

**À la SANTÉ  
de la JEUNESSE**

**ACTES**

**29 novembre 2013**

**Faculté de Médecine, Marseille**

Entrée gratuite sur inscription : [www.santesud.org](http://www.santesud.org)

Un événement sous le haut parrainage du ministère des Affaires étrangères

# Présentation générale

Depuis 2006, la Journée provençale de la santé humanitaire est un rendez-vous incontournable pour tous les professionnels sanitaires et sociaux qui s'intéressent à la solidarité nationale et internationale.

Organisée par l'ONG marseillaise Santé Sud, elle vise à dresser des passerelles entre les acteurs, les structures et les points de vue les plus divers, dans l'optique de sublimer les différences et de se concerter davantage.

Cette journée a réuni quelque 900 personnes du public, venues écouter une vingtaine d'orateurs, visiter les 20 posters et 35 stands d'associations et de structures de solidarité en santé, et surtout échanger sur la santé de la jeunesse.

## Thématique 2013 : A la santé de la jeunesse

Les **jeunes** (de 10 à 24 ans) représentent actuellement un quart de la population mondiale. En plein cœur de la tourmente qui les fait passer du monde de l'enfance à celui des adultes, les jeunes ont pour dénominateur commun **une prise de risque accrue** - par essence un phénomène sain lié à cette étape de leur vie - qui peut mener à divers problèmes de santé publique. Les jeunes à travers le monde sont soumis parfois très tôt aux inégalités les plus diverses, à une précarité économique et professionnelle grandissante, aux risques de comportements addictifs ou sexuels multiples, à la violence et à des situations d'exil ou d'errance pour certains...

Les résultats de la dernière enquête internationale HBSC de l'OMS, menée auprès de jeunes de 11 à 15 ans dans quelque 39 pays, révèlent cependant que les adolescents bénéficient d'une meilleure santé et de davantage de possibilités d'épanouissement qu'avant.

Mais selon l'UNICEF, "**Les inégalités liées à la pauvreté, au statut social, au genre ou au handicap privent toujours des millions d'adolescents de leur droit à une éducation de qualité, à des soins de santé, à la protection et la participation.**"

Une étude portée par l'OMS et publiée dans la revue médicale Lancet souligne que sur 1,8 milliard de jeunes dans le monde, 2,6 millions meurent chaque année. 97% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les principales causes en sont **les accidents de la route, le suicide, la violence - particulièrement la violence conjugale! - le Sida, la tuberculose, la malnutrition et, pour les jeunes filles, les grossesses précoces et complications liées aux mutilations génitales**. La plupart des causes de décès chez les jeunes sont évitables et peuvent être traitées. Nombreux sont les jeunes qui souffrent de maladies nuisant à leur capacité de croître et de développer pleinement leur potentiel ou qui continuent d'adopter des comportements compromettant à la fois leur santé actuelle et celle qu'ils auront à l'avenir : **les problèmes de santé mentale et les conduites addictives** en sont les deux exemples les plus frappants.

Les adolescents sont de plus en plus nombreux à adopter des comportements néfastes tels que la consommation de tabac, d'alcool et une alimentation déséquilibrée. En France notamment, l'INSERM révèle une envolée très préoccupante de la consommation des substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) pendant les années " collège ", notamment pour l'alcool.

Mais si la 64e Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2011 une résolution sur les risques pour la santé des jeunes, les données et surtout les politiques globales spécifiques à cette tranche





de la population demeurent nettement insuffisantes.

Deux des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) touchent des problématiques liées à la santé des jeunes.

- Le cinquième OMD vise à instaurer l'accès universel aux services de santé génésique et l'un des indicateurs en est la fréquence des grossesses chez les jeunes filles de 15 à 19 ans.
- Le sixième OMD, pour interrompre la propagation du VIH/sida, est assorti d'indicateurs comme une diminution de 25% chez les jeunes et il mesure aussi la proportion des jeunes de 15 à 24 ans ayant une connaissance complète et correcte du VIH/sida.

En dépit des évolutions récentes, la santé des jeunes demeure préoccupante, et l'augmentation de leur nombre dans les pays en développement laisse présager de nouveaux défis en termes d'inégalités en matière sociale, économique et sanitaire, trois piliers majeurs du développement. Il nous faut mieux cerner les nouveaux enjeux de cette jeunesse en construction qui est la seule garante de l'avenir du monde... C'est pourquoi cette 8e Journée provençale de la santé humanitaire réunit les structures les plus diverses pour réfléchir à la lumière de points de vues pluriels et complémentaires... **à la santé de la jeunesse !**



# Sommaire

<b>MOTS DE BIENVENUE</b>	6
Dr Paul BENOS, Président de Santé Sud Nicole Hanssen, Directrice de Santé Sud	
<b>CONFERENCE INAUGURALE</b>	9
Pr Marcel RUFO, Pédopsychiatre et directeur de l'Espace méditerranéen de l'adolescence à l'Hôpital Salvator, AP-HM	
<b>TABLE RONDE 1 : CONDUITES A RISQUES</b>	12
<i>Animé par : Samir AKACHA, Coordinateur de l'Acte</i>	
<b>Pédopsychiatrie à l'adolescence : Qui consulte et pourquoi ?</b>	12
Dr Monique BRILLAUX, Pédopsychiatre et référent programme à Santé Sud	
<b>Les attaques du corps chez l'adolescent</b>	15
Dr Sophie LEMERLE-GRUSON, Pédiatre et membre de la Société française pour la santé de l'adolescent (SFSA)	
<b>Consommation de substances psychoactives</b>	17
Mme Myriam MAICHA, Chef de service prévention et soin des addictions au CSAPA PSA La Corniche-Les Aygalades	
<b>Prévention des comportements sexuels à risque ici et là-bas</b>	20
Dr Carine FAVIER, Médecin spécialiste des maladies infectieuses et co-présidente du Mouvement français pour le planning familial	
<b>Questions du public : « La parole est à vous »</b>	24
<b>Le mot du Grand témoin</b>	26
Pr Marcel RUFO	
<b>Appel à participation</b>	29
Dr Guy FARNARIER, Neurophysiologiste et membre du Haut comité de pilotage de Santé Sud Pr Ogobara DOUMBO, Parasitologue, Directeur du Malaria research and training center, représentant du Haut Comité de pilotage de Santé Sud au Mali	
<b>TABLE RONDE 2 : SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE</b>	31
<i>Animée par : Sandrine LANA, Journaliste indépendante</i>	
<b>Présentation du film d'Afrique en vie</b>	31
Kelly FABRE, Etudiante en BTS économique et social à Marseille	
<b>Accès des jeunes à la contraception et au dépistage des IST</b>	32
Dr Hélène PORTE, Médecin gynécologue et chef du Service protection maternelle et planification familiale du Conseil général des Bouches-du-Rhône	
<b>Rôle du médecin généraliste communautaire dans le planning familial et la santé reproductive des jeunes à Madagascar</b>	35
Dr Nirry RAMAROMANDRAY, Médecin généraliste et chargée de projet à Santé Sud Madagascar	



<b>Enfants vivants avec le VIH au Congo</b>	37
Mme Cécilie ALESSANDRI, Psychologue et chargée des programmes de soutien psychosocial au sein de la Direction des relations et des opérations internationales de la Croix-rouge française	
<b>Etudes sur les causes et conséquences du tourisme sexuel sur les conditions de vie des enfants au Cambodge</b>	39
Mme Florence PAZNIK , Présidente fondatrice d'AIDéTouS depuis 1996	
<b>Questions du public : « La parole est à vous »</b>	43
<b>Le mot du Grand témoin</b>	47
M.Yannick JAFFRE, Anthropologue et directeur de recherche au CNR	
<b>TABLE RONDE 3 : DESOCIALISATION ET PRECARITE</b>	52
<i>Animée par : Charlotte PENCHENIER, Journaliste à Safar</i>	
<b>Impact socio-économique des grossesses précoces en RDC</b>	53
Dr Bertin KADIMA-TSHIMANGA, Pédiatre à l'Université Simon Kimbangu à Kinshasa (République démocratique du Congo)	
<b>Accueil des jeunes exilés victimes de violences et traumatismes</b>	55
Mme Gaëlle BOUQUIN-SAGOT, Psychologue clinicienne à Osiris	
<b>Jeunesse en souffrance : ce que les mineurs isolés étrangers nous enseignent</b>	58
Mme Sylvie DUTERTRE, Psychologue clinicienne à IMAJE Santé (Information Marseille accueil jeunes écoute)	
<b>Esclavage domestique des jeunes filles et désocialisation</b>	60
M. Omar EL KINDI , Président de l'Institut national de solidarité avec les femmes (INSAF) au Maroc	
<b>Adolescence : intervention en pyramide dans les camps de réfugiés palestiniens</b>	62
Dr Rabih El CHAMMAY, Psychiatre à Beit Atfal Assumoud	
<b>Questions du public : « La parole est à vous »</b>	64
<b>Le mot du Grand témoin</b>	66
Pr Philippe LANGEVIN, Economiste et maître de conférences à la Faculté des sciences économiques et de gestion, Université Aix-Marseille	
<b>RETOUR D'EXPERIENCE D'UNE ASSOCIATION ETUDIANTE : UNIS-TERRA</b>	69
<i>Animée par : Marina BERHAULT, Chargée de programmes à Santé Sud</i>	
Angéline LARTIGUE, Membre de l'association Unis-Terre, lauréate des Tremplins jeunes solidarité santé 2012 pour le projet Comédor	
<b>CONCLUSION</b>	35
Dr Paul Bénos, Président de Santé Sud	
<b>CONCERT D'AHAMADA SMIS</b>	72





# Mots de bienvenue

## → Nicole HANSEN Directrice de Santé Sud

**B**onjour à tout le monde. Nous sommes ravis que vous soyez si nombreux pour commencer la journée provençale de santé humanitaire organisée pour la cinquième fois par Santé Sud. J'invite notre

président le Docteur Paul BENOS pour faire le mot de bienvenue.



## → Dr Paul BENOS Président de Santé Sud

**B**onjour à toutes et à tous, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, chers amis. Je suis particulièrement heureux bien sûr de vous souhaiter au nom de Santé Sud la bienvenue à cette 8<sup>e</sup> journée provençale de santé humanitaire. Comme le veut l'usage, je remercie en ce début de séance nos différents partenaires : l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et la faculté, qui cette année encore met à disposition ce bel amphithéâtre. La ville de Marseille, le département et la région ont toujours été des soutiens à ce rendez-vous. Le groupe KEDGE pour la participation active de ses étudiants et enfin la MAIF qui débute avec cet engagement à nos côtés un récent partenariat, qu'on lui souhaite riche de promesses. Alors 8<sup>e</sup> édition disions-nous, qui s'inscrit dans une séquence de thématiques variées, que notre association Santé Sud a la responsabilité d'organiser depuis 2009 et dont la mise en œuvre reste toujours sous la haute surveillance de notre chère Julie BEGIN, qui au sein de l'association est la responsable de notre communication, est chaleureusement remerciée pour son énorme travail de coordination. Le thème choisi cette année : « à la santé de la jeunesse » n'est pas le fruit du hasard et son

comité scientifique, dont vous verrez la composition, est issu des différents champs de la santé dans ses dimensions à la fois médicales, psychologiques, sociales, économiques et environnementales. Amis de Santé Sud pour un grand nombre d'entre vous, vous connaissez bien à présent nos différents domaines d'interventions depuis presque 30 ans, anniversaire qu'on fêtera d'ailleurs l'année prochaine. Optimisation des systèmes de santé, réduction de la marginalisation des personnes vulnérables, médicalisation des zones rurales et enfin éducation à la santé dont la journée provençale de la santé humanitaire est le point d'orgue. Dans presque toutes nos missions, quel qu'en soit le domaine, la santé de la jeunesse est au cœur des projets de Santé Sud, ce qui nous a donné, nous semble-t-il, une certaine légitimité pour la placer aujourd'hui au centre de nos débats et de nos échanges. Alors je vais vite m'effacer pour donner la parole aux orateurs de ce colloque, mais je voudrais en préambule me permettre ces



quelques remarques. Une des particularités de ces journées est de partager et d'échanger nos conceptions et nos pratiques avec nos amis des pays du sud. Nous en profitons pour souhaiter la bienvenue à leurs représentants, venus parfois de loin pour participer à cette journée et puis leur demander aussi : nos jeunesses respectives sont-elles homogènes et comparables ? Assurément pas. Et pourtant, ce qui semble les rassembler et les unir est sans doute cette lutte légitime à vivre une vie qu'ils aimeraient choisir.

Alors, à la vue des différents thèmes des tables rondes d'aujourd'hui, on pourrait laisser croire que nous, j'entends par là le comité scientifique, n'avons perçu la jeunesse, importante dans cette salle aujourd'hui, qu'à travers le prisme de ses difficultés, de ses souffrances voire de ses douleurs : conduites à risques, santé sexuelle et reproductive, désocialisation et précarité. Loin de nous pourtant l'idée de penser qu'il n'y a que cela à vivre ou à débattre à son sujet. Nous avons tellement conscience qu'il existe aussi une jeunesse heureuse, bien dans sa peau, énergique et combative, volontaire et créative, autonome et responsable. Mais nous savons aussi, parce que nos métiers de la santé nous y confrontent, qu'au Nord comme au Sud, à des degrés divers, les facteurs de vulnérabilité envisagés ici frappent en tout premier lieu la jeunesse : chômage et précarité, infections sexuellement transmises, addictions, grossesses non désirées ou poursuivies ou interrompues, séropositivité et expositions au VIH, violences subies. Les chiffres que nous enseigne l'épidémiologie nous montrent combien la jeunesse est exposée et victime de ces forfaits. Il faudrait envisager cette journée d'aujourd'hui, cette journée de débats, comme des regards croisés sur la jeunesse. Croisement Nord-Sud, nous l'avons dit, mais aussi jeunes et moins jeunes (catégorie à laquelle j'appartiens comme un certain nombre de communicants d'aujourd'hui). Les avantages -si l'on peut dire- des deux camps sont partagés. Vous, je regarde en haut parce que vous êtes concentrés un peu en haut de

cet amphithéâtre, donc vous, vous avez la vie devant vous. Pour nous, elle est un peu derrière. Mais nous aussi nous avons eu 20 ans, et comme le disait le boxeur Cassius CLAY -notre maître à penser- : « Qui a la même vision à 20 ans qu'à 50 ans a perdu 30 ans de sa vie ». Nous ne sommes donc pas ici pour nous affronter dans un inutile débat intergénérationnel, mais bien pour nous enrichir mutuellement. C'est encore par des remerciements à tous les orateurs de la journée que je voudrais conclure cette courte introduction. Comme il serait trop long de les citer tous, je vous renvoie au dossier qui vous a été remis où vous avez le pedigree de chacun et qui vous permettra d'apprécier leurs trajets professionnels et leur place respective dans la problématique dont il est question aujourd'hui. Aussi je me contenterai de citer les noms de trois personnalités qui ont accepté d'être les grands témoins de nos trois tables rondes. Tout d'abord le Professeur Marcel RUFO, directeur de l'Espace Méditerranéen de l'Adolescence. Vous êtes en France un facteur incontournable des troubles de cette période de mutation si complexe. Beaucoup d'entre nous à nos places de soignants, nous nous sommes nourris de vos travaux, et à travers un langage clair, accessible, précis et j'ajouterais-moi personnellement- parfois non dénué d'humour, vous avez su porter votre discours et vos recommandations à la portée d'un large public et aux familles souvent déroutées par des comportements adolescents. C'est un grand honneur de vous compter parmi nous aujourd'hui et on vous en remercie chaleureusement. Le deuxième grand témoin sera Yannick JAFFRE. Yannick JAFFRE anthropologue et directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, ami de longue date de Santé Sud, si intimement lié à l'Afrique. Beaucoup de nos projets se sont retrouvés valorisés par tes recherches et tes écrits nombreux, en particulier dans le domaine de la périnatalogie, la qualité des soins et le statut des femmes en Afrique. Sois aussi remercié une fois encore de cette fertile et ancienne collaboration avec nous, optimisant par-là la qualité de nos programmes. Enfin, Monsieur le Professeur



Philippe LANGEVIN, maître de conférences à la Faculté des Sciences Economiques de l'Université d'Aix-Marseille. Vous êtes et restez un fidèle animateur de ces journées provençales et nous vous remercions de mettre à nouveau vos compétences et votre

écoute au service de cette journée. Alors, que cette confrontation d'idées et cet échange d'expériences nourrissent aujourd'hui nos débats. A chacune et chacun d'entre vous, je souhaite une riche et gratifiante journée. Je vous remercie.

→ **Nicole HANSSEN** : Un petit rappel de l'architecture générale de la journée. Trois tables rondes après une conférence inaugurale faite par le Professeur Marcel RUFO. Trois tables rondes : la première sur les conduites à risques, la deuxième sur la santé sexuelle et reproductive et la troisième sur la désocialisation et la précarité. Chaque table ronde est animée par trois jeunes journalistes. Quatre ou cinq intervenants vont échanger sur la problématique. Il y aura un débat avec la salle et les trois grands témoins clôtureront chacun une table ronde. Le bouquet final des journées provençales de la santé humaine sera cette année, un mini-concert fait par un slammeur marseillais d'origine comorienne : Ahamada SMIS, que certains d'entre vous connaissent très bien. Quelques informations pratiques : vous avez tous reçu une pochette dans laquelle vous trouverez une grande plaquette avec toutes les informations. Tout au long de la journée, nous n'allons pas représenter tous les intervenants, vous pourrez retrouver leurs biographies dans la plaquette. Aux pauses de la matinée et du déjeuner, nous vous invitons à visiter les différents stands et expositions. N'oubliez pas de donner vos coordonnées, et surtout vos adresses mail si vous voulez recevoir les actes de cette journée. Comme chaque année, les étudiants de KEDGE rédigeront les actes, permettant de conserver une trace de ces échanges, toujours très riches. La participation à cette journée provençale de la santé humaine est libre, mais rien ne vous empêche de nous aider à travailler sur le financement de cette journée en faisant un don. N'oubliez pas qu'il y a des tickets repas qui sont à votre disposition, mais malheureusement pas pour les 900 personnes inscrites. Donc les premiers arrivés seront les premiers servis. Le prix d'un ticket repas est de 7€. A la fin de la journée, n'oubliez pas de nous rendre votre badge. Deux dernières petites informations pratiques : à la pause, le Professeur Marcel RUFO dédicacera son nouveau livre « Tu réussiras mieux que moi ». Et à 17h, après le mini-concert, Ahamada SMIS nous dédicacera son dernier CD. Maintenant, j'ai le plaisir d'inviter le Professeur Marcel RUFO pour faire la conférence inaugurale.





# Conférence Inaugurale

## → Pr Marcel RUFO

**Pédopsychiatre et directeur de l'Espace méditerranéen de l'adolescence à l'Hôpital Salvator, AP-HM**

**B**ienvenue. Bonjour à toutes et bonjour à tous. C'est un plaisir pour moi d'être invité par votre association et surtout dans cet amphithéâtre, où finalement j'ai commencé médecine. Alors, mon propos

c'est de vous parler des conduites à risques chez l'adolescent. Vous savez que ces conduites, chez l'adolescent et l'adolescente, sont la première cause de mortalité à l'adolescence. Il faut peut-être d'entrée de jeu affirmer que sous la notion même d'accident, qui coûte la

vie aux adolescents et aux adolescentes, il y a dans la majorité des cas une extraordinaire souffrance qui se matérialise et qui devient visible et mortelle pour l'adolescent et l'adolescente. Je vais, pour mieux vous faire comprendre mes propos introductifs, vous raconter une histoire très personnelle qui a profondément marqué ma vie. J'étais très ami en enfance avec un garçon adorable, génial, pétillant d'humour et d'intelligence et qu'on appelait « Bouboule ». Bouboule, comme vous pouvez l'imaginer avait un surpoids. Le surpoids de Bouboule était moyennement gênant en primaire, sauf qu'en cour de récréation il ne pouvait pas être cavalier, il était toujours cheval. C'est un jeu qui a maintenant disparu des cours de récréation, mais lorsque l'on faisait des combats à l'époque et parce que les chevaliers nous intéressaient beaucoup, on était soit cheval soit cavalier. Le jeu consistait

à s'attraper et à se faire tomber, à faire bouger le cavalier et tomber, pour gagner et recommencer le tournoi. C'était un jeu très classique dans les cours de récréation. Bouboule était très fort à ce jeu. Déjà, parce qu'il était difficile à porter, ça c'est évident, mais difficile aussi à faire bouger. Lors des combats il était très performant et moi, à l'époque je n'avais pas mon surpoids actuel, j'étais souvent son cavalier. A l'adolescence Bouboule était très amoureux d'une merveilleuse jeune fille de notre époque, vraiment très jolie, pas des plus futées objectivement, mais vraiment très jolie. Je ne dis pas « pas des plus futées » méchamment parce que je me souviens qu'une fois je l'avais invitée à voir « Psychose », le film d'Hitchcock, et j'étais ravi de l'emmener au cinéma, pensant vraiment à la suite du film avec elle -qui d'ailleurs ne s'est pas passée, je vous le dit publiquement, il n'y a pas eu suite affective et amoureuse- et pendant tout le film, au lieu d'apprécier le travail d'Hitchcock elle disait « qu'est-ce que Perkins est beau ! ». Effectivement il est beau, mais ce qui est plus intéressant dans le film c'est sa psychose, qui commence à l'assassinat de sa mère, et il y a tout de même beaucoup d'autres choses à dire. A la suite de ce film j'en avais parlé avec Bouboule en disant : « Elle est quand même incroyable à apprécier uniquement Perkins alors qu'il y a bien d'autres choses à voir ! ». Et lui il me dit : « Tu te rends compte ce qu'elle est jolie. », et je crois qu'il avait vraiment raison. Et ce qui devait arriver arriva, un garçon de notre génération pas très futé non plus, mais vraiment très esthétique, ce garçon qui avait un comportement un peu particulier... Il séduisait les filles d'une manière très simple, il se mettait sur la plage devant elles, il prenait une poignée de sable, il faisait couler



le sable devant les filles, il faisait : « vous voyez, c'est l'explication des pyramides... », et elles étaient sous le charme. Alors nous on le voyait faire et on faisait pareil, on prenait du sable on se mettait devant les filles mais elles rétorquaient : « fais attention tu m'envoies du sable dans l'œil ! », ça ne marchait jamais. Et Bouboule, qui connaissait parfaitement l'histoire ancienne et était même capable de connaître certains hiéroglyphes, était vraiment génial. Et il était toujours avec cette créature de rêve, celle qui trouvait que Perkins était beau dans le film et il était vraiment très profondément amoureux d'elle, mais très profondément amoureux. Et elle, elle l'appréciait bien évidemment, comment ne pas apprécier Bouboule, son talent, son génie, ses qualités, son charme ? Mais évidemment, elle ne voulait pas avoir avec lui ce qu'on souhaitait tous avoir avec elle. Et donc le garçon au sable règle l'affaire pour nous tous, et Bouboule est profondément amoureux. Mais profondément amoureux de manière particulière, on aurait tous préféré être à la place du bellâtre, mais lui, il était malheureux. Et à partir de ce moment-là, à l'adolescence, mon ami ce garçon va avoir des comportements à risques de plus en plus extravagants. Notamment à un jeu extrêmement dangereux : celui de, sur une route où il rentrait le soir avec son vélomoteur, battre un record des virages coupés à gauche pour aller plus vite et rentrer chez lui de plus en plus vite. Et, un soir malheureux pour notre vie et pour la perte de cet ami, il est mort d'un accident de vélomoteur en coupant le 8<sup>ème</sup> virage à gauche du parcours. Vous voyez donc que Bouboule est une victime désignée des conduites à risques classiques de l'adolescent, notamment le vélomoteur, sachant aussi qu'il était capable d'exploits incroyables. Je me souviens qu'un soir, lors d'un débat un peu animé où le groupe était contre lui, il a dit qu'il en avait assez de nous entendre et il s'est déshabillé. Il avait mis, parce qu'il était génial, une sorte de maillot de Tarzan avec un gros bouton sur l'épaule et il était rentré avec lui à la nage de l'autre côté de la rade. C'était à près à peu à 7-8

nautiques en pleine nuit et il avait dit au patron du bar : « Tu me rendras mes habits demain quand je reviendrai avec le bus ! ». Il était capable de tout ça. Il avait ce talent extrême mais aussi cette fragilité extrême. Ce va et vient très particulier de pouvoir être génial, emballant toute notre génération. Dans le groupe, nous étions tous sous la coupe des propos, des propositions et des inventions de Bouboule, mais en même temps, devant toutes difficultés d'un effondrement et d'une conduite à risque. C'est exactement ce qui est le problème des adolescents qui effectuent ces pratiques dangereuses de conduites à risque. Les adolescents qui boivent trop, qui vont au bout de l'alcoolisation, histoire de pouvoir supporter de ne pas être à l'aise dans le groupe. L'adolescent qui fume 5-6 pétards par jour histoire de croire qu'il est bien, qu'il peut aller à l'école ou aller dans son groupe. L'adolescent qui a des relations sexuelles comme ça, ou l'adolescente, sans respecter son corps. C'est pourtant là un échange incroyablement intéressant et important à l'adolescence, mais en fait c'est une sorte de passeport pour être mieux accepté par l'autre. Et ces ensembles de comportements se retrouvent de manière incroyable dans une maladie, dans la leucémie chez l'adolescent. Savez-vous par exemple, que quand j'ai commencé médecine au niveau de la leucémie aiguë la mortalité était incroyable : c'était 80-85% de mortalité, et maintenant on est passé à 77% de guérison. Vous voyez les progrès de la médecine et de la pédiatrie sont absolument incroyables, le looping est total. Mais par contre, savez-vous que les adolescents ayant la même maladie n'ont un taux de guérison actuel que de 42%. Ils ont les mêmes cellules, les mêmes protocoles thérapeutiques, la même chimiothérapie, les mêmes greffes éventuellement de moelles, et pourtant ils meurent plus. Et quand on étudie bien le problème, on s'aperçoit qu'ils meurent d'adolescence. C'est à dire que les vulnérables, ceux qui vont mal au niveau psychologique, utilisent la leucémie comme un mode de suicide. Et j'insiste vraiment sur le fait que le malheur, les difficultés socio-



économiques, culturelles, familiales poussent au passage à l'acte plus que dans d'autres populations mieux loties. Je ne dis pas que les conduites à risques sont réservées aux pauvres, loin de moi cette idée, mais je dis que parfois lorsqu'on est malheureux et on peut être très malheureux parce qu'on est pauvre et maltraité, dans des situations socio-économiques culturelles et sociales difficiles, on risque d'exagérer les conduites à risques, histoire de pouvoir comme ça s'affirmer. Je discutais l'autre jour avec un garçon très difficile des quartiers Nord qui accumule les conduites à risques, comme ça sans arrêt il a des comportements qui le mettent en danger. Plusieurs fractures, plusieurs arrivées aux urgences en état d'ivresse aiguë en coma éthylique, etc. Et finalement en discutant avec lui je dis « pourquoi tu te fais autant de mal ? » Il me dit : « mais j'ai tellement de mal, qu'au moins je veux avoir peur de moi. » Je ne sais pas si vous vous rendez compte de la splendide définition que nous donne ici ce garçon. Et c'est là que l'altérité, la capacité d'approche, la capacité de liens d'alliance, d'émotions aussi, est à mettre en pratique. Lorsque effectivement je parle de Bouboule, je ne peux pas me départir de l'émotion de sa perte. Mais la capacité d'être avec une proximité dans une relation qui s'affirme, dans une relation du fait que toi tu es moi et moi je peux être toi, est certainement la seule attitude raisonnable pour diminuer ce fléau de la conduite à risque à l'adolescence. Car finalement certains adolescents ont plus peur de la vie que de la mort, et le fait de risquer leur vie leur fait penser à tort qu'ils en sont propriétaires, alors qu'au contraire ils ne risquent que de la perdre, à cause de leur incapacité à anticiper le futur. Et je crois aussi que dans cette histoire de conduites à risques, il y a une part non négligeable d'agressivité aussi retournée contre les parents, contre les frères et sœurs et contre

les adultes. Il m'a fallu des dizaines d'années pour en vouloir à Bouboule de son idiotie en vélomoteur. Parce qu'en se tuant, il nous a aussi amputé de notre adolescence la capacité de perdre un ami essentiel dans notre construction et dans notre évolution. Et en vouloir à Bouboule un peu, beaucoup si on est encore blessé, c'est exactement le fait de bien remarquer que dans les conduites à risque il y a bien sûr la souffrance, mais il y a aussi une idée terrible d'agressivité sur l'autre. Parce que cette agressivité que l'on a en soi, on ne peut pas la maîtriser et donc une des formes d'expression c'est l'agressivité sur l'autre. Dans les conduites à risque, il y a aussi la violence sur autrui, dont on ne parle jamais, qui risque d'entraîner de la part de la personne attaquée une réaction elle-même agressive et on s'aperçoit que dans les combats physiques que ce soit cette hétéro-agressivité ou cette auto-agressivité sont en fait extrêmement cousines et se métissent. On s'aperçoit notamment, par exemple dans les scarifications chez l'adolescent comment il est propriétaire de sa douleur. De mon temps il y avait toujours un idiot dans le groupe qui se brûlait avec une cigarette. Il se brûlait toujours au même endroit. Si tu le brûlais autrement il poussait un cri, il sautait en l'air. Notre jeu c'était pour celui qui se brûlait, qui faisait le fakir, c'était tu le brûlais ailleurs pour voir que le fakir a mal. Si le fakir n'a pas mal, c'est que le fakir souffre. Il n'y a pas de possibilité de ne pas avoir mal et si par contre on veut avoir mal, c'est que dans sa tête et dans sa vie, on ne construit pas son avenir, sa potentialité et le renvoi qu'on doit avoir. Et vraiment, pour conclure cette introduction que je n'espère pas trop triste, je voulais vous dire que je n'en veux pas trop à Bouboule parce que je me rappelle le nombre de combats qu'on a gagné, lui comme cheval et moi comme cavalier. Je vous remercie de votre attention.

