern » passe alors nettement en second plan.

**Le facteur  
hormonal**

*Socialement parlant, le support à l'arrêt est lui aussi différencié : les femmes sont moins soutenues par les hommes que l'inverse. Par ailleurs, l'impact tabagique sur le couple n'est pas symétrique. Si le tabagisme de l'épouse a peu d'influence sur la rechute tabagique du conjoint, les femmes qui ont un conjoint qui fume ont 3 à 5 fois plus de risque de rechute. Ces dernières données tendent à montrer que l'individualisation de l'aide à l'arrêt du tabac devrait prendre en compte des critères de genre.*

**Conclusion**

## FEMMES SOIGNANTES CONSOMMATRICES

**Sarah Coscas, médecin psychiatre, membre de la mission FIDES (prévention des addictions pour les personnels de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris)**

Déjà éprouvée comme un tabou chez les femmes, la conduite addictive chez la femme soignante est encore plus dissimulée... Or, l'hôpital est une entreprise comme une autre. Le stress, des conditions de travail difficiles sont un terreau propice. D'autant que l'évolution récente des conditions de travail, la précarisation de certaines situations professionnelles, le durcissement des exigences de « rendement » favorisent l'apparition de troubles psychopathologiques liés au travail. Il y a davantage de somatisation (dépression et consommation de psychotropes). Par ailleurs, la valorisation de l'autonomie dans le management entraîne une pression, une charge psychique plus importante. S'il y a donc moins de pénibilité au travail, dans l'hôpital public aujourd'hui, il y a en revanche plus de souffrance psychique. En cause du décès entre 30 et 60 ans, 14% des médecins meurent d'un suicide, contre 6% au niveau de la population générale.

Or, d'une part, le milieu hospitalier est majoritairement féminin (on voit en faculté de médecine deux tiers de femmes) ; et d'autre part, si l'accès à certains produits est différent selon les postes occupés, la tentation de recourir à des drogues est plus élevée que dans d'autres entreprises. La spécialité de l'anesthésie est davantage surveillée, pour des raisons évidentes de contact avec des substances. 94% des médecins se sont nommés leur propre médecin traitant, ce qui autorise des médications sans contrôle.

Il très difficile de trouver des données concernant les soignantes consommatrices. On relève surtout des faisceaux d'indices : symptômes de changement d'humeur, absences répétées, sorties fréquentes des salles, absences réitérées aux appels sur le lieu de garde, la présence nocturne à

**Les addictions  
des  
professionnels de  
santé**

**Les addictions  
des  
professionnels de  
santé**

l'hôpital en dehors des périodes de garde, l'allégation de problèmes de santé multiples, personnels ou familiaux justifiant éventuellement la prise de médicaments, etc. L'alcool est la substance la plus consommée. L'alcool au travail demeure un sujet tabou. Selon le type d'entreprise, les chiffres sont très variables concernant la consommation d'alcool, de 1 à 15% de déclarants. Et au niveau des représentations à l'intérieur de l'entreprise, deux attitudes perdurent : le laisser faire ou le tout répressif, ce qui marque un déni de la problématique de l'addiction.

*Au niveau de la prise en charge, il s'agit de lutter contre le déni et les tabous avec l'injonction éthique supplémentaire propre au milieu médical : les soignants doivent être aptes à soigner. Créée il y a quatre ans, la FIDES assure une mission de prévention à l'AP-HP, pour la prise en charge des addictions liées en particulier au risque alcool, pour le personnel médical et non médical. Sur le plan institutionnel, elle organise des journées de prévention. Elle s'est engagée dans la rédaction de procédures et d'une charte de prévention des risques. Un numéro vert suivra bientôt.*

