N° 7/8 1ER SEMESTRE 2008

RÉSEAU RISQUE ET NAISSANCE

La lettre du réseau de santé DAPSA

EDITO

Pour une fois, peut-être pas la dernière, le bulletin du DAPSA est double et couvre le premier semestre 2008. Plusieurs raisons à ceci, certaines circonstancielles, d'autres, structurelles.

Le principal écueil à la pérennité d'une revue, y compris des fanzines, c'est de vouloir avoir des idées nouvelles, de souhaiter du contenu, alors que notre pensée est lente, trébuchante, parfois distraite de son but par des évènements inopinés.

Donc, trouver des nouvelles idées pour le bulletin 7… , éviter de se répéter, avoir l'ambition d'apporter toujours un petit quelque chose de différent à son lectorat.

Mais la période nous a aidé : la pauvreté croissante d'une partie de la population résidante en France, la précarisation de couches plus nombreuses, viennent à la fois décaler la question des addictions et de la parentalité, compliquer les prises en charge, annuler parfois les efforts consentis aussi bien par les professionnels que par les familles.

Nous avons été accompagnés dans cette réflexion par l'ouvrage de Guillaume Le Blanc, sur lequel nous avons fait une note de lecture, note qui fait la une de ce bulletin.

Cela méritait bien un numéro double.

Dr Marijo Taboada

NOTE DE LECTURE PAR ELSA CASTRO-MOUILLE

Guillaume Le Blanc, *Vies ordinaires, vies précaires*, Coll. " La couleur des idées ", Paris, Seuil, 2007, 291 p.

Un philosophe se penche sur la notion de précarité…

C'est à partir de nos vies ordinaires, concrètes, quotidiennes, que Guillaume Le Blanc tente de penser la réalité la plus violente de la précarisation sociale.

Comme le suggère le titre, la précarité n'est pas l'opposé de la normalité même si elle l'interroge. Le précaire n'est pas celui qui est " dehors ", il est celui qui l'est " potentiellement ", en " attente " en quelque sorte, donc invisible.

La précarité n'est en rien " naturelle ". Si nous partageons tous une condition humaine d'êtres vulnérables à l'avenir incertain, la précarité sociale elle, efface l'avenir, en interdisant à la personne précaire de se projeter dans un avenir. La précarité est un processus de dépersonnalisation par la perte de la reconnaissance et des " capacités " de possession, d'action, de dire et de se dire. Pour Guillaume Le Blanc la radicalité du précaire est d'être " sans voix ".

Mais l'originalité de ce livre au-delà de son constat sans concession sur la construction de la précarité et sur la réalité de la souffrance qu'elle engendre est de s'attacher à " défaire " la précarité et d'envisager une « politique du soin », une « clinique du soin », ambition relativement nouvelle en philosophie.

« Là se trouve la vraie fonction de la clinique comme institution du soin social : lutter contre les souffrances psychiques et sociales en redonnant à la vie une puissance de mouvement perdue, c'est contribuer à pluraliser les normes de l'humain et remettre en cause l'évidence de la "disqualification" sociale. »

Avec un juste milieu entre critique sociale et philosophie du soin, ce livre dense force l'attention et nous interroge sur cette question vitale pour notre travail "Qu'est-ce que prendre soin ?"



Tout ça pour quoi ?

“Mademoiselle Ka est enceinte. Elle raconte peu de choses. C’est sa troisième grossesse en 4 ans. Sa première fille est élevée par ses grand-parents paternels en province. Le petit garçon qu’elle a eu ensuite d’un autre homme n’a que 6 mois. Quand il avait 3 mois, elle est allée demander à l’assistante sociale de la mairie de trouver un endroit où on s’occuperait de lui, car son nouvel ami ne supportait pas ses pleurs nocturnes. L’enfant a été accueilli dans une pouponnière où elle allait le voir régulièrement. C’est au personnel de la pouponnière qu’elle a annoncé sa grossesse, en même temps qu’elle a révélé la maltraitance qu’elle subit de la part de son ami et fait part de son désir de le quitter.

