



**Master 2 Pilotage des Politiques et
Actions de Santé Publique**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **septembre 2018**

**En quoi les dispositifs de soins spécialisés
CSAPA et CAARUD permettent-ils un accès aux
soins et un accompagnement personnalisé pour
les femmes en situation de vulnérabilité ?**

Ikrame KHACHACH

Remerciements

Ce document est pour moi l'occasion de remercier toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce mémoire ainsi qu'au bon déroulement de mon stage. Je remercie tout d'abord Mme Desplanques Laurence, responsable du département "Périnatalité, santé de l'enfant, santé de la femme" à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, pour m'avoir permis d'effectuer un stage au sein de la direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités. Je la remercie pour sa présence et l'encadrement qu'elle a eue à mon égard ainsi que son implication dans mon mémoire.

Mes remerciements s'adressent également à l'équipe avec laquelle j'ai partagé mon bureau:

- Mme Ben Lahsen Marie, chargée de mission précarité et structures de soins résidentiels
- Mme Bollanga Joëlle, chargée de mission addictions et référent tabac

Leur accueil chaleureux et leur disponibilité ont largement contribué au bon déroulé de mon stage. En outre, elles m'ont apporté des réponses précieuses aux questions que j'ai pu poser, s'inscrivant ainsi au coeur de mon mémoire.

Je remercie par ailleurs l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de me permettre, dans le cadre de mon cursus universitaire, d'effectuer des stages qui constituent le meilleur moyen de mettre en pratique mes connaissances et d'acquérir de l'expérience. Je remercie également les membres de l'équipe pédagogique du Master 2 "Pilotage des Politiques et Actions de Santé Publique" et tout particulièrement M. Campéon Arnaud, responsable du master. Je tiens à le remercier pour son écoute, son accompagnement et son implication dans mon mémoire.

Enfin, j'aimerais témoigner de ma reconnaissance envers l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre des entretiens semi-directifs d'une part, pour le temps accordé et pour leurs précieuses informations qui m'ont permis d'enrichir le présent mémoire, et d'autre part, envers l'ensemble des personnes que j'ai été amenée à côtoyer au sein de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AEMO	Assistante Educative en Milieu Ouvert
AME	Aide Médicale de l'Etat
ARS	Agence Régionales de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AT	Appartement Thérapeutiques
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CMU-C	Couverture Maladie Universelle - Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPUD	Cellule Parentalité et Usage de Drogue
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires
DGS	Direction Générale de la Santé
DPSRI	Direction de la Promotion de la Santé et Réduction des Inégalités
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
GEGA	Groupe d'Étude Grossesse et Addiction
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
IAC	Institut d'Anthropologie Clinique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MDPH	Maison Départemental des Personnes Handicapées
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OFDT	Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie
PCR	Polymerase Chain Reaction ou Réaction de Polymérisation Chaîne
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RECAP	Recueil Commun sur les Additions et les Prises en charge
RDR	Réduction Des Risques
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Foetale
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SPF	Santé Publique France
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TROD	Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés
UDI	Usagers de Drogues Injecteurs
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

Contenu

Introduction	1
Méthode	5
PARTIE 1 : COMPRENDRE LES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES FEMMES	8
1 Etat des lieux.....	8
1.1 Evolution des modes de consommation chez les individus.....	8
1.1.1 Quels types de produits.....	8
1.1.2 Quelles fréquences d'usage	9
1.1.3 Population en conduite addictive en France: usages de produits psychoactifs en population générale et chez les femmes	10
1.2 Les spécificités féminines et les différences avec les hommes.....	13
1.2.1 Quelles complications/effets pathologiques: différences physiologiques entres les hommes et les femmes	14
1.2.2 Les différences psychologiques	16
1.2.3 Les différences de condition de vie	17
2 Les représentations de genre	19
2.1 Les effets du genre sur les consommations hommes/femmes	19
2.2 Les effets du genre sur les représentations sociales	20
2.3 Les effets du genre sur les représentations des professionnels du champ de la prise en charge.....	22
PARTIE 2 : L'ACCES AUX SOINS ET A L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES AVEC DES CONDUITES ADDICTIVES.....	24
1 Les femmes dans les centres CSAPA et CAARUD	24
1.1 Présentation des CSAPA	24
1.1.1 Création et cadre législatif.....	24
1.1.2 Les missions des CSAPA.....	24
1.2 Présentation des CAARUD	25
1.2.1 Création et cadre législatif.....	25
1.3 Proportion de femmes dans les centres CSAPA et CAARUD.....	26
2 L'accès aux soins des femmes avec des conduites addictives	27
2.1 Par quels biais les femmes accèdent-elles aux soins : entre obstacles et stratégies.....	27
2.2 La question de la mixité de l'accueil et des activités	30
2.3 Manœuvrer pour un accueil et un maintien dans les soins des femmes.....	31

3	L'accompagnement dans les soins des femmes avec des conduites addictives: vers un dispositif de prise en charge globale qui puisse permettre "l'accueil féminin"	34
3.1	Prendre en compte les besoins primordiaux la personne pour évoluer dans l'accompagnement aux soins.....	35
3.1.1	Accueil classique dans les locaux :	35
3.1.2	Suivi socio-éducatif	35
3.2	Un accompagnement dans les soins adapté aux spécificités féminines	38
3.2.1	La prise en charge des addictions elles-mêmes	39
3.2.2	Prise en charge des comorbidités	41
4	Travail en réseau pour une prise en charge pluridisciplinaire	44
4.1	Articulations entre les CSAPA et les CAARUD.....	44
4.2	Travail des CSAPA et des CAARUD en réseau avec des professionnels qui ne sont pas spécialisés dans la prise en charge des addictions.....	45
PARTIE 3: UNE PARTICULARITÉ FÉMININE: GROSSESSE, PÉRINATALITÉ, PARENTALITÉ.....		47
1	Effets et conséquences de la consommation de produits pendant la grossesse.....	47
1.1	Ampleur des consommations chez les femmes en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant	47
1.2	Les impacts sur la santé de la mère et de l'enfant.....	49
2	L'évolution des prises en charge	51
2.1	L'évolution des priorités, des politiques et des actions de prise en charge	51
2.2	La grossesse: une période de fortes pressions pour les femmes et une opportunité d'accrochage pour l'entrée ou le retour aux soins en addiction	53
2.3	Les professionnels face à la gestion des grossesses chez les femmes avec des conduites addictives	54
2.4	La protection de l'enfance auprès des mères ou futures mères avec des conduites addictives: entre appréhension et négociation	56
3	Accompagnement dans la parentalité: particularité du CSAPA Horizon	59
3.1	Actions globales du CSAPA Horizon	59
3.2	Soutien à la parentalité.....	60
Conclusion		65
Bibliographie		67
Liste des annexes		74

Introduction

Du médicament aux produits illicites, en passant par le tabac, l'alcool ou encore le jeu, force est de constater que l'attrait de l'interdit et la quête de sensations peuvent être à l'origine d'addictions. Elles touchent des individus de tous âges et de toutes catégories sociales, mobilisant l'ensemble du Service Public. Comme dans la plupart des pays européens ainsi que dans le reste du monde, les addictions constituent un problème majeur de santé publique dans l'hexagone.

Retenons qu'en France, la consommation de substances psychoactives est responsable de 100 000 décès évitables par an. Aussi, les conduites addictives interviennent dans environ 30 % des décès prématurés (autrement dit avant l'âge de 65 ans)¹. En 2009, si on ne s'intéresse qu'à l'alcool et au tabac, on parle de 49 000 décès pour l'un et de 73 000 pour le second².

Il est intéressant de rappeler que, si aujourd'hui les champs d'analyse et d'intervention de l'addictologie sont très larges, ça n'a pas toujours été le cas. Dans les années 70, ce sont les termes de "toxicomanie" et d'"usage de drogue" qui dominaient, occultant d'une part les très importantes différences entre les produits illicites en matière de dangerosité et de potentiel addictif, et sous-évaluant d'autre part le caractère nocif de produits licites comme le tabac et l'alcool. La loi de 1970³ sur le sujet en est le reflet, car le législateur y rassemblait dans un même groupe de multiples produits illicites et assimilait tous leurs consommateurs à des délinquants ou à des malades. La définition juridico-médicale instituée par cette loi accusait le « drogué » de mise en danger de la société. « Désormais, il n'est plus seulement un marginal, un dépravé, mais un délinquant passible de la justice pour répondre d'actes le mettant en danger lui-même et surtout jugés antisociaux.⁴ » analyse le psychiatre Alain Morel.

Cette loi datée du 31 décembre 1970 associait certes une vision de santé publique à une vision répressive, en témoignant l'injonction thérapeutique⁵ et la prévision d'un an d'emprisonnement pour les simples usagers. Elle répondait à une explosion de la consommation d'héroïne et des cas de surdoses mortelles sur le territoire ; contexte partagé par de nombreux autres pays européens à la fin des années 60. Et elle marqua un tournant vis-à-vis de la loi prohibitive précédente (datée de 1916) qui prévoyait des sanctions modérées à l'heure où l'usage de drogue par les soldats de la Grande Guerre posait question.

Puis, c'est avec l'urgence de l'épidémie du SIDA à la fin des années 1980 qu'a émergé en France une nouvelle approche chez les intervenants en « toxicomanie ». Elle était caractérisée par

¹ Bureau des "pratiques addictives" Direction Générale de la Santé (DGS), 14 août 2009

² BECK François et al., "Drogues, chiffres clés", Observatoire Français Des Drogues et des Toxicomanie, 7e édition, juin 2017

³ Guide d'intervention en milieu scolaire, piloté par la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) et la MILDT en 2005

⁴ MOREL A., « L'addictologie : croyance ou révolution ? », *Psychotropes*, vol. 12, n° 3, 2006

⁵ L'injonction thérapeutique est la possibilité de ne pas sanctionner pénalement les usagers de drogues s'ils acceptent de se soigner

une volonté pragmatique de réduire les risques de contaminations par le VIH chez les injecteurs de drogues, dont plus d'un quart était contaminé. La réduction des risques s'est alors rapidement imposée comme une stratégie de Santé publique novatrice. L'aspect sanitaire a été privilégié avec un certain nombre d'outils qui vont de la mise en place de lieux d'accueil pour les usagers très marginalisés au développement de traitements de substitution et à la mise à disposition de matériel stérile à usage unique, permise en 1987 par le décret Barzach. En 1996, on proposera même des programmes d'échange de seringues. La réduction des risques a bouleversé les stratégies de santé publique qui ne se limitent plus à l'unique interdiction et qui paradoxalement impliquent l'acceptation de l'usage. Les autorités de Santé publique, avec son inscription dans la loi de santé le 9 août 2004, reconnaîtront cette approche et lui donneront son cadre légal. De fait, la réduction des risques introduit une approche transversale qui s'appuie sur les principes de protection des jeunes et de précocité de l'intervention. Elle inclut parmi ses orientations prioritaires "les comportements à risque et les pratiques addictives".

Notons que l'usage de produits n'implique pas forcément la dépendance et que la consommation devient problématique quand l'usage comporte certaines formes de risques. Les usages que l'on qualifie d'usages à risques peuvent donc être de nature situationnelle (conduite d'automobiles, de motos, de scooters, de machines, et la grossesse) ou liés à une consommation de substances psychoactives de façon régulière et allant, au-delà d'un certain seuil de quantités. Le caractère chronique de la consommation et l'installation d'un état émotionnel négatif comme l'agressivité ou la violence en situation d'abstinence (faute de moyens financiers pour se procurer une substance par exemple) sont caractéristiques de l'usage à risque et de l'addiction⁶.

À partir des travaux de Peele⁷ et des approches cognitivo-comportementales, Goodman définit l'addiction comme "*un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives*"⁸.

Et l'approche addictologique naît du concept fédérateur de l'addiction, au cours des années 1990. Elle est à la fois complexe et subtile car elle relativise la part des effets et des produits pour s'intéresser à l'installation et à la pérennisation du comportement pathologique chez les individus. Elle met en lumière les ascendances clinique, neurologique et thérapeutique des addictions. Ainsi, elle prend en compte les facteurs de vulnérabilité et permet alors de mieux penser, et donc de traiter le début des troubles et les poly consommations. Elle donne enfin une place aux addictions comportementales, tel que le jeu pathologique.

6 KOOB GF., "Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies", Annals of the New York Academy of science, 2000

7 PEELE S. "The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation". Mass: Lexington Books, 1985

8 GOODMAN A. "Addiction: definition and implication", British Journal of Addiction, 1990

Cette évolution des concepts avait pour objectif de faire comprendre, accepter et intégrer l'intérêt d'un abord global et commun des addictions, après des années d'une approche clivée entre tabagisme, alcoolisme et toxicomanie. Cela a permis de comparer des produits psychoactifs licites à différents produits illicites et surtout d'objectiver leurs effets : les pathologies induites, leurs conséquences et leurs coûts.

Au niveau national, c'est la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA⁹) qui coordonne une politique publique globale. La terminologie « conduites addictives » en lieu et place de « toxicomanie » atteste d'une volonté politique assumée d'étendre le champ d'intervention du Service Public à l'ensemble des addictions. Il en va de même pour l'intitulé du plan gouvernemental adopté le 19 septembre 2013, dit de lutte contre la drogue et les conduites addictives¹⁰. S'il s'étendait jusqu'en 2017, ce plan s'inscrit aussi dans le cadre européen de stratégie antidrogue 2013-2020, adopté par le Conseil de l'Union Européenne en décembre 2012.

Les secteurs d'intervention autour de la prise en charge des addictions sont multiples : le secteur sanitaire via les hôpitaux et la médecine de ville, le secteur social à travers les établissements et services en faveur de l'insertion sociale et professionnelle, et enfin le secteur médico-social avec des structures tels que les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Lits halte soin santé, Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées (SAMSAH) etc.

Depuis qu'elles existent, ces structures d'accompagnement et de prise en charge des addictions sont beaucoup plus fréquentées par les hommes que par les femmes et la reconnaissance des besoins spécifiques des femmes dépendantes est relativement récente. La consommation de substances psychoactives connue pour être majoritairement masculine, n'incitait guère les acteurs à adopter une approche "genrée". Ces centres se sont alors développés en privilégiant les aspirations et le point de vue des hommes les fréquentant.

Pourtant les recherches qui vont apparaître sur les addictions au prisme du sexe vont souligner de claires différences entre les hommes et les femmes, que ce soit en matière de motivations de consommation, d'usages, de vécus, de risques ou d'entrée dans le parcours de prise en charge. Les professionnels accueillants se sont ainsi progressivement confrontés à l'évidence des besoins spécifiques des femmes. Cette prise de conscience s'est également

⁹ La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) devient en 2014 la MILDECA

¹⁰ Le plan gouvernemental du 19 septembre 2013 intervient avec trois grandes priorités sur la période 2013-2017: fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation; prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux; renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

enclenchée avec la difficulté visible de certaines femmes enceintes et/ou avec des enfants qui, face au contexte social et politique, vivaient mal leur grossesse et leur parentalité. Très vite, afin de protéger les enfants, il était bien souvent recommandé de placer des enfants dès leur naissance. Les préoccupations sont d'autant plus importantes que le devenir de ces enfants et de leurs mères sont incertains.

Dans les années 1970, malgré la mise en place du centre Marmottan et du centre Horizon qui sont parmi les initiateurs d'une approche spécifique envers les femmes, cette orientation reste secondaire. C'est ensuite, au milieu des années 1980 que le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction (GEGA) naît; de l'initiative de professionnels de la santé tels que des pédiatres et des sages-femmes particulièrement qui se préoccupaient des impacts des conduites addictives chez les femmes enceintes. Petit à petit, d'autres initiatives spécifiquement dirigées vers certaines vulnérabilités féminines émergent, comme auprès des femmes en situation de prostitution ou les femmes incarcérées. Mais elles sont demeurées relativement restreintes.

C'est dans la stratégie anti-drogue de 2005-2012¹¹ que le Conseil de l'Europe a désigné les femmes toxicodépendantes parmi les publics prioritaires. En France, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011¹² accorde alors une priorité à des objectifs de prise en charge des femmes toxicodépendantes et leurs enfants. Quant au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 cité plus tôt, il a été élaboré en dédiant l'une de ses trois grandes priorités aux femmes, avec la prise en compte des populations les plus exposées, pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.

Les risques de précarité économique, de pauvreté (emplois moins bien payés, plus de contrats précaires etc.), de précarité sociale (marginalisation) et psychique sont certes accrus chez les femmes; ce qui nous amène à nous interroger quant au parcours de ces femmes au sein de dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions, tels que les CSAPA et les CAARUD.

Ma question est la suivante : en quoi les dispositifs de soins spécialisés CSAPA/CAARUD permettent-ils un accès aux soins pertinent et un accompagnement personnalisé pour les femmes en situation de vulnérabilité? Il s'agira alors d'étudier la place des femmes avec des conduites addictives dans la société et au sein de ces dispositifs, d'étudier les interactions avec et entre les professionnels et de faire un état des lieux de la prise en considération des spécificités qui incombent à ces femmes ; la finalité étant bel et bien de proposer des axes d'amélioration.

Nous tâcherons dans une première partie, à comprendre la situation des femmes avec des conduites addictives (1), puis nous étudierons leur accès aux soins et l'accompagnement (2) et finirons par aborder les particularités féminines que sont la grossesse, la périnatalité et la parentalité.

¹¹ CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE, Stratégie antidrogue de l'UE 2005-2012, Bruxelles, le 22/11/2004

¹² Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, MILDT, Paris, 2008

Méthode

Il est question ici d'expliciter la démarche employée pour aboutir à la production de cet amas de connaissances. Le choix de ce sujet se positionne dans un contexte de travail sous la direction de la responsable du département "périnatalité, santé de l'enfant, santé de la femme" et dans les bureaux du département "personnes en difficultés spécifiques et addictions". La question du genre en lien avec la santé pose continuellement question, surtout face à une problématique qui est celle des addictions, c'est naturellement que cette problématique s'est construite.

Recherche documentaire

S'agissant de la revue de littérature, les moteurs de recherche bibliographiques en sciences sociales Cairn et Persée sont apparus être les plus pertinents, donc les plus utilisés. En complément, et afin d'avoir une perspective transversale en sciences sociales et en santé publique, la revue "La Santé de l'homme" (aujourd'hui "La Santé en action") a été consultée régulièrement. Elle fait partie des rares revues spécialisées dans le champ de la prévention, éducation et promotion de la santé. Parmi les autres sources bibliographiques importantes, nous pouvons citer les suivantes : La Documentation française, la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), certains rapports de l'ARS Ile-de-France, la veille documentaire de l'ARS Ile-de-France et particulièrement celle sur la périnatalité, les sites internet des l'ARS et certains sites institutionnels comme celui du Ministère des Solidarités et de la Santé, celui de la Haute Autorité de Santé (HAS), ou encore celui du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). Enfin, force est de constater que ce mémoire a été enrichie par une revue de littérature de l'institut d'Anthropologie Clinique (IAC) sur les femmes et les addictions¹³ et par de nombreuses études menées par la Fédération Addiction.

Entretiens semi-directifs

Parallèlement à la revue de littérature, la méthode dite qualitative des entretiens semi-directifs, utilisée en sciences sociales, a été mobilisée. L'entretien semi-directif permet aux enquêtés de répondre de façon ouverte aux questions et ainsi de nous donner un maximum d'informations. Ce format d'entretien nous permet également de nous adapter au discours de la personne interrogée et de resituer nos questions en les adaptant aux réponses données. Le choix d'une approche qualitative se justifie dans la mesure où il est question de comprendre les logiques et les méthodes d'actions des centres de prise en charge des addictions auprès des femmes. *"Aucune méthode n'est en tant que telle supérieure à une autre, elle est simplement plus*

¹³ "Revue de la littérature: femmes et addictions", Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 - www.federationaddiction.fr

ou moins efficace selon l'objet de la recherche"¹⁴. Il s'agissait d'interroger les professionnels de santé quant à la place qu'ont les femmes dans ces structures et d'évaluer l'intérêt porté aux problématiques de genres dans l'étude et le traitement des addictions. Enfin, il semblait plus approprié de donner la parole spécifiquement aux professionnels des dispositifs CSAPA et CAARUD, afin d'identifier les difficultés et les leviers d'actions sur la question de l'accès aux soins et l'accompagnement des femmes usagères de substances psychoactives.

Territoire et population interrogée

Le terrain d'enquête s'est étendu sur l'ensemble de l'Île-de-France. La sélection des centres et la mise en contact ont été possibles grâce à la mise à disposition de la liste et des coordonnées par la Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités de l'ARS Ile-de-France. Dans le choix des CSAPA et CAARUD à interroger, nous avons tenu à nous rendre sur un maximum de départements de la région Ile-de-France. Les équipes de ces dispositifs étant pluridisciplinaires, nous avons essayé de rencontrer le plus large panel de professionnels possibles, avec des profils variés (médecins, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, infirmiers etc.). L'objectif était d'avoir une vision large et des expériences diversifiées. Par ailleurs, il semblait primordial de rencontrer la responsable du département "difficultés spécifiques et addictions" de l'ARS Ile-de-France afin de comprendre le déploiement des politiques autour des drogues, et le cadre de collaboration entre cette institution et les centres d'addictions. Enfin, nous avons interrogé, et ce pour comprendre le travail dit en réseau, un médecin psychologue du Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires (DAPSA). Ce dispositif travaille en étroite collaboration avec les professionnels en contact avec des femmes ayant des problématiques d'addiction.

Grilles d'entretiens et modalités des rencontres

Dans les annexes 1 et 2, vous pourrez retrouver le récapitulatif des différents entretiens menés ainsi que les grilles d'entretiens sur lesquels nous nous sommes appuyés. Les grilles d'entretiens ont été adaptées en fonction des professionnels ou des centres rencontrés. Un premier entretien auprès d'un CAARUD qui fut assez bancal, au sens où les questions étaient trop orientées vers les femmes alors que c'est un centre qui en accueille très peu, nous a permis de retravailler cette grille pour les entretiens suivants. Les entretiens suivants, et plus précisément ceux auprès des professionnels en relation avec les femmes, ont été plus approfondis. Au total, neuf entretiens ont été menés, d'une durée de 50 minutes à 2 heures. Un entretien téléphonique a duré 30 minutes car l'interviewé n'était pas disponible davantage. Par ailleurs, cinq entretiens

¹⁴SCHNAPPER Dominique, "La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique", Presses Universitaires de France, 2012.

ont été effectués en présentiel et 4 entretiens au téléphone. Ils ont été tous enregistrés puis retranscrits par mes soins, à l'exception de l'entretien à la maison d'arrêt de Versailles où l'entrée avec le téléphone mobile qui me servait de dictaphone était interdite. Les personnes interrogées ont été assurées du caractère confidentiel et anonyme des propos issus des entretiens. Enfin, une contextualisation constituée d'une présentation personnelle, d'une présentation du sujet de mémoire ainsi qu'une présentation des objectifs de l'entretien ont été indiqués à chaque personne interrogée avant de débiter l'entretien semi-directif.

Limites

Enfin, il convient d'énoncer les quelques limites relatives à notre enquête de terrain. La première est de nature quantitative. Car, quand bien même le but n'est pas de réaliser de nombreux entretiens, si nous avions disposé davantage de temps, nous l'aurions probablement utilisé pour interroger d'autres professionnels spécialisés dans la prise en charge des femmes et des mères avec des problèmes d'addiction, ou travaillant en centres d'addictions aux côtés de ce public.

Aussi, l'enquête réalisée sur le mois de juillet a rendu difficile la mobilisation de certains professionnels au sens où, certains étaient en congé ou peu disponibles.

Pour approfondir davantage la thématique de réseau, nous souhaitions également rencontrer un professionnel d'Équipe de Liaison et de soins en Addictologie (ELSA). Cependant, nous n'avons pas reçu de retour quant à notre demande d'entretien. S'agissant de la possibilité d'échanger avec les femmes elles-mêmes, nous l'avons envisagée, mais le contexte d'investigation, avec notamment le manque d'appui ou la réticence de certains professionnels, ainsi que le temps imparti, ne l'ont malheureusement pas permis.

Par ailleurs, une contrainte importante dans ce travail a été l'incapacité de certains professionnels de répondre à certaines questions spécifiques aux femmes. Cette observation est révélatrice d'un manque de présence des femmes avec des problématiques d'addiction dans les centres dédiés et, par extension, d'un manque patent de connaissances quant à leurs expériences.

PARTIE 1 : COMPRENDRE LES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES FEMMES

Afin de bien appréhender la problématique soulevée, il s'agira en premier lieu de s'intéresser au contexte des femmes consommatrices de substances psychoactives. Pour ce faire, nous devons réaliser un état des lieux épidémiologique de leur consommation et de l'ampleur qu'elle prend chez les femmes comparativement aux hommes. En outre, nous nous pencherons sur le lien entre genre et comportements de consommation.

1 Etat des lieux

1.1 Evolution des modes de consommation chez les individus

1.1.1 *Quels types de produits*

Il convient, pour mieux appréhender la suite de nos propos, de savoir ce que recouvre la notion de "conduites addictives" en termes de substances.