**Conclusion  
pratique**

***En marge...***

*Les questions de la salle ont permis de préciser la méthode de travail de la FIDES qui, dans ses procédures écrites, privilégie un travail en petit réseau entre médecin du travail, cadre, assistante sociale. La prise en charge est ensuite individuelle sur le plan de la consommation du produit. Un autre angle de questionnement portait sur la nécessité de briser le silence. S'il ne s'agit pas d'obliger à la transparence, en revanche la structure de la proposition d'aide peut gagner en efficacité et toucher un plus grand public. Selon madame Maestracci, ne pas poser la question confine parfois à l'indifférence sociale. Il faudrait ainsi faire disparaître les règlements qui interdisent les personnes sous emprise d'alcool dans les centres d'hébergement, car il faut aller au devant, ne pas inciter à cacher.*

**LA GROSSESSE, OU QUAND LA MÈRE PARAÎT : QUELLE PRISE EN CHARGE  
AVEC QUELS PARTENAIRES ?**

**Anne-Marie Simonpoli, médecin addictologue à Colombes (92)**

Si un tiers des usagers de drogues sont des femmes en âge de procréer, il existe peu de dispositifs de soins orientés vers une spécificité d'approche par genre. Les femmes qui consomment des substances psychoactives (SPA) ont des grossesses qui sont souvent des surprises. En effet, ce sont des sujets chez lesquels on constate une diminution de la fertilité et une fréquente oligo-aménorrhée.

Le diagnostic peut être retardé, car la consommation de SPA n'est pas encore assez dépistée par les équipes obstétricales, le tabac mis à part. Et on attend toujours la mise en place d'un système de surveillance du SAF en France. Les addictions sont de fait peu déclarées spontanément par les femmes en consultation d'obstétrique, par méconnaissance ou déni (alcool), ou par peur de la stigmatisation, du regard des autres (soignants et entourage), du placement de l'enfant.

La grossesse est rendue à risque de complication périnatale, du fait de la toxicité directe et indirecte des SPA sur le fœtus, ou encore à cause de la transmission des infections virales (VIH, VHB, VHC...). À cela s'ajoutent des facteurs de risque plus contextuels, tels que le retard de diagnostic dû aux cycles irréguliers, au déni ou au secret, et le mauvais suivi de grossesse et toutes les difficultés psychosociales.

Quelles sont les complications périnatales majeures ? Elles peuvent être de nature obstétricale : avortements spontanés, placenta praevia, hématome rétro placentaire, toxémie gravidique et éclampsie, prématurité, souffrance fœtale aiguë liée au sevrage opiacé *in utero* avec risque de mort... Elles concernent aussi la mère : maladies infectieuses, cardiovasculaires, respiratoires...

Quant aux effets sur le fœtus, la tératogénicité a été prouvée pour l'alcool. Des malformations ont été décrites s'agissant de la cocaïne, probablement d'origine ischémique (cardiaques, digestives, urogénitales, cérébrales). On constate aussi des retards de croissance intra-utérins.

Sans même évoquer le risque accru de mort subite du nourrisson, le nouveau-né aura une mortalité et une morbidité plus élevées, à cause de la

**Morbidité chez le  
nourrisson**



prématurité et de son faible poids. Au syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF) peuvent s'associer des anomalies cranio-faciales, un retard de croissance, des troubles du développement neurologique... La neurotoxicité de la cocaïne provoque chez le nouveau-né des lésions cérébrales rares et des anomalies neuro-comportementales et psychomotrices. Les opiacés (y compris traitement de substitution), l'alcool, les benzodiazépines, voire le cannabis entraînent un syndrome de sevrage néonatal.

Le pronostic à long terme de l'enfant dépend des séquelles invalidantes liées à l'alcool et à la cocaïne, du retard de croissance intra-utérin, de la prématurité, de la survenue d'une souffrance fœtale aigüe, de la transmission materno-fœtale du VIH, VHB, VHC, mais aussi de la qualité de l'environnement et de la relation parent-enfant.

Partant de ces divers constats, les objectifs de la prise en charge consistent à prévenir les complications. Cela passe, selon les cas, par un ensemble d'actions à la portée du praticien ou du réseau de santé :

**Quelle prise en charge ?**

- Délivrer une information éclairée sur les risques (quand c'est possible avant conception) ;
- Faire un diagnostic précoce, au moment de la grossesse, d'usage de SPA ;
- Proposer une aide à l'abstinence d'alcool ou de cocaïne ;
- Diminuer les mésusages des traitements psychotropes et de substitution et les polyconsommations ;
- Proposer un traitement de substitution nicotinique ou de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine) ;
- Faire un suivi de la grossesse précoce et régulier.