Sept services, sept équipes sont mobilisés par et pour mademoiselle Ka. On lui trouve un hébergement, un suivi médical, un suivi psychologique, une maternité… tout va bien (c’est-à-dire qu’elle accepte les propositions qui lui sont faites, elle va à ses nombreux rendez-vous…). Les différentes équipes se rencontrent, elle le sait, elle est tenue au courant de ces échanges.

Puis Mademoiselle Ka disparaît. Elle ne va plus voir ses thérapeutes, elle ne va plus voir son enfant, on l’attend vainement pour le suivi de sa grossesse, la chambre d’hôtel qu’elle a réclamée reste vide…

Tout le monde s’inquiète…

On se téléphone : quelqu’un a-t-il de ses nouvelles ? Qui l’a vu en dernier ? Qu’a-t-elle dit ? Elle ne répond plus à son portable… Elle ne rappelle pas quand on lui laisse des messages…

Les professionnels décident de se revoir. Une première fois. Ils évoquent l’absence, les présences antérieures de mademoiselle Ka auprès des uns et des autres, où chacun en était de ses projets avec elle quand elle les a planté là ! Ils projettent malgré l’absence un avenir avec elle. Un avenir proche, où chacun pourra reprendre avec elle le fil de la conversation interrompue… Comme souvent à l’issue d’une telle réunion, une nouvelle date est fixée. Nous nous reverrons dans un mois…

Un mois plus tard, peu de nouvelles. Elle est venue une fois voir son fils sans prévenir, mais le personnel présent à la pouponnière ce jour-là n’a pas pu faire le lien. Elle est repartie avec une nouvelle date de visite, qu’elle n’a pas honorée.
Pour les professionnels, nouveau rendez-vous dans un mois.

Les mois s’écoulent, Mademoiselle Ka reste insaisissable. À chaque date de réunion, on hésite à annuler. À quoi bon puisque personne n’arrive à travailler ?

Mais, nous maintenons ces rencontres, plus courtes certes, un peu espacées, mais qui permettent d’élaborer, de se demander chacun de sa place quelle stratégie adopter si Mademoiselle Ka se présente. Quelles sont les priorités ? Que peut-on encore lui proposer, imaginer pour elle, sans elle ? Ces échanges ne sont pas vains, car ils préservent un avenir ouvert : si Mademoiselle Ka revient, nous pourrons les uns ou les autres, reprendre avec elle la conversation. Nous reprendrons la conversation, non pas là où elle nous a laissé à la merci d’un monologue aux prises avec l’inquiétude, mais à partir de ce moment, sans nier le temps qui a passé et que nous avons accepté de regarder passer sans elle. Nous pourrons même si cela l’intéresse lui en raconter l’histoire.

Peu avant le terme de la grossesse, à l’issue d’une de ces réunions, un message a été laissé à Mademoiselle Ka sur son téléphone portable. Un membre de l’équipe de la maternité l’informait que tels et tels professionnels s’étaient rencontrés à son sujet, qu’elle pouvait appeler pour en savoir plus, qu’elle était attendue quand elle pourrait. Alors, pourquoi tenir ? À quoi ça sert ?

Comme les futurs parents peuvent rêver l’enfant qu’ils auront un jour ou qu’ils attendent aujourd’hui, les professionnels peuvent aussi rêver l’enfant à naître, en quelque sorte le porter psychiquement, là où la mère elle-même est en difficulté pour le rêver de façon continue.

Ce rêve est traversé lui aussi par la réalité et ses soucis, par les fantasmes et les éventuelles angoisses qu’ils peuvent réveiller. Le travail en réseau peut permettre aux différents partenaires de contenir ces angoisses, de supporter les inquiétudes légitimement éveillées par l’imbrication de différents éléments. En effet, les éléments de la réalité (l’absence de la maman à ses rendez-vous pour son suivi de grossesse à la maternité par exemple) que chacun des professionnels repère selon ses compétences et son expérience, s’entremêlent aux expériences antérieures (d’autres situations ressemblantes, d’autres répétitions) qui laissent parfois un goût amer, voire un dégoût. Ceci contribue à restreindre le professionnalisme à ses dimensions protocolaires, en empêchant la

rencontre avec cette femme-là, cet homme-là et ce bébé-là.