➔ **Nicole HANSEN** : Merci beaucoup au professeur Marcel RUFO, j'invite Samir AKACHA, qui est le journaliste qui va animer la première table ronde, et tous les intervenants de la table ronde à venir sur l'estrade. Et donc je laisse la parole à Samir qui est journaliste freelance, coordinateur de l'association Acte qui est une association d'éducation populaire.





# TABLE RONDE 1 :

## Conduites à risques

→ **Samir AKACHA**  
 Coordinateur de l'Acte

**B**onjour à tous et bienvenue à cette première table ronde autour des conduites à risques chez les jeunes. Nous avons la chance aujourd'hui d'avoir quatre intervenants pour cette question. Nous allons notamment aborder la pédopsychiatrie à l'adolescence avec le Docteur Monique BRILLAUX, pédopsychiatre et référent programme Santé Sud. Nous parlerons ensuite des attaques du corps chez l'adolescent avec le Docteur Sophie LEMERLE-GRUSON, pédiatre et membre de la Société française pour la santé de l'adolescent (SFSA). Il y a aussi une intervention sur la consommation des substances psychoactives avec Mme Myriam MAICHA, chef de service prévention et soin des addictions au centre La Corniche - Les

Aygalades. Pour finir avec la prévention des comportements sexuels à risques ici et là-bas avec le docteur Carine FAVIER, médecin spécialiste des maladies infectieuses et co-présidente du Mouvement français pour le planning familial. S'ensuivra un échange avec la salle. Mais avant tout nous allons vous diffuser un film : c'est un cahier d'entretien réalisé avec les jeunes au centre La Corniche à Marseille autour de la prise de risques.



### **FILM INTRODUCTIF : CSAPA PSA Corniche les Aygalades**

Nous allons avoir quatre interventions et chacune va durer dix minutes. La parole est au docteur Monique BRILLAUX.

### **• Pédopsychiatrie à l'adolescence : Qui consulte et pourquoi ?**

→ **Dr Monique BRILLAUX**  
 Pédopsychiatre et référent programme à Santé Sud



**B**onjour ! Alors je voudrais vous parler des adolescents bien évidemment aujourd'hui, mais je le ferai d'une façon un peu généraliste, dans le sens où je souhaitais de ma place et de mes fonctions aborder la consultation en psychiatrie de l'adolescent. Lors de l'accueil de la demande de consultation en psychiatrie de l'adolescent, d'emblée la question du normal et du pathologique se pose, au risque de provoquer bien évidemment surprises et interrogations du côté des enseignants et des familles. En effet, la demande directe de l'adolescent pour consulter un psy est rare. Cependant, les signes d'appels sont nombreux, et la plupart du temps masqués voire déguisés. Nous avons à faire à un véritable reflux. Quel est à ce jour donc en France, l'orientation des consultations pour adolescents et les maisons pour adolescents ? Sujet que nous pourrions d'ailleurs analyser avec Marcel RUFO un peu plus tard.

Les symptômes proposés sont-ils forcément les symptômes principaux ? D'autant que dans de nombreux cas l'adolescent souffre plus des conséquences de ces troubles que des symptômes même. Cependant, dans d'autres cas les symptômes perdurent car s'installent alors les bénéfices nommés secondaires, lesquels s'inscrivent dans l'interaction avec ses proches et s'élabore ainsi en véritable dynamique, qu'on pourrait dire groupale. C'est ce qu'on note souvent du côté de l'interprétation psychanalytique comme une espèce d'économie psychique où chacun arrive à fonctionner plus ou moins en harmonie. En effet, si le symptôme est considéré comme un signe d'appel d'un conflit souvent inconscient, il conviendra alors d'être à l'écoute fine du discours de l'adolescent. J'insiste sur « fine » parce que je pense que c'est ce qu'il y a de plus compliqué pour nous. Et d'engager une recherche et une analyse de ce symptôme afin d'aider à lever cette problématique. Mais nous sommes souvent enclins à donner du sens et conduire l'adolescent à abandonner un symptôme qui peut faire place à un autre. C'est vrai que

c'est quasiment notre quotidien. Et puis je dirais qu'au fil des années, on a pu s'apercevoir que quelques fois nous sommes nous-mêmes un peu pressés de la levée du symptôme, ceci je dirais parfois en accord avec les parents voire les enseignants. Et même si ce n'est pas un accord explicite malgré tout ceci se voit trop souvent. Aussi, un travail d'alliance et de collaboration est alors indispensable avec l'adolescent et la famille.



Une approche multiaxiale -j'insiste un peu sur cette question-là- s'avère souvent nécessaire. Elle permet ainsi de distinguer plusieurs plans d'approche, comme le plan clinique, le plan structural et la dimension des potentialités cognitives sans oublier l'axe des événements de la vie. En effet, on n'a pas seulement je dirai une problématique avec une simple pathologie parfois masquée ou déguisée ; mais se fixer seulement sur cette problématique c'est oublier aussi l'adolescent, la personne, le sujet dirons-nous plutôt en psychanalyse. Je défends un peu cette posture, parce que je trouve que trop souvent on s'attache, nous médecins d'ailleurs, à la pathologie, au trouble sans tenir compte du contexte.

Aussi, aujourd'hui on se tiendrait plutôt du côté de la demande la plus habituelle de consultation hormis les adolescents adressés par les unités d'enfants qui les suivaient précédemment. Travaillant sur l'hôpital, dans des structures telles que des hôpitaux de jour mais aussi dans des associations, on a rarement une demande que je qualifierai du tout-venant, comme on peut le voir en centre médico-psychologique, et plus fréquemment en libéral. Puisque j'ai exercé vingt ans dans le libéral et là, on tape à notre porte. Les adultes font une demande pour leur adolescent, et donc je préfère qu'on parle un peu plus de la consultation qui



nous amène petit à petit à analyser cette problématique, ce motif de consultation qui permet justement de se rassembler un petit peu dans nos idées, du côté des conduites à risques.

Si les enseignants et les parents font consulter leurs ados, c'est la plupart du temps dans un cadre de difficultés en milieu scolaire. D'emblée, nous pouvons affirmer qu'il est bien artificiel de séparer l'état affectif et les fonctions cognitives car il y a un retentissement réciproque entre ces deux limites. Je ne détaillerais pas ce propos mais je pense qu'on pourrait l'aborder dans le débat. De même du côté de la psychanalyse dans son sens large, cette théorie insiste sur l'élaboration des processus cognitifs d'apprentissage afin que s'inscrive à leur tour dans une capacité à différer la satisfaction. Ceci aussi sera un propos auquel on pourra réfléchir : différer, attendre.

Le propos de cette journée se situe du côté des addictions. Aussi il m'est apparu important à cette introduction de rapporter que, bien souvent, nous sommes confrontés à ce qui peut paraître des motifs de consultation dans un premier temps banals et qui s'élaborent au cours des entretiens. Notre écoute et notre disponibilité sont absolument essentielles. Aussi grâce à ce sujet ô combien complexe, je vous propose une réflexion qui n'est autre qu'une partie de mon parcours au fil des années. En effet, si l'on considère que la période charnière d'adolescence est perçue comme l'une des dernières chances de réorganisation psychique avant la structuration alors que dire de la fin théorique du processus d'adolescence ? N'avons-nous pas une approche trop fixiste ? N'est-ce pas plutôt, cette période-là, une mise en réserve mobilisable afin de trouver des solutions à l'âge adulte ? On a beaucoup réfléchi à ceci et puis je dirais d'un point de vue personnel que c'est une bonne réserve.

Chez l'adolescent une place importante est accordée au réel. En effet, l'illégalité est en général de vigueur, les ados sont souvent dans l'opérateur donc ils se

coupent de l'affect et de la pensée par l'agir. C'est ce que disait tout à l'heure Marcel RUF0 concernant les conduites à risques et ce dont on ne doute pas parfois lorsqu'on a des rencontres soit à l'adolescence soit un peu plus tard. Aussi, notre rôle bien souvent consiste en une véritable réanimation de notre place de psy. Ils s'imposent, ces adolescents, divers esthétismes souvent irréalistes mais omnipotents pour tenter de se soustraire à la dépendance. J'ai vécu des moments avec des ados extrêmement complexes, ayant travaillé en Haute-Savoie et sur la région Suisse, parce qu'ils s'engagent dans des péripéties à ski extrêmement complexes dans les barres rocheuses, et ils ont été dans cette région-là les premiers à sauter à l'élastique. Quand on les voyait arriver en consultation parce que leurs parents étaient complètement affolés par cette prise de risque, je pense qu'on était dans une réflexion qui était un peu débutante sur ces questions-là mais qui se poursuit encore aujourd'hui sur la région genevoise. Ceci était une forme de passage à l'acte, qui exprime en fait une capacité à supporter tout élément de dépendance, faisant surgir parfois une violence réactionnelle : une tentative de se démarquer de l'autre. L'adolescence est un temps pulsionnel essentiel qui permet de grandir, c'est une réorganisation donc importante. Quand l'adolescent, et c'est souvent vrai, est intéressé par la démarche psychothérapique, attiré par les théories de son fonctionnement mental, faire alliance conduit alors à un travail sur le symbolique. Il peut alors emprunter plusieurs parcours parfois inattendus, opter pour différentes représentations possibles de soi et de l'autre découlant de la relation, ceci aidé par la posture du thérapeute, d'un potentiel restant d'adolescence, non reclus et non enfoui car non sollicité aux parents. Ce serait donc un acte thérapeutique s'inscrivant dans un aspect de la subjectivité de l'analyste. Il faut se permettre d'imaginer, de suspendre mentalement tout jugement et toute définition en s'étayant sur l'actualité de la relation.





Je vais terminer pour ouvrir la discussion sur une réflexion concernant le silence des adolescents en situation de consultation. Quelles relations psychothérapeutiques offrir à ce jeune sans pour autant être intrusif et dans le rejet ? Ces jeunes sans paroles, porte-parole, comme si la parole était la pire des solutions, la mise en mots d'une menace pour leur intégrité nous confronte à notre ambivalence, nous mettent dans une posture inconfortable. Lorsque l'adolescent nous dit « de toute façon vous ne comprendrez jamais rien », nous devons à cet instant précis montrer de l'intérêt pour

lui. Je tiens beaucoup à faire ce travail. De plus, il faut s'inscrire dans une fonction d'accueil des projections, donc une fonction de thérapeute et peut-être porter nous-mêmes sa demande en confiant à l'adolescent notre propre ressenti à son propre silence, interprété comme un appel silencieux. Je souhaiterais que nous ayons une réflexion de l'adolescent dans les différentes cultures car j'ai une petite expérience en Algérie et que j'ai beaucoup pu échanger avec certains de mes confrères. Merci.

→ **Samir AKACHA** : Merci ! J'invite le docteur Sophie LEMERLE-GRUSON à prendre la parole.

## • Les attaques du corps chez l'adolescent

→ **Dr Sophie LEMERLE-GRUSON**

**Pédiatre et membre de la Société française pour la santé de l'adolescent (SFSA)**

**M**erci beaucoup ! Bonjour ! C'est une autre place que celle du Docteur BRILLAUX dont je vais parler puisque je suis pédiatre et que je me suis occupée pendant vingt ans d'une unité de médecine de l'adolescence. Nous accueillons des patients porteurs de maladies chroniques en rupture d'observance pour des problèmes psycho-sociaux qui allaient de la tentative de suicide aux violences agies, subies, etc.

Je voudrais resituer le problème des prises de risques dans la vie d'un adolescent. Qu'est-ce que l'adolescent ? Une tranche d'âge pour l'OMS, une période pour les docteurs représentée par la puberté et les transformations du cœur ou du corps, une culture, une crise mais surtout un travail. Le travail des adolescents est universel, il touche tous les adolescents du monde. Accepter les modifications de son corps et s'y sentir à l'aise, trouver son identité sexuelle,

acquérir une autonomie affective vis-à-vis de ses parents et des adultes, adopter un système de valeurs et de croyances cohérent, s'engager dans une filière professionnelle, et devenir sa propre personne, mais aussi tester ses limites, essayer, prendre des risques, à cet âge on ne parle pas on agit. Les attaques du corps, comme vous l'a dit Marcel RUFO, les accidents sont la première cause de mortalité chez les 15-24 ans en France. Mais les accidents de la voie publique sont des motifs fréquents et répétés de consultation aux urgences, et il faudrait vraiment réfléchir à l'attitude que les urgentistes pourraient améliorer en terme



© Eric Legallet



d'accueil de ces jeunes qui souvent ne sont que soignés, on les plâtre, on les recoud, et on ne se pose pas assez de questions sur le pourquoi de l'accident. Concernant les suicides et tentatives de suicides, chaque année en France, 600 jeunes entre 15 et 24 ans réussissent leurs tentatives et 200 entre 15 et 19 ans. C'est la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans sachant que l'on note trois tentatives de suicide de filles pour une de garçon. Néanmoins, ces chiffres sont en diminution nette depuis 1990 et encore plus depuis 2000. Il faut savoir que dans une étude de 2006, on note que 15% des étudiants ont de véritables idées suicidaires. Enfin, le baromètre santé a démontré une diminution de 2005 à 2010 des épisodes dépressifs caractéristiques.

Je voudrais insister comme clinicienne sur les signes d'alerte de la crise suicidaire et dire que quand on observe ces signes il faut se méfier de l'imminence possible d'une tentative de suicide, et se souvenir que toute tentative de suicide peut conduire à la mort. Ce sont des plaintes somatiques répétées (« J'ai mal à droite, à gauche »), troubles du sommeil et de l'appétit, un fléchissement scolaire récent, des fugues, une augmentation des consommations, des crises familiales, une auto agressivité, des scarifications parfois, des violences et surtout un syndrome dépressif. Les professionnels que nous sommes, doivent oser en parler avec des mots simples : « cela peut-être difficile pour toi d'en parler. T'arrive-t-il de penser à la mort en ce-moment ? As-tu déjà pensé à te suicider ? Est-ce que tu y penses souvent ? As-tu fais des préparatifs ? As-tu déjà fait une tentative ? ». Et si les réponses sont positives, le professionnel doit accompagner le jeune et essayer de l'orienter le plus rapidement possible vers une structure de soins. Ça aussi c'est un principe universel, en parler c'est donner la possibilité à l'adolescent d'utiliser un autre moyen pour exprimer sa souffrance. A part, les tentatives de suicide, les adolescents attaquent leurs corps par d'autres méthodes. Les consommations dont on parlait, il faut noter que ce qui augmente, c'est la fréquence des

ivresses répétées et régulières, ce que les anglo-saxons appellent le « binge drinking ». Mais aussi fugues, violences agies, troubles du comportement alimentaires, non seulement anorexie mais aussi obésité. Non observance des prises en charges des maladies chroniques. Et là je voudrais insister de ma place de pédiatre. Marcel RUFO évoquait la leucémie et le pourcentage inférieur de guérison chez les adolescents. Moi, je dirais qu'à l'époque parce que je me suis aussi beaucoup occupée de ces cas, il y a 30 ans, on se demandait toujours pourquoi certaines leucémies rechutaient et a posteriori car l'observance à l'époque n'était pas à la mode, on s'est aperçu que c'était les jeunes qui ne prenaient pas leurs traitements d'entretien. Enfin, la sexualité à risque, IST, grossesses, je rappellerais que seize millions d'accouchements dans le monde ont lieu entre les âges de 15 et 19 ans pour les jeunes femmes dont 95% dans les pays en développement. Pour rappeler des chiffres de la santé dans le monde : 2,6 millions décès de 10 à 24 ans dans le monde dont 97% dans les pays à moyens ou bas revenus. La tranche d'âge 15-24 ans est la tranche dont la mortalité a le moins régressé. Car vous savez qu'en termes de mortalité infantile, les choses ont bien évolué toutes ces décennies précédentes. De quoi ils meurent ? Conditions maternelles pour 15% de filles, 11% du HIV et de la tuberculose, 14% de garçons et 5% de filles d'accidents de la voie publique, 12% de violences et enfin je voulais insister 6% de suicide. Calculez sur 2.6 millions ce que ça fait. D'ailleurs les statistiques le confirment, les adolescents du Sud se font plus de mal que ceux du Nord.

Alors je voudrais un petit peu insister sur les scarifications, ce sont des incisions cutanées sans automutilation. Vous savez il y a ce qu'on décrit les scarifications typiques qui atteignent les filles de 13-18 ans au niveau des mains, des poignées, des avant-bras quelques fois des jambes qu'elles se font avec des objets usuels et qui sont plus ou moins cachés. Chez les garçons on se méfie plus, surtout s'il s'agit de garçons avant la puberté ou après 18 ans qui se scarifient la



face, le thorax, les organes génitaux externes. Tous ces signes étant possiblement des indicateurs tout de même de souffrance et de risque suicidaire. Finalement, ce qu'il faudrait dire, c'est que l'interprétation de ces scarifications change avec l'époque mais aussi avec la place professionnelle dont on les observe. Il n'est pas évident que le médecin pense comme le sociologue, c'est-à-dire comme le dit David Le BRETON, s'agit-il d'un acte de passage plus que d'un passage à l'acte ? Et dans certaines ethnies africaines, ces scarifications sont même ritualisées.

Dans la littérature issue de l'Afrique, les conduites auto agressives de l'adolescent africain ressemblent dans leur motif à celles des pays en développement. L'urbanisation, la déculturation, la perte des traditions, l'abandon des rites de passage les font ressembler à nos adolescents du Nord. Des rites, il en a toujours existés depuis des millénaires : les Grecs, les sociétés traditionnelles avec la circoncision, les Juifs et la circoncision avant la puberté, le port du cordon brahmanique chez les hindous, les

tatouages, les marquages, l'accomplissement de certaines épreuves physiques. Et je voudrais citer un ethnologue du début du 20<sup>ème</sup> siècle qui a beaucoup travaillé justement sur les rites et qui distinguait trois stades nous faisant comprendre la valeur et la signification du rite. Trois phases :

- Séparation préliminaire, analogue pour les psychanalystes, à la mort de l'enfance puisque ce sont des adolescents qui sont séparés de leurs groupes.
- Marginalisation comme si il y avait un retour in utero de ce jeune qu'on a isolé.
- Agrégation ou réintégration du jeune dans le groupe.

Si l'adolescent n'a pas vécu de rite de passage, certaines attaques du corps pourraient les remplacer. Et je me saisis de l'exemple touchant que nous a cité Marcel RUFO pour vous dire que les conduites ordaliques, c'est exactement l'histoire de Bouboule : on prend des risques mortels, et si la mort est évitée, on renaît, mais on peut aussi mourir. Je vous remercie.

→ **Samir AKACHA** : La parole est à Myriam MAICHA

## • Consommation de substances psychoactives

→ **Myriam MAICHA**

**Chef de service prévention et soin des addictions au CSAPA PSA La Corniche-  
Les Ayalades**

**B**onjour à vous, mon propos porte sur une pratique dans un dispositif atypique qui s'appelle Le Centre la Corniche-Les Ayalades dont vous avez vu le film en introduction. Je suis là pour vous parler en quelques mots de la consommation de substances psycho actives et des questions de l'addiction. Avant de vous parler de nos pratiques et des publics qu'on accueille, je vous propose au préalable d'avoir un acte assez militant sur la question

des addictions qui consiste à dire qu'il n'y a pas de drogues dures ni de drogues douces mais des substances psycho actives au rang desquelles on retrouve aussi bien l'alcool, le tabac, les médicaments et d'autres substances connues. Ce qui change c'est la question du statut légal, illégal, licite, illicite. Au niveau de ces drogues ce qui est important de retenir c'est qu'elles ont un potentiel « addictif » -si certains d'entre vous s'arrêtent de fumer, je pense que vous savez







à quoi je fais référence- mais aussi un potentiel toxique ainsi que des effets recherchés. Sur la question des effets recherchés, c'est le potentiel de modification d'état de conscience et là vous retrouverez trois grandes catégories sur les effets recherchés : les sédatifs ou dépresseurs, les stimulants et les hallucinogènes ou perturbateurs. Pour simplifier, l'idée est de dire que les premiers ont pour objectif de se relaxer, le deuxième, les stimulants, plutôt dans l'idée d'augmenter ses capacités, et pour la troisième catégorie on est plutôt dans l'idée de voyager, de planer. Il est intéressant d'avoir ça en tête lorsqu'on travaille avec des jeunes ou des adultes sur la question des addictions puisque le profit a toujours une place et surtout une fonction.

Je me propose de partager avec vous la notion d'addiction. Alors pour ceux qui s'y intéressent je n'ai pas mis la définition qui est plus communément admise, celle du médecin psychiatre, Aviel GOODMAN, qui est américain, et qui dans les années 1990 a donné une notion qui fait référence -elle aurait été trop longue à présenter ici- mais celle qu'on retrouvera sur le site de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie) qui consiste à dire que l'addiction est une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu à l'égard d'un produit comme ceux que nous venons de voir ou à une pratique. Je vais commencer à parler du public et du dispositif que je représente aujourd'hui. Sur la question des addictions et des pratiques qu'on appelle plus communément des addictions sans substances, aujourd'hui il ne s'agit pas d'un public que nous accueillons. On a tendance à dire qu'on devrait le voir arriver dans les cinq à dix années à venir, surtout que nous sommes en pleine

révolution numérique qui pour ma part est déjà dépassée depuis longtemps. L'envahissement des écrans, des nouvelles technologies, et aussi la légalisation des jeux en ligne, tendent à dire que dans les quelques années à venir, les jeunes seront aussi confrontés à cette question de l'addiction sans substance de façon beaucoup plus présente et massive dans nos établissements. Sur la question de l'addiction, ce qui compte c'est la notion d'usage, donc pour illustrer mon propos, la pyramide de Skynner permet de voir ce qui est de l'ordre de différents groupes d'usage. Sur la corniche, on accueille essentiellement des jeunes qui sont dans l'usage à risques : l'usage nocif et la dépendance. Sachant qu'au niveau des usages ce qui est induit, c'est la question des dommages et donc on se retrouve évidemment avec des jeunes qui sont dans des situations à risques, qui ont des problèmes judiciaires, interpersonnels et sociaux. Et lorsqu'on n'est face à des jeunes qui sont dans des situations de dépendance physique et psychique, on se retrouve avec des publics qui ont d'autres dommages qui sont essentiellement des dommages sanitaires.

Sur la diapositive suivante, je me propose de vous présenter quelques chiffres, quelques statistiques qui sont celles relatives à notre centre extraites de notre rapport d'activité 2012. La Corniche est ce qu'on appelle un centre thérapeutique résidentiel. On accueille des jeunes de 14 à 22 ans dans le cadre d'un hébergement. On est sur des durées moyennes de séjours de 138 jours, ce qui correspond à environ quatre mois et demi. Sur le public en présence, on a une majorité de garçons, mais les filles sont aussi présentes, et comparativement aux dispositifs pour adultes obligatoires on a plus de filles que dans d'autres dispositifs. Et puis ce qui est peut-être important à retenir sur les caractéristiques du public dans cette diapositive, c'est aussi la question du public accueilli sous traitement de substitution aux opiacées. Il faut savoir que c'est aussi quelque chose de récent pour l'établissement, on accueille ce public depuis



2010. Ce qui n'a pas été simple en termes de questionnement idéologique. La question d'avoir des jeunes qui sont sous traitements de substitution, ce n'est pas évident. Mais ça nous a aussi beaucoup questionnés et occupés sur la question de la prise en charge : Comment accueillir ces jeunes ? Et comment aussi considérer la mixité ? C'est-à-dire avoir des jeunes sur le même dispositif et le même lieu, qui sont à la fois stabilisés et inscrit dans un projet d'abstinence puisque bien évidemment l'abstinence reste la visée en première intention pour ces jeunes-là. Mais aussi comment accueillir et pouvoir permettre à ces jeunes-là, qui sont davantage ancrés dans les usages et davantage en difficulté, l'accès au soin ? Je voulais aussi vous parler des substances. Pour ma part, je suis depuis cinq ans dans le dispositif et les chiffres sont tirés des rapports annuels d'activité des cinq années précédentes. On est depuis une dizaine d'années dans le même tiercé en termes de consommation qui est l'alcool, le cannabis, et l'héroïne. Ce qui est à noter pour l'année 2012 et qui méritera d'être observé pour l'année 2013 et les années à venir, c'est la modification de cette répartition. En 2012, pour la première année on se retrouve avec l'alcool, qui est le premier produit motivant de la prise en charge ; c'est quelque chose de nouveau pour nous. En 2<sup>ème</sup> produit le cannabis, qui est toujours présent et en 3<sup>ème</sup> produit consommé : l'héroïne. Dans les années précédentes, l'héroïne était le principal produit consommé et l'alcool était en troisième position. Et puis par ordre décroissant, nous avons les produits qui sont consommés occasionnellement par les jeunes. L'idée est de dire que par rapport à cette répartition, à cette consommation, les jeunes accueillis à la Corniche sont des jeunes inscrits dans des poly-addictions, ils ne sont pas dans des usages uniques. Je complèterais mon propos par des statistiques empiriques, en vous informant que nous sommes régulièrement en présence de jeunes qui sont en consommation à minima d'alcool et de cannabis avec une vraie banalisation de ces consommations et de ces usages.

Concernant la prise en charge, l'établissement de la Corniche, il me paraissait important de vous le dire, est un établissement qui a été créé en 1984 qui devrait fêter ses trente ans l'année prochaine. Je voulais préciser aussi qu'il n'y a que deux établissements comme celui-ci en France, en l'occurrence l'Espace du Possible à Lille et nous. L'établissement a pour objectif principal, au niveau de la prise en charge, de favoriser la distanciation par rapport à un comportement de dépendance, permettre d'engager un travail de réflexion. On est dans l'idée de permettre aux jeunes de revisiter un peu leurs parcours de vie et d'arriver à identifier les moments qui ont été déclencheurs dans la prise de produit pour les amener à trouver à terme les ressources nécessaires pour pouvoir trouver de nouvelles solutions, de nouvelles réponses à des difficultés qu'ils pourraient à nouveau avoir. On cherche aussi à trouver de nouveaux terrains d'investissements parce que très concrètement nous avons des jeunes qui sont à la grande majorité soit déscolarisés soit désocialisés. Ils sont effectivement dans des rythmes de vie complètement à part et à la marge. Pour pouvoir les accompagner, on a un projet éducatif qui s'articule autour de trois axes : des entretiens, pour pouvoir mettre en place tout le travail introspectif, des activités qui représentent un outil de négation de la relation éducative et qui sont des terrains d'observation pour l'équipe afin de travailler après avec les jeunes, pour pouvoir les mettre en situation à la fois individuelles et de groupe. Et puis il y a aussi tous les temps de vie quotidienne au foyer.

Je voulais juste reprendre par rapport au film que vous avez vu en introduction le fait que l'usage effectivement conduit à avoir des prises de risques mais compte tenu de la spécificité du public accueilli, en l'occurrence le public adolescent, la prise de risques et les expérimentations sont structurantes dans cette période de la vie. Ceci a déjà été dit, et c'est vrai qu'elles font partie intégrante du processus de l'adolescence.



Alors dans le champ des addictions, il existe une approche pragmatique et sanitaire qui est fondée sur la pédagogie du prendre soin, de l'éducation, et de la responsabilité. C'est une approche qui s'appelle la RDR, son origine date des années 1985 à 1990 au moment de la mise en évidence de la présence du VHC et du VIH. J'ai envie de vous dire aujourd'hui que la RDR est un outil dans la prise en charge du public jeune aussi, même si dans l'idéal, on tend à vouloir que ces jeunes ne soient pas inscrits dans des usages à risques et des usages nocifs. Mais l'idée c'est que ces jeunes s'inscrivent dans ces pratiques à risques, et tout le travail pour

nous aujourd'hui consiste à être dans des postures d'éducation et de prévention. Rappelons pour nous que la prévention vise à prendre en compte à la fois le sens des consommations, mieux comprendre la définition de la dangerosité pour que les jeunes puissent comprendre les mises en danger dans lesquels ils peuvent se trouver pour redéfinir la place de l'interdit parce qu'effectivement il y a le statut de l'interdit au bout d'une substance, diminuer la consommation et éviter les usages à risques et les abus qu'on a vus précédemment qui induisent la dépendance. Je vous remercie.

→ **Samir AKACHA** : J'invite le Docteur Carine FAVIER à nous livrer la dernière intervention de cette première table ronde.

## • Prévention des comportements sexuels à risque ici et là-bas

→ **Dr Carine FAVIER**

**Médecin spécialiste des maladies infectieuses et co-présidente du Mouvement français pour le planning familial**

**B**onjour à toutes et à tous. Je suis spécialiste des maladies infectieuses et co-présidente du Mouvement français pour le planning familial. Je souhaite partager avec vous l'expérience acquise dans le cadre du programme de réduction des risques sexuels que le Planning Familial mène depuis 1998. Donc on ne pouvait pas souhaiter meilleure transition que celle de la RDR. Notre constat au Nord comme au Sud, c'est que le silence et la non-reconnaissance sont porteurs de prises de risques. Dans les pays où l'acceptation de la sexualité chez les jeunes est la plus importante, le taux d'utilisation de contraception est le plus élevé et le taux d'avortement est le plus bas. Ce sont aussi les pays où l'éducation de la sexualité commence tôt, avant que les jeunes n'entament leur vie sexuelle et où l'égalité

entre hommes et femmes est la plus importante. Nous pouvons en bénéficier car la France travaille là-dessus, et dans les pays du Sud il y a aussi une réflexion à donner sur cette question. Vous savez que nous sommes à deux jours de la journée mondiale de lutte contre le SIDA et que l'OMS a fait cette journée sur la question de l'adolescent car aujourd'hui et en particulier en Afrique c'est cette population qui est la plus touchée et celle pour laquelle ça ne baisse pas





contrairement aux adultes. Même si les situations dans chaque pays sont difficilement comparables, si les évolutions ne se sont pas toutes faites au même moment, il est acquis que l'éducation des filles au Nord comme au Sud, concourt à faire baisser le nombre des grossesses d'adolescentes et plus tard le nombre d'enfants qui, en particulier dans les pays du Sud, sont des objectifs de santé publique. Comme la place de la question de l'éducation et de la possibilité de réfléchir à son projet de vie est essentielle. Le premier objectif que l'on a lorsque nous travaillons sur cette question c'est de faire reconnaître la légitimité de la vie sexuelle de l'adolescent parce que nous ne pouvons travailler si nous sommes dans la négation.

Un constat s'impose à tous les intervenants : les questions que l'on se pose sur le sexe, les manières d'en parler, mais aussi de se comporter dans une rencontre, c'est à dire la plupart des discours et des pratiques en lien avec la vie affective et sexuelle, sont fortement conditionnés par le fait de se sentir homme ou femme. Les représentations qui prescrivent les façons d'être des sujets masculins et féminins ainsi que leurs modes de relations s'imposent à nous tous. Il faut prendre en compte notre construction sociale quand nous allons mener nos interventions parce qu'être adolescent du Nord ou du Sud n'est pas la même chose. Je crois qu'il faut absolument prendre en compte les contextes dans lesquels se construisent les représentations de ce qu'est une femme et de ce qu'est un homme.

Aborder la sexualité des jeunes fait l'objet d'un enjeu social depuis toujours. Ce n'est pas l'éducation sexuelle en milieu scolaire qui l'a inventée. C'était pour le contrôle de la reproduction, pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles que ça a commencé. Autour de la virginité des filles et de l'initiation des garçons. L'éducation sexuelle si elle n'est pas faite formellement elle est réalisée par la famille, le groupe, la médecine, le religieux ou l'Etat. Donc il faut y réfléchir. Très

longtemps elle s'est faite autour du prisme « biophysique » avec une prévention des risques qui ne prenait pas en compte les dimensions affectives et relationnelles, qui était dans une norme hétérosexuelle et qui donnait des assignations. Aujourd'hui il est temps qu'on bouge un peu ces lignes pour intervenir et aussi qu'on s'interroge sur notre intervention : sommes-nous là pour transmettre des informations, transmettre des valeurs, réguler des comportements ? S'agit-il de répondre aux préoccupations des jeunes eux-mêmes ou à celles des adultes qui nous ont sollicités, en proie à une « panique morale » comme disait Bozon ? Nous avons clairement tranché et choisi d'être sur une posture de prise de conscience et de questionnement des normes et d'ouvrir des espaces de questionnement et de réflexion.

Nous avons appris à entendre sans jugement, sans vouloir imposer notre vision du monde, à ne pas répondre seulement au souci social que pose la sexualité (violences sexuelles, préoccupations sanitaires..) mais à accompagner les jeunes pour aller vers des comportements qui favorisent le bien-être et l'équilibre affectif et social.

Pourquoi parler alors de « réduction des risques sexuels » ?

C'est pour affirmer clairement notre approche : nous ne sommes pas là pour « prévenir », dire ce qu'il faut faire, mais pour faciliter l'accès à des informations et à des méthodes préventives diversifiées, exhaustives et adaptées, pour laisser le choix, pour offrir une palette de possibilités en vue de renforcer les capacités des personnes à faire leurs propres choix, dans une optique de réduction des risques. Dans notre cas -des grossesses non prévues, des IST dont le VIH/SIDA, des violences sexuelles- il ne s'agit pas de viser le risque zéro (qui n'existe pas) mais bien d'amener les personnes à s'inscrire dans une démarche qui leur permet de limiter les risques. Et ce positionnement est valable au Nord comme au Sud : avec notre expérience, quand nous travaillons avec des groupes de parole, 800 en France et à peu près 500 dans les pays du Sud, on travaille



sur cette question en partant de ce que ressentent les gens, de ce qu'ils pensent et comment ils peuvent cheminer en leur donnant un certain nombre d'informations afin d'améliorer leur santé et leur bien-être

Considérant que se protéger à cent pour cent n'existe pas vraiment car la prise de risque fait partie de l'existence de chaque personne, Le Planning Familial préfère s'inscrire dans une approche de réduction des risques sexuels jugée plus pertinente et plus efficace d'un point de vue de santé publique. Notre expérience nous a montré que se protéger un peu est toujours mieux que de ne pas se protéger du tout. De plus nous avons pu constater que lorsque les personnes étaient amenées à se protéger même un peu, elles entraient alors dans une dynamique d'amélioration de l'estime d'elle-même qui les conduit, si on leur en donne les moyens, à se protéger encore mieux.

Ainsi, le programme s'inscrit résolument dans une approche holistique de la santé sexuelle qui associe la réduction des risques de l'infection par le VIH/SIDA aux autres risques : grossesses non prévues, violences, IST, avortement à risque, la mortalité maternelle dans les pays du Sud. Cette approche permet également d'aborder clairement ces questions sous l'angle plus global de la sexualité, du plaisir, du désir et pas seulement des problèmes liés à la sexualité. Sinon on les dégoûte, alors que l'objectif est de les écouter et de les faire participer.

Enfin, fidèles aux principes d'action d'éducation populaire du Planning Familial, les actrices du programme, aussi bien en France qu'en Afrique ou ailleurs, se montrent très vigilantes à enraciner les différentes actions dans la réalité sociale et culturelle des bénéficiaires de façon à éviter de heurter de manière frontale les croyances et les normes locales. Les sujets polémiques ou tabous ne sont pas éludés pour autant. La question de l'avortement, interdite dans la plupart des pays du Sud ne doit pas être éludée dans la discussion, mais permettre de réfléchir sur la place du désir d'enfant, sur la place de mère,

de la femme, sans affirmer et sans imposer un point de vue. D'où l'idée d'ouvrir des espaces de débat dans le respect de la parole des personnes mais avec le souci de les inciter à questionner leurs représentations. Les tabous, les représentations, les traditions existent dans tous les pays du monde. Les sociétés avancent, il faut donner l'opportunité de questionner, pas de juger ou d'imposer. Les actions collectives que nous menons sont un difficile équilibre entre la réflexion sur les risques, les bénéfices que nous retirons à les prendre, les bénéfices que nous aurions à ne pas les prendre, l'information sur les moyens de les éviter sans tomber dans la stigmatisation de celles et ceux sur qui le dommage lié au risque est advenu :

- Parler hygiène alimentaire sans stigmatiser la personne en surpoids.
- Parler de l'excision sans qu'une femme excisée ne se sente un monstre.
- Prévenir le VIH sans stigmatiser les personnes séropositives.
- Prévenir les grossesses non désirées sans jeter l'opprobre et menacer des pires conséquences physiques et psychiques sur celles qui auraient recours à l'avortement.

Eviter d'utiliser la peur et la honte pour prévenir, se garder de dire le bien et le mal, dire la loi qui s'explique et qui peut se modifier. Introduire les rapports de force, la souffrance, la justice, la complexité, la diversité. Le faire par tous les moyens à disposition : papier, internet, films...mais bien sûr aussi par le dialogue, le face à face, le questionnement dans une dynamique où le collectif est extrêmement précieux. Cela implique aussi d'accepter à la fois les prises de risque et leurs conséquences.

Le travail que nous réalisons avec les adolescents consiste donc à proposer des espaces de parole en aménageant des conditions qui vont rendre possible des confrontations constructives et non violentes. C'est tout un art! Il nous importe



que ces discussions se déroulent dans un climat suffisamment sécurisant pour que les personnes acceptent de se laisser déstabiliser sans se sentir menacées, afin de mettre leur pensée en mouvement. Cela nécessite que l'intervenant puisse adopter une posture neutre et bienveillante, qu'il soit en capacité de ne plus penser que ses propres

représentations sont bonnes ou vraies et que celles qui sont différentes sont mauvaises ou fausses ; ce qui va le libérer du besoin de convaincre ceux qui ne partagent pas ses idées ou ses valeurs pour les remettre dans le droit chemin. Cela va permettre d'ouvrir la discussion.





# La parole est à vous !

→ **Public** : Je suis Yves GRANDBESANÇON de Santé Sud, je suis généraliste à la Ciotat et je travaille aussi occasionnellement à Marseille, je souhaiterais apporter un éclairage sur la réduction des conduites à risque dans notre société, en parlant du prix de la vie tout simplement. Vous savez ce qu'est un contrat, c'est payer une personne pour en tuer une autre ; en une vingtaine d'années le prix du contrat en France, dans la région en particulier, a énormément baissé. Donc vous pouvez faire tuer quelqu'un maintenant pour quelques milliers d'euros. Cela veut dire que la valeur marchande du prix de la vie a énormément baissé dans notre société. Alors, un éclairage sur la conduite à risque des jeunes, et je ne vois qu'une seule raison à ça, il me semble qu'il y a là une espèce d'effet pervers de la génération 68 où le « tout à tout prix et maintenant » a conduit à ce que la société se stratifie en couches horizontales et perde le sens de la verticalité. C'est-à-dire que chaque génération, chaque tranche d'âge jouie à sa manière en perdant en communication avec les autres. On le voit bien dans la relation avec la naissance et la mort, et je pense que la médecine elle-même joue un rôle négatif à son insu là dedans en ayant médicalisé la naissance ainsi que la mort, ce qui fait que maintenant les gens vont décéder à l'hôpital et ne reviennent même plus chez eux... Par conséquent, pour les adolescents il y a une perte de transcendance de la vie qui est tout de même fondamentale, les religions savaient très bien exploiter cela et en Afrique les rites aussi. Moi par exemple, dans la ville où je travaille, chaque année il y a une mort d'adolescent qui est purement gratuite, c'est-à-dire horrible. La vie n'a pas plus de prix que cela. La dernière, au mois de juin, c'était un patient de mon cabinet, c'était pour une histoire de voiture et de contravention pas plus, un homme s'est pris une contravention pas un autre, il s'est énervé et il l'a tué... Et je pense qu'il y a une sorte de passage à l'acte trop facile et j'aimerais que tout ce système médical, psychosocial de l'adolescence se mette en route pour réfléchir à cette situation et pour redonner un sens à la vie.

→ **Public** : Bonjour, je voulais savoir si vous travaillez avec la famille des adolescents et comment ? Et comment le retour au domicile est-il préparé ? Et y'a-t-il un suivi ?

→ **Myriam MAICHA** : Alors sur la question du travail des familles c'est très variable, dans la mesure où comme vous avez pu le voir dans la présentation nous accueillons des jeunes de la région PACA et des jeunes qui sont hors région. Alors sur cette question-là, il y a deux points de vue, on a tendance à dire que l'éloignement géographique contribue et favorise le processus et la démarche de soin mais il y a aussi certains jeunes pour lesquelles la distance, l'éloignement avec la famille est aussi un obstacle, et donc une des raisons pour laquelle ils ne souhaitent pas rester sur le dispositif. Donc le travail avec les familles est vraiment au cas par cas, lorsque cela est possible ou à la demande du jeune, on travaille avec les familles. Sur les publics mineurs où on a une obligation de faire de l'information sur la situation et sa prise en charge auprès des familles; sur les publics adultes, si les jeunes ne souhaitent pas avoir de lien avec les familles ou nous demande en quelque sorte de les protéger vis-à-vis de cela alors on est très à l'écoute de la demande des jeunes.

Concernant le suivi des orientations, on a beaucoup de jeunes qui une fois partis de la corniche souhaitent rester à Marseille, on a plusieurs dispositifs dont un qui s'appelle A Marseille l'appartement thérapeutique qui permet des orientations pour les jeunes dans les établissements avec un accompagnement éducatif. Et puis après c'est très variable en fonction des situations il y a des jeunes qui retournent en famille, on a certains jeunes qui retournent dans les établissements



d'origine et il y a des jeunes qui souhaitent repartir dans les usages et qu'on revoit quelques mois ou quelques années après donc c'est très variable.

→ **Public** : Bonjour, on dit que la période d'adolescence est de 14 à 19 ans, or j'observe de plus en plus de gens qui ont passé 25-30 ans et qui eux aussi restent dans cette adolescence avec communautarisme, prise de drogue, d'alcool, jeux-vidéo... Qu'est-ce que vous pensez de cette évolution ?

→ **Pr Marcel RUFO** : Je m'attendais à ce que vous me disiez que les pathologies ont descendu en âge... On voit de plus en plus souvent des préadolescents... toutes les pathologies ont descendu en âge, des anorexies à 12 ans pré pubère, des comportements à risque de sexualité à 11 ans dans tous les sens, on voit des jeunes à 13/14 ans qui arrivent aux urgences en coma éthylique. Mais surtout on a aussi une sorte de non sortie de l'adolescence, il y a deux raisons dont une raison extrêmement paradoxale, c'est que les familles ont fait des progrès. Avant de mon temps il était chic de partir de chez soi, maintenant il est dangereux de partir de chez soi pour ne pas perdre le confort et l'environnement familial qui a fait énormément de progrès. Mais d'un autre côté c'est aussi nous qui sommes les responsables de cette prolongation de l'adolescence puisque quand on parle de crise d'adolescence on oublie de parler de la crise des adultes qui sont autant en crise que les adolescents. On prend un exemple très simple, dans une ville comme ici les recompositions familiales représentent 60%. Le temps n'est pas très loin où l'on prendra en charge un enfant ou un adolescent dont les parents ne sont pas séparés car il sera stigmatisé on lui dira qu'il est singulier. Dans quelques années on va dire « tes parents sont toujours ensemble après 20 ans est-ce que tu ne souffres pas de cette singularité ? ». Et alors ce qui se passe à contrario, les adultes se comportent comme des adolescents dans certaines recompositions je ne suis pas contre ça, ça peut être absolument intéressant et parallèlement les adolescents sont en compétition vis-à-vis de ces adolescents adultes qui ne sont pas adultes et ils restent tout autant adolescent que les adultes ne sont pas adultes.



# Le mot du Grand témoin

## → Pr Marcel RUFO

**V**ous savez ce qui est intéressant dans les tables rondes, c'est le fait que cela provoque des tas d'idées qui viennent en presbyte par les différentes interventions dont vous avez bénéficié. Tout en étant méthodologique pour ce type de réponse, l'idéal ce serait presque des ateliers après, partant des tables rondes ou sur inscription volontaire, pour discuter et aborder après de manière plus intime, en plus petit groupes ce que les propositions des exposés ont posé.

Première réflexion : Alors on parle toujours de parité mais comme vous pouvez le voir il y a plus de femmes à la tribune que d'hommes et ça on peut s'en féliciter. Ce qui est rarissime, en général les publics sont féminins et sur la scène, il n'y a que des hommes. Cette fois-ci nous ne sommes que deux. On est content. Et justement j'en arrive au planning pour lequel j'ai un respect absolu, qui est un progrès incroyable au niveau du respect des femmes. Cependant, je me pose toujours une question : Le planning est-il aussi efficace au niveau des garçons ? Parce que le planning a été un progrès fabuleux pour les femmes, les filles, reste que les garçons avec leur attitudes de garçons, avec le fait d'être un garçon qui est plus fragile que d'être une fille risquent d'être mis sur le côté de la route. Et je me demande si le planning dans son évolution, et c'est vous qui pourrez me renseigner, ne doit pas être de plus en plus paritaire avec le garçon au niveau du planning parce que nous sommes bien d'accord qu'une grossesse c'est le résultat d'une relation sexuelle entre un garçon et une fille. Dans les grossesses adolescentes, le petit père par exemple, n'est jamais vraiment étudié, il est souvent mis de côté. On s'aperçoit qu'une adolescente enceinte qui bénéficie de l'IVG va bénéficier quelque temps après d'un autre IVG avec le

même partenaire. Et donc à ce niveau si on s'intéresse au parcours d'un couple adolescent au planning couple, et si on ne s'intéresse pas au garçon dans le planning, je pense qu'il y aura toujours quelque chose qui fera qu'on laissera de côté, un aspect fondamental de la sexualité.

Sur la question de l'éducation de la sexualité que vous avez soulevée, j'ai une proposition simple à formuler. Les PUPH (Professeur des Universités – Praticiens hospitalier), est-ce qu'on ne pourrait pas imaginer que mes collègues payés par l'Education Nationale doivent cinq sessions par an parler dans les établissements scolaires au niveau des primaires et des écoles, animer des débats coopératifs entre les parents, les enseignants et les associations. Ne serait-ce pas porteur pour les parents et les enfants d'entendre un discours de professeurs d'universités qui seraient à disposition des primaires ou des maternelles ?

Deuxième aspect : J'ai été très épaté par La Corniche et ceci pour plusieurs raisons. J'ai vu qu'elle n'avait pratiquement que des Marseillais et la question de la salle est allée dans ce sens. Avez-vous des relations avec sa famille ? C'est tout le problème que vous avez posé, faut-il séparer les adolescents ou les adultes jeunes de leurs familles ? Est-ce que la séparation n'est pas aussi un mode de guérison ? Je me suis opposé tout au long de ma carrière à la séparation des anorexiques avec leurs familles. Cependant, je m'y suis opposé pour diverses raisons issues de multiples trajectoires sur le travail des anorexiques mais il ne faut pas occulter non plus le fait que la séparation peut entraver l'évolution thérapeutique. Ce qui m'a beaucoup intéressé aussi est votre notion de





classification classique de la prise du toxique et les différents niveaux. En effet, il faudra bien s'entendre un jour, que ce n'est pas le toxique que l'on consomme qui compte, le toxique dans le fond n'a aucun intérêt. Ce qui compte c'est la vulnérabilité du sujet. Un adolescent non vulnérable ne risque pas grand-chose à la prise de toxique sauf qu'il ignore s'il est vulnérable. Mais ils se croient tous invulnérables. L'adolescence c'est d'abord un système de secours en général; c'est la raison pour laquelle je suis fortement opposé à la libéralisation et la commercialisation du hachich car ouvrir la vulnérabilité aux plus vulnérables, ça serait entraîner des dégâts considérables sur les plus fragiles de la société. Je vois tous les mois un jeune qui souffre de schizophrénie favorisée par la prise de hachich. Je ne dis pas que cette drogue ne crée pas la schizophrénie, je dis qu'elle la révèle. On pourrait même imaginer une évaluation thérapeutique par la prise de toxique pour fragilité psychique, c'est là la question.

En revanche, sur vos statistiques, il y a une petite nuance peut-être marseillaise et je m'en excuse. La cocaïne est en très forte augmentation. Dans le quotidien marseillais, la cocaïne est une drogue dite sympathique, rendue sympathique par les leaders d'opinion qui disent « j'ai pris de la coke et regardez, j'ai gagné un tournoi de tennis, etc. ». Par conséquent à ce niveau-là les images identificatoires de surpuissance du héros comme vous le disiez une intervenante sont extrêmement toxiques car on s'identifie d'autant plus à un modèle fort qu'à un modèle fragile. Lorsque nous avons des idoles c'est que nous ne sommes nous-mêmes pas construits au niveau de notre narcissisme et de notre image de soi. Avoir des idoles, c'est un peu suspect.

J'ai été ravi de vous entendre. Alors, je suis finalement maintenant, je le sais, j'ai compris que je suis devenu un pédiatre qui a mal tourné, qui est devenu pédopsychiatre. Cette discipline dans laquelle j'ai circulé pendant 20 ans est une discipline formidable. Je vous remercie sur la notion d'observance. J'écoutais l'autre jour aussi à propos de la

chronothérapie, comme les médicaments qui seraient plus sensibles que la chimiothérapie selon les heures de la journée. Et c'est dans ce type de progrès médical dont on bénéficie et de l'observance des traitements que réside sans doute l'avenir des adolescents. Je vous remercie aussi pour votre universalisme, finalement les adolescents dans les villes d'Afrique sont comme les adolescents d'ici. Enfin et ce dont on doit être fier, c'est ce qui est incroyable à Marseille. Les Italiens que sont mes grands-parents qui ont représentés 63% des migrants à une époque. Rendez-vous compte, il y a un récit d'Albert LONDRES puisqu'il dit : « J'arrive à la gare, le chauffeur de taxi est Italien,..., le cuisinier est Italien. Mais quelle est cette ville qui n'est peuplée que d'Italiens ? » Après cet écrit sulfureux, il va décéder dans un naufrage au large du Vietnam. Après ces Italiens ont été remplacés par les Arabes dans les quartiers d'immigration et puis maintenant les Comoriens remplacent les Arabes. Et l'universalisme est incroyable tout en gardant son trait culturel, et nous devons nous adapter à certaines traditions. Dans l'interaction avec le bébé, la tradition comorienne veut que la maman soit à distance, et c'est une tradition transmise de mères à filles. Pourquoi ? A un moment donné, la mortalité infantile aux Comores était de 45% et donc ne pas faire une approche affective initiale et ne pas trop s'approcher c'est peut-être anticiper pour moins souffrir de la mort du bébé. Vous voyez on peut s'enrichir de certaines pratiques qui témoignent de la psychologie des peuples et qui fondent aussi une possibilité de réassurance au niveau de nos cultures.

Enfin, Monique, je retourne dans mon domaine de compétences, tu as dit des choses très intéressantes en disant que l'adolescent a du mal à venir spontanément. Je suis d'accord, sauf que dès qu'il est en consultation, tu as du mal à le faire partir. Surtout, tu as dit quelque chose qui renvoie quand tu vois un ado, tu mets en vingt lignes l'impression que tu as vécu de cette rencontre, non pas le diagnostic ou des



propositions thérapeutiques mais ton vécu. Tu relis avant de le revoir les impressions que tu as eues et sans doute tu peux lui parler de ce que la conversation a provoqué chez toi. Ce n'est non pas « je t'observe de manière verticale, je suis spécialiste et je te dis... » C'est une position plus phénoménologique plus pathos que je suis le maître de Marseille de la psychiatrie. C'est la conscience qui interroge la conscience. « Ce n'est pas un débat où je t'examine, je te fiche, je te

catalogue, je te stigmatise. Non c'est l'honneur que tu me fais de me donner les éléments de ta souffrance afin qu'en interprétant celles-ci je puisse donner sens à ce qu'apparemment n'a pas de sens pour toi » et je pense que c'est ce que tu as voulu exprimer de manière plus courte. Je voulais te remercier pour toute ton intervention et surtout pour toutes les interventions que j'ai entendues. Merci beaucoup.



© Hervé Vincent



# Appel à participation

→ **Nicole HANSEN** : Vous avez compris que la santé de la jeunesse est au cœur des programmes de Santé Sud. Nos programmes sont d'usage international. Notre objectif est le droit à la santé pour tous. J'ai le plaisir de vous présenter un petit film que nous venons de terminer qui illustre très bien ce combat de Santé Sud pour le droit à la santé pour tous.

## **LE FILM DE SANTE SUD : « Droit à la santé pour tous »**

(Pour le visionner : <http://vimeo.com/67709314>)

## → **Dr Paul BENOS**

Vous avez vu à travers ce film que pour notre association Santé Sud, ce droit à la santé est un message fort et qui appelle aussi à une solidarité de tous. Je voudrais appeler à mes côtés deux universitaires qui vont vous préciser les modalités de ce soutien. Guy FARNARIER, qui est donc neurologue, vice-président de Santé Sud et mon prédécesseur à la présidence et le professeur Ogobara DOUMBO, notre représentant au Mali de santé sud, chercheur prestigieux pour ceux qui connaissent les maladies infectieuses.

## → **Dr Guy FARNARIER**

### **Neurophysiologiste et membre du Haut comité de pilotage de Santé Sud**

**B**onjour tout le monde ! Je ne sais pas si notre statut d'universitaire a grand-chose à voir ici, si ce n'est peut-être le contact, que tout au long de notre carrière, nous avons pu avoir avec

les étudiants et la jeunesse. Je pense qu'Ogobara ne me contredira pas si je lui dis que nous avons espéré, au long de notre carrière au-delà du fait que c'était notre métier, une certaine transmission des connaissances, de la recherche, d'avoir

peut-être communiqué autre chose. Je pense à quelque chose comme la solidarité par exemple, alors que la solidarité est le maître

mot de ce qui nous anime à Santé Sud, vous avez vu quelques illustrations de ce qui fait agir cette solidarité dans les actions illustrées dans le film. Mais tout ça demande des moyens. Par ailleurs, vous êtes ici à cette Journée Provençale de la Santé Humanitaire, nombreux, très nombreux. Merci ! Bravo ! Et beaucoup de jeunes ! Voilà quelques années que Santé Sud organise cette Journée Provençale de la Santé Humanitaire, et l'organise gratuitement mais là aussi, il faut des moyens. Je lance là un certain appel à l'aide, alors vous avez dans les sacs que nous vous avons distribués des petits bulletins sur lesquels vous pouvez cocher que vous donnez un don à Santé Sud. Vous pouvez le faire si vous le souhaitez. Ensuite, vous avez des urnes facilement accessibles dans lesquelles vous pouvez glisser votre bulletin et vous aurez notre reconnaissance et surtout vous pourrez nous permettre de



© Hervé Vincent





continuer. Mais je voudrais au-delà de mon argumentation un peu comptable et

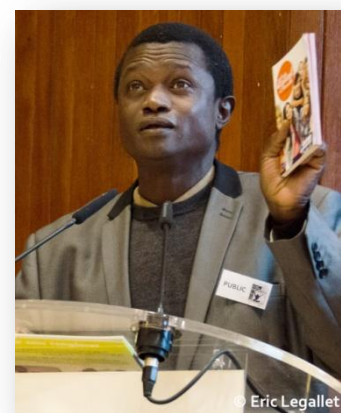
cavalière, laisser la parole à Ogobara qui vous dira certainement des choses plus élaborées.

## → Pr Ogobara DOUMBO

**Parasitologue, Directeur du Malaria research and training center, représentant du Haut Comité de pilotage de Santé Sud au Mali**

**B**onjour et merci à mes deux collègues, Guy, et au président, j'ai le petit livret d'étudiant, je suis étudiant actuellement. Je souhaitais dire que Santé Sud a lancé ce slogan « ce sont les professionnels de leur pays qui les soignent » nous allons donc parler du droit à la santé. Santé Sud nous a donné cette dignité professionnelle par son accompagnement dans l'exercice de nos fonctions dans nos pays pour que la population ait droit à la santé. Il est vrai que les gouvernements ainsi que les structures internationales peuvent le faire cependant ce sont les gens du peuple qui nous accompagnent et ceci de deux manières: la première manière comme l'a évoquée Guy : par le partage, l'amitié ça a beaucoup compté pour moi puisque j'ai rencontré deux marseillais à quelques kilomètres de Bamako, Guy et Dominique qui sont là, ils m'ont permis de m'exprimer au sein de la population, ils m'ont donné une dignité dans les gestes pour servir cette population. De plus, cette amitié a conduit à de la fidélité, ce qui est très important car on a l'impression de faire un « One Shot » quand on a des déclarations au niveau international, mais nous avons besoin de fidélité dans notre accompagnement sur le long-terme. Nous avons commencé à travailler au Mali, il y a plus de vingt ans. Aujourd'hui, 300 médecins

exercent avec dignité et s'expriment avec, sur la nécessité d'une présence, des acteurs présents sur le terrain avec nous. C'est pourquoi nous recevons des étudiants en médecine, en pharmacie, des étudiants sage-femme et en infirmerie qui viendraient travailler avec nous au Mali, qui sera un pays plus sûr dans quelques mois. Enfin, la seconde présence est celle par le don. Comme Guy l'a dit, il ne s'agit pas de donner du poisson à l'homme mais de lui apprendre à pêcher afin qu'il ait une dignité dans sa profession. Cette présence ici s'accompagne d'une contribution qui permet aux gens qui vont venir travailler d'être sur le terrain, de mettre en place le programme mais aussi de faire fonctionner les structures que ça soit Santé Sud ou les autres structures qui nous accompagnent. Je voulais parler de solidarité, de partage, d'amitié et surtout de cette conception paysanne de don de soi par la présence et d'accompagnement pour nous donner une dignité professionnelle. Merci.



# TABLE RONDE 2 :

## Santé sexuelle et reproductive

→ **Nicole HANSSEN** : Bonjour, j'ai le plaisir de vous présenter Sandrine LANA qui est la journaliste qui va animer cette deuxième table ronde qui concerne donc la santé sexuelle et reproductive. Donc Sandrine LANA *correspondante de la presse belge et journaliste freelance*. Merci beaucoup.

→ **Sandrine LANA**  
Journaliste indépendante

**B**onjour tout le monde, bienvenue, nous sommes réunis pour la deuxième table ronde. Nous allons évoquer la santé sexuelle et reproductive. Avant de laisser la parole à nos spécialistes et de regarder un petit film, j'aimerais d'abord faire une courte introduction sur le thème. J'aimerais que l'on s'arrête sur le terme de santé sexuelle et reproductive. Ce terme de santé sexuelle et reproductive n'a pas toujours existé. C'est un concept qui a été



officialisé en 1974, si je ne me trompe pas, à Genève, lors d'une conférence de spécialistes de professionnels de la santé, réunis par l'organisation mondiale de la santé. Ce concept va consister à légitimer l'idée selon laquelle la santé sexuelle contribue à une meilleure santé et au bien-être. Et ça c'est important, lorsque cette sexualité peut être vécue et pratiquée librement et sans contraintes. Je pense que c'était important de rappeler ce concept. La mise en œuvre de ces actions autour de la santé sexuelle et reproductive va être très importante, notamment pour atteindre l'objectif en 2015, un objectif du millénaire de réduction de la mortalité infantile et maternelle qui doit être réduit de 75%. Je vais laisser la parole à Kelly FABRE qui va nous présenter un petit film en introduction.

→ **Kelly FABRE**  
Etudiante en BTS économique et social à Marseille

**B**onjour à toutes et à tous, je m'appelle donc Kelly FABRE, je suis étudiante en BTS économique social et familial à Marseille et je suis partie avec l'association Afrique en vie, en essayant d'intervenir auprès de l'association SOS filles mères. En

effet, notre but était de pouvoir informer les filles mères sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, ainsi que sur les grossesses précoces avec les risques qui en découlent. Cela était plus compliqué que prévu une fois sur place car il



était difficile qu'elles acceptent de nous parler de leur intimité. Il a fallu dans un premier temps une mise en confiance et il a été assez dur de parler des grossesses qui ont fait d'elles des femmes bannies. Puis c'est en essayant d'aborder le thème de la sexualité en premier lieu que les questions sur les menstruations sont arrivées spontanément. Et en échangeant avec elles nous avons pu



constater qu'elles ignoraient à quoi servaient les règles, le fonctionnement de leur propre corps. Il y en a même qui croyaient que les menstruations étaient une maladie contagieuse. Ainsi nous avons pu les rassurer et leur donner des informations nécessaires à leur santé. Merci.

## **FILM INTRODUCTIF : Afrique en vie**

→ **Sandrine LANA** : Après ce film, nous allons rentrer dans le vif du débat. Nous aurions dû accueillir Mme OUATTARA qui venait de Côte d'Ivoire mais qui ne peut pas être là aujourd'hui pour des raisons personnelles. La première personne à intervenir dans cette table-ronde sur la santé sexuelle et reproductive c'est le Dr Hélène PORTE, qui est à votre gauche dans la salle, elle est médecin gynécologue et chef du Service protection maternelle et planification familiale au Conseil général des Bouches-du-Rhône et responsable des centres de planification et d'éducation familiale à Marseille notamment. Je vous laisse la parole.

## **• Accès des jeunes à la contraception et au dépistage des IST**

### → **Dr Hélène PORTE**

**Médecin gynécologue et chef du Service protection maternelle et planification familiale du Conseil général des Bouches-du-Rhône**

**B**onjour, quand Santé Sud m'a contacté j'ai vu avec le Dr... qui s'occupe des CIDAG (Centres d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit) et CIDDIST (Centres d'Information et de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) au Conseil Général. Elle n'a pas pu intervenir aujourd'hui car elle prépare beaucoup d'actions autour du 1er décembre (journée mondiale de la lutte contre le SIDA). Par contre s'il y a des questions précises sur

les CIDAG/CIDDIST il y a son adjointe présente dans la salle Mme ... qui pourra répondre aux questions. Au niveau du département, du Conseil Général, il y a les CIDAG/CIDDIST qui vont faire un travail d'écoute, de counseling, et également de dépistage et qui actuellement se sont orientés vers des dépistages rapides, des tests rapides, qui vont permettre d'avoir une orientation diagnostic dans les 10-15 minutes.







Je vais vous parler un peu plus des centres d'éducation et de planification familiale. Les centres de planification, c'est une mission du Conseil Général qui date depuis longtemps, puisqu'ils existent depuis les années 70. Leur rôle c'est de permettre un accès à la contraception aux personnes qui n'ont pas de couverture maladie et plus spécifiquement aux mineurs et non-assurés sociaux. C'est la mission officielle telle qu'elle est écrite dans les textes. Sur le département, c'est élargi à toutes les personnes qui ne peuvent pas avoir accès à la contraception, ne serait-ce qu'au niveau du prix. Les jeunes font partie de la population que l'on reçoit dans les centres de planification. Ce sont des structures qui sont pluri-professionnelles. Il y a des infirmières, des sages-femmes, conseillères conjugales et des médecins aussi. Outre la partie médicale, consultations, délivrance de médicaments, car on peut donner gratuitement un contraceptif, il y a toute la partie écoute, accompagnement, éducation à la sexualité et c'est un travail très important au niveau de ces centres. 2013 a été une année importante parce que deux éléments sont venus nous aider. Premièrement, un élément de droit commun, la loi de financement 2013 a permis que les mineurs d'au moins 15 ans puissent avoir une contraception gratuite et délivrée en pharmacie sur ordonnance. Ce qui a permis que des jeunes puissent voir un médecin, se faire prescrire une contraception et l'avoir gratuitement. L'autre élément qui est important en 2013, c'est la mise en place par le Conseil Général du "pass santé" qui s'adresse aux jeunes de moins de 25 ans. Ils vont pouvoir avoir un chéquier sous forme de coupons couvrant la contraception, les visites médicales et les examens biologiques, que ce soit contraception ou que ce soit les dépistages. Cela permet aussi aux garçons de

pouvoir acheter des préservatifs. Cela permet d'avoir plusieurs dispositifs.

Dans les centres de planification nous avons aussi une action « dépistage IST » mais dans le cadre de la contraception, contrairement aux CIDAG/CIDDIST qui sont spécialement dédiés aux dépistages. Là, c'est au travers de la contraception que l'on va parler de la sexualité et à ce moment-là de la possibilité de faire des dépistages. De la même manière, dans les CIDAG/CIDDIST, ils vont aussi parler de contraception.

Pour la loi de financement 2014, qui est en cours de vote, il est prévu que les mineurs de plus de 15 ans puissent bénéficier du tiers payant pour les consultations médicales. Ceci dans le but d'avoir plus facilement accès aux consultations. L'année dernière, ces mineurs avaient accès à des contraceptifs gratuits mais il restait le problème du prix des consultations et des examens biologiques.

Voilà en gros les dispositifs dont disposent les jeunes sur la région. C'est important qu'il y ait plusieurs dispositifs parce que quand on parle de jeunes, on ne sait pas exactement de qui on parle. Ce matin j'ai entendu parler des "adolescents", "mineurs", "moins de 25 ans", "moins de 30 ans"... On ne parle pas toujours des mêmes personnes. Cette notion de "jeunes", on peut s'interroger sur ce qu'on y met dedans. C'est vrai que les définitions sont variables. Je ne pense pas qu'un jeune de 15 ans et un jeune de 30 ans soient dans la même position, que ce soit au niveau autonomie ou maturité. L'autre élément très important pour moi, c'est que quand on parle de jeunes, parfois quand je parle avec des pédopsychiatres, on va me dire c'est des "vieux enfants" alors que moi dans ma pratique ce sont des "jeunes adultes". Je pense que le positionnement est différent selon que l'on pense parler à un jeune adulte ou à un vieil enfant.

C'est un questionnement par rapport aux jeunes, comment on se positionne. On parlait tout à l'heure de l'accompagnement pour la prévention des risques au niveau



éducatif et c'est vrai que dans les centres de planification on se positionne en pensant que l'on parle à des adultes. La contraception, les IST, les jeunes peuvent venir de manière anonyme, ils n'ont pas besoin de l'accord des parents pour faire un dépistage. On va discuter avec eux comme on discute avec des adultes, en voyant à quel niveau ils sont et voir avec eux comment on peut les aider à mettre en place la prévention des risques.

L'autre élément que je voulais aborder, j'ai eu un médecin, le Dr..., qui venait du Yémen et qui a fait un petit travail sur nos centres de planification. Il est intéressant de voir un petit peu ce qu'elle a pu en retenir. Elle voulait mettre en place un entretien motivationnel pour favoriser l'accès à la contraception. Au niveau de ce qui l'a étonné c'est que l'on reçoit beaucoup de jeunes qui viennent pour des tests de grossesse, donc il y a bien la notion de risque de grossesse, et pourtant même en discutant avec eux de manière bienveillante, en leur exposant les différents modes de contraception, ils ne sont intéressés par aucun d'entre eux. Elle était un peu désolée, en me disant que peut-être son entretien n'était pas de bonne qualité et je lui disais que le problème c'est d'être là au bon moment.

Pour les jeunes qui sont plutôt à se questionner sur leur fertilité, quand nous, on leur parle de contraception, on est peut-être en décalage et c'est peut-être pour ça que ce n'est pas encore le moment pour eux de choisir une contraception. L'autre élément qui était important pour elle c'est que dans sa pratique au Yémen, elle faisait une consultation de contraception et elle ne

rencontrait pas cette problématique. Mais en y réfléchissant elle m'a dit que finalement dans son pays on commence par la grossesse et on voit après pour la contraception. C'est vrai que dans des sociétés plus traditionnelles la sexualité est plus encadrée par la société et par la famille. On prouve d'abord à la société et à la famille sa fertilité et après on met en place une contraception. Pour revenir chez nos jeunes, souvent j'entends dire que les jeunes ont davantage recours à l'IVG. C'est vrai qu'il y a des IVG mais il y en a à tous les âges. Dans ma pratique je rencontre beaucoup de jeunes qui s'interrogent sur leur fertilité. Quand on regarde, en 1971, l'âge moyen de la première grossesse était de 21 ans alors qu'aujourd'hui on est plutôt dans les 28 ans. Au niveau de l'évolution de la société, les femmes se réalisent dans d'autres choses que la maternité, ce qui va nécessiter de mettre en place une contraception efficace sur 10 ou 15 ans avant de vouloir une grossesse. Des erreurs et des échecs peuvent arriver, mais en même temps c'est compréhensible.

Voilà pour moi les dispositifs qui existent pour permettre aux jeunes qui le souhaitent d'avoir accès à une contraception. Ce qui est important pour moi c'est d'essayer de les aider à devenir adultes en favorisant leur autonomie, et c'est là que les entretiens avec les personnes sont importants pour essayer de les amener à la prévention des risques. Pour moi il est très important d'avoir des dispositifs complémentaires et de ne pas avoir un seul dispositif "jeune". Comme je vous l'ai dit, les jeunes sont un groupe hétérogène et ce qui convient à l'un ne convient pas forcément à l'autre.

→ **Sandrine LANA :** Merci beaucoup. Après avoir parlé du cas français on va maintenant parler de Madagascar. Le Dr Niry RAMAROMANDRAY vient de Madagascar, où elle est *médecin généraliste* depuis 2011 et également *chargée de projets pour Santé Sud* après avoir exercé plusieurs années en milieu rural à Madagascar. Son propos va parler de la santé des jeunes, essentiellement la santé reproductive et l'accès aux soins.



## • Rôle du médecin généraliste communautaire dans le planning familial et la santé reproductive des jeunes à Madagascar

→ **Dr Niry RAMAROMANDRAY**

**Médecin généraliste et chargée de projet à Santé Sud Madagascar**

**B**onjour à tous. Pour vous situer un peu, Madagascar est une île dans l'Océan Indien. Une assez grande île quand même, puisqu'elle a une superficie nettement supérieure à celle de la France. À titre de comparaison, sa population est de l'ordre de 20 millions d'habitants, dont un quart est constitué de jeunes. L'âge médian des malgaches est de 18,4 ans. Sa particularité : 80% de la population est en zone rurale. Concernant l'accès aux soins en zone rurale, 60% des prestataires pour les soins de santé sont des paramédicaux, et seulement 30% sont des médecins. Donc pour une population vivant majoritairement en zone rurale, il n'y a que 30% des médecins qui veulent bien y travailler.



© Hervé Vincent

Le système de santé qui existe à Madagascar se base sur les communes. Pour vous faire une idée, la distance entre deux communes peut varier en moyenne de 50km.

Ce système de santé publique en faveur des jeunes, concentre les activités sur la santé reproductive des jeunes, uniquement sur les jeunes filles. A propos des jeunes, 50% des femmes ont déjà des enfants à 19 ans. La grossesse est dite voulue à l'âge de 19 ans. Cette fécondité à 19 ans est plus prononcée en zone rurale qu'en milieu urbain, plutôt en milieu déscolarisé qu'en

milieu scolarisé. Le modèle traditionnel malgache valorise les fécondités précoces qui sont gages de fertilité. Dans ce cadre, les mères célibataires sont plus ou moins bien vues. Plutôt bien vues dans différentes régions, en particulier à l'ouest de Madagascar, mais très mal vues sur les hauts plateaux (la capitale et ses alentours). Ceci est dû à l'impact de la christianisation qui est plus marqué sur les hauts plateaux. Cette fréquence de grossesses précoces varie avec le contexte social, économique et culturel. Parallèlement à cela, au niveau de l'instruction, il y a quand même un fort taux d'abandon du système scolaire à la fin du cycle primaire.

Concernant l'accès aux soins, comme c'est une étude de santé publique axée sur la santé reproductive, on a considéré davantage les filles. Il y a un quart des filles interrogées qui pensent avoir un accès facilité aux soins médicaux. Les obstacles qu'elles ont mentionnés le plus souvent sont le manque d'argent (50%), la crainte qu'il n'y ait pas de prestataires dans le centre où elles vont aller alors qu'elles auront fait beaucoup de kilomètres à pied pour s'y rendre, la distance, certaines n'y vont pas parce que c'est trop loin. Enfin, elles ont peur que les médicaments ne soient pas accessibles une fois qu'elles seront sur place. Ce sont les principaux obstacles que les filles ont relevés pour accéder aux soins.

La deuxième notion sur laquelle j'aimerais attirer votre attention, il s'agit de la médecine générale communautaire. Concrètement qu'est-ce que c'est ? Un médecin généraliste communautaire est un





médecin qui assume dans une même fonction, la fonction de médecin de famille, donc il voit la personne dans son intégralité, mais il assure également des soins de santé primaires et dans ce cadre il est plutôt proactif sur la démarche de promotion de la santé qui inclut toute sorte d'éducation et de mobilisation autour des sujets favorables à la santé.

Les médecins généralistes communautaires sont répartis sur 7 des 22 régions existantes à Madagascar, dont deux régions de l'Ouest. Ces médecins généralistes communautaires sont basés aux niveaux des hameaux. Contrairement aux médecins publics installés par l'état, ces médecins vont au-delà des communes où sont basés les systèmes de santé de base publics. Ils sont surtout en zones rurales non médicalisées où ils interviennent de manière complémentaire avec les systèmes de soins existants. Actuellement les médecins généralistes communautaires sont au nombre de 51. Ils ont une aire de responsabilité théorique de 15km autour du centre d'implantation, avec une population autour de 10 000 habitants. En gros, pour 51 médecins installés c'est à peu près 2% de la population malgache qui est cible des prestations de soins.

Les médecins généralistes communautaires ont pour particularité d'être en exercice libéral, ils ne sont ni salariés de l'Etat ni d'aucune autre structure. Ils sont appuyés à leur installation pour avoir le matériel adéquat dans l'objectif de fournir des prestations de soins médicaux de qualité en zone rurale. Ils sont résidents sur le site et ils peuvent détenir les médicaments qu'ils mettent sur leurs ordonnances. C'est le statut de pro-pharmaciens. Ceci permet d'avoir des soins médicalisés de proximité et à un coût abordable.

Qu'apportent-ils concrètement ? Étant médecins, ils apportent tout le paquet qui est lié à la prestation médicale dont le planning familial et la santé reproductive. Cela comprend entre autre de proposer des soins de planning familial avec les méthodes modernes mais aussi la prise en charge des

accouchements et des soins prénataux. Ils travaillent aussi sur le volet éducationnel avec la contribution des agents communautaires, sans lesquels les médecins ne pourraient travailler correctement sur ce sujet. Le plus gros apport des médecins généralistes communautaires est je pense, la levée de certains obstacles pour l'accès aux soins des jeunes. Ainsi le coût est abordable sur le plan financier, le médecin est sûr d'être sur le site puisqu'il y est résident, ils réduisent la distance puisque les hameaux sont à mi-chemin entre plusieurs communes, parfois à cheval sur trois ou quatre communes. Et puis surtout ils ont la possibilité d'offrir des médicaments qui sont demandés par la population jeune (par exemple des implants de planification familiale).

Qu'est ce qui a évolué ? La situation des jeunes pour la santé reproductive et pour la planification familiale était au départ un sujet qui n'était pas vraiment à jour. Actuellement, il y a une amélioration de cette situation dans la politique nationale de santé publique. Il y a une vulgarisation et une mise en avant des avantages d'une santé reproductive responsable. Les jeunes ont davantage accès à des informations même s'ils n'ont pas été informés au niveau scolaire. On constate également une évolution depuis l'installation de médecins généralistes communautaires. Du temps où je me suis installée, il y a plus de 6 ans, les bénéficiaires de la planification familiale étaient surtout des femmes d'un certain âge. Maintenant on constate un rajeunissement des bénéficiaires. Il y a de plus en plus de jeunes qui viennent pour parler de planification familiale et de santé reproductive avec les médecins. De plus, presque 50% des personnes accouchant dans un centre de santé tenu par un médecin généraliste communautaire, sont des jeunes. Il s'agit là d'un impact important, car d'habitude les jeunes filles suivent volontiers leur grossesse dans un centre de santé mais elles n'y accouchent pas. Malgré tous les objectifs des jeunes restent en premier l'espacement des grossesses, ensuite



seulement d'éviter les grossesses précoces et non désirées.

En conclusion, je dirais que la santé reproductive pour les adolescents et les jeunes c'est un droit à l'information, au respect de sa vie privée, au respect de sa dignité, à la confidentialité mais également un droit à la liberté de donner son

consentement en connaissance de cause tout en respectant ses valeurs culturelles et convictions religieuses. Bien évidemment, il y a matière à réfléchir parce que la plupart du temps les valeurs culturelles ne vont pas forcément de pair avec l'évolution que l'on attendrait pour la santé reproductive des jeunes. Je vous remercie.

→ **Sandrine LANA :** Pour poursuivre je vous présente madame Cécilie ALESSANDRI, psychologue et chargée des programmes de soutien psychosocial au sein de la Direction des relations et des opérations internationales de la Croix-Rouge française.

## • Enfants vivant avec le VIH au Congo

→ **Cécilie ALESSANDRI**

**Psychologue et chargée des programmes de soutien psychosocial au sein de la Direction des relations et des opérations internationales de la Croix-rouge française**

**B**onjour. Je suis allée au Congo Brazzaville il y a quelques mois. J'ai rencontré des jeunes qui vivaient avec le VIH. On intervient avec d'autres structures pour leur offrir, en plus de la prise en charge médicale, une prise en charge psychologique. Ce sont des jeunes que j'ai trouvé très intéressants et qui m'ont beaucoup touchée. Beaucoup ne sont pas au courant de la maladie qu'ils ont, ils doivent prendre des traitements sans savoir pourquoi et beaucoup sont sujets à des problèmes d'observance.

Je voulais vous parler plus spécifiquement des adolescents qui cumulent le fait d'être adolescent (avec tout ce que ça implique en termes de changements du corps, de projection dans l'avenir, d'angoisses relatives à l'acceptation des autres, etc.) et le fait d'être porteurs du VIH et qui de ce fait sont souvent sujets à l'angoisse de la mort, puisque cette maladie peut être contrôlée avec des traitements mais ne peut pas être guérie. Ces adolescents se questionnent énormément sur leurs projets de vie, sur les

relations amoureuses... Ils ont de grandes questions aussi sur tout ce qui va être procréation. En général, ils ont très envie d'avoir des enfants mais ne sont pas sûrs de pouvoir y arriver. Ils se posent des questions sur le rejet du partenaire éventuel. Comment annoncer à leur partenaire leur état ?

La transmission du VIH chez les enfants se fait essentiellement de façon verticale, c'est-à-dire que les enfants sont contaminés par leur mère, porteuse du virus. Au Congo Brazzaville, nous travaillons avec d'autres structures sur quatre villes. Nous travaillons avec à peu près 1 000 enfants âgés de 0 à 15 ans, dont 250, qui ont entre 11 à 15 ans. Parmi ces jeunes la grande problématique est que beaucoup d'entre eux ne sont pas informés du fait qu'ils sont porteurs du VIH.



Ils savent qu'ils doivent prendre des traitements plusieurs fois par jour à vie mais ils ne savent pas qu'il s'agit du VIH. En termes de chiffres : Sur les 250 jeunes âgés de 11 à 15 ans, 167 jeunes n'étaient pas informés. Cette difficulté de l'annonce est liée au fait qu'elle doit se faire avec le consentement des parents. Souvent les parents retardent au maximum cette annonce, à cause de nombreuses peurs. Ils ne veulent pas faire souffrir l'enfant ou ils se disent que l'enfant est trop jeune pour l'apprendre. Souvent les parents ont aussi peur que l'enfant divulgue le secret. Il y a un très lourd poids du secret car la transmission étant verticale, si l'enfant est séropositif cela veut dire que sa mère est également séropositive et donc la mère a souvent peur que l'enfant dévoile le secret de la famille. Il y a aussi la peur que l'enfant soit stigmatisé par les voisins, la peur que l'enfant ait une attitude de rejet vis-à-vis de la mère, etc. Beaucoup d'éléments font que les parents ont tendance à reporter au maximum cet âge de l'annonce.

On observe des problèmes liés au retard de l'annonce. Au Congo, la sexualité démarre tôt, à l'âge de 12 ans. Il est très important de s'assurer que le jeune est informé au moment où sa vie sexuelle démarre pour pouvoir s'assurer qu'il adopte les bonnes conduites. Cependant beaucoup de parents n'admettent pas que leur enfant puisse avoir une vie sexuelle si jeune, ici aussi le travail avec les parents est donc essentiel. De plus, la justice congolaise considère la transmission du virus à un partenaire sexuel comme un empoisonnement si le porteur était informé de son statut et le partenaire non informé. Dans le cas où l'enfant n'est pas informé mais que le parent l'est (concernant la séropositivité de l'enfant), la question peut être soulevée quant à la possible culpabilité du parent si le jeune contamine un autre jeune. Si ce point n'est pas clairement détaillé au niveau de la loi, il reste un élément que nous mettons en avant pour tenter de convaincre les parents d'informer assez tôt leur enfant.

La population est particulièrement vulnérable aux défauts d'observance. Les

jeunes sont les plus touchés par ce problème. Matin et soir, ils doivent prendre matin et soir des traitements très lourds mais ne sont pas toujours informés des modalités. S'ils sont pris en charge et suivis, comme c'est le cas des jeunes que j'ai rencontrés, les informations leur sont transmises. Le problème est qu'ils ne les appliquent pas toujours, soit parce qu'ils les comprennent mal, soit parce qu'ils n'en ont pas envie, soit par manque de soutien de la part de leur famille ou tuteurs. Quand le jeune prend son traitement, il n'a pas de symptômes, il ne se sent pas malade alors du coup il a un peu tendance à ne pas comprendre pourquoi on le force à prendre des traitements pour une maladie qu'il n'a pas l'impression d'avoir, d'autant plus que souvent il ignore de quoi il souffre. Les parents ont adopté plein de stratégies, allant de "Ce sont des vitamines" à "Tu as une maladie qui pourrait se réveiller si tu ne prends pas tes médicaments". Les parents essaient par des moyens divers et variés de faire en sorte que le jeune prenne son traitement de façon régulière mais ça ne fonctionne pas toujours.

Le jeune développe aussi beaucoup de défenses psychiques pour faire face à la situation : le déni, le refus d'admettre qu'il est malade, le fait de se dire que finalement s'il ne prend pas ses médicaments cela peut vouloir dire qu'il n'est pas malade, etc. Le seul lien que le jeune a avec sa maladie c'est le médicament, donc en supprimant le médicament, dans sa tête, il supprime aussi la maladie. Ensuite il y a tous les problèmes de communication entre les enfants et les parents. Les parents n'ont pas forcément l'implication la mieux adaptée, soit ils surinvestissent au niveau des enfants soit au contraire ils sont trop en retrait. Dans tous les cas, il en résulte des difficultés pour l'enfant qui risque de prendre de moins en moins son traitement.

Pour ce qui concerne les adolescents, il y a aussi le désir de liberté. L'adolescent peut arrêter de prendre son traitement parce qu'il en a marre. Ajouter à cela tout ce que l'on a dit ce matin sur le côté conduites à risques, jouer un petit peu avec la mort.





Quand les défauts d'observance entraînent des résistances: le problème de ne pas prendre les traitements c'est que cela crée des résistances. Une résistance au traitement signifie qu'il faut changer de ligne de traitement et au Congo il n'y a que deux lignes possibles. Pour des enfants qui sont infectés depuis leur naissance, si déjà au moment de l'adolescence ils doivent changer de ligne de traitement c'est assez problématique pour le reste de leur vie. Beaucoup d'activités sont mises en place pour essayer de renforcer cette observance et pour s'assurer que les jeunes suivent au mieux leur traitement. Par rapport à l'entrée dans la sexualité il y a une grande angoisse pour ces jeunes qui peut entraîner des conduites qui ne sont pas forcément adaptées. Ils ont peur de le dire à leur partenaire, peur de contaminer l'autre, ils ont tendance eux-mêmes à retarder les rapports sexuels en se disant que s'ils mettent un préservatif le partenaire va savoir immédiatement qu'il est porteur du virus et

que ce dernier va partir et le rejeter. Ce qui entraîne beaucoup de stress pour ces jeunes. Il y a énormément d'éléments qui font que le jeune va soit retarder le premier rapport sexuel soit avoir des conduites à risques et ne pas se protéger.

Il y a tout un travail d'accompagnement de ces jeunes à réaliser pour faire en sorte qu'ils s'approprient tout ce qui est en lien avec leur maladie, qu'ils avancent et qu'ils se construisent avec tout cela. Dans ce cadre-là, les groupes de parole entre jeunes, autour d'activités où ils s'entraident les uns les autres et s'échangent les bonnes pratiques, fonctionnent vraiment très bien. Les autres éléments efficaces sont l'accompagnement individuel et l'accompagnement des parents pour les inciter à informer dès que possible les jeunes de leur statut pour qu'ils puissent se construire avec et se projeter dans l'avenir, avoir des éléments de réponse avec les médecins pour tout ce qui est physique, désir d'enfant, etc.

→ **Sandrine LANA** : Et nous avons une quatrième intervenante qui arrive. Donc nous accueillons Florence PAZNIK qui est experte internationale en santé publique et présidente d'AIDéTouS, qui va nous parler de l'exploitation sexuelle des mineurs au Cambodge particulièrement.

## • Etudes sur les causes et conséquences du tourisme sexuel sur les conditions de vie des enfants au Cambodge

→ **Florence PAZNIK**  
Présidente fondatrice d'AIDéTouS depuis 1996

**M**erci à Santé Sud d'avoir permis à AIDéTouS d'être parmi vous aujourd'hui. Je vais donc vous présenter nos études, qui sont une conclusion sur une dizaine d'enquêtes qui ont été réalisées auprès des enfants impliqués dans le tourisme sexuel et la prostitution locale. Donc ce qui intéresse AIDéTouS, c'est de mesurer les impacts du tourisme sur la population: l'économie, le social, etc. Mais lorsque nous avons lu les

premiers résultats de nos enquêtes nous nous sommes aperçus que vraiment l'impact le plus terrible était celui qui concernait les enfants. Et en particulier donc pas ceux seulement qui sont dans les rues à servir de petit guide ou à rendre divers services, mais les enfants qui étaient impliqués dans la prostitution. Donc nous avons souhaité mesurer l'impact du tourisme sexuel sur les conditions de vie et les conditions de santé de ces enfants, avec un objectif plus global de



l'action, qui est bien sûr de mettre en évidence, la responsabilité des clients mais aussi des vendeurs, des trafiquants, ou des facilitateurs, on en reparlera, et aussi des autorités nationales et internationales dans la maltraitance et la propagation des IST, VIH, SIDA. J'irai directement aux conclusions, vous me pardonnerez de ne pas pouvoir vous présenter les enquêtes, nous allons directement parler de l'influence de la demande sexuelle des touristes sur ces enfants. La première chose que nous pouvons constater c'est la banalisation de l'exploitation sexuelle locale et internationale. Alors tout d'abord cette demande sexuelle des touristes vient se rajouter à une exploitation locale bien entendu. Il est rare que dans un pays on trouve des sites où les enfants sont directement livrés aux étrangers. Cependant, on va voir que l'étranger va peut-être faire augmenter le nombre de prostitués. Et quelle renforce la productivité exigée par le proxénète et les familles ou tutelle pendant la haute saison. On voit par exemple directement une différence du nombre d'actes sexuels rémunérés entre les zones tranquilles tout au long de l'année et les zones de haute saison : donc on peut aller d'un rapport de 3 à 10 par jour. On voit aussi du coup un accroissement de l'exposition aux risques dans ces conditions, on verra cela après. Le prix proposé aussi par les touristes engendre un nombre de plus en plus élevé de très jeunes filles et garçons dans l'exploitation sexuelle. En deux mots dans le cadre de l'exploitation locale on peut aller de 1 à 100 dollars par exemple, alors qu'un touriste peut proposer 200, 300 et même jusqu'à 5000 pour une virginité. Autant dire que pour les familles les plus pauvres et qui ont vécu de nombreuses violences cela peut être un attrait nouveau, attrait auquel ils n'avaient même pas pensé d'ailleurs. C'est-à-dire que là on voit que la demande des touristes engendre une offre qui n'existait pas. Alors ce que l'on va voir de plus terrible encore, on a décidé de nous y intéresser, et j'ai focalisé ma présentation aujourd'hui sur cela, puisque je vais parler du pire. C'est-à-dire, que les vierges sont rendues

extrêmement désirables aussi bien pour la clientèle locale que touristique. Avec des motifs, que vous comprenez tous ici, c'est-à-dire : des traditions et croyances en le maintien de la jeunesse des hommes, bon techniquement je ne me lancerai pas dans des explications très détaillées, ce n'est pas ma spécialité, mais on peut voir en Asie que de nombreux hommes relativement âgés, pensent qu'avoir une vierge peuvent leur permettre de rester en bonne santé, peuvent leur permettre de maintenir leur jeunesse, peuvent leur permettre aussi éventuellement, pour certains, de soigner les maladies dont le VIH, SIDA. Une piste à suivre. Ensuite, pourquoi les vierges sont extrêmement attirantes, évidemment c'est pour éviter d'attraper des maladies sexuellement transmissibles dont VIH, SIDA. Là cela concerne beaucoup plus les étrangers et notamment les touristes sexuels, justement. Donc, en fait, on va vers une recherche de virginité, en dehors de divers plaisirs associés, pour la crainte du VIH, SIDA, autrement dit, avoir des rapports sexuels avec des jeunes enfants, qui sont -comment dire- qui ont peu de chances d'avoir été soumis à des risques. Ainsi, cela signifie surtout que l'on va chercher des rapports sans préservatifs. Ensuite, la désirabilité des vierges peut aussi s'expliquer par les fantasmes de défloraison, le goût des plaisirs interdits et l'égoïsme. C'est-à-dire un adulte qui demande des services sexuels à un enfant sans aucun échange de plaisir, on se sert et l'enfant obéit. Je vais un peu plus loin dans les impacts les plus graves, de toute façon on va toujours plus loin malheureusement, une fois que les enfants sont dans la prostitution. Là je parle de milliers d'enfants auprès desquels nous avons réalisé nos enquêtes dans divers coins du pays, et dans divers autres pays d'ailleurs, mais bon c'est particulier au Cambodge. Une fois dans la



prostitution le jeune n'a quasi aucune chance d'en sortir. Et, pourquoi ? Séquestration, esclavage ou manipulation, menace des tutelles. Alors, comment on maintient les enfants ? Soit il s'agit de dettes, ça peut être des dettes de génération en génération, donc l'enfant est obligé de payer pour sa famille. Soit il s'agit de dettes de jeux, là c'est encore plus sordide. Sinon les enfants peuvent être soumis à diverses drogues pour endurer la douleur. Sans parler des violences auxquels ils sont soumis par propre tutelle, diverses et variées. Donc pourquoi ne peuvent pas sortir de la prostitution ? Un, parce qu'on les manipule, deux, parce que leur état de santé se dégrade évidemment très vite et dans ces conditions, ils n'en ont pas la force. Et enfin, l'exclusion sociale : très vite l'enfant perd tous ses réseaux, il peut même être rejeté par sa propre famille et finalement se retrouver sans protection.

Enfin, impact plus grave : l'exposition au risque, on l'a déjà dit, de contamination mais aussi, tous mes collègues qui sont ici en parlent, des grossesses non désirées, les toxicomanies associés à la vie de la nuit mais aussi aux obligations quand les enfants sont au travail dans des bordels. Les violences, les escroqueries, qui engendrent des séquelles physiques, psychologiques et sociales et écourtent leur espérance de vie. Malheureusement nous avons des enquêtes qui ne sont pas encore terminées actuellement, qui montre que l'enfant dans les conditions que je viens de vous décrire met à peu près moins de six mois à attraper le VIH. Et malheureusement dans de nombreux cas, on peut les voir décéder dans les deux ans qui suivent leur entrée dans la prostitution. Je vous donne juste un exemple d'une des dix enquêtes qui ont servi à ces conclusions, pour marquer les esprits. Il s'agit du premier rapport sexuel par nationalité des clients qui ont consommé ces enfants. Il s'agit d'une enquête qui a été réalisée grâce à un partenariat avec d'autres associations et j'en soulignerai l'importance derrière. Ici il s'agit de formation sans frontière, et de « donne 56 enfants prostitués » (?) dont ils s'occupaient au niveau de la santé et nous on est encore venu ajouter des notions de

prévention, notamment de la prostitution. Et évidemment, s'ils sont déjà dans la prostitution et bien la prévention des IST, du SIDA, grossesses, etc. Donc on voit que 55% des filles ont eu leur première relation avec un client de nationalité étrangère, donc là évidemment on est déjà sur un site touristique assez prédateur. Dont 79% de touristes mais 21% de résidents, je parle des étrangers. Et 43% des filles ont eu leur première relation sexuelle avec un touriste, directement. Je dois préciser malheureusement que ces rapports sexuels ont eu lieu dans 95% sans préservatifs et que les préservatifs ont été refusés alors que la fille offrait un préservatif au client dans 77% des cas. Donc là vraiment ça montre la volonté des clients d'avoir un rapport non protégé pour mieux en profiter selon leur terme. Et enfin, dans cet échantillon-là, seul 1 français sur 15 a mis le préservatif, 5 Chinois sur 88 et 1 client sans nationalité identifiée sur 8, n'ont pas pris ce préservatif. Donc j'aimerais reparler, pour juste ajouter une phrase à la fin de cette présentation sur le côté payant et risque. Là je veux finir sur le comportement violent des clients, donc c'est non seulement on achète une vierge et on la consomme sans préservatif, mais en plus ces enfants subissent à l'occasion de l'acte ou après l'acte : un viol, des violences, des barbaries, on a pu assister même à des tortures. Et je reparle des escroqueries, parce que l'enfant peut repartir de tout ça avec zéro centime dans sa poche, ce qui est encore plus ignoble. Voilà, donc nous espérons bien sûr que le Cambodge va progresser, comme tous les pays, tout doucement on y vient. Ce pays est sorti d'une histoire assez terrifiante, les gens ont été soumis à tellement de violences que petit à petit le pays se remet. Et le pays a signé la convention relative aux droits de l'enfant le 22 septembre 1992. Et nous espérons petit à petit avec la collaboration de tous les Cambodgiens et de nous tous réunis, faire mieux pour protéger les enfants et éviter ces situations à l'avenir. Donc ce que nous, nous avons bien sûr proposé, ce sont des recommandations mais quand on fait des recommandations il faut tenir compte de la





faisabilité. C'est toujours très complexe pour un pays de lui faire quelque part avouer que des enfants sont consommés dans son pays et en même temps il faut bien essayer d'avancer. Donc, on essaye de signer des accords avec les pays, qui prennent un an, deux ans, trois ans. Mais petit à petit on y arrive et les choses se mettent en place avec des actions qui sont de mieux en mieux ciblées et qui portent leur fruit. Même si malheureusement, les touristes prédateurs sont plus rapides que nous parce que les mafias et les médias ont plus de moyens que nous. Quand je dis « nous », c'est les gens de la santé publique. Ainsi nous avons opéré trois types d'activité complémentaires, que nous avons aimé développer mais que nous développons avec énormément de partenaires. Des activités de recherches : études et enquêtes sur l'évolution du tourisme et ses effets indésirables. Donc c'est ce qu'on vient faire ici, on s'informe les uns les autres et on essaye de voir en fait sur le terrain comment on collaborerait. Ensuite on met en place les activités de prévention : de la prostitution, des IST, du SIDA, des grossesses pour ces enfants. Mais intégré aux activités de santé ou de tourisme ou de développement. Et enfin, des activités de communication, information, sensibilisation, mobilisation et responsabilisation. C'est toujours très difficile de travailler sur un sujet tabou et travailler sur la sexualité des enfants encore pire et vous imaginez la sexualité des enfants prostitués. Donc c'est quand même un sujet difficile. Alors nous avons proposé évidemment entre autre des campagnes, qu'il est important de faire dans toutes les langues, et qu'on en parle autant qu'on peut bien entendu. Là ce sont des campagnes qui ont eu lieu dans tous les lieux touristiques du Cambodge et dans toutes les langues ou nous avons repéré le plus de clients. Evidemment par l'effet de masse à mon avis le nombre le plus important de touristes sont d'abord des Chinois puis des Japonais puis des Coréens, ce n'est pas les Occidentaux qui viennent en premier même s'ils n'ont pas comment dire, de meilleure conscience par rapport aux

enfants. Il est important en tout cas d'essayer aussi bien de sensibiliser les gens de la santé que les gens du tourisme évidemment, puisqu'ils ont un rôle les gens du tourisme dans la facilitation. Puisque pour tous les étrangers 99% des rapports se déroulent dans un hôtel. Or, comme les lois, dans les pays en tout cas où nous avons travaillé, sont les mêmes que par exemple en France, il est interdit d'amener un mineur dans sa chambre. Donc si cette loi était respectée on verrait le nombre de touristes sexuels diminuer. Si on veut relancer ce débat tout à fait d'actualité aujourd'hui, il est important en tout cas de s'y mettre tous ensemble.

Et une dernière chose, un peu triste mais nécessaire, à AIDÉTOUS, nous sommes militants en faveur des enfants mais, en tant que personne de santé publique, nous sommes obligés de nous préoccuper de la santé des touristes. Et malheureusement un touriste qui consomme une jeune vierge et qui pense devoir se permettre de ne pas mettre de préservatif, sans se préoccuper de s'il la mettra enceinte ou pas, n'a pas pensé que les enfants malheureusement n'étaient pas utilisés dans cet ordre. La virginité, on la garde en dernier et si les enfants ont subi d'autres relations sexuelles encore a priori sans préservatifs, ils peuvent être contaminés alors que le monsieur a effectivement acheté la virginité qu'il a pu constater. Sans parler des jeunes filles recousues etc. Ainsi il rentre chez lui et il peut contaminer ses partenaires : femmes, hommes, etc. Je dois ajouter qu'il faut absolument penser à sa santé mais aussi à la santé des enfants et de ses partenaires, c'est dans les deux sens. Donc il est important de responsabiliser les autorités et les gens du tourisme parce qu'ils sont fautifs de façon direct et indirect. Mais il est important de mobiliser les gens de la santé qui eux n'ont pas de responsabilité à ma connaissance mais par contre qui pourraient faire beaucoup plus pour les enfants de la prostitution, qui la plupart du temps ne savent même pas où s'adresser pour aller raconter leurs malheurs et se faire prendre en charge. Merci pour votre écoute.



## La parole est à vous !

→ **Public** : Je vais vous dire ma question, je ne sais pas du tout à qui l'adresser. Je m'appelle Ramad, je viens de Casablanca du Maroc, et nous nous occupons de mère célibataires et l'appellation « fille mère » me dérange, comme consommer un enfant me dérange. C'est peut être mes compétences en langue française et je m'en excuse, mais je préférerais abusées, exploitées, fille mère célibataire mineur, de manière à ce que l'on sache de quoi nous parlons. Je suis navré de faire cette observation mais elle vient spontanément. Concernant les mères célibataires mineures au Mali par exemple je crois savoir que ce sont à l'origine des petites filles, des filles mineures, envoyées pour se constituer une dote et qui sont abusées et transformées en mères célibataires mineures, qui ne peuvent plus ni retourner dans leurs villages ni vivre là où elles sont. Exploitées, abusées elles sont jetées dans la rue. Et j'aurais souhaité, c'est une, comment dire, proposition d'amélioration que le contexte soit indiqué de manière à mieux comprendre que la préoccupation n'est pas dans le curatif elle est dans le structurel, c'est quelque chose qui est socialement incrusté dans le comportement dans la pensée. Je veux également signaler qu'au Maroc nous avons les mêmes problèmes qu'en Thaïlande et ailleurs, avec une population riche qui nous vient du Golfe et qui fait exactement les mêmes abus et a les mêmes comportements abominables. Merci.

→ **Public** : Merci. Bonjour, je suis le docteur COSROCHE, je travaille régulièrement à Madagascar, j'ai deux questions rapides et plutôt techniques : comment expliquer le paradoxe malgache d'un taux très bas de SIDA, moins de 0.5% puisque je suis aussi interpellé par l'utilisation massive de contraception par le dépoprodazone chez de très jeunes filles et qui est quasi systématique, il n'y a presque pas d'autres moyens de contraception que j'ai pu voir dans les différents villages où j'ai été amené à travailler.

→ **Dr Niry RAMAROMANDRAY** : Merci pour votre question. Ce taux assez bas de sida comme vous dites, pourrait s'expliquer entre autre par le fait que l'entrée en union d'une jeune fille malgache se fait selon le mode traditionnel. C'est-à-dire, qu'elle n'entre pas en union, la majorité, n'entre pas en union sans avoir le consentement de toute sa famille. C'est-à-dire la jeune fille ne sort pas du cadre familial sans avoir été demandé par un garçon. Ce n'est pas forcément le mariage civique qui compte, surtout en zone rurale, mais c'est ce mode d'union qui peut être plus largement accepté et c'est le premier pas vers peut-être une union civile par la suite. Ce qui fait que ces jeunes filles là, malgré le fait qu'elles entrent dans une vie reproductive assez rapidement elles ont un compagnon qui est quand même le même. Cela ne prend pas en compte le comportement sexuel du garçon, mais par rapport à la fille c'est vraiment une monogamie. Alors, je parle de cela plutôt sur les régions des Hauts plateaux ce qui n'est peut être pas le cas dans les régions plus côtières où les mœurs sont faites de telle sorte que la polygamie est autorisée, mais quand on parle de polygamie c'est vraiment des personnes identifiées comme les femmes d'un seul homme et l'homme ne va pas chercher ailleurs mais parmi ces femmes. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question. »

→ **Public** : Vous parlez de tourisme sexuel sur les petites filles, ce qui me dérange c'est que malheureusement dans le monde il n'y a pas que les petites filles qui sont touchées et savoir ce qui est mis en place également pour les petits garçons ?



→ **Florence PAZNIK :** Merci pour cette question, oui cela est le résultat de certaines études qui ont été conduites dans certaines zones. Il n'y a pas que des petites filles, mais moi j'ai dit que je choisisais le pire aujourd'hui et c'est-à-dire de parler de la virginité des jeunes filles recherchées. Effectivement il y a des petits garçons et il y a de plus en plus de petits garçons qui rentrent effectivement dans le tourisme sexuel. Donc quand il y a des programmes de prévention c'est aussi bien pour les petites filles que pour les petits garçons. Cela s'adresse aussi aux mêmes tutelles qui mettent soient les petites filles soit les petits garçons dans la prostitution. Cela s'adresse aussi aux enfants des rues puisqu'on a énormément d'orphelins et énormément d'enfants des rues dans nos échantillons. »

→ **Public :** Bernard, bonjour, médecin du monde. Je m'étonne qu'aucune d'entre vous n'ait parlé du préservatif féminin, qui m'apparaît comme particulièrement important, dans bien des pays où la virilité masculine se mesure à l'abondance de sa descendance d'une part. Où les hommes sont souvent plus volages que les femmes, où la notion de risque est moins bien perçue quand même. Tout ceci pour dire, que c'est peut être aux femmes qu'il appartient de trouver essentiellement la solution. Je ne veux pas dire que les hommes sont irresponsables mais le préservatif féminin permet de répondre certainement à un certain nombre de ces exigences. J'aurais aimé avoir votre avis.

→ **Dr Niry RAMAROMANDRAY :** Je vais quand même essayer de placer un petit mot par rapport à Madagascar. Le fait est que l'utilisation du préservatif féminin est vraiment, si l'on peut dire cela, parmi les dernières méthodes que les femmes malgaches adoptent en fait. Parce que cela suppose une programmation de l'acte en soi, la mise en place du préservatif féminin. Mais également ce n'est pas une des méthodes contraceptives qui soit le plus accessible même pour les personnels médicaux, pour l'approvisionnement en fait. Concrètement les méthodes utilisées sont des méthodes avec des principes actifs donc soit méthode avec la pilule, contraceptifs oraux, contraceptifs injectables, les implants ou les dispositifs intra-utérins et les préservatifs mais l'approvisionnement en ce type de méthode de contraception est assez limité.

→ **Public :** Je réagis à la communication de Dr Hélène PORTE, (médecin gynécologue et chef du service protection maternelle et planification familiale du Conseil général des Bouches du Rhône) pour amener quand même à la connaissance de l'assemblée par rapport à ce que font les médias qui stigmatisent beaucoup autour de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) des adolescentes dont le chiffre augmente. Pour leur rappeler quand même que le nombre de grossesses diminue chez les adolescentes donc lorsqu'on leur met au premier plan l'IVG comme marqueur de la non couverture contraceptive c'est un mauvais outil qui est un petit peu manipulé et pourquoi ? Parce qu'il y a vingt ans, sur dix adolescentes enceintes, cinq faisaient l'IVG, aujourd'hui huit sur dix ont une Interruption Volontaire de Grossesse, ce qui fait bien sûr gonfler le nombre d'IVG mais qui ne tient pas compte de l'absence de grossesses. La deuxième remarque que je voulais faire en termes de planification pour nos amis du Sud c'est que les conséquences de la non planification sont particulièrement dramatiques et pour m'occuper des projets de santé maternelle je vous rappelle quand même que l'Interruption Volontaire de Grossesse clandestine reste par le biais d'infections et d'hémorragies la deuxième cause de mort de la mère.





→ **Public** : Je voulais compléter par rapport à la question qui venait d'être posée. Je voulais ajouter que dans la société africaine il est toujours difficile que la femme puisse prendre des initiatives en ce qui concerne la sexualité. Ce qui fait que rarement les femmes proposent des préservatifs féminins à leur partenaire, et même à la femme elle-même quand vous proposez les préservatifs masculins et les préservatifs féminins. Donc c'est aussi la société qui fait que l'on n'utilise pas souvent ces préservatifs féminins dans les pays africains.

→ **Public** : Bonjour, je suis Mme BOYER, je suis infirmière, je voulais juste dire à ces messieurs en tant que femme que l'utilisation du préservatif féminin reste quand même très délicate, que c'est assez compliqué. (Applaudissements). Ce n'est déjà pas facile dans un couple installé alors j'imagine au cours d'une relation non désirée ou payante, je crois messieurs que là vous êtes à côté de la plaque. Voilà.

→ **Public** : Bonjour, je suis Sénégalaise, et je voulais réagir sur deux choses, d'abord sur l'information et la prise en charge des enfants au Congo concernant le VIH. J'avais une question en fait par rapport au fait que l'on n'apprenne pas aux enfants leur statut sérologique est-ce que vous pouvez définir leur âge ou bien est-ce à tous les âges que l'on peut les informer, est ce que vous avez-vous un moyen de briser ce silence ? Un processus éducationnel ? Car pour moi, je ne pense pas que ce soit une bonne chose de ne pas informer les enfants, même s'ils risquent d'être stigmatisés par la suite. Moi je pense que même si l'obstacle est caché il est là, même s'ils sont stigmatisés, n'est-ce pas mieux pour eux, pour leur redonner un souffle, d'enlever ce tabou dans la tête des enfants et de leur expliquer pourquoi ils doivent prendre ces médicaments du matin au soir à vie sans savoir ni comprendre pourquoi ils doivent les prendre. Ils savent juste qu'ils doivent les prendre sans en connaître la raison. Je trouve cela beaucoup plus contraignant.

→ **Cécile ALESSANDRI** : Merci pour votre intervention, cela rejoint un petit peu ce que je disais quand je disais au départ que j'avais été particulièrement touchée par ces jeunes j'ai été aussi très touchée par les parents parce que l'on a des activités avec les parents de ces enfants que l'on essaye vraiment d'impliquer et de sensibiliser sur l'importance d'annoncer le plus tôt possible l'état sérologique de l'enfant, il y a tout un processus qu'il faut commencer vraiment tôt. Et on essaye d'accompagner ces parents. J'avais assisté à des groupes de paroles entre les parents, ce que l'on appelle les écoles des parents, où les parents entre eux essaient de se donner des conseils, de se rassurer quant au fait d'annoncer à l'enfant son statut sérologique. Il y a certains parents qui le font, qui acceptent d'annoncer quand l'enfant à dix onze ans. Il y en a d'autres qui ont vraiment une très forte angoisse, comme je disais, que l'enfant soit rejeté qu'il le prenne mal. Il y a beaucoup de parents qui ont très peur que l'enfant les rejette, c'est-à-dire que l'enfant les accuse de lui avoir donné la maladie, etc. Donc on travaille vraiment beaucoup avec ces parents pour faire en sorte que le processus de l'annonce soit déclenché le plus tôt possible. On ne peut pas annoncer à l'enfant sans le consentement du parent, cela ce n'est juste pas possible. Par contre on essaye d'accompagner le parent à travers des entretiens, juste avec le parent, à travers des groupes de paroles, à travers différentes activités. Dans le cas des groupes de paroles on va vraiment valoriser les bonnes pratiques de certains parents qui ont réussi, qui vont être eux même porteurs des bons messages. Et en termes de chiffres que j'avais notés mais que je n'ai plus, en gros en Côte d'Ivoire, il y avait une vingtaine de pourcent d'enfants qui étaient informés à 11 ans, un peu plus de 50% à 13 ans et 85% à 15 ans. Et normalement à 18 ans, ils sont sensés tous l'être.



Mais là se pose la question du déni de certains enfants qui sont informés mais qui n'acceptent pas l'information.

→ **Sandrine LANA** : Merci, on n'a plus le temps pour des questions donc on va conclure avec notre grand témoin qui est juste à côté de nous : Yannick JAFFRE qui est directeur de recherche au CNRS et je vais le laisser conclure car nous manquons de temps. Allez-y.



© Hervé Vincent





# Le mot du Grand témoin

→ **Yannick JAFFRE**

Anthropologue et directeur de recherche au CNRS

**M**erci alors je crois qu'il me reste une dizaine de minutes. On est un petit peu en retard donc je vais essayer de le faire en essayant d'aller très vite. Alors ma fonction c'est d'être anthropologue, d'être le compagnon de route de Santé Sud et donc anthropologue d'une certaine façon ce n'est pas être beaucoup plus que d'être un peigne. Et donc il y a beaucoup de choses qui se sont dites dans toutes ces interventions, même ce matin. Mais ce que je vais vous proposer c'est avec quelques réflexions, mes notes sont un peu en pagaille, mais je vais essayer simplement de vous proposer de vous montrer quel est le thème anthropologique à l'intérieur de ce foisonnement capillaire de réflexions. Alors la première chose que je voudrais souligner c'est qu'il y a eu beaucoup de mots qui ont été utilisés : jeune, reproduction, droit, religion, VIH, culture, professionnel de santé, tabou, etc. Pour un anthropologue c'est assez compliqué de se retrouver dans tous ces mots parce qu'on ne sait pas trop ce qu'ils désignent. Alors je vais essayer de les reprendre, pas tous, quelques-uns, pour essayer de voir comment le mot peut être rattaché à un groupe.

Le premier grand groupe c'est : adolescent, jeune, jeune adulte, etc. Qu'est-ce que l'on désigne par ces termes ? Alors bien évidemment on désigne à la fois une réalité qui est une réalité biologique, une réalité corporelle, il y a des gens qui grandissent, ils ont du poil au menton, etc. Mais ce sont aussi des formes spécifiques de manière de vivre. Ce sont aussi des moments spécifiques dans des histoires, les grandes histoires, qui sont les histoires des sociétés qui sont très particulières. Alors je vais vous prendre comme cela quelques dates, donc je les ai notées de mémoire donc je ne suis pas

tout à fait sûr mais enfin globalement à quelques années près cela colle. 1802 c'est le premier hôpital pour enfant à Paris. 1870 à peu près c'est le premier papier peint inventé pour les chambres d'enfants. Je crois que 1873 c'est les premiers livres pour enfants de la bibliothèque Hertz. Et puis jusqu'en 1930, ce sont des bagues pour les enfants puisque les enfants été jugés comme des adultes et donc ils étaient coupables des conduites délictueuses qu'ils auraient pu commettre. Et puis qu'est-ce que l'on voit apparaître ? Alors on voit apparaître disons l'adolescent qui n'a pas toujours existé. L'adolescent commence à exister dans les années 1950, avant, globalement, il n'y avait pas d'adolescent, il y avait de jeunes adultes, il y avait des apprentis, il y avait des gens socialisés dans des familles et puis cela arrive, on le voit bien avec Jean Paul Sartre *l'âge de raison* qui commence à introduire ce terme, Simone de Beauvoir qui commence à se poser des problèmes, à demander à ses parents de ne pas entrer dans sa chambre, à vouloir faire autre chose que ses parents. Cette volonté d'une rupture générationnelle, cette volonté d'une certaine autonomie et ce choix de codes spécifiques cela apparaît dans les années 50. Alors simplement, comment ça se construit l'adolescence ? L'adolescence, cette nouvelle périodisation de l'âge, très spécifique à nos sociétés, c'est quelque chose comme une discordance entre une maturité physique et une maturité sociale. En gros, on





a les moyens de le faire, mais pas le droit de le faire. Alors ce type générationnel, c'est-à-dire cette nouvelle période de l'âge, elle se construit de façon extrêmement variable. Si je prends par exemple dans nos univers contemporains de familles bourgeoises un peu nanties et bien ce que l'on voit bien c'est que par exemple à la fois l'enfant est un problème, l'adolescence, elle, est complexe et interminable et la vieillesse, elle, est toujours l'ennemi. Donc vous voyez cela pose des problèmes pour se construire quand on est dans cette forme de politique des âges. Alors cela donne aussi par exemple pour les enfants lorsqu'ils sont petits on leur demande, je prends des exemples très simples, de choisir leur orientation scolaire dès la seconde. C'est-à-dire qu'on leur demande de ne pas exister au présent mais de projeter le présent dans un avenir qui en plus est un avenir extrêmement sombre puisqu'on leur dit, tu dois faire cela, non pas pour te réaliser mais pour éviter les échecs. Alors vous voyez ça c'est un peu la construction sociale ce que l'on appelle avec beaucoup de guillemet, l'adolescence. Il y a d'autres lieux par exemple où il n'y a pas d'adolescents il y a encore des endroits par exemple en Afrique dans certaines campagnes où il n'y a pas d'adolescents, on est soit adulte, soit tout petit. Et puis il y a une vague d'initiation pour s'endurcir car tout cela c'est des vagues un peu résiduelles et qui n'ont jamais été si fortes qu'on veut bien le dire dans les livres de voyageurs. Mais bien évidemment il peut y avoir des moments d'initiation et on passe d'un état social à un autre. Il y a des endroits, par exemple, quand il y a des enfants dans la rue, ces enfants dans la rue ce ne sont pas des adolescents. Les apprentis ce ne sont pas des adolescents. Au Moyen Orient quand il y a des mariages précoces, ce ne sont pas des adolescents. En Amérique latine les enfants dans les *bandas*, ce ne sont pas des adolescents pas plus que les travailleurs du sexe dont il a été question. Ceux sont des personnes qui appartiennent à une classe d'âge spécifique avec des formes de rapport intergénérationnel très particulier et en même temps des socles qui sont des socles

économiques et des socles politiques qui sont extrêmement variables. Alors cela veut dire ça, que bien évidemment il n'y a jamais de clinique de l'adolescence, il y a la clinique d'une périodisation de l'âge spécifique avec pour ceux qui ont la nécessité de s'adresser à des spécialistes quelqu'un qui va leur permettre de dénouer les fils qui correspondent à cette situation particulière. Je crois que c'est peut être la première chose que dirait un anthropologue moyen comme moi.

La deuxième chose c'est la question autour de la reproduction, contraception, sexualité, fertilité. Qu'est-ce que c'est que cette histoire de la contraception ? On le voit très simplement, la contraception est un objet politique et un objet socio-affectif qui a différents effets. La première chose c'est que la contraception bien évidemment vient disjoindre la sexualité de la fécondité. Donc, cela veut dire qu'à ce moment-là on ne peut plus alléguer de la nécessité de la fécondité pour avoir des relations sexuelles. Et on peut demander des relations sexuelles, ou exiger, souhaiter des relations sexuelles simplement pour le simple plaisir et vous voyez que c'est quelque chose qui est extrêmement important puisque par exemple le mariage était encore pratiquement jusqu'à la fin du XIXème siècle et presque le début du XXème dans bien des cas plus une relation d'alliance qu'une relation d'amour. Et vous voyez comment ces sentiments apparaissent là aussi et sont liés et transformés par la possibilité de la contraception. Deuxième point, concernant la contraception, c'est qu'elle transforme énormément le contrôle social sur le corps de la femme, soit le contrôle social exercé par des parents ou exercé par d'autres femmes et là il ne faut pas être naïf, et je vous ramène à toute cette formation des femmes disons à leur propre soumission par d'autres femmes. Soit simplement parce que le mari va avoir des problèmes pour surveiller comme il le fait très souvent, espérer surveiller la fidélité de la femme simplement par sa fécondité. En gros si tu n'as pas de moyen de contraception tu n'iras pas chercher ailleurs car tu auras peur de faire un enfant hors



mariage. Et troisième point, qui me paraît extrêmement important, c'est que cette contraception va permettre à la femme de se dire désirante et non pas uniquement assujettie disons au désir de l'homme. C'est-à-dire qu'elle a le droit de construire sa propre autonomie et sa propre volonté. Ça n'a l'air de rien mais c'est quelque chose d'extrêmement important et je vous renvoie là-dessus à tout un univers romanesque mais aussi à toutes les transformations que l'on peut voir grâce à des scripts affectifs qui circulent maintenant à l'intérieur du monde et où l'on voit des jeunes femmes qui décident de leur vie, qui osent l'autonomie et qui décident de leurs choix. Et ça je pense que c'est une transformation des plus importantes dans le monde actuellement et qui est liée à cette transformation politique que permet la contraception. Alors, comme j'essaye d'aller vite et de respecter mon temps de parole il me semble que si on s'accorde à peu près sur ces petits points, on peut avoir quatre pistes, c'est ce que j'imaginai, qui sont à la fois des formes critiques mais aussi des pistes à partir de ce que j'ai entendu à cette table ronde qui était extrêmement riche.

La première chose c'est que l'on voit bien qu'il y a du côté des femmes un énorme manque de connaissance. Je pourrais donner bien d'autres exemples comme ces femmes qui pensent que juste à la fin des règles l'utérus est ouvert, non pardon est fermé, et que donc à ce moment-là, non c'est l'inverse il est ouvert et donc à ce moment-là on ne peut pas avoir des relations sexuelles et puis que petit à petit au cours du cycle l'utérus se referme et qu'à partir du dixième jour on peut avoir des relations sexuelles sans risque de fécondité. Vous voyez qu'à ce moment-là on a une sorte de physiologie naïve, de physiologie imaginaire et qu'il y a un énorme manque en termes de formation, de transmission de connaissance. Cela nous renvoie à beaucoup de choses, d'abord au fait que malgré tous les programmes concernant le VIH on enseigne de façon extrêmement segmentaire quelques notions : comment mettre un préservatif, comment l'enfiler sur une espèce de banane ou

quelque chose de similaire. C'est-à-dire que l'on décompose la sexualité en quelques gestes primaires au lieu de permettre aux femmes d'appréhender leur corps avec des connaissances qui soient réelles. Et je crois que l'on a évoqué un petit peu l'histoire mais il y a une responsabilité, c'est OBOUBARA qui disait cela, il y a la responsabilité des programmes de se situer dans l'histoire et de penser que, imaginer des programmes de formation longue sur la transmission des connaissances à des femmes et des connaissances qui seraient extrêmement larges et intelligemment présentées, est quelque chose d'indispensable. Et non pas que chaque programme segmenté pense un petit peu les connaissances nécessaires disons à sa porte thématique.

Le deuxième point c'est de travailler sur des agencements, on retient que si on part de cette idée qu'il y a de l'adolescence, on le voit bien tout le monde se casse les dents là-dessus. Alors ce qu'il faut c'est essayer de travailler sur des agencements qui construisent de l'âge. Alors quels sont ces agencements ? Ils sont extrêmement différents. Bien évidemment et on le voit bien, il y a le travail par exemple auprès des petites bonnes qui ont été citées auprès des étudiantes qui ont des connaissances mais pas forcément de liberté. Il y a ces jeunes filles qui sont obligées de se prostituer pour avoir un petit peu d'argent et éventuellement avec la pression de la famille. Et donc je pense que là ce qu'il manque énormément c'est un travail extrêmement précis sur les contraintes et les agencements qui construisent des âges spécifiques et non pas disons amalgamer derrière une période de l'âge un peu globalement désignée.

La deuxième chose, ce sont les dissymétries de genre, il y a très clairement quelque chose qui n'est pas uniquement de l'ordre des connaissances transmises mais de l'ordre des pouvoirs qui s'exercent sur le corps de la femme. Le premier pouvoir de l'homme, c'est bien évidemment le pouvoir de ne pas se préoccuper de ce qu'il fait : ce n'est pas lui qui tombe enceinte. On voit bien que là-dessus par exemple la contraception



n'a pas beaucoup changé puisque l'homme laisse à la femme l'obligation de se préoccuper de la contraception il ne s'en mêle pas. Il y a bien évidemment d'autres formes de pouvoirs, il y a ces pouvoirs des hommes par exemple de dire à la femme, j'aimerais bien que tu réduises ta fécondité mais je veux continuer à la surveiller pour pouvoir continuer à te surveiller. Et donc on voit bien qu'il y a là tout un enchaînement et je pense qu'une réflexion sur les pouvoirs qui circulent à l'intérieur des sociétés et aussi sur les pouvoirs qui circulent à l'intérieur des couples est quelque chose de tout à fait important. Et on voit qu'il y a des programmes qui se mettent en place comme par exemple l'école des maris ou ce genre de choses qui essayent de transformer ces rapports de force qui sont de toute façon dans le monde entier des rapports asymétriques.

Le troisième point c'est celui des empilements normatifs. Alors ils ont été écrits souvent sous des termes que n'utilisent pas les anthropologues comme par exemple de tradition ou de tabou parce que l'on ne sait pas vraiment ce que cela peut désigner. Mais ce que l'on voit bien c'est que il y a continuellement des empilements normatifs, c'est par exemple les empilements autour des normes comportementales des femmes. Par exemple des normes de type religieux, il y a soit l'abstinence pré-nuptiale ou alors avoir des enfants mais les avoir à l'intérieur du couple. Des normes qui sont sociales, la valorisation forte de la fécondité et une femme n'acquérant un statut social que lorsqu'elle a fait preuve de sa fécondité soit avant le mariage soit après le mariage. Et puis il y a aussi toutes ces normes ethniques qui sont les normes qui sont les nouveaux vocabulaires de la drague, « t'as pas un 06, etc. », que l'on retrouve dans toutes les capitales africaines. L'usage des réseaux internet, la drague en 10 minutes, on a essayé à Bamako et ça marche. On a essayé tout ce genre de chose et vous voyez bien que là il y a d'autres normes. Alors il est extrêmement important de voir que ces normes elles ne constituent pas un accord de la société mais elles constituent des

désaccords spécifiques aux sociétés. Et ces désaccords ils sont marqués à la fois de façon globale mais presque aussi, comment dire, de façon territoriale. Quand vous êtes à Niamey vous savez très bien que vous pouvez mettre une minijupe si vous êtes dans certains quartiers par exemple le soir. Et si vous traversez le petit marché vous allez prendre des coups de bâtons. Et donc il y a des systèmes normatifs territorialisés que l'on va pouvoir retrouver dans la ville et que l'on va à certain moment pouvoir reproduire. On va avoir par exemple des gens qui sont de grands musulmans, qui vont aller draguer le soir dans les boîtes de nuit et dire à la fille avec qui ils sont en boîte de nuit : « mais si je t'épouse à ce moment-là tu restes à la maison ». Et vous voyez tous ces agencements normatifs construisent à la fois des territoires différents de la sexualité, mais aussi des agencements extrêmement complexes que les acteurs peuvent régler.

Le dernier point que je voudrais aborder, parce qu'il a été abordé notamment par Jean Claude BENOIT à la fin c'est celui de la santé. Clairement les avortements cela représente à peu près un nombre aux alentours de 1 700 000 hospitalisations à l'intérieur des structures de santé par an pour le monde. Et je pense que ce qui est tout à fait important c'est d'abord de constater quand on ouvre le regard c'est qu'il y a des moyens de contraception qui circulent, à tort et à raison et qui sont aussi des produits populaires. Alors ces produits populaires c'est à la fois tous les systèmes de croyances là encore extrêmement localisés que l'on peut voir. Mais ce sont aussi les contraceptifs qui circulent par exemple par les vendeuses de produits de beauté qui planquent ça dans leur cuvette et qui se promènent et qui les distribuent. Certains sont efficaces, certains sont simplement du sucre comme beaucoup de produits vendus illicitement. Mais c'est aussi la question disons des personnels de santé. Ces personnels de santé ils ne se résument pas à leur existence de professionnel de santé. Ils sont clivés aussi par les normes comportementales, on le voit dans nos pays, quelqu'un qui par exemple à une croyance





très catholique va à certains moments refuser de faire des avortements, d'autres vont les faire. Et vous voyez bien que cette question touchant à la contraception et à la l'enfantement sont des questions qui clivent de façon interne aussi les professionnels de santé. Et cela clive aussi les sociétés. Parce que par exemple on voit très bien qu'il y a énormément d'avortements qui se font de façon clandestine alors que tout le monde le sait. Qui sont très souvent faits par les étudiants en médecine ou par les sages-femmes. Et puis qu'est-ce qui se passe ? C'est qu'au moment où l'avortement commence à se mettre en place, et bien on évacue la personne à l'hôpital, et à ce moment-là on va dire que simplement elle a fait une fausse couche. Et va naître le diagnostic médical, ce faux diagnostic médical auquel personne ne croit ; ni les professionnels de santé, ni l'administration, ni la société, ni le monde politique. Le problème c'est que l'on a un discours qui ne désigne pas le réel, alors que le réel ne réussit pas à se dire, simplement parce qu'il n'y a pas de prise de parole des femmes, et une prise de parole des femmes concernant l'autonomie de leur corps. Alors

cela est extrêmement important, parce que qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'un des combats politiques justement sur cette question de la contraception, ça passe par le droit. Il y a à peu près en Afrique 92% des femmes qui vivent dans des pays où la législation va à l'encontre du droit à la contraception et de l'avortement. Et vous voyez qu'il y a là un autre type de combat politique qu'il est extrêmement important à mener.

Alors dernier point peut être, pourquoi pas une société qui ne valoriserait pas la fécondité ? Je crois certainement que la grande différence entre certaines sociétés et d'autres, c'est que grâce au combat de certaines femmes, grâce à la complicité de certains hommes, il y a des femmes qui ont pu se découvrir d'autres destins que celui qui était simplement assigné à la fécondité. Et je crois que cela c'est une question de prise de parole qui commence à se mettre en place aussi par les arts, par la littérature, et par un ensemble de femme extrêmement courageuses dans différents pays où leur parole est refusée. Voilà, merci.



© Hervé Vincent



# TABLE RONDE 3 :

## Désocialisation et précarité

→ **Charlotte Penchenier**  
Journaliste à Safar expéditions jeunesse



Les problèmes et questions de santé, dont on a parlé ce matin, sont souvent liés à des problèmes de précarité, sociaux, économiques et les jeunes n'y échappent pas, d'où le nom de cette table ronde de désocialisation et précarité. Nous allons parler d'exil, de pauvreté, de travail des enfants, de grossesses précoces. Au final, de questions assez variées qui entraînent ou peuvent entraîner chacune à leur manière des problèmes de santé,

ou du moins les rendre plus compliqués à résoudre. Vous allez donc entendre parler de différents exemples, différentes expériences, très diverses par des professionnels de santé en France, en République Démocratique du Congo, en Palestine, ou encore au Maroc et en introduction de cette séance, je vous propose de découvrir un petit film, qui est le témoignage d'un jeune Libérien, arrivé en France clandestinement. Ce témoignage, extrait d'un film plus long, a été réalisé dans le cadre d'un atelier vidéo, et animé par l'association "Safar Expédition Jeunesse", association dont je fais partie.

Nous intervenons auprès de différents publics et notamment auprès des jeunes résidents d'un foyer à Marseille. Ce jeune Libérien était donc au foyer au moment où nous avons fait cette vidéo.

### **FILM INTRODUCTIF : Association d'aide aux jeunes travailleurs (AAJT)**

Voilà pour ce petit témoignage en guise d'introduction. Bien évidemment, je pense qu'on aura l'occasion de revenir sur cette question de migration avec certains intervenants.

Pour commencer j'invite le Docteur Bertin KADIMA-TSHIMANGA, qui est pédiatre, enseignant, chercheur à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Vous étudiez la question des grossesses précoces, c'est-à-dire des jeunes filles âgées de 13 à 17 ans qui deviennent mères, et de leur impact sur la santé des enfants. C'est un phénomène qui apparemment a tendance à prendre de l'ampleur, plutôt qu'à diminuer.

Est-ce que vous pouvez nous expliquer les conséquences sur la santé, à la fois pour les filles-mères mais aussi pour les enfants de ces jeunes filles, dues à ces grossesses précoces ?



## • Impact socio-économique des grossesses précoces en RDC

### → Dr Bertin Kadima-Tshimanga

Pédiatre à l'Université Simon Kimbangu à Kinshasa (République démocratique du Congo)

Je vais commencer par vous retracer un petit peu la situation. Je viens de la République Démocratique du Congo. C'est un pays qui fait presque cinq fois la France, avec une superficie de 2 345 000 km<sup>2</sup> et une population plus ou moins estimée à 60 millions d'habitants. C'est une estimation car il n'y a pas eu de recensement. C'est une population qui est majoritairement jeune et quand on regarde les chiffres, on peut constater que plus de la moitié de la population est âgée de moins de 20 ans. Lorsqu'on prend la population dont on parle aujourd'hui, les filles âgées de 15 à 19 ans : elles représentent presque 8% de l'ensemble de la population, et les enfants de moins de 5 ans vont représenter presque 20% de la population. C'est cette tranche d'âge-là qui est la plus importante, mais il faut noter qu'après l'âge de 5 ans, beaucoup d'enfants congolais n'atteignent pas cet âge-là, ils ne fêtent pas leur cinquième anniversaire. Ce sont ces enfants-là, qui sont pour la plupart issus des mères qui ont moins de 18 ans. Quand on va parler de ces filles-mères, les mères de ces enfants de moins de 5 ans pour la plupart, l'âge du premier rapport sexuel est passé de 17 à 15 ans. Il était en 2005 de 17 ans et en 2010, les estimations ont rapporté cet âge à 15 ans. Et dans cette population, la moyenne nationale d'utilisation de la contraception est estimée à environ 5,4%. Environ le quart de filles, qui ont moins de 20 ans, sont mères. Et parmi elles, bon nombre l'ont été avant l'âge de 15 ans.

Alors qui sont ces filles-mères ?

81,5 % ont plus de 15 ans et 18,5% ont moins de 15 ans.

Et que font-elles dans la vie ?

La plupart des filles-mères se recrutent parmi les écolières. Alors on s'est demandé si les écolières étaient vraiment "à risque" pour être "filles-mères". Sans aller fouiller dans la scolarité de ces "filles-mères", nous nous sommes

rendus compte que dans 90% des cas, ce sont des filles avec une scolarité pas tout à fait normale et près de 20% d'entre elles se prennent déjà en charge. Elles ont des activités lucratives, ce qui veut dire qu'elles ne sont plus prises en charge par leurs parents. Ces éléments ont déjà été rapportés par des auteurs comme étant des facteurs à risque qui favorisaient la survenue des grossesses précoces. Et les 18 pourcents restants représentent des filles qui n'ont aucune activité, qui ne font rien. Et l'oisiveté est aussi une des portes qui entraîne toutes ces pratiques et qui amène les filles à tomber précocement enceintes. Ces filles, lorsqu'elles tombent enceintes, vont voir apparaître des répercussions sur elles-mêmes, sur les enfants et sur leur environnement. Des rapports ont établi que 8% seulement des filles, de moins de 20 ans, ont été vues par des médecins lors de leur grossesse. En revanche, quand on regarde la population de dames âgées de plus de 20 ans, il y a 13% d'entre elles qui ont pu voir des médecins. Ce sont des filles qui n'ont pas suffisamment de moyens pour être vues par un médecin alors que la première grossesse, surtout lorsqu'elle survient avant l'âge de 20





ans, est considérée parmi les grossesses à risque. L'idéal serait que les médecins puissent voir ces filles-mères. Et chez l'enfant, il s'agit plus de mortalité. Et la mortalité, ce n'est pas seulement chez l'enfant, mais aussi chez la mère elle-même. Plus la grossesse est précoce, plus le risque de mortalité maternelle est élevé. Par ailleurs, dans la plupart des cas de grossesse non désirée, de grossesse précoce, il y aura des avortements clandestins, qui ne se font pas pour la plupart dans de bonnes conditions et qui sont parmi les principales causes de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Et ce sont plus les femmes avec les grossesses précoces, c'est-à-dire avant l'âge de 20 ans, mais la même tendance s'observe également au-delà de l'âge de 39 ans. Ce sont ces tranches d'âge qui fournissent le plus de mortalité maternelle.

En dehors de la mortalité, toujours chez la mère, il y a le problème de l'exclusion scolaire. Si c'était une fille, qui était toujours à l'école, dès lors qu'elle tombe enceinte, on ne l'accepte plus à l'école, alors que le garçon ou l'homme qui est l'auteur de la grossesse va pouvoir continuer à fréquenter l'école. C'est donc une conséquence pour la mère elle-même. Les conséquences sont d'abord bien sûr sur l'enfant ; plus tôt la mère tombe enceinte, plus le bébé naît avec un faible poids de naissance, or le faible poids de naissance favorise aussi la mortalité en période néonatale. On a noté 7,9% des cas de décès des nouveaux nés avec un faible poids de naissance, issus des mères de moins de 20 ans. Alors que chez les mères, âgées de plus de 20 ans, les taux de mortalité représentaient 7,5% des cas. Mais en dehors de la période néonatale, il y a également une forte mortalité chez les enfants nés de mères plus jeunes, parce que ce sont souvent des mères qui ne savent pas se prendre en charge. Ce sont donc des enfants qui vont être moins amenés à l'hôpital et ne vont pas bénéficier de soins médicaux de qualité et

c'est également dans ce couple que l'on va trouver également beaucoup de cas de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Au niveau de la famille, il y a des problèmes qui vont également se poser. Quand on interroge les familles, on se rend compte que 90% des familles où il y a un cas de grossesse précoce, ce sont des filles qui vont se retrouver dans un environnement conflictuel. Il y aura des conflits avec les parents, mais il y aura également un conflit entre le père et la mère. C'est une situation qui arrive souvent en Afrique. Le père fait en effet porter le chapeau à la mère car c'est la mère qui est chargée de l'éducation mais quand sa fille tombe enceinte, on suppose qu'elle n'a pas su l'élever correctement et là des agressions peuvent être faites par le père. Cela peut aller des agressions verbales, ou des agressions physiques, et même parfois la mère peut être répudiée du mariage. Cela peut alors avoir également des répercussions sur les autres enfants, qui vont devoir vivre loin de leur mère, qui a été chassée du mariage du fait qu'une de ses filles soit tombée enceinte avant l'âge de 20 ans ou avant le mariage. Les parents vont essayer de faire pression sur l'enfant. En retour, il y a un conflit entre la fille et les autres enfants car les autres vont estimer qu'ils sont privés de certains avantages du fait qu'elle soit tombée précocement enceinte.

En conclusion, nous pouvons dire qu'il y a une précocité de l'activité sexuelle des filles en République Démocratique du Congo mais cette activité n'est pas encadrée ce qui fait que le phénomène des "filles-mères" prend de plus en plus d'ampleur, et les "filles-mères" ainsi que leurs enfants sont soumis à une certaine précarité qui ne permet pas à la République Démocratique du Congo, actuellement, de pouvoir atteindre le quatrième objectif du Millénaire pour le Développement qui consiste à réduire la mortalité infantile.



→ **Charlotte Penchenier** : Nous allons changer de continent pour revenir à Marseille avec une psychologue clinicienne Madame Gaëlle BOUGUIN-SAGOT.

Vous travaillez à Osiris qui est un centre de soins pour les victimes de tortures et de répressions politiques. Et parmi les victimes que vous accueillez, vous voyez de plus en plus de jeunes étrangers exilés. Pouvez-vous nous expliquer comment ces jeunes arrivent chez vous, et comment vous repérez les jeunes qui ont vécu un traumatisme important ? Et enfin comment les accompagnez-vous ?

## • Accueil des jeunes exilés victimes de violences et traumatismes

→ **Gaëlle Bouquin-Sagot**  
Psychologue clinicienne à Osiris

**L**e centre de soins Osiris, à Marseille accueille des personnes exilées victimes de répression politique et des violences intentionnelles.

Cette migration subie, concernent aussi les « jeunes » qui représentent une bonne part de nos patients : des adolescents ou des jeunes majeurs isolés mais aussi des enfants venus en France avec leur famille. Si les circonstances de leur exil supposent des violences subies dans le pays d'origine, nous parlons volontiers de traumatismes au pluriel car il y a d'autres difficultés qu'on rencontre qui peuvent avoir des effets traumatiques : le déracinement de la terre natale, les conditions de voyage qui sont souvent dangereuses et difficilement supportables, la perte de l'identité familiale et sociale.

La rencontre avec un nouvel environnement et souvent une nouvelle langue bouleverse brutalement tous les repères ; de plus, les modalités d'accueil en

Europe sont éprouvantes et les contraintes sociales et juridiques sont fortes, ce qui met ces jeunes, le plus souvent, dans une position d'impuissance.

Tous ces événements sont vecteurs de violence et sont plus ou moins bien supportés. Ils impactent la santé mentale de ces jeunes en construction et viennent amplifier le traumatisme d'origine. Pour les différents adultes qui interviennent auprès de ces jeunes, la question est souvent de distinguer les événements traumatiques qui sont relatés du traumatisme en lui-même. En effet, chaque jeune ne présente pas les mêmes réactions aux violences vécues. Il faut alors repérer les signes de la souffrance psychique car il s'agit bien de souffrance plutôt que de pathologie au sens psychiatrique. Les manifestations de cette souffrance traumatique sont de prime abord : un intense sentiment de tristesse et de fatigue, une tendance à l'isolement, à la méfiance, et une grande nervosité. Par exemple, il n'y a pas très longtemps j'ai reçu Khezia. Un jeune garçon de 15 ans qui reste la majeure partie de son temps enfermé dans sa chambre. Il ressasse le cours des événements. Tout l'irrite, ne pas pouvoir dormir, ne pas pouvoir s'adresser en français aux autres jeunes, aux éducateurs du foyer, mais surtout de ne pas avoir de contact avec



ses parents restés au Nigéria. C'est du fait de cette irritation qu'il va être placé dans le centre. Les troubles du sommeil sont aussi très courants, comme des cauchemars ou des insomnies, mais aussi des troubles de la pensée, comme des problèmes de concentration, de mémoire, et de nombreuses plaintes psychosomatiques qui sont adressées aux adultes et qui entraînent bien souvent de multiples consultations médicales.

Tous décrivent la sensation de ne plus être la même personne depuis la frayeur, depuis les violences et depuis l'exil et tous expriment à des degrés divers des sentiments de culpabilité et de honte. La clinique avec ces jeunes nous amène à régulièrement reconsidérer nos modalités d'accompagnement et d'interventions. Pour nous, il est important :

- D'avoir une approche globale du soin qui permet la prise en compte du contexte social de ces jeunes et de reconnaître les différentes dimensions qui font leur réalité au quotidien ;
- La restauration des liens est une dimension importante du soin. Dans cette optique, l'inscription dans un accompagnement coordonné est plus qu'ailleurs fondamentale, c'est-à-dire qu'il est nécessaire, devant la grande fragilité psychique de ces jeunes patients d'apporter une attention particulière et une mobilisation de l'ensemble des intervenants.

Concrètement il s'agit d'échanges réguliers avec les différents intervenants de relier le champ social, juridique, éducatif, scolaire et bien sûr médical. Ces liens visent à créer un environnement suffisamment contenant pour ces jeunes et surtout de coordonner les différents objectifs pour qu'ils soient cohérents dans leur projet de vie.

Par exemple, Ali est un jeune pakistanais de 17 ans, qui est arrivé il y a peu de temps en France. Il est toujours sous le coup de la frayeur, et son sommeil est empêché par de nombreux cauchemars, ces cauchemars qui

sont une répétition des violences subies. De plus, il s'inquiète pour les siens restés au pays et toujours en danger de mort. Pourtant il est tiraillé sans cesse entre la nécessité de se soigner, les attentes de ses éducateurs concernant son projet scolaire et son souhait de faire au plus vite les démarches juridiques pour être autonome, travailler et aider sa famille. Ce cloisonnement des démarches, entraîne des malentendus avec les différents intervenants, des tensions et majore ses angoisses. Une concertation des différents intervenants va apaiser tout le monde. Et Ali pourra alors mieux appréhender la logique du parcours à suivre en France.

- Dans le centre de soin, travailler en une équipe pluridisciplinaire, permet de proposer un dispositif thérapeutique à géométrie variable et de s'adapter aux spécificités de chaque jeune. Il y a des consultations psychiatriques, psychothérapeutiques mais aussi une prise en charge corporelle ;
- Compte tenu de la dimension spécifique liée à l'adolescence et à leur isolement, les demandes de consultation de mineurs isolés étrangers sont prioritaires pour ne pas pâtir d'un trop long délai d'attente.
- Le recours à la langue maternelle du patient par le biais d'interprètes professionnels est indispensable pour se comprendre évidemment et pour soutenir l'expression verbale. En effet, la langue maternelle, langue dans laquelle se construit la pensée facilite la verbalisation.

La présence de l'interprète nous est précieuse : il fait ainsi ressortir le monde dans lequel l'enfant ou l'adolescent a démarré sa construction ; il favorise le sentiment de confiance et donc l'établissement de l'alliance thérapeutique ; et enfin l'interprète est une figure d'identification puissante pour ces jeunes qui sont en rupture de repères. Lorsque j'ai reçu Ali pour la première fois, il était hébergé en foyer d'urgence depuis plusieurs mois, il se dépatouillait en anglais avec les rares éducateurs anglophones pour les choses du





quotidien. Grâce à la présence de l'interprète c'est la première fois qu'il a pu s'exprimer dans sa langue natale depuis son arrivée en France. Mais surtout, pour la première fois il a pu alors parler de son monde, de sa ville, de sa famille, et plus tard des épreuves traversées...

On propose différents dispositifs selon la situation des jeunes notamment des thérapies de groupe ou familiales, où la clinique du lien est particulièrement sollicitée. Le dispositif thérapeutique de groupe est constitué par plusieurs patients (jeunes ou adultes ; hommes ou femmes), deux thérapeutes et deux interprètes. C'est un lieu d'écoute et d'échanges, un espace psychique commun partageable ayant des qualités de contenance et d'étayage suffisantes pour accueillir les différentes manifestations du traumatisme. L'utilisation dans le groupe de médiations (comme le dessin, la peinture ou le travail par le corps) permet un travail de figuration et d'expression de ce qui ne peut se dire, ce qui est passé sous silence. Les jeunes qui intègrent le groupe thérapeutique pourront y déposer les éléments de leur vécu, éléments qui seront repris puis élaborés de manière groupale. Les événements traumatiques vécus par les familles que nous recevons, ne peuvent ni être représentés, ni pensés. Ils attaquent les liens du groupe familial. Même quand tous les membres de la famille n'ont pas vécu directement des violences, l'ensemble du groupe famille est ainsi contaminé. Nous pouvons le repérer par des symptômes, des comportements des enfants ou des dysfonctionnements au quotidien qui témoignent d'une intense souffrance familiale. Dans certaines familles, chaque membre ne semble pas en mesure d'exister pour lui-même, tant il est collé aux autres. Comme une famille venant d'Arménie après des persécutions, des violences sur le père et une tentative de kidnapping sur l'un des

enfants. La famille, sous l'effet du traumatisme, se présente comme un ensemble indifférencié qui empêche toute singularité. Dans d'autres familles, au contraire on voit chaque membre sidéré, dans un grand isolement, vivant sous le même toit mais dans une impossibilité d'échanges, de liens, comme si les violences avaient tout gelé. La thérapie familiale permet la reprise d'un travail de transformation des conséquences des événements traumatiques, pour qu'ensuite chacun puisse se remettre dans un mouvement de réappropriation, d'individuation.

Enfin, pour conclure, il est nécessaire que l'accompagnement des personnes, qui présentent des traumatismes de grande intensité, provoque des effets sur les équipes et les institutions. Nous observons un ensemble de signes chez les professionnels qui attestent de ce phénomène : comme l'absentéisme, l'activisme, les conflits interpersonnels, ou tout simplement de l'épuisement... Les jeunes investissent massivement les professionnels qu'ils rencontrent. Ces phénomènes de sur investissement ou de désinvestissement parfois abruptes sont difficiles à gérer au sein des équipes. Face à ces constats, nous pensons qu'il y a nécessité de mettre en place des espaces groupaux de travail dans les institutions mais aussi entre les institutions pour penser ensemble les phénomènes à l'œuvre ; tels que des supervisions, des régulations. Le recul et l'élaboration commune permettent alors de garder un sens à nos pratiques et de rester créatifs. Même si l'accompagnement peut être difficile, je souhaite vivement souligner la force et la mobilisation de ressources que ces jeunes gens mettent en œuvre ; de saluer le courage dont ils font preuve et leurs capacités à poursuivre leur vie, à construire leur avenir.

➔ **Charlotte Penchenier :** Nous allons maintenant entendre une autre psychologue clinicienne à Marseille également. Vous travaillez à IMAJE Santé, qui accompagne des



jeunes de 12 à 25 ans sur toutes les questions qui ont trait à la santé. Vous avez créé une consultation transculturelle à destination des mineurs étrangers isolés. C'est une consultation qui est composée notamment d'un interprète. Vous parlez pour ces mineurs de défaut d'affiliation. Pouvez-vous nous expliquer ce que vous entendez par défaut d'affiliation ?

## • Jeunesse en souffrance : ce que les mineurs isolés étrangers nous enseignent

### → Sylvie Dutertre

**Psychologue clinicienne à IMAJE Santé (Information Marseille accueil jeunes écoute)**

Cette question d'affiliation est assez compliquée. Je vais essayer de vous en parler de manière simple, c'est-à-dire que je vais vous en parler en termes d'appartenir, et la quête d'appartenance pour un jeune, c'est de s'inscrire dans une société.

Et comme cette table ronde s'intitule "Désocialisation et Précarité", je dirais que la précarité c'est le négatif de l'appartenance, et il est important de préciser que la précarité, ce n'est pas ce que l'on entend habituellement parce qu'on a trop souvent tendance à confondre précarité et pauvreté.

La définition que je vous propose concernant la précarité est celle du psychiatre, Jean Furtos, car c'est cette définition qui est maintenant retenue par la majorité des professionnels qui interviennent dans le champ du social. La précarité, selon Furtos, «correspond à la vulnérabilité du sujet humain vis-à-vis de sa dépendance à autrui, sachant que seul il ne peut rien, qu'il a besoin de l'autre, des autres, qu'il a besoin d'être reconnu comme digne d'exister». Ce qui me frappe dans l'ensemble des jeunes que je reçois en consultation, entretien psychologique, c'est l'extrême tension que suscite chez eux cette situation de précarité naturelle qui caractérise l'humain. Exacerbée par un monde qui ne leur offre aucune possibilité de s'y projeter en tant qu'adulte, la dépendance naturelle aux autres, pour

reprendre Furtos, se transforme pour ces jeunes en perspective d'exclusion. Quand il ne s'agit pas déjà pour certains d'entre eux d'une situation réelle d'exclusion. Dans le contexte actuel, la souffrance psychique de la jeunesse n'est donc pas, dans la grande majorité des cas et comme on a trop souvent tendance à le penser, une pathologie en elle-même, qui nécessiterait une lecture à la lumière de la psychopathologie de l'adolescent, mais plutôt, une douleur d'existence d'origine sociale. Les différentes conduites problématiques que l'on observe, que ce soit celles des consommations d'alcool, de cannabis... et d'autres conduites à risque reflètent cette douleur d'existence d'origine sociale et elles en sont les symptômes.

Cette réflexion s'est construite à partir de la mise en perspective des vécus des Mineurs Isolés Etrangers (MIE) que nous recevons en entretien psychologique à IMAJE Santé. Les MIE, pour reprendre la définition donnée par le Conseil de l'Europe, sont des jeunes «ressortissants de pays tiers, âgés de moins de 18 ans, qui entrent sur le territoire



© Hervé Vincent



des Etats membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux, de par la loi ou la coutume». Ces jeunes, pour ceux que nous recevons à Marseille, arrivent de différents pays. En majorité, ils viennent d'Afghanistan, de Turquie pour les kurdes, d'Afrique centrale et subsaharienne, et du Maghreb. Certains quittent des pays en guerre, ou bien pris dans des situations politiques extrêmement difficiles. D'autres décident de partir avec l'idée de pouvoir travailler pour subvenir aux besoins de leur famille. Quelle que soit la raison à l'origine du départ, tous connaissent des voyages migratoires difficiles et tous, à leur arrivée, sont porteurs de traumatismes, à des degrés variables. Bien que la tentation soit grande de les aborder sous l'angle de la psychopathologie, parce qu'ils souffrent de la séparation, parce qu'ils souffrent globalement de la situation d'exil, le travail psychologique, le travail social à mener avec ces jeunes immigrés est un travail d'appartenance. C'est-à-dire un travail d'accompagnement qui vise à les inscrire quelque part, un travail d'accompagnement qui se donne donc pour objectif de les affilier à un monde.

En quittant une culture, un pays, une famille, les MIE sont portés par un désir d'affiliation. Pour beaucoup d'entre eux, partir c'est partir pour «devenir quelqu'un». Comme le disait ce jeune garçon de 15 ans : «Partir pour devenir quelqu'un, parce qu'au pays on n'est personne». Bien plus qu'un événement qui devrait être compris comme

venant faire rupture dans l'histoire de l'individu, la migration est à entendre ici comme un désir d'affiliation.

Dans de nombreuses situations, il s'agit pour le jeune migrant de s'affilier, paradoxalement, à la société d'origine qu'il a quitté. Pour ces jeunes, la migration, c'est déjà la migration des aînés, la migration des adultes et c'est une migration qui est donnée en héritage. Comme les adultes l'ont fait avant lui, il faut quitter le pays pour être en retour reconnu par les siens. Pour d'autres MIE, l'affiliation est celle aussi à la société d'accueil.

C'est l'une des raisons, peut-être la plus importante, pour laquelle nous ne recevons pas les MIE dans un dispositif de groupe. Nous sommes deux psychologues en co-thérapie, un interprète et l'éducateur référent du jeune réunis autour du MIE. Dans ce dispositif clinique, nous travaillons autour du jeune, dans son actualité, dans ce nouveau monde dans lequel il se sent étranger. C'est ce groupe réuni pour lui, qui participe à l'inscrire dans ce nouveau monde dans lequel il s'apprête à vivre.

Tous les jeunes que nous recevons, que ce soit les MIE ou les adolescents nés ici, tous nous donnent à entendre, la souffrance de ce défaut d'affiliation, la défaillance de la société, des sociétés à les reconnaître comme dignes d'exister dans un groupe humain. Or, il se trouve que c'est là, précisément, la définition de l'exclusion.

➔ **Charlotte Penchenier** : Nous allons prendre maintenant la direction du Maroc avec Monsieur Omar EL KINDI, qui intervient aujourd'hui en tant que Président de l'Institut National de Solidarité Avec les Femmes (INSAF). L'INSAF est une association qui défend les droits des femmes et des enfants avec plusieurs programmes, d'une part, pour prévenir l'abandon des enfants, pour aider les mères célibataires et vous vous préoccupez notamment de très près de ces jeunes filles, appelées "petites bonnes", exploitées pour le travail domestique.





## • Esclavage domestique des jeunes filles et désocialisation

### → Omar El Kindi

Président de l'Institut National de Solidarité Avec les Femmes (INSAF) au Maroc



© Hervé Vincent

Dans notre association, nous avons trois programmes. Le premier concerne les mères célibataires pour la prévention contre l'abandon des enfants, nés hors mariage. Ce programme consiste en la prise en charge de ces mères célibataires et de leurs enfants. Le deuxième concerne la lutte pour l'éradication du travail des "petites bonnes" et le troisième concerne la sensibilisation pour le développement des droits des femmes et des enfants.

Pourquoi les "petites bonnes" ?

Nous avons constaté deux choses :

En travaillant avec les mères célibataires, on a pu observer que 45% d'entre elles sont d'anciennes "petites bonnes". Et, deuxièmement, pendant que nous nous occupons des "petites bonnes" dans les gares routières et les squattes, parce que ce sont dans ces lieux que se trouvaient les "petites bonnes" au départ, il y avait des filles à côté dont on ne s'occupait pas, qui étaient des "petites bonnes" égarées, qui étaient en déperdition. Et nous avons réalisé qu'il fallait monter d'un cran, et donc aller s'occuper des "petites bonnes", mais au lieu de s'en occuper seulement dans les maisons, nous nous occupons des "petites bonnes" à l'origine, c'est-à-dire de là où elles sont. Je vais donc vous décrire ce que nous faisons.

Je vais vous parler de violences subies par des filles telles que des filles sauvagement torturées par du fil électrique, une fille maltraitée à Casablanca, que nous avons trouvée dans la rue, dans un état hystérique incroyable, une fille qui a été tuée par son employeur dans le Sud de Casablanca, une fille qui a subi la torture et le viol pendant des années et a décidé de se jeter du sixième étage... Ce n'est pas pour faire dans le sensationnel mais c'est néanmoins la réalité. Notre travail consiste donc à la lutte contre l'exploitation des filles dans le travail domestique. Et, nous agissons aussi pour sensibiliser les personnes aux droits des femmes, car, comme il a pu être dit auparavant, nous considérons que la femme est le pilier structurant dans la famille et nous essayons d'agir là où se trouve la décision dans le couple en milieu rural.

De quoi s'agit-il ?

D'après les recensements officiels, nous parlons de milliers de filles. Nous avons recensé, avec l'aide de 34 autres associations, entre 60 et 80 000 mais il faut bien comprendre que c'est très difficile de chiffrer quelque chose qui se passe derrière les murs, dans les maisons, dans la clandestinité sociale, dans la duplicité sociale.

Quelles sont ces "petites bonnes" ?

40% de ces "petites bonnes" ont entre 8 et 12 ans. Environ les 2/3 ont moins de 15 ans. Et 30% n'ont jamais été scolarisées. Les familles émettrices, ce ne sont pas des familles sans cœur, cupides, mercantiles, qui ont un comportement irresponsable. Ce sont des familles qui sont contraintes par la réalité socio-économique du pays à trouver une issue à cette réalité, et qui passe



effectivement par la location des filles. Les familles récipiendaires sont la plupart du temps des familles issues de classes aisées qui sont au courant de tout, comme de l'interdiction du travail des enfants. Le titre d'esclavage peut apparaître excessif. Quand on lit le rapport du secrétaire des Etats-Unis, ils ont descendu à 6 ou 7 ans l'âge des filles qui sont en condition de travail forcé. Nous nous référons à la convention internationale des droits de l'enfant. Nous appliquons les règles internationales, ratifiées par notre pays depuis 20 ans. Ensuite, nous avons aussi des référentiels comme notre Constitution qui sous l'impact du "Printemps Arabe", a subi des modifications, qui auraient pu apparaître irréalistes cinq ou six ans auparavant. Les textes de loi et de programmes nationaux prolifèrent mais n'ont aucun effet, et ne présentent aucune structure en ce qui concerne l'application.

Nous considérons que la société produit l'enfant. Il est censé être cadré par ses proches qui aujourd'hui sont soit incapables, soit démissionnaires. Ainsi, nous nous insérons entre la société et ce petit groupe initial pour créer une protection pour l'enfant. Le processus consiste tout d'abord à identifier les filles, ensuite établir un programme de prise en charge établi avec l'accord des parents. Il faut coordonner la réinsertion, assurer le suivi socio-pédagogique comme tout ce qui est matériel, et accompagnants scolaires, assurer le besoin matériel si besoin est, et réaliser des actions de pérennisation avec un transfert aux associations locales pour assurer des actions

de proximité. Nous commençons par un diagnostic préalable qui part d'un travail documentaire à un travail sur le terrain.

Nous essayons de travailler avec un certain nombre de critères, qui sont principalement le taux de scolarisation parce qu'il y a une corrélation directe entre la problématique et le taux de scolarisation. Il y a aussi des critères complémentaires tels que le taux de pauvreté. Nous essayons également d'effectuer un travail institutionnel sur le terrain pour impliquer préalablement les institutions locales pour ensuite sélectionner les endroits dans lesquels nous allons intervenir. Et bien entendu, de travail en travail, sur le terrain, nous arrivons à identifier le cas de filles en travail domestique. En ce qui concerne les recruteurs, ce sont à la fois des cadres de la province, qui sont censés appliquer la loi, des fonctionnaires de l'Education Nationale, qui devraient normalement aider à la réinsertion sociale, et des exploitants agricoles.

Pour ce qui est de nos réussites, nous avons réussi à réinsérer 350 filles dont 4 qui sont maintenant à l'Université, 33 qui sont au Collège-Lycée. Le travail domestique devient un débat national. Et pour cela, nous considérons que c'est une réussite. Nous avons maintenant besoin d'un programme, d'une politique nationale fondée sur un cadre législatif spécifique et nous insistons sur la réparation de la fille dans sa dignité et dans la société, et bien sûr travailler sur le statut de l'association, pour qu'elle devienne un véritable partenaire.

→ **Charlotte Penchenier :** Je vais maintenant donner la parole à Monsieur Rabih EL CHAMMAY, qui est psychiatre, consultant à l'OMS et aussi coordinateur d'un centre de santé mentale communautaire de l'ONG Beit Atfal Assumoud, et c'est à ce titre qu'il intervient aujourd'hui. C'est une ONG libanaise qui intervient dans une dizaine de camps palestiniens au Liban.

Vous allez donc nous expliquer comment vous accompagnez notamment les adolescents dans ces camps. Vous mettez en avant une approche communautaire, qu'est-ce que cela signifie concrètement ?



## • Adolescence : intervention en pyramide dans les camps de réfugiés palestiniens

→ **Dr Rabih El Chammay**  
Psychiatre à Beit Atfal Assumoud

Je vais vous parler du cadre opérationnel dans lequel on travaille dans les camps palestiniens. Comme on a pu le voir aujourd'hui, la santé est déterminée par divers variables comme des variables biologiques, psychologiques, et sociales. Et ces variables sociales sont parmi les plus importantes.

Je vais commencer par un petit aperçu social du contexte palestinien. Le Liban est un petit pays, et 10 camps pour des réfugiés palestiniens sont présents sur le sol libanais. Je travaille dans le camp de Tyre. Le nombre de Palestiniens dans ce camp s'élève à environ 500 000. Ce sont des réfugiés qui arrivent depuis la fin des années 1940. Le contexte social est extrêmement difficile. Le Liban est un tout petit pays avec une population peu nombreuse. Ainsi le nombre de réfugiés a un impact très important sur la société libanaise. De plus, actuellement, le Liban est aussi confronté à l'exil des Syriens. En ce qui concerne le quotidien des adolescents palestiniens, il n'est pas facile. Ils doivent vivre dans des camps dans des conditions de pauvreté et de précarité importantes. Ils n'ont pas accès aux services publics. Ils n'ont pas de droits sociaux, les Palestiniens ne peuvent pas avoir par exemple de droit de propriété au Liban, les femmes mariées à des Palestiniens ne peuvent pas donner leur nationalité à leur enfant. Ils n'ont pas accès à toutes les professions, ils ne peuvent pas devenir médecin, ou avocat par exemple. Et ils ont un accès très limité aux universités. Tous les déterminants sociaux, comme l'éducation, la nationalité, les droits sociaux, ne sont pas présents pour les adolescents palestiniens.

L'association, qui est connue sous le nom de Beit Atfal Assumoud est une association libanaise fondée en 1976. Elle est laïque et apolitique et c'est une caractéristique très importante et on ne veut pas la changer. Les partenaires de l'association sont également apolitiques. L'association vise le développement social à travers un travail avec les familles, les enfants et les adolescents. On parle d'une approche en pyramide parce que l'association a choisi d'avoir comme base des activités sociales comme le scoutisme, les activités artistiques, notamment les danses et chants folkloriques pour préserver une certaine identité, un lien avec la patrie mère, des activités sportives, et des camps d'été pour les adolescents. Et à niveau un peu plus élevé il y a des activités avec les mamans, comme l'organisation de cours de soutien, ou aussi, de formations en ce qui concerne la gestion de l'argent, ou bien encore, de groupes de discussions sur l'éducation des enfants



En ce qui concerne l'éducation, la question est importante car il y a un grand nombre d'adolescents qui quittent l'école. Des classes de "remédiation" ont donc été mises en place pour les jeunes en difficultés scolaires, et pour ceux, qui ont décidé de quitter l'école, il existe des formations techniques sur des métiers qu'ils peuvent





exercer dans les camps ou en dehors des camps. Les métiers, auxquels ils peuvent être formés, sont, par exemple, agriculteur mécanicien. En dehors de ces activités, il existe aussi des services de santé comme des cliniques dentaires. Il y a 5 centres répartis sur le territoire libanais qui reçoivent les enfants et les adolescents, composés d'équipes pluridisciplinaires avec des

psychiatres, psychologues, assistantes sociales, psychomotriciens. Et on travaille de très près avec les familles, les écoles, et à la maison, on soutient les parents notamment pour ceux qui ont des enfants ayant des troubles du comportement (par exemple des enfants autistes). Les adolescents peuvent venir seuls ou accompagnés de leurs parents.



## La parole est à vous !

→ **Public** : Comment les camps gèrent l'afflux des réfugiés syriens, notamment les réfugiés syriens palestiniens qui arrivent au Liban vu que les autorités n'ont pas pris la décision de créer un camp proche de la frontière ? Comment les camps dans leurs programmes gèrent le vécu de ces réfugiés, qui est un vécu de double exil ?

→ **Dr Rabih EL CHAMMAY** : C'est une question évidemment très complexe. Ces réfugiés ne sont pas couverts de la façon dont les réfugiés le sont normalement. Dans les camps, ces réfugiés reçoivent les mêmes services mais l'interaction Palestiniens-Libanais et Palestiniens-Syriens est très problématique car ils sont perçus comme des compétiteurs sur le marché du travail.

→ **Public** : Quel espoir, et quel programme peuvent être formulés concernant l'évolution du statut de la femme et de la relation homme-femme ?

→ **Dr Rabih EL CHAMMAY** : Comme M. EL KINDI l'a dit, sur le plan des textes du parlement, de plus en plus d'entre eux visent à protéger l'enfant, mais dans la pratique, les effets ne sont toujours pas encore observés. Rien n'est encore complètement fait, il faut continuer à exercer une pression pour que sur le terrain, les actions soient visibles.

→ **Omar EL KINDI** : Il existe trois niveaux d'action : il y a le niveau curatif, c'est-à-dire qu'il y a des problèmes sur le terrain qu'il faut prendre à bras le corps pour les résoudre. Le deuxième niveau est le niveau sociopolitique, ici, il s'agit de faire pression sur l'Etat pour que les choses changent. Et enfin le troisième niveau se situe entre les deux niveaux précédents et correspond au niveau " plaidoyer", qui est un plaidoyer pour les droits de la femme et de l'enfant. Mais je ne parle pas sur ces questions en termes d'espoir mais en termes d'exigences. Le droit ne se négocie pas, il s'arrache !

→ **Public** : Cela fait mal quand on voit l'exploitation des filles qui travaillent en tant que domestiques au Maroc, et ces différentes nouvelles formes d'esclavage existent aussi ici. Mais pour moi le travail qu'il y a à mener, c'est un travail de terrain où chaque personne est responsable et a son rôle à jouer. Comment on peut changer ces choses là ? En tant que femme, je sais comment cela se passe et combien c'est difficile de voir les êtres humains souffrir. Comment redonner espoir et comment redonner de la dignité pour ces personnes ? Peut-être faudrait-il créer plus de synergies, d'avoir plus d'amour et de respect entre les individus !? Alors, quelles politiques adopter, quelles démarches faire pour que les Etats respectent les textes ?

→ **Omar EL KINDI** : Il faut être d'accord sur une chose. Il est important de ratifier les textes, il est important d'avoir un cadre de travail parce que nous travaillons dans la pérennité des



institutions. Aujourd'hui, il existe des individus, des partis, qui ne sont pas capables d'aller au-delà d'un certain seuil pour reconstruire le cadre qui nous sert de référence. Un exemple rapide, en 1985, le combat au Maroc était celui d'exister, c'est-à-dire un combat mené pour les droits civiques. Aujourd'hui nous négocions avec les plus hautes autorités de l'Etat sur les droits de la femme. C'est une évolution considérable. La Constitution restera le référent majeur. Au final, c'est une dialectique sociale.

→ **Public** : M. EL KINDI, vous avez parlé de pressions sociopolitiques. J'avais une question sur votre association qui lutte contre l'esclavage domestique. Quels sont les moyens financiers dont vous disposez et comment se positionne le gouvernement marocain par rapport à vos actions ? Outre le droit, si on ne dispose pas de moyens financiers, les interventions restent alors à un niveau de bénévoles malheureusement. Je souhaitais donc savoir si vous receviez des financements étatiques en plus des financements externes.

→ **Omar EL KINDI** : Aujourd'hui, nous sommes financés à 75 % de l'étranger, à 15 % du gouvernement marocain et pour le reste par des dons d'individus, et de fondations privées. Nous sommes pauvres, et je considère qu'il faille jouer sur les contradictions actuelles et sur les déclarations des uns et des autres. Il faut savoir utiliser la dynamique sociale qui est installée aujourd'hui, sinon plus personne n'existera, et plus rien ne se fera. Aujourd'hui, fort heureusement, il y a des fondements qui ont été acquis, consolidés, et sur lesquels nous travaillons tous, que nous faisons progresser. Par exemple, je suis actuellement en négociations avec le département du travail américain qui me propose de financer un projet sur le travail des enfants, je m'assois sur mes convictions personnelles et cela ne me dérange pas outre mesure de recevoir de l'argent de leur part.

→ **Public** : M. Bertin KADIMA-TSHIMANGA, vous avez parlé des "filles-mères" et du problème des pères qui répudiaient leur femme parce que les filles étaient enceintes, et on sait que dans les sociétés en Afrique notamment, et même ailleurs, il existe une certaine hypocrisie entre la coutume et la réalité. On sait très bien que les filles vont avoir des relations sexuelles et on ne travaille pas sur la prévention. Est-ce que dans votre travail, vous n'êtes pas confrontés à une énorme contradiction entre la coutume, la religion, et la réalité des faits que l'on connaît et que les familles connaissent aussi mais qui se voilent la face ?

→ **Bertin KADIMA-TSHIMANGA** : Comme on l'a dit dans la conclusion, il ne faut pas se voiler la face. On doit prendre le taureau par les cornes, il y a une évidence. Comme je l'ai démontré, l'âge du premier rapport sexuel est en train de régresser, il est passé de 17 ans à 15 ans. C'est un véritable problème auquel la société est confrontée. Il faudrait maintenant encadrer cette sexualité qui devient de plus en plus précoce. Et il faudrait éduquer les enfants car on ne peut pas juste leur dire "Ne faites rien", car il faut éviter les tabous et leur parler de façon claire à ce sujet.





# Le mot du Grand témoin

## → Pr Philippe Langevin

Economiste, maître de conférences à la Faculté des sciences économiques et de gestion, Université Aix-Marseille

Il est certain que par rapport aux interventions que nous venons d'entendre, nos revendications de pays riches sont relativisées. Alors on peut s'interroger sur l'avenir de nos propres enfants, sur les problèmes d'insertion des populations défavorisées, on peut discuter sur le caractère professionnel de notre éducation, s'interroger sur la capacité à se loger, on peut discuter sur la santé, mais, tout de même, cela n'a rien à voir avec ce que nous venons d'entendre !



Nous sommes en quelque sorte trop riches pour devenir solidaires. Et dans cette conjoncture particulière, que savons-nous, que connaissons-nous en vérité de ce qui ne se

passé pas très loin, dans des lieux qui se trouvent seulement à deux heures d'avion ? Que savons-nous de l'état de santé, de l'état de bien-être, de l'état de développement des populations africaines ? On a parlé aujourd'hui de la situation en Afrique mais probablement que dans d'autres régions, il existe des situations semblables. Que savons-nous ? Que ressentons-nous ? Que pouvons-nous faire par rapport à ces détresses invraisemblables ?

Alors, on peut avoir une pensée émue, une larme toute particulière, un regard provisoire pendant 5 minutes à la télévision, 2 minutes de lecture, mais, est-ce que ces passages rapides par rapport au

malheur des autres peuvent se traduire en notion d'espérance ? Elle est là, la vraie question. Comment pouvons-nous dépasser une analyse purement émotionnelle pour construire ensemble une réponse organisée ? Et c'est vrai que bien que les expériences exprimées cet après-midi aient été très intéressantes, elles ne représentent qu'une part infime par rapport aux populations concernées, impliquées, affectées. Peut-être représentent-elles un pourcent, un demi-pourcent, un quart de pourcent, un millième de pourcent. Comment transformer des pourcentages ridicules en actions structurantes ?

Et c'est vrai qu'en passant devant les stands de cette manifestation, c'est aussi un passage d'espoir. Cela montre bien que dans nos sociétés il existe des restes d'humanité. Et je pense que les exposés qui ont été présentés tout à l'heure montrent bien qu'au-delà des problèmes économiques, de revenus, de développement, d'urbanité, il y a évidemment des problèmes spécifiques aux jeunes, à la pauvreté des jeunes. Et ce sont des conditions extrêmement préoccupantes ! Il ne s'agit plus d'ailleurs de retard de développement, de santé précaires, etc. Il s'agit de situations absolument inacceptables, intolérables, ignobles. En quelque sorte, ce sont des sociétés qui se délitent en considérant leurs jeunes non pas comme la force de l'avenir mais comme des êtres seulement domestiques ou sexuels qui vont handicaper de façon amicale mais sans doute définitive leur capacité d'insertion. Ces interactions radicales à la santé, ce sont des choses absolument énormes. On a parlé de grossesses précoces, de mutilations, de sociétés de serviteurs. Est-ce que dans notre



société de services, nous sommes en train d'engendrer une société de serviteurs ?

C'est une question que l'on peut poser à l'Afrique mais c'est une question que l'on peut également se poser dans les pays occidentaux.

Alors, Mesdames et Messieurs, dans les Etats en guerre, dans ces nomades involontaires, dans ces déplacements douloureux, où est la civilisation ? Où est ce qui fait que quelque part nous appartenons au même système ?

Les valeurs élémentaires en termes de progression, d'insertion, de respect, doivent être prédominantes par rapport aux actions menées aujourd'hui. Nous avons eu des exemples, des exemples radicaux, et difficiles, des exemples qui nous ont laissé quelque part un goût d'inachevé. Ce qui a été rappelé au Congo avec les grossesses précoces est quelque chose d'énorme et souligne bien que ce n'est pas seulement la responsabilité individuelle qui est impliquée, mais c'est bien la responsabilité collective qui est interpellée. C'est le sens même du développement que nous devons retrouver. Il faut réhabiliter dans ces pays-là, le rôle de la famille, qui est déterminant dans la construction de l'individu, de l'enfance, de la santé mentale et physique. Les exposés sur les exilés ont montré des déracinés de la terre qui recherchent désespérément des occasions d'insertion, d'échanger, de créer du lien. Comment redonner du lien à ces individus perdus, à ces enfants sans avenir ? Comment redonner de l'espoir à ces familles sans référence ?

Bien entendu l'isolement, la méfiance, la solitude sont les premiers facteurs de leur précarité. Et en ce qui concerne les "sans-affiliation", les "sans-appartenance", comment redonner de l'affiliation à ceux qui l'ont perdue ? Comment redonner de l'appartenance à ceux qui ne l'ont plus ? Comment redonner de l'insertion à ceux qui sont en situation en exclusion ?

Quels que soient la population concernée, l'Etat impliqué, la société interpellée, toutes les situations exposées montrent bien les traumatismes souvent irréversibles de sociétés jeunes qui ne maîtrisent plus leur avenir.

Que ce soit en RDC avec les mères célibataires, ou au Liban avec un accueil difficile, nous rencontrons dans ces sociétés le même problème. Comment redonner non seulement de la santé mais surtout de l'espoir et de la réciprocité ? Et comment intervenir non pas uniquement par rapport au secteur associatif mais également par rapport au pouvoir politique, par rapport à la construction des sociétés, et par rapport au niveau de développement de ces pays ? Car ces victimes-là, elles ne sont pas là par hasard !

Peut-être que les expériences qui ont été rappelées au niveau quantitatif sont ridicules, au niveau global, elles ne concernent qu'une petite poignée de populations concernées mais elles ont quand même la qualité de porter du sens, des valeurs, de l'éthique. Elles montrent que dans ce monde des situations inacceptables ne sont jamais définitives.

Les réponses que nous pouvons apporter nous, les sociétés recluses, trop riches pour comprendre, sont difficiles. On peut s'indigner, on peut dénoncer, on peut œuvrer. Je remercie d'ailleurs ceux qui sont ici, les associations concernées, les familles impliquées, les intervenants car leurs actions sont très importantes. En effet, la lutte qui est conduite par le secteur associatif, par Santé Sud, est une lutte contre la barbarie.

Nous avons vu cet après-midi des exemples qui paralysent. Et nous, solidement installés dans nos sociétés occidentales, solidement nourris par notre pouvoir d'achat, solidement confiants pour notre responsabilité sociale et sociétale, bien installés dans nos fauteuils confortables. Qu'avons-nous à dire par rapport à cela ? Qu'avons-nous à faire ? Qu'avons-nous à réclamer ? Qu'avons-nous à proclamer ? Sans doute la nécessité de comprendre, de



s'engager dans des actions collectives. Et la seule réponse, à mon avis, la plus forte, la plus organisée, la plus structurée, c'est celle en termes d'éducation, de connaissances, de culture. Dans toutes les cultures du monde, quelle est l'attitude que l'on doit organiser par rapport à nos jeunes ? Comment trouver dans nos cultures, dans la diversité, dans nos richesses, tout ce qui fait leur point commun ? Comment trouver en quelque sorte le lien, le lien social, sociétal, éducatif, culturel, qui va se traduire par l'écoute, l'intégration, la parole ? La parole, c'est sans doute ce qui nous manque le plus.

Pour terminer dans cette réunion tout à fait essentielle, respect comme dirait les jeunes, respect pour les "filles-mères" de Kinshasa, respect pour les exilés de la misère du monde, respect pour les mineurs arrivés sans famille et sans amis, respect pour les jeunes esclaves marocaines à qui on demande de tout faire, respect pour les réfugiés d'un pays sans territoire...

Et puis merci, merci à tous les intervenants de nous avoir montré ce qu'Humanité veut dire...





# Retour d'expérience d'étudiants

→ **Nicole Hanssen** : J'invite maintenant Marina Berhault qui est chargée de programmes à Santé Sud pour faire la restitution d'un retour d'expérience du Trophée Jeunes Tremplin Santé de Santé Sud de l'année passée.

→ **Marina Berhault**  
Chargée de programmes à Santé Sud

Je vais vous présenter les Tremplins Jeunes Solidarité Santé, qui font partie de l'action Education de Santé Sud. Ce projet a été développé en coopération avec la création Sanofi Espoir et Santé Sud. Ce sont donc des bourses qui ont été accordées à des projets de développement, menés par des jeunes qui font partie d'associations d'étudiants.

L'année dernière, cinq projets ont été sélectionnés. Et par la suite des parrains de Sanofi ont été choisis pour les accompagner pendant leur projet. Ils se sont rencontrés à l'occasion d'une formation qui a été faite par Sanofi Espoir et par Santé Sud, qui a permis de cadrer les projets.

Aujourd'hui, après un an, on a un retour d'expérience et ils ont relevé

l'importance de prendre en compte les spécificités locales notamment en termes de moyens, de culture, mais aussi d'habitudes de santé.

C'est un projet qui leur a permis de s'investir personnellement de manière approfondie et qu'ils ont enfin pu réaliser avec une mission de terrain.

Je vais maintenant laisser la parole à Angelina, qui va vous parler du projet Comedor en Argentine, qui a été développé par l'association Unis-Terre.



© Hervé Vincent

→ **Angéline Lartigue**  
Membre de l'association Unis-Terre, lauréate des Tremplins jeunes solidarité santé 2012 pour le projet Comedor

Bonjour à tous. Je me présente, Angelina Lartigue, responsable du projet Comedor Argentine. Je suis venue accompagnée de la responsable de la communication du projet. Il s'agit d'un projet de l'association Unis-terre de l'École de

Commerce de Marseille Kedge Business School / Euromed Management. Nous avons pu développer cette année un projet d'infirmier que je vais approfondir. Nous sommes en partenariat depuis 2008 avec l'association locale P'itivo dans la ville de



Corrientes - Nord Est de l'Argentine. Cette association à l'origine vient en aide aux personnes défavorisées habitant le quartier Juan de Vera à Corrientes. Elle distribuait des repas dans la rue aux habitants du quartier. Nous avons aidé à la construction d'un "Comedor" ce qui signifie cantine et salle à manger. Depuis que l'association a développé des locaux, elle distribue des repas pour les enfants du quartier et le Comedor est un peu devenu leur seconde maison.

Pour ce qui est de notre mission en Argentine, on part 3 semaines en juin aider à la construction du Comedor. Cette année nous avons créé le projet à l'École de Commerce de Bordeaux aussi, donc nous sommes deux écoles de commerce, soit une vingtaine de personnes. On dépense tout ce que l'on a récolté dans l'année pour construire le Comedor. Nous récoltons les dons par des actions réalisées notamment en France, au sein de l'École et à Marseille à travers l'organisation d'événements, par le mécénat d'entreprise, par la recherche de concours, de dons privés...

Pour vous faire une rapide description de l'évolution du projet, celui-ci a été écrit en 2008, par une française qui a rencontré un Argentin et qui est partie vivre en Argentine. Elle a rencontré en 2008 la directrice du Comedor qui lui a parlé de son projet. La jeune française est revenue en France et a décidé de créer le projet à Euromed. C'est à ce moment-là que l'on a créé le projet Comedor Argentine. Le Comedor a été inauguré en 2010 et en 2013 nous avons élaboré le projet d'infirmerie.

Alors pourquoi un projet d'infirmerie ? Tout cela est parti d'un constat sur place. A savoir que le projet avait plusieurs objectifs. Principalement que nous voulions favoriser,

aider à l'amélioration de la santé des enfants du quartier de Juan de Vera à Corrientes et donc pour cela nous avons déjà dans l'idée l'accès à des soins médicaux, c'est pourquoi nous avons décidé de mettre en place un projet d'infirmerie. Il y avait aussi le constat que les personnes du quartier Juan de Vera n'avaient pas forcément accès à des soins médicaux dans la mesure où les principaux centres médicaux se trouvent en centre-ville. Et puis, il y a une certaine honte qui s'installe quand on est pauvre et que l'on n'a pas les moyens de s'habiller ou d'avoir accès à des soins on a un peu honte d'aller en centre-ville et de côtoyer des personnes qui ont plus d'argent et qui elles ont accès à des médecins.

Donc il y a un développement de maladies notamment au niveau de la dentition, des problèmes de peau et des parasites intestinaux souvent chez les enfants qui ne sont pas du tout traités puisque les personnes n'ont pas l'habitude d'aller voir des médecins étant donné qu'elles n'ont pas accès dans leur quartier. Et donc, le but c'était que les enfants et les familles qui côtoient le Comedor aient accès à des soins médicaux et à de la sensibilisation notamment à l'hygiène. Donc la mission s'est passée en deux temps. Il y a d'abord eu la préparation en France du projet. Nous avons été lauréats des Tremplins. Ensuite, nous avons suivi une formation au sein de Sanofi Adventis. Nous avons des parrains qui nous ont suivis. Nous avons aussi suivi un atelier au sein de l'association Étudiants et Développement qui nous a accompagnés sur la structure de l'activité interne du projet.

En Argentine nous avons fait tous les travaux. Nous avons acheté les équipements dont nous avons besoin sur place pour l'infirmerie et nous nous sommes mis à la recherche de médecins bénévoles car c'est une structure qui ne dispose pas d'argent pour fonctionner. Elle fonctionne par le don. Donc nous avons besoin de médecins bénévoles pour consulter au Comedor. Nous avons fini par trouver un médecin notamment un professeur-chercheur de la faculté de médecine de Corrientes qui nous a

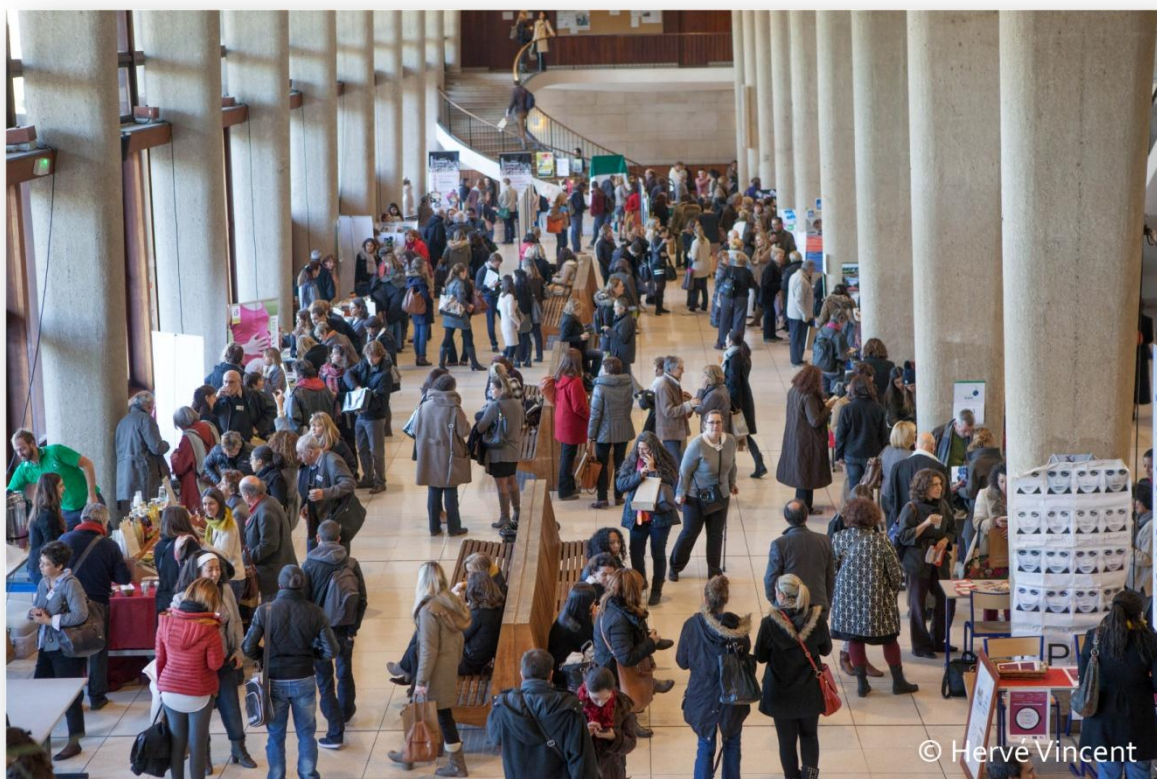




présenté des personnes de l'Université présidents d'association dans l'idée de faire venir bénévolement des étudiants en médecine consulter au Comedor. Ça a été un peu laborieux parce que ça prend beaucoup de temps en particulier le volet administratif prend énormément de temps. Je dois avouer que, depuis que nous sommes revenus en août, le Doyen de l'Université n'a toujours pas donné signe de vie, mais, grâce au réseau de la directrice du Comedor nous avons enfin trouvé un médecin qui va venir consulter au Comedor. Plusieurs travaux ont été fait par

le gouvernement Comedor donc ça a mis un peu en stand-by le projet. Nous avons mis en place des outils de suivi qui vont nous permettre de suivre l'activité de l'infirmerie tout au long de l'année.

Et les résultats donc, c'est une infirmerie qui est utilisée, et qui est prête à recevoir un médecin et à consulter. Pour l'instant, ça va être les week-ends et ensuite nous allons relancer l'idée de mettre en place une garde permanente. Merci pour votre écoute.



© Hervé Vincent





# Discours de clôture

→ **Dr Paul Benos** : Le mot de la fin va être très court. Les propos de Monsieur Langevin peuvent s'étendre à l'ensemble des programmes de la journée. Par rapport aux autres journées, je suis particulièrement heureux que le Sud ait eu une large parole aujourd'hui. Certes, les contextes sont culturellement différents mais un pont entre le Nord et le Sud a pu être fait à travers cette problématique de la jeunesse. L'espérance réside dans les associations que vous avez représentées aujourd'hui. Ces petites associations sont des petites lumières dans un ciel bien sombre. Je terminerai cette journée par une citation de Muhammad Yunus, qui a été prix Nobel de l'Economie en 2006 par l'instauration du microcrédit. Dans son discours de réception, il disait : "C'est la société qui a fait les pauvres, lorsque les gens sont autorisés à libérer leur créativité, la pauvreté disparaît." Je pense que les différentes associations qui nous ont présenté leur travail, ou l'engagement d'un certain nombre des communicants aujourd'hui, c'est simplement cette créativité qu'ils veulent libérer. Derrière ça il y a un certain militantisme, donc je pense aussi que la société peut s'ouvrir à ça.

Le troisième point, je ne sais pas si elle est là, je voudrais remercier une personne d'une très grande qualité. L'organisation de la journée d'aujourd'hui, son contenu, on le doit à une personne, que vous voyez passer comme une abeille, voire une libellule, c'est Julie Begin. Je vous demande de l'applaudir parce que c'est une journée condensée, concentrée, vous avez vu, en témoignages, en émotion, mais ça a demandé énormément de disponibilité. Merci beaucoup !

Mes remerciements à tous les orateurs et puis un dernier mot pour conclure. Quand on termine l'année, on envisage l'autre. Donc le thème de notre prochaine JPSH en 2014, une année importante pour Santé Sud puisqu'on fêtera nos 30 ans, un vaste thème retenu : Santé Durable ? Avec les facteurs écologique et qui sera un pré-bilan des OMD qui arrivent à échéance en 2015, et qui nous permettra une projection sur les années à venir à travers les différentes interventions.

La journée n'est pas finie mais je vous remercie pour ceux qui ont patienté jusque là pour écouter tous ces témoignages, je vous souhaite une bonne fin de journée et à l'année prochaine.

→ **Nicole Hanssen** : Pour conclure cette journée, j'ai le plaisir d'accueillir maintenant sur scène, le slameur Ahamada Smis. Slameur marseillais d'origine comorienne, Ahamada Smis révèle un univers unique par sa sensibilité et l'originalité de ses compositions, au croisement des

scènes Slam, World et Hip-Hop. Il nous convie à un voyage musical entre poésie urbaine et musique du monde. Dans un esprit ouvert à tous les vents de création, ce colporteur de mots perpétue la tradition orale des Comores et se nourrit de l'énergie du rap. Les mélodies arabisantes, les chants soihili et les rythmes africains croisent des textes slammés, rappés, chuchotés en français. Ahamada Smis nous présente aujourd'hui son dernier album, « Origines », fusion entre musiques traditionnelles des Comores et poésie urbaine dans un esprit afro-ngoma. Cet album est un voyage musical à la croisée des cultures de l'océan Indien, un album poétique qui s'écoute en



© Hervé Vincent



dansant ! Il est accompagné de Mohamed Issa Haji (Violon, oud, ngoma, chant) et de Mfoungoulie Ibrahim (Ngoma) Place à la musique.



# A propos des Actes

Ces actes sont le résultat d'une retranscription exhaustive des propos tenus lors de la 8<sup>e</sup> Journée provençale de la santé humanitaire, le 29 novembre à Marseille, et organisée par l'association de solidarité internationale Santé Sud. Si ces textes ne sont pas conformes aux propos que vous y avez tenus ou entendus, n'hésitez pas à en faire part à Santé Sud : les corrections appropriées pourront ainsi être effectuées. Santé Sud ne saurait être tenue responsable des positions ou affirmations des invités de ce grand rendez-vous annuel du pluralisme et de la diversité.

**Pour obtenir le dossier de la Journée, qui comprend le profil de carrière de chaque intervenant, ses coordonnées ainsi que celles de tous les exposants (plus de 75 structures de solidarité en tout), adressez-vous à Santé Sud.**

## Coordination

Marie LOGEAIS

## Retranscription / rédaction

Aurore GUEYES

Caroline DOREMUS-MEGE

Charles LOULE

Geoffroy D'ASSISE - LE COURTOIS DU MANOIR

Isabelle D'ASSISE - LE COURTOIS DU MANOIR

Lydia ROUE

Maëlle DE SEZE

Marine MENGUY

Nathalie MERLE

Vincent CHRETIEN

## Crédits photos

Hervé VINCENT

Eric LEGALLET

Santé Sud



**SANTÉ SUD**



**Santé Sud**

200 boulevard National bât N

13003 Marseille

04 91 95 63 45

contact @santesud.org

www.santesud.org





# Agir sans remplacer

À Santé Sud, nous sommes convaincus que les pays en développement disposent du potentiel nécessaire pour dispenser les soins à leur population et qu'il leur appartient de choisir la voie de leur développement.

Selon notre devise « agir sans remplacer », depuis 1984, nous soutenons les initiatives locales en formant et en accompagnant des professionnels sanitaires et sociaux qui pourront eux-mêmes soigner les populations de leur pays.



**SANTÉ SUD**

200, bd National, Le Gyptis, bat.N  
13003 Marseille  
Tél : 33 (0) 4 91 95 63 45  
Fax : 33 (0) 4 91 95 68 05  
E-mail : [contact@santesud.org](mailto:contact@santesud.org)  
Site Web : [www.santesud.org](http://www.santesud.org)