Du point de vue d'une prise en charge globale du patient, il s'agit aussi de favoriser l'établissement d'un lien de qualité parent-enfant, en proposant notamment une aide à la résolution des difficultés psychosociales et en adaptant l'accompagnement de la mère au regard de la grossesse retardée,

de la culpabilité face au syndrome de sevrage du bébé ou encore de la crainte de la séparation.

Pour ce faire, un partenariat pluridisciplinaire et multi-sites est requis : il faut à la fois des professionnels impliqués dans la prise en charge de la mère et des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'enfant, de la protection de l'enfance. Professions médicales et para médicales, travailleurs sociaux, professionnels de la justice.... Mais aussi des institutions sanitaires et sociales aux logiques et fonctionnements différents, des acteurs de soins libéraux, des partenaires choisis par la femme et son conjoint ou qui leur sont imposés... Cette diversité des approches engage bien sûr des représentations différentes de la maternité chez une femme consommant des toxiques.

Quels  
partenaires ?

Dans la prise en charge à l'hôpital, l'équipe de liaison ELSA favorise les rencontres de la femme avec les différents professionnels, fait le lien entre les professionnels de l'hôpital et ceux de l'extérieur, tente d'apporter de la souplesse pour le meilleur bénéfice rendu des consultations obstétricales, de néonatalogie, d'anesthésie et d'addictologie.

C'est post partum que l'accompagnement de la mère peut s'avérer primordial, en raison souvent du peu d'entourage et de soutien familial et face à une situation d'impuissance vis-à-vis d'un nourrisson souvent irritable, qui tète difficilement. Face au syndrome de sevrage du nouveau-né, il faut informer et former la mère à la prise en charge (nursing, peau à peau...) et parfois déléguer cette prise en charge à un service de néonatalogie. L'action de l'ELSA se poursuit ensuite en fonction de la situation médicale et psychosociale de la femme.

*On voit donc ainsi une évolution des pratiques de prise en charge vers un dispositif collaboratif entre professionnels de disciplines diverses et complémentaires, soutenu par les réseaux, et qui est de nature à améliorer la prise en charge, et à limiter les complications périnatales et en particulier les troubles du lien mère-enfant. Mais la consommation de substances psychoactives (SPA) pendant la grossesse demeure mal abordée par les équipes de soins, notamment*

Conclusion

*pour l'alcool ou la cocaïne. Très peu de services de soins sont habitués à une approche du genre.*

**En marge...**

*Les questions avec la salle ont permis de soulever certaines difficultés rencontrées par les équipes de liaison. Ainsi, travailler de façon étroite avec la PMI (Protection Maternelle et Infantile) peut s'avérer compliqué. Le CSAPA est peu différencié sur le genre, et dans le cas de la grossesse, et du rapport au corps que cela implique, on demeure encore assez indigent dans l'adaptation du discours sur l'addiction.*

## **MÈRE ARCHAÏQUE ? PÈRE SÉVÈRE ? : QU'EN EST-IL DE LA FONCTION PARENTALE DES INSTITUTIONS ?**

### **Marijo Taboada, médecin coordinateur du réseau santé DAPSA (Paris)**

À partir de l'expérience du fonctionnement d'un réseau de santé qui a pour vocation d'accompagner des jeunes parents touchés par des affections somatiques et/ou psychiques liées à des consommations abusives, le réseau DAPSA (dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires), on peut se demander si l'institution (au sens des structures de prise en charge) ne joue pas malgré elle un rôle d'épouvantail psychique, entre « mère archaïque et père sévère » (cf. Freud).