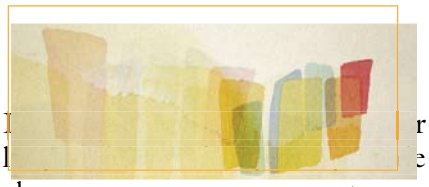
Face à ces difficultés, le travail en réseau peut apporter une protection, par l'assurance de ne pas être seul pour faire face à des évènements que l'on anticipe difficiles et douloureux.

Cette mère et cet enfant existent potentiellement, même s'ils sont à mille lieues de l'enfant et de la mère de l'image d'Épinal. C'est ce potentiel qu'il peut être important de préserver, de garder vivant, quels que soient les circonstances et les aléas.

Potentiel vivant pour l'enfant qui devra, quoiqu'il arrive, faire avec son histoire et sa mère (qu'elle soit ensuite celle qui l'élève ou non).
Potentiel vivant pour la femme, qui, si elle n'advient pas à la maternité idéale, se voit reconnaître socialement dans ce possible, même si la forme de sa réalisation ne correspond pas à la maternité totale, peut-être totalitaire, à laquelle nous l'assignons parfois.

Tempérer nos ardeurs professionnelles à vouloir l'avenir de cette femme et de cet enfant tel qu'il n'est pas (se défier de l'idéal qui nous emmène du côté de la perfection et de la toute-puissance)… et se rassurer chacun dans sa place de professionnel, dans l'impuissance et les limites inhérentes à cette fonction d'accompagnement que nous occupons tous à des degrés et avec des intitulés divers.

Permettre de penser ce qui parfois reste inconciliable, les contradictions inhérentes à la survie de l'un et de l'autre, penser la complexité, remettre l'enfant au cœur du social… car c'est un enfant porté par la communauté.
Communauté représentée par ces garants institutionnels que sont aussi les professionnels de la santé et du social, mais communauté où les interlocuteurs familiaux, amicaux, sont encore souvent privés de parole et d'action, car on ne songe que rarement à les entendre… encore plus rarement à les écouter, à les intégrer dans nos réseaux.



chacun, sur ses engagements, sur ses pouvoirs. Et simultanément permettre de penser ces contradictions, ces divergences, ces différences constitutives en terme de complexité et de proximité, dans une temporalité qui suive les mouvements des personnes accompagnées, adultes et enfants, une temporalité qui reste dynamique et mobile.

Mademoiselle Ka a rappelé la maternité. Elle a donné sa nouvelle adresse, a accepté les visites à domicile de la sage-femme de la PMI. Peu de temps après elle a donné naissance à son petit garçon."

Cécile Peltier, Éducatrice spécialisée au DAPSA

COMMENT COMPRENDRE ET PRENDRE EN COMPTE LA PRECARITE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES QUAND ELLES CONSOMMENT DES PRODUITS PSYCHOTROPES ?

Nous avons rencontré Mme Françoise Corneau, assistante sociale dans l'équipe mobile d'addictologie de l'hôpital Cochin- Saint Vincent de Paul.



Quel est le rôle de l'assistante sociale ?

Un de nos axes de travail est la mise en route des dossiers de type logement, ou appartement thérapeutique. C'est une aide pour permettre ensuite de fidéliser le soin en toxicomanie, le social pouvant mener le malade au soin. C'est une stratégie. A la maternité, l'accueil de l'enfant oblige à faire le point sur les conditions de vie. Par le biais de la prise en charge sociale et de la maternité, il est possible de réintroduire un suivi somatique. A l'occasion de cette maternité, on fait attention à ces femmes…Bien sûr, nous allons devoir porter quelque chose pour ces patientes, pour qui assurer un suivi n'est pas chose facile.



Comment repère-t-on une situation de précarité ?