Par un abus de langage, on désigne par les termes de "conduites addictives", l'ensemble des comportements de consommation portant sur un groupe de substances très diverses sur le plan pharmacologique mais qui possèdent toute la propriété commune d'être capables d'induire un état d'addiction, c'est-à-dire un besoin impérieux et répétitif d'utiliser une ou plusieurs substance ou autrement appelées "drogues". Parmi les substances psychoactives, on considère les différentes classes de substances suivantes : Alcool, caféine, cocaïne, nicotine, phencyclidine, anxiolytiques, amphétamines, cannabis, hallucinogènes, opiacés, solvants volatils ou encore sédatifs également appelés hypnotiques. Mais dans le cadre de ce mémoire, nous serons amenés à aborder plus particulièrement les substances suivantes : l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne, le crack, l'héroïne et les médicaments psychotropes.

L'OMS a défini en 1968 les drogues selon leur potentialité à entraîner :

- une tolérance à des doses de plus en plus élevées ;
- une accoutumance avec une nécessité d'augmenter les doses pour retrouver les effets recherchés ;
- une dépendance physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt ;
- une dépendance psychique avec nécessité d'en reprendre pour retrouver les effets ou calmer le malaise psychique lié à la privation.

Dans la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC), on retrouve une classification des "drogues" incluant des médicaments ou des substances illicites. Delay et Deniker

proposent cette classification et la structure en 3 grands groupes selon leur activité au niveau du système nerveux central¹⁵: les psycholeptiques qui dépriment le fonctionnement psychique, les psychoanaleptiques qui le stimule et enfin les psychodysleptiques qui le modifie.

Afin de parler de conduites addictives, il faut aussi prendre en compte les niveaux d'usage des substances.

1.1.2 *Quelles fréquences d'usage*

L'épidémiologie des consommations définit des niveaux d'usages¹⁶:

- Expérimentation: au moins un usage au cours de la vie
- Usage dans l'année ou usage actuel: consommation au moins une fois au cours de l'année; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.
- Usage régulier: au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois.

Tous les usagers d'une substance donnée n'en deviennent pas dépendants et il existe plusieurs façons de classer les types d'usage. Les effets des substances et le risque de développer une addiction sont modulés par des facteurs liés aux produits (substances utilisées, quantités absorbées, fréquence et durée de consommations), des facteurs individuels (héritabilité génétique, histoire personnelle, facteurs psychologiques et familiaux) et des facteurs environnementaux (contexte social, culturel). Ainsi, la communauté scientifique internationale identifie trois types de comportement de consommation qui vont de l'usage, de l'abus jusqu'à la dépendance.

L'usage simple ou la consommation occasionnelle de substances psychoactives n'entraîne ni complication pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres¹⁷. L'usage simple ne provoque pas de dommages aux niveaux somatiques, psycho affectif et/ou social et n'est donc pas considéré comme pathologique. L'utilisateur n'est pas dépendant. Il peut moduler ou arrêter sa consommation à tout moment, en fonction du contexte dans lequel il se trouve. Ce mode de consommation est souvent mis en avant par les consommateurs réguliers mais qui dans un mécanisme de déni ou de banalisation, sous-estiment leur niveau d'intoxication et ses conséquences. Par ailleurs, cet usage ne protège pas des risques

¹⁵ ANNEXE 3: Tableau de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) des médicaments psychotropes et stupéfiants ayant un potentiel de mésusage, d'abus ou de pharmacodépendance

¹⁶ BECK François et al., "Drogues, chiffres clés", Observatoire Français Des Drogues et des Toxicomanie, 7e édition, juin 2017

¹⁷ Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), MILDT/CFES "Drogue: savoir plus, risquer moins", Fascicules, 2010

situationnels et de conséquences judiciaires comme les accidents de la route, du travail ou les impacts des consommations durant la grossesse par exemple.

L'abus ou l'usage nocif se caractérise par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, pour la personne elle-même et son environnement sans atteindre le niveau de dépendance. Le caractère pathologique de ce mode de consommation est donc simultanément défini par la répétition de la consommation et par l'existence de dommages induits. De même que les dommages ne sont pas uniquement d'ordres sanitaires, mais aussi relationnels, professionnels, financiers etc.

La dépendance est définie par le Dr Fouquet (1951) comme "la perte de liberté, de s'abstenir" ou "la perte de contrôle"¹⁸. C'est un besoin irrésistible de consommer. La personne ne peut plus moduler ses consommations en fonction du contexte dans lequel elle se trouve. Volkow et collaborateurs définissent l'addiction comme "un trouble caractérisé par un processus récurrent comprenant l'intoxication répétée puis l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant de signes de sevrage et d'un besoin compulsif de consommer ou craving"^{19,20}. Le caractère chronique et l'installation d'un état émotionnel négatif lorsque l'accès au produit est impossible et l'évolution par rechutes sont caractéristiques²¹. Les termes d'addiction et de dépendance sont pratiquement équivalents²². Le terme d'addiction permet un élargissement du concept de dépendance aux toxicomanies sans drogue ou addiction comportementales telles que le jeu pathologique, la kleptomanie, la boulimie et les addictions sexuelles²³.

1.1.3 *Population en conduite addictive en France: usages de produits psychoactifs en population générale et chez les femmes*

Cette partie constitue un état des lieux des usages de produits psychoactifs en population générale en France métropolitaine, en faisant ressortir les différences de consommation entre les hommes et les femmes.

Afin d'obtenir une image la plus représentative possible des usages de substances psychoactives, nous mobiliserons les résultats des enquêtes nationales déclaratives Baromètre

¹⁸ FOUQUET P., "Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme." Evol Psych, 2001

¹⁹ Le craving est une pulsion incontrôlable, de très forte intensité, comparable à la soif ou la faim, une envie irrésistible de consommer de façon compulsive.

²⁰ Volkow ND., Fowler JS., Wang GJ., Goldstein RZ., "Role of dopamine, the frontal cortex, and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies", Neurobiology of learning and memory, 2002

²¹ Koob GF, LE MOAL M., "Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis". Neuropsychopharmacology, 2001

²² ADÈS J, LEJOYEUX M., "Dépendances comportementales", Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris: Elsevier, 1999

²³ se référer à l'annexe n°4 pour une liste globale des effets par nom ou famille de produits

santé²⁴ pour expliciter les comportements de consommation des adultes et repérer les spécificités féminines.

Les niveaux d'expérimentation apparaissent très différents selon le sexe et l'âge chez les 18-64 ans. Les hommes se révèlent toujours plus expérimentateurs que les femmes, quel que soit le produit et concernant l'expérimentation de substances illicites, c'est parmi les jeunes qu'elle est plus importante et diminue avec l'âge. Cependant, quel que soit la substance consommée, la durée écoulée entre l'expérimentation et la dépendance est généralement plus faible pour les femmes²⁵.

L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus répandue en France, avec près de 87% de la population française (9 personnes sur 10) qui déclarait avoir consommé une boisson alcoolisée au moins une fois au cours des douze derniers mois, pour 13% qui n'en ont pas du tout consommé en 2014. Par ailleurs 38% déclarent avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine et 39% au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement) et 10% déclarent boire quotidiennement de l'alcool (ce type de consommation se rencontre presque exclusivement chez les personnes de plus de 50 ans).

En 2014, parmi la population des 15-75 ans, les femmes étaient 84% et les hommes 88,9% à consommer de l'alcool au cours de l'année. Elles étaient donc quasiment aussi nombreuses à consommer occasionnellement. Mais plus on approche d'un usage intensif, plus on peut constater une différence entre les hommes et les femmes: 26,5% des hommes ont connu des ivresses dans l'année contre 12,1% des femmes. Il en va de même pour les ivresses régulières: 6,2% chez les hommes contre 1,6% de femmes. Chez les adolescents de 17 ans l'initiation à l'alcool est davantage le fait des garçons: elles sont 88,3% de filles pour 90,2% de garçons à l'expérimenter.

En France, en 2014, le tabac est l'un des produits psychoactifs les plus consommés avec 86% d'hommes et 76% de femmes de 18-75 ans qui déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie et l'usage quotidien concerne 29% des adultes (33% d'hommes et 25% de femmes)²⁶.

Le tabac est le produit où les différences d'usages entre les hommes et les femmes sont les moins marquées. Ceci est notamment dû à la hausse récente de consommations de tabac chez

²⁴ OFDT "Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014", Baromètre santé 2014, Tendances, n°99, 2015. Depuis 2000, l'OFDT exploite avec l'INPES (INPES intégré à SPF en 2016) la partie "addictions du Baromètre Santé, à travers la mesure des niveaux d'usage de produits afin d'évaluer les liens de la consommation des substances psychoactives avec d'autres facteurs. Et dans l'objectif de mener des analyses régionales de ces consommations. Cette enquête complète parfaitement le dispositif d'enquêtes en population adolescente de l'OFDT: ESCAPAD

²⁵ CORMIER RA., DELL CA., POOLE N., "Women and substance abus problems", BMC Women's Health, 2004

²⁶ Beck F., Richard J-B., Gauduchon T., Spilka S., "Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014", tendances n°99, 2015

les femmes entre 45 et 65 ans. Chez les adolescents de 17 ans, l'expérimentation du tabac est plus fréquente parmi les filles, elles sont 70,1% à y être initié pour 66,8% de garçons.

Tous produits confondus, l'expérimentation de substances illicites concerne plus les hommes que les femmes (50% d'hommes contre 33% de femmes). Parmi ces produits, le cannabis reste le plus répandu dans la population française. En 2014, 42% des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Il est plus répandu parmi les jeunes de 18-25 ans: l'usage de cannabis au cours de l'année atteint son niveau maximum avec 34% d'hommes et 23% de femmes dans cette tranche d'âge. La hausse est surtout portée par les moins de 40 ans chez les femmes, alors que chez les hommes, la hausse est nette entre 35 et 55 ans. Cette hausse est liée au contexte de développement de l'offre. Chez les jeunes de 17 ans, l'initiation au cannabis est comme l'alcool davantage une tendance masculine, ils sont respectivement 49,8% de garçons et 45,8% de filles à l'expérimenter.

Après le cannabis, ce sont la cocaïne et les poppers²⁷ qui sont les plus expérimentés, même si leur usage actuel ne concerne que 1% de la population des 18-64 ans. Concernant l'usage de cocaïne: 5,6% des 18-64 ans l'avait expérimentée en 2014 au moins une fois au cours de leur vie contre seulement 1,2% en 1995. Un peu plus de 1% des 18-4 ans en a par ailleurs consommé en 2014, contre 0,9% en 2010. C'est une consommation qui est plus importante chez les 18-25 ans (3,1%) et les 26-34 ans (2,2%) et régresse ensuite fortement. Les hommes sont deux à trois fois plus consommateurs que les femmes.

Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques tels que la MDMA/ecstasy et les amphétamines sont respectivement de 4,3% et de 2,3%. En 2014, l'usage dans l'année de MDMA/ecstasy est de 0,9% alors qu'il était de 0,3% en 2010. Son niveau maximum est entre 18 et 25 ans (3,8%), il est trois fois moindre entre 26 et 34 ans (1,3%) et est quasi nul après 35 ans. Les progressions des prévalences sont liées à une plus forte disponibilité du produit dans ses différentes formes (poudre, cristal ou comprimés) et de teneurs plus importantes en "principe actif".

Concernant la consommation de champignons hallucinogènes ou de l'héroïne par exemple elles sont moindres. La consommation de champignons hallucinogènes concerne 4,8% des personnes interrogées (6,8% chez les hommes e 2,8% chez les femmes) et l'usage actuel est à 0,3%. La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5% dans l'ensemble des 18-64 ans

²⁷ Les poppers sont des liquides volatils qui dilatent les vaisseaux sanguins, ils sont considérés comme des produits stupéfiants. Les utilisateurs recherchent ses effets euphorisants, relaxants et aphrodisiaques

(2,5% parmi les hommes vs 0,6% parmi les femmes) et l'usage actuel est lui très rare (0,2% des personnes interrogées)²⁸.

Les expérimentations impliquant d'autres substances telles que l'héroïne, les champignons hallucinogènes ou le LSD sont nettement inférieures. Au cours de l'année, les consommations de ces produits ne dépassent pas 0,2% de la population.

Concernant l'usage de cocaïne, poppers, MDMA, ecstasy, héroïne, champignon hallucinogène, LSD, crack, produits à inhaler ou les amphétamines, l'expérimentation est moins courante chez les femmes que chez les hommes. En revanche une plus grande proportion d'entre elles déclare en avoir consommé au moins une fois dans l'année, sauf pour les poppers. A 17 ans, les adolescents qui ont consommés l'un de ces produits en sont, dans leur très grande majorité, restés à une simple expérimentation²⁹.

Toutes les enquêtes indiquent une prévalence de consommation plus importante chez les hommes que chez les femmes, quels que soit le produit consommé, à l'exception des médicaments psychotropes. La consommation de médicaments psychotropes constitue une catégorie à part compte tenu de leur usage majoritairement médicalisé, soulignant que cet usage est majoritairement féminin. L'expérimentation de médicaments psychotropes, en 2014, concerne 42,8% de femmes contre 26,9% d'hommes parmi la population des 18-64 ans et c'est 22,9% des femmes et 13,4% des hommes qui en consomment dans l'année parmi la population des 18-75 ans.

1.2 Les spécificités féminines et les différences avec les hommes

Si les niveaux d'usages des drogues apparaissent différenciés entre les hommes et les femmes, les études mettent en avant également un comportement différent entre les hommes et les femmes face à la consommation et un risque accru des femmes à s'inscrire dans des usages problématiques³⁰, voire dans des usages qui génèrent des problèmes plus importants³¹. Alors quelles sont les spécificités à être une femme face aux psychotropes? Etre une femme est-il un facteur de risque à l'usage et au passage à l'usage problématique?

²⁸ Beck F., Richard J-B., Gauduchon T., Spilka S., "Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014", *tendances* n°99, 2015

²⁹ Spilka S., Le Nezet O., Ngantcha M., Beck F., "Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014", *tendances*, n°100, mai 2015

³⁰ Greenfield S.F., Burgdorf K., Chen X., Porowski A., Roberts T et Herrell J, "Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies", *The American journal of drug and alcohol abuse*, aout 2004

³¹ Kay A., Taylor T.E, Barthwell A.G, Wichelecki J. et Leopold V., "Substance use and women's health", *Journal of addictive diseases*, avril 2010

1.2.1 *Quelles complications/effets pathologiques: différences physiologiques entre les hommes et les femmes*

La consommation de substances psychoactives a des conséquences sur la santé des usagers et, leur entourage ou l'environnement. Les femmes ont un volume de liquide corporel plus faible que celui des hommes et elles métabolisent différemment, ce qui entraîne dans le cas de l'alcool notamment un taux d'alcoolémie plus élevé à quantité ingérée identique et après ajustement sur le poids.

En France, l'alcool et le tabac du fait de leur niveau de consommation que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien sont les substances psychoactives les plus consommées en France. Le tabac est moins expérimenté que l'alcool (38,2 millions vs 46,9 millions de personnes), mais nettement plus souvent consommé quotidiennement (13,3 millions vs 4,6 millions de personnes). En 2013,³² une estimation du nombre annuel de décès a imputé plus de 73 000 décès au tabagisme, soit 13% des décès enregistrés en France. Les pathologies qui sont associées au tabac sont: les cancers des bronches, des poumons (qui causes 35% des décès liés au tabac), des voies aéro-digestives supérieures, les maladies respiratoires (bronchites chroniques obstructives) et les maladies cardiovasculaires. Concernant les femmes, il augmente le risque de cancer du col de l'utérus ou du sein et provoque aussi une baisse de fertilité et une augmentation des grossesses extra-utérines³³. Entre 2000 et 2013, si le nombre de décès attribuables au tabac a légèrement diminué pour les hommes, il a en revanche été multiplié par deux dans la population féminine, passant d'environ 8000 décès en 2000 à plus de 17 000 décès en 2013³⁴. Si le nombre de nouveau cas de cancer chez les hommes se stabilise, chez les femmes il augmente. Depuis 2005, le cancer du poumon montre une accélération du taux de mortalité chez la femme et est en train de devenir la première cause de décès par cancer chez la femme³⁵. Chez les femmes de 50-74 ans, c'est déjà la première cause de décès par cancer. Ce qui peut le justifier, est un décalage temporel vis-à-vis des évolutions de consommations tabagiques entre les genres. Pour cause, les femmes se sont mises à fumer plus massivement à la fin des années 60 et les générations suivantes autant, sinon plus, alors qu'à l'inverse les hommes ont beaucoup arrêté la cigarette.

S'agissant de l'alcool, en France, en 2009, il a été estimé responsable d'environ 49 000 décès par an: 36 500 chez les hommes et 12 500 chez les femmes, ce qui représente respectivement 13% et 5% du total des décès. Un tiers par cancer et un quart par maladie cardio-

³² 2013 est la dernière année de mortalité disponible

³³ Habib P., "Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement?" Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005

³⁴ Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderiotis S., Boussac-Zarebska M., Cao B, Benmarhnia T., "Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013", BEH, 2016

³⁵ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) et SPF, "L'état de santé de la population en France.", Rapport 2017

vasculaire sont les causes de mortalité du fait de la consommation d'alcool³⁶. L'alcool demeure ainsi la seconde cause de mortalité évitable, après le tabac. Les conséquences sanitaires relatives à la consommation d'alcool sont multiples : cirrhose du foie, psychose alcoolique, cancers des voies aéro-digestives, maladies cardio-vasculaires, cancer du foie, troubles psychiques, atteinte du système nerveux, etc. Chez les femmes, la consommation d'alcool peut considérablement accroître les risques d'ostéoporose ou de cancer du sein ou d'infertilité. Par ailleurs, les cirrhoses du foie apparaissent plus tôt chez les femmes que chez les hommes, avec une quantité d'alcool moins importante. La question de la consommation d'alcool est cruciale chez les femmes, notamment lorsqu'elles sont enceintes. Une femme consommant de l'alcool durant sa grossesse risque de faire une fausse couche; de donner naissance à un bébé mort-né; de donner naissance à un bébé de faible poids ou prématuré ou à un bébé touché par des troubles liés au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). L'alcoolisation ponctuelle, et à des doses importantes, provoque un état d'ivresse et peut entraîner des accidents de la route, de la vie courante ou professionnelle mais aussi des troubles digestifs, des nausées, des vomissements, des pertes de contrôle de soi qui peuvent conduire à des comportements de violence, à des passages à l'acte, agressions sexuelles, suicides, homicides auxquels les femmes peuvent être particulièrement vulnérables³⁷. En effet, les femmes courent de plus grands risques d'être victimes de violences, ou d'agressions sexuelles, lorsqu'elles boivent de manière excessive.

Sur le plan sanitaire, le cannabis occupe une place spécifique par rapport aux autres drogues illicites. Parmi les produits psychoactifs illicites, il est de très loin le plus consommé (17 millions de personnes à l'avoir essayé). En effet, le cannabis est 10 fois plus consommé que la cocaïne ou l'ecstasy et 55 fois plus que l'héroïne pour les consommations annuelles³⁸. En revanche, sa toxicité est moins marquée et donc moins évidente, il ne provoque pas de décès par intoxication aiguë (surdoses). Les données obtenues démontrent que sa consommation multiplierait par 3 le risque de cancer du poumon et par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route³⁹. Pour tous les produits illicites confondus, alors que les décès par surdose avaient fortement chuté à la fin des années 1990, ils ont de nouveau augmenté de 2003 à 2010. Ceci s'explique sans doute par un élargissement des consommations d'opiacés⁴⁰. En 2014, les médicaments de substitution aux opiacés sont en cause dans 55% des décès par surdose et l'héroïne dans 26%. Le pourcentage de décès révélant l'implication de la cocaïne est de 14%, tandis qu'il atteint 8% pour le cannabis et 4% pour les amphétamines et la MDMA/ecstasy. En

³⁶ INVS "L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France" BEH, n°16-17-18, mai 2013

³⁷ BECK François et al., "Drogues, chiffres clés", Observatoire Français Des Drogues et des Toxicomanie, 7e édition, juin 2017

³⁸ OFDT, "synthèse thématique, vue d'ensemble/toutes drogues", mai 2018

³⁹ OFDT "Drogues, chiffres clés", juin 2013

⁴⁰ CépiDC, INSERM: Registre national des causes de décès

outre, dans 30% des décès, plusieurs substances étaient impliquées⁴¹. Alors que les hommes suivis en CSAPA ou CAARUD pour usage de substances illicites (hors cannabis) ou de médicaments opiacés ont un risque global de décès 5,6 fois plus élevé que les autres hommes de même âge, chez les femmes, le risque de décès est multiplié par 18,5⁴².

Faisons un point sur les effets des différentes substances psychoactives illicites.

Les effets du cannabis : tremblements, malaises, une impression d'étouffement et d'angoisse.

Les effets de la cocaïne : état dépressif, d'anxiété (que certains sont amenés à apaiser par la prise d'héroïne ou de médicaments psychoactifs), troubles du rythme cardiaque, troubles psychiques. Sa propension à lever les inhibitions et donner une impression de toute puissance peut conduire à des agressions physiques voire sexuelles.

Les effets du crack (mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque) : idem que la cocaïne si ce n'est qu'ils sont encore plus intenses et plus brefs et que l'état dépressif qui en succède est encore plus marqué. Son usage régulier peut provoquer des hallucinations, des comportements violents, paranoïaques et/ou suicidaires. La consommation régulière de cette substance peut également provoquer des lésions cérébrales et cutanées d'une part, et des arrêts respiratoires et/ou cardiaques d'autre part.

Les effets de l'héroïne : sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque; anxiété et agitation en cas de manque (l'héroïne agissant comme anxiolytique et antidépresseur); anorexie, insomnie et dépressions respiratoires souvent mortelles. L'utilisation de matériel d'injection et des autres objets de préparation partagée entre les usagers expose à des infections locales (risques élevé d'être contaminé par le virus du sida (VIH) ou l'hépatite C (VHC). En 2011, parmi les usagers de drogues injecteurs (UDI) au moins une fois dans leur vie, la prévalence biologique du VHC était de 64%, et celle du VIH était estimée à 13%.

Comme pour l'alcool et le tabac la consommation de drogues illicites représente une préoccupation chez les femmes, d'autant plus chez les femmes enceintes et d'autant plus qu'elles vivent souvent dans des conditions de très grandes fragilités. La consommation d'opiacés peut induire des cycles menstruels irréguliers voir une aménorrhée pouvant entraîner par ailleurs un risque plus élevé de grossesses non désirées chez les femmes qui en consomment.

1.2.2 *Les différences psychologiques*

Les femmes qui présentent des usages problématiques d'alcool et d'autres substances psychoactives présentent des niveaux de comorbidité psychiatriques supérieurs aux hommes, en

⁴¹ ANSM: Enquête DRAMES 2014

⁴² OFDT: Cohorte mortalité des usagers de stupéfiants 2009-2015

particulier des troubles de l'humeur et des troubles anxio-dépressifs⁴³. Les femmes qui sont en consommation d'alcool présentent pour 65% d'entre elles des situations de dépression, elles sont 80% à expliquer leur consommation excessive pour des raisons de problèmes psychoaffectifs et 46% sont poly toxicomanes (tabac et médicaments). Notons par ailleurs que le diagnostic de la dépression est plus souvent primaire chez les femmes, alors que chez les hommes la comorbidité est plus souvent secondaire au diagnostic de toxicomanie. Au commencement même de la consommation, les motivations ne seront pas les mêmes pour les hommes et les femmes. Alors que pour les premiers l'addiction est liée aux relations avec leurs pairs ou à la solitude, pour les secondes ce sera davantage en lien avec leur vie affective. De même que si les hommes et les femmes ont des usages de substances psychoactives similaires, les femmes présentent principalement des troubles dépressifs et des problèmes dans le domaine de la santé mentale.

Les femmes auraient par ailleurs recours à l'alcool pour ses effets médicament, pour traiter des problèmes psychologiques trop durs à supporter: "elles souffrent de troubles psychiques donc elles ont besoin de calmer un peu leurs angoisses, leurs comorbidités et leurs idées noires et elles ont besoin de calmer un peu toutes ces pulsions là pour éviter le passage à l'acte"⁴⁴.

Les effets médicaux de l'ingestion de drogues sont plus forts chez les femmes, notamment chez celles qui présentent des problèmes psychiatriques⁴⁵. Par ailleurs, des études font état d'une importance accrue de comorbidité psychiatrique chez les femmes usagères de drogues⁴⁶. De même que l'abus de substances et les problèmes mentaux coexistent fréquemment chez les femmes qui ont subi de la violence, des traumatismes ou des abus. "Le profil de notre gente féminine, c'est plutôt le profil souffrant de pathologies psychiatriques. Donc très peu qui sont insérées dans le monde professionnel. Avec des histoires d'abandon, avec des enfants qui ont été placés pour la majorité."⁴⁷ Des études font apparaître une surdétermination du syndrome post-traumatique chez les femmes usagères de drogues et les traumatismes durant l'enfance seraient à l'origine des carrières de consommation de ces femmes. Ces profils sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

1.2.3 Les différences de condition de vie

Les différences d'usage entre les hommes et les femmes diffèrent selon le produit consommé. Concernant l'alcool, la différence entre les sexes apparaît moins marquée dans les

⁴³ Zilberman M.L, Tavares H., Blume S.B, et El-guebaly N., "Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities", Canadian journal of psychiatry, Revue canadienne de psychiatrie, février 2003

⁴⁴ Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

⁴⁵ SIMMAT-DURAND Laurence, "Femmes et addiction dans la littérature internationale: sexe, genre et risques", BEH, n°1011, 10 mars 2009

⁴⁶ Harrop E.N et Marlatt G.A, "The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment", Addictive behaviors, mai 2010

⁴⁷ Entretien au CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

milieux favorisés que dans les milieux défavorisés. Concernant le tabac la consommation des catégories sociales les moins favorisées est plus différenciée et plus masculine comme nous l'avons démontré précédemment. Cette évolution est la marque d'un effet de génération, avec des femmes qui ont commencé à consommer du tabac afin de s'émanciper, améliorer leur accès aux droits et pour un rapprochement des comportements masculins et féminins. S'agissant des médicaments psychotropes, il faut noter que leur remboursement est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, selon l'INSERM. Plusieurs hypothèses expliqueraient leur surprescription aux femmes : tendance à diagnostiquer plus facilement chez les femmes une origine « psychologique » à certains problèmes physiques, investissement plus facile du rôle du patient par les femmes ou une tendance au déni ou à la gestion sans médicament de la souffrance psychologique chez les hommes notamment.

Les enquêtes menées, auprès des personnes accueillies dans les structures sanitaires notamment, permettent de faire certains constats. En commençant par le fait que les consommateurs d'alcool ou de drogues illicites en traitement, se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de l'ensemble de la population française et les consommateurs de drogues illicites étant encore plus marginalisés que les uniques consommateurs de d'alcool. La consommation de produits psychoactifs et l'exclusion sociale sont souvent associés et se renforcent mutuellement.

Les sous-populations spécifiques telles que les femmes à la rue et les femmes en situation de prostitution sont paradoxalement plus visibles par les acteurs de la prise en charge, CSAPA et CAARUD. Les enquêtes ANRS-Coquelicot⁴⁸ et ENA-CAARUD⁴⁹ décrivent la réalité de ces femmes en situation de grande précarité en France.

Le comportement de consommation présente lui aussi certaines différences entre les hommes et les femmes et notamment en termes de vie sexuelle pour laquelle les femmes prennent plus de risques. Les femmes seraient plus susceptibles que les hommes à avoir des relations en échange d'un produit, notamment les drogues ou d'argent ou à avoir un partenaire sexuel injecteur de drogue, mais elles seraient également les dernières à utiliser les seringues lors d'un partage: *“quand tu es dans des situations de couples, il y a souvent quand même ce rapport*

⁴⁸ Jauffret-Roustide M., Oudaya M.L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat E., Couturier E., Emmanuelli J., Desenclos J.C., “Trajectoires de vie et prises de risques chez les les femmes usagères de drogues “, Médecine/Sciences, vol 24, n°2, 2008

Le but de cette étude est d'estimer la proportion d'usagers de drogues infectés par le VIH et de comprendre les déterminants de l'exposition aux risques infectieux

⁴⁹ ENa-Caarud est une enquête nationale transversale menée tous les deux ans par l'OFDT pour la Direction générale de la santé, auprès des usagers de drogues présents dans les Caarud lors de la semaine d'enquête. Elle a pour objectif de recueillir des informations concernant la situation démographique et socio-économique, les pratiques, les consommations des usagers ainsi que certains aspects de leur état de santé (maladies infectieuses, « surdoses » non mortelles) et de leur prise en charge.

*de domination masculine, on le voit à la salle de consommation c'est le mec qui injecte la nana, c'est pas la nana qui injecte le mec.*⁵⁰

Dans le cas où les femmes sont en situation de prostitution, il va arriver que les femmes aient recours à la prostitution pour acheter des drogues, mais il arrive aussi qu'elles consomment les drogues pour se livrer à la prostitution. Ainsi, ces femmes ont des trajectoires encore plus chaotiques. Elles sont également confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC, liée au contexte de leur consommation de drogues et de leur sexualité. Alors que les hommes quant à eux, pour financer leur consommation vont avoir plus souvent recours aux conduites délictueuses et aux activités de trafic de drogues particulièrement.

Nous retiendrons que si les différences de consommation de substances psychoactives entre les hommes et les femmes sont avérées, elles peuvent être expliquées par la physiologie féminine, les caractéristiques psychiques et certaines conditions de vie chez les femmes usagères de drogues, qui sont autant de facteurs de vulnérabilité spécifiques aux femmes.

2 Les représentations de genre

Le qualificatif "genré" est largement employé dans les domaines de la réduction des risques (drogues SIDA) de recherche sociologique et de plus en plus dans le champ de la santé et de la prévention et promotion de la santé. Il renvoie ici essentiellement à la condition féminine et au fait que les facteurs étiologiques de progression de l'addiction et d'accès au traitement diffèrent entre les femmes et les hommes.

2.1 Les effets du genre sur les consommations hommes/femmes

Il apparaît nettement que les conduites addictives, comme toutes les conduites humaines, sont traversées par les rapports de sexe ou plus communément dit rapports "de genre". Il y a peu d'approches en France qui prennent en compte le genre, notamment par rapport aux pays anglo-saxons tels que la Suisse ou le Canada. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que les analyses renforcent la prise en compte des différences selon le genre. Pourtant en s'intéressant à la question du genre, il apparaît clairement que les données indiquent une réelle différence en matière de comportements entre les hommes et les femmes face à la consommation de substances psychoactives.

Cependant l'analyse des consommations au prisme du genre reste complexe. Par exemple, les différences de consommation sont moins marquées à l'adolescence pour le tabac par rapport à l'usage de drogues illicites. Il apparaît que la césure dans les modes de

⁵⁰ Entretien à l'ARS, le 25 juillet 2018

consommation entre les hommes et les femmes se fait selon le statut social, le produit consommé et l'âge. En fonction de ces éléments les comportements de consommation seront très proches ou très différenciés. Les écarts entre les hommes et les femmes varient suivant le milieu social considéré et le niveau d'études dont l'obtention de diplôme notamment.

La question de la consommation de tabac est par exemple très intéressante à étudier autour de la problématique du genre. On remarque un inversement des impacts du tabac entre les hommes et les femmes ces dernières années, alors que les effets sur la santé des hommes diminuent, sur les femmes ils augmentent. Ceci est notamment lié à la hausse récente des consommations de tabac chez les femmes. En effet, le tabagisme féminin a vingt ans de décalage avec le tabagisme masculin. La génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine et qui a fait entrer les femmes dans le tabagisme. Alors qu'elles étaient jusqu'alors stigmatisées, fumer des cigarettes est devenue une norme sociale pour les femmes⁵¹. La promotion du tabagisme auprès des femmes par l'industrie du tabac a été considérée comme une grande opportunité de marketing dans le monde en prenant en compte les rôles et les normes sexo-spécifiques dans leurs stratégies commerciales. Depuis les années 1920, l'industrie du tabac a commencé à cibler les femmes américaines. Elle a eu recours à divers thèmes et images pour inciter les femmes à fumer, en insistant sur l'acceptabilité sociale de la cigarette et pour faire ressortir les caractéristiques qu'elle supposait correspondre aux aspirations des femmes⁵².

Une étude australienne⁵³ souligne que le tabagisme quotidien est plus fréquent dans les milieux populaires ou défavorisés. Cependant selon le sexe et la catégorie sociale on va constater des variantes dans la consommation de tabac. Alors que les hommes, toutes catégories sociales confondues déclarent des consommations inférieures à celles des ouvriers, chez les femmes on constate que les artisanes, les commerçantes et cheffes d'entreprise consomment autant que les ouvrières. Ainsi il apparaît que la consommation de tabac des catégories sociales les plus favorisées est faible et unisexe alors que celle des catégories sociales les moins favorisées est plus forte et plus masculine. Donc plus les populations sont socialement favorisées et moins elles fument, pour autant, les écarts entre hommes et femmes diminuent.

2.2 Les effets du genre sur les représentations sociales

Vis-à-vis des représentations de genres, un élément qui ressort de la grande majorité des entretiens effectués auprès des professionnels concerne la stigmatisation des femmes. Une femme qui présente des conduites addictives est souvent plus stigmatisée qu'un homme. La

⁵¹ Beck F., Guignard R, Richard J.B., Wilquin J.L. et Peretti-Watel P., "Une augmentation du tabagisme confirmée en France", Santé de l'Homme, n°411, 2011

⁵² OMS "Les femmes et la santé: la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain", Genève, 2009

⁵³ Morley K.I et Hall W.D "Explaining the convergence of male and female smoking prevalence in a", Addiction (Abingdon, England), mars 2008

femme est associée à son rôle de mère, selon lequel elle ne devrait pas se “droguer” autant que l’homme sous risque de mettre en péril sa fonction. Les femmes sont jugées socialement par leur capacité de “prendre soin”, leur capacité de prendre soin de leur corps, de leur image, de leur enfant, de leur époux, du foyer. Il est attendu des femmes de “prendre soin des autres”, ce qui est antinomique avec la consommation à risques de substance. Les femmes qui consomment “trop” sont souvent perçues comme défaillantes, mauvaises épouses, mauvaises mères, même associées parfois au libertinage ou à la prostitution. Les attentes sociétales sont plus fortes auprès des femmes consommatrices que leurs homologues masculins. Ainsi, elles sont plus stigmatisées, leur consommation est moins acceptée et on insiste davantage sur la nécessité qu’elles “se reprennent en main”.

Emmanuelle Hoereau donne des précisions sur cette stigmatisation en décrivant trois idéaux-types de l’image de la femme consommatrice de drogues⁵⁴:

- La femme fragile, carencée, victime des hommes, qui ne maîtrise ni sa conduite ni son existence
- La femme déchue qui se néglige, ne remplit pas ses rôles sociaux et qui abîme son corps
- La femme émancipée qui assume sa liberté de consommer, mais qui, ce faisant, peut menacer la place de l’homme et les valeurs morales

Notons que, et cela fera davantage un parallèle avec le troisième idéal-type, dans les représentations sociales, il y a une distinction entre la dépendance et l’usage excessif qui reste mieux toléré car elle est festive et contrôlée. Plus encore, ce sont des transgressions qui peuvent être vécues comme une fierté, une singularisation et un acte socialisant. C’est également le milieu social d’origine plus favorisé, et notamment les ressources personnelles psychiques, sociales et économiques, les expériences et vécus moins traumatiques qui vont avoir un impact, jouer une différence.

La plupart des femmes ayant des conduites addictives, surtout celles qui sont les plus en difficulté socialement, psychologiquement et économiquement, intègrent elles-mêmes ces représentations sociales. Elles se considèrent comme de mauvaises femmes, elles se sentent honteuses et culpabilisent. *“Ce qu’on va retrouver je pense c’est la stigmatisation, le déni de certaines consommations effectivement, et la stigmatisation ne fait que renforcer le déni.”*⁵⁵ La majorité (92%) des femmes qui consomment de l’alcool le font à l’abri des regards et souvent ces femmes refusent même d’en parler notamment du fait d’un sentiment de honte et de culpabilité.

⁵⁴ Emmanuelle Hoereau, “les dimensions féminines de l’usage de substances psychoactives (illicites)”, Guide concernant l’usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013

⁵⁵ Entretien à l’ARS, le 25 juillet 2018

Ainsi, pour les femmes consommatrices de substances les plus vulnérables, ces représentations négatives sont intériorisées.

L'environnement de consommation, du fait qu'il soit majoritairement masculin, augmente cet éloignement des femmes de la norme féminine traditionnelle. Pour certaines, elles vont même plutôt adopter l'apparence et les comportements masculins. L'adoption des codes masculins pour ces femmes est aussi un moyen de se protéger vis-à-vis des hommes.

2.3 Les effets du genre sur les représentations des professionnels du champ de la prise en charge

Les femmes, tout comme les hommes, consommant des substances psychoactives, sont amenées à rencontrer différents professionnels des champs sanitaires et sociaux. De manière générale, si les professionnels des addictions connaissent les représentations associées aux personnes ayant des conduites addictives et ont appris à les travailler et s'en distancier, il semblerait que cela ne soit pas le cas pour d'autres professionnels. Ces derniers n'étant pas armés de la même manière pour faire face aux spécificités de ce public. En tout état de cause, les premiers comme les seconds, peuvent transmettre leurs propres représentations à travers leur parole et leurs actes. Les interactions auprès de ce public peuvent se manifester par de la gêne ou des maladresses notamment liées aux représentations de genre que l'on a discuté précédemment. En effet, dans certaines situations complexes qui peuvent mettre les professionnels en difficulté, les formulations ou les postures peuvent faire ressurgir ces représentations et se traduire par des paroles ou des actes auprès des publics accueillis⁵⁶.

Il arrive que les professionnels acceptent plus difficilement les comportements violents et excessifs de la part des femmes que des hommes. Le comportement des hommes, comme dans de nombreux autres domaines que celui des addictions reste souvent la référence de comparaison, de norme selon laquelle on compare les femmes pour dire si elles sont "plus..." ou "moins..." que les hommes. On peut également s'interroger sur les approches développées par les professionnels du secteur d'accompagnement médico-social en addictologie qui depuis ses débuts a été majoritairement fréquenté par des hommes. On peut ainsi s'interroger sur la mixité ou l'adaptation des actions à un public féminin. Par ailleurs, l'intérêt porté aux femmes consommatrices de substances va être plus important si elles sont perçues comme une source de danger potentiel pour la société et/ou pour leurs enfants. Lorsque des structures développent des actions, nous le verrons plus tard, elles concernent souvent la grossesse, la maternité ou la parentalité ce qui peut pousser à l'interrogation également.

⁵⁶ HALBERDA Grégory, PARDIEU Marie-Christine et DE WAILLY Séverine, "Femmes, genre et addictions. Pratiques professionnelles dans les dispositifs d'accès aux soins spécialisés pour les femmes usagères de produits Psychoactifs", ETSUP, 2010

Concernant la question des médicaments psychotropes, s'il a été relevé que les femmes consomment généralement plus de médicaments psychotropes que les hommes et ce, dès l'adolescence⁵⁷, il apparaît que les représentations sexuées quant aux troubles des individus - notamment en matière de diagnostic - diffèrent fortement. Ainsi, il arrive que les médecins diagnostiquent plus facilement chez les femmes une origine psychologique à certains désordres physiques. De même, les femmes investissent plus aisément le rôle de patient, là où les hommes tenteraient de nier une souffrance psychologique ou de la gérer différemment, souvent en ayant recours à d'autres substances. Par exemple, les femmes ont deux fois plus de risques que les hommes d'avoir une prescription de benzodiazépines pour des symptômes non cliniques comme le stress au travail ou à la maison⁵⁸.

L'accès aux soins et l'issue du traitement sont influencés par des spécificités féminines comme par des facteurs de vulnérabilité neutres en terme de genre (comorbidités, facteurs familiaux, sociaux, judiciaires). Il apparaît alors que prendre en compte les besoins et les vulnérabilités spécifiques des femmes, en proposant des réponses adaptées et centrées, joue significativement sur leur accès aux soins et à l'accompagnement.

⁵⁷ Wu LT., Pilowsky DJ., Patkar AA., "Non-prescribed use of pain relievers among adolescents in the United States." *Drug Alcohol Depend*, 2008

⁵⁸ CORMIER RA., DELL CA., POOLE N., "Women and substance abuse problems", *BMC Women's Health*, 2004

PARTIE 2 : L'ACCES AUX SOINS ET A L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES AVEC DES CONDUITES ADDICTIVES

Selon un rapport de l'OCDE⁵⁹, si une personne usagère de drogues sur trois est une femme, 80% des personnes en traitement dans le monde sont des hommes. Quand les femmes avec des conduites addictives cherchent à accéder aux soins, elles doivent faire face à un certain nombre d'obstacles supplémentaires comparativement aux hommes pour y parvenir. Alors qu'elle est la place des femmes dans les centres de prise en charge des addictions CSAPA et CAARUD, et dans quelle mesure ceux-ci proposent-ils un accompagnement adapté à leurs spécificités ?

1 Les femmes dans les centres CSAPA et CAARUD

1.1 Présentation des CSAPA

1.1.1 *Création et cadre législatif*

Les CSAPA, inscrits au 9° de l'article L.312-1 du CASF ont été créées par la loi du 2 janvier 2002⁶⁰ rénovant l'action sociale et médico-sociale. Par ailleurs, le décret du 14 mai 2007 fixe les missions obligatoires et facultatives des CSAPA.

Les CSAPA remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Pour tenir compte de l'organisation du dispositif qui était jusqu'ici structuré autour de l'alcool d'un côté et autour des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation, certains étant spécialisés "alcool", d'autres "drogues illicites"

1.1.2 *Les missions des CSAPA*

Les CSAPA s'adressent principalement aux personnes ayant des difficultés quant à leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leurs usages)⁶¹. L'objectif poursuivi est d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire. Pour ce faire, les CSAPA ont plusieurs missions :

Le CSAPA assure des missions obligatoires d'accueil, d'information, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation de la personne ou de son entourage. Ils peuvent dans le

59 UNODC, World Drug report 2015

60 Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux. [en ligne]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf> (consulté le 27.08.2018)

61 Les CSAPA peuvent aussi intervenir auprès des personnes souffrant d'addictions sans substance (jeu pathologique surtout)

cadre de cette mission mettre en place des consultations de proximité dans la perspective d'assurer le repérage précoce des usages nocifs. Cette mission comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les centres assurent également le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Le CSAPA a par ailleurs des missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation, à savoir la prise en charge soit pour toutes les addictions, soit pour l'alcool, soit pour les drogues illicites. Cependant quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, tel que le tabac soit directement (de préférence) en lien avec une autre structure:

- une prise en charge globale du patient, à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative
- tous CSAPA, qu'il soit spécialisé ou non, a l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives à destination du public qu'ils prennent en charge.

Les CSAPA ont aussi des missions facultatives de consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs; de prévention, de formation et de recherche; de prise en charge des addictions sans substances et d'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

1.2 Présentation des CAARUD

1.2.1 *Création et cadre législatif*⁶²

Créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁶³, les CAARUD sont des structures médico-sociales en direction des usagers de drogues. La loi du 09 août 2004 est emblématique dans la mesure où elle a permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques.

La création de cette nouvelle catégorie d'établissements médico-sociaux que sont les CAARUD, s'inscrit indéniablement dans la RDR de par ses multiples missions⁶⁴ ci-dessous mentionnées :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues;

62 Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C, n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie.

63 Article L.3121-5 du Code de la Santé Publique

64 Lutte contre les maladies et dépendances, infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles, Article R3121-33-1 CSP

- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins;
- le soutien aux usagers dans l'accès au droit, l'accès au logement, à l'insertion et à la réinsertion professionnelle;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers;
- le développement d'actions de médiation sociale.

L'article R. 3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également des missions de participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

1.3 Proportion de femmes dans les centres CSAPA et CAARUD

L'enquête RECAP est réalisée chaque année par l'OFDT afin d'analyser les données sur les patients qui fréquentent les CSAPA. Elle permet ainsi d'obtenir la répartition hommes/femmes en fonction des produits consommés. Selon cette enquête, les CSAPA sont des dispositifs qui accueillent en moyenne beaucoup moins de femmes que d'hommes (environ 22% de femmes). Cette moyenne varie en revanche en fonction des produits considérés :

- Alcool : 76,70% d'hommes et 22,60% de femmes ;
- Cannabis : 86,70% d'hommes et 13,30% de femmes ;
- Opiacés, cocaïne et autres substances illicites : 77,40% d'hommes et 22,60% de femmes.

Si des disparités existent selon le produit consommé, elles existent aussi entre les structures⁶⁵.

S'agissant des CAARUD, c'est à partir des données de l'enquête ENa-CAARUD que l'on a plus de précision sur la proportion de femmes fréquentant ce type d'établissements. Ainsi, en 2012, on dénombrait 1 femme pour 4 hommes dans les files actives en moyenne. Les CAARUD reçoivent en moyenne 20% de femmes, mais environ un tiers des répondants en reçoit moins de 17% et un tiers plus de 24%⁶⁶.

65 La Fédération Addiction a réalisé une enquête en 2012 à laquelle 27% des CSAPA de France ont répondu. Elle mit en avant que 28% d'entre eux reçoivent moins de 17% de femmes et 38% reçoivent plus de 24%.

66 "Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête", Fédération addiction, décembre 2015

2 L'accès aux soins des femmes avec des conduites addictives

La présence moins importante des femmes dans les centres d'addictologie que celle des hommes est en partie explicable, rappelons-le, par des usages moins fréquents chez les premières. Mais il s'agit de comprendre les autres raisons pour lesquelles les femmes concernées ne poussent pas les portes des centres de prise en charge et comment ces institutions peuvent y remédier.

2.1 Par quels biais les femmes accèdent-elles aux soins : entre obstacles et stratégies

L'arrivée des femmes dans un centre de soins peut se faire par divers moyens. Il peut s'agir d'une initiative personnelle et spontanée qui provient de la femme elle-même ou de son entourage, du fait de la dégradation de son état de santé, d'un besoin d'aide au sevrage, ou d'une situation sociale particulière. Pour cela, la femme se renseigne grâce à Internet et fait le premier pas vers le centre en passant un appel ou en se rendant directement à l'accueil. Le bouche-à-oreille joue également un rôle quant à l'initiative des femmes à pousser la porte d'un centre. Il peut aussi s'agir d'une orientation de ces femmes par des professionnels : médecin généraliste, services d'urgence, services hospitaliers, services liés à la maternité ou à la petite enfance (quand elles sont mères ou futures mères), justice (dans le cadre des obligations de soins par exemple), etc. Il arrive enfin que certaines femmes viennent en tant que "compagne de", et ne déclarent pas tout de suite leur usage.

Les femmes se heurtent à des obstacles structurels, sociaux, culturels et personnels de taille lorsqu'elles cherchent à accéder à des soins quant à leurs conduites addictives. Cela peut s'expliquer par les normes sociales et culturelles qui encadrent le rôle de la femme et le type de comportement qui est attendu d'elle. Il peut aussi s'expliquer par le manque de pouvoir des femmes dans certaines sociétés ainsi que par les attitudes de certaines personnes face à ce sujet que sont les femmes ayant des problématiques d'usage de substances.

L'un des premiers obstacles à l'accès aux soins pour les femmes dépendantes est le manque d'information sur les soins, les traitements et les moyens d'y accéder. Car en effet il apparaît par ailleurs que le défaut d'entrée dans le soin des personnes est aussi lié à un manque d'information sur le système et de ses dispositifs de prise en charge: *"l'obstacle le plus évident est la méconnaissance du système, je pense que c'est une structure [le CSAPA] qui n'est pas très connue du grand public ou du moins du public qui peut en être destinataire⁶⁷".* De même: *"avant qu'elles accèdent au CSAPA il y a un parcours assez compliqué, un parcours qu'elles ignorent, donc*

67 Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

il faut qu'elles tombent sur des personnes et des structures qui puissent les orienter, leur donner de l'information.⁶⁸

Les usages problématiques de substances ne sont pas les uniques obstacles à l'accès aux soins, il apparaît que des conditions de vie défavorisées participent au manque de soins de santé de base et de suivi de la santé. Les facteurs d'éducation, financiers, sociaux sont plus importants chez les femmes que chez les hommes et jouent fortement sur leur accès aux soins ou non. Les femmes constituent une population particulièrement précaire⁶⁹. Il s'agit par exemple de l'absence d'emploi ou de couverture sociale, d'un état de santé psychique et somatique détérioré ainsi que d'histoires de vie marquées, notamment par une violence plus accrue et ceci depuis l'adolescence. Certaines femmes n'ont que très peu de pouvoir ou de ressources pour faire changer les circonstances de leur vie. Ce cumul de problèmes spécifiques semble être une barrière supplémentaire dans l'accès aux soins pour ces femmes⁷⁰.

Un autre obstacle pour ces femmes à leurs accès aux soins commence pour elles, par reconnaître qu'elles ont un usage problématique de substances et qu'elles ont besoin de rentrer dans le soin pour gérer leur consommation⁷¹. La littérature fait ressortir un déni de la consommation d'alcool, de la quantité absorbée et de la dépendance de la part de ces femmes. Elles développeraient ainsi des mécanismes de défense de minimisation et d'évitement. Ceci est confirmé par nos entretiens semi-directifs : *“la plupart du temps les personnes [...] vont être dans le déni. “Ah non, non je vais très bien, quand je bois de l'alcool c'est festif, c'est parce que j'ai juste besoin d'un petit verre ou deux en rentrant pour me booster” [...] Il y a les personnes qui boivent deux à trois litres par jour et qui sont complètement dans le déni de la gravité de l'intoxication. Et donc, quand vous parlez avec eux de leur dépendance, c'est comme si la dépendance n'existait pas”*. Le déni a de multiples conséquences sur la relation aux soins. Il remet en cause la possibilité d'échange verbal et empêche l'utilisateur de se livrer pleinement au soignant. C'est un déni qui prendrait une dimension protectrice pour l'utilisateur et qui peut être mis en relation avec la stigmatisation et le rejet d'un potentiel basculement dans une situation dégradée et sans issue pour la personne.

Il semblerait que les femmes soient plus isolées que les hommes dans la population présentant des conduites addictives, ce qui peut s'expliquer par une stigmatisation plus importante dont elles souffrent : *“une femme, c'est censé gérer le quotidien, une femme, ce n'est pas censé être en état de conscience modifié. [...] Souvent le fait d'arriver chez nous [CAARUD],*

68 Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

69 Bernard Nicolas, “Femme, précarité et mal-logement: un lien fatal à dénouer”, Courrier hebdomadaire du CRISP, Vol. 1970, n°25, 2007

70 Beck F., Obravodic I., Palle C., Brisacier A.C., Cadet-Tairou A., Lermenier-Jeannet A., Protais C., Richard J.B., Spilka S., “Usage de drogues et conséquences: quelles spécificités féminines?” Tendances n°117, OFDT, Mars 2017

71 Hecksher D. et M.Hesse, “Women and substance use disorders”, mens sana monographs, 7-1, janvier 2009, p. 50-62

*c'est la triple peine d'office, parce qu'avec la question de la stigmatisation, le fait d'être femme rend quand même beaucoup plus complexe la place sociale. Elle n'est pas juste le "schlague", elle est "la schlague", et être la schlague : c'est un cran en dessous."*⁷² En conséquence, la honte et la culpabilité que les femmes éprouvent au sujet de leur utilisation de substances et de leur "échec" à jouer les rôles assignés et à répondre aux attentes de la société rendent difficile aux femmes d'admettre leur utilisation de substances et de recherche de l'aide. Le fait de souffrir en plus de troubles dépressifs, psychologiques, d'anxiété, d'avoir recours au travail du sexe ou même d'être mère représente un cumul de difficultés et accentue le regard extérieur sur ces femmes. Un regard que ces femmes pourraient, elles-mêmes, intégrer et se percevoir comme déviante. Ces facteurs vont amener les femmes à cacher leur consommation. Quand il s'agit d'une consommation d'alcool, il apparaît que les femmes se cachent plus que pour la consommation d'autres produits. La consommation d'alcool des femmes est toujours taboue avec le portrait de la femme alcoolique qui consomme dans la clandestinité : *"de la clandestinité, de la dissimulation et de l'étiologie psychologique [...] : l'homme sera solitaire et la femme clandestine"*⁷³. Il en ressort que la stigmatisation de la consommation chez ces femmes leur rend difficile de se diriger vers le soin et qu'il est plus compliqué de les identifier et de les atteindre du fait de leur isolement⁷⁴.

Par ailleurs, il semblerait que certains centres soient implantés dans des lieux où les habitants se connaissent rendant difficile une initiative thérapeutique en leur sein. En d'autres termes, les usagers ne veulent pas s'y rendre pour pas qu'on les y voit et qu'on reconnaisse leur usage problématique de substance : *"la boutique c'est vraiment un lieu où les gens ont peur d'être repéré quand même."*⁷⁵

Pour certaines femmes, en particulier les jeunes et futures mères, intégrer un centre de soin pour des problèmes de consommation de produits représente aussi le risque de perdre la garde de son enfant. Ces femmes considérées comme déviantes craignent d'être vues comme des mères indignes et incapables auxquelles on rejette le droit d'être mère⁷⁶.

En revanche, il apparaît que les relations interpersonnelles avec le soutien de la famille, de l'entourage et du réseau social dans sa globalité jouent un rôle important dans la recherche d'abstinence ou de la sortie de la dépendance chez les femmes. Les femmes ont plus de chances que les hommes d'avoir un partenaire sexuel qui use de substances et d'être dissuadées de rechercher un traitement par crainte de la perte de leurs relations. Il semble que la qualité du soutien que reçoivent les femmes de la part de la famille, des amis, de leurs partenaire aura des

⁷² Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

⁷³ Simmat-Durand Laurence, "Femmes et addictions dans la littérature internationale: sexe, genre et risques" BEH, n°10-11, 10 mars 2009

⁷⁴ Jauffret-Roustide, Marie. « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, no. 2, 2014

⁷⁵ Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

⁷⁶ Simmat-Durand, Laurence "La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions", *Déviance et société*, vol. 31, n°3, 2007

effets sur l'entrée et la continuité d'un traitement⁷⁷. Ainsi, il arrive que l'entrée dans le soin se fasse par le biais de la famille : *“parfois ça peut être des demandes de la famille, c'est le cas de jeunes filles [...] où la famille a constaté qu'il y avait un problème de dépendance quel que soit le produit, qui nous disent : “bah voilà, on a constaté ça et on a entendu parler de vous et on voudrait savoir s'il peut y avoir une prise en charge”⁷⁸*. Au-delà de l'entrée dans le traitement, une fois cette étape acquise, la relation à l'entourage va jouer un rôle également après, dans le maintien de celui-ci. En effet, des relations positives vont diminuer les probabilités de rechute. A l'inverse, des relations négatives, basées sur des conflits, la consommation de substances ou la délinquance chez des proches augmentent, elles, la probabilité de ces rechutes⁷⁹. Ainsi, il est intéressant d'envisager ou de s'investir dans le travail auprès de l'entourage des femmes afin de consolider les résultats positifs de l'entrée et de l'accompagnement dans les soins.

2.2 La question de la mixité de l'accueil et des activités

Le vécu traumatique et notamment les violences subies par les femmes peuvent être une barrière pour elles, pour se diriger vers les CSAPA et les CAARUD notamment quand on fait le lien avec la mixité de l'accueil proposée par ces dispositifs. Une mixité qui peut leur rappeler des violences subies au cours de leur vie que ce soit dans le passé ou dans le présent. Les femmes expriment souvent un sentiment d'insécurité vis-à-vis de certains comportements masculins, comme à l'occasion des activités collectives proposées par les CAARUD. Le chef de service du CAARUD Yucca nous partage concernant la file active du centre que *“ce sont souvent des grands précaires, des marginaux. [...] Le résultat c'est qu'il y a peu de femmes qui fréquentent ces établissements et ce monde-là, parce qu'il y a beaucoup de violences qui peuvent être verbales, physiques, [...] c'est un monde extrêmement dur pour les femmes.”⁸⁰* Certains centres partagent qu'une réflexion sur la mixité de l'accueil face à la minorité des femmes dans ces dispositifs est menée afin d'améliorer leur accueil et favoriser leur accès aux soins. Du fait de la mixité de l'accueil, il apparaît : *“qu'il est compliqué d'attirer les femmes à venir car en présence d'hommes elles sont plus fermées à s'ouvrir. Les hommes sont dans le jugement et [sont] macho, ce qui bloque les femmes. Être une consommatrice en tant que femme, c'est très dur de l'assumer.”⁸¹*

Le moyen de pallier cette contrainte pourrait être de proposer des activités non mixtes qui permettraient alors aux femmes d'être entre elles et de s'ouvrir davantage. Elles seraient une opportunité pour parler plus facilement sur des sujets intimes de l'ordre de la sexualité ou de

77 Lewandowski C.A et Hill T.J, “The impact of emotional and material social support on women's drug treatment completion”, Health & social work, 34-3, août 2009

78 Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

79 Elli B., Bernichon T, Yu P., Roberts T., Herrell J.M., “Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women”, Evaluation and Program Planning, vol. 27 n°2, 2004

80 Entretien au CAARUD Yucca, le 12 juillet 2018

81 Entretien au CAARUD Emergence, le 10 juillet 2018

leurs relations de couple. Ceci étant dit, si certaines se sentent mal à l'aise dans des contextes de mixité, d'autres le sont dans les lieux réservés aux femmes. Les entretiens menés nous montrent que le fait d'être entre femmes n'exclut pas des rapports de force au sein de ce même groupe: *"il peut y avoir des tensions qui existent entre les femmes et puis les femmes, elles travaillent aux même endroits, elles se font pas de cadeau, ce n'est pas des enfants de cœur"*⁸². L'objectif des activités non mixtes n'est pas d'enfermer ces femmes, mais de leur proposer un espace qui favorise la parole, une parole de peine, de tristesse, de culpabilité qui n'est plus acceptable socialement. Partager leurs expériences et leurs difficultés permet à ces femmes de gagner en assurance et de trouver leur place pour améliorer leurs relations avec les autres. Il apparaît aussi dans cette logique d'action, qu'il soit nécessaire de mener un travail auprès des hommes en parallèle. En particulier sur leur rapport aux femmes. Par ailleurs, près de 42% des CAARUD organisent une action, ou un moment dédié spécifiquement aux femmes, afin de favoriser l'accès des femmes à la structure. Cependant ces initiatives n'ont pas d'impact quantitatif sur le taux de fréquentation. En effet, pour les CAARUD qui proposent ce type d'actions, la file active reste toujours un peu près la même : 77% d'hommes pour 23% de femmes. De même qu'il est indiqué que ce type d'actions ont une plus-value auprès des femmes, car elles permettent de rompre avec un isolement⁸³.

De cette mixité de l'accueil se pose aussi la question du sexe de l'intervenant. Faut-il choisir un intervenant ou une intervenante? En fonction de la trajectoire, de l'histoire de vie de chaque femme, certaines seront plus à l'aise avec un intervenant de sexe féminin ou de sexe masculin. Le rapport dans l'accompagnement avec une intervenante femme peut renvoyer à une histoire difficile ou au contraire désamorcer la parole et inversement s'il s'agit un homme. Si certaines structures vont privilégier des intervenantes, d'autres vont chercher à assurer une mixité des intervenants. Ces stratégies établies autour de la mixité de l'accueil et des activités ouvrent de nombreuses questions autour des représentations de genre: si la mixité du lieu constitue un enjeu pour l'accueil des femmes, ne doit-elle pas l'être pour celui des hommes ?

2.3 Manœuvrer pour un accueil et un maintien dans les soins des femmes

Au regard des obstacles susmentionnés et des besoins des femmes ayant des usages problématiques de substances, les CAARUD engagent des pratiques « d'aller vers ». Nous l'avons souligné, les femmes n'ont pas forcément connaissance des dispositifs de prises en charge des addictions. Le dispositif de travail de rue qui est mis en place par les CAARUD leur permet d'entrer en lien avec les femmes qui, pour une raison ou pour une autre, ne se rendent pas dans les CSAPA

⁸² Entretien au CSAPA Horizon, le 24 juillet 2018

⁸³ "Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête", Fédération addiction, décembre 2015

et les CAARUD. Cette démarche d'aller vers permet d'amorcer les premiers entretiens avec les femmes dans la rue, leurs proposer de venir dans les locaux fixes et aussi de distribuer du matériel de réduction des risques. Les maraudes restent elles aussi comme les locaux fixes, majoritairement fréquentées par les hommes. Cependant, elles peuvent constituer des moments pour mobiliser les hommes ou les autres femmes à encourager les femmes de leur entourage qui présentent des problématiques de consommation à aller au CAARUD ou au CSAPA. Car beaucoup d'initiatives à pousser les portes des dispositifs naissent du bouche à oreille entre les personnes.

Par ailleurs, il existe dans le système de santé de nombreux partenaires qui travaillent en grande proximité avec les femmes. Il serait, par conséquent, intéressant de privilégier des partenariats avec des structures d'hébergement, surtout celles destinées aux femmes et aux femmes avec enfants ou aux personnes en situation de précarité ; les acteurs qui interviennent dans le champ de la gynécologie et de la périnatalité (PMI, services de maternité, réseaux de santé en périnatalité, sages-femmes, gynécologues, centres de planification, centres IVG etc.); les médecins généralistes et les pharmaciens (vers lesquels les femmes vont souvent se diriger en premier).

En effet, les médecins généralistes sont des partenaires privilégiés pour repérer des situations d'addiction chez les femmes, pour leur proposer d'entrer dans le soin et les orienter vers les professionnels spécialisés dans la prise en charge des addictions comme dans les CSAPA et les CAARUD. Comme nous le précise la responsable du département "personnes en difficultés spécifiques" de l'ARS Ile-de-France : *« c'est des femmes qui ne vont pas pousser, ni la porte d'un CSAPA, ni d'un CAARUD mais qui ont un médecin généraliste, un médecin de famille.⁸⁴ »* Pour optimiser cette ressource *« ça pose aussi la question de la sensibilisation, de la formation des médecins généralistes aux violences qui sont faites aux femmes, aux problématiques aussi qu'ont les femmes quand elles ont des conduites addictives. Donc il y a des médecins qui savent faire, qui ont été formé par rapport à l'alcool, à ce qu'on appelle le repérage précoce, l'intervention brève et vont savoir rentrer dans un processus [...] d'alliance thérapeutique, avec des entretiens motivationnels etc., qui vont pouvoir amener la personne à entrer dans une attitude de réduction des risques, puis de sevrage. Puis le médecin petit à petit va peut-être orienter vers un CSAPA, un centre de cure. [...] Le médecin généraliste forcément par rapport à la question du soin dans les conduites addictives par rapport aux femmes a quelque chose aussi de très important.⁸⁵ »*

La relation usager-soignant, pour le maintien de la personne dans l'accompagnement, est primordiale. L'alliance thérapeutique se fonde sur l'expérience de l'utilisateur en prenant en compte ses besoins, ses capacités et ses ressources. Cela passe également par l'engagement vers une

⁸⁴ Entretien à l'ARS, le 25 juillet 2018

⁸⁵ Entretien à l'ARS, le 25 juillet 2018

attitude déstigmatisante⁸⁶: *“Réduire les risques de stigmatisation passe d’abord par le sentiment d’appartenance à une communauté, qui reconnaîtra l’usager aussi comme une personne⁸⁷.”* Il paraît important de créer un sentiment de sécurité et de confiance chez les femmes en les poussant à engager la parole et en la valorisant. Le professionnel développe un processus “auto-rééducatif accompagné” dont va découler le savoir du patient sur lui-même, ses potentialités et ses capacités de choix afin que les indices issus de son corps, ses pensées et ses interactions sociales lui permettent de choisir une conduite plus appropriée qui sera pour lui moins facteur de souffrances⁸⁸. D’autant plus que les femmes ont souvent peur de l’institution. Elles ont un sentiment de manque de confiance dans le traitement et l’absence de réponse complète et cohérente les empêchent parfois à pousser les portes des CSAPA et des CAARUD⁸⁹. L’un des principes majeurs développés par les CSAPA et les CAARUD, en adéquation avec l’éthique de l’alliance thérapeutique repose sur une position de non-jugement face à ce public de femmes dont le manque de confiance et le rejet par les autres font partie du quotidien⁹⁰. La finalité étant une appropriation des soins de la part de ces femmes.

Il apparaît nécessaire de structurer l’offre de soins, de la rendre plus cohérente et de travailler sur l’estime de soi des usagères. C’est un levier à encourager d’autant plus que, selon les témoignages, les femmes se mobilisent davantage à l’entrée dans les soins: *“les femmes souvent, ont [...] [une] démarche volontaire. On se rend compte que la population féminine, surtout les jeunes femmes viennent plus facilement seules, d’elle-même que les hommes.⁹¹”* Certains centres, développent des activités de bien-être auprès des femmes. Pour exemple, le CSAPA Horizon organise *“une sortie hammam pour parler justement du corps, de la féminité, de la contraception, de la sexualité etc. [...] et ça libère la parole, il y a des choses qui sortent et [...] ça peut aller dans tous les sens, ça passe de la conso, à la gestion de leurs gamins. [...] on essaie d’ouvrir des espaces avec des temporalités différentes de celle de la distribution du traitement ou de la consultation médicale ou psychologique pour essayer d’amener du dialogue et de la confiance.”*

Même s’il reste beaucoup plus rare pour les femmes que pour les hommes, l’obligation de soins est un des biais par lesquels les femmes peuvent être amenées à accéder aux soins dans les CSAPA et les CAARUD. L’obligation de soins peut jouer sur l’investissement de l’usager dans son suivi et complexifier la relation soignant-usager. Pour de nombreux soignants, le traitement ne peut pas réussir s’il ne recueille pas l’adhésion du patient. Le consentement aux soins pose

⁸⁶ MOREL A., COUTERON J.P., *“ Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner”*, Paris, Dunod, 2008

⁸⁷ “Femmes & Addictions: accompagnement en CSAPA et CAARUD”, Fédération Addiction, 2018

⁸⁸ MOREL A., « Place des psychothérapies dans l’accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique », *Psychotropes*, vol 16, n°2, 2010

⁸⁹ Smith F., et Marshall L.A., “Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: qualitative investigation”, *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 2007

⁹⁰ Cerny Karthinz, “L’accueil inconditionnel, seuil déterminant pour l’accès aux soins”, *Actal*, n°13, décembre 2013

⁹¹Entretien à l’ARS, le 25 juillet 2018

question même si dans le cas de l'obligation de soins aussi l'accord du patient et exigé. Le soin s'inscrit dans un contexte où le projet thérapeutique pourrait être peu satisfaisant pour le soignant comme pour l'utilisateur, dont la relation est imposée par un tiers; on ne met donc pas le choix et la motivation au premier plan. Cependant, il semblerait que les usagers de drogues puissent aussi s'approprier la contrainte du soin en profitant de cette mesure pour décider d'entreprendre un traitement, ainsi : *“tout le travail profite à ce que les personnes qui sont en obligation de soins ne voient pas le soin comme imposé et obligatoire mais au contraire un travail où on peut les accrocher, qu'ils voient ça comme un soin et quelque chose qui peut être bénéfique pour eux.”*⁹² Le traitement de substitution qui sera proposé à la personne comme recours pour répondre à la contrainte ne sera pertinente que si les soignants réussissent à développer une alliance thérapeutique qui engage le patient dans un travail à long terme sur lui-même⁹³.

Les centres doivent user de stratégies intensives qui mettent les femmes au centre afin de les attirer et de mieux les accueillir. Ils doivent s'affairer à déjouer les stigmates sociaux, ôter les craintes par rapport au placement de l'enfant pour les mères et futures mères et, d'une manière générale, prendre en compte la famille et l'entourage. Les centres doivent considérer des facteurs pratiques tels que : l'accès à un revenu et au droit, les possibilités de transport, la garde d'enfants. Plus que pour les hommes, les femmes sont en demande d'une proposition de soin global.

3 L'accompagnement dans les soins des femmes avec des conduites addictives: vers un dispositif de prise en charge globale qui puisse permettre “l'accueil féminin”

Les décrets relatifs aux Centres de soins, CSAPA et CAARUD ont officialisé la mission d'accompagnement dans les soins des personnes avec des problématiques de consommation. Les dispositifs d'accueil et de prise en charge des CSAPA et CAARUD sont différents et s'adaptent aux publics usagers, en faisant du “cas par cas” par rapport à l'état de précarisation et aux ressources de la personne⁹⁴, et en faisant de la *“prise en charge systémique intégrée”*⁹⁵. Mais quel est le contenu précis de la prise en charge, notamment de celles des femmes ?

92 Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

93 Biadi-Imhof, Anne. « Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie », *Psychotropes*, vol. 11, no. 3, 2005, pp. 159-178.

94 Entretien avec le CSAPA de Sarcelles

95 Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018: *“on fait de la prise en charge systémique intégrée, parce que si on ne prend pas en charge les pathologies dans leur ensemble, le suivi il sert à rien du tout.”*

3.1 Prendre en compte les besoins primordiaux la personne pour évoluer dans l'accompagnement aux soins

“La différence [entre les hommes et les femmes] c’est que [celles-ci] sont plus vulnérables du point de vue matériel, physique et social. [...] Elles n’ont pas d’argent, donc on leur propose des choses qu’on ne proposerait pas aux hommes. Elles sont assez fragiles de ce côté-là, donc on essaie de les soutenir et de les protéger au maximum”⁹⁶.

3.1.1 Accueil classique dans les locaux :

Que ce soit les CSAPA ou les CAARUD, ces dispositifs ont des lieux d'accueil fixes, qui sont appelés “Boutiques” pour les CAARUD. Ce sont des espaces régulièrement ouverts au public usager de produits psychoactifs notamment pour accéder à du matériel stérile à usage unique ainsi qu'à des professionnels pour des entretiens, des conseils en réduction des risques ou toute autre demande. Les CAARUD ont aussi la particularité d'être des “lieux de vie” qui répondent à des *“besoins de première nécessité typiquement: du café, du thé chaud, pouvoir manger, laver son linge, se laver, poser ses affaires dans un casier qui ferme à clé etc. etc.”⁹⁷*

Ces dispositifs sont des unités d'accueil, d'écoute, de soin et d'orientation. Quel que soit le biais par lequel les femmes intègrent le soin, notamment dans les CSAPA, un premier entretien, la plupart du temps avec un psychologue, un médecin ou une infirmière sera proposé. C'est un entretien d'environ une heure qui permet aux professionnels d'avoir une vision assez large, globale de la situation de la personne: *“le suivi est pluridisciplinaire, on détaille à la fois le suivi addictologie, le suivi psychologique et le suivi social rapproché.”⁹⁸* En effet, cet entretien leur permet d'effectuer une évaluation par rapport aux produits consommés, aux modes de consommation et aux habitudes de vie. Cet entretien comprend également une évaluation psychopathologique, une évaluation sociale et une évaluation de la situation avec l'enfant s'il y en a un, le conjoint, l'entourage etc. *“Ce premier entretien est obligatoire pour proposer une prise en charge la plus proche de leurs habitudes”⁹⁹*. A la suite de ce premier entretien, un rendez-vous médical avec un médecin ou un rendez-vous avec une assistante sociale pourra être proposé. Ces entretiens permettent de faire un état des lieux des besoins et des capacités de la personne afin d'adapter le suivi ensuite.

3.1.2 Suivi socio-éducatif

Concernant la situation des femmes qui se rendent au sein des dispositifs CSAPA/CAARUD, *“[elles] ne sont pas trop nombreuses mais celles [qui y sont] souffrent de soucis*

⁹⁶ Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

⁹⁷ Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

⁹⁸ Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

⁹⁹ Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

*et d'une précarisation très importante.*¹⁰⁰ Les femmes sont en effet plus touchées que les hommes par la précarité: en 2015 par exemple, 54% de femmes étaient allocataires du RSA contre 46% d'hommes et en 2014, 56% de femmes étaient allocataires du minimum vieillesse contre 44% d'hommes¹⁰¹.

L'équipe des centres est composée d'assistants de service social et d'éducateurs spécialisés qui travaillent en étroite collaboration. Leurs actions se déclinent sous forme d'entretiens individuels, d'accompagnements vers l'extérieur, de réunions de synthèse et de réunions de réseau dans le but d'élaborer et de réaliser le projet personnalisé de l'utilisateur. Leur participation à l'élaboration du parcours de soins par le suivi social et le suivi éducatif va venir en complément et en appui à la prise en charge thérapeutique et médical des femmes. Ceci poursuit l'objectif de prendre l'utilisateur dans un ensemble.

- **Assurer les démarches administratives et l'ouverture et le maintien des droits**

L'infirmier du CSAPA D'Ivry-sur-Seine expliquait que dans le cadre de la prise en charge médico-sociale et de l'évaluation médicale qui est faite, l'assistant de service social rencontre les usagers sur rendez-vous selon la demande ou sur orientation d'un autre professionnel, notamment de l'équipe pluridisciplinaire. L'assistant de service social entreprend auprès de l'utilisateur diverses démarches : administratives (logement, ouverture des droits liés à la santé, demande de CMUC ou d'AME pour les étrangers), juridiques (problèmes de justice), et financières (demande ou renouvellement de droit au RSA), etc. Il peut donc s'agir de la reconnaissance de l'état d'adulte handicapé auprès de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), d'AAH (d'Allocations Adultes Handicapés). Les personnes en situation de précarité, comme c'est souvent le cas dans les CSAPA ou les CAARUD, peuvent aussi se voir proposer une carte de transport mobilité-solidarité, leur permettant de se déplacer plus facilement et en sécurité (sans frauder). Cela permet par ailleurs de pallier l'obstacle d'entrée dans le soin du fait d'un défaut de mobilité. Certains dispositifs travaillent aussi auprès des femmes incarcérées. C'est le cas du CAARUD Sida Parole qui travaille auprès de la maison d'Arrêt pour Femmes de Versailles. Il il s'agira *"d'un travail auprès des SPIP pour remettre les droits aux papiers à la sortie, ouvrir un compte en banque, accéder aux soins, parce que le droit au RSA est généralement suspendu, de remettre l'AAH [...], remettre en place des droits pour que les gens ne ressortent pas en grande difficulté.*¹⁰² Une fois par mois, le CAARUD Sida paroles effectue une présentation de ses services accessibles aux détenues pendant l'incarcération et pour préparer leurs sorties. En prolongement de cette intervention, ils sont présents tous les mercredis matins au parloir avocat pour mener

¹⁰⁰ Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

¹⁰¹ DRESS/Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes, "les chiffres 2017 des inégalités femmes hommes", enquête sur l'allocation du minimum vieillesse

¹⁰² Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

des entretiens avec les femmes qui le souhaitent. Un accompagnement individuel est systématiquement proposé et peut donner lieu à un lien par courrier, des visites au niveau du parloir, des synthèses au sein du service médical et/ou SPIP, ou à un soutien financier pour les plus démunis pour “cantiner”¹⁰³. C’est un travail qui semble avoir tout son intérêt surtout dans le cadre d’une incarcération: *“ça peut permettre de supporter le temps fort long de l’incarcération quelle que soit la durée de la peine. Ça peut être [l’occasion] de discuter de la consommation et des pratiques, [...] qui sont souvent bien plus à risque que dehors, avec aussi des risques psy[cologiques] plus importants, parce que consommer dans quelque m² [...]; ce n’est pas pareil que dehors.”*¹⁰⁴

- **Soutenir l’accès à un hébergement**

Certains CSAPA et CAARUD soutiennent ces femmes dans les problématiques liées à l’hébergement. Pour ces femmes, *“au niveau des logements, c’est des logements assez précaires ou qui dépendent d’une personne tierce. Donc on essaie de faire en sorte qu’elles soient hébergées de façon sécurisée et qu’elles retrouvent un semblant de vie.”*¹⁰⁵ Les CSAPA et les CAARUD accompagnent alors ces femmes dans des demandes de domiciliation en HLM ou en centres d’hébergement par exemple. Ils peuvent être amenés à proposer un hébergement en Appartement Thérapeutique (AT), en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) ou en Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR). Le CSAPA Horizon grâce à ses 16 appartements thérapeutiques, en propose pour les mères et leurs enfants, jusqu’à 3 ans après la naissance. Le soin résidentiel mixte peut être intéressant pour observer les relations de couple, il apparaît ceci étant dit que la mixité pose question quant à l’organisation des locaux et de la vie collective, notamment pour les espaces “nuit”¹⁰⁶. Pour la personne souhaitant entamer ou consolider un parcours de soins et de réinsertion, il est indispensable que la personne puisse bénéficier d’un lieu stabilisant pour que le parcours ne soit pas entravé et vécu comme un échec supplémentaire.

- **Aide à l’insertion ou à la réinsertion professionnelle**

Dans leur démarche d’accompagnement globale, les CSAPA proposent aux patients un projet personnalisé d’accompagnement vers la réinsertion professionnelle. L’objectif est de favoriser l’autonomie des patients pour qu’ils puissent trouver une place dans la société. La population féminine que rencontrent ces centres de soins est affectée par la précarité, l’addiction et l’exclusion. Ce sont des facteurs de vie qui agissent comme un obstacle pour une partie des patientes vers le retour à une activité professionnelle: *“le profil de notre gent féminine, c’est*

¹⁰³ Entretien à la maison d’Arrêt de Versailles, le 15 mai 2018

¹⁰⁴ Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

¹⁰⁵ Entretien avec le CSAPA d’Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

¹⁰⁶ “Femmes & Addictions: accompagnement en CSAPA et CAARUD”, Fédération Addiction, 2018

plutôt souffrant de pathologies psychiatriques, donc très peu sont insérées dans le monde professionnel¹⁰⁷”. En ce sens, le CSAPA Horizon mène des partenariats avec plusieurs dispositifs d’insertion pour que les personnes puissent progressivement retrouver le monde du travail. Ces dispositifs proposent par exemple du travail de 3 à 10 heures par semaine dans des domaines variés. Les patientes peuvent aussi accéder à des formations dans certains domaines. Certains dispositifs donnent aussi des cours de français obligatoires, qui sont un atout pour une partie du public non francophone. Cette démarche favorise l’insertion de la personne certes, mais elle agit également sur son estime de soi. D’autant plus que cette initiative intervient sur le biais de langage qui peut être rencontré par les professionnels quand ils sont face à des usagers étrangers. Même si les revenus sont modestes, le fait d’être reconnu et valorisé par le travail redonne de la valeur et est une source pour retrouver le monde du travail.

Néanmoins il convient de souligner un point : il semblerait que ces démarches soient souvent lourdes, difficiles et longues pour ces femmes. S’ajoute à cela le fait que celles-ci se heurtent à des refus et à des délais d’attentes trop importants. En conséquences, ces démarches nécessitent un accompagnement par l’assistante sociale ou l’éducateur spécialisé à l’hôpital, à la CAF, au pôle emploi, à la préfecture, ou encore à la CPAM. C’est globalement le même type de suivi qui est proposé à chaque usager, mais en fonction de la situation économique, sociale et professionnelle, le suivi sera plus ou moins personnalisé. En tout état de cause, plus les femmes seront confrontées à la précarité, plus le suivi sera étayé. Des situations vécues plus souvent par les femmes telles que la violence, la prostitution, la grossesse et la garde d’enfant sollicitent un suivi personnalisé encore plus important et accrue. La revue de littérature de l’IAC précise qu’avoir un emploi légal et bénéficier d’une couverture sociale sont des facteurs prédictifs à l’entrée en traitement de l’addiction¹⁰⁸.

3.2 Un accompagnement dans les soins adapté aux spécificités féminines

Mise à part le CSAPA Horizon qui a la particularité d’être un centre qui accueille des personnes avec des enfants à leur charge et donc majoritairement des femmes, tous les professionnels rencontrés nous ont partagés que l’accompagnement proposé aux femmes est le même que celui proposé aux hommes. L’accompagnement thérapeutique en addictologie aide l’usager à s’approprier ses propres motivations au changement en fonction de sa qualité de vie

¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Entretien avec le CSAPA d’Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

¹⁰⁸ “Revue de la littérature: femmes et addictions”, Institut d’Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 - www.federationaddiction.fr

¹⁰⁹ MOREL A., « Place des psychothérapies dans l’accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique », *Psychotropes*, vol 16, n°2, 2010

3.2.1 *La prise en charge des addictions elles-mêmes*

Les centres de soins CSAPA et CAARUD entreprennent des processus thérapeutiques de sorte à ce que l'ensemble des dimensions de l'expérience addictive, de la personne soient intégrées. L'expérience addictive a pour fonction d'aider à se sentir mieux, ainsi l'accompagnement thérapeutique prend lui la fonction de rétablir une expérience de satisfaction pour l'utilisateur, une relation "positive" perdue entre soi et l'environnement, avec ou sans consommation de psychotropes, mais dans des conditions nouvelles et à moindres risques.

"Le soin dans le secteur médico-social en addictologie se décline en réponses ambulatoires ou résidentielles, combinant accompagnement psycho-médico-social, sevrage, substitution, abstinence, réduction des risques et appui à la gestion des consommations. Cela, en fonction des besoins et des objectifs de chaque patient et des limites aux pratiques d'accompagnement constituées par le statut légal des substances. Le soin vise [d'une part] à sortir de l'usage nocif ou de l'addiction et [d'autre part], à améliorer l'intégration sociale et la santé des personnes traitées.¹¹⁰"

- **L'entrée en traitement**

Les motivations d'entrée dans le traitement sont différentes entre les hommes et les femmes. Si les premiers intègrent davantage le soin du fait d'une pression extérieure de la part de la justice, de l'entourage ou par peur de la maladie, les secondes feraient cette démarche plus souvent pour leurs enfants, par culpabilisation et par honte de la consommation ou parce qu'elles ont été orientées par d'autres services médicaux¹¹¹. Ainsi, les consultations médicales peuvent s'instaurer avec une visée de soins de l'addiction avec un traitement de sevrage, de substitution ou de réduction des dommages liés à l'usage de drogues.

D'après l'infirmier du CSAPA d'Ivry-sur-Seine, l'objectif est de proposer un traitement adéquat cherchant une amélioration ou tout au moins une stabilisation de l'état de santé des patientes. Il s'agit alors dans un premier temps d'aborder la question des traitements de substitution. *"Il y a des patients qui arrivent à entrer dans un cadre de soins plus ou moins élaboré, qui parfois peuvent même aller jusqu'à l'abstinence puis il y a aussi ceux qu'on appelle "les patients bas-seuil", qui sont des patients qui ne peuvent absolument pas rentrer dans un cadre de soin et qui sont des patients qui sont dans une certaine forme de substitution, dans une forme de gestion de la dépendance, [et là] on essaie de faire juste de la réduction des risques¹¹²".* Selon le

110 Fédération Addiction, FNARS, "Addiction et lutte contre les exclusions: travailler ensemble", 2015

111 Schmidt L., Weisner C., "The emergence of problem-drinking women as a special population in need of treatment", Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism, 1995

112 Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

tableau de bord TSO 2015 de l'OFDT, les femmes représentaient, en 2012, 23,2% des personnes consommatrices de médicaments de substitution aux opiacés¹¹³.

L'abstinence, du fait de la sévérité d'utilisation de substances par une femme et des problèmes annexes peut très vite devenir l'objectif préférentiel de traitement, mais certaines femmes peuvent ne pas se rendre compte de la gravité de leurs pratiques ou ne disposent pas des ressources nécessaires pour être capable d'arrêter à ce moment-là de leur vie. Se concentrer uniquement sur l'abstinence peut donc représenter un obstacle pour ces femmes et le suivi pourrait alors consister à inclure les difficultés dans leur ensemble, en tâchant d'aider la femme à prendre conscience que, pour son rétablissement, elle devrait passer par l'abstinence.

Le sevrage peut se pratiquer à l'hôpital, dans un service résidentiel communautaire ou en soins ambulatoires. L'orientation du traitement est définie au cas par cas selon certains facteurs tels que les conditions de vie, la sévérité du problème d'utilisation de substances ou encore l'historique des problèmes de sevrage de la patiente.

Si le traitement résidentiel est la pratique la plus courante, l'infirmière du CSAPA Horizon nous partage que l'éloignement du domicile du CSAPA peut constituer un obstacle à la prise du traitement de substitution qui doit être régulière et qui demande aux femmes de se rendre souvent au centre. Les responsabilités familiales ou ménagères, la garde d'enfant ou encore le transport sont des difficultés supplémentaires pour elles. Pour pallier ces obstacles, les CSAPA/CAARUD développent des interventions à domiciles: *“les éducateurs peuvent programmer des consultations ou des temps de travail à domicile, les éducateurs font beaucoup de visites à domicile.”*¹¹⁴ Cependant, à l'inverse, le traitement résidentiel peut représenter un moyen de garder contact avec ces femmes et de les maintenir dans un soin régulier. Certaines recherches indiquent en effet que des séjours plus longs en soins résidentiels et/ou des contacts de traitement plus fréquents sont corrélés avec de meilleurs résultats¹¹⁵. La souplesse du traitement devrait aussi se fonder sur les besoins propres du patient.

La régularité de la prise en charge thérapeutique doit osciller avec des périodes de rupture qui sont réduites grâce aux interventions à domicile des centres. Le parcours de soins des usagers vacille entre période de traitement et période d'absence. Ainsi, à chaque retour du patient dans la structure, les professionnels doivent s'adapter pour réintégrer la personne et manœuvrer pour la maintenir dans le soin: *“les personnes viennent de façon ponctuelle pour une demande particulière, [...] puis ensuite on ne revoit plus la personne pendant 2, 3, 6 mois, 1 an, parfois plusieurs années. Puis, la personne fait de nouveau réapparition [...] tout le travail de*

113 Elles représentaient 25,2% des consommateurs de méthadone, 22,2% de buprénorphine haut dosage et 17,1% pour l'association de buprénorphine haut dosage et de naloxone

¹¹⁴ Entretien au CSAPA Horizon, le 24 juillet 2018

¹¹⁵ FIORENTINE et al., “Drug treatment: explaining the gender paradox”, Substance Use and Misuse, vol. 32, n°6, 1997

*l'équipe c'est de raccrocher le patient pour essayer de le remettre dans un cadre de soins plus global et essayer de pouvoir gérer la dépendance au produit, la minimiser.*¹¹⁶

La situation de certaines femmes exige parfois un suivi très rapproché. Ainsi, les CSAPA et les CAARUD peuvent être amenés à proposer des séjours thérapeutiques: *"quelquefois on est obligé de passer par l'hospitalisation pour les mettre en sécurité, pour qu'elles puissent poser leurs valises et qu'elles se protègent elles-mêmes. [...] Ca leur permet de se poser et souffler un peu.*¹¹⁷" Les femmes peuvent avoir besoin de ce dispositif résidentiel pour échapper à leurs conditions de vie du moment, pouvant impliquer des violences domestiques, ou la présence d'utilisateurs de substances dans leur vie.

3.2.2 *Prise en charge des comorbidités*

Les dispositifs d'accompagnement aux soins en addictologie agissent aussi dans la détection et la prise en charge d'autres problématiques de santé chez les usagers: *"si on prend en charge que les addictions sans prendre en charge ce qu'il y a à côté avec, ça ne sert à rien du tout. Nous on prend en charge globalement la personne.*¹¹⁸"

- **Détecter la comorbidité chez les femmes**

Les CSAPA et les CAARUD, par l'intermédiaire du fibroscan¹¹⁹, des TROD et PCR (Polymerase Chain Reaction ou Réaction de Polymérisation Chaîne)¹²⁰ mènent des actions d'incitation et d'accès aux dépistages des contaminations par le VHC et le VIH. L'alcool est un facteur explicatif des atteintes hépatiques pour une partie des patients, le partage de matériel (doseur, paille ou IV) en est une autre pour le VHC et le VIH mais ce sont les rapports sexuels non protégés qui exposent le plus aux risques d'infection. Le rôle des dispositifs CSAPA ou CAARUD sera alors de proposer un accompagnement de la personne dans les démarches au quotidien et une médiation avec les différents dispositifs: *"on fait le dépistage de sérologie, donc s'il y a eu un problème avec une contamination au niveau du foie, on les met en contact avec les services appropriés.*¹²¹" Face à une femme contaminée par le VHC, l'objectif du parcours sera qu'il soit le plus adapté à la typologie de la patiente. C'est-à-dire qu'il doit permettre un accès rapide au diagnostic et au traitement du VHC. Ceci passe par un renforcement du réseau ville-hôpital et l'accès aux consultations précoces et à la coordination des acteurs médico-sociaux. La prise en

116 Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

117 Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

118 Entretien avec le CSAPA Rivage, au téléphone, le 19 juillet 2018

¹¹⁹ Le fibroscan est un examen qui consiste à quantifier la fibrose du foie, en déterminant la dureté du tissu hépatique et ne nécessite pas d'être pénétré dans le corps, est indolore et non invasif.

¹²⁰ Le PCR est un test d'amplification des acides nucléiques. On peut par exemple détecter la présence du virus VIH ou mesurer une charge virale, des traces d'OGM ou encore des virus d'hépatites B,C et D.

¹²¹ Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

charge, pour rester effective, passe par l'accompagnement des patientes vers les structures de soins et les équipes des différents hôpitaux.

- **Prendre en compte la comorbidité psychiatrique**

Au CSAPA d'Ivry-sur-Seine, comme dans beaucoup de centres de prise en charge des addictions, la *“comorbidité psychiatrique [est] extrêmement élevée, donc on fait de la gestion de la psychiatrie à longueur de temps.”* Pour les femmes qui consomment des substances psychoactives de façon régulière et/ou excessive, les troubles psychiatriques peuvent apparaître, être masqués ou aggravés selon l'usage et le produit. La prévalence de problèmes de santé mentale chez les femmes présentant des conduites addictives est plus importante que chez les hommes. Le taux de recours aux soins pour des troubles dépressifs est 1,7 fois plus important chez les femmes que chez les hommes. S'agissant des troubles bipolaires, le taux de prise en charge est 1,6 fois plus élevé chez les femmes. Si la mortalité par suicide est 3 fois plus élevée chez les hommes, les tentatives de suicide concernent plus les femmes¹²²¹²³.

Ces comorbidités feraient souvent obstacles aux soins et demandent également à ce qu'un travail de partenariat soit entretenu avec les équipes spécialisées. Avoir des psychiatres et des psychologues dans les équipes des CSAPA et CAARUD représente indéniablement une plus-value. Une coordination peut par ailleurs être réalisée avec les services de prises en charge des pathologies psychiatriques par exemple.

Des études démontrent que, dans l'organisation des soins pour les problèmes d'addiction, il est nécessaire de prendre en considération le genre, l'origine ethnique et les caractéristiques psychopathologiques. La coexistence de problèmes psychiatriques est souvent considérée comme un obstacle dans l'entrée en traitement et l'obtention de résultats positifs à ces soins. Pourtant, il a aussi été démontré que les femmes ayant eu auparavant une expérience auprès des services de santé mentale avaient plus de probabilité de s'engager dans un programme de soins (post-sevrage, substitution, counselling, prise en charge résidentielle de moyen ou long séjour) de manière plus longue et plus intensive que les autres. Les femmes qui n'avaient pas eu de parcours auprès des services de santé mentale s'en tenaient uniquement à un programme de désintoxication¹²⁴.

- **Proposer des soins adaptés aux spécificités féminines**

Tous les CSAPA rencontrés lors des entretiens semi-directifs proposent également des consultations gynécologiques. Pour certains centres, les examens proposés se font à l'extérieur,

122 Les tentatives de suicide sont estimées via des enquêtes déclaratives en population générale ou des données d'hospitalisation

123 Drees, Santé Publique France, "l'État de santé de la population en France", rapport 2017

124 Etude réalisée au Massachusetts entre 1996 et 2001 auprès des femmes injecteur de drogues.

dans les plannings familiaux notamment, ce qui peut nécessiter un accompagnement des femmes par les infirmières ou les éducateurs. D'autres centres proposent des temps impartis à ces consultations une fois par semaine. Il s'avère que les patientes sont demandeuses.

Même si la question de la santé sexuelle et de la contraception est censée concerner autant les hommes que les femmes, socialement, elle repose toujours beaucoup sur les femmes. Ces consultations gynécologiques sont importantes dans la mesure où la situation de ces femmes face à la sévérité de l'usage auquel s'ajoute la précarité rendent difficiles l'accès à la contraception. Ainsi, l'IGAS¹²⁵ soulignait en 2010 que l'échec de la contraception résulterait en partie d'une inadéquation entre les modes de vie et les méthodes et pratiques contraceptives, des difficultés d'accès, d'un recours faible à la contraception d'urgence ou encore à l'information et l'éducation à la sexualité qui faisait défaut. Les modifications hormonales chez les femmes avec des conduites addictives sont choses courantes. Les aménorrhées (irrégularité ou disparition des règles) entraînent une prise de conscience tardive de grossesse chez les femmes. Avec des symptômes de la grossesse telle que la nausée sont souvent confondues, à tort avec un état de manque. Cette confusion ne permet pas aux femmes de se rendre compte qu'elles sont enceintes et provoque la reprise de produits avec des risques pour elles et leurs bébés¹²⁶. Lorsque ces situations amènent à des demandes d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), les femmes seront confrontées à un refus du fait du dépassement du délai légal. C'est alors une période de pressions diverses pour la femme, soit pour qu'elle interrompe au plus vite sa grossesse, soit pour qu'elle garde l'enfant malgré elle. L'accompagnement physique chez les professionnels spécialisés dans l'accompagnement à l'IVG et partenaires de confiance peut s'avérer pertinent.

Le travail des CSAPA et des CAARUD est très important en matière de prévention, de réduction des risques sexuels et d'accès à l'IVG. Ce travail permet aux patientes d'avoir une bonne connaissance sur la contraception, les IST et le suivi préventif gynécologique (frottis et cancer du sein). La proposition de contraception doit être adaptée au contexte de vie associé à certaines consommations, à la vie à la rue, aux contraintes financières et matérielles et le cas échéant aux comorbidités d'ordre psychiatriques. Des poses de DIU et d'implants ont été proposées et réalisées par le CAPA Horizon. La majorité des centres mettent aujourd'hui à disposition des préservatifs féminins et masculins.

Néanmoins, il s'avère que pour plusieurs raisons, certains rendez-vous ne sont pas honorés : le manque de réalité des patientes et la peur de l'examen gynécologique. Effectivement, ces femmes redoutent plus que d'autres la consultation gynécologique car pour la majorité d'entre elles, elles ont été ou sont victimes de violences, que ce soit au sein du contexte

125 IGAS, "Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2011. Rapport de synthèse", février 2010

126 Simmat-Durand, Laurence, "La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions", *Déviance et Société*, vol 31, n°3, 2007

domestique ou de consommation. Ce sont des situations qui demandent aux professionnels de s'adapter à des situations d'urgence: *“ça nous est arrivé de faire des consultations gynéco et sociales en urgence pour qu'il y est un recueil de ce qui s'est passé. On s'adapte à la situation des personnes, on ne laisse pas une personne en détresse, en souffrance en lui disant tu prends rendez-vous.”*¹²⁷

Certains centres mènent des actions auprès des femmes en situation de prostitution. Le CAARUD Sida Paroles effectue des maraudes tous les lundis, dans les forêts de Saint-germain en Ile-de-France à destination des travailleurs et des travailleuses du sexe et des transgenres. Mais la prise en charge des spécificités liées à la prostitution peut être difficile pour les professionnels des CSAPA et CAARUD: *“il y a des questions sur lesquels nous, on n'est pas compétent. Typiquement la question des violences sexuelles en lien avec le travail du sexe. [...] On a quand même essayé de créer du réseau, donc il y a AIDS, le bus des femmes, des réunions régionales [...] On repère toute la difficulté du côté extrêmement violent et dangereux pour ces femmes et les équipes qui essaient d'accompagner ces personnes.”*¹²⁸

Les différentes collaborations entre les CSAPA, les CAARUD et les autres professionnels du secteur médico-social sont donc indispensables pour une prise en charge et un suivi de qualité des patientes. Mais comment s'articulent concrètement ces partenariats ?

4 Travail en réseau pour une prise en charge pluridisciplinaire

4.1 Articulations entre les CSAPA et les CAARUD

Les CSAPA sont des dispositifs axés sur le projet thérapeutique des patients alors que les CAARUD sont quant à eux, au plus proche de ce que les gens vivent au travers de leurs consommations quotidiennes et ont les moyens d'observer les tendances et les évolutions de consommation chez les usagers. Ils collaborent de manière complémentaire.

Les CAARUD sont sollicités notamment pour la réduction des risques et les patients *“bas seuil”*¹²⁹: *“quand c'est vraiment trop bas seuil et que le patient est vraiment pas du tout dans une problématique de soin et qu'on n'arrive pas à le faire entrer dans une problématique de soins, on essaie de le rediriger vers des structures types CAARUD.”*¹³⁰ nous explique la psychologue du CSAPA de Sarcelles.

¹²⁷ Entretien au CSAPA Horizon, le 24 juillet 2018

¹²⁸ Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

¹²⁹ Les interventions *“bas seuil”* concernent des programmes basés sur une aide médicale et sociale de base, sans visée d'abstinence, sans dossier et prise en charge individuelle. Il peut s'agir d'antenne médicale, hébergement d'urgence ou encore de lieux offrant des repas ponctuels.

¹³⁰ Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

Les rechutes sont fréquentes chez les usagers pendant comme après une prise en charge, d'où les structures de réduction des risques. Quant à la patientèle féminine, on la redirige parfois vers des centres plus armés dans la prise en charge des femmes, comme le CSAPA Horizon: *"Il y a beaucoup de CAARUD ou d'autres CSAPA qui nous adressent [les femmes au CSAPA Horizon]. Ça arrive que ce soit d'autres dispositifs aussi, ça arrive que ce soit les sages-femmes qui nous les adressent par exemple mais globalement on est beaucoup identifié par les CSAPA/CAARUD."*

4.2 Travail des CSAPA et des CAARUD en réseau avec des professionnels qui ne sont pas spécialisés dans la prise en charge des addictions

Près de 77% des équipes des CAARUD rencontrent des partenaires du réseau sanitaire en vue de faciliter les orientations vers d'autres services spécialisés, la médecine de ville ou l'hôpital. C'est notamment le cas en Ile-de France avec 9 structures sur 10 qui entretiennent des partenariats avec les acteurs du champ sanitaire.

La prise en charge des soins en addiction, n'engage pas forcément les soins pour la prise en charge des comorbidités, ne serait-ce que parce que le patient ne le souhaite pas d'emblée. Les partenariats et le travail en réseau entre les CSAPA/CAARUD et d'autres professionnels permet aux femmes de pouvoir accéder à d'autres soins qui leur sont nécessaires et qui viendront en soutien au suivi pour la prise en charge des addictions. Par exemple, l'infirmier du CSAPA d'Ivry-sur-Seine nous dit que: *"la particularité de notre centre, c'est qu'on a la chance de travailler avec le centre médical municipal de santé où il y a tout un plateau technique dont on essaie de faire bénéficier [les femmes]: les soins dentaires, la radiologie, la gynécologie, la médecine générale¹³¹."*

Les CSAPA et les CAARUD sont des structures tournées vers la ville qui sont en lien avec les acteurs libéraux, les associations, les réseaux de santé et le secteur social. Par exemple, les médecins généralistes sont une ressource importante pour repérer et orienter des personnes chez lesquels ils constatent des usages problématiques de substances vers une prise en charge spécifique.

Les CSAPA et les CAARUD travaillent également avec les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Ces dernières ont pour mission de former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non spécialisées dans les addictions, des hôpitaux sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients. Les ELSA peuvent également intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes et de développer des liens avec les acteurs de santé intra et extra hospitaliers. Elles servent alors d'intermédiaire entre les CSAPA et CAARUD et

¹³¹ Entretien avec le CSAPA d'Ivry-sur-Seine, au téléphone, le 16 juillet 2018

les professionnels qui entourent la famille (périnatalité, équipes de pédiatrie, services d'urgence). Certains ELSA participent à un travail en réseau par la mise en place de postes de sages-femmes référentes en réseau. Les ELSA sont donc également des partenaires privilégiés pendant la grossesse des patientes ayant des conduites addictives.

Parfois, les professionnels spécialisés dans la prise en charge des addictions sont amenés à jouer un rôle de médiateur entre les partenaires du champ sanitaire et social. C'est dans ce contexte qu'en Ile-de-France, les CSAPA et les CAARUD travaillent avec le DAPSA -ou Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires-. Le DAPSA a pour mission de favoriser l'accès et la continuité des soins quand les parents, ou futurs parents, souffrent de troubles psychiques et/ou somatiques, du fait notamment d'une consommation de substances. En appui et à la demande des professionnels, le DAPSA intervient en direction des femmes enceintes, des futurs pères, de parents et de leurs enfants jusqu'à l'âge de 3 ans, donc en période prénatale et postnatale. Plus concrètement, il crée des espaces de réflexion pluridisciplinaires, pour que les différentes parties prenantes à la prise en charge de la famille puissent se réunir pour évaluer et élaborer un projet d'accès aux soins pour chaque membre de la famille. Les CSAPA sont considérés, par le DAPSA et leurs équipes mobiles d'accès aux soins, comme des ressources utiles dont peuvent disposer les professionnels du suivi de grossesse et de maternité. Pour exemple, le CSAPA Boucebeci de l'hôpital Avicenne a eu une proposition d'intervention auprès de la PMI 93.

De prime abord, si le suivi et l'accompagnement ne sont pas différents entre les hommes et les femmes, le suivi au cas par cas et l'offre globale de soins favorisent une prise en charge adaptée à la situation de chaque femme. Ainsi, certains centres proposent des soins qui répondent à des besoins spécifiques à la santé de la femme : gynécologie, contraception, violence etc. Un tel accompagnement est conditionné par l'existence d'un réseau de partenaires s'intéressant aux thématiques de la grossesse et de la parentalité. Les enjeux qui se développent autour d'une grossesse et de la parentalité pour l'enfant né ou à naître, comme pour la mère ou future mère avec des conduites addictives, font de cette spécificité l'une des plus préoccupantes.

PARTIE 3: UNE PARTICULARITÉ FÉMININE: GROSSESSE, PÉRINATALITÉ, PARENTALITÉ

“La femme se doit de rester exempte d’intoxication afin d’enfanter le meilleur des enfants possible. La médecine spécifiquement féminine, obstétrique et gynécologique, s’oppose à toute consommation psychotrope. Au risque assumé, de perturber la dyade mère-enfant si fondamentale dans les premiers temps de la vie.”¹³² Alors que la maternité est une période de bouleversement pour chaque femme, c’est aussi pour les femmes consommatrices de substances, une période de recrudescence des pressions et de contrôle social. Leur capacité de procréation associée aux risques des consommations demande que la prise en charge soit réfléchie et adaptée afin d’agir le plus précocement possible auprès des mères et de leurs enfants.

1 Effets et conséquences de la consommation de produits pendant la grossesse

En France, si on sait que 25 à 30% des personnes avec des problèmes d’addictions sont des femmes¹³³, il est en revanche moins aisé d’avoir une estimation fiable du nombre de grossesses chez cette population, du fait d’enquêtes reposant sur des données déclaratives. Les *“âges de plus forte consommation coïncidant avec la période de vie féconde”* font de la grossesse une période charnière entre risque pour la mère et risque pour l’enfant. La grossesse représente alors un moment propice à la prise en charge des conduites addictives. Si la consommation de drogues pendant la grossesse représente un problème de santé publique majeure, la parentalité entre pression sociale et médicale s’installe également comme une véritable préoccupation.

1.1 Ampleur des consommations chez les femmes en âge de procréer, enceintes et ayant donné naissance à un enfant

Pendant leurs grossesses, la quasi-totalité des femmes ont un suivi régulier, ce qui devrait permettre de repérer et d’avoir une estimation de la consommation de produits psychoactifs pendant cette période. Ainsi, les enquêtes tentent d’évaluer la prévalence de la consommation des différentes drogues parmi les femmes et particulièrement aux âges de reproduction. Certaines enquêtes plus précises ciblent la période prénatale, en enquêtant auprès des femmes enceintes ou en recueillant des données lors des accouchements.

En France, les données sur les femmes consommant des substances psychoactives portent principalement sur les femmes qui fréquentent les centres de soins. Les données du Baromètre santé 2010 montrent que dans la population des femmes enceintes 32% continuent de boire de l’alcool de façon occasionnelle pendant cette période. S’agissant du tabac, 24% des femmes enceintes déclarent fumer quotidiennement, et 3% de façon occasionnelle. Et si elles

132 Colbeaux Christian, “L’addiction a-t-elle un genre?”, Contact santé, n°233, février 2012

133 Lejeune C., “Conséquences périnatales des addictions”, Ach. Pédiatr, 2007

sont 30% de femmes à arrêter de fumer pendant la grossesse, elles sont 80% à reprendre après l'accouchement.

Nous l'avons évoqué précédemment, en France, on dispose peu d'études mettant en avant la prévalence des consommations de drogues illicites chez les femmes enceintes. Pour se rendre compte de la consommation de substances autres que le tabac et l'alcool, nous ferons référence aux données issues de l'enquête¹³⁴ "grossesse et substances psychoactives: études de prévalence de la consommation déclarée". Ainsi, selon cette étude, c'est 9 femmes enceintes sur 250 (3,7%) qui ont consommé un ou plusieurs médicaments psychotropes au cours du mois précédant l'étude. Parmi ces neuf femmes, sept n'ont consommé que cette substance pendant la grossesse, contrairement aux deux autres, où il y a une consommation d'alcool qui s'ajoute. S'agissant du cannabis, c'est 6 femmes sur 250 (2,4%) qui en ont consommé durant le mois précédant l'étude. Il convient de souligner qu'aucune femme n'a déclaré la consommation d'une substance illicite autre que le cannabis pendant la grossesse. Les poly-usages de cannabis, de tabac et d'alcool concernaient 1,6% des femmes tandis que l'association exclusive de tabac et d'alcool concernait 0,8% des femmes. La nicotine et l'alcool sont souvent utilisés en association avec d'autres drogues et la plupart des femmes qui se présentent dans les services spécialisés de prise en charge des addictions déclarent une "polytoxicomanie".

Les valeurs susmentionnées semblent être encourageantes quant à la consommation chez les femmes enceintes. Cependant il faut noter que les données sont le plus souvent obtenues par une auto-déclaration des femmes, pouvant entraîner une sous-évaluation.

La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse peut entraîner des complications à la fois pour le bébé, mais également pour la maman. Des complications obstétricales ainsi que des complications médicales pour les enfants à naître, qui font de cette problématique une priorité de santé publique.

134 Enquête réalisée en 2008 sur un échantillon de 250 femmes enceintes, âgées de 18 à 43 ans (en moyenne 30 ans) se rendant à une consultation prénatale dans la maternité d'un CHU de la région parisienne. Elles ont été interrogées au travers d'un questionnaire auto-administré et anonyme.

A.Dumas, C. Lejeune, L.Simmat-Durand, C.Crenn-Hébert, L.Mandelbrot, "Grossesse et substances psychoactives: étude de prévalence de la consommation déclarée", journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol 37, n°8, décembre 2008

1.2 Les impacts sur la santé de la mère et de l'enfant

Tableau: effets des drogues sur la grossesse, le fœtus ou l'enfant

Substance	Effet obstétricaux	Effets sur le fœtus et l'enfant
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de retard de croissance intra-utérin, - Risque d'accouchement prématuré, - Risque de fausse couche, - Risque d'enfants mort-nés 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de syndrome d'alcoolisation fœtale: malformations), atteinte au système nerveux, problèmes d'attention, de difficultés d'apprentissage, problèmes de comportement, manque de jugement ou d'altération de la mémoire à court terme, - Risque de retard de croissance et de petit poids à la naissance
Tabac	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de fausse couche, - Risque de bébé mort-né, - Risque d'accouchement prématuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de retard de croissance intra-utérin (constriction des vaisseaux sanguins au niveau du cordon ombilical et du placenta et donc diminution de nutriment et d'oxygène parvenant au fœtus), - Risque de mort subite du nourrisson
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'accouchement prématuré, - Risque de retard de reconnaissance de la grossesse (symptôme masqués) 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de retard intra-utérin et de troubles du comportement du nouveau-né
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'accouchement prématuré, - Risque de fausse couche, - Risque de bébé mort-né 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de symptôme de sevrage à la naissance (convulsions, hyper-irritabilité, problèmes de sommeil), - Risque de retard de croissance intra utérin, de retard de croissance post-natal, de difficultés d'adaptation et d'apprentissage, - Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues)
Opiacés/ héroïne	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'accouchement prématuré, - Risque de fausse couche, - Risque de bébé mort-né, - Risque de retard de reconnaissance de la grossesse (irrégularité menstruelle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de sevrage à la naissance (convulsions, tremblement, hyper-irritabilité, tachycardie), - Risque de retard de croissance intra-utérin, difficultés d'adaptation et d'apprentissage, - Risque de mort subite du nourrisson, - Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues)

Chaque produit consommé peut entraîner des effets qui lui sont propres. Par ailleurs, les effets peuvent être différents et augmentés en fonction de la quantité de produit consommé et des poly consommations. Une mauvaise alimentation, un manque de sommeil, les vulnérabilités psychologiques ainsi que les difficultés socio-économiques peuvent être des facteurs aggravants. Cependant, il est tout de même possible d'associer des effets spécifiques à chaque substance, comme il est possible de le voir dans le tableau ci-dessus.

Les conséquences de la consommation de produits sur la santé de la femme, la grossesse et le fœtus comme ce tableau ci-dessus le présente, sont nombreuses. Parmi les plus importantes, on retrouve les anomalies caractéristiques de l'alcoolisme chez la mère, regroupées sous le nom de syndrome d'alcoolisation fœtale SAF. Le SAF est un véritable problème de santé publique. En effet, entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés ont présenté une conséquence du SAF et 452 ont eu la forme malformative complète¹³⁵. Ainsi, en vertu du principe de précaution, il est recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool dès le début de leur grossesse et pendant toute sa durée. La consommation de tabac est un facteur de risque majeur dans le syndrome de mort subite du nourrisson. Une enquête nationale réalisée par l'InVS, entre 2007 et 2009, démontre que près de 28% des morts inattendues du nourrisson de moins d'1 an, avaient été exposés au tabac pendant la grossesse¹³⁶.

Par ailleurs, les recherches actuelles suggèrent qu'il peut être dangereux de cesser de consommer des opiacés (héroïne, codéine, morphine) durant une grossesse, pouvant entraîner des fausses couches ou des accouchements prématurés. Un traitement de substitution à la méthadone est alors nécessaire

Les impacts des addictions chez la femme enceinte sur son enfant, sur elle-même et sur son entourage constituent une préoccupation majeure. L'accès aux soins en phases prénatales et postnatales, ainsi que l'amélioration de l'accompagnement ont été un véritable tournant pour la santé de ces femmes et leurs enfants.

135 Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, Regnault N, "Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale: analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013, SPF, septembre 2018

136 Bloch J., Denis P., Jezewski-Serra D., et le comité de pilotage, "Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans", InVS, maladies chroniques et traumatismes, enquête nationale 2007-2009

2 L'évolution des prises en charge

Face aux effets délétères pour le fœtus, l'enfant et la mère elle-même, la grossesse et la maternité sont les préoccupations les plus clairement identifiées chez les femmes qui consomment des substances psychoactives. C'est à ce titre, que des actions de réduction et de prise en charge des problèmes d'addiction¹³⁷, que nous tenterons d'explicitier dans cette partie au travers de l'intervention des CSAPA et des CAARUD, ont été développées.

2.1 L'évolution des priorités, des politiques et des actions de prise en charge

C'est en 1993, que la première femme enceinte sous méthadone était accueillie à la maternité de l'hôpital Louis Mourier de Colombes dans les Hauts-de-Seine. Soit, 20 ans après les premières publications américaines sur les programmes orientés vers des femmes enceintes dépendantes aux opiacés.

La forte mortalité des usagers d'héroïne par overdose et par Sida a généré un certain nombre de mesures : mise en place des traitements de substitution (TSO), des politiques de réduction des risques, des trithérapies VIH, etc. Ainsi, elle a été un véritable tournant pour la prise en charge de l'ensemble du public usager de substances psychoactives y compris les femmes enceintes.

Certaines équipes de professionnels de la périnatalité (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, etc.) se sont saisi de ce tournant pour réfléchir à la prise en charge des femmes enceintes qui consommaient des substances psychoactives. Cela a permis d'amorcer une modification des représentations des soignants et une plus importante prise en considération du besoin de ces femmes de recevoir un suivi pour leurs problématiques de consommation. En écho à ces évolutions, un suivi plus sain en permettant de stabiliser la relation soignant/patiente, diminuer les complications obstétricales et les séparations mère-enfant.

Pour aller plus loin dans nos propos, au milieu des années 90, la collaboration entre un certain nombre d'équipes périnatales et d'autres professionnels issus de l'addictologie ont constitué un groupe de réflexion sur l'offre de soins chez les femmes enceintes consommant des substances psychoactives: le Groupe d'Étude Grossesse et Addiction (GEGA)¹³⁸. L'offre de soins auprès de ces femmes s'est depuis construite sur un travail de collaboration qui inclut les soins liés à la grossesse mais aussi les soins aux addictions par des équipes pluridisciplinaires (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, assistantes sociales, psychologues, ELSA) et un réseau ville-hôpital (CSAPA et CAARUD, médecins généralistes, PMI...). Les principes sont

137 Marsh J.C., et Smith B.D., "Integrated Substance Abuse and Child welfare services for women: a progress review", *Children and youth services review*, 33-3, 1 mars 2011

138 C'est un groupe qui anime 4 à 5 journées de réflexion par an, réalise des études multicentriques et participe à l'élaboration de recommandations avec les autorités de tutelle.

d'assurer un suivi précoce de grossesse, des soins d'addictologie (TSO et substitution nicotinique), et un soutien psycho-social pour la mère. La volonté de ce travail en réseau était pour commencer, de travailler des relais de façon personnalisée et de conjuguer le travail de professionnels formés à la prise en charge de la grossesse et de professionnels formés à la prise en charge des situations d'addiction¹³⁹. Mais il s'agit aussi d'assurer les soins du nouveau-né avec et par la mère pour favoriser l'établissement du lien parent/enfant et prévenir autant qu'il est raisonnable la séparation.

Aux Etats-Unis, les programmes qui associent le traitement de l'usage de substances et la grossesse ou l'accompagnement à la parentalité¹⁴⁰ démontrent une amélioration du fonctionnement émotionnel et comportemental des enfants suivis. Ce sont des programmes qui apparaissent pertinents du point de vue des bénéfices pour les enfants. S'agissant de l'usage problématique de substances psychoactives, nous avons peu de renseignements tant du point de vue de la santé mentale, que sur la vie familiale, la qualité de vie sociale, les problèmes avec la justice etc. Peu de structures dédiées à la prise en charge à la fois des addictions chez la mère et de l'enfant existent en France et peu d'évaluations de leurs résultats sont disponibles. En effet, la France a plutôt opté pour le développement de dispositifs d'accompagnement et de prise en charge en réseaux, qui associent différents partenaires aux compétences complémentaires¹⁴¹.

Ces évolutions de la prise en charge des femmes avec des consommations de substances pendant leur grossesse ou avec leurs enfants sont exemplaires. Elles ont démontré que le fait de favoriser les interactions mère-enfants chez les femmes avec des conduites addictives, de proposer un accompagnement ainsi qu'un soutien à la fois pendant la grossesse mais aussi pendant les premières relations mère-enfant, est essentiel. La relation avec l'équipe soignante vis-à-vis du vécu de ces femmes est déterminante quant à la qualité et les résultats de leur prise en charge¹⁴².

¹³⁹ Reichert M., Weil M., Lang J.P., "Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psychoactives en Alsace: le réseau maternité et addiction", *Psychotropes*, vol. 16, n°3-4, 2010

¹⁴⁰ Lorenzen D. et Bracy K., "MOMS Plus: a public health program for substance using pregnant inmates in an urban jail", *Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 17-3, juillet 2011

¹⁴¹ Lejeune C., "L'évolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants", 2002

¹⁴² Lefebvre L., Midmer D., Boyd J.A., Ordean A., Graves L., Kahan M., et Pantea L., "Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy" *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN/NAACOG*, 39-1, février 2010

2.2 La grossesse: une période de fortes pressions pour les femmes et une opportunité d'accrochage pour l'entrée ou le retour aux soins en addiction

La maternité chez une femme avec des conduites addictives est vécue avec crainte, autant pour la mère, que pour l'entourage, les professionnels ou plus largement la société. C'est la peur relative à la consommation et au contexte de vie difficile d'exposer l'enfant à une souffrance. C'est dans ce sens que la cheffe de service du CAARUD Sida parole s'est exprimée : *“c'est assez flagrant de voir à quel point [...], la panique des professionnels prend le dessus.”*

Cependant, selon certaines représentations, le désir de grossesse serait “plus fort” que l'envie de consommer. Il est mis en avant que ces femmes font généralement des efforts pour réduire leur consommation. Elles se dirigent vers des produits de substitution, moins dangereux et de façon automatique et dans le meilleur des cas elles parviennent même à l'abstinence. Cette période de la vie est, pour elles, un élément de motivation conséquent.

Les grossesses sont donc souvent citées dans la littérature comme un moment de grandes résolutions pour arrêter ou modifier la consommation, ceci autant par les professionnels que par les femmes elles-mêmes. La grossesse est une période de bouleversement pour ces femmes qui voit les angoisses et les conflits du passé resurgir. En ce sens, c'est une période qui demande du soutien. La maternité est parfois la seule source possible d'identité et de valorisation de ces femmes. Aussi, ce qui peut être considéré par les professionnels comme un accident, est aussi un moyen pour ces femmes de ne pas renoncer à devenir mère ou se laisser entendre dire qu'elles n'ont pas le droit de l'être¹⁴³. D'autres femmes vont elles s'interdire le projet de maternité et le repousser au moment où elles auront arrêté de consommer.

La littérature autour de l'intoxication des enfants in utero et du corps maternel toxique est abondante. *“Le fait qu'une grossesse survienne ne détermine pas que la personne en est à une phase où elle voudrait s'arrêter. Il y a d'un côté la temporalité du processus toxicomane et de l'autre, la temporalité de la grossesse. Ce n'est pas parce qu'une femme toxicomane est enceinte, qu'elle a fini d'aimer la drogue”¹⁴⁴*. La littérature relève par ailleurs l'inéluctable retour des femmes à la consommation aussitôt que l'enfant sera né. Que cette “option de renouveau” ne dure que dans un court terme, après leur accouchement, les femmes reprennent progressivement leurs consommations¹⁴⁵. Nous l'avons évoqué précédemment, 80% des femmes reprennent la cigarette après l'accouchement par exemple.

143 Simmat-Durand, Laurence, Louise Genest, et Claude Lejeune, « Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française », *Psychotropes*, vol. 18, n°3, 2012

144 Simmat-Durand, Laurence, “Devenir mère en situation d'addiction..: quelle trajectoire?”, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 77, n°3, 2009

145 Simmat-Durand Laurence, Vellut Natacha, Jauffret-Roustide Marie *et al.*, « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? », *Psychotropes*, vol. 19, 2013

Il est également mentionné dans certaines études que les raisons pour sortir de la dépendance et accéder aux soins ne sont pas forcément la grossesse ou un enfant. Elles peuvent être relatives à des motivations négatives. Il s'agit par exemple de dettes et de problèmes financiers, d'ennuis avec la police ou la justice, de problèmes de santé et notamment de santé mentale ou plus généralement du cumul de ces difficultés.

En revanche, si la grossesse n'est pas l'unique raison qui détermine le décrochage de la dépendance chez ces femmes, elle est souvent l'occasion d'accéder aux soins, en allant consulter et/ou en démarrant un traitement de substitution. Ainsi, la grossesse apparaît comme une période propice à un accompagnement plus resserré, mais n'est pas forcément la clé pour la sortie de la dépendance.

2.3 Les professionnels face à la gestion des grossesses chez les femmes avec des conduites addictives

La Fédération addiction dans son guide¹⁴⁶ identifie plusieurs difficultés chez les professionnels dans la prise en charge de ces femmes. Les acteurs du sanitaire et du social se centrent sur des multiples questionnements : le danger potentiel que les consommations font risquer à la femme et son enfant; le fait que le parcours de vie et de soin, n'anticipe pas toujours la prise en charge de la future mère ; et enfin, un questionnement relatif à l'accompagnement équitable et optimal en matière d'offre de soins sur tous les territoires du fait des inégalités territoriales de santé.

Comme il a été abordé à plusieurs reprises dans ce travail, les femmes avec des conduites addictives et d'autant plus lorsqu'elles sont mères ou qu'elles vont le devenir, sont sujettes à la stigmatisation. Elles sont considérées comme des mères déviantes qui ne respectent pas la norme de la "bonne mère" qui se soucie de la sécurité et du bien-être de son enfant. Que ce soit les femmes elles-mêmes ou les professionnels, tous deux sont touchés par plus ou moins les mêmes représentations. Par ailleurs, s'ils n'ont pas été sensibilisés à la question des addictions, les professionnels peuvent considérer que l'enfant risque d'être mal nourri, négligé ou à l'inverse surinvesti et entravé dans son développement¹⁴⁷. C'est ainsi que la cheffe de service du CAARUD Sida Paroles nous raconte qu'une professionnelle d'un service de néonatalogie à la sortie d'une patiente lui a dit: " *s'il [le bébé] pleure, il faut vérifier la couche, vous lui changez si besoin, vous lui donnez à manger et si ce n'est pas ça et s'il continue à pleurer vous risquez de vous énerver et donc de le secouer, donc mettez-le dans un lit et vous partez*"¹⁴⁸. Le conflit de représentations sur

146 "Femmes & Addictions: accompagnement en CSAPA et CAARUD", Fédération Addiction, 2018

147 Simmat-Durand, Laurence, "Devenir mère en situation d'addiction..: quelle trajectoire?", La lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol. 77, n°3, 2009, p. 65-70

148 Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

l'association de la maternité et la consommation de drogues chez les femmes est source d'appréhension chez les professionnels. La connaissance et surtout la confrontation entre les représentations sociales et les pratiques professionnelles contradictoires dont elles sont à l'origine peuvent permettre une prise en charge plus adaptée¹⁴⁹.

Par ailleurs, les professionnels de santé ont pu partager qu'ils regrettaient des défaillances dans le repérage des difficultés pour les femmes enceintes à interrompre leurs consommations d'alcool. Ce repérage généralement qualifié comme tardif, imprécis voire inexistant, rend difficile l'accès aux soins des femmes, le partage de l'information et le signalement de la souffrance de l'enfant.

Il apparaît plus facile pour les professionnels des addictions d'identifier la période de grossesse comme un temps de prise en charge spécifique et prioritaire. La fonction maternelle et parentale plus généralement, incluant le père est largement intégrée dans leur travail. Cependant, les acteurs sanitaires et sociaux n'ont pas toujours les ressources internes pour effectuer ce repérage et pouvoir proposer des réponses. La culpabilité des femmes pouvant s'associer à des sous-déclarations des consommations, rend également difficile la possibilité pour les professionnels de se rendre compte de l'ampleur de la problématique. En effet, alors que le diagnostic de suivi intervient parfois tardivement dans la grossesse, les femmes par peur du jugement ou de se faire placer ses enfants, gardent le secret ou minimise leur état. En outre, même si les professionnels parviennent à effectuer un repérage, s'ils n'ont pas l'accord de la mère ou de la famille en général pour mettre en œuvre les orientations ou pour transmettre les informations, ils se retrouvent dans l'impasse.

Les difficultés de repérage peuvent également être liées au fait que par crainte d'être trop intrusif ou de risquer la rupture du lien avec les femmes, les professionnels n'oseraient parfois pas questionner des dimensions intimes ou les vulnérabilités de celles-ci comme par exemple les relations et le soutien de l'entourage, l'exposition aux violences, les angoisses. C'est la raison pour laquelle les professionnels doivent être dans le dialogue, permettre la reconnaissance et la prise en compte des vulnérabilités de ces femmes. Par ailleurs, il faut que les professionnels aient des appuis à proposer pour que les femmes puissent faire face à leurs difficultés.

Nous l'avons abordé dans la seconde partie, du fait des perturbations physiologiques et plus précisément du cycle hormonal chez les femmes consommatrices de substances, les professionnels sont souvent amenés à observer des grossesses à répétition, dont la reconnaissance est tardive. Il apparaît que le recours à l'IVG est également fréquent chez ces femmes, surtout celles qui consomment des opiacés, des médicaments ou du cannabis. Ces situations sont aggravées par des situations de fragilité psychique et de précarité.

149 Lutzenbacher C., "La mère toxicomane et l'enfant: incidence des représentations sur la prise en charge", *Psychotropes*, 1998,

Si l'articulation entre les professionnels de la périnatalité et de l'addictologie est recommandée, le "timing" d'intervention n'est pas le même. Les premiers interviennent le temps de la grossesse contrairement aux seconds, qui eux, interviennent pendant plusieurs années. Ainsi, le temps disponible pour mettre en place un suivi effectif, la disponibilité des professionnels, l'annonce plus ou moins tardive de la grossesse et les angoisses des parties prenantes, augmentent le risque de précipitation. Le DAPSA peut venir en appui à ces équipes grâce à son accompagnement en réseau.

2.4 La protection de l'enfance auprès des mères ou futures mères avec des conduites addictives: entre appréhension et négociation

La consommation de substances psychoactives n'implique pas forcément l'incapacité à remplir son rôle maternel. Ce n'est pas la consommation qui définit le placement mais le contexte global dans lequel elle s'intègre. L'évaluation des capacités de la mère à prendre soin de son enfant représente une véritable difficulté pour les professionnels. La relation patiente-soignant, qui se base sur l'alliance thérapeutique, peut être contrariée s'il y a une reconnaissance de souffrance chez l'enfant, que les professionnels ne peuvent ignorer. La mise en œuvre du placement doit s'inscrire dans une démarche organisée de négociation, qui sera vécue positivement par la mère. En ce sens, l'articulation entre les CSAPA/CAARUD et la PMI ou l'ASE, permettront aux premiers de rester du côté de la mère, qui est le sujet de l'accompagnement pour les conduites addictives, et de laisser aux seconds le rôle d'évaluer la situation. La fonction du centre en addictologie sera d'exposer les informations nécessaires à cette évaluation. Les regards pluridisciplinaires viennent étayer au mieux les situations pour identifier au mieux les priorités. Ce travail en collaboration est essentiel pour éviter toute décision précipitée ou incomplète.

La collaboration entre les structures de prise en charge des addictions (CSAPA et CAARUD) et avec les structures de prise en charge de la petite enfance et de la protection de l'enfance est incontournable, pour l'accompagnement aux soins des femmes et des enfants. Pourtant, une étude aux Etats-Unis démontre que ce partenariat peut se heurter à certaines difficultés¹⁵⁰:

- Les deux systèmes possèdent des environnements réglementaires et administratifs qui n'optimisent pas la communication entre les services;
- Les principes, valeurs et philosophies ainsi que les objectifs et priorités ne sont pas les mêmes pour les deux systèmes;
- Les stratégies d'évaluation ne sont pas partagées;

150 Marsh J.C., et Smith B.D., "Integrated Substance Abuse and Child welfare services for women: a progress review", Children and youth services review, 1 mars 2011

- Il y a une différence de normes dans l'appréciation du succès et de l'échec

Les professionnels des services de maternité tels que la PMI agissent de sorte à ce que les grossesses sous problème d'addiction soient repérées le plus tôt possible. Néanmoins, il apparaît parfois que les femmes parviennent à "passer au travers les mailles du filet" de la protection de l'enfance ou des signalements. Les femmes sont dans une logique d'évitement au sens où les relations avec les professionnels de la protection de l'enfance sont parfois houleuses. A ce propos, la cheffe de service du CAARUD Sida paroles a partagé une anecdote significative : *"l'aide sociale à l'enfance [...] alors que la dame est enceinte et a déjà trois enfants de placés - comme ils sont mandatés pour ces trois enfants mais pas encore pour le quatrième - [...] fait d'office, dès le troisième mois, une injonction à la dame en expliquant que soit son enfant est placé, soit elle part en cure alcool immédiatement."* La période de grossesse peut être un moment opportun afin de pousser les femmes à entrer dans le soin. Mais il semblerait que certaines interactions entre les soignants et les femmes, ou la structuration du soin, puissent à l'inverse rompre les liens. Dans ce même cas, selon les propos de la professionnelle du CAARUD Sida paroles, imposer une cure sans la proposer, sans expliquer les intérêts et les risques, ne constitue pas la méthode adéquate et peut engendrer de grandes difficultés. *"Ce que l'injonction a fait, c'est que la personne s'est juste mise à paniquer et ça nous a pris un mois de plus à la faire entrer en cure."*¹⁵¹

En France, une étude¹⁵² auprès d'un échantillon représentatif de mères avec des conduites addictives suivies par les CSST, confirme que le travail en réseau et les traitements de substitution permettent d'améliorer la situation pendant la période de grossesse et néonatale. Cependant sur le moyen et long terme, on constate que des difficultés familiales sévères reprennent le dessus et aboutissent souvent à une séparation mères-enfants. En effet, *"ces séparations se produisent à des moments variés de la trajectoire, elles sont quelquefois tardives et souvent causes de rechute voire de "dégringolade", quand elles ne sont pas préparées ou accompagnées"*¹⁵³.

La séparation d'un enfant avec sa mère peut être un risque quant à son développement. De surcroît, si l'on considère la cause de retrait, qui peut être relationnelle, sensorielle, organique ou liée à l'association de ces trois types de facteurs. Le retrait relationnel précoce est un symptôme d'alerte qui peut se voir dans des situations pathologiques. Il a alors été élaboré un instrument d'évaluation et de dépistage du retrait relationnel du nourrisson au cours de l'examen pédiatrique: l'échelle ADBB¹⁵⁴ (Alarme Détresse Bébé) auquel se sont formés deux psychologues

151 Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

152 Il s'agit d'une enquête multicentrique sur un échantillon représentatif de 171 mères et de leurs 302 enfants.

153 Simmat-Durand Laurence, Vellut Natacha, Jauffret-Roustide Marie *et al.*, « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? », *Psychotropes*, vol. 19, 2013

154 Cette échelle comporte 8 items cotés de 0 à 4. La note "normale" est donc de 0 et le maximum à 32. Les items suivent l'ordre qu'adopte un professionnel qui entre en contact avec un bébé: expression du *Ikrame KHACHACH - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, SciencesPo Rennes – 2018* 57

et une éducatrice spécialisée du CSAPA Horizon notamment. Le score obtenu reflète l'interprétation du comportement de l'enfant dans une situation donnée. Il est une indication des difficultés et des capacités d'adaptation de l'enfant. Le CSAPA horizon réalise deux vidéos de l'enfant avec quelques semaines d'intervalle. A partir de ce support, les professionnels interrogent avec la mère les perceptions vis-à-vis de son enfant. C'est une opportunité pour la mère de prendre conscience de l'éventuelle souffrance de son enfant. C'est une échelle qui permet l'entrée dans un processus de soins par la mise en évidence et en commun de signaux, de troubles, d'une souffrance psychique et le partage que cette approche impose.

Il faut permettre que des liens se tissent entre la mère et l'enfant avant de trouver un placement adéquat pour que ce lien perdure¹⁵⁵. Par ailleurs, paradoxalement, alors que l'on reproche à la mère une discontinuité, dans sa consommation, dans ses soins et dans son rythme de vie. Le placement introduit lui-même cette question. Certaines mères auront un contact épisodique avec leur enfant et à des cadences variées alors que d'autres n'auront plus aucun contact, en particulier lorsque le lieu de garde est trop éloigné, ce qui peut créer des ruptures. Des ruptures entre la mère et son enfant, mais aussi des ruptures entre la mère et le système de soins

Chaque parcours maternel est unique, mais il apparaît tout de même que les mesures de placements "définitifs" sont moins courantes que dans le passé, pour laisser place davantage à des périodes alternant placement et garde conjointe. C'est également vrai pour la mise en place de mesures travaillant à partir du domicile de la mère, comme c'est le cas pour le CSAPA Horizon, qui sera développé par la suite. Cependant, des situations de fortes désocialisations comme l'errance de la mère impliquent des mesures de placement en urgence dès la maternité¹⁵⁶. Par ailleurs, il est reconnu par plusieurs intervenants que même si des solutions et des recours sont développés, il ne sera pas permis aux parents de conserver leur enfant, du fait de la mise en danger de l'enfant ou d'un investissement court de la part de la mère¹⁵⁷.

L'addiction de la mère semble être une raison majeure de la prise en charge des enfants par la protection de l'enfance¹⁵⁸. Néanmoins, le lien de causalité n'est pas toujours vrai. Une grande diversité de situations existent et sont à considérer pour décider d'un placement de

visage, contact visuel, activité corporelle etc. La note "normale" est de 0 et le maximum est 32. L'échelle doit être remplie par l'observateur juste après la consultation. Cette grille est valable pour les enfants de 0 à 2 ans pour éviter toute influence prénatale sur le comportement de retrait.

155 Simmat-Durand, L. (2007) "La mère toxicomane et le placement de l'enfant: des temps inconciliables. Drogues, santé et société, Vol. 6, n°2, 2007

156 Simmat-Durand, Laurence, "Devenir mère en situation d'addiction...: quelle trajectoire?", La lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol. 77, n°3, 2009

157 Simmat-Durand, L. (2007) "La mère toxicomane et le placement de l'enfant: des temps inconciliables. Drogues, santé et société, v6, n°2, 2007

158 Simmat-Durand, Laurence, "Devenir mère en situation d'addiction...: quelle trajectoire?", La lettre de l'enfance et de l'adolescence, vol. 77, n°3, 2009

l'enfant. Les risques médicaux encourus par l'enfant à naître et la vie de couple chaotique, ainsi que la perte d'emploi ou de logement se superposent subsidiairement à la perte de la garde de l'enfant. Celui-ci sera alors gardé par un autre membre de la famille, ou suite à une décision judiciaire, sera placé dans une famille d'accueil.

3 Accompagnement dans la parentalité: particularité du CSAPA Horizon

3.1 Actions globales du CSAPA Horizon

Le CSAPA Horizon a eu une file active adulte en 2017 composée de 273 personnes avec une répartition entre hommes et femmes de 67% de femmes et 33% d'hommes¹⁵⁹ et c'est ce qui en fait la spécificité par rapport aux autres centres de soins rencontrés. Le centre Horizon a la particularité d'être à destination de parents et futurs parents ayant des problématiques de consommation de produits. Ainsi, s'agissant de la question de la parentalité, l'ensemble des verbatims qui sont cités dans la suite de nos propos, sauf dans le cas où c'est précisé, sont issus de l'entretien du 24 juillet 2018 au CSAPA Horizon.

Le centre Horizon, comme les autres CSAPA propose un accueil, de l'information, de l'évaluation, une prise en charge médicale et psychiatrique avec possibilité de traitement de substitution, un accompagnement socio-éducatif et une prise en charge en ambulatoire et/ou en appartement thérapeutique et un suivi psychologique et/ou psychothérapeutique. A la fois un centre de soins, d'accompagnement et de prévention pour adultes ayant une problématique addictive, le centre Horizon est aussi un espace d'ouverture pour les enfants, dans une logique de soutien à la parentalité, par le développement de prestations à l'intention des adultes et de leurs enfants.

Le CSAPA Horizon met en œuvre des prestations et un accueil spécifique à l'intention des enfants, tout d'abord grâce au lieu qui est adapté et propice à l'accueil des enfants et son équipe qui est qualifiée. En effet le CSAPA Horizon compte parmi son équipe un éducateur pour enfants. Le CSAPA Horizon effectue une observation psychologique des interactions enfant-parent, consacre des temps éducatifs à l'initiation, à la socialisation et à l'identification des besoins de l'enfant.

Le CSAPA Horizon propose aussi une possibilité de prise en charge en hébergement thérapeutique avec un accompagnement socio-éducatif en chambre d'hôtel et en appartement thérapeutique, plus spécialement pour: les femmes enceintes, mères, couples avec enfants de moins de 3 ans. Cette prise en charge en appartement thérapeutique, permet aux professionnels d'avoir beaucoup plus de proximité avec les visites à domicile, le temps passé avec les enfants et les parents et de travailler sur la parentalité quand ils ne savent pas vraiment comment faire.

159 Rapport d'activité du CSAPA Horizon

Le suivi médical au cours de la grossesse se fait en lien avec les infirmières et les équipes des maternités.

3.2 Soutien à la parentalité

Même si la parentalité concerne les deux membres du couple, dans un couple hétérosexuel, c'est davantage la femme qui contribue et est associée à ce rôle. Ainsi, la question de la parentalité est plus fréquemment posée et travaillée du côté de la mère que du père. La cheffe de service du CAARUD Sida paroles nous a partagé que c'est pour cette raison qu'ils ont choisi de ne pas faire d'activités distinctes, afin de pouvoir aborder la question de la parentalité à la fois avec les hommes et les femmes dans un même espace : *“pour qu'ils [les hommes] se rend[ent] compte qu'eux aussi c'est de leur responsabilité et pas juste celle des femmes.”*¹⁶⁰

Les femmes peuvent rencontrer de réelles difficultés à concilier la consommation de produits avec l'éducation des enfants. Outre les conséquences physiques et psychiques qui peuvent mettre en danger l'enfant, la discontinuité du lien entre la mère et l'enfant peut fragiliser son bien-être et sa construction. Les mères s'attachent tout de même la plupart du temps à préserver leurs enfants des conséquences de leurs consommations. Cela, en ne consommant pas sous le regard de l'enfant et en choisissant plutôt des produits licites tout en essayant de “gérer” leur consommation.

Les centres de prise en charge des addictions comme le CSAPA Horizon, soutiennent les femmes et plus généralement les parents via un suivi renforcé qui préconise l'évitement des consommations avec un enfant qui commence à s'autonomiser. Les professionnels organisent un soutien psychologique et social à la parentalité autant pour le père, que la mère en l'intégrant au plus et au mieux dans l'accompagnement. Les centres du même type que le CSAPA Horizon informent aussi les parents sur les ressources et les droits disponibles pour l'enfant. Ils travaillent en collaboration avec les professionnels de la petite enfance et orientent les familles dans la recherche de relais, de dispositifs qui travaillent sur la construction des liens familiaux ou de protection de leur enfant (les modes de garde de l'enfant, ou les unités mères-enfants par exemple). Il apparaît nécessaire que ce qui relève du soin de l'adulte et du soin de l'enfant, soit travaillé avec les parents.

L'objectif est de renforcer le lien parent-enfant, de réduire les désordres et les souffrances liées à la consommation de substances pour les usagers et leur entourage. Concernant le contexte de parentalité, il s'agit de lutter contre la discontinuité des liens affectifs, source d'une part de troubles graves de développement des enfants, et d'autre part d'une pérennisation des conduites de dépendance des adultes.

160 Entretien avec le CAARUD Sida Paroles, au téléphone, le 16 juillet 2018

Par ailleurs, il semblerait que les femmes, quand elles sont accompagnées, ne veulent pas être séparées de leurs enfants. D'autant plus que les recherches démontrent que le travail sur les addictions a des effets positifs sur la relation mère-enfant et que cette même relation a des effets positifs sur la consommation de substances psychoactives. Les professionnels de l'addiction, quand c'est possible, s'attachent à préserver la relation de la mère avec l'enfant dans le suivi. Intégrer une réflexion sur l'accueil des enfants dans les centres de soins constitue une question primordiale.

Il a été mis en place au sein des locaux du CSAPA Horizon un espace d'accueil enfants parents qui réalise un travail d'accompagnement, de soutien à la parentalité et d'écoute avec les parents et/ou les enfants par une équipe spécialisée composée d'une éducatrice jeunes enfants. C'est un espace de rencontres, de paroles, de jeux et de découvertes entre enfants, parents et professionnels de la petite enfance. C'est un lieu propice à l'accueil des femmes et de leurs enfants par sa configuration et son équipement pour les enfants de la naissance à 6 ans. C'est un accueil qui renforce le suivi global par la place qui est attribuée à la spécificité des besoins de l'enfant. Le CSAPA Horizon est décrit par l'infirmière comme *“un espace d'accueil qui est très calme, très tranquille, ça joue aussi dans l'ambiance que peuvent rechercher ces femmes, surtout lorsqu'elles sont avec leurs enfants”*. Par ailleurs, la présence des enfants dans la structure change considérablement la relation des femmes entre elles, leurs approches avec le soin et leurs investissements: *“ il y a une autre ambiance du coup qui est très maternelle, qui est maternante, c'est très différent, c'est beaucoup plus apaisé. Puis, il y a ce respect, on accueille des enfants, donc on maintient un lieu calme, un lieu où les histoires restent à la rue, dehors. [...] Et quand elles dépassent les bornes, quand elles deviennent agressives, elles sont en mesure d'entendre que là, il y a un enfant devant elles et que ce n'est pas possible qu'elles se comportent comme ça”*. Ce type d'accueil reste exceptionnel. Les autres centres, qui ne font pas de focus sur la parentalité, seront tout de même amenés à accueillir des enfants au sens où ils accompagnent leurs parents ou bien parce que l'usager le demande, du fait d'une situation particulière.

Intervenir sur ces modalités pratiques d'accueil des enfants permet aux centres de maintenir les femmes dans le soin et d'alimenter leur investissement. Les CSAPA ayant comme mission de prendre en compte l'entourage, devraient pouvoir inclure l'enfant. Cependant, ce n'est pas le cas des CAARUD. Au sein de ces centres, l'accueil pose question face à un public très consommateur.

Les femmes en situation d'addiction et les familles plus globalement sont dans des situations de précarité et d'exclusion. Elles font l'objet d'humiliation, de violence et subissent souvent des sentiments d'impuissance et d'infériorité. Ainsi, le CSAPA Horizon s'inscrit dans un travail de “re narcissisation” de l'individu dans sa fonction parentale qui peut parfois surprendre

les personnes. Les professionnels expliquaient qu'il est important de faire reconnaître aux personnes leurs difficultés sans les blâmer ou les juger.

Ainsi, l'accompagnement à la parentalité des familles se fait au cas par cas et sera adapté à chacune d'entre elles. Le CSAPA Horizon prend aussi en charge les couples, mais s'assure que les deux parents ne soient pas suivis par les mêmes professionnels (médecin, psychologue etc.). Si la présence du père dans la prise en charge est intéressante, notamment pour repérer des situations inquiétantes pour l'enfant ou développer une cohésion dans le suivi: *"C'est dur à dire, mais je pense que globalement, en fonction des situations, surtout si on est sur une prise en charge en bas âge c'est intéressant de voir comment ça se passe avec le père et puis de l'inclure, lui donner une place dans le suivi et dans ce qu'on propose."* Il y a aussi parfois des violences au sein du couple qui ne peuvent pas être accueillies au sein du centre: *"du coup parfois la seule solution que l'on trouve c'est de les séparer physiquement, de se recentrer sur la mère en disant c'est votre lieu de soins donc on va arrêter de vous prendre en charge tous les deux, il va falloir que chacun aille sur son lieu de soins."*

Le suivi relatif aux interventions du CSAPA auprès des enfants s'inscrit à deux niveaux : suivi, prévention sanitaire (satisfaction des besoins primaires, alimentation, sommeil, vaccination, conseils diététiques et d'hygiène, prévention des accidents domestiques etc.) et développement psychoaffectif et psychomoteur de l'enfant (interaction précoce du bébé, question de l'attachement, relation aux parents et interactions avec autrui, niveau d'apprentissage, langage, concentration, capacité à "se poser", à jouer, à se déplacer dans l'espace etc.).

L'équipe d'accueil enfants-parents accompagne aussi les familles dans les démarches de soins pour l'enfant, les rencontres avec les PMI, les hôpitaux, les consultations spécialisées ophtalmologiques, l'ORL, le dentiste etc. Des rencontres avec les partenaires tels que les haltes garderies, les crèches municipales, l'ASE, les foyers pouponnières, les centres maternels sont également organisées, de façon régulière, pour échanger sur les besoins des enfants suivis au CSAPA. Les professionnels du CSAPA Horizon pour garantir une action pertinente et cohérente auprès de l'enfant, de la mère et de la famille, travaillent en complémentarité. Ils organisent des relais entre les intervenants, articulent leurs actions, partagent des informations dans le respect du secret professionnel et évaluent collégalement les situations.

Le CSAPA Horizon, de par ses missions mais aussi de par son financement par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la Mairie de Paris, est engagé dans une logique de prévention et de protection de l'enfance par le biais de l'accompagnement et du soutien à la famille. Cela permet d'évaluer ensemble la situation familiale dans la limite de la souffrance de l'enfant. Comme nous l'avons exposé dans les parties précédentes, cette crainte de se voir retirer son enfant est une véritable barrière dans l'entretien et le maintien dans les soins pour ces femmes. De ce fait, le CSAPA est une structure que les femmes évitent parfois: *"Dans radio barbés*

on entend souvent dire “oui Horizon des placeurs d’enfants”. On a cette réputation-là auprès du public du quartier, lié au fait qu’il y a eu des situations, où effectivement, il y a eu des signalements, et pour lesquels à la suite de la grossesse, il y a eu un placement en pouponnière.¹⁶¹” Lorsque le CSAPA est inquiet pour la situation d’un mineur, son devoir est aussi de le signaler et cela se fait par le biais d’une information préoccupante ou d’un signalement, qui est réservé à la saisine de l’autorité judiciaire.

A partir de l’information “préoccupante”, une rencontre est proposée aux parents et à leurs enfants partageant le même domicile. Les professionnels du CSAPA font en sorte de rester toujours dans un travail qui intègre les parents, même si ça reste une démarche difficile pour certains d’entre eux: *“quand on écrit une information préoccupante, on la lit aux parents, après il y a des parents qui n’arrivent pas à honorer les rendez-vous car c’est trop confrontant et compliqué à entendre”*. L’évaluation de la situation engagée peut conclure à un classement sans suite, à une mesure de protection administrative (proposition par l’ASE d’accompagnement social, d’aides financières, d’actions éducatives à domicile, d’accueil provisoire etc.) ou à une saisine de l’autorité judiciaire. Cette dernière peut conduire à une mesure d’assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) ou à une ordonnance de placement provisoire.

Le CSAPA Horizon, peu importe que l’enfant soit à la charge ou non, se place du côté du soin et de l’accompagnement à la parentalité et s’adapte à la situation. Si l’enfant est placé, le CSAPA Horizon aide la famille à ne pas rompre le lien avec l’enfant. Le CSAPA Horizon cherche, par ailleurs dans son suivi, à travailler en collaboration avec la mère et non à sa place. Il cherche par exemple à développer leurs capacités d’agir afin qu’elles puissent être actrices de leur propre condition. Il convient de souligner que cela passe indéniablement par de la transparence auprès de ces femmes quant à leurs devoirs d’intervention, en particulier si les professionnels repèrent une situation préoccupante chez l’enfant: *“C’est très rare qu’on enlève l’autorité parentale à quelqu’un donc toute situation peut bouger. Du coup, si elles arrivent à intégrer ça, ça se passe plutôt bien et si nous on a été transparent dès le départ par rapport à notre fonction de protection de l’enfance [...], si dès le départ on est très clair sur ce qu’on peut être amené à faire, ce que c’est la protection de l’enfance [...] en général ça se passe mieux aussi. Ce jeu de transparence est je pense très important dans le suivi.”*

Il est mis en évidence que la présence des enfants dans les programmes thérapeutiques est un facteur de motivation pour les mères et permet notamment de développer leurs compétences parentales alors même que le rétablissement de la relation mère-enfant est favorisé. Le fait de pouvoir rester et suivre les programmes thérapeutiques avec leurs enfants donnent à ces femmes l’opportunité de s’investir davantage que les femmes qui résident sans leurs enfants. La mise en valeur de l’identité maternelle chez les femmes enceintes ou avec un

161 Entretien avec le CSAPA Horizon

enfant améliore l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes et augmente leur désir de sortir d'une situation de dépendance vis-à-vis de substances psychoactives¹⁶². L'amélioration du lien mère-enfant et des pratiques de parentalité a des effets positifs pour les enfants mais aussi pour l'ensemble de la famille initie un processus positif qui va à l'encontre du cycle de dépendance connu jusqu'alors¹⁶³.

162 Massey S.H., Neiderhiser J.M., Shaw D.S., Leve L.D, Ganiban J.M, Reiss D., "Maternal self-concept as a provider and cessation of substance use during pregnancy", Addictive behaviors, août 2012

163 Sword W., Jack S., Noccolls A., Milligan K., Henderson J., Thabane L., "Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative metasynthesis of processes and outcomes", Harm reduction journal, 2009

Conclusion

Au terme de ce travail, peut-on encore s'interroger sur l'existence de spécificités féminines face aux addictions ?, Comment doit être pensée la question du genre ?, Faut-il opter pour une conception genrée de la prise en charge des patients aux conduites addictives ou faut-il plutôt choisir la neutralité entre les hommes et les femmes suivis ?.

Il existe certains centres ayant développé des stratégies et des actions spécifiques à destination des publics féminins, privilégiant la mixité entre des femmes aux profils divers. Pour exemple, un espace à la Boutique 18 dans un CAARUD à Paris est entièrement réservé aux femmes et ouvert aux personnes transgenres et transsexuelles. Et ce dispositif mélange des femmes usagères et non-usagères de drogues, prostituées ou non. A l'inverse, d'autres centres ont fait le choix de la non-différenciation dans l'accompagnement entre les hommes et les femmes. Dans la plupart des rapports d'activité partagé par les structures enquêtées, et selon les propos de certains interviewés, aucune distinction particulière n'apparaît entre les femmes et les hommes si ce n'est dans la liste active.

Les expériences et les témoignages des professionnels de terrain, particulièrement ceux spécialisés en addiction et leurs partenaires, nous ont permis de mettre en évidence l'existence de différences de consommation entre les hommes et les femmes. Il est apparu que si ces dernières sont moins nombreuses à consommer, elles n'ont pas les mêmes raisons, ni les mêmes manières de rentrer dans la consommation puis dans le soin. Ces spécificités notables et la quasi absence d'actions destinées aux femmes dans la plupart des centres dédiés à la lutte contre l'addiction expliquent que les femmes soient moins présentes proportionnellement que les hommes dans ces structures.

Nous retiendrons l'impact considérable sur les femmes du stigmatisme social par rapport à la dépendance, avec toutes les représentations en terme de dignité sociale et de mérite qui y sont associées. Les professionnels de la santé, du social et des addictions, peuvent eux aussi, porter un regard stigmatisant envers les femmes qui se présentent face à eux, tendant alors à éloigner ces dernières du soin. Par ailleurs, certaines difficultés ne sont pas propres aux femmes et ne sont pas non plus propres aux conduites addictives, mais il semblerait qu'elles soient plus présentes chez elles que chez les hommes qui fréquentent des centres. Il s'agit notamment de violence, de prostitution, de précarité économique et sociale.

C'est ainsi que ce mémoire a pu mettre en avant l'existence d'une dynamique au sein des centres spécialisés de par des actions favorisant l'accès aux soins des femmes. Nous pouvons en rappeler quelques-unes : mobiliser les partenaires les plus proches des femmes, mener des modes d'"aller vers", adapter l'accueil matériel ou encore penser la mixité de l'accueil.

Aussi, ce sujet n'aurait pu être traité sans aborder la grossesse en contexte d'addiction. Même si c'est un sujet qui a beaucoup été traité et dont la prise en charge à évoluer, les futures

mères et les équipes professionnelles sont toujours confrontées à certains obstacles. Il est d'abord question de difficultés de repérage précoce et d'adaptation d'un suivi face à la temporalité imposée par la grossesse. Mais on ne saurait ignorer la question de la parentalité qui s'en suit. En 1997 déjà, une "cellule parentalité et usage de drogue" (CPUD) à Montpellier avait pour objectif : *"d'accueillir la future mère [...] avec bienveillance et sans jugement le plus tôt possible pendant la grossesse, réduire les risques médicaux et sociaux de la toxicomanie sur la grossesse, développer l'accès aux soins, créer les conditions favorables à l'épanouissement du lien mère-enfant [...], soutenir la place du futur père; soutenir les parents dans la prise en charge de leur toxicomanie auprès des professionnels spécialisés"*¹⁶⁴.

Il convient par ailleurs de souligner que tous ces questionnements transversaux ont pu mettre en lumière le rôle prépondérant des partenariats entre les structures de soins. L'accompagnement des femmes ne saurait certes être pertinent, effectif et efficace, sans une construction en réseau solide.

Aussi, si la participation de l'homme dans le comportement d'addiction de la femme pose question, nos recherches ouvrent la voie à la question de la parentalité de ce premier, en tant que père. Alors qu'il est censé pallier aux carences de la mère, nous constatons qu'un manque de connaissances le concernant fragilise l'étayage du suivi. Le père, dans son sa fonction, peut lui aussi être mis à l'épreuve: *"[on a des] hommes comme ça, isolés dont l'enfant est soit au pays, soit placé, soit chez les mères et qui sont en difficulté par rapport à ça"*¹⁶⁵.

D'autres points en lien avec les dépendances des femmes, et mentionnés dans ce mémoire mériteraient d'être développés, comme le lien entre consommation et activité professionnelle au prisme du genre. Nous avons également été interpellés par deux éléments : en premier lieu, l'évolution des pratiques d'usage chez les jeunes femmes, dont une part fera partie du public des centres, et en second lieu, les spécificités des addictions sans substance.

¹⁶⁴ MOLENAT F., Grossesse et toxicomanie, Erès., 2000

¹⁶⁵ Entretien au CSAPA Horizon, le 24 juillet 2018.

Bibliographie

Textes réglementaires

Lutte contre les maladies et dépendances, infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections sexuellement transmissibles: Article R3121-33-1 du Code de la santé publique, modifié par Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 5 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1

Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux.

Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C, n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues et à leur financement par l'assurance maladie.

Articles

Adès J., Lejoyeux M., "Dépendances comportementales", Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris : Elsevier, 1999.

Beck F., Guignard R., Richard J.B., Wilquin J.L., Peretti-Watel P., "Une augmentation du tabagisme confirmée en France", Santé de l'Homme, n°411, 2011.

Beck F., Richard J.B., Gauduchon T., Spilka S., "Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014", Tendances n°99, 2015.

Beck F., Obravodic I., Palle C., Brisacier A.C., Cadet-Tairou A., Lermenier-Jeannet A., Protais C., Richard J.B., Spilka S., "Usage de drogues et conséquences: quelles spécificités féminines?", Tendances n°117, OFDT, Mars 2017.

BECK François et al., "Drogues, chiffres clés", Observatoire Français Des Drogues et des Toxicomanie, 7e édition, Juin 2017.

Bernard N., "Femme, précarité et mal-logement: un lien fatal à dénouer", Courrier hebdomadaire du CRISP, vol 1970, n°25, 2007.

Bloch J., Denis P., Jezewski-Serra D., et le comité de pilotage, "Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans", InVS, Maladies chroniques et traumatismes, Enquête nationale 2007-2009.

Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderiotis S., Boussac-Zarebska M., Cao B, Benmarhnia T., "Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013", BEH, 2016.

Cerny K., "L'accueil inconditionnel, seuil déterminant pour l'accès aux soins", Actal, n°13, Décembre 2013.

Colbeaux C., "L'addiction a-t'elle un genre?", Contact santé, n°233, Février 2012.

Cormier R.A., Dell C.A., Poole N., "Women and substance abus problems", BMC Women's Health, 2004.

Dumas A., Lejeune C., Simmat-Durand L., Crenn-Hébert C., Mendelbrot L., "Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée", Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol 37, n°8, Décembre 2008.

Elli B., Bernichon T., Yu P., Roberts T., Herrell J.M., "Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women", Evaluation and Program Planning, vol 27 n°2, 2004.

Florente et al., "Drugtreatment: explaining the gender paradox", Substance Use and Misuse, vol 32, n°6, 1997.

Fouquet P., "Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme." Evol Psych, 2001.

Goodman A. "Addiction : definition and implication", British Journal of Addiction, 1990.

Greenfield S.F., Burgdorf K., Chen X., Porowski A., Roberts T., Herrell J., "Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women : findings from three national studies", The American journal of drug and alcohol abuse, Août 2004.

Habib P., "Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement?", Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005.

Halberda G., Pardieu M.C., De Wailly S., "Femmes, genre et addictions. Pratiques professionnelles dans les dispositifs d'accès aux soins spécialisés pour les femmes usagères de produits Psychoactifs", ETSUP, 2010.

Harrop E.N., Marlatt G.A., "The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment", Addictive behaviors, Mai 2010.

Hoareau E., "Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites)", Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013.

Jauffret-Roustide, Marie. "Les inégalités sociales dans le champ des addictions", Les Tribunes de la santé, vol 43, n°2, 2014.

Jauffret-Roustide M., Oudaya M.L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat E., Couturier E., Emmanuelli J., Desenclos J.C., "Trajectoires de vie et prises de risques chez les les femmes usagères de drogues ", Médecine/Sciences, vol 24, n°2, 2008.

Kay A., Taylor T.E., Barthwell A.G., Wichelecki J., Leopold V., "Substance use and women's health", Journal of addictive diseases, Avril 2010.

Koob G.F., "Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies", Annals of the New York Academy of science, 2000.

Koob G.F., Le Moal M., "Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis", Neuropsychopharmacology, 2001.

Laqueille X., Liot K., "Addictions : définitions et principes thérapeutiques", L'information psychiatrique, vol 85, Juillet 2009.

Laporal S., Demiguel V., Cogordan C., Barry Y., Guseva Canu I., Goulet V., Regnault N., "Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013", SPF, Septembre 2018.

Lejeune C., "L'évolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants", 2002.

Lejeune C., "Conséquences périnatales des addictions", Ach. Pédiatre, 2007.

Lefebvre L., Midmer D., Boyd J.A., Ordean A., Graves L., Kahan M., Pantea L., "Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy", Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing : JOGNN/NAACOG, 39-1, Février 2010.

Lewandowski C.A., Hill T.J., "The impact of emotional and material social support on women's drug treatment completion", Health & social work, 34-3, Août 2009.

Lorenzen D., Bracy K., "MOMS Plus : a public health program for substance using pregnant inmates in an urban jail", Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care, 17-3, Juillet 2011.

Luttenbacher C., "La mère toxicomane et l'enfant : incidence des représentations sur la prise en charge", Psychotropes, 1998.

Marsh J.C., Smith B.D., "Integrated Substance Abuse and Child welfare services for women: a progress review", Children and youth services review, 33-3,1, Mars 2011.

Massey S.H., Neiderhiser J.M., Shaw D.S., Leve L.D., Ganiban J.M., Reiss D., "Maternal self concept as a provider and cessation of substance use during pregnancy", Addictive behaviors, Août 2012.

Molenat F., "Grossesse et toxicomanie", Erès, 2000.

Morel A., "L'addictologie : croyance ou révolution ?", *Psychotropes*, vol 12, n° 3, 2006.

Morel A., "Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique", *Psychotropes*, vol 16, n°2, 2010.

Morel A., Couteron J.P., "Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner", Paris, Dunod, 2008.

Morley K.I., Hall W.D., "Explaining the convergence of male and female smoking prevalence in Australia", *Addiction* (Abingdon, England), Mars 2008.

Peele S., "The Meaning of Addiction : Compulsive Experience and its Interpretation", Mass : Lexington Books, 1985.

Reichert M., Weil M., Lang J.P., "Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psycho-actives en Alsace: le réseau maternité et addiction", *Psychotropes*, vol 16, n°3-4, 2010.

Schmidt L., Weisner C., "The emergence of problem-drinking women as a special population in need of treatment", *Recent developments in alcoholism : an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 1995.

Schnapper D., "La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique", Presses Universitaires de France, 2012.

Simmat-Durand L., "Devenir mère en situation d'addiction..: quelle trajectoire?", *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol 77, n°3, 2009.

Simmat-Durand L., "Femmes et addiction dans la littérature internationale: sexe, genre et risques", *BEH*, n°1011, Mars 2009.

Simmat-Durand, L., "La mère toxicomane et le placement de l'enfant: des temps inconciliables", *Drogues, santé et société*, Vol. 6, n°2, 2007.

Simmat-Durand L., “La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions”, *Déviante et société*, vol 31, n°3, 2007.

Simmat-Durand L., Genest L., Lejeune C., “Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française”, *Psychotropes*, vol. 18, n°3, 2012.

Simmat-Durand L., Vellut N., Jauffret-Roustide M. et al., “Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ?”, *Psychotropes*, vol 19, 2013.

Smith F., Marshall L.A., “Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: qualitative investigation”, *Criminal behaviour and mental health : CBMH*, 2007.

Spilka S., Le Nezet O., Ngantcha M., Beck F., “Les drogues à 17 ans : analyse de l’enquête ESCAPAD 2014”, *tendances*, n°100, Mai 2015.

Sword W., Jack S., Noccolls A., Milligan K., Henderson J., Thabane L., “Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative metasynthesis of processes and outcomes”, *Harm reduction journal*, 2009.

Volkow N.D., Fowler J.S., Wang GJ., Goldstein RZ., “Role of dopamine, the frontal cortex, and memory circuits in drug addiction : insight from imaging studies”, *Neurobiology of learning and memory*, 2002.

Zilberman M.L., Tavares H., Blume S.B, El-guebaly N., “Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities”, *Canadian journal of psychiatry, Revue canadienne de psychiatrie*, Février 2003.

Rapports

IGAS, “Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2011. Rapport de synthèse”, Février 2010.

Drees, Santé Publique France, “L’État de santé de la population en France”, Rapport 2017.

“Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d’enquête”, Fédération addiction, décembre 2015.

“Femmes & Addictions : accompagnement en CSAPA et CAARUD”, Fédération Addiction, 2018.

Liste des annexes

ANNEXE 1: Récapitulatif des entretiens

Tableau 1 - les différents acteurs non interviewés

Personnes contactées mais non rencontrées
ELSA
Médecin référent en addictologie de la délégation département 75 de l'ARS Ile-de-France
Certains CSAPA et CAARUD pertinent pour la réflexion autour des femmes avec des addictions (CAARUD B18 de l'association Charonne)

Tableau 2 - les différents entretiens effectués

Entretiens effectués					
N°	Durée	Structure/institution	Département	Personne interrogée :	Intérêt de l'entretien :
1	30:05	CSAPA d'Ivry sur seine	VAL-DE-MARNE	Infirmier	Comprendre l'accès et l'accompagnement aux soins des femmes dans les CSAPA.
2	51:13	CSAPA Rivage	Sarcelle, VAL-D'OISE	Médecin addictologue	Comprendre l'accès et l'accompagnement aux soins des femmes dans les CSAPA .
3	02:07:04	CAARUD Sida Parole	YVELINES	Chef de service, diplômée	Comprendre l'accès et l'accompagnement aux soins des femmes dans les CAARUD.
4	01:16:12	ARS	PARIS	Responsable du département "personnes en difficultés spécifiques, addictions"	Comprendre le déploiement des politiques autour des drogues et la place des femmes dans ces politiques. Et comprendre le cadre de collaboration entre cette institution et les CSAPA/CAARUD.
5	01:37:03	DAPSA: réseau d'accès aux soins		Médecin psychologue	En tant que Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoire, il s'agit de comprendre comment ce réseau, contribue à l'amélioration de l'accès aux soins et l'accompagnement des femmes et des futures mères, par les professionnels d'addictions.
6	X	Maison d'arrêt de Versailles	YVELINES	Médecin	Avoir un état des lieux de l'état de santé des femmes incarcérées. L'addiction étant le problème le plus rencontré par les femmes, il s'agissait aussi de comprendre par quels

					moyens elle est prise en charge.
7	02:05:34	CSAPA Horizon	PARIS	Infirmière et assistante de service social	Comprendre l'accès et l'accompagnement aux soins des femmes dans les CSAPA. Comprendre comment les professionnels prennent en compte la précarité et la vulnérabilité des femmes en permettant l'accès aux droits.
8	01:31:49	CAARUD Yucca	SEINE- SAINT- DENIS	chef de service	Comprendre l'accès et l'accompagnement aux soins des femmes dans les CAARUD.
9	01:09:51	CAARUD Emergences	SEINE-ET- MARNE	Travailleur social (dans la réduction des risques) et infirmière	Comprendre l'accès et l'accompagnement aux soins des femmes dans les CAARUD. Comprendre comment les professionnels prennent en compte la précarité et la vulnérabilité des femmes en permettant l'accès aux droits.

ANNEXE 2: GRILLES D'ENTRETIENS

→ Grille d'entretien CSAPA et CAARUD

Activités générales

- D'un point de vue global, quel est le contexte territorial du CSAPA (bassin de population, positionnement sur le territoire)?
- Le CSAPA est-il facile d'accès pour la population ?
- Comment fonctionne le CAARUD/CSAPA ?
 - Quelles activités / quelles missions?
 - Quels professionnels ?
 - Quelles plages horaires ?
 - Fonctionnement des consultations ?
- File active ? Quels profils des patients (âge, catégorie socioprofessionnelle, seule/couple/enfant ?) ?
- Comment se passe le lien avec l'extérieur (riverains, élus, police) ?

Les actions menées

- Qu'est-ce qui est mis place en matière de réduction des risques liés à la consommation de produits psychoactifs ?
- Menez-vous des entretiens spécifiques ? Est-ce proposé systématiquement à tous les usagers ?
- Y a-t-il des entretiens spécifiques et des généralistes ? Quelle est la différence ?

Public accueilli :

- Rencontrer-vous deux types de public ? Un public dit inséré et un public dit précarisé ?
- Comment sont gérées les situations sociales des usagers en situation de grande précarité ?
- Quels sont les impacts de la gestion de situations sociales sur l'accès aux soins et/ou à l'accompagnement à la RDR ?

L'accueil des femmes au CAARUD/CSAPA

- Quel profil de ces femmes ?
 - (âge, catégorie socioprof, femme avec/sans enfant, enceinte, femme/mère isolé)?
 - Quelles addictions ? Les plus fréquentes ?

- Quelles spécificités chez ces femmes ?
 - Quelles spécificités de ces femmes par rapport aux hommes ?
- Les addictions des femmes sont-elles plus problématiques/complexes que celles des hommes ?
 - Leur importance dans la file active ? Evolution de la file active : les femmes sont-elles de plus en plus nombreuses à se présenter aux CSAPA/CAARUD ?
 - Comment vivent-elles leur conduite addictive ?
 - Quelles perceptions ont-elles de leur conduite addictive ? Quels obstacles à leur accès au CAARUD/CSAPA ?
 - Quel rapport ont les femmes aux autres femmes et hommes accueillis au sein du CAARUD/CSAPA ?
 - Quel est le lien entre leurs addictions et les autres pathologies (si elles en ont), cumulent-elles des maladies ?
 - Si oui, ces pathologies étaient-elles présentes avant la conduite addictive ou se sont-elles manifestées après ?
 - La conduite addictive est-elle à l'origine d'une partie des pathologies ?

Suivi et prise en charge de ces femmes

- A quel stade de leurs conduites les femmes se présentent-elles aux CSAPA/CAARUD ?
 - Quel est le délai d'arrivée ?
 - Par quel(s) professionnel(s) sont-elles orientées vers le CAARUD ?
 -
- Quelles sont les raisons/contraintes qui amènent/empêchent les femmes de se présenter aux CSAPA/CAARUD (enfants, obligations, manque de temps...)?
- Est-ce qu'elles arrivent plus tard que les hommes ? Ou à un stade plus difficile de prise en charge de l'addiction que les hommes ?
- Quelle durée d'intervention sur un parcours ?
 - A quel moment ?
 - Quel suivi ?
- Le parcours de soins est-il plus ou moins réguliers que celui des hommes ?
- Quelles sont les difficultés, les obstacles du parcours (médicaux, conditions de vie, sociales) ?

- Quand elles sont engagées dans un processus de soins, les femmes réussissent-elles à sortir de la dépendance ? Plus/moins que les hommes ?
- Quelles actions/dispositions menez-vous pour permettre l'entrée ou le maintien des femmes au sein des CAARUD/CSAPA?
 - Menez-vous des actions d'aller-vers ?
- Quels sont vos besoins, préconisations pour toucher davantage les femmes avec des conduites addictives ?
- Des expériences réussies sur des territoires similaires ? Transposable ?

Coordination avec d'autres acteurs ?

- Comment considérez-vous les articulations possibles entre la prise en charge que vous effectuez et celle proposée par le CSAPA/CAARUD?
- Comment et par qui les femmes sont-elles dirigées vers vous ?
- Avec quels autres professionnels travaillez-vous ?
- Quel est l'intérêt du travail avec d'autres partenaires ?

→ **Grille d'entretien responsable du département "personnes en difficultés spécifiques, addictions" de l'ARS**

Travail sur les addictions ARS :

- Quels sont vos axes clés de travail sur les addictions ? Quelles sont vos missions ?
- Quels sont vos partenaires ? Quels sont vos partenaires principaux ?

Travail avec les CSAPA/CAARUD :

- Pour vous quelles sont les missions clés des CSAPA/CAARUD ?
- A quelle hauteur travaillez-vous avec les CSAPA/CAARUD ? Dans quel cadre, par quels moyens ?
- Pour vous les CSAPA/CAARUD sont-ils des structures complémentaires ?

Travail sur les femmes et les addictions :

- Les femmes et la prise en compte du genre sont un élément majeur dans le PRS2.
Pourquoi ?
- Y a-t-il des politiques nationales ou des axes nationaux sur les femmes et les addictions ?
En quoi vous insérez vous dans un travail dans le cadre de ces politiques ?
- Pourquoi faire de la santé des femmes une priorité est-il important ?
- Menez-vous des actions spécifiquement orientées en faveur des femmes ?
- Avec vous participez à des actions ou des groupes de travail pour les femmes avec des conduites addictives ? Quel est l'intérêt de ces actions ?
- Les CSAPA et les CAARUD, mènent-ils des actions spécifiquement pour les femmes ?
Lesquels ?
- Selon vous les CSAPA, CAARUD devraient-ils renforcer leurs actions en faveur des femmes ? Comment ?

L'accompagnement aux soins des femmes :

- En quoi les femmes avec des conduites addictives ont-elles accès aux soins ? (A quelle hauteur, par quels moyens, à quelle fréquence, par quels professionnels ?)
- Quels sont vos partenaires les plus pertinents dans l'accès aux soins des femmes ?
Pourquoi ?
- Quelles sont les difficultés, les obstacles d'accès aux soins des femmes ?
- Quelles sont les conséquences d'un manque d'accès aux soins des femmes en conduites addictives ?

→ Grille d'entretien DAPSA

Activités générales du DAPSA :

Comment fonctionne le DAPSA ?

- Quelle est votre mission ? Comment s'organisent vos activités ?
- Quelles actions menez-vous au quotidien ?
- Par quel biais allez-vous au contact des femmes ?
- Quels sont vos partenaires ? Dans quel cadre travaillez-vous avec eux ?

La prise en charge des femmes par le DAPSA :

- Quand vous rentrez/êtes mis en relation avec une femme, comment est lancée, s'organise son parcours de prise en charge ?
- Par quels biais rentrez-vous en relation avec ces femmes ? Menez-vous des actions d'aller vers ? Le lien avec les autres partenaires ?
- Quelles sont les relations avec ces femmes ? Comment accueillent-elles la prise en charge par le DAPSA ?

Profil du public accueilli :

- Quel est le profil des femmes en situation d'addictions ?
(socioéconomique/âge/addictions les plus fréquentes)
- Quelles sont leurs particularités ?
- Quel est leur parcours de vie ?
- Rencontrez-vous deux types de public ? Un public dit inséré et un public dit précarisé ? En quoi la prise en charge sera-t-elle différente ?
- Quel est leur rapport à la consommation ? Comment/pour quelles raisons la conduite addictive s'est-elle installée ?
- Parmi les populations avec lesquelles vous travaillez il y a les femmes enceintes ou adultes/parents ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques
 - Quelles parts représentent cette population dans votre file active ?
 - Comment travaillez-vous auprès d'elles ?
 - Quelles sont les difficultés qu'elles rencontrent ?
 - Quelles sont les raisons/contraintes qui amènent ou empêchent ces femmes d'accéder aux soins ?
- Quelles sont les difficultés que vous vous rencontrez pour travailler auprès d'elles ?

- A quoi faut-il s'adapter dans la prise en charge de ces femmes ?

Suivi et accompagnement des femmes :

- Par quels moyens et comment débutent la prise en charge et l'accompagnement par le DAPSA ?
- Par quels professionnels sont-elles orientées ?
- Selon vous, est-ce que beaucoup de femmes nécessitent un accompagnement et n'y ont pas accès ? Menez-vous des actions en ce sens pour permettre l'entrée des femmes dans un accompagnement aux soins ?
- Quelles sont vos préconisations pour toucher davantage les femmes avec des conduites addictives ?
- Quelle est la durée d'intervention sur un parcours ?
- En quoi le parcours de soin est-il régulier ou non ?
- Quelles sont les difficultés et obstacles que rencontrent les femmes lors du parcours de prise en charge ?
- Les professionnels reçoivent-ils des formations particulières pour travailler auprès des femmes vulnérables avec des conduites addictives ?
- En quoi assurez-vous une prise en charge globale de ces femmes (volet social, médical, psychologique) ?
- Quelles sont les difficultés d'une rupture de prise en charge ?

ANNEXE 3: classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) des médicaments psychotropes et stupéfiants ayant un potentiel de mésusage, d'abus ou de pharmacodépendance

Niveau I	Libellé	Niveau II	Libellé
A	Voies digestives et métabolisme	A08	Médicaments de l'obésité à l'exclusion des produits diététiques
		A08AA	Agents d'action centrale : amphétamines
N	Système nerveux	N01	Anesthésiques généraux
		N01A	Anesthésiques généraux
		N02	Analgésiques
		N02A	Analgésiques opiacés
		N03	Antiépileptiques
		N03A	Antiépileptiques
		N03AA	Barbituriques et dérivés
		N03AE	Benzodiazépines et dérivés
		N03AX	Autres antiépileptiques
		N04	Antiparkinsoniens
		N04A	Anticholinergiques
		N05	Psycholeptiques
		N05A	Antipsychotiques
		N05B	Anxiolytiques
		N05C	Hypnotiques et sédatifs
		N06	Psychoanaleptiques
		N06A	Antidépresseurs
		N06B	Psychostimulants, médicaments du TDAH
		N07	Autres médicaments du système nerveux
		N07B	Médicaments utilisés dans les troubles addictifs
R	Système respiratoire	R01	Décongestionnants
		R01A	Sympathomimétiques par voie nasale
		R05	Médicaments de la toux
		R05DA	Opiacés antitussifs

Source: INSERM. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances.

Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2012

ANNEXE 4: Tableau des effets des produits par nom ou famille

Nom ou famille du produit	Principaux effets
Tabac	<ul style="list-style-type: none"> - cancers du poumon, de la vessie, de l'appareil digestif et de la sphère ORL; - bronchopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire chronique; - asthme; - pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...) - anxiété, dépression
Alcool	<p><u>Effets immédiats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diminution de vigilance et des réflexes, troubles de la vision; - ivresse, perte de contrôle avec prise de risque (conduite dangereuse de véhicules...), familiarités, passages à l'acte violents; - coma éthylique en cas d'absorption massive <p><u>Consommation chronique:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - cancers (ORL, bouche, oesophage ...) - maladies du foie (hépatite, cirrhose...) - pancréatite - maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, accidents vasculaires cérébraux...) - maladies du système nerveux et trouble psychique (anxiété, dépression, troubles du comportement)
Cannabis	<p><u>Effets immédiats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diminution de la vigilance, des réflexes et des capacités de mémoire - troubles des perceptions (vue, ouïe...) - somnolence - forte angoisse <p><u>Consommation chronique:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - syndrome amotivationnel: manque d'intérêt pour les activités professionnelles ou scolaires, isolement social - aggravation de pathologies psychiatriques - aggravation d'un asthme; bronchopathie chronique obstructive

	<ul style="list-style-type: none"> - infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque - complications liées au tabac lorsque le cannabis est associé à ce dernier
Médicaments (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs...)	<ul style="list-style-type: none"> - somnolence, modification du comportement, troubles de la mémoire, troubles des capacités motrices etc. <p>Les effets des médicaments sont variables selon leur classe et selon si leur consommation se fait en dehors d'une prescription médicale dont les effets ne plus contrôlés et peuvent être dangereux.</p>
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la mémoire - Forte anxiété, dépression, troubles du comportement - Pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde ..)
Ecstasy	<ul style="list-style-type: none"> - Maux de tête, nausées, hallucinations - Fièvre importante ou trouble du rythme cardiaque pouvant entraîner la mort
Héroïne	<ul style="list-style-type: none"> - Somnolence, dépression respiratoire, coma allant jusqu'à la mort - En fonction du mode d'administration il y a un risque de contamination par les virus du VIH et/ou des hépatites B ou C
Drogues de synthèse (amphétamine, méthamphétamine, MDMA, hallucinogène...)	<p>Les effets sont variables d'un produit à l'autre et suivant le mode d'injection:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pathologies psychiatriques (hallucinations...), - violence - troubles de la vigilance - pathologies cardiovasculaires - pathologies respiratoires - insuffisance rénale, - infections virales ou/et bactériennes