**Questionner  
l'institution**

Le réseau DAPSA suit des enfants jusqu'à 9 ans. Le constat de ce suivi est que toutes les institutions n'ont pas la même conception du temps, pas la même mythologie et le même rattachement symbolique à la mission du réseau. Dans ce désordre ambiant, le réseau qui est un filet, doit « laisser des trous » : il faut que les gens puissent faire du trapèze librement. Il s'agit de mettre en lien les différents intervenants autour d'une femme qui a décidé d'avoir un enfant, alors que la femme est ambivalente du point de vue de la consommation de soins. Il s'agit de construire autour de la femme une promenade, un parcours. Mais il y a une difficulté immédiate à pratiquer cette démarche d'accompagnement, c'est que toutes les institutions ont raison. Or, une femme — cette femme — ne peut pas répondre en même

**Le vœu  
d'incomplétude**

temps à toutes les institutions. Le réseau sert à temporiser et repérer les ordres de priorité pour cette femme. La famille va être prise dans le transfert et le contre-transfert générés par cette relation, ce qui implique de la part des professionnels intervenants une juste mesure, et une certaine modestie : il ne faut pas forcément tout dire et prétendre tout démêler de la situation vécue par la femme.

**Le vœu  
d'incomplétude**

*Pour bien adresser la femme, le réseau doit travailler, c'est paradoxal, sur la non demande de soin. Sans se focaliser sur l'addiction, un travail d'élaboration et de pensée avec la femme doit avoir lieu, pour que la démarche d'accompagnement soit supportable. Ainsi, le dispositif se construit de telle façon que le travail avec les professionnels est aussi important que le travail avec les familles : pas à l'unisson, mais en polyphonie.*

## **FÉMINISATION DES CONSOMMATEURS / FÉMINISATION DES PROFESSIONNELS**

### **Jacques Barsony, médecin et président de l'association « Passages » Réseau Pra 31 (réseau addictions de Haute-Garonne)**

En regard à la féminisation des comportements addictifs, nous savons qu'il y a une féminisation de la profession de médecin. Les étudiants en médecine aujourd'hui sont pour beaucoup des étudiantes. Il est évident que, corollairement, le « pouvoir médical » a changé de nature. Le principe de précaution est envahissant. La médecine non seulement se féminise, mais échappe aux médecins pour devenir le discours normatif par excellence, discours porté et assumé par une société entière. Le vocabulaire est signifiant en lui-même. S'agissant de la prise en charge des addictions, du sevrage, nous sommes passés au « soutien », à l'accompagnement.

Il y a dans ce tour qu'a pris la médecine un danger que celle-ci devienne abusive et intrusive dans la vie du patient. Il y a là une grande question d'éthique, qui regarde les services et les institutions. Il devient urgent de

**Se méfier du tout  
normatif**

respecter la liberté des patients et de réduire la part d'interventionnisme qui est celle du médecin.

*Dans le champ des consommations abusives, l'éducation et la prévention ont été remplacées par la répression. Nous intervenons quand c'est l'échec. Pour rendre aux patients le pouvoir qu'ils ont, il faut replacer la prévention au centre, et que celle-ci ne soit plus la seule préoccupation des médecins.*

**Conclusion**

*En marge...*

*Madame Taboada est intervenue sur l'analogie entre maternage = méthadone et sevrage = principe masculin. Sur le plan clinique, si on veut bien séparer le maternel du féminin, de la question du genre, il est intéressant que le soignant puisse assumer une position maternante.*

## **FEMMES, TOXICOMANIES ET SEXUALITÉ**

### **Aurore Nevers, psychologue clinicienne, et Nicolas Job, psychiatre**

Du côté de la littérature sur ces questions de toxicomanie féminine, on trouve essentiellement des approches épidémiologiques et rarement le point de vue du champ social. On a constaté que les femmes consomment de façon plus isolée et secrète, car elles sont beaucoup plus stigmatisées. L'image de la mère et de la putain est persistante. Et dans une certaine mesure, les politiques de santé se basent sur ces images. Le contexte politique et culturel, l'évolution du rôle social de la femme ont construit successivement les images de la femme consommatrice : la morphinée, la garçonne, les barbituriques, les hallucinogènes, les free party...