Le premier entretien est mené conjointement avec la sage femme, ce qui d'emblée signifie un travail en équipe. L'accueil est médical et social, et ce double aspect permet à la fois de ne pas faire raconter plusieurs fois sa vie à la personne concernée et, pour elle, de mettre un visage sur le " social ", souvent objet de réticences. Grâce au dossier obstétrical très fouillé, qui m'évite de poser des questions sur le mode de vie, je peux tout de suite proposer un accompagnement via des démarches telle la déclaration de grossesse. Je deviens donc une facilitatrice plutôt qu'une inquisitrice.

Situez-vous plutôt la précarité du côté de l'hébergement ?

C'est effectivement la demande urgente faite à l'assistante sociale, plus que l'accès aux soins. Et le problème de l'hébergement met à jour toutes les autres précarités. Si une personne enceinte arrive avec une question liée à l'hébergement, on retrouve les fragilités qui n'ont pas permis de mettre en place quelque chose d'un peu stable. Quant aux personnes en situation irrégulière, elles n'ont droit à rien sur le territoire. C'est une autre forme de précarité.

Y a-t-il une façon particulière d'accompagner ces personnes ? L'équipe peut-elle répondre à cette question de la précarité ?

Il faut de toute façon faire des propositions, ce qui, selon moi, fait partie de l'évaluation. Celle d'une hospitalisation à l'hôpital du Vésinet, que l'on fait souvent face à l'urgence médicale et sociale, permet d'observer la demande de mise à l'abri et la capacité de tenir dans une collectivité. En prénatal, c'est aussi une mise face à la réalité qui permettra ensuite de travailler autour de la naissance. Et s'il y a une décision de placement après la naissance, la maman ou le couple aura auparavant été mis en mesure de repérer les difficultés, comme de tenir dans un lieu, d'avoir un cadre, les risques que cela fait courir à l'enfant…

Notre façon de faire, c'est de répondre aux demandes, d'essayer de travailler sur l'inadéquation, ses raisons et comment retravailler autour de cette problématique.

L'absence de logement stable, qui est une forme de précarité, est-elle souvent signe d'autres difficultés ?

Oui. Le suivi de la grossesse est rarement simple. Il faut relancer les patientes, leur faire prendre conscience qu'elles doivent absolument faire un certain nombre de démarches (accès aux soins, sécurité sociale..) que nous ne pouvons faire à leur place, car il va y avoir des frais importants, la néonatologie et la maternité étant très coûteuses. Toute cette organisation à mettre en place n'est pas simple car nous disposons de très peu de temps. Et en même temps, les patientes qui s'en sont un peu sorties disent après :
« En fait, tant qu'on est à la rue, tout va bien. Le jour où on commence à s'en sortir, c'est là qu'on a les dettes, où tout nous tombe dessus et c'est très dur de tenir le coup après ».
Ce qui atteste déjà d'une mise en responsabilité.

Mais on gardera toujours à l'esprit la fragilité, on veillera à ce qu'il y ait une technicienne d'intervention sociale et familiale, un soutien à la maison, après la naissance.
La grande précarité est celle des femmes qui ne sont pas rentrées encore dans cette démarche. Celles qui sont un peu de la rue, avec des

considérations d'un autre monde, mais la seule qui leur importe vraiment c'est qu'on ne leur retire pas leur enfant. Le placement de l'enfant, toujours violent et difficile, est vécu comme un échec. Il faudrait plus de temps… mais en même temps c'est le déclencheur… Il y a beaucoup de vulnérabilités d'ordre psychique, des problèmes psychiatriques, qui rendent les choses plus compliquées. La précarité, ce peut aussi être un problème psychique. Plus l'addiction pour certaines patientes, le crack. Elles sortent de prison, accouchent, on a l'impression, parce qu'elles sont momentanément dans l'enceinte de l'hôpital, qu'on va pouvoir faire un bon travail, mais elles disparaissent. Il n'y en a pas beaucoup, mais c'est toujours impressionnant car on a cru, un instant, qu'il y avait eu un lien… et d'ailleurs il y a vraiment eu ce lien…



La réponse se fait-elle avec les partenaires ?