Dans un Centre de détention, à l'unité d'addictologie, on rencontre des personnes qui ont rempli une fiche de dépistage. Quelle que soit la pratique de la femme détenue, de l'usage simple à un usage nocif, l'idée est de proposer un espace de parole à toutes. On rencontre dans ce cadre 30 à 40% des personnes incarcérées. Pour ces personnes, c'est souvent la première fois qu'elles ont affaire à des professionnels du soin. L'établissement du lien

à la sexualité est très complexe : si la toxicomanie débute souvent à l'adolescence, dans la naissance du rapport intime à l'autre, à la sexualité, s'il y a alors comme une triangulation de l'objet de désir, on a pourtant peu accès à l'intimité sexuelle s'agissant des femmes incarcérées. La sexualité est en prison une chose tue. Sans doute parler de la consommation déplace-t-il aussi le libidinal. D'où la difficulté du traitement, car le produit revient toujours au centre, avec de la part des toxicomanes la revendication d'une maîtrise toute puissante du produit. L'équipe doit mettre cela à distance.

Pour interroger le lien entre l'usage de drogue et la sexualité chez les femmes, un questionnaire a été composé à titre exploratoire, abordant les items de la santé mentale, de la consommation et de la sexualité chez ces femmes avant et après l'incarcération.

Ce travail mené à la prison de la route de Seilh (Haute-garonne) a concerné 24 patientes. Une seule a refusé le questionnaire. Au niveau des consommations, l'administration du questionnaire est délicate, puisque dans la prison, il y a des sanctions disciplinaires assorties à la consommation. Les polytoxicomanes déclarent une consommation à vocation hédoniste qu'on ne remarque pas chez les autres. Les femmes déjà consommatrices vont avoir une demande supplémentaire de médicaments psychotropes. Les questions sur la sexualité ont été bien accueillies. Définir la féminité, pour les toxicomanes, est quelque chose de difficile. On peut seulement noter que l'importance accordée au plaisir sexuel est plus importante chez les polytoxicomanes.

*Les items sont tous péjorés par l'incarcération. Il y a notamment une modification de la perception de la sexualité pour toutes ces personnes, parfois avec un changement majeur.*

## TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES, ALCOOL, TOXIQUE, SEXUALITÉ

**Catherine Amoyal, psychiatre, responsable du Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP Récifs, Réseau d'entraide dans un centre d'initiatives pour femmes) ; Ada Picard et Samia Gouchene, internes des hôpitaux.**

Nous abordons ici le problème des toxicomanies licites. Le CATTP Récifs est une structure originale qui fait intervenir une psychiatre et une diététicienne sociologue. Nous accueillons exclusivement des femmes. Et l'on s'intéresse au devenir de ces femmes ayant des conduites alimentaires troublées, en solitude et dans la honte, qui conduisent notamment à une désinsertion professionnelle. L'accueil y est personnalisé, et l'approche diététique comme l'animation de groupes à vocation sensorielle constituent une originalité. C'est un sss pré-thérapeutique pour les femmes.

**La prise en charge des TCA**

Récifs a mené une enquête auprès de ses patientes (des femmes de 17 ans à 63 ans réparties selon le DSM IV) sur toutes pathologies alimentaires confondues : boulimie, anorexie, et en relation avec le comportement sexuel. D'après la bibliographie consultée, un dysfonctionnement sexuel est avéré au niveau de la population qui souffre de troubles du comportement alimentaire, mais il y a des différences de caractéristiques entre les sous-types de pathologie. Les traits de personnalités sont déterminants dans la répartition de ces différences. Le comportement sexuel et son altération dépendent du poids (perte ou gain), du sous type de TCA et des traits de personnalité. Au niveau de l'anorexie mentale, la démission de la sexualité et la perte de la libido sont fréquentes. La consommation de toxiques semble davantage liée à la boulimie qu'à l'anorexie.