Nous intervenons toujours avec des partenaires. Le premier rendez-vous à deux est intéressant, car il donne tout de suite une idée d'équipe. Cela permet à la patiente de sentir qu'il y a autour d'elle des personnes qui se connaissent, qui ont l'habitude de travailler ensemble. Après, on fait le relais avec la PMI, le secteur social, le centre de soin. Notre intervention se situe dans un court moment pendant lequel "il faut mettre le paquet". Il est essentiel de pouvoir détecter les conditions de vie. D'ailleurs, les mamans qui ne veulent pas voir l'assistante sociale savent très bien que leurs conditions de vie sont incompatibles avec la venue d'un enfant, elles sont même beaucoup plus sévères que le travailleur social. D'où l'importance de se voir rapidement. Ce qu'elles diront à la sage-femme concerne le social, que je sois au courant les rassure. Dernièrement, une femme a dit : *« Ah, vous travaillez ensemble, ça, c'est rassurant. »*
Que les décisions ne soient pas prises par une seule personne garantit aussi que tout se passe avec une institution, qui a des missions, et nous, nous sommes les professionnels qui garantissons ces missions.

Les femmes sont exigeantes sur le fait de réunir des conditions de vie suffisantes. Ont-elles essayé de résoudre ce problème en amont de leur suivi de grossesse ou est-ce que ce sont des choses qui émergent avec la grossesse ? La grossesse facilite-t-elle cette prise de conscience ? Est-ce que ça permet de travailler là où avant ce n'était pas possible ?

Oui. Avec la grossesse vient la notion de devoir tout mettre en place, trouver une réponse d'hébergement. Ce qui est difficile, c'est quand on est confronté à une incapacité. Des femmes qui veulent bien qu'on les suive, mais nous demandent de ne pas placer leur enfant, tout en ne pouvant accéder à rien (grossesse dans des squats, chambres d'hôtel payées qu'elles n'occupent pas…).
Pour moi, c'est de la violence pure et dure, parce que je représente tout ce qu'elles ne sont pas capables de faire, alors que la sage-femme est celle qui va accueillir leur enfant. J'ai intérêt à ne pas travailler seule.

Le soin somatique est-il l'occasion pour ces femmes de se poser la question de cette incapacité à se poser quelque part ? Est-ce que ça a permis d'aller au-delà du constat qui sert d'évaluation pour la présence de l'enfant auprès de sa maman ? Est-ce que ça a permis à des mamans, même avec un placement de l'enfant, d'attaquer des soins sur le plan psychique, par rapport à cet empêchement ?

Après l'accouchement, il y a des choses qui peuvent se travailler autour de la naissance et de l'accueil de l'enfant. On essaie. Si l'enfant doit être placé en raison de la trop grande précarité du contexte, on accompagne les femmes, les couples, chez le juge, parce qu'on travaille toujours avec un juge pour les placements. Il est rare de pouvoir travailler directement avec l'Aide sociale à l'enfance, car les femmes sont rarement d'accord. On essaie, si possible, d'accompagner jusqu'à l'accueil en pouponnière. Si la femme demande à rester hospitalisée jusqu'à ce que son enfant aille en pouponnière, on essaie d'accéder à sa requête, pour lui montrer qu'on ne la met pas dehors. Après, les institutions prennent le relais, et ce sont surtout les lieux spécialisés dans l'accueil des toxicomanes.

Pourquoi ce relais n'est-il pas assuré par des structures comme des lieux, tels lieux d'accompagnement, d'hébergement ou le secteur social ?

À ce stade, on en est trop loin encore. Nous, nous en sommes encore à la période où, après avoir couru après la femme pendant toute sa grossesse, on essaie de lui proposer de rester stable au moment de la maternité, qui est quand même un moment difficile et c'est important alors qu'elle se sente entourée. Après, on essaie de faire le relais, d'accompagner la femme vers les partenaires qui la connaissent déjà. Organiser des choses structurées est quasi mission impossible et quand une femme arrive à tenir ses rendez-vous à la pouponnière, c'est déjà magnifique.



Est-ce que c'est la même chose pour des femmes qui ont un domicile, pour lesquelles la question de l'hébergement ne se pose pas ? Ont-elles la même difficulté à tenir les choses, une désorganisation peut-être ?

Une autre forme d'instabilité dans le contexte de la précarité, est due aux violences intrafamiliales. Un climat familial compliqué, un papa et une maman fragiles, ça peut faire peur. C'est plus simple de faire un signalement quand il n'y a pas de logement, mais en même temps, ce n'est pas si compliqué de dire qu'on ne peut pas laisser un bébé si la situation familiale est extrêmement violente, et nous sommes là pour l'enfant. Alors, on travaille beaucoup avec les pédiatres autour de ces questions, parce que c'est aussi important qu'ils se positionnent en tant que défenseurs de l'enfant. Nous ne gérons pas tout, bien qu'on nous le demande souvent. On gère l'accompagnement de la femme, mais il y a des moments où quelqu'un d'autre doit aussi se positionner par rapport à l'intérêt de l'enfant, en prenant en compte les éléments donnés par l'équipe.

Vous ne pouvez pas accompagner vers une stabilité, si les gens sont preneurs, en même temps, être expert des besoins de l'enfant et pouvoir dire aux parents « voilà de quoi votre bébé a besoin pour être avec vous » : il faut que vous puissiez proposer un hébergement et un environnement relationnel à peu près apaisé, en tout cas sans violences dans les relations parentales ?

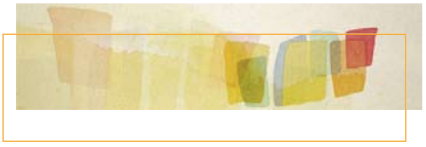
On le fait parce que dans la pratique, on est amené à le faire. Mais on sollicite les pédiatres pour qu'ils se positionnent et c'est peut être, dans notre travail, ce qui est le plus dur à faire. Il importe que les parents aient aussi le point de vue du pédiatre. On ne peut pas avoir toutes les casquettes tout le temps. On a souvent à faire des choses plus inquiétantes que celles induites par de faibles ressources, même sans minimiser ces cas. D'où l'importance de la question du pédiatre, qui permet de faire comprendre aux parents que l'enfant a des droits, qu'il a déjà des interlocuteurs rien que pour lui.
Quant à la séparation d'avec l'enfant, ce n'est évidemment pas satisfaisant et il est rare que les femmes aillent mieux après.

Donc vous ne travaillez pas toute seule, vous ne pouvez pas porter cette question de la précarité toute seule, ni cette question exclusivement puisque vous avez aussi à traiter l'ensemble de la situation.
Ce travail sur l'hébergement, sur la stabilisation du lieu de vie, est-il parfois ce qui permet tout le reste, une porte d'entrée ?

C'est forcément une porte d'entrée. Si pendant la grossesse, on arrive à régler un peu cette question, cela signifie qu'on est dans la capacité de ne plus être dans la seule survie, donc d'être accessible à d'autres choses. J'ai l'exemple d'une femme qui venait du Samu social et dont tout le monde disait qu'elle n'investissait pas sa grossesse, qu'elle ne parlait pas de l'enfant. C'est un cas intéressant car elle est passée par toutes les structures, centre maternel, hébergement mère-bébé, famille d'accueil, appartement thérapeutique, résidence sociale. Aujourd'hui, je crois qu'elle a son logement. Avec son enfant. Je crois que son seul investissement, c'était de tenir, être un jour quelque part. Effectivement, elle était alors dans la précarité, mais en même temps, dans sa tête, il y avait une construction qui s'exerçait autour de cette grossesse.

C'est une instabilité organisée… Ce n'est plus de la précarité ?

C'est de l'instabilité parce que nos réponses se situaient, elles aussi, dans une sorte de précarité. Le problème, c'est l'anticipation. Mais nos patientes ne nous aident pas en n'y répondant pas, car ensuite, plus le temps est court, plus les réponses sont difficiles à trouver. Si l'hébergement est un problème, le deuxième, ce sont les violences intrafamiliales et les situations de dépendance affective.
D'une certaine façon, j'anticipe une encore plus grande précarisation, ce qui demande beaucoup d'énergie. On anticipe, on essaie d'expliquer, l'autre n'entend pas, n'est pas dans cette dynamique. C'est vrai que ce sont nos patients qui nous apprennent le travail, ce n'est pas tellement écrit dans les livres….



On avait une patiente qui était régulièrement hospitalisée en réanimation, sans domicile, en grande précarité et chaque fois, on pensait qu'elle allait mourir. À chaque hospitalisation, je lui donnais un vestiaire, un peu d'argent, et j'essayais de lui trouver une solution d'hébergement. Ça ne tenait jamais. Alors, au bout d'un moment, je ne cherchais même plus, je lui apportais des vestiaires et puis peut-être 20 euros, rien de plus. Et finalement un jour elle a accepté d'aller en appartement thérapeutique. Et en fait elle y est morte… Je pense qu'il y a des fonctionnements de survie qui leur permettent de vivre. Il faut être vigilant… Qu'est-ce qui permet de tenir ? Est-ce que quand on se pose finalement, c'est intenable ? Ça fait réfléchir. Les médecins se demandaient comment elle pouvait être encore vivante. Peut-être que

si elle était restée précaire, ça se serait passé quand même. Parfois, ce refus de soins nous insupporte, mais en même temps, elle était acceptée comme ça, elle était suivie dans un CMP…
C'est plus compliqué de ne pas faire des choses qui nous plaisent ou qui nous rassurent, ou qui fassent que ça soit moins insupportable, que d'arriver à cheminer avec et avec le temps…

Cécile Peltier donna la réplique et Agnès Chaniolleau réécrivit le texte.



PAROLES de femmes : un espace de parole et d'accueil spécifique au sein du CAARUD de Sida PAROLES.

En 1993, pour faire face à l'épidémie de sida se diffusant dans la population toxicomane du nord des Hauts de Seine (92), l'association Sida-Paroles est créée. Il s'agissait d'aller vers les usagers de drogue et de les accueillir dans des bus d'échange de seringues. En 2000, la " Boutique " ouvre pour faciliter l'accès aux soins.
Dès le début, même dans l'urgence, la parole avait une place primordiale. Aujourd'hui, au coeur de nos dispositifs toujours ancrés dans l'aide concrète, le souci de préserver et favoriser la parole persiste, même, et surtout parce qu'elle n'est pas un passage obligé pour être accueilli.
Depuis 2007, alors que jusque là, notre pratique nous avait conduit à construire nos différentes actions autour d'une majorité masculine (nous accueillons 86% hommes pour 14% de femmes), nous avons mis au travail la question de l'existence de besoins spécifiques des femmes usagères de drogue. Les toxicomanies féminines présentent-elles ou non des particularités ? Et si oui, qu'elles sont leurs natures? Sont-elles de l'ordre du psychologique ? Du social ? Du biologique ? Ces besoins sont-ils liés au statut des femmes dans la société ? Dans leurs groupes ? Les différences sexuelles seraient-elle susceptibles d'introduire de la différence dans notre façon de penser les soins et l'accès à ces soins ?
Pour aborder ces questions, notre première idée a été d'aller vers et de questionner les femmes accueillies dans le lieu et rencontrées dans nos actions développées à l'extérieur. A la " Boutique ", des réunions " femmes " se sont mises en place.
Les thèmes abordés ont été variés : la santé des femmes (les conséquences des drogues, la maternité, l'hygiène intime, l'hygiène corporelle), la beauté, l'esthétique, les relations mère-enfant, l'organisation de sorties et d'activités…

A la Maison d'Arrêt de Versailles, où nous avons développé une action collective d'éducation à la santé, nous avons pu observer, au sein des groupes de femmes, une aisance plus grande dans l'utilisation de la parole et aussi un besoin d'échanges et d'informations concernant le corps féminin et son fonctionnement, concernant la sexualité, la contraception. Plus globalement, nous avons pu noter que les temps en groupe, à la "Boutique" et en détention étaient investis massivement par les femmes comme des temps de paroles et des temps d'échanges.
A partir de ces constats, nous avons ouvert, le 27 septembre 2007, un temps d'accueil spécifique pour les femmes, le jeudi matin de 9h00 à 12h00 : " Paroles de femmes ". Il s'agissait d'ouvrir, sur un mode semblable à l'accueil mixte, un temps réservé aux femmes. Cette offre nous a permis de faire deux constats. Le premier est que ce temps d'accueil spécifique est peu fréquenté et qu'il n'a pas permis d'accueillir davantage de femmes. Le deuxième est que les femmes sont plus présentes dans le lieu et y ont pris une place plus grande. Plus précisément, elles se sont saisies de la parole et sont le soutien de celle-ci dans le groupe des accueillis. Par exemple, dans le temps du jeudi matin, le groupe femme a pu bénéficié, en partenariat avec

le réseau DAPSA de l'intervention d'une sage femme. Les échanges initiés lors du temps spécifique, se sont poursuivis ensuite pendant le temps d'accueil mixte. Plus généralement, la mise en mots, dans le cadre du groupe, de leur expérience d'usagères de drogues, de femmes, de compagnes, de mères, au sein du groupe a introduit une dynamique expressive. Il semble, que la parole apprivoisée par les femmes est dans un deuxième temps plus saisissable par les hommes.Ce phénomène, cet effet inattendu, nous apparaît comme d'autant plus intéressant que généralement les analyses de la situation des femmes usagères de drogues insistent beaucoup sur leur vulnérabilité. Sans vouloir dénier celle-ci, il nous semble important de pouvoir aussi rapporter l'émergence de compétences inattendues. A partir de cette observation, nous avons modifié notre offre pour faire de ce temps dédié aux femmes, avant tout une offre d'espace de parole.



La question de la spécificité féminine n'est pas une préoccupation dominante des lieux de soins aux addictions ou des espaces accueillants les personnes en situations de précarité. Mais peu à peu dans différentes équipes des questionnements émergent.
La " Boutik " à Montpellier (association Réduire les Risques), " l'Espace Femme " à Paris (association Charonne) ont développé une expérience d'accueil dans des CAARUD accueillant uniquement des femmes. A Grenoble, l'association " Femmes SDF " propose un espace ouvert aux femmes qui se veut être un lieu leur permettrant de " retrouver leur corps de femmes ".C.Crozali, au sein de l'association " Intervalle " travaille la question de la précarité au regard de la différence sexuelle.
Concernant le champ des addictions, il nous semble intéressant de mettre le questionnement concernant la spécificité des besoins des usagères de drogue, au travail avec nos partenaires accueillants une majorité d'hommes mais aussi… des femmes.
Ce texte rapportant notre expérience au sein du CAARUD Sida Paroles et surtout nos questionnements constitue pour nous une proposition de travail interinstitutionnel sur ce thème. La question des femmes dans nos dispositifs, a introduit dans notre pratique, une dynamique de réflexions que nous souhaiterions partager avec d'autres professionnels intéressés par ces questions.

R.REAT
Psychologue clinicienne

ZOOM SUR LE DAPSA : COORDONNÉES DU RESEAU

Mission régionale de santé

Nom : Réseau de santé DAPSA
Adresse : 59 rue Meslay
Ville : PARIS (75003)
Tel : 01 42 09 07 17
Fax : 01 40 27 00 06
Courriel : reseau@dapsa.org
Création : le 1er Juillet 2005 (DRDR)



à propos de la lettre «Réseau, Risque et Naissance»
Lettre éditée par le Réseau de santé DAPSA
Directeur de la Publication : Jean-Claude GENEST - Lettre financée par : la DRDR
Création-Conception : News and Paper - Paris.