**L'enquête**

**Différences remarquées entre anorexie et boulimie**

Le questionnaire transversal administré aux anorexiques montre que les antécédents sont des troubles de l'humeur, un stress post-traumatique, des phobies, une psychose, des antécédents familiaux... et un schéma addictif de tentatives de suicide. Pour les boulimiques, on relève davantage de comportements addictifs et davantage aussi de modification de la sexualité. Les tentatives de suicide à répétition sont également présentes.

*Les troubles alimentaires touchent aux confins de la vie. Il se dégage de l'analyse des résultats que la diminution de poids est en rapport avec une diminution de la sexualité, mais il reste à déterminer quelles sont les addictions associées à un TCA.*

## **LES PATIENTS HOSPITALISÉS PEUVENT-ILS (SE) SÉDUIRE ?**

**Pierre Poloméni, psychiatre de l'unité d'addictologie du CHU Jean Verdier, Bondy (93)**

En posant une question provocatrice, il s'agit simplement de comprendre que la sexualité fait partie de ces choses cachées aux professionnels du soin. Les services de sevrage en hôpital, lorsque les patients gardent le lit, sont un cadre ambigu pour ces derniers, qui doivent s'inventer un nouveau soi-même. Lorsque l'effet du produit s'estompe, la réalité découverte donne prise à la dépression. Même si le professionnel de santé s'occupe d'un groupe, il s'agit de prendre en compte chaque personne, et au moment précis de son histoire. Les produits de substitution sont connus pour leurs effets sur les troubles de la libido. Aborder la question de la sexualité n'est pas facile : c'est une question importante, mais il faut soit la susciter, soit attendre la disponibilité psychique du patient. Il y aurait beaucoup d'enseignements de la psychanalyse et de la philosophie à méditer ici, par exemple les analyses de Baudrillard sur le jeu de miroir et la duplicité dans l'intimité.

**La  
désintoxication,  
la sexualité et le  
soi**

Les patients s'éveillent à une autre vie dans l'hôpital. Et souvent, nous sommes bien loin de la vue idéalisée d'un lever de jour en campagne, d'une promesse. Le constat est sombre. La personne souffre du poids de la répétition, elle est encombrée d'elle-même. Le toxicomane qui vit à nouveau le temps comme présent est saisi par l'ennui et par la représentation d'une réversibilité impossible du passé. Le désir suppose au contraire une possibilité d'« halluciner » du futur dans le présent, et de ne pas se résumer à un pur présent.

**Les promesses  
du désir**

Lorsque deux personnes en désintoxication se rencontrent à l'hôpital, le médecin est forcément témoin ou complice. La possibilité de séduction dans



le cas précis du sevrage est presque un lever de l'interdit. Car la société perpétue dans l'institution hospitalière sa normativité, comme Michel Foucault l'a montré. En laissant s'exprimer la séduction dans les services, nous réalisons seulement que les règles de nos institutions ne doivent pas ou ne devraient pas être exprimées qu'en termes de comportement.

*C'est-à-dire qu'en laissant s'exprimer la sexualité, on favorise la reconstruction d'un milieu institutionnel proche du monde extérieur, riche d'échanges affectifs et de relations objectales nécessaires pour décoder les investissements libidinaux inconscients et culpabilisés. Il faut laisser émerger dès que possible cette question, car il en va aussi du processus réparateur de l'ancien toxicomane.*

**Conclusion**

## LEXIQUE

AP-HP	Assistance publique - hôpitaux de Paris
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CATTP	Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDT	Consultation de Dépendance Tabagique
CMU	Couverture maladie universelle
CRAVING	Compulsion alimentaire
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
ELSA	Équipe de liaison et de soin en addictologie
FIDES	Mission de prévention des addictions pour les personnels de l'AP-HP
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé
INVS	Institut national de veille sanitaire
MSO	Médicaments de Traitement de Substitution aux Opiacés
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
PMI	Protection materno-infantile
RDR	Réduction des risques
RDR	Réduction des risques
SAF	Syndrome d'alcoolisation foetale
SPA	Substance psychoactive
TCA	Troubles du comportement alimentaire
UD	Usager de drogue
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine