



FEMMES & ADDICTIONS

Accompagnement en CSAPA et CAARUD



REPÉRÉS



Sommaire

REMERCIEMENTS.....	2
PRÉFACES.....	3
AVANT-PROPOS par Jean-Pierre Couteron, Président de la Fédération Addiction	4
INTRODUCTION	5
UN GUIDE POUR LES PROFESSIONNELLS, ÉLABORÉ COLLECTIVEMENT.....	7
▶ 1. Un état des lieux.....	9
▶ 2. Les représentations de genre	14
<i>L'expérience de Marijo Taboada, psychiatre et psychanalyste</i>	<i>17</i>
▶ 3. L'accès des femmes à l'accompagnement	19
▶ 4. La mixité de l'accueil et des activités	26
▶ 5. L'estime de soi	30
<i>L'expérience de Marie-Alice Robert, médecin addictologue</i>	<i>31</i>
▶ 6. La santé sexuelle et la contraception.....	35
▶ 7. Les situations de violences.....	41
▶ 8. Les situations de prostitution	51
▶ 9. Les consommations et la vie professionnelle	56
▶ 10. La précarité économique et la pauvreté	60
▶ 11. Les références culturelles.....	63
▶ 12. La prévention et l'intervention précoce	66
▶ 13. Le projet d'enfant, la grossesse et l'accouchement	70
<i>L'expérience de Jean Ebert, pédopsychiatre</i>	<i>71</i>
<i>L'expérience de Claude Lejeune, pédiatre et néonatalogiste</i>	<i>78</i>
▶ 14. La parentalité	80
▶ 15. Les spécificités physiologiques	84
FEMMES D'ABORD... Interview de Joëlle Brunerie-Kauffmann, gynécologue	86
DU CÔTÉ DU QUÉBEC... Interview de Louise Nadeau, professeure à l'Université de Montréal.....	88
FAITES LE POINT DANS VOTRE CENTRE.....	90
SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS	91
CONCLUSION Femmes, je vous aime... par Odile Vitte	95
ANNEXES : définitions, sigles, participants aux échanges	98





Remerciements

› Nous adressons nos remerciements :

- aux 35 centres, associations ou unités spécialisés en addictologie qui ont participé aux groupes d'échanges thématiques et aux entretiens ;
- aux 18 structures partenaires qui ont accepté d'apporter leur expertise et leurs questionnements ;
- aux Délégués Régionaux Jean-Jacques Santucci (PACA), Lilian Babé et Cathy Jeanblanc (Franche-Comté), David Saint-Vincent (Haute-Normandie) et Martine Lacoste et Sylvie Ruffié (Midi-Pyrénées) qui ont organisé les 4 Journées Régionales, ainsi qu'aux adhérents locaux qui se sont mobilisés dans ce cadre ;
- aux membres du Conseil d'administration de la Fédération pour nous avoir permis de mener cette réflexion ;
- à la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives), à la DGS (Direction Générale de la Santé) et à la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale - Service du Droit des Femmes et de l'Égalité entre les femmes et les hommes) pour leur soutien au projet.

› Nous remercions Odile Vitte, directrice d'APS Contact et référente du projet pour le Conseil d'Administration de la Fédération Addiction, pour son implication dans la conception et l'élaboration de ce guide et, plus largement, dans le développement de la thématique « Femmes et addictions » à la Fédération depuis de nombreuses années.

› Nous remercions :

- Badra Anglo, Bénédicte Bertin, Brigitte Dalet, Véronique Delaforge, Lionel Diény, Jean-Philippe Henrotin, Marion Desmazures, Patricia Jeanson et Jean-Jacques Santucci, pour leur participation au groupe projet ;
- Marijo Taboada et Claude Lejeune, pour leur participation au groupe projet et le partage de leur expérience à travers leurs interviews ;
- Louise Nadeau, Professeure titulaire au Département de Psychologie de l'Université de Montréal, pour sa contribution, sa relecture et ses conseils ;
- Joëlle Brunerie-Kauffmann, gynécologue, Marie-Alice Robert, médecin addictologue, et Jean Ebert, pédopsychiatre et directeur de l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien, pour le partage de leur expérience via les interviews ;
- Laurence Arguillère-Bultel, Cynthia Benkhoucha, Nathalie Latour, Jean-Pierre Couteron, Yolande Ratinier, Carine Mutatayi et Jean Ebert pour leur relecture attentive.

› Les témoignages de femmes sur www.psychactif.org ont été sélectionnés, résumés et mis en forme par Pierre Chappard, président de PsychoACTIF, et Carine Marrec, modératrice du forum *Paroles de femmes*. Nous les remercions pour la qualité et la pertinence de leurs contributions.

› Nous remercions enfin les structures qui se sont portées volontaires pour réaliser l'enquête auprès des femmes, l'association ASUD qui nous a permis de publier un appel à témoignage dans son journal et les femmes qui nous ont transmis leur point de vue par courrier et par téléphone suite à cet appel.



Préfaces



Les conduites addictives des femmes sont mal identifiées et les risques sanitaires, mais aussi les dommages sociaux auxquels elles sont exposées, sont insuffisamment mis en évidence.

Ce guide, prévu dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, constitue une étape importante dans la prise en compte de la spécificité des conduites addictives des femmes, dans tous leurs aspects, sociaux, économiques, physiologiques et psychologiques.

L'objectif est de lutter contre la stigmatisation dont les femmes peuvent être victimes en tant qu'usagères de drogues, et de faciliter ainsi leur accès aux structures médico-sociales capables de les entendre sans les juger, mais aussi de leur apporter des réponses adaptées dans l'accès à l'information, l'orientation, la prévention, l'insertion et le soin.

Loin d'enfermer les femmes dans un statut discriminatoire, les préconisations de ce guide doivent permettre d'ouvrir les yeux sur la réalité vécue par une partie de la population exposée aux conduites addictives et, à partir des situations concrètes, de développer un travail en réseau, porteur de nouveaux apprentissages, entre les structures privées et publiques de l'addictologie et celles en charge de l'accompagnement des femmes.

L'approche proposée par le guide est une invitation, au-delà de la question des femmes usagères de drogues, à renouveler les pratiques professionnelles des CSAPA et des CAARUD et de leurs partenaires.

Madame Danièle Jourdain-Menninger,

Présidente de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives)



Dans les structures d'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives, les femmes restent encore sous-représentées. Ces femmes, qui rencontrent une sur-stigmatisation, ont pourtant des besoins spécifiques.

Partant de ce constat, la Fédération Addiction a engagé une démarche réflexive et participative, s'appuyant sur des professionnels du secteur addictologique et leurs partenaires professionnels non spécialisés. Ce guide en constitue l'aboutissement.

Pour la Direction générale de la santé, accompagner et soutenir l'évolution des pratiques professionnelles est une préoccupation forte, afin que les personnes en difficulté avec leur consommation de drogues trouvent une écoute, un accueil et un accompagnement adaptés tout au long de leur parcours de soins et de vie.

La prise en compte de l'expérience des personnes est fondamentale pour construire des réponses adéquates. Cet ouvrage, qui donne à entendre la parole des premières concernées, celle des femmes en difficulté avec leurs consommations de produits, y contribue.

Je remercie la Fédération Addiction et l'ensemble des acteurs ayant participé à l'élaboration de ce guide qui suscite la réflexion et propose des pistes d'action pour les professionnels dans leur pratique au quotidien aux côtés des femmes.

Professeur Benoit Vallet,
Directeur général de la santé



Parce que les femmes en situation d'addiction sont souvent confrontées à des problématiques sociétales beaucoup plus larges (place de la grossesse et de la maternité, déficit d'estime de soi, violences subies...), et que ces questions doivent être mieux prises en compte, l'enjeu est de développer les connaissances des professionnels, de travailler les représentations et les postures, et de valoriser les démarches permettant d'améliorer aussi bien l'accueil que l'accompagnement des femmes usagères de drogues.

C'est pourquoi le ministère en charge des droits des femmes a souhaité soutenir ce guide à destination des professionnels de l'addictologie, invitant également à la construction de réseaux de partenaires consolidés et étendus (partenaires des secteurs sanitaire, social, associatif, hébergement d'urgence...), indispensables à la mise en place de réponses adaptées et complètes aux situations rencontrées.

Ce guide a ainsi vocation à nourrir les réflexions au sein des équipes et favoriser la construction de véritables projets d'accompagnement de ce public qui, en raison de nombreux freins, parmi lesquels la peur du jugement, a encore aujourd'hui beaucoup de mal à franchir la porte d'un centre de soins.

Jean-Philippe VINQUANT,
Directeur général de la cohésion sociale, délégué interministériel aux droits des femmes
et à l'égalité entre les femmes et les hommes



Avant-propos

› Ce guide de la collection Repère(s) est le résultat d'un travail partagé des adhérents de la Fédération Addiction et de leurs partenaires non spécialisés en addictologie. Il n'a pas la prétention de dire les « bonnes pratiques ». Elaborées par des instances ad-hoc, celles-ci seront présentées en références. Il revendique encore moins un modèle idéal qu'il suffirait de dupliquer : on sait le peu d'intérêt de ce type d'opération, sinon en termes d'une communication éphémère. Construit sur une démarche participative avec des acteurs du terrain concernés, ce guide veut contribuer à une adaptation des acteurs et dispositifs aux spécificités de ce public féminin, en proposant des pistes de réflexion et d'action. Accompagner les parcours de vie est un long et lent travail qu'il faut reprendre à chaque fois, et parfois défendre, entre le chaos des vies et les difficultés des institutions : la question des violences subies a fait l'objet d'un long chapitre.

› En mettant en avant la problématique de l'accompagnement des femmes, il n'est pas question de contester la nécessaire égalité de traitement, mais au contraire d'avancer sur cet objectif encore loin d'être acquis. L'égalité hommes-femmes a vu bien des verrous sauter ; pour autant, les obstacles sont encore nombreux à lever, de l'inégalité de rémunération à ces représentations sociales qui s'imposent à des femmes « jugées socialement à l'aune de leur capacité d'abnégation et de « prendre soin » ».

› Les femmes sont un public minoritaire et trop souvent sur-stigmatisé, ce qui les pénalise particulièrement dans les accueils collectifs. Développer et adapter des modes de rencontre est ce à quoi s'essayent les équipes qui proposent un « aller vers » physique, sous forme de maraudes et de dispositifs de consultation avancée. Un domaine particulièrement prometteur est celui du 2.0 et des communautés sur Internet qu'il permet. Une large place leur est faite dans ce guide.

› Mais ce travail sur les pratiques n'est pas tout, il faut aussi se mobiliser sur un terrain plus politique : les menaces formulées encore récemment sur le financement du Mouvement Français pour le Planning Familial rappellent la fragilité de certains acquis. Le droit à la contraception, comme le droit à la santé, doit se fonder sur une accessibilité garantie à l'information et aux différentes techniques contraceptives. Le dispositif d'accueil et d'accompagnement des usagères, les acteurs qui y travaillent ont à s'y engager pleinement.

› Dans une société aussi fortement en crise, l'effort commun que porte ce guide est garant d'une vraie dynamique de changement. Entre des « injonctions à la santé », souvent plus culpabilisantes et irritantes que mobilisatrices, et une logique budgétaire qui ne peut être qu'aveugle pour trancher sans état d'âme dans le vif, c'est l'engagement des acteurs qui vient sauver ce qui peut l'être du travail d'accompagnement. Ce guide est donc aussi un outil au service de ce combat commun, sur un sujet qui n'a pas fini de nous mobiliser.

› Il faut remercier celles et ceux qui se sont associés pour cet état des lieux, acceptant de partager leurs expériences, au-delà de leurs spécificités associatives, locales ou nationales, de leurs intérêts spécifiques pour les soins, la réduction des risques ou la prévention. Que leur parole soit celle d'un ou d'une professionnelle, ou qu'elle soit celle d'un ou d'une usagère, elle rappelle qu'aujourd'hui, cette capacité à rapprocher parcours de vie et parcours dans les soins reste le plus sûr moyen d'un accompagnement utile.

Jean-Pierre Couteron
Président de la Fédération Addiction



Introduction

› Le présent guide de notre collection Repère(s) a été conçu pour tenter de répondre à deux objectifs :

- aider les professionnels des CSAPA¹ et CAARUD² à penser et améliorer l'accueil et l'accompagnement qu'ils réalisent auprès des femmes
- aider ces mêmes professionnels à sensibiliser leurs partenaires à cette question

Pourquoi s'intéresser à l'accompagnement des femmes en particulier ?

› Historiquement, les centres d'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives sont beaucoup plus fréquentés par les hommes que par les femmes (selon l'OFDT, entre 20% et 25% de femmes reçues en moyenne, tant dans les ex-CCAA - Centres de Cure Ambulatoire et Alcoolologie- que dans les ex-CSST - Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes). Dans certains établissements, cette moyenne est encore plus basse. Les professionnels s'interrogent donc sur les raisons de cette faible proportion de femmes dans les files actives.

› Conséquence de cet état de fait, la clinique des addictions qui s'est développée dans les centres a été plus influencée par les situations masculines que féminines. Et pourtant... la recherche sur l'addiction au prisme du sexe montre clairement des différences entre les hommes et les femmes : différences de motivations aux consommations, d'usages, de vécus, de risques, et enfin d'approches dans la prise en charge.

› Enfin, la question de l'influence du genre correspond plus globalement à une préoccupation sociétale actuelle en France, qui croise les questions de parentalité, de couple, d'inégalités hommes-femmes. En traversant la société, elle interroge les structures d'addictologie, au même titre que la question de l'âge par exemple. Elle peut toutefois être difficile à penser, par crainte que toute réponse spécifique aux problèmes d'un groupe en particulier ne redouble son exclusion ou sa stigmatisation, ou au contraire ne le favorise au détriment des autres. Par ailleurs, les différences de rôles entre hommes et femmes sont si profondément ancrées dans notre façon de penser et d'agir qu'elles peuvent en devenir invisibles.

Une prise de conscience généralisée, mais récente

› Les spécificités de l'addiction chez les femmes ont pourtant été prises en compte, depuis plusieurs dizaines d'années parfois, à l'étranger (au Québec par exemple, l'approche de la santé par genre fait débat depuis les années 1980³), mais aussi en France par des structures pionnières.

› Mais la réflexion s'est surtout généralisée depuis 2009, date à laquelle la MILDECA⁴ (ex-MILDT) a lancé un appel à projets national pour expérimenter des actions spécifiques dans les CSAPA et les CAARUD : accueils réservés aux femmes en CAARUD, consultations avancées pour les femmes en CHRS, équipes mobiles parentalité, centres thérapeutiques résidentiels mères-enfants...

› En 2012-2013, la Fédération Addiction a été mandatée pour faire un premier travail d'état des lieux et de préconisations :

- revue de littérature internationale réalisée par l'Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse
- recueil et valorisation des actions spécifiques femmes réalisées dans les centres via www.federationaddiction.fr
- brochure méthodologique sur la mise en place d'actions spécifiques pour les femmes
- participation à la traduction d'un guide sur la grossesse et les consommations de substances, en partenariat avec le Respadd⁵ et le GEGA⁶.

› A la suite de cette première étape, elle a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé, de la MILDECA et de la DGCS⁷ pour élaborer un document de repères et de recommandations sur la thématique.

Les femmes présentant des conduites addictives sont avant tout des femmes

› Basé principalement sur l'activité des CSAPA et CAARUD, ce guide aborde un public spécifique qui cumule les difficultés (économiques, sociales, psychologiques, physiologiques...) et qui n'est pas représentatif de l'ensemble des femmes consommatrices à risque de substances. Les femmes très insérées, ou consommatrices en usage festif, sont moins concernées par les propos du présent document. Les addic-

¹ Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

² Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

³ Nadeau, L. et Bertrand, K. (2004). « Le Québec, les genres, la santé et le féminisme », *La Santé de l'homme*, 372, p.16-17

⁴ Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

⁵ Réseau de prévention des addictions – www.respadd.org

⁶ Groupe d'Études Grossesse et Addictions – www.asso-gega.org

⁷ Direction Générale de la Cohésion Sociale, Service du Droit des Femmes et de l'Égalité entre les femmes et les hommes

tions sans substances sont également peu abordées car peu représentées parmi le public de femmes qui fréquentent les structures. Enfin, nous avons choisi de ne pas traiter la question des femmes de l'entourage des personnes fréquentant les centres, qui mériterait des travaux supplémentaires et approfondis.

› Nous avons toutefois mis en exergue, tout au long de ce travail, à quel point les femmes en situation d'addiction sont traversées par des problématiques sociétales beaucoup plus larges : inégalités hommes-femmes, violences subies, déficit d'estime de soi, place de la grossesse et de la maternité... l'addiction jouant un rôle de « loupe », accentuant les vulnérabilités. Par ailleurs, le propos oscille souvent entre la mise en valeur de ressources mises en œuvre par les femmes et la reconnaissance de certaines formes de vulnérabilité spécifiquement féminines, en fonction des fiches.

› Ce guide tend vers une approche globale, holistique, de la problématique, en se basant sur l'approche bio-psychosociale des addictions. Il aborde donc les spécificités sociales, physiologiques et psychologiques des femmes fréquentant les centres, élargissant le propos au-delà des questions de grossesse et de santé sexuelle qui sont souvent identifiées en priorité par les équipes.

› Enfin, la question du couple étant souvent abordée tout au long des chapitres, nous nous sommes posé la question de la place des couples homosexuels et de l'homoparentalité. La réflexion sur ce point n'en étant qu'à ses balbutiements, nous avons choisi de ne pas l'aborder directement.

Analyser les pratiques pour répondre toujours mieux aux besoins des femmes devrait pouvoir devenir un incontournable des projets thérapeutiques et d'établissement.



Un guide pour les professionnels, élaboré collectivement

› La Fédération Addiction rassemble plus de 200 structures gestionnaires, représentant plus de 700 établissements et services, et plus de 350 personnes physiques, spécialisés en addictologie. Elle privilégie une démarche de recueil de la parole des professionnels pour l'élaboration de ses documents. Cette démarche offre un éclairage sur une thématique, sans pour autant se substituer aux apports de la recherche. Nous avons choisi, dans ce guide, de croiser ce regard issu du terrain avec une parole des femmes concernées par les addictions et une recherche documentaire.

1. Le point de vue des professionnels

› Ce guide a été élaboré selon la **démarche participative**, méthode de travail mise en place par la Fédération Addiction depuis 2009. Cette démarche vise à capitaliser l'expérience des professionnels du réseau pour la transformer en expertise collective.

› Le recueil d'information a été effectué en plusieurs étapes :

- analyse des expériences décrites dans la base d'actions spécifiques femmes sur www.federationaddiction.fr
- 1^{er} semestre 2014 : envoi d'un questionnaire à l'ensemble des CSAPA et CAARUD pour connaître leurs thématiques de travail en ce qui concerne les femmes
- 2^{ème} semestre 2014-1^{er} semestre 2015 : mise en œuvre de groupes d'échanges thématiques et d'entretiens téléphoniques
- 2^{ème} semestre 2014-1^{er} trimestre 2016 : mise en œuvre de 4 Journées Régionales

→ Les groupes d'échanges thématiques et les entretiens

› **Huit thématiques de réflexion**, issues des travaux de 2012-2013, de la réflexion du groupe de pilotage du projet et du Conseil d'Administration de la Fédération, ainsi que du questionnaire diffusé au 1^{er} semestre 2014, ont été proposées aux professionnels de terrain :

1. Les situations de prostitution
2. La grossesse et la maternité
3. Le rapport au corps
4. Les violences subies
5. L'isolement
6. L'évolution des consommations chez les jeunes femmes
7. Les références culturelles

8. Les consommations des femmes en lien avec le monde du travail

› Pour travailler les 7 premières thématiques, nous avons réalisé 6 journées d'échanges - réunissant au total 31 professionnels des addictions et 15 professionnels partenaires - et 10 entretiens téléphoniques⁸. En ce qui concerne la thématique du monde du travail, une journée d'échanges avec des femmes bénévoles a été organisée avec l'association d'entraide Amitiés La Poste Orange⁹, complétée par 4 entretiens téléphoniques.

› Les professionnels invités ont été repérés via le recueil d'expériences de 2012 et le questionnaire de 2014. Pour pouvoir travailler sur des pratiques encore largement émergentes, le choix s'est porté sur des professionnels issus de structures ayant déjà expérimenté une action et/ou une réflexion spécifique sur les femmes présentant des conduites addictives. Nous avons prêté une attention particulière :

- à la diversité des territoires, des régions et des métiers représentés ;
- à croiser, lorsque cela s'est avéré pertinent et réalisable, les regards des CAARUD, des CSAPA et des partenaires non spécialisés en addictologie sur chacune des thématiques.

→ Les Journées Régionales

› Quatre Journées Régionales ont été organisées pour recueillir et analyser des expériences locales et favoriser des échanges régionaux autour des thématiques du projet, en incluant systématiquement le regard des partenaires.

- « Femmes et addictions : le corps en questions » : le 25 novembre 2014 à Marseille
- « Addictions et précarité : quelle réduction des risques pour les femmes ? » : le 12 mars 2015 à Besançon
- « Addictions au féminin » : le 5 novembre 2015 à Rouen
- « Maternités et addictions » : le 10 mars 2016 à Toulouse

→ Interviews et retours d'expériences

› Afin d'approfondir et d'illustrer les propos du présent guide, nous avons intégré 6 interviews de professionnels de terrain travaillant sur l'accompagnement des femmes depuis de nombreuses années, ainsi que des fiches d'expériences menées par des établissements français et étrangers.

⁸ Voir la liste complète des participants interrogés en annexe p.99

⁹ www.amitie.asso.fr

2. Le point de vue des femmes concernées : « Des femmes, des vies... des avis »

› Nous avons choisi d'explorer l'avis :

- des femmes présentant des conduites addictives qui fréquentent les CSAPA et CAARUD ;
- de celles qui sont rencontrées à l'extérieur des structures (via des maraudes ou des équipes mobiles par exemple) ;
- et de celles qui n'ont pas de contact avec les centres.

› Pour connaître l'avis des deux premières catégories de femmes, 17 CSAPA et CAARUD ont accepté de diffuser un questionnaire court auprès des femmes qu'ils rencontrent. Ce questionnaire posait la question des différences hommes/femmes en matière d'addiction et des évolutions à mettre en place dans les structures pour adapter l'accueil et l'accompagnement. Sur les 96 questionnaires qui nous ont été retournés, 88 concernaient des femmes qui fréquentent les structures et 8 concernaient des femmes rencontrées hors les murs des centres.

› Pour connaître l'avis des femmes qui n'ont pas eu de contact avec les structures, nous avons fait appel à deux partenaires :

- Le site www.psychosocial.fr a dédié, depuis plusieurs années, l'un de ses forums aux problématiques spécifiquement féminines : « Paroles de femmes ». Les échanges entre internautes (plus de 3000 messages) ont été analysés et mis en parallèle avec le point de vue des professionnels. Pierre Chappard, président de PsychoACTIF, et Carine Marrec, modératrice du forum « Paroles de femmes », ont sélectionné et résumé des témoignages afin d'alimenter le contenu de ce guide.
- L'association d'autosupport ASUD a lancé un appel à témoignage dans son journal en mars 2015, à la suite duquel nous avons reçu trois courriers et un appel téléphonique de femmes présentant leur point de vue sur les différences hommes/femmes en matière d'addiction.

3. Le point de vue des chercheurs

› En 2013, nous avons publié une revue de littérature internationale réalisée par l'Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse¹⁰. Nous avons repris et synthétisé dans ce guide les principaux enseignements de cette recherche pour compléter les observations transmises par les professionnels et les témoignages des femmes. Nous avons enrichi ce travail par une recherche documentaire supplémentaire, incluant des articles récents, des ouvrages et des actes de journées sur la thématique des femmes et des addictions. Toutes les références sont précisées au fur et à mesure des chapitres.

4. Un pilotage collectif par des professionnels de terrain

› Comme dans de nombreux projets de la Fédération Addiction, la coordination de ce travail a été réalisée collectivement par un groupe de professionnels, qui s'est réuni 6 fois.

› Odile Vitte, directrice du CSAPA APS Contact en Seine-et-Marne (77) et Déléguée Régionale adjointe Ile-de-France de la Fédération Addiction, a été référente de l'ensemble du projet pour le Conseil d'Administration de la Fédération. Impliquée depuis longtemps sur les questions d'addiction au féminin, elle est à l'origine des deux modules de formation dédiés aux mères et aux femmes que propose la Fédération.

› Onze professionnels particulièrement impliqués sur ces questions et exerçant dans toute la France ont constitué le groupe de pilotage du projet :

- Badra Anglo, Chef de service, CSAPA PSA Marseille - La Corniche (Groupe SOS, Marseille)
- Bénédicte Bertin, Coordinatrice de l'Espace Femmes - Boutique 18 (association Charonne, Paris)
- Brigitte Dalet, Cadre socio-éducatif au Centre Horizons, puis au DAPSA (Paris)
- Véronique Delaforge, Infirmière au Centre Logos (APSA 30, Nîmes)
- Lionel Diény, Directeur adjoint du CSAPA/CAARUD « Les Wads » (CMSEA, Metz)
- Jean-Philippe Henrotin, Directeur de Béarn Addictions (CEID Addiction, Pau)
- Claude Lejeune, Pédiatre et néonatalogiste (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions, Paris)
- Marion Desmazures, Psychologue, et Patricia Jeanson, Directrice (association Le Mail, Amiens)
- Jean-Jacques Santucci, Directeur (Addiction Méditerranée, Marseille)
- Marijo Taboada, Psychiatre et psychanalyste (DAPSA, Paris)

5. Un guide testé et validé par les professionnels

› Nouveauté dans l'élaboration de ce guide : huit de ses chapitres ont été relus, commentés et enrichis par une partie des professionnels qui ont participé aux groupes d'échanges et aux entretiens lors d'une journée « inter-groupes », qui s'est déroulée le 1er octobre 2015. Elle a permis de rassembler 26 professionnels des addictions et partenaires, représentant plus d'une dizaine de métiers différents.

› Dans chacun des huit ateliers proposés lors de cette journée, les participants ont pu mettre en commun leurs remarques et leur expérience en lien avec la thématique travaillée. Ils ont partagé les freins à l'amélioration des pratiques et les ressources sur lesquelles ils pourraient s'appuyer pour mettre en place des actions spécifiques.

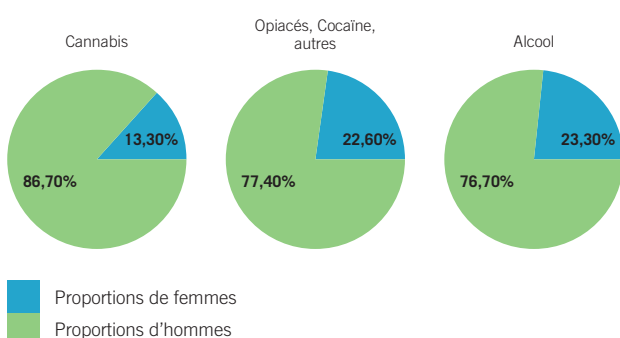
¹⁰ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

1. Un état des lieux

1) Les femmes dans les centres

→ En CSAPA¹¹

› Selon l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)¹², les CSAPA accueillent en moyenne beaucoup moins de femmes que d'hommes, même si ces chiffres varient en fonction des produits considérés.



source : enquête Recap 2013, OFDT

› En 2012, la Fédération Addiction a réalisé une enquête sur les pratiques de réduction des risques, à laquelle 27% des CSAPA, France entière (N=126), ont répondu¹³. Ils reçoivent en moyenne 22% de femmes, mais avec des disparités importantes entre les structures, puisque 28% des répondants reçoivent moins de 17% de femmes et 38% en reçoivent plus de 24%.

→ En CAARUD¹⁴

› En 2012, l'OFDT dénombrait, via son enquête ENa-CAARUD¹⁵, 1 femme pour 4 hommes en moyenne dans les files actives des CAARUD.

› 67% des CAARUD, France entière (N=88), ont répondu à l'enquête de 2012 de la Fédération Addiction sur les pratiques de réduction des risques. Ils reçoivent en moyenne 20% de femmes, mais environ un tiers des répondants en reçoit moins de 17% et un tiers plus de 24%.

2) Les conduites addictives chez les femmes en population générale

Les statistiques présentées dans cette partie concernent les consommations en France métropolitaine. Pour connaître **les spécificités des DOM** (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Ile de la Réunion), vous pouvez consulter « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 – Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe », édité par l'INPES au format PDF (2015).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1677>

› La proportion de femmes dans les files actives des établissements correspond globalement aux prévalences des usages à risques et des dépendances en population générale en France, et plus généralement à l'international. **En effet, toutes les enquêtes (nationales et internationales) indiquent une prévalence de consommation plus importante chez les hommes que chez les femmes, toutes substances confondues à l'exception du tabac et des médicaments psychotropes.** Au Québec par exemple, un quart des personnes dépendantes à l'alcool et un tiers des personnes dépendantes aux produits illicites sont des femmes.

› Toutefois, **des nuances existent** au-delà de la simple distinction hommes/femmes dans les différentes prévalences de consommation. La concomitance et l'influence de facteurs comme l'âge, le milieu social considéré, le niveau de diplôme, le pouvoir d'achat, les représentations sociales de genre, etc., comptent également. Par exemple, plus la fréquence de consommation s'intensifie, plus la différence hommes-femmes se marque, sauf pour le tabac, et ceci dès l'adolescence.

¹¹ Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

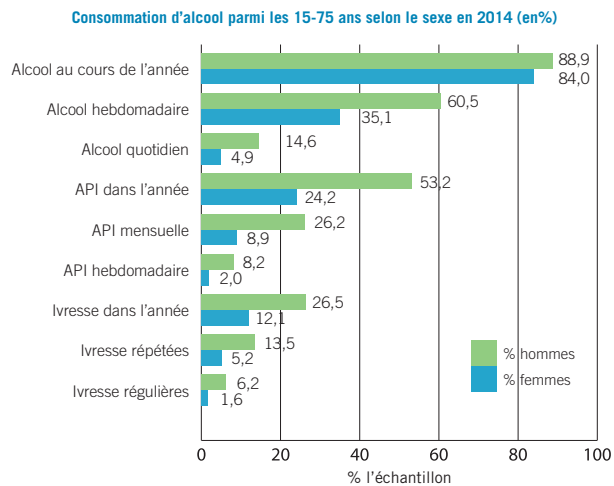
¹² L'OFDT réalise chaque année l'enquête RECAP, qui analyse les données sur les patients fréquentant les CSAPA, et permet entre autres d'obtenir la répartition hommes/femmes en fonction des produits consommés. Toutefois, l'ensemble des résultats remontés dans cette étude sont indifférenciés en fonction du sexe, ce qui rend impossible toute analyse plus fine.

¹³ « Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD. Rapport d'enquête », Fédération Addiction, décembre 2015

¹⁴ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue

¹⁵ Cette enquête réalisée tous les deux ans auprès des CAARUD permet de décrire les caractéristiques des usagers fréquentant ces structures, de suivre leurs consommations et d'objectiver l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes.

→ Alcool

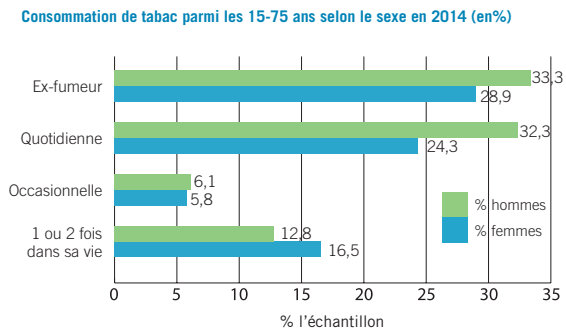


API (Alcoolisation Ponctuelle Importante) = consommation de 6 unités d'alcool ou plus en une même occasion

source : baromètre santé 2014, INPES - France métropolitaine

› Les femmes sont quasiment aussi nombreuses que les hommes à consommer de l'alcool occasionnellement. **Mais l'écart se creuse rapidement dès que l'on considère des consommations plus fréquentes et/ou intenses.** Les différences d'usages entre hommes et femmes apparaissent moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux défavorisés, sauf pour les ivresses où la tendance est inversée.

→ Tabac



source : baromètre santé 2014, INPES - France métropolitaine

› Les usages de tabac sont peu différenciés en fonction du sexe par rapport aux autres substances, ce qui en fait un produit à part.

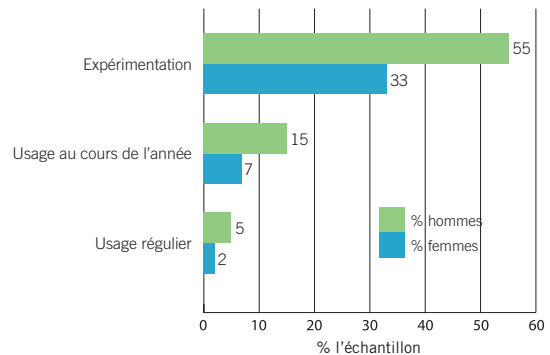
› La consommation de tabac des catégories sociales les plus favorisées est à la fois plus faible et moins différenciée en fonction du sexe, alors que celle des catégories sociales moins favorisées est plus forte et plus masculine.

› Le fait le plus notable en matière de tabagisme est **la hausse récente des consommations de tabac chez les femmes entre**

45 et 65 ans. Le Baromètre santé 2014 explique cette hausse par un effet de génération : ces femmes ont commencé à fumer dans le cadre d'une volonté d'émancipation, dans un contexte d'amélioration de l'accès aux droits des femmes et de rapprochement des comportements de consommation masculins et féminins. Cette période d'après-guerre a vu le développement d'un marketing particulièrement puissant auprès de ce nouveau public.

→ Cannabis

Consommation de cannabis parmi les 18-64 ans selon le sexe en 2014 (en%)



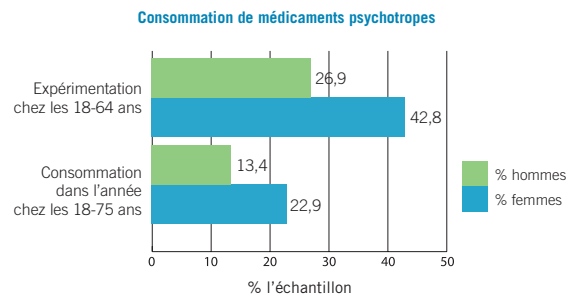
source : baromètre santé 2014, INPES - France métropolitaine

› La consommation de cannabis, globalement à la hausse, reste marquée, comme l'alcool mais dans une moindre mesure, par une **diminution des usages chez les femmes proportionnellement à la hausse de l'intensité de l'usage.** L'OFDT explique toutefois que « l'usage actuel de cannabis par sexe et âge montre que, parmi les femmes, la hausse est surtout portée par les moins de 40 ans, tandis que, parmi les hommes, elle reste nette entre 35 et 55 ans. Les jeunes femmes semblent donc jouer un rôle dans cette augmentation de l'usage actuel de cannabis. »¹⁶

→ Autres produits

› Chez les 18-64 ans, selon le Baromètre santé 2014 de l'Inpes, les femmes sont moins nombreuses à **expérimenter** dans leur vie le crack, l'héroïne, les produits à inhaler, le LSD, les champignons, les amphétamines, la MDMA, les poppers et la cocaïne. En revanche, une plus grande proportion d'entre elles déclarent en avoir **consommé au moins une fois dans l'année**, sauf pour les poppers.

→ Mésusage de médicaments psychotropes



source : baromètre santé 2010, INPES - France métropolitaine

¹⁶ OFDT, INPES, « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 », note 2015-01, 3 avril 2015

› L'OFDT met en garde sur le fait qu'il existe **très peu de données quantitatives** en France permettant de mesurer les situations d'addiction aux médicaments psychotropes, notamment en raison de la difficulté à établir une frontière claire entre usage et mésusage.

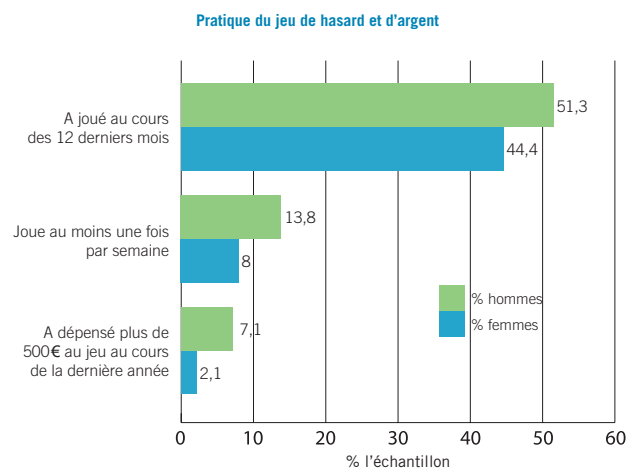
› L'usage de médicaments psychotropes est majoritairement féminin et varie selon le niveau d'instruction scolaire, le statut et la catégorie d'emploi.

› Selon l'Inserm, les femmes sont plus nombreuses à bénéficier de remboursements de médicaments psychotropes¹⁷. Plusieurs hypothèses expliqueraient leur sur-prescription 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, tendance au déni ou à la gestion sans médicament de la souffrance psychologique chez les hommes...

→ Prescriptions de traitements de substitution aux opiacés

› En 2012, selon le tableau de bord TSO 2015 de l'OFDT, les femmes représentent **23,2% des personnes consommatrices de médicaments de substitution aux opiacés**. Elles représentent 25,2% des consommateurs de méthadone, 22,2% de buprénorphine haut dosage et 17,1% pour l'association buprénorphine haut dosage - naloxone.

→ Jeux de hasard et d'argent



› Les pratiques de jeu excessif, comme les consommations de produits, sont marquées par une **prévalence masculine plus importante**, et un différentiel hommes-femmes qui s'accroît avec l'intensité de la pratique. Par ailleurs, la typologie des jeux préférés des femmes et des hommes est sensiblement différente. Selon l'Inpes, l'ODJ (Observatoire Des Jeux) et l'OFDT, en 2014, les femmes étaient plus représentées parmi

les adeptes des jeux de grattage (54,9 %) et moins pour les jeux de table des casinos (28,9 %), les paris hippiques (25,9 %), le poker (19,4 %) et les paris sportifs (7,1 %)¹⁸.

› Stefania Odoardi Comyn¹⁹, psychologue, a travaillé sur la question de la dépendance aux jeux de hasard chez les femmes et fait **un parallèle clair entre mécanismes d'addiction aux jeux et mécanismes d'addiction aux substances**. Elle rappelle que les femmes commencent à jouer à un âge plus avancé que les hommes, mais développent plus rapidement une dépendance. Elles préfèrent des jeux qui reposent uniquement sur la chance (loteries, machines à sous...), alors que les hommes préfèrent les jeux qui impliquent une composante de compétition et d'habileté. L'apparition d'une problématique de jeu pathologique chez les femmes est fréquemment liée à des expériences de vie difficiles et/ou des violences subies (abus sexuels, relations familiales conflictuelles ou instables, problèmes conjugaux...) ayant entraîné des troubles dépressifs et anxieux, en plus de l'exposition précoce aux contextes de jeu. Les conséquences sont similaires aux consommations : culpabilisation, honte, faible estime de soi, anxiété, stress... La pratique pathologique du jeu entre en conflit avec les responsabilités dévolues à la mère de famille et renforce la peur d'être découverte.

› Stefania Odoardi Comyn a identifié **plusieurs fonctions du jeu pathologique chez les femmes** : forme d'isolement du monde extérieur et de ses dangers (notamment lors de vécus traumatiques), stratégie de distraction face à la peur de ne pas réussir à concilier les différents rôles sociaux, stratégie de réduction du sentiment de solitude et d'aliénation, mais aussi possibilité de revanche et d'accès à une autonomie financière.

3) Des niveaux de consommation en lien avec le curseur de transgression ?

› La revue de littérature de l'IAC²⁰ résume ainsi une étude de 2002 qui concernait **les opinions des hommes et des femmes sur les consommations de produits** :

- les hommes citent plus de produits que les femmes ;
- les femmes sont plus sensibles que les hommes à la dangerosité des produits illicites (cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne)...
- ... mais pas à la dangerosité du tabac et de l'alcool ;
- l'élévation de la catégorie sociale et le fait de consommer le produit rapprochent les opinions des deux sexes.

› On remarque que **le tabac est le produit pour lequel le différentiel entre hommes et femmes s'est le plus considérablement réduit**, et ce pour tous les types d'usage. Le tabac, qui ne provoque pas de modification de l'état de conscience, relègue moins les consommateurs à la marge et contient probablement moins d'enjeux en matière de positionnement par rapport à la norme sociale. Plus les femmes travaillent (et

¹⁷ « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. », Expertise collective de l'Inserm, 2012 - www.inserm.fr

¹⁸ Inpes, ODJ, OFDT, « Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014 », Notes de l'Observatoire des jeux n°6, avril 2015

¹⁹ Odoardi S, Albasi C, Donne e gioco d'azzardo: uno sguardo d'insieme sul fenomeno, *Recenti Prog Med*, 2013;104(12):631-636 - DOI 10.1701/1373.15265

²⁰ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 - www.federationaddiction.fr

donc entrent dans une forme d'égalité avec les hommes), plus elles consomment, s'appropriant un comportement masculin, qui perd de son caractère viril et devient de moins en moins nécessaire aux hommes.

› Si l'on s'attarde sur les consommations d'autres produits et sur les pratiques de jeu, les usages féminins semblent globalement **plus mesurés, plus contrôlés** – ce qui, par effet miroir, rend encore plus remarquables (et stigmatisants) les usages excessifs chez les femmes. En 2004, Anne Coppel²¹ interprétait déjà la surconsommation de médicaments chez les femmes comme une façon de « *gérer leur stress en conformité avec ce que les normes sociales attendent d'elles* », en restant dans une forme de légalité et de contrôle. Les statistiques de consommations reflètent selon elle « *ce que chacun sait confusément, à savoir que la revendication de consommation pour le plaisir est plus scandaleuse pour les filles. Pour les garçons au contraire, les consommations de drogues, si elles restent récréatives, font partie des expériences par lesquelles se conquiert l'autonomie.* »

4) Des situations d'addiction plus problématiques et plus complexes ?

› La recherche met en exergue le fait que si les femmes sont moins nombreuses à consommer des substances psychoactives ou à avoir une pratique de jeu excessif, **elles ont en revanche plus de risques que les hommes d'entrer dans des usages problématiques, voire de souffrir de problèmes plus aigus générés par l'usage**. Cela serait lié notamment à des diagnostics de troubles de l'humeur, d'anxiété et de dépression primaires à la dépendance chez les femmes, alors que les hommes développent plus souvent ces troubles à la suite de leurs consommations. Ainsi, Grégory Lambrette, psychologue et psychothérapeute dans un centre de soin au Luxembourg, précise que « *si l'homme prend des drogues et développe des troubles connexes, les femmes seraient sujettes à développer des troubles qui les conduisent vers les addictions en tant que processus d'automédication.* »²²

› Les professionnels interrogés observent que, parmi le public qu'ils accompagnent, **les femmes ont tendance à plus facilement parler de leur mal-être que les hommes**. Contact Santé rappelle dans un dossier consacré au genre que « *la mise en avant du mal-être est plus prégnante chez une fille, qui va davantage l'afficher qu'un garçon. Ce dernier va plutôt venir [...] parler logement, emploi... Les filles sont davantage dans l'existential.* »²³ Et en population générale, si les femmes sont beaucoup plus touchées par la dépression, le taux de suicide est plus élevé chez les hommes.

› Si les situations d'addictions semblent plus problématiques chez les femmes, certaines études montrent qu'une fois engagées dans un processus de soin, **elles sortent plus rapidement de la dépendance que les hommes**²⁴.

5) Des motivations d'entrée en traitement spécifiques ?

› Selon la revue de littérature de l'IAC, aux Etats-Unis, « *les femmes initient leurs traitements pour les problèmes d'addiction à partir de problèmes de santé mentale ou liés à la protection de l'enfance, alors que pour les hommes la confrontation à la justice est plus souvent ce qui constitue le mode d'entrée en soins* ». Les hommes entreraient en soin plus fréquemment en raison d'une pression extérieure (justice, entourage familial, menace de rupture du couple...) ou par peur de la maladie, alors que les femmes le feraient plus souvent pour leurs enfants, par honte de leurs consommations ou par orientation d'autres services médicaux.

› Plus généralement, **le rapport aux soins** est différent chez les femmes : elles prennent mieux en compte le médical et recourent plus fréquemment au personnel de santé, sauf lorsqu'elles vivent dans une grande précarité.

6) Dans les centres, des femmes qui présentent de multiples vulnérabilités

› Selon l'OFDT²⁵, les femmes rencontrées par les structures **sont majoritairement en situation de dépendance et cumulent les difficultés**, même si les proportions sont variables en fonction des produits considérés :

- Proportion élevée de polyconsommations
- Co-morbidités psychiatriques fréquentes
- Tentatives de suicide fréquentes
- Nombre important d'incarcérations par rapport aux femmes en population générale
- Détresse sociale et familiale
- Taux important d'hébergement provisoire et d'inactivité professionnelle

› Ce profil fait écho à une étude de la DREES selon laquelle un tiers de la population générale de 18 à 75 ans concentre les difficultés : violences subies (atteintes psychologiques, physiques ou sexuelles), état de santé mentale dégradé et parcours biographique heurté²⁶.

› Emmanuelle Hoarau²⁷ a cherché à préciser les profils des femmes fréquentant **les CAARUD de Marseille**. Elle en a établi deux grandes catégories :

²¹ COPPEL Anne, « Figures de femmes... », *Le Courrier des Addictions*, n°2, avril-mai-juin 2004, pp.54-58

²² LAMBRETTE Grégory, « La question du genre et des addictions », *VST*, n°122, 2014/

²³ DOSSIER « La santé en tous genres », *Contact santé*, n°233, février 2012

²⁴ « Revue de la littérature : femmes et addictions », *Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse*, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

²⁵ MUTATAYI Carine, « Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins », *Note 2014-10, OFDT*, 2014 – www.ofdt.fr

²⁶ Catherine Cavalin, « Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population », *Résultats de l'enquête Événements de vie et santé, Études et résultats*, n°705, octobre 2009

²⁷ « Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites) », *In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD*, 2013, pp.34-45

- des femmes injectrices et polyconsommatrices en forte instabilité sociale, avec des parcours biographiques souvent chaotiques,
- et des femmes issues de milieux sociaux intermédiaires ou aisés, plutôt insérées, qui conservent une forme de maîtrise de leurs consommations.

› Elle souligne que ces CAARUD ne voient quasiment pas de femmes consommatrices de cannabis et d'alcool et/ou de médicaments psychotropes, sauf lorsqu'elles bénéficient d'un traitement par Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO).

7) Le développement limité des actions spécifiques pour les femmes dans les centres

› Depuis plusieurs années, des actions spécifiques pour les femmes sont mises en œuvre dans les CSAPA et CAARUD, avec ou sans financement spécifique : dispositifs dédiés (unités femmes-enfant, CAARUD et communauté thérapeutique réservés aux femmes...), plages d'horaires, ateliers et

groupes de paroles réservés aux femmes, mises en place de partenariats... Beaucoup concernent la grossesse, le lien mère-enfant et la gynécologie. Plus de 50 actions sont disponibles sous forme de **fiches d'expériences dans la base dédiée du site de la Fédération Addiction** ²⁸.

› Lors de l'enquête sur la réduction des risques menée en 2013 par la Fédération Addiction, 42,8% des CAARUD ont déclaré mener une action spécifique pour les femmes, dont moins d'un tiers était financé :

- 21% pour les personnes prostituées ;
- 31% en gynécologie exercée sur place ou à l'extérieur ;
- 90% distribuent des préservatifs féminins.

› Dans les CSAPA, toujours selon la même enquête :

- 32,6% mettent en œuvre une consultation gynécologique, dont 81% en orientant vers un professionnel ou une structure partenaire ;

- 74,5% mettent à disposition des préservatifs féminins ;
- Certaines structures ont précisé que l'accès aux traitements de substitution aux opiacés était facilité en cas de grossesse.

Constats

- › Les femmes sont minoritaires dans la plupart des files actives des CSAPA et des CAARUD
- › Les femmes sont minoritaires dans la population ayant des usages de substances nocifs ou des dépendances, sauf en ce qui concerne le tabac et les médicaments psychotropes
- › Cet écart pourrait être lié à l'acceptabilité sociale différenciée de la transgression et de la prise de risque chez les femmes et chez les hommes
- › En revanche, chez les femmes, les usages nocifs et les dépendances semblent plus problématiques : difficultés accrues d'accès aux soins dans les contextes de précarité, plus de consommations en auto-médication...
- › Les motivations d'entrée en traitement différent entre les hommes et les femmes
- › Les femmes rencontrées par les CSAPA et les CAARUD ont tendance à cumuler les vulnérabilités (précarité économique, sociale, affective, psychique...) ; elles ne sont donc pas représentatives de toutes les femmes présentant des conduites addictives
- › Les centres développent encore peu d'actions spécifiques à leur intention, à l'exception d'actions orientées vers la gynécologie et la sexualité

²⁸ www.federationaddiction.fr/actions-specifiques-femmes/

2. Les représentations de genre

1) Un renforcement de la stigmatisation

› Les conduites addictives, comme toutes les conduites humaines, sont traversées par les rapports dits « de genre », c'est-à-dire les rapports sociaux de sexe, qui assignent aux femmes et aux hommes des fonctions, des tâches et des compétences. « *L'efficacité sociale et psychologique de ce classement est telle que les individus fondent généralement leur construction identitaire sur l'étiquetage initialement acquis à leur naissance* », rappelle Anne-Marie Devreux dans *Contact Santé*²⁹.

› Cet étiquetage alimente des projections, des préférences, des croyances qui accompagnent l'individu tout au long de sa vie. « *L'enfant éprouve la distinction des sexes, bien avant de pouvoir les penser, les exprimer par des mots* » rappelle le Dr Michel Dugnat³⁰. La place de la prise de risque et la transgression font partie de ces marqueurs sociaux.

› « **Une femme qui présente des conduites addictives est souvent plus stigmatisée qu'un homme, parce que la consommation de substances va à l'encontre des attentes sociétales associées aux femmes.** » Cette affirmation, qui peut sembler désuète, faisait encore l'objet d'un article dans les *Inrockuptibles* en juin 2015³¹ : pour le média anglais *Pitchfork.com*, « *quand [Kurt Cobain] est un génie perturbé, [Amy Winehouse] est une alcoolique dégénérée* »... Pour expliquer cette différence de représentation, l'article évoque la force du stéréotype de la femme-mère, qui ne devrait pas s'investir dans l'art et se droguer autant que l'homme, sous peine de mettre en péril son rôle dans la procréation.

› Pour préciser cette stigmatisation, Emmanuelle Hoareau³² décrit trois idéaux-types de l'image de la femme consommatrice de drogues :

- 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

› **Les femmes restent aujourd'hui encore jugées socialement à l'aune de leur capacité d'abnégation et de « prendre soin »** : de

leur corps, de leur image, de leur époux, des enfants, des autres en général, et *a fortiori* des institutions morales. Dans ce contexte, la consommation à risques de substance est perçue comme antinomique de la féminité traditionnelle : les tâches socialement déléguées aux femmes ne seraient pas compatibles avec leur mode de vie et l'état second dans lequel elles les plongent. La femme qui consomme « trop » est donc souvent perçue comme défaillante, dans l'erreur, mauvaise épouse, mauvaise mère, voire associée au libertinage ou à la prostitution. Dans un témoignage que nous avons reçu, une femme résume ainsi : « *il me semble qu'une femme qui boit n'est plus tout à fait une « vraie » femme pour la société. Elle perd son image maternelle, protectrice, attentionnée... La femme qui boit perd son statut féminin.* »

› **Les attentes sociétales sont par conséquent d'autant plus fortes auprès des femmes consommatrices** : elles « doivent revenir dans le droit chemin ». Grégory Lambrette³³ précise : « *si la consommation en intensité et en fréquence est plus élevée chez les hommes, la perception d'une consommation excessive est, elle, plus fréquente chez les femmes. Autrement dit, la tolérance sociale serait davantage du côté des hommes que de celui des femmes.* »

2) Des représentations plus ou moins intériorisées par les femmes

› **Une partie des femmes ayant des conduites addictives - les plus en difficulté sociale, psychique et économique - intègrent ces représentations**, se considèrent comme des « femmes de mauvaise vie », développent de la honte et de la culpabilité et cachent leurs dépendances et consommations. Ce sont souvent celles que rencontrent les professionnels des structures médico-sociales - lorsqu'elles acceptent d'être accompagnées. Ils décrivent ainsi des femmes qui expriment plus que les hommes une difficulté à trouver leur place dans leur famille, leur travail, dans la rue...

› Les femmes qui consomment dans un milieu majoritairement masculin (cas des consommations d'opiacés par exemple) **s'éloignent davantage encore de la norme féminine traditionnelle**. En effet, une partie d'entre elles adopte les codes masculins, tant en matière d'apparence que de comportements, notamment dans un souci d'autoprotection vis-à-vis des hommes.

²⁹ « *La distinction entre sexe et genre* », *Contact santé*, n°233, février 2012

³⁰ « *Comment le genre vient au bébé ?* », *Contact santé*, n°233, février 2012

³¹ « *Winehouse et Cobain : quand les femmes sont des junkies, les hommes sont des génies perturbés* », *lesinrocks.com*, 25 juin 2015

³² « *Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites)* », In : *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, RESPADD, 2013, pp.34-45

³³ LAMBRETTE Grégory, « *La question du genre et des addictions* », *VST*, n°122, 2014/2

Des femmes témoignent sur www.psychoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Une femme présentant des conduites addictives est plus stigmatisée qu'un homme. C'est la « double peine » : tout est forcément pire si on est une femme. À l'image de **Mtd62** qui rapporte les préjugés d'une soignante : « *une infirmière du centre m'a dit un jour qu'elle avait remarqué que les filles avaient moins de volonté et supportaient moins bien le manque.* »

MarlaSinger le dit aussi à sa façon : « *C'est comme pour tout le reste, un alcool sera vu comme un bon vivant, UNE alcool c'est un déchet de la société... Les hommes s'octroient le droit de se mettre minable, mais les femmes se doivent d'être douces, polies et respectables. Sinon elles deviennent des droguées, des salopes, des mères indignes.* »

La consommation de substances psychoactives interroge les fonctions associées aux femmes en les tirant vers l'indignité. Que ce soit pour la fonction maternelle, où la personne usagère de drogue est cataloguée comme une mauvaise mère (cf fiche 13 p.70), ou la fonction sexuelle : les consommatrices sont représentées comme des « filles faciles », voire des prostituées. « *J'ai constaté que pas mal de gens « extérieurs » (non consommateurs et hors de mon cercle d'amis quoi) mélangent le sexe et la drogue dans leur jugement quand il s'agit d'une femme UD. En gros l'idée c'est : « cette fille prend des drogues, c'est donc une fêtarde, une fille sans limites » et par extension « c'est une fille qui écarte probablement facilement les cuisses »* témoigne **Amaranthe**. « *Combien de fois est-ce qu'on ne m'a pas proposé - explicitement ou implicitement - de la drogue, un logement ou des sous (quand je faisais la manche en faisant mon numéro de danse), un trajet (quand je faisais du stop) contre du sexe... Et, sachant que j'étais camée, ça paraissait encore plus logique que j'allais accepter !* » renchérit **Akhéane**.

Ces préjugés sur la sexualité des usagères deviennent des discriminations graves quand ils sont repris à leur compte par les représentants de l'Etat, comme les forces de l'ordre. **Goldenyear** se rappelle : « *En janvier 2014, je subissais un énième viol par un homme que je connaissais de l'époque de mon ex-conjoint. J'ai porté plainte le soir-même, mais étant ancienne toxicomane et l'agresseur ayant plaidé l'acte consenti contre héroïne, les flics ne se sont pas trop attardés sur l'affaire. J'avais pourtant fait tous les tests pour prouver que je ne consommais plus, et c'était vrai depuis environ un an. J'ai été traité comme de la m***e par une femme flic durant une semaine d'audition. Je n'en pouvais plus. Trois mois plus tard, j'apprenais un classement sans suite. Quelque part, j'étais rassurée car je ne voulais plus affronter les juges, l'avocat de mon agresseur, et surtout mon agresseur lui-même.* »

La femme injectrice représente, encore plus que l'homme injecteur, la pire des déchéances de la féminité. **Lunatika** témoigne : « *autour de moi, on me montre du doigt, tant que je sniffais ça allait mais bizarrement dès que je me suis mise à shooter, j'étais une hérétique, une sorcière. (...) Une femme n'a-t-elle pas le droit de s'injecter ? Est-elle trop douillette ? Se doit-elle de rester cokette ? les différences entre hommes et femmes dans ce domaine me semblent relever de la simple vision des gens, c'est pas féminin la seringue ?* »

Source : échanges sur www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

➤ Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

➤ Il semble important de distinguer ici les dépendances importantes des consommations qui, pourtant excessives, restent festives et contrôlées, et donc mieux tolérées socialement.

La transgression liée à la prise de produit peut alors être vécue comme une fierté, une singularisation et un acte socialisant, donc un élément positif et identitaire³⁴. Un milieu social d'origine plus favorisé, un vécu moins traumatique, l'existence de ressources personnelles psychiques, sociales et économiques font la différence.

3) Des représentations présentes chez les professionnels sanitaires et sociaux

➤ Les femmes consommant des substances psychoactives peuvent rencontrer **différents professionnels de la santé et du social** au cours de leur vie : médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, médecins du travail, professionnels des hôpitaux, services sociaux... De manière générale, ces professionnels peuvent avoir des difficultés pour aborder les consommations de produits avec les patients/usagers, d'autant plus si ce sont des femmes. Lorsqu'ils le font, ils peuvent éprouver de la gêne ou se limiter aux produits pour lesquels

³⁴ « Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites) », In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013, pp.34-45

l'intervention a été légitimée pour des raisons médicales (le tabac par exemple). Outre la difficulté à aborder la question des consommations chez les femmes sans y affecter de jugement moral, les professionnels peuvent également être aux prises avec leurs propres consommations avec lesquelles ils ne sont pas forcément à l'aise. L'intérêt porté aux femmes consommatrices de substances semble se réveiller lorsqu'elles sont perçues comme une source de danger potentiel pour la société (atteinte à la morale par exemple) et/ou pour leur(s) enfant(s).

➤ **Les professionnels des addictions** connaissent les représentations associées aux personnes ayant des conduites addictives et ont appris à les travailler et à s'en distancier. En revanche, les représentations liées au genre ne sont pas toujours réfléchies individuellement et collectivement. Et dans des situations complexes qui mettent l'équipe en difficulté, ou même parfois au quotidien via des formulations ou des postures, ces représentations peuvent resurgir et se traduire en paroles et en actes auprès des publics accueillis, comme l'a montré une étude menée en Ile-de-France en 2010³⁵.

➤ **Ainsi, il sera parfois plus difficile d'accepter des comportements violents, excessifs, de la part d'une femme.** En matière d'addiction comme dans de nombreux autres domaines, le comportement des hommes reste souvent la référence à l'aune de laquelle on mesure celui des femmes : elles sont « plus... » ou « moins... » que les hommes. Peut-être d'autant plus que le système d'accompagnement médico-social en addictologie a reçu, depuis sa création, un public très majoritairement masculin. On peut également s'interroger sur le fait que lorsque les structures développent des actions, celles-ci

concernent souvent la grossesse et la maternité, donc ce moment où la femme peut représenter un danger pour son enfant.

4) Quelques outils pour travailler ses représentations

🔑 **Mettre en place un diagnostic** de l'accompagnement des femmes dans la structure permet de se poser des questions en équipe en lien avec ses représentations de genre³⁶ :

- Que constate-t-on dans la structure ? Combien de femmes dans la file active ? Quelles sont leurs histoires de vie, leurs difficultés ? Quels besoins expriment-elles ?
- Quelles sont les hypothèses qui expliqueraient ces constats ?
- Pour quelle(s) raison(s) souhaite-t-on mettre en place tel ou tel indicateur ? Pourquoi s'intéresse-t-on à certains sujets en particulier lorsqu'il s'agit de femmes ?
- Que pourrait-on ajuster dans les pratiques pour améliorer l'accompagnement des femmes ?

🔑 **S'informer et dialoguer avec d'autres équipes** permet de prendre de la distance avec son quotidien et de déconstruire ses représentations, pour mieux réinventer l'accompagnement par la suite :

- Échanger entre structures et/ou institutions partenaires sur l'adaptation de l'accompagnement aux femmes via un groupe de réflexion dédié
- Organiser un temps collectif pour le personnel de la structure en invitant un intervenant expert de ces questions
- Visiter des structures qui ont déjà mis en place des actions spécifiques ou des dispositifs dédiés

Constats

- Une femme présentant des conduites addictives est souvent plus stigmatisée qu'un homme dans la même situation
- Le rôle social traditionnellement attendu pour les femmes est principalement celui du « prendre soin des autres », ce qui semble antinomique avec des comportements excessifs et des prises de risques
- Pour les plus vulnérables d'entre elles, ces représentations négatives sont intériorisées
- Les professionnels sanitaires et sociaux qui les accompagnent, qu'ils soient de premier recours, ou spécialisés dans les addictions, peuvent transmettre également leurs propres représentations à travers leur parole et leurs actes

PRÉCONISATIONS

- 🔑 Faire un état des lieux des situations rencontrées par le centre
- 🔑 Réfléchir, à travers les hypothèses formulées, aux représentations de genre au sein de l'équipe ; favoriser la déconstruction et l'ajustement de ces représentations
- 🔑 Rencontrer d'autres équipes pour en discuter
- 🔑 Faire intervenir un expert de la question de genre dans le centre ou sous forme de séminaire inter-structures

³⁵ Grégory HALBERDA, Marie-Christine PARDIEU et Séverine DE WAILLY, « Femmes, genre et addictions. Pratiques professionnelles dans les dispositifs d'accès aux soins spécialisés pour les femmes usagères de produits Psychoactifs », ETSUP, 2010 – www.federationaddiction.fr

³⁶ Pour aller plus loin dans l'état des lieux, consultez la fiche « Faites le point dans votre centre » p.90

L'expérience de... Marijo Taboada, psychiatre et psychanalyste, fondatrice du réseau DAPSA³⁷

Marijo Taboada, psychiatre et psychanalyste, s'est intéressée à l'accompagnement des femmes toxicomanes dès les années 1980. Elle évoque son parcours et les évolutions constatées par rapport au début de sa carrière. Elle insiste sur l'importance de déconstruire sa pratique et ses représentations pour inventer de nouvelles façons d'accompagner les femmes... et les hommes.

Depuis combien de temps vous intéressez-vous à cette question de la consommation de produit chez les femmes ?

En fait je me suis intéressée à la question des femmes depuis 1966, mais c'était dans l'air du temps... Pendant une très longue période, je me suis plus penchée sur la question des femmes et de la psychanalyse, mais aussi sur la place des femmes en général dans le corps social.

J'ai commencé à travailler dans le champ des addictions en 1976, mais sans faire le lien. Ce n'est que dix ans plus tard, en 1986, alors que j'étais sollicitée pour représenter la France au groupe Pompidou pour un atelier sur les femmes usagères, que j'ai commencé à faire le lien. Cette « cécité » me paraît symptomatique de la difficulté que nous avons eu à penser cette question.

À cette occasion, j'ai commencé un travail sur les aspects psychopathologiques. Mais, très vite, je me suis intéressée aux regards que nous portions sur ces femmes. C'était le sens d'une enquête que nous avons menée sur l'accueil des femmes toxicomanes dans les services d'urgence. Mais à l'époque nous étions encore très peu nombreux à nous intéresser à cette question.

Avez-vous perçu une évolution de cette problématique depuis votre début de carrière ?

Je connais surtout les femmes toxicomanes, et plus particulièrement héroïnomanes. Dès le départ, nous avons remarqué que ces femmes ne représentaient que 20% des personnes toxicomanes. Cela n'a pas bougé.

J'ai remarqué que ces femmes ne se différencient pas vraiment des hommes héroïnomanes : on trouvait une certaine androgynie chez elles. J'ai pensé pendant longtemps qu'elles ne voulaient pas se confronter à la différence des sexes, investir leur identité sexuée. Il me semblait qu'elles avaient du mal avec leur « être désirant », car l'identité masculine faisant norme, accéder à l'identité féminine nécessite beaucoup plus de dynamique. Le produit n'était-il pas une façon de contourner cette difficulté ? Celles qui avaient un comportement dit « masculin » ne s'en sortaient pas trop mal au final, alors que celles qui se soumettaient étaient mises sur le trottoir... Ce que je pense toujours, c'est que la prise de produit pathologique est un mode de résolution de l'anxiété d'abandon et de la peur du mouvement chez les femmes.

En étudiant les fiches de consultation des femmes reçues aux urgences toxicologiques de l'hôpital Fernand Widal à Paris, j'ai constaté que celles-ci étaient en un peu plus mauvais état physique et psychique que les hommes. Ceci dit, c'est vrai qu'à l'époque, les toxicomanes, en particulier les hommes, étaient moins auscultés qu'aujourd'hui : toutes leurs douleurs étaient attribuées au manque. Et peut-être que l'on avait moins de difficulté à hospitaliser une femme qu'un homme, qu'on parlait du principe qu'elles étaient plus mal en point aussi...

Dans les années 1970, on avait commencé à se décaler de l'image traditionnelle de la femme. Mais aujourd'hui, elle revient en force. Par exemple, on rapporte toujours l'homme à son groupe de pairs et la femme à son compagnon.

Autre exemple : le matriarcat, qui pour moi est une façon d'étouffer le féminin. L'idée est revenue que la maternité, et le désir d'enfant, étaient inhérents aux femmes, par essence. Certes, le maternel traverse chaque femme puisque c'est une potentialité offerte biologiquement. Mais cela ne veut pas dire qu'avoir un enfant soit un aboutissement logique dans son parcours de vie... Un dernier point : l'expression du désir ou du non-désir sexuel féminin reste très compliquée. Les femmes pensent toujours que les hommes sont plus exigeants en termes de besoins sexuels et ont peur que leur compagnon ne s'éloigne si elles ne répondent pas à leur désir ou à ce besoin.

La bonne nouvelle, c'est que les professionnels accordent aujourd'hui une véritable attention aux femmes enceintes et aux mères présentant des conduites addictives, alors qu'avant elles étaient « noyées dans la masse ».

Attention toutefois, même si l'on a l'impression de mieux prendre en compte les spécificités féminines, à continuer de se questionner régulièrement sur la construction sociale de genre.

Justement, qu'est-ce qui vous semble important à prendre en compte, aujourd'hui, pour un professionnel des addictions, sur cette question du genre ?

C'est en s'observant soi-même que l'on peut comprendre des choses. Ce que je trouve intéressant, c'est de déconstruire la pensée pour ne pas renchérir la norme et pour laisser place à la créativité. On peut choisir, par exemple, de proposer aux femmes un atelier maquillage ou esthétique, mais à condition de le faire parce que c'est une norme sociale que les femmes ont exprimée en termes de besoin, pas parce que ces activités seraient intrinsèquement féminines. Etre plus féminine selon les critères sociaux, ce n'est pas forcément le signe que l'on va mieux.

Le débat sur la mixité des équipes est aussi très intéressant : on déplore le fait qu'elles soient trop féminisées dans le secteur de l'addictologie.

Pourquoi ? Parce qu'une équipe féminine est plus « insécure » ? Parce que de la différence naissent des choses intéressantes ? Parce qu'il vaut mieux que les usagers de la structure puissent choisir le sexe de la personne qui les accompagne ? Parce que la mixité est « du côté des progressistes » ? La mixité n'est ni bien ni mal en soi : c'est une façon de construire, que l'on ne doit pas hésiter à interroger.

Je pense utile d'avoir au moins un lieu pour réinterroger sa propre pratique en la matière : avec les personnes accueillies, avec des personnes qui ne sont pas du milieu de l'addictologie... trouver une instance dont la vocation est de poser des questions naïves. Et ne pas oublier que l'addiction chez les femmes reflète avant tout le statut des femmes en général.

Enfin, c'est important d'avoir toujours en tête que la question des femmes n'est pas dissociable de celle des hommes, et ne doit pas laisser de côté certains membres de l'équipe.

³⁷ Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires, Ile-de-France - www.dapsa.asso.fr

3. L'accès des femmes à l'accompagnement

1) Un isolement plus important pour certaines femmes ?

De nombreux professionnels interrogés dans le cadre de la rédaction de ce guide rapportent que **les femmes semblent plus isolées que les hommes dans la population présentant des conduites addictives**. Et des femmes témoignent effectivement d'un isolement important sur le plan affectif, par rapport à leur entourage familial et amical, et plus largement dans la société, qui peut s'expliquer par la stigmatisation dont elles souffrent, par l'existence de troubles associés aux consommations (dépression, troubles anxieux...), ou encore par le fait d'être mère. Toutefois, cet isolement semble surtout qualifier une population spécifique des femmes très dépendantes, cumulant les difficultés, qui vit de manière coupable ses consommations.

En matière d'isolement, **l'alcool semble occuper une place à part** : les consommatrices d'alcool semblent se cacher encore plus que les consommatrices d'autres produits, et de fait ces femmes sont peu visibles dans l'espace public. Une femme nous a fait parvenir ce témoignage : « *la consommation de l'alcool par les femmes est très tabou. Par exemple, il n'y a guère à voir jamais les femmes au zinc le matin avec « un petit blanc ». Dans les bars, une femme seule prenant un verre « cherche quelque chose ». Quant à l'achat de l'alcool, j'en ai eu des réflexions à la caisse ! Je ne crois jamais avoir entendu pareil pour les hommes qui passent leurs bouteilles et leurs canettes. Ceci m'a marquée à tel point que je m'organisais pour ne pas acheter de l'alcool dans le même endroit tous les jours. Un rituel qui a fait que j'étais alors la « poivrotte » du quartier entier. [...] Honte, solitude et mensonges...* ». Certains auteurs ont fait l'hypothèse qu'un portrait de la femme alcoolique s'est figé dans les années 1950 en France, qui s'articule autour « *de la clandestinité, de la dissimulation et de l'étiologie psychologique [...] : l'homme sera solitaire et la femme clandestine* »³⁸.

Toutefois, **cette particularité semble évoluer** chez les jeunes générations, au moins en ce qui concerne les usages festifs, où l'on observe pour certaines classes sociales (chez les étudiants notamment) une « masculinisation » des comportements féminins : alcoolisations ponctuelles importantes en augmentation et occupation de l'espace public en groupe notamment. Certains centres témoignent également d'un affichage de plus en plus assumé des consommations d'alcool depuis quelques années

parmi les femmes qu'ils accompagnent.

Une partie des professionnels évoquent donc **des consommations déjà bien installées** chez les femmes qu'ils rencontrent, surtout s'il s'agit d'alcool. L'OFDT rapportait chez les femmes fréquentant les CAARUD en 2012 les moyennes d'âge suivante : 27 ans pour le cannabis, 34 ans pour les autres drogues illicites, 45 ans pour l'alcool.

Ce ressenti des professionnels **est confirmé par la recherche au niveau international**. Dans beaucoup de pays, même lorsqu'elles cherchent à entrer dans des programmes de soins, les femmes doivent faire face à des obstacles sociaux, pratiques et financiers plus importants que les hommes pour accéder au traitement³⁹. Un rapport de l'OCDE de 2015⁴⁰ rappelle que, dans le monde, si *grosso modo* un tiers des personnes usagères de drogues sont des femmes, elles ne représentent qu'un cinquième des personnes en traitement (pour les chiffres français, se reporter à l'état des lieux p.9).

Mais il ne faut pas minimiser, *a contrario*, **le soutien du cercle social des consommateurs pairs**. Une femme témoigne dans *Première ligne*⁴¹ : « *Dans le milieu, il y a pas mal de gens qui te protègent aussi, donc si j'ai un problème, je ne risque rien ! Il y a quelques jours, j'ai eu un souci avec une fille, elle est venue m'embrouiller dans la rue. [...] Deux minutes après, il y en a plein qui sont arrivés et qui se sont mis entre nous. Ils lui ont dit « dégage, tu la touche pas ! » et ils m'ont dit « t'inquiète pas ça va aller » ! ».*

2) Aller à la rencontre des femmes : le déploiement géographique et virtuel

C'est donc très logiquement que la revue de littérature de l'IAC a mis en exergue **l'importance de se déplacer vers les femmes**, d'abord parce qu'elles ne connaissent pas forcément la structure ou qu'elles n'osent pas s'y rendre, ensuite parce qu'elles n'ont pas forcément les moyens de le faire (pas de mode de garde des enfants, pas de moyen de transport...). Une bonne partie du travail du centre consiste donc à développer des « **stratégies de contournement** » pour les rencontrer sans redoubler la stigmatisation dont elles font déjà l'objet. Dans ce contexte, il est toujours utile de réaffirmer la **confidentialité** des échanges, de garder une **souplesse** dans l'accompagnement (horaires, lieux de rencontre...) et de trouver des **lieux de rencontre « neutres »**.

³⁸ SIMMAT-DURAND Laurence, « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques », BEH, n°10-11, 10 mars 2009

³⁹ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

⁴⁰ UNODC, World drug report 2015

⁴¹ « Paroles de femmes », *Première ligne*, n°18, septembre 2012

Des femmes témoignent sur www.psychoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Le genre féminin est-il un facteur d'isolement supplémentaire pour les personnes présentant des conduites addictives ? Pour PsychoACTIF, l'isolement découle surtout de la loi qui stigmatise et pénalise les usagers, et/ou de la honte qui pèse sur l'addiction à un produit licite comme illicite. Cet isolement enferme les usagères dans un silence étouffant.

C'est ce que dit **majama** : « *Le sub me rend [...] très organisée, très motivée, efficace plus que d'autres qui ne sont pas des UD, mais l'isolement vient du fait que tu ne puisses pas parler vraiment de toi. J'évite parfois de m'installer dans certaines relations dont j'aimerais tisser des liens, pour préserver mon intégrité à laquelle je tiens et ne pas devoir mentir ou tricher.* » ou **Baiwena** : « *Auparavant, je ne m'étais pas sur cette partie de ma vie, mais je n'en avais pas honte. Mais de plus en plus, je le ressens comme un poids, comme quelque chose qu'il faudrait qu'on ne sache pas et j'ai même des fois l'impression de devoir me justifier. Cela me fait également perdre confiance en moi dans certains contextes et à ces moments-là, je me sens très isolée.* »

L'isolement peut même être ressenti vis-à-vis de son entourage proche, qui n'est pas au courant de l'addiction. **Roxy** témoigne : « *Je suis consommatrice de cc depuis maintenant plus d'une année, avant c'était récréatif mais maintenant plus du tout ! Cela m'isole parce que je suis sûre que si j'osais en parler, la plupart des gens ne me croirait pas ! Depuis quelques temps, je n'ai même plus envie de sortir, d'ailleurs, bien souvent je consomme toute seule et chez moi ! Non seulement je n'ai plus envie de voir personne, je deviens aussi aigrie et antisociale ! Le pire c'est que tout me fait c..... J'ai deux enfants merveilleux, un mari très gentil et un super papa mais qui n'a aucune idée de ce qui m'arrive, il met ça sur le compte des hormones (il me fait trop rire !) Ha ces hormones elles ont bon dos ! Bref, j'avais juste envie d'écrire ce que je ressens en ce moment et c'est un grand vide !* »

Cet isolement est souvent une façon de se protéger par rapport à la société, son travail, ou son entourage, mais il peut aussi servir à protéger ses enfants. **Mélanie85** raconte : « *Depuis que je suis maman, je m'isole volontairement par honte, peur qu'on me juge et surtout parce que je ne m'imagine pas avoir une relation amicale sans me livrer totalement. Malheureusement, si je me livre, je suis certaine d'être stigmatisée et mes enfants avec. Je souffre énormément de cette isolement, ainsi que mon conjoint et ma fille.* »

Face à la stigmatisation de l'usage et des addictions, Internet et les communautés d'usagers et d'usagères sont fortement libératoires. Beaucoup de témoignages de PsychoACTIF commencent ainsi par « *J'ai découvert que je n'étais pas seule* ». C'est le cas de **Marinette** : « *Depuis que je suis inscrite je me sens vraiment moins « seule », on le sait qu'on n'est pas des cas isolés mais de le lire au quotidien, ça rassure* » ou **d'assia94** : « *je suis une maman de 35 ans, je suis dépendante au Codoliprane depuis pas mal de temps, ça fait du bien de pouvoir en parler sur un forum, car dans ma tête je me sens seule face à cette dépendance* ».


Source : échanges sur www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

➤ Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

→ Sortir du centre

Des équipes mobiles vont à la rencontre des femmes dans la rue, proposent des entretiens dans l'espace public.

Lorsque l'on développe des maraudes pour les femmes, les hommes consommateurs rencontrés peuvent apporter leur concours précieux en orientant des femmes de leur entourage.

 D'autres équipes développent les interventions à domicile. Aux Etats-Unis, il existe des programmes d'intervention à domicile qui tentent d'agir de manière multifactorielle sur la

santé mentale, le support social, le fonctionnement familial, le sentiment d'efficacité personnelle, de bien-être global, et les consommations⁴². Les quelques femmes rencontrées dans la rue et à domicile par des CAARUD et interrogées dans notre enquête *Des femmes, des vies... des avis* ont plébiscité ce type d'interventions qui permet de pallier les problèmes de transport, de compatibilité d'horaires, de distance, et évite aux femmes de « rencontrer certaines personnes » aux abords et dans la structure. Mais elles soulignent en parallèle leur besoin de sortir de chez elles pour développer leur réseau social.

⁴² « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

Sur le terrain...



Des maraudes dans l'espace public

Le **CAARUD La Croisée à Epinal** a développé des maraudes pédestres dans l'espace public, durant lesquelles une place privilégiée est accordée aux femmes enceintes et femmes avec enfants. L'équipe est composée d'un éducateur spécialisé et d'un infirmier. Les femmes demandent spontanément à les rencontrer ou sont orientées par un(e) ami(e) ou leur compagnon. Le travail d'évaluation s'effectue sur place : questionnements sur la situation et le parcours de vie de la personne, précisions sur la demande. L'équipe propose des entretiens individuels réguliers, si possible une fois par semaine pendant quelques mois. Elle oriente si besoin vers le partenaire adapté : gynécologue, médecin généraliste, CSAPA, accueils de jour, dispositif d'accompagnement vers le logement, assistante sociale...

En savoir plus :
contacter le CAARUD La Croisée au 06 31 70 72 17
ou par mail lacroisee.caarud@avsea88.com

→ Déplacer l'accompagnement chez un partenaire : les permanences et consultations avancées

🔑 Certains types de partenaires sont à privilégier pour rencontrer des femmes ayant des conduites addictives :

- les structures d'hébergement destinées uniquement aux femmes, comme les centres maternels ou les CHRS réservés aux femmes ;
- plus largement, les structures d'hébergement de personnes en situation de précarité ;
- les partenaires qui interviennent plus spécifiquement sur les questions de contraception, de grossesse, de maternité : PMI, centres de planification, centres IVG, services de maternité, réseaux de santé en périnatalité, gynécologues, sages-femmes, sexologues, conseillères conjugales...
- les partenaires de santé généralistes, comme les médecins et les pharmaciens, vers lesquels les femmes vont souvent en priorité.

🔑 En population générale, les femmes consultent davantage les médecins généralistes que les hommes (à hauteur de 70%)⁴³. Les **microstructures médicales**⁴⁴, qui permettent à une équipe sanitaire pluri-professionnelle de se déplacer au cabinet d'un généraliste pour rencontrer les patients, peuvent être une option. L'association Le Mail en Picardie effectue par exemple des consultations avancées chez un médecin généraliste, qui accueillent 40% de femmes, soit un pourcentage bien plus important que la majorité des structures spécialisées.

🔑 « Aller vers » chez un partenaire, ce n'est pas « prendre la place des autres » : pour mettre en place une consultation

avancée ou une permanence, un travail important doit être effectué en amont entre les deux équipes qui s'appêtent à travailler ensemble. Par ailleurs, le professionnel en addictologie gagne à prendre en compte le réseau d'intervenants déjà existant autour de la femme qu'il accompagne.

🔑 **Les consultations avancées en structures d'hébergement posent la question de l'interdiction des consommations dans ces structures, via leur règlement intérieur, ce qui exclut de fait les publics consommateurs.** Un travail en lien avec le secteur de l'addictologie permet d'améliorer la prise en compte de ces publics⁴⁵.

Sur le terrain...



Une consultation avancée en CHRS réservé aux femmes

Le CSAPA Solea à Besançon effectue une permanence au sein du CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) Le Roseau, géré par la même association, et de deux autres structures d'hébergement accueillant des femmes, seules ou en couple, avec ou sans enfant(s). Hebdomadaire, cette permanence est assurée par une infirmière (repérage) et une psychologue (soutien). Sa mise en place a nécessité un travail de coordination entre les équipes et de sensibilisation des structures d'hébergement aux addictions. En parallèle de la permanence, Solea a mis en place en son sein une consultation médicale axée sur la gynécologie et la parentalité ; elle est assurée par un médecin généraliste femme qui aborde notamment les questions de violences, de sexualité et de rapport au corps, d'emprise...

Le nombre de femmes suivies est assez faible, mais les accompagnements sont longs et positifs. La consultation gynécologique est bien fréquentée. Ce travail sur l'accès aux soins des femmes a, par ricochet, amélioré sensiblement la prise en charge des femmes au sein même du CSAPA. L'équipe souhaite poursuivre l'expérience notamment par la mise en place d'une consultation avancée sage-femme au CSAPA, un travail autour du mode d'accueil des enfants, du soutien à la parentalité et du déploiement du partenariat auprès d'autres structures avec lesquelles elle travaille déjà, mais dans une moindre mesure (accueil père/mère/ bébé, centre I.V.G., Maison Verte, CIDFF...).

En savoir plus :
contacter le CSAPA Solea au 03 81 83 03 04
ou par mail solea@addsea.fr

⁴³ « Les pathologies de la femme moderne », *Contact santé*, n°233, février 2012

⁴⁴ BADER-LEDIT Danièle, BRUN François, MELENOTTE Georges-Henri, « Une équipe pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales », *Actal*, n°12, mai 2013 – www.federationaddiction.fr

⁴⁵ Pour approfondir la question, consulter le guide « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », élaboré conjointement par la Fédération Addictologie et la FNARS, paru en 2015

→ Le rôle important d'Internet

Par Pierre Chappard, président de PsychoACTIF

› **Internet est l'espace idéal pour entrer en contact avec un public stigmatisé et pénalisé**, car il est protégé par le relatif anonymat du web. C'est d'autant plus vrai que les usagères de drogues sont aussi de plus en plus sur Internet. Elles l'ont investi pour s'informer sur les drogues, pour s'entraider, mais aussi pour acheter des produits. Par exemple, entre 2002 et 2011, en Europe, la part des 15-24 ans déclarant avoir recours à Internet comme source d'information sur les produits psychoactifs est ainsi passée de 30% à 64%⁴⁶.

› Les communautés Internet d'usagers et d'usagères comme PsychoACTIF sont une manière d'utiliser cet outil. Elles se rassemblent autour des pratiques de consommation de drogues en utilisant les outils du web 2.0 comme les forums, les blogs, les wikis. Un des objectifs de ces communautés est la déstigmatisation de la consommation : elles agrandissent l'espace social au-delà des catégories de malades et de délinquants définies par la loi de 1970 (qui transforme les usagers de drogues en délinquants qui ne peuvent échapper à la prison que s'ils acceptent de se soigner). Elles permettent de se penser autrement et d'expérimenter d'autres manières de vivre avec les drogues et les addictions.

› Mais paradoxalement, ces communautés ont du mal à reconnaître **la stigmatisation accrue** lorsqu'on est une femme usagère de drogue. C'est en prenant conscience de la double difficulté de parler de l'usage pour les femmes que PsychoACTIF a ouvert le forum «Paroles de Femmes» pour leur permettre de s'exprimer. Dans la pure veine de l'auto-support, ce forum a été confié à une modératrice, dont le pseudonyme est *Shaolin*. Les femmes se sont saisies de cet outil. Après 5 années de fonctionnement, plus de 3000 messages ont été postés sur ce forum, principalement par des femmes (mais pas seulement), sur des sujets comme la grossesse, la maternité, la prostitution, la culpabilité, les rapports de genre, les viols, l'IVG... C'est le forum qui aborde les sujets les plus durs et émouvants de la plateforme.

› Plus largement, le public de la plateforme PsychoACTIF comprend environ 35 % de femmes, donc plus que dans les CSAPA et CAARUD, ce qui prouve bien qu'Internet permet de dialoguer avec les publics stigmatisés.

🔑 Une autre manière « d'aller vers » qui pourrait convenir aux professionnels serait de faire **de la maraude virtuelle sur les réseaux sociaux**. C'est-à-dire se « balader » sur les réseaux sociaux dans le but de créer du lien en répondant aux messages publics sur l'usage, ou en suscitant des débats. La force de ce nouvel « aller vers » (communauté ou maraude virtuelle), c'est sa possibilité de toucher des usagers à n'importe quelle heure et n'importe où. C'est ce qu'on appelle la *déterritorialisation* : la relation se fait avec les individus quelle

que soit leur localisation géographique, les distances n'existent plus, et cela est encore accentué avec le téléphone mobile évoluant en ordinateur de poche. Cela rend possible de toucher des usagères même dans les endroits les plus reculés, là où il n'y a pas de structures d'addictologie.

🔑 Cet « aller vers 2.0 » (réalisé avec les outils du web 2.0) peut créer un malaise chez les professionnels des centres. Pour certains, il n'est pas possible de conseiller une personne sur son usage ou son addiction si on n'est pas directement en face d'elle, et Internet ne peut instaurer un lien « valable ». Or s'il est certes différent du lien en face à face, **ce lien est efficace pour aider et conseiller les personnes**. Non seulement il a été démontré qu'Internet peut jouer un rôle dans le conseil (télé médecine, services d'aide en ligne comme www.tabac-info-service.fr, www.drogues-info-service.fr et www.joueurs-info-service.fr...), mais en plus, ce lien « virtuel » peut favoriser la création d'un lien « réel » et orienter ces personnes vers les structures institutionnelles.

🔑 *La coordinatrice Internet d'une association de santé communautaire d'aide aux personnes prostituées insiste de son côté sur l'importance de la modération dans les espaces de discussion en ligne. A l'inverse de PsychoACTIF, certains forums de santé généralistes peuvent être des lieux de désinformation ou de stigmatisation accrue sur les questions d'addiction. L'orientation vers les outils en ligne doit donc se faire après prise de connaissance de ses modalités de gestion et évaluation de la fiabilité des contenus qui y sont publiés.*

🔑 *Enfin, la communication en ligne des centres eux-mêmes est centrale pour se faire connaître, tout comme le développement de services via leurs sites webs et la possibilité d'être contacté en ligne.*

3) Travailler en réseau avec les partenaires non spécialisés en addictologie

🔑 À défaut de se déplacer sous forme de consultation ou de permanence chez les partenaires, le développement du travail en réseau augmente les possibilités de rencontrer des femmes qui souhaiteraient être accompagnées. Les professionnels non spécialisés peuvent en effet repérer et orienter des personnes vers le dispositif spécialisé. Pour être efficace, le dialogue avec les partenaires est initié en amont des situations et entretenu régulièrement.

🔑 **Développer le réseau peut se faire selon les modalités suivantes :**

- repérage de partenaires potentiels sur le territoire d'intervention du centre (avec l'aide des réseaux de santé par exemple) ;
- organisation de rencontres entre professionnels ;
- sensibilisation réciproque sur les cultures de travail, les

⁴⁶ CALLEMIEN (M.), *Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues. Eurobaromètre 57.2, Bruxelles, Commission Européenne, 2002, 54 p.* ; THE GALLUP ORGANIZATION, *Youth attitudes on drugs. Analytical report. Flash Eurobarometer 330, Bruxelles, European Commission, 2011, 124 p.*

missions, le fonctionnement, les spécificités des publics et les difficultés rencontrées de part et d'autre ;

- échanges autour de situations communes.

🔑 Les partenaires à privilégier sont ceux cités dans le paragraphe sur les consultations avancées, p.21. **Les pharmaciens** sont des intervenants de choix qui rencontrent une population diversifiée de patients : ils peuvent être des alliés précieux en matière de repérage, d'intervention brève et d'orientation. Ils délivrent en effet les TSO, font pour une partie de l'échange de seringues, vendent des tests de grossesse ou d'ovulation... et sont un contact de proximité régulier pour nombre de patients.

🔑 Lors de la sensibilisation de ses partenaires à la question des addictions, le centre peut aborder les spécificités rencontrées chez les femmes, mais aussi **les représentations de genre**, qui sont souvent le premier obstacle à l'accès à l'accompagnement. L'équipe peut également :

- inviter ses partenaires à visiter le lieu d'accueil ;
- en fonction du type de partenaire et de la faisabilité, adapter les horaires et/ou la durée des rendez-vous ;
- expliquer au partenaire qu'il peut être plus facile pour une femme qui culpabilise de ses consommations de venir au centre accompagnée par un professionnel plutôt que seule.

🔑 L'objectif n'est pas forcément de faire en sorte que tous les professionnels de santé de premier recours effectuent un repérage spécifique des femmes, mais plutôt de susciter des questionnements et d'aider les professionnels volontaires à améliorer leurs pratiques.

4) Adapter le centre et son accueil aux besoins des femmes

→ Adapter matériellement les locaux

🔑 Un certain nombre d'adaptations matérielles **facilitent la vie des femmes** reçues dans la structure, en résidentiel comme en ambulatoire :

- aménager des toilettes et douches séparées hommes/femmes ;
- distribuer des serviettes hygiéniques, des tampons, des lingettes intimes ;
- réfléchir à l'accueil des enfants dans la structure (cf fiche 14 p.80) ;
- mettre à disposition de l'information spécifique sous forme de flyers et d'affiches ;
- mettre à disposition des ordinateurs avec accès Internet, et former aux outils informatiques.

Sur le terrain...



Une brochure d'information pour les femmes

L'association AIDES a rédigé avec les femmes concernées un guide intitulé « Je consomme... et alors ? ».

Cette brochure a pour objectif d'accompagner les femmes consommatrices de substances dans leurs réflexions personnelles et leurs différentes démarches

(accès à du matériel d'injection, accès aux soins, aux droits sociaux, à la procréation...). Déculpabilisant et engagé, ce document remet en question les représentations de genre et donne des conseils aux femmes pour mieux s'accepter, renforcer leur estime d'elles-mêmes et mieux accéder à leurs droits.

Commander ou télécharger le guide : www.aides.org

→ Accueillir sans préjuger

🔑 **L'accueil inconditionnel, fondement de la réduction des risques en addictologie, s'appuie sur le principe d'accueil des personnes « là où elles sont, là où elles en sont ».** « *L'origine du mot « accueil » signifie à la fois la manière de recevoir une nouvelle personne en ambitionnant une empathie favorisant son intégration, et le lieu destiné à cette rencontre* », précise Karlheinz Cerny⁴⁷. « *Réduire les risques de stigmatisation passe d'abord par le sentiment d'appartenance à une communauté, qui reconnaîtra l'usager aussi comme une personne.* » Cela passe par le développement du sentiment de sécurité, la valorisation de la parole des personnes et le respect de leur temporalité.

🔑 **La réduction des risques est un outil de rupture de l'isolement, qu'elle soit mise en œuvre en CAARUD ou en CSAPA.**

La peur des institutions d'une grande partie de ces femmes doit inciter les professionnels à ne pas vouloir convaincre à tout prix, mais bien à écouter avant tout ce que la personne apporte d'elle-même. Ainsi, un CSAPA spécialisé alcool dans le sud de la France, qui reçoit près de 50% de femmes issues de tous les milieux sociaux, témoigne : « *L'équipe est attentive et patiente. L'objectif est de faire en sorte que la personne ne soit pas dépossédée de sa démarche. Le développement de la réduction des risques en alcoologie est essentiel pour faciliter cette appropriation de l'accompagnement par la personne accueillie. Nous élaborons également un programme d'éducation thérapeutique en maîtrise de consommation. Et l'objectif de nos groupes d'échanges évolue : on parle moins d'abstinence et plus d'appropriation des soins.* »

🔑 Lisa Rivasseau⁴⁸, qui a travaillé sur les actions femmes proposées par plusieurs CAARUD chez Aides, précise qu'**évoquer les consommations avec les femmes dans les centres se fait sous conditions :**

⁴⁷ CERNY Karlheinz, « L'accueil inconditionnel, seuil déterminant pour l'accès aux soins », *Actal*, N°13, décembre 2013

⁴⁸ RIVASSEAU Lisa, « Analyse des actions entreprises par les CAARUD de AIDES en direction des femmes consommatrices de produits psycho-actifs », *Rapport de stage, Université Toulouse Le Mirail, Master 2 Professionnel « Genre et politiques sociales »*, septembre 2010

- que ce soit pertinent au regard de l'accompagnement réalisé ;
- que les intervenants puissent y accorder du temps, être à l'écoute, être ouverts ;
- qu'ils posent les bonnes questions, celles qui ne stigmatisent pas.

🔑 Il est important de garder en tête, pour mieux s'en distancier, que les représentations sociales reprochent aux femmes présentant des conduites addictives, plus qu'aux hommes, de ne pas « se contrôler » dans leurs consommations.

→ Se décentrer de la question des consommations

🔑 **Les activités de bien-être, de créativité, culturelles ou encore à dimension économique** ont toujours fait partie de la clinique des addictions : elles peuvent être utiles à la renarcissation, au développement d'un réseau relationnel, à l'amélioration de son quotidien, et permettent d'offrir des pauses dans une vie très centrée sur les consommations. De plus, ces activités plus ou moins décentrées des consommations sont particulièrement utiles pour rencontrer un public discret et établir un lien avec lui, et peuvent pour beaucoup d'entre elles avoir des effets thérapeutiques (cf fiche 5 p.30).

🔑 On citera ici :

- les activités autour du bien-être corporel, la socio-esthétique, la sophrologie, la relaxation, le hammam, le relooking...
- les activités culturelles et de créativité ;
- les moments de partage et de convivialité : autour d'un repas, d'un petit-déjeuner ;
- les activités économiques : distribution de colis alimentaires, de vêtements.

→ Favoriser le développement d'un réseau social

➤ On l'a vu, un certain nombre de femmes ayant des conduites addictives souffrent d'isolement et d'un moindre soutien social. Pour d'autres, qui se sont construit un entourage de pairs consommateurs, l'entrée dans une structure de soin peut signifier la perte de ce cercle de sociabilité, et entraîner une fragilité supplémentaire, surtout si elles sont déjà en butte à l'opprobre social. La revue de littérature de l'IAC⁴⁹ précise que de nombreuses études ont montré **l'importance accrue du soutien social** (famille, amis, partenaire, intervenants...) pour les femmes, pendant et après l'accompagnement.

🔑 Pour favoriser le sentiment de soutien de ces femmes, l'équipe **peut déployer certaines pratiques** :

- identifier systématiquement les personnes ressources autour de la femme accompagnée : famille, amis, professionnels... et s'appuyer sur eux, s'ils sont bienveillants et si la femme le souhaite ;
- favoriser, lorsque c'est pertinent, les thérapies de couples, les thérapies familiales et de groupe ;
- proposer un étayage entre pairs, qui permet aux femmes de découvrir une solidarité entre elles et une plus grande liberté de parole... ce mode d'accompagnement « fait moins peur »

et procure un nouveau cercle de sociabilité en remplacement de celui que l'on risque de quitter.

→ Prendre en compte les comorbidités psychiatriques

➤ Certaines personnes consommant des substances psychoactives, régulièrement ou non, de façon excessive ou non, présentent des symptômes psychiatriques. Là encore, il faut faire la distinction entre le « symptôme » - les effets aigus -, qui peut être transitoire et lié au produit, et le trouble psychiatrique dont les symptômes peuvent être masqués ou aggravés par la prise des produits, et selon les produits.

➤ Globalement, toutes les pathologies psychiatriques préexistantes peuvent être rencontrées et la communauté scientifique s'accorde sur ce facteur de vulnérabilité. Les « symptômes » (alias effets des consommations) sont également bien connus. En revanche, le débat reste vif sur les effets induits et les troubles durables causés par les produits, sans vulnérabilité psychiatrique antérieure.

➤ La revue de littérature de l'IAC recensait un certain nombre d'études qui montraient **une prévalence des problèmes de santé mentale proportionnellement plus importante chez les femmes que chez les hommes présentant des conduites addictives** : troubles de l'humeur, troubles anxieux et dépressifs, syndromes psychotraumatiques. Les hommes, de leur côté, présenteraient plus souvent des troubles obsessionnels.

🔑 L'accompagnement doit donc pouvoir **prendre en compte cet aspect**, car ces comorbidités seraient souvent des obstacles au soin. Mais la comorbidité, quand elle existe, ne signifie pas pour autant une articulation entre les soins dits addictologiques et les soins dits psychiatriques, ne serait-ce que parce que le patient ne le souhaite pas toujours, ou pas d'emblée. En revanche, **le travail partenarial avec une équipe psychiatrique peut grandement aider à cheminer avec la personne.**

⁴⁹ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

Constats

- › Certaines femmes témoignent d'un plus fort isolement que les hommes, en particulier affectif et social, en particulier pour les consommatrices d'alcool
- › Cet isolement peut notamment être lié à la stigmatisation sociale et à la honte qui y est associée, à des troubles dépressifs et/ou anxieux, au fait d'être mère, et/ou encore au fait de consommer une substance illicite
- › À l'inverse, les consommateurs pairs constituent un cercle social qu'il peut être difficile de quitter lorsque l'on s'engage dans une réduction ou un arrêt des consommations
- › Cet isolement pourrait expliquer une plus grande difficulté d'accès aux soins chez les femmes

PRÉCONISATIONS

La plupart des préconisations de cette fiche ne sont pas spécifiques aux femmes, mais permettent d'élargir le service proposé aux publics difficiles à rencontrer.

☛ Réfléchir à des « stratégies de contournement » de l'isolement :

- sortir du centre (équipes mobiles, interventions à domicile)
- mettre en place des permanences ou des consultations avancées chez les partenaires
- développer la démarche « d'aller vers » sur Internet
- sensibiliser les partenaires non spécialisés en addictologie pour améliorer le repérage et l'orientation des femmes

☛ Adapter le centre et son accueil :

- sur le plan matériel : organisation des locaux, matériel et information mis à disposition, accès à une solution de garde des enfants pendant les consultations...
- sur le plan clinique : permettre à la personne de rester maîtresse de sa démarche, proposer des activités décentrées de la question des consommations, favoriser le développement d'un réseau social, prendre en compte les comorbidités psychiatriques

4. La mixité de l'accueil et des activités

1) Pourquoi se poser la question ?

› Les rapports sociaux entre les sexes et entre personnes du même sexe se jouent au sein de la structure, tant entre usager(e)s, qu'entre usager(e)s et intervenant(e)s. Cette question mérite d'être réfléchie, que l'on accueille des femmes et/ou des hommes. **Toutefois, les femmes étant minoritaires et plus souvent stigmatisées, une réflexion sur la mixité est indispensable pour améliorer leur accueil et favoriser leur accès aux soins.**

› Le CNRS⁵⁰ a réalisé une enquête en 2011 qui met en exergue la présence plus importante des garçons par rapport aux filles dans l'espace public des grandes villes, et le sentiment d'insécurité de ces dernières qui renforce leur tendance à rester chez elles. L'étude souligne à quel point les équipements publics favorisent cette inégalité, tant les municipalités sont attachées à canaliser la violence présumée des garçons en leur proposant une large offre de loisirs ; les filles étant, selon les représentations, plus sages et plus enclines à rester dans l'espace privé. L'hégémonie masculine dans l'espace public renforce pourtant la violence et le sexisme contre lesquels les villes souhaitent lutter. L'étude recommande de créer des observatoires pour évaluer ces inégalités et de favoriser massivement la mixité dans l'espace public en repensant la ville pour les femmes et en rééquilibrant les investissements.

› Un parallèle peut être fait entre cette étude et ce qui est observé dans les structures : **le fait d'être minoritaires rend a contrario les femmes plus visibles dans celles-ci.** Elles expriment fréquemment un **sentiment d'insécurité** vis-à-vis de certains comportements masculins qui reproduisent les stéréotypes sociaux de domination masculine (particulièrement dans les accueils et activités collectives, et plus souvent en CAARUD). Or, pour que les femmes fréquentent la structure, elles doivent s'y sentir en sécurité : créer des temps d'accueil ou des activités réservés aux femmes peut permettre un rééquilibrage des rapports de force entre les sexes. « *La mixité n'est pas utile en soi si elle ne s'accompagne pas d'une réflexion en profondeur sur les valeurs, sur l'égalité entre les hommes et les femmes, sur les stéréotypes qui nous habitent. Et c'est une démarche exigeante qui demande un réel accompagnement* » : une remarque de Geneviève Cresson dans *Contact santé*, à propos des métiers très féminisés comme le secteur de la petite enfance⁵¹, qui peut s'appliquer à tout contexte de mixité.

› Ainsi, dans plusieurs structures, les femmes en sont venues

« Tant que les femmes usagères de drogues ne maîtriseront pas leur consommation, leurs pratiques d'injection, leurs corps, leur argent, leurs choix de relations, même leur liberté de mouvement, tant que les femmes usagères de drogues subiront tous les jours un regard de pitié et de haine, les « espaces femmes » leur permettront, au moins pour une heure ou deux, de se retrouver, se recentrer, de respirer un petit coup. »

Interview de Jaqui Schneider-Harris, Table ronde « Drogues au féminin », EGUS III d'ASUD, Bobigny, 11 octobre 2006

à demander elles-mêmes ce type d'espaces ou d'activités non-mixtes ; ou bien les professionnels ont décidé de le leur proposer. Et des expériences menées depuis quelques années montrent que le développement de ces espaces fait venir un nouveau public de femmes qui ne fréquentait pas la structure auparavant, augmentant leur nombre dans la file active et, par là même, favorisant la mixité globale dans la structure. Par ailleurs, des femmes témoignent de leur plus grande facilité à fréquenter les activités et espaces mixtes après leur passage en temps réservé, ayant amélioré leur estime d'elle-même et leur confiance en elles.

2) Les activités collectives non-mixtes en contexte mixte

› Outre un sentiment de sécurité plus important, des femmes expriment **une plus grande facilité de parole sur des sujets intimes lorsqu'elles ne sont qu'entre femmes** : la sexualité, les relations de couple, le rapport au corps, un vécu douloureux, etc. Un espace non-mixte est un espace pour se retrouver et se penser en-dehors du regard masculin et réfléchir à ses besoins propres sans l'influence des hommes, avec lesquels la relation n'est pas toujours simple (cf fiche 5 p.30).

🔑 De nombreux CAARUD⁵² expérimentent **des plages d'horaires réservées aux femmes**, la plupart du temps de façon hebdomadaire. Lors de ces temps, l'ensemble des services du CAARUD leur sont réservés et des activités entre femmes leur sont proposées, l'accueil des enfants étant bien souvent pensé en parallèle. Si ces dispositifs mettent souvent du temps à être repérés et appropriés par leur public cible, les structures observent que les femmes qui les fréquentent

⁵⁰ Enquête de 2011 dont les résultats sont disponibles sur www.cnrs.fr

⁵¹ « La petite enfance sous le prisme du genre », *Contact Santé*, n°233, février 2012

⁵² Voir dans la base d'expériences femmes sur www.federationaddiction.fr les actions de type « plages horaires d'accès réservé »

restent plus longtemps dans la structure qu'en temps mixte et abordent des questions plus intimes. Le CAARUD Réduire les Risques à Montpellier est réservé tous les après-midis aux femmes : en 15 ans, le nombre de femmes de la file active est passé de 5 à 200.

🔑 L'installation de ce type de temps réservé nécessite **une pédagogie auprès des hommes** usagers de la structure, afin de ne pas rejouer les clivages entre les sexes. Les hommes peuvent avoir peur de perdre le contrôle sur ces femmes, une peur exacerbée parfois par la paranoïa engendrée par la consommation de certains produits⁵³. Par ailleurs, la question du couple et du rapport « masculin-féminin » est forcément présente et régulièrement travaillée avec les femmes lors des temps qui leur sont réservés.

🔑 En matière de **soin résidentiel mixte**, l'hébergement de femmes et d'hommes dans une même structure pendant plusieurs semaines, mois ou années nécessite une réflexion

autour de l'organisation des locaux et de la vie collective. La structure gagnera à penser son aménagement en fonction des sexes, notamment pour les espaces « nuit ».

3) Les dispositifs non-mixtes entièrement dédiés aux femmes

🔑 Certains dispositifs, souvent encore expérimentaux, sont entièrement dédiés aux femmes : unité mère-nourrisson ou mère-enfant en addictologie, Communauté Thérapeutique, Centre Thérapeutique Résidentiel, SSRA⁵⁴, CAARUD réservé aux femmes... Ils reçoivent bien souvent un public en grande précarité sociale, économique et psychique. Ces dispositifs ont fait le choix de prendre en compte la vulnérabilité des femmes aux risques associés aux consommations et à leur mode de vie, et leur besoin d'environnement plus sécurisant, créant une parenthèse privilégiée pour se concentrer sur soi-même sans subir de pression masculine.

Sur le terrain...



Une communauté thérapeutique pour les femmes

L'association Akati'j en Guyane a mis en place en 2012 une communauté thérapeutique spécifique pour les femmes avec ou sans enfants. Le dispositif actuellement développé à Saint-Laurent du Maroni est transitoire dans l'attente de la construction de la structure définitive de soins résidentiels collectifs à Awala Yalimapo.

Les femmes se sentent souvent isolées dans les structures fréquentées par les hommes ; elles sont plus vulnérables aux risques générés par la consommation, aux risques sexuels et à la violence. Le dispositif dédié, de type communautaire, a pour objectifs :

- de proposer un accueil de jour et du soin résidentiel aux femmes
- d'accompagner des consommatrices vers l'atteinte de leurs objectifs (l'abstinence ou le contrôle de la consommation) en tenant compte de leur environnement, de leurs compétences et de leurs ressources individuelles et collectives
- de proposer une démarche communautaire et participative, basée sur l'*empowerment* (rétablir la capacité d'agir) et le *recovery* (rétablissement)

L'accompagnement dure en moyenne 18 mois. Il est basé sur un système communautaire, où la participation des usagères est le cœur du dispositif. Le groupe est le support du soin et de la construction du projet, via, notamment, un conseil communautaire pour gérer la structure, la participation à l'accueil des nouvelles arrivées, les décisions d'ajustement ou d'exclusion. Les usagères élaborent et animent des activités en binôme avec un professionnel, en fonction de leurs compétences et de leurs besoins.

Des ateliers sont proposés : apprentissage du français et insertion professionnelle, soin de soi... Un groupe de parole thérapeutique basé, notamment, sur un outil de photolangage, animé par un psychologue, permet les échanges au-delà de la barrière de la langue, car la structure reçoit des femmes issues de communautés variées (créoles, amérindiennes, businengue...) et des flux migratoires (Suriname, Brésil, Guyana...). C'est l'occasion de travailler sur le vécu, les émotions.

La Communauté Thérapeutique de Saint Laurent du Maroni n'impose pas d'abstinence ni en préalable à l'admission, ni comme objectif à atteindre, néanmoins il est interdit de consommer dans l'établissement. La question des consommations est abordée en toute sincérité en groupe ou en individuel ; il s'agit de soutenir les personnes au moment où elles ont envie de consommer, de leur permettre de développer d'autres stratégies que le recours aux produits psychoactifs, en fonction de leurs compétences, et d'apprendre à mobiliser leurs ressources individuelles et collectives. Les professionnels et les usagères bénéficient de formations.

En savoir plus : contacter Akati'j au 05 94 27 94 72 ou par mail ctsl@akatij.fr

⁵³ Interview de Jaqui Schneider-Harris, Table ronde « Drogues au féminin », EGUS III d'ASUD, Bobigny, 11 octobre 2006

⁵⁴ Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

4) La non-mixité en questionnement

› De manière générale, la recherche⁵⁵ montre que les traitements qui ne font aucune distinction de genre offrent des résultats équivalents ou moins bénéfiques pour les femmes que pour les hommes. Les distinctions entre programmes mixtes ou uniquement réservés aux femmes donnent des résultats mitigés selon les études. En revanche, des résultats positifs significatifs sont observés **lorsque les programmes prennent en compte les besoins et les vulnérabilités spécifiques des sous-groupes de femmes à qui ils s'adressent**, en proposant des réponses adaptées et des modalités d'intervention focalisées.

🔑 Plus largement, la non-mixité :

- a besoin de temps pour montrer son efficacité ;
- ne convient pas à toutes les femmes : certaines se sentent à l'aise dans les contextes de mixité ou mal à l'aise dans les lieux réservés aux femmes ;
- ne convient pas à tous les milieux : par exemple dans les petites villes ou en milieu rural, où tout le monde se connaît peu ou prou, les activités collectives peuvent être perçues comme stigmatisantes, même lorsqu'elles sont non-mixtes ;
- comme pour tout groupe de personnes du même sexe, peut exacerber des rivalités entre participants car crée un « effet miroir » entre eux ;
- doit être toujours pensée de manière complémentaire au contexte mixte de l'accompagnement ou de la vie en général : l'objectif n'est pas d'enfermer les femmes dans un lieu, mais de leur permettre de reprendre de l'assurance pour mieux trouver leur place ensuite auprès des autres ;
- sera plus efficacement déployée si l'on met en place, en parallèle, une pédagogie auprès des hommes et un travail sur les rapports entre les femmes et les hommes dans la structure ;
- n'est pas réservée aux femmes : les hommes aussi peuvent avoir besoin de groupes non mixtes pour libérer la parole.

🔑 Par ailleurs, le collectif non-mixte **favorise souvent une certaine parole, celle qui est la plus acceptable socialement**, notamment chez les femmes : la peine, la tristesse, la culpabilité... La colère, la révolte, le mépris, la vengeance, la cruauté, l'agressivité, la violence... s'y expriment moins facilement⁵⁶. Ces sentiments non exprimés peuvent être retournés contre elles-mêmes et contre les autres femmes du groupe. C'est au travers de leurs résistances à appartenir à un groupe de personnes du même sexe qu'apparaît la façon dont les participantes se perçoivent elles-mêmes. Partager cette difficulté commune permet de la dédramatiser, de placer le problème sur un plan collectif et d'améliorer la qualité des relations entre femmes.

5) Intervenant, intervenante... faut-il choisir ?

› En fonction de son histoire, la personne accompagnée sera plus à l'aise avec une femme ou avec un homme dans le processus d'accompagnement. Pour une femme, être accompagnée par une femme peut renvoyer à une histoire difficile ou, à l'inverse, permettre une proximité qui favorise la parole.

🔑 Dans l'idéal, une structure devrait pouvoir proposer aux hommes comme aux femmes un accompagnement par un homme ou par une femme. Cette proposition est toutefois très importante pour les femmes qui expriment un besoin accru de mise en confiance et d'écoute. Mais l'importante féminisation des métiers du secteur social et médico-social ne permet pas toujours de proposer cette alternative.

🔑 De nombreuses structures **privilégient des intervenantes** pour les accueils et activités non-mixtes : les femmes se sentent ainsi plus en sécurité et en confiance, notamment pour parler. Pour autant, la présence d'un professionnel masculin durant ces temps peut aussi être l'occasion pour certaines de ces femmes d'expérimenter d'autres modalités relationnelles avec les hommes.

- A l'Espace Femmes de la Boutique 18⁵⁷, l'équipe est mixte : deux femmes et deux hommes accueillent les usagères de la structure. Cette mixité a permis de diminuer le risque de violences envers les intervenants et entre usagères (cf fiche 7 p.41), et démontre au quotidien à ces dernières que la bienveillance existe également chez les hommes.
- Dans la communauté thérapeutique pour femmes de Turin en revanche, l'accompagnement est dans un premier temps assuré uniquement par des intervenantes, puis des intervenants prennent progressivement leur place dans le suivi (cf fiche 7 p.41).

🔑 De manière générale, cette question doit être réfléchie en équipe, réinterrogée pour chaque action et, si possible, être portée par l'institution toute entière. En effet, elle met en œuvre de nombreuses représentations de genre :

- Pourquoi se la pose-t-on plus pour une femme que pour un homme ?
- Quel rôle est dévolu aux hommes et aux femmes dans l'équipe ? Pourquoi ?
- Qu'en pensent les femmes accompagnées ?

⁵⁵ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

⁵⁶ Evelyne BERGERON, « Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières », *Santé mentale au Québec*, 1990, XV, 1, 223-236

⁵⁷ CAARUD exclusivement réservé aux femmes à Paris, Porte de la Chapelle, géré par l'association Charonne

Constats

- › Les femmes sont minoritaires dans les centres et donc, paradoxalement, plus visibles que les hommes, surtout en contexte collectif
- › En collectif mixte, elles peuvent avoir peur du regard des hommes, d'autant plus si elles ont vécu ou vivent des violences masculines
- › Dans ces contextes, se retrouver entre femmes peut être plus sécurisant et leur permettre de parler plus librement de sujets plus intimes
- › Cette « non-mixité » peut prendre plusieurs formes : activité collective non-mixte, temps récurrents où la structure devient non-mixte, dispositif (résidentiel ou ambulatoire) uniquement dédié aux femmes
- › La « non-mixité » ne convient pas à toutes les femmes et à tous les contextes et peut exacerber, à l'inverse, des rivalités dans le groupe : elle n'est pas un outil obligatoire et doit être pensée en complémentarité de la mixité

PRÉCONISATIONS

- S'interroger en équipe sur la pertinence et les limites à proposer des espaces ou activités collectifs non-mixtes dans la structure
- Débattre de l'articulation entre égalité de traitement et adaptation du service aux besoins spécifiques d'un public
- S'appuyer sur les objectifs spécifiques du centre, sur les difficultés du public accueilli et sur les besoins et l'avis des femmes pour déterminer la pertinence d'espaces ou activités non-mixtes
- Afficher et expliquer aux usagers et aux partenaires le choix de ces espaces ou activités
- Considérer la question de la mixité de l'accueil et des activités comme un enjeu institutionnel pour la structure, tant pour un public de femmes que pour un public d'hommes
- S'interroger en parallèle sur la proposition de choisir un intervenant en fonction de son sexe et sur ce qu'elle implique

5. L'estime de soi

➤ On appelle communément « estime de soi » la valeur qu'on se donne à soi-même, ainsi qu'à ses potentialités ou à ses actes. Elle se construit dès les premiers mois de la vie : plus l'enfant a, non seulement un sentiment de sécurité prodigué par ses parents (il est aimé), mais aussi le sentiment de combler ses parents (il en a le pouvoir et est aimable), plus cette bonne estime de soi sera solide.

➤ Au demeurant, **ce n'est pas un état stable** et cette estime peut être entamée lors des différentes étapes de la vie (notamment à l'adolescence, ou à l'entrée dans la maturité) ou la traversée de certaines épreuves (chômage, deuil, ruptures...). L'isolement peut également être un facteur et/ou une conséquence de la mésestime de soi. *A fortiori*, des événements traumatiques (soit traumatiques par eux-mêmes, soit parce qu'ils surviennent à un âge où l'enfant est sans défense psychique) peuvent gravement et durablement empêcher ou détruire l'estime de soi.

➤ L'appréciation de l'estime ou de la mésestime de soi exige un peu d'attention. Des personnes peuvent manifester une grande assurance, comme une façade pour tenter de cacher la honte qu'elles ont d'elles-mêmes, alors que d'autres, apparaissant comme très réservées, peuvent faire preuve d'une

grande solidité interne. Parfois, paradoxe apparent, pour lutter contre cette mésestime de soi, les personnes peuvent adopter des conduites qui vont renforcer cette mésestime, ce que l'on va retrouver chez de nombreuses personnes présentant une addiction grave par exemple.

1) Double dépendance

➤ Tout au long du projet, les professionnels ont évoqué des femmes à l'image d'elle-même dévalorisée, qui **cumulent souvent une dépendance au produit et une dépendance à l'autre**, notamment au compagnon dans la relation amoureuse. Nous n'aborderons dans cette partie que les relations des couples hétérosexuels, qui ont été évoquées par les professionnels et étudiées par certains chercheurs.

➤ Ces difficultés concerneraient moins les femmes qui ont un usage de substance « positif », valorisant, et qui conservent une certaine distance vis-à-vis de leurs consommations⁵⁸. Quant aux hommes présentant des conduites addictives, ils montrent également un déficit d'estime d'eux-mêmes, mais celui-ci semble moins important et ne se manifeste pas de la même manière.

L'expérience de...

Marie-Alice Robert, médecin addictologue, Les Apsyades (44)

Marie-Alice Robert, médecin addictologue à Nantes, suit depuis des années des femmes consommatrices d'alcool, de tabac et/ou de médicaments, mais aussi des femmes dont le conjoint consomme. Elle fait le point pour nous sur les situations qu'elle rencontre et les différences cliniques qu'elle a pu observer entre les hommes et les femmes en matière d'estime de soi.

Quels publics de femmes rencontrez-vous aux Apsyades ?

Les femmes que je rencontre consomment principalement de l'alcool, du tabac et/ou des médicaments, et certaines ont, ou ont eu, des troubles du comportement alimentaire. Parmi la diversité des situations, j'identifierais deux types de profils récurrents.

D'abord, des jeunes femmes (entre 30 et 40 ans), qui ont fait des études, ont un travail à responsabilité et n'ont pas d'enfant : il y a chez elles une forte rivalité plus ou moins consciente avec les hommes, le besoin de « faire comme eux ». Elles travaillent comme eux, boivent comme eux. A ce stade de leur vie, elles sont plutôt dans des consommations excessives que dans des dépendances avérées.

⁵⁸ « Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites) », In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013, pp.34-45

Le deuxième profil que je rencontre, ce sont des femmes plus âgées (entre 40 et 50 ans), consommatrices d'alcool, qui ont des passés de dépendance plus importants, une estime d'elles-mêmes fortement altérée et une insécurité intérieure très prégnante. L'addiction leur permet de combler ce vide d'elles-mêmes. Elles occupent des emplois peu épanouissants ou ne travaillent pas et ont peu de relations sociales : peu d'éléments de leur vie remplissent une fonction de réduction des risques. Leur consommation est cachée et elles ne peuvent envisager de l'arrêter. Je retrouve presque toujours dans leur histoire des atteintes au niveau du féminin sous forme de violences sexuelles ou de climats familiaux incestueux. Elles ont grandi dans des systèmes de vie perturbés, qui ont engendré des formes de dépendance à l'autre en parallèle de la dépendance au produit.

Quelles différences constatez-vous entre les femmes et les hommes que vous accompagnez ?

Les femmes, à la différence des hommes, payent le prix lourd de leurs conduites addictives, tant en termes de mortalité et de morbidité qu'en matière de conséquences sociales. Il y a encore un gros travail à faire sur les représentations des professionnels, qui peuvent être préjudiciables à la relation d'aide.

Je dirais également que les hommes ont plus de mal à consulter que les femmes : culturellement, ils doivent être forts et solides, et c'est compliqué pour eux de demander de l'aide, d'autant plus qu'ils sont moins éduqués à la verbalisation. Ils viennent la plupart du temps quand la justice les rattrape, en obligation de soins, et ont tendance à fuir l'accompagnement. Pour une femme, la honte est moins dans le problème des addictions que dans la défaillance de la fonction maternelle qui en est la conséquence.

Beaucoup de patients hommes consultants ont des difficultés à être eux-mêmes : ils veulent ressembler aux autres en permanence, l'addiction sert de masque pour avancer. Les femmes ont une image d'elles-mêmes extrêmement négative, mais peuvent plus facilement le dire. Une femme exprime aussi ses difficultés dans son rapport au corps, ce qu'on retrouve peu chez l'homme : soit elle le malmène et ne s'en occupe pas, soit elle est pomponnée à l'excès et c'est très superficiel. L'addiction lui permet de maintenir une estime d'elle-même suffisante pour survivre. Il faut donc être très prudent dans l'accompagnement : on ne peut pas espérer supprimer l'addiction sans proposer autre chose à la place dans la construction de l'estime de soi.

Vous recevez également des compagnes d'hommes alcool-dépendants...

Je rencontre chez ces co-dépendantes des fragilités similaires aux femmes consommatrices. Le fait de s'occuper de leur conjoint et de leur(s) enfant(s) les fait tenir, les comble : elles sont plus compétentes pour s'occuper de l'autre que d'elles-mêmes. La co-dépendance joue ici le même rôle que l'addiction : elle les rassure et leur donne une fonction, une estime d'elle-même. Les enfants partent, le conjoint se soigne et se prend en charge et elles s'effondrent : la dépression ou des maladies peuvent survenir.

› Le cas des femmes injectrices en grande précarité sociale et économique, décrit par Emmanuelle Hoareau⁵⁹, corrobore l'expérience des professionnels : elle évoque des **femmes très dépendantes à leur compagnon** qui contrôle la récupération du matériel d'injection, le port du préservatif, les démarches auprès des structures et des institutions. Elles consomment souvent après lui (qui les a fréquemment initiées à l'injection), augmentant les risques de transmission des maladies, et peuvent se sentir obligées d'accepter des services sexuels en échange de produit et/ou de protection, ayant peu de réseaux sociaux de soutien. La chercheuse Marion Barrault⁶⁰ évoque également, dans sa revue de littérature, le rôle-clé que joue le partenaire amoureux dans le maintien de la dépendance ou dans la décision de s'engager dans un processus de soin et de le maintenir.

› Ce lien de dépendance problématique à l'autre, en particulier à l'homme, peut être renforcé :

- **par le rôle social traditionnellement dévolu aux femmes.** L'abnégation et l'assignation aux soins de la famille renforcent leur dépendance (économique, psychologique, affective) à l'homme. Les femmes sont globalement moins conscientes de leur valeur que les hommes, elles auraient plus de difficultés à prendre une décision seules et s'en remettraient plus facilement à leur compagnon ;
- **par le regard négatif accru porté sur leurs conduites addictives.** La stigmatisation physique dont elles font l'objet lorsque leurs consommations affectent leur corps et attirent le regard peut être vécue comme une « perte de féminité » (à l'inverse, les stigmates de consommations ne sont jamais perçus

⁵⁹ « Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites) », In : Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013, pp.34-45

⁶⁰ Marion Barrault, « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », Psychotropes, 2013/3

comme une « perte de virilité » chez les hommes) ;

- **par un contexte de précarité économique** (cf fiche 10 p.60) ;
- **par des antécédents de violences** physiques, sexuelles, psychologiques qui modifient la perception qu'elles ont d'elles-mêmes (cf fiche 7 p.41).

Des femmes témoignent sur www.psychosocial.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Le manque d'estime de soi des usagères de PsychoACTIF est d'abord dû à la honte et à la culpabilité de l'addiction, accompagnées parfois par la culpabilité de ne pas satisfaire aux standards féminins : «*Dans un premier temps, la c «booste» l'estime de soi. Le mot «booste», remarquez que la sémantique rejoint étrangement celle des magazines féminins. Ensuite, quand on est accro, c'est le contraire, faible estime. Or, quand on est une femme, c'est déjà plus compliqué de se trouver belle, de s'estimer. Il faut désormais se terrer au fin fond de l'Ardèche pour échapper aux délires des images médiatiques, presse féminine, publicité etc... Partout, on nous bombarde des mythes de l'éternelle jeunesse, de la fesse ferme et de la chatte épilée.*» rappelle **baden baden**.

Vivre en couple avec un homme non usager de drogue peut conduire à une forte baisse de son estime de soi. Il n'est pas rare que l'homme profite des préjugés sur les femmes usagères pour asseoir un rapport de domination. C'est évoqué par **Stelli** : «*Certes de vivre avec un non-UD m'a quand même bien aidée à arrêter de shooter (et donc arrêter de prendre des prods en ce qui me concerne), mais à quel prix... Le déni de ma propre souffrance, un jugement permanent, l'obligation de mentir et de cacher ma consommation à l'époque où je craquais, l'impossibilité d'évoquer ma dépendance (je suis toujours à la métha, sinon je n'aurais jamais pu arrêter), mes doutes, etc., sans être jugée, l'impossibilité de parler de ses propres problèmes (alcool, clopes qu'il arrive pas à arrêter) sans qu'on en vienne aux miens qui sont soi-disant «pires» (...) y a toujours un rapprochement qui est fait avec mes consos passées qui ne l'étaient pas, etc... bref j'en ai marre d'être jugée, c'est quand même lourd... et je ne parle même pas de la culpabilité qui va avec.*»

Ou **lilanath** «*Donc mon gosse avait 6 ans quand j'ai fait la connaissance d'un gars avec qui j'ai passé 8 ans de ma vie. Au début, tout allait bien, je lui ai parlé de mon passé de junk à l'héro et parlé beaucoup sur ma vie dans la came, il est quand même resté. Et ben mal m'en a pris car à chaque dispute, et devant mon fils en plus, il ressortait les paroles du style « ta mère cette droguée avec la shooteuse dans le bras » et plus tard, lors de notre séparation, ça a été encore pire : il a vraiment essayé de me toucher par le biais de mon fils et en parlant ouvertement de ça, mon gamin a même fini par en faire une dépression, d'autant plus que, à force de me parler de dreu, j'y avais remis le nez dedans, donc là il s'est senti encore plus fort, jusqu'à pousser une confrontation avec mon gamin où j'ai dû avouer que oui, maman avait pris ça avant dans sa jeunesse, bref j'aurais mille fois préféré en parler de moi-même au bon moment plutôt que de voir mon gamin me filer ou fouiller mes placards afin de découvrir si sa mère se camait réellement.*»

L'absence d'estime de soi peut se traduire aussi par de l'abnégation pour l'autre, dans la relation amoureuse ou sexuelle. Ainsi, certaines femmes ne pensent pas à leur plaisir durant l'acte sexuel, mais essaient juste de se conformer à ce qu'elles croient que l'autre attend. **Mélanie** témoigne : «*Comme toi et beaucoup d'autres, j'ai vécu des lendemains de fête me réveillant à côté d'un mec avec aucun souvenir de la veille, et surtout un mec avec qui je ne serais jamais allée en temps normal. (mélange alcool benzo, un vrai piège pour les filles) Et comme toi, j'ai eu aussi une façon de faire au lit comme dans un porno, jusqu'au jour où j'ai rencontré mon homme et qu'il m'a fait clairement comprendre qu'il avait l'impression d'avoir une salope dans son lit (vu mon passif aussi). Du coup, j'ai compris qu'il fallait que je me concentre sur mon plaisir à moi, sans simuler, en faire trop. Car si tu te comportes comme moi, tu dois croire que tous les mecs veulent ce genre de sexe, tu dois sûrement essayer au maximum de leur faire plaisir tout en te référant aux filles du porno comme modèle.*»

Source : échanges sur www.psychosocial.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

➤ Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

2) Prendre en compte la relation de couple

› Lorsqu'une femme a développé comme modalité de défense l'abnégation, **il peut lui sembler menaçant de quitter ce rôle puisqu'elle ne sait pas forcément qui elle est.** Elle a appris à s'adapter en permanence à l'autre et craint que son compagnon ne puisse se passer d'elle, puisqu'elle mesure sa valeur à l'aune de son utilité auprès de lui. Elle peut chercher à maintenir un lien de dépendance à l'autre, à culpabiliser pour maintenir auprès d'elle. Pour autant, ce comportement n'apporte pas forcément la satisfaction attendue, et peut même entraîner, à l'inverse, son rejet.

🔑 **La place importante du compagnon dans ces couples doit donc être prise en compte dans l'accompagnement.** En matière de réduction des risques par exemple, certaines structures distribuent aux femmes des seringues en double, ayant remarqué qu'elles consomment plus souvent en couple.

🔑 **L'équipe peut aider la femme à prendre conscience de ce mode de fonctionnement, à travailler sur le fantasme du couple idéal et à discerner ses vrais désirs et besoins.** Travailler sur sa place dans le couple peut se faire en accompagnement psychologique individuel ou bien en thérapie systémique familiale et/ou conjugale, en fonction du besoin de la personne. Le centre de planification ou d'éducation familiale peut être un partenaire ressource sur le sujet.

🔑 Selon de nombreuses études, **les thérapies de couple** auraient un effet positif sur la sortie de la dépendance et sur la communication entre les partenaires⁶¹. Toutefois, toutes les femmes ne le souhaitent pas forcément et l'adaptation à leurs besoins doit primer. Dans les situations d'emprise de la part du compagnon, les suivis conjoints sont fortement déconseillés.

Sur le terrain...

Il y a 30 ans, l'expérience de Domrémy Trois-Rivières

A Domrémy Trois-Rivières, au Québec, une unité de traitement pour femmes alcooliques et toxicomanes a vu le jour dans les années 1980, avec pour objectif d'aider les femmes à se libérer d'un rapport de domination des hommes qui se reproduisait en unité mixte. Les femmes reçues vivaient dans des contextes de précarité économique et sociale importants, culpabilisaient de leurs consommations, souffraient du rejet de leur entourage et souhaitaient « redevenir normales ».

L'équipe a, dans un premier temps, développé un accompagnement basé sur la grille de lecture féministe et a proposé des séances de sensibilisation à la condition féminine et aux problématiques de genre, associées à des ateliers d'affirmation de soi et au repérage des ressources dans l'environnement. Cette première proposition de soin fut un échec : les femmes accompagnées ont reproché aux intervenantes d'être « trop radicales », « contre les hommes » et de ne pas les écouter. La structure a fait face à des départs prématurés, des attitudes défensives,

passives ou de victimisation et une faible occupation des lits.

L'équipe a donc revu sa copie et proposé une nouvelle palette de services basée sur l'écoute de la culpabilité, de la honte, des doutes et du désespoir portés par ces femmes, tout en essayant de ne pas mettre de côté ses propres besoins d'accompagnant. Ce changement d'approche a permis de mettre à jour tout ce qui se jouait chez les résidentes dans leurs résistances à appartenir à un groupe de femmes, à abandonner leur rôle d'abnégation dans leur couple... En conservant ses motivations mais en changeant de méthode, la structure a enfin pu travailler avec les femmes leur place et leur rôle dans leurs relations, et leur permettre d'entrer dans un processus de changement.

« Tant et aussi longtemps que les femmes se considèrent comme victimes, il est impossible d'aborder avec elles leur part de responsabilité qui est directement proportionnelle à leur part de pouvoir de changement : c'est là qu'il prend sa source. »

Article disponible sur www.erudit.org : Evelyne BERGERON, *Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières, Santé mentale au Québec, 1990, XV, 1, 223-236*

3) La cristallisation de la stigmatisation sur le corps

› Au cours de l'élaboration de ce guide, une femme nous a adressé ce témoignage : *« Cela fait maintenant plus de trois ans que je me shoote au Skenan et malgré le fait que je prenne soin de mes bras [...], il y a une cicatrice et diverses marques rouges. De ce fait, l'été quand je porte des manches courtes, j'ai souvent l'impression qu'on ne remarque que cela. »* Les femmes présentant des conduites addictives, lorsqu'elles portent les stigmates de leurs consommations (pâleur, cicatrices, visage marqué, maigre excessive, etc.) se heurtent souvent, et davantage que les femmes non concernées par les consommations, à l'image de la femme attendue en société (jolie, présentable...). **En outre, les consommations des femmes étant moins acceptées que celles des hommes, elles cherchent encore plus à en dissimuler les marques.** C'est donc très logiquement qu'elles demandent aux structures, plus que les hommes, de développer des activités en lien avec cette problématique de l'apparence et de l'image de soi.

› Au-delà de la question du regard et de l'apparence, le corps apporte un sentiment identitaire et **le prendre en compte, en prendre soin, participe du soin de l'addiction, chez les femmes comme chez les hommes.** En outre, la revue de littérature de l'IAC a mis en lumière, chez les femmes consommatrices de substances, une concomitance fréquente de troubles des conduites alimentaires et de la perception de son corps, en lien avec des troubles de l'image ou de l'estime de soi. Certains auteurs proposent d'inclure ces variables comme cibles thérapeutiques dans les programmes de soins en addictologie.

🔑 Les professionnels des structures médico-sociales ont donc testé et développé **des activités en lien avec le « prendre soin » du corps et l'image de soi**, principalement auprès des femmes⁶². Loin d'être anecdotiques, ces activités :

⁶¹ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

⁶² Voir les actions « Bien-être corporel et image de soi » répertoriées dans la base spécifique femmes sur www.federationaddiction.fr

- facilitent l'accès au soin en proposant une porte d'entrée « femme » plutôt que « consommation » ;
- font partie intégrante du « prendre soin de soi » ;
- améliorent l'image de soi et donnent de l'assurance ;
- facilitent la réinsertion sociale et professionnelle ;
- servent souvent de levier vers d'autres formes d'accompagnement.

🔑 Certaines de ces activités peuvent questionner quant à **leur concordance avec les attentes sociétales vis-à-vis des femmes** : esthétique, maquillage, relooking... Pour autant, elles sont souvent choisies par les femmes elles-mêmes et ont une fonction thérapeutique alternative à la verbalisation à ne pas négliger. Les activités qui exposent la nudité (natation, hammam...) ne conviennent pas forcément à tout le monde.

🔑 **Les ateliers de socio-esthétique** (soins corporels et du visage, maquillage, coiffure...) se développent depuis quelques années, notamment dans les CAARUD, en groupe ou en individuel. Cette activité, au-delà de son apport immédiat en matière d'image de soi, peut servir de médiateur à la thérapie, permet de réapprendre les règles d'hygiène de base et favorise la communication et le partage d'expériences d'une façon indirecte. Le contact physique peut toutefois créer des émotions fortes, ce qui implique une grande douceur dans l'exécution.

🔑 **Les activités sportives** permettent de se réapproprier

son corps, d'en favoriser les sensations de plaisir et d'accepter le regard des autres. Elles développent la confiance en soi et peuvent être réalisées en groupes non-mixtes pour réduire la peur de la stigmatisation. Proposées à échéances régulières, ces activités réintroduisent une temporalité dans la vie quotidienne.

🔑 **Les activités relaxantes** (relaxation, sophrologie, yoga, qi gong, hammam, massages...) réduisent les angoisses, permettent de réintégrer son schéma corporel et de développer son autonomisation. Souvent basées sur la respiration et des mouvements corporels doux, elles sont suivies d'un debriefing qui permet de verbaliser les ressentis. Toutefois, elles ne conviennent pas forcément aux personnes qui souffrent de fragilités psychiques ou psychiatriques.

🔑 D'autres structures s'attachent à développer l'accès aux **soins dentaires**, les **consultations diététiques**... Plus largement, les équipes gagneront à proposer des activités qui permettent de renforcer **la capacité à exprimer ses émotions** (les sorties culturelles par exemple sont un medium pour partager des émotions), de **développer la créativité et l'assertion de soi** (théâtre, écriture...), de **renforcer la capacité à dire non et à se défendre**, ainsi que **l'autonomie financière**. Les activités d'art-thérapie allient travail sur les sensations corporelles, alternative à la verbalisation et développement de la créativité. À Bordeaux, un CSAPA a proposé une saison de séances de *self-defense* pour les femmes, qui a rencontré un vif succès.

Constats

- › Les équipes en addictologie s'interrogent souvent sur le manque d'estime de soi dont les femmes témoignent
- › Elles observent fréquemment un phénomène de « double dépendance », au produit et au compagnon, et ce quelle(s) que soi(en)t la ou les substances consommées
- › Cette double dépendance pourrait être en lien avec le rôle social traditionnellement dévolu aux femmes, la stigmatisation de leur conduite addictive, leur vulnérabilité économique, ou encore des antécédents de violences subies
- › Les femmes expriment souvent une peur du regard des autres sur leur apparence physique et souffrent plus souvent de troubles de la perception de leur corps et de leur image, ainsi que de troubles du comportement alimentaire

PRÉCONISATIONS

🔑 **Proposer des activités de «prendre soin» du corps pour :**

- faciliter l'accès au soin
- mettre à disposition une alternative à la verbalisation
- améliorer l'image de soi

Exemples d'activités : ateliers de socio-esthétique, activités sportives et/ou relaxantes, soins dentaires, consultations diététiques...

🔑 **Prendre en compte et travailler la relation de couple avec la femme accompagnée**

🔑 **Repérer une éventuelle situation de « double dépendance » et/ou d'emprise dans le couple**

🔑 **Adapter la prise en charge thérapeutique à la situation**

6. La santé sexuelle et la contraception

› L'OMS (Organisme Mondial pour la Santé) définit en 2002 la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. [...] La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. »

› Dans cette fiche, nous abordons plusieurs aspects :

- Accéder à une sexualité plus épanouissante
- Réduire les risques sexuels
- Accéder à une méthode contraceptive adaptée aux besoins des femmes accompagnées

› Si la santé sexuelle et la contraception concernent théoriquement autant les femmes que les hommes, elles reposent encore aujourd'hui, socialement, beaucoup sur les femmes. Les CSAPA et les CAARUD ont un rôle de repérage, d'accès et d'orientation à jouer auprès d'un public dont les difficultés sur ces sujets peuvent être majorées par les contextes de consom-

mation et de précarité. S'ils n'ont pas vocation à devenir des spécialistes de la question, ils peuvent en revanche travailler en réseau avec les partenaires adéquats.

1) Santé sexuelle et consommation de substances psychoactives

› **Les liens entre sexualité et consommation de substances sont nombreux et souvent mal connus des intervenants auprès des publics consommateurs.** De manière générale, les études sur ce thème sont peu nombreuses et les résultats doivent être considérés avec précaution, les données étant éparpillées et le jugement des personnes altéré lorsqu'elles ont consommé des substances psychoactives.

› Chez les femmes, de manière générale, la consommation **à faible dose** de produits diminue l'inhibition, les tensions et les éventuelles souffrances associées à l'acte sexuel, et favorise le désir, le plaisir, les sensations et donc la satisfaction liée aux rapports. En revanche, **à haute dose et/ou en usage chronique**, la plupart des produits diminuent le désir, le plaisir et la satisfaction sexuels, voire les rendent impossibles.

› Les consommations de substances peuvent favoriser la survenue d'agressions sexuelles et de violences (cf fiche 7 p.41).

Des femmes témoignent sur www.psychoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Un certain nombre de témoignages soulignent une baisse de libido en lien avec la substitution et/ou la consommation de produit. « On lit souvent qu'en début de traitement de sub ou métha, la libido (énergie sexuelle) baisse, mais qu'elle revient peu à peu... ben moi elle ne revient pas terrible ! Il me faut me «conditionner» plus longtemps, pour stimuler mes envies » dit Bighorse.

Cette baisse de libido peut entraîner des conflits dans un couple quand l'un consomme et pas l'autre. Le rapport de genre tourne souvent au désavantage de la femme, qui peut alors être désignée comme fautive... « Depuis 2 ans, on a de moins en moins de rapports suite à son manque d'envie, je me suis posé beaucoup de questions sur son traitement (120 de métha + le valium) [...] puisque j'ai eu ce problème aussi avec le valium [...]. J'ai arrêté les anxios depuis, et tout va bien pour moi. Bref, y'a 2 jours, suite à un rapport qui n'a pas abouti pour lui, il m'a dit que vu qu'il est en manque [...], le problème ne pouvait venir que de notre incompatibilité sexuelle », explique **melanie&frederic**.

L'autre face des produits utilisés comme dopants sexuels est aussi discutée par les femmes, et chaque produit à ses adeptes : « Je me sens pas sur le sommet d'Everest comme avec MDMA mais méthylone, c'est assez fort aussi pour une nuit sympa... et pour ma part, si il faut décrire, avec la coke c'était explosif et intense, avec MDMA c'était irremplaçable et unique, et avec méthylone c'était bouillant et jouissif » annonce **sjkwcxvzqh**.

Source : échanges sur www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

› Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

› Au-delà de l'impact physiologique (recherché ou non) des produits sur la sexualité, Claude Giordanella, sexologue en Ile-de-France, met en exergue **le lien fréquent entre conduite addictive, absence d'estime de soi et absence de sexualité épanouie**. Pour elle, beaucoup de femmes qui consomment ont eu des difficultés en matière de sexualité dans leur vie : agression sexuelle, viol, éducation très rigide niant la sexualité féminine, inceste nié ou contexte familial incestueux... des vécus que la prise de produits permet de dépasser ou de mettre de côté. Plus généralement, elle déplore une société qui, malgré une apparente libération sexuelle, n'éduque pas à la notion de plaisir, ainsi que l'absence de formation des intervenants sanitaires et sociaux sur ce point. Les femmes se débrouillent donc comme elles le peuvent avec ces questions.

› Par exemple, les femmes qui fréquentent le CAARUD de l'association Aides⁶³ expriment **une difficulté à refuser des rapports sexuels** :

- elles ne peuvent pas dire non car elles sont dépendantes des hommes qui les sollicitent ;
- elles n'osent pas dire qu'elles veulent s'arrêter là ;
- leur état de conscience modifié ne leur permet pas de se rendre complètement compte de ce qu'elles font.

› Dans des contextes de précarité économique, sociale et affective, **il est plus difficile de penser à se protéger des maladies sexuellement transmissibles et à utiliser une méthode contraceptive**, d'autant plus lorsque l'utilisation du préservatif dépend du bon vouloir de leur partenaire sexuel masculin.

Pour en savoir plus

BEAULAC Patricia, TETRAULT Myriane, GOYETTE Matthieu, « **Les impacts de la consommation de substances psychoactives sur les pratiques sexuelles chez l'adulte** », *L'intervenant*, volume 30, n°4, juillet 2014

DOSSIER « **Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ?** », *La santé en action*, n°423, mars 2013 – www.inpes.sante.fr

CIFRES (Centre International de Formation et de Recherche En Sexualité) <http://www.cifres.org/>

2) Inclure les questions de santé sexuelle dans l'accompagnement

→ En préalable

🔑 Bien entendu, l'éducation à la sexualité n'est pas un domaine réservé aux femmes. **Le travail auprès d'elles sera d'autant plus efficace qu'un travail de sensibilisation auprès des hommes est effectué en parallèle**. Mais l'éducation des femmes reste le premier levier pour leur permettre d'être plus actrices de leur sexualité et de mieux se protéger. Par ailleurs, la question du suivi gynécologique en général se pose pour l'ensemble des femmes, consommatrices de substances ou non.

🔑 De manière générale, **une formation régulière** de l'équipe aux questions de sexualité est la bienvenue. Les fonctions médicales, qui soignent le corps, sont particulièrement susceptibles d'être concernées par l'abord de ces questions.

🔑 **Une posture adaptée est un préalable pour aborder cette problématique**. Tout ce qui est dit sur la question de la sexualité est une projection de soi qu'il faut travailler, car fréquemment sous-tendue par une orientation morale. Même lorsque l'on se veut neutre, les gestes associés et le vocabulaire utilisé peuvent transmettre jugement, pitié, effroi, culpabilisation... Autre écueil : l'intervenant peut être aux prises avec sa propre fascination, qu'il doit alors reconnaître et dépasser pour fournir une aide appropriée. Enfin, les professionnels doivent pouvoir exprimer leurs limites par rapport au sujet.

→ Intégrer la réduction des risques sexuels

🔑 **Beaucoup de centres développent la réduction des risques sexuels en parallèle de celle liée aux consommations**. Elle peut inclure les risques sanitaires (transmissions de maladies par voie sexuelle), mais aussi les risques de violences subies.

🔑 Informer :

- sur l'hygiène intime, les infections sexuellement transmissibles et la prévention des infections urinaires ;
- sur les effets de la consommation de produits sur la sexualité ;
- acquérir du matériel de démonstration, ou tisser un partenariat avec un partenaire qui peut faire des séances d'information (centre de planification par exemple).

🔑 Donner accès aux préservatifs :

- distribuer des préservatifs masculins et féminins et du gel lubrifiant à base d'eau ;
- expliquer que le préservatif est l'unique moyen de prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles ;
- recommander systématiquement l'utilisation de gel lubrifiant : la prise de produits provoque souvent un assèchement vaginal qui favorise les ruptures de préservatifs et la transmission de maladies ;
- l'utilisation des préservatifs féminins est peu répandue et nécessite un accompagnement et un apprentissage. Certaines femmes les trouvent peu pratiques. Pourtant, ils ont l'avantage de pouvoir se poser à l'avance et d'être mieux lubrifiés que les préservatifs masculins. S'ils ont du mal à rencontrer leur public dans les centres, ils sont en revanche bien appropriés dans l'espace festif et chez les plus jeunes.

🔑 Réduire les risques de violences sexuelles

- identifier avec chaque femme ses « situations à risques sexuels » : fréquentation nocturne des bars, rencontres via internet sans sécurité, contextes spécifiques de consommation... et travailler avec elle des stratégies de réduction de ces risques.

⁶³ RIVASSEAU Lisa, « *Analyse des actions entreprises par les CAARUD de AIDES en direction des femmes consommatrices de produits psycho-actifs* », Rapport de stage, Université Toulouse Le Mirail, Master 2 Professionnel « Genre et politiques sociales », septembre 2010

→ Proposer des espaces de parole

🔑 Certains centres ont expérimenté **des groupes de parole entre femmes sur la sexualité**, pour celles qui sont prêtes à l'aborder en collectif dans un cadre sécurisant. Cette formule permet aussi aux femmes qui n'osent pas parler d'entendre les questionnements et échanges des autres ; c'est également un lieu où les intervenants peuvent repérer les sujets et problématiques récurrents. Toutefois, cela ne convient pas à toutes les femmes.

🔑 Aborder la santé sexuelle et reproductive ne se limite pas à l'absence de problèmes de santé, elle concerne également la question **du plaisir et de la satisfaction** et se réfère à une approche positive de la sexualité humaine pour l'homme et la femme de la naissance à la fin de vie.

🔑 **Les compétences d'un sexologue** ou la formation d'un ou plusieurs intervenants de l'équipe à la sexologie est un plus pour l'accompagnement.

🔑 Une attention particulière sera portée au repérage et à la prise en compte des antécédents de violences sexuelles (cf fiche n°7 p.41).

→ Travailler en réseau avec les partenaires

🔑 **Les centres identifient les partenaires ressources sur leur territoire d'intervention, les rencontrent régulièrement et constituent un réseau pour l'accompagnement et l'orientation des personnes.** Le travail en partenariat nécessite une sensibilisation réciproque préalable.

Des femmes témoignent sur www.psychoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Sur le forum «Paroles de femmes», l'impact des consommations sur le corps et la sexualité concerne surtout l'effet des TSO et des consommations sur la sexualité et la libido, la fertilité et les règles.

De nombreux témoignages évoquent l'absence de règles suite à la consommation de produits psychoactifs. Les consommations de TSO, héroïne, GHB, speed, MDMA, benzodiazépines... jouent un rôle non négligeable sur les menstruations. Seulement, bien souvent, les consommations s'accompagnent d'un mauvais rythme de sommeil, d'une alimentation souvent épisodique et pas toujours équilibrée... Et c'est cette combinaison consommations/rythme de vie décalé, plus que les produits eux-mêmes, qui influe sur les règles et provoque l'aménorrhée.

Bayaya en témoigne : « Depuis que j'ai commencé à taper, je me demande si les drogues en tout genre peuvent influencer sur mon cycle de menstruation. J'ai souvent remarqué des modifs quand je prenais des trucs dans le mois, puis rien quand je ne prenais rien. Actuellement, j'ai 14 jours de retard (ce qui ne m'est jamais arrivé, enfin jamais à ce point) sachant que j'ai tourné pendant un mois aux taz, L, coke, D, champignons... etc. Ça commence à me turlupiner un chouïa vu que j'ai un énorme trou noir d'une soirée sous taz et D début août ».

L'absence de règles n'est pas forcément vécue négativement : « Maintenant, je suis sous métha depuis 1 an demi, les règles complètement aléatoires 2 ou 3 fois par an. Moi je m'en plains pas LOL, ça me va très bien, c'est quand même chiant les règles ! » témoigne **Bicycle**. Mais il est souvent rappelé qu'en l'absence de règles, les femmes sont toujours fertiles. **MariaSinger** raconte : « Le piège, c'est qu'on n'a pas ses règles, donc c'est quasi impossible (si on n'a pas vécu de grossesse) de se rendre compte que l'on est enceinte. Et 12 semaines (délai en France pour avorter), c'est vite passé. Dans mon entourage, on est plusieurs à s'être fait avoir. Moi j'ai eu la chance d'avoir une amie qui a « repéré » certains signes. Moi je lui ai ri au nez (moi un bébé, mais tu délires !!!), mais elle a insisté et m'a « offert » un test de grossesse... qui était positif ! Elle m'a sauvée, car j'étais déjà à 10 semaines. Mais certaines ont eu moins de chance ».

L'absence de règle ou la sexualité dopée par les produits nous amène à aborder les différentes contraceptions sur le forum. « Salut Filipe ! cool que t'aies trouvé une tite chérie! si jamais les risques de contamination sont écartés et que vous pouvez vous passer de capote (masculine ou féminine) et que ta chérie ne veuille pas reprendre la pilule... y'a aussi le stérilet qui est pas mal pour la contraception ! Pas d'oublis (comme avec la pilule), pas d'hormones (comme avec la pilule)... ça fait peur à plein de femmes, ce qui est dommage car en fin de compte c'est vachement pratique ! bonne bourre !!! » avance **naxalythe**.

Source : échanges sur www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

➤ Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

En fonction du projet de service, des ressources et du maillage territorial existant, la prise en charge gynécologique peut être proposée sous différentes formes :

- Réseau de gynécologues et/ou de médecins généralistes, de laboratoires et CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) ; ces partenaires doivent être sensibilisés à la question des addictions
- Permanences de ces partenaires dans la structure
- Développement de la prise en charge gynécologique (actes simples) via le médecin de la structure. Par exemple, le médecin généraliste d'un CSAPA à Tours a mis en oeuvre des campagnes de dépistage du papillomavirus par frottis auprès des femmes fréquentant la structure⁶⁴.

Dans les cas où un partenariat a été développé, proposer systématiquement aux femmes **de les accompagner chez les confrères** permet de les rassurer et de faciliter la démarche.

3) La contraception

→ Les constats

Malgré une couverture contraceptive étendue, **le niveau des échecs contraceptifs reste élevé en France**. En 2010, l'IGAS⁶⁵ soulignait que l'échec de la contraception résulterait de plusieurs facteurs :

- inadéquation entre les modes de vie et les méthodes et pratiques contraceptives ;
- difficultés d'accès à la contraception ;
- recours faible à la contraception d'urgence ;
- faiblesse de l'information et de l'éducation à la sexualité durant la scolarité.

Les professionnels des addictions, pour leur part, témoignent à la fois **de la difficulté des femmes à planifier des grossesses désirées et de demandes d'IVG relativement fréquentes**. Droit fondamental dans le parcours de libération de la condition féminine, mais aussi droit au plaisir sexuel, l'utilisation de la contraception n'est toutefois pas si évidente, *a fortiori* dans des contextes de vie marqués par la précarité sociale, psychique et/ou économique.

Les femmes présentant des conduites addictives **évoquent elles-mêmes certaines difficultés**, qui ne leur sont d'ailleurs pas toujours spécifiques :

- Absence de conscience du risque de grossesse en cas de règles très irrégulières ou d'aménorrhée liées aux consommations d'opiacés ou à la prise de TSO, qui peut entraîner une découverte tardive de la grossesse ;
- Inadéquation entre la nécessité de prise régulière des contraceptifs oraux et certains rythmes de vie ;
- Difficulté à négocier le port du préservatif masculin avec son partenaire ;
- Rapports sexuels et prostitution forcés (cf fiche 7 p.41 et fiche 8 p.51) ;

⁶⁴ Voir la fiche d'expérience dans la base www.federationaddiction.fr/actions-specifiques-femmes/

⁶⁵ 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 2001 - Rapport de synthèse », février 2010 -

• Confusion entre les méthodes de prévention des IST et les méthodes contraceptives.

Les CSAPA et les CAARUD, comme tous les acteurs sanitaires et sociaux, ont un rôle préventif à jouer, tant en matière de réduction des risques sexuels que d'aide à l'accès à la contraception et à l'IVG. Aborder la contraception dans les CAARUD et les CSAPA, sans oublier les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs), doit donc faire partie d'une approche d'accompagnement global de la personne, au même titre que d'autres soins ou que l'accès aux droits. Pour ce faire, **un certain nombre de questions sont à réfléchir en équipe :**

- La contraception concerne l'intime et la sexualité, ce qui peut mettre en difficulté des professionnels non sensibilisés au sujet : quels sont les pré-requis pour l'aborder ?
- Elle interroge tout particulièrement la frontière entre degré d'intervention de la part des équipes et liberté de choix individuelle : comment proposer la contraception sans l'imposer ?
- Elle interroge le champ d'intervention des centres dont la mission première reste le soin des addictions : jusqu'où peut aller un centre dans l'accompagnement à la contraception ?
- Elle concerne également les hommes : quand et comment en parler aux usagers ?

→ Informer et aborder

Mettre à disposition des usagers du centre de l'information sur les différentes formes de contraception (flyers, affiches, évocation en entretien individuel, séances collectives d'information...) est une première étape que réalisent de nombreux centres :

- Les centres de planification sont une ressource essentielle pour se procurer de la documentation à destination des usagers et peuvent intervenir dans le centre de soin ou de réduction des risques, en séance d'information collective par exemple.
- Le site www.choisirscontraception.fr, mis en oeuvre par le Ministère en charge de la santé et l'Inpes, propose une information claire et fiable sur les différents modes de contraception, y compris celle d'urgence, et répond aux questions les plus fréquemment posées.

Bon à savoir

Il existe différentes méthodes contraceptives :

- contraception hormonale : implant (3 ans), DIU hormonal (5 ans), contraceptifs injectables (3 mois), anneau vaginal (1 mois), patch (1 semaine), pilule (prise quotidienne)
- contraception non hormonale de longue durée : DIU au cuivre (4 à 10 ans)
- contraception à usage unique : diaphragme, préservatif masculin ou féminin, cape cervicale, spermicides
- contraception irréversible : stérilisation masculine ou féminine

Le choix de la contraception dépend des envies, des besoins et du mode de vie de la personne, mais également de sa situation médicale et de ses antécédents médicaux.

Sur le terrain...



Le CAARUD Aides 58 a intégré la distribution de préservatifs masculins et féminins et de gel lubrifiant au programme d'échange de seringues. Cette organisation a permis aux animateurs de pouvoir aborder la question de la vie affective et sexuelle et de la contraception systématiquement à chaque distribution de seringue, avec les femmes comme avec les hommes. Le sujet est également abordé lors de la mise en œuvre de TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) et lors des groupes de parole sur la réduction des risques sexuels.

Pour en savoir plus :
contactez Aides 58 au 03 86 59 09 48
ou via CAARUD58@aides.org

Aborder la contraception avec les femmes se fait **dans un contexte d'attention au corps, à soi, de protection de soi et de défense de la liberté de disposer de son corps et de sa vie.** Tout professionnel du centre, sensibilisé et/ou formé, peut aborder la question. Toutefois les métiers médicaux et paramédicaux interviennent dans un contexte particulièrement favorable. L'entretien infirmier, par exemple, permet d'évoquer de nombreux sujets, parmi lesquels la contraception et les aspects gynécologiques : la question peut être abordée dans cet espace sans pour autant que l'entretien ne se focalise uniquement dessus.

Aborder la contraception nécessite également :

- de savoir **repérer le « bon » moment** pour la personne : lorsqu'elle propose spontanément une ouverture sur le sujet, lors d'une séance d'information collective qui peut être organisée avec un partenaire, au détour d'une orientation...
- de **formuler le message** de manière simple, répétée mais aussi individualisée, adaptée au parcours de vie de la personne. Enfin, aborder la contraception se fait généralement **en lien avec d'autres thématiques** : la sexualité, les risques d'IST et le dépistage, le projet de grossesse et/ou d'enfant, mais également plus largement les questions d'estime de soi, de violences subies et de prostitution, le cas échéant. Le travail psychologique et thérapeutique permet de resituer cette question dans le parcours de vie et l'histoire de la personne.

→ Faciliter l'accès

Comme évoqué p.36, de nombreux centres mettent aujourd'hui à disposition des usagers **des préservatifs féminins et masculins.** Selon l'enquête sur la réduction des risques menée par la Fédération Addiction en 2013, 96% des CAARUD et 98,1% des CSAPA interrogés mettaient à disposition des préservatifs masculins, et 90% des CAARUD et 74,5% des CSAPA des préservatifs féminins. Ces préservatifs peuvent être simplement mis à disposition, ou bien donnés de la main à la main, ce qui permet d'évoquer leur mode d'utilisation pour une efficacité maximale.

Outre la distribution de préservatifs, l'équipe peut également :

- faciliter l'accès à la contraception d'urgence et aux tests de grossesse ;
- promouvoir le préservatif féminin ; sa pose nécessite toutefois d'être très à l'aise avec son corps, ce qui ne convient pas à toutes les femmes ou présuppose un accompagnement préalable.

A priori, il n'y a pas d'interaction entre les produits contraceptifs et les consommations de substances.

La proposition de contraception doit toutefois 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 psychiatrique.** L'implant, par exemple, est souvent évoqué, tant sur le forum *Paroles de femmes* de PsychoACTIF que par les professionnels des addictions, comme une solution adaptée à certains rythmes de vie. Il ne convient toutefois pas à toutes les femmes.

Les **modalités d'accompagnement** des femmes sur cette question sont variables en fonction des missions et des ressources disponibles. Certains centres ont des ressources en interne pour proposer dans les locaux des consultations plus spécialisées : médecins, sages-femmes notamment. *A minima*, les centres doivent pouvoir proposer des orientations :

- vers les centres de planification ;
- vers les CeGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) ;
- vers des sages-femmes et gynécologues et des centres gynéco-obstétriques ;
- vers des médecins généralistes ;
- vers des pharmaciens pour la contraception d'urgence.

Le Planning Familial

Le Planning Familial est un mouvement militant qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité. Il dénonce et combat toutes les formes de violences, de discriminations et d'inégalités sociales et lutte contre le SIDA et les IST.

Le Planning Familial est organisé en 75 associations départementales regroupées dans 13 fédérations régionales. Le réseau gère en tout 150 lieux d'information et 29 centres de planification.

En savoir plus : www.planning-familial.org

Le travail d'orientation ne peut se faire que **lorsqu'une sensibilisation mutuelle entre partenaires a été effectuée en amont.** De même, accompagner physiquement les femmes chez les partenaires est fortement recommandé pour les rassurer.

Plus largement, **l'accès à un suivi gynécologique** a souvent été demandé dans l'enquête *Des femmes, des vies... des avis.* De nombreuses modalités sont envisageables, depuis la proposition d'un suivi gynécologique par un médecin ou une sage-femme sensibilisé, jusqu'à la mise en œuvre de permanences régulières de ces partenaires dans le centre. Le centre de planification peut aider la structure sur ces questions.

Constats

- › Le lien entre conduite addictive, absence d'estime de soi et absence de sexualité épanouie est fréquemment observé
- › L'amélioration de la santé sexuelle et l'accès à la contraception font partie de l'accompagnement global de la personne, au même titre que l'accès aux soins ou aux droits
- › Pour autant, penser à se protéger des IST et s'approprier une méthode contraceptive ne sont pas toujours aisés pour une femme présentant des conduites addictives, du fait notamment de l'impact de certaines substances sur les règles ou de ses conditions et/ou son rythme de vie
- › Aborder la contraception interroge les équipes, tant sur les modalités d'accompagnement que sur les contraintes du champ d'intervention de la structure

PRÉCONISATIONS

➤ Prendre en compte les questions de santé sexuelle et de vie reproductive inclut principalement trois axes :

- Accéder à une sexualité plus épanouissante
- Réduire les risques de transmission d'IST et de violences sexuelles
- Accéder à une méthode contraceptive adaptée

➤ Accompagner aussi bien les femmes que les hommes sur ces questions

➤ Sensibiliser/former l'équipe à ces questions, notamment les fonctions médicales, et travailler la posture de l'intervenant

➤ Informer sur les effets des consommations sur la sexualité, l'hygiène intime, les risques sexuels et la contraception :

- mettre à disposition de la documentation, qui peut être procurée avec l'aide de partenaires spécialisés
- informer individuellement la personne au cours de l'accompagnement
- proposer des séances d'information collective pour les femmes et pour les hommes, en partenariat avec les centres de planification par exemple

➤ Mettre à disposition des préservatifs féminins et masculins

➤ Intégrer la réduction des risques de violences sexuelles

➤ Proposer des espaces de parole, collectifs et individuels, sur la sexualité

➤ Aborder la contraception :

- dans un contexte d'attention à soi et à son corps
- en s'adaptant à la temporalité de la personne

La question de la contraception ouvre souvent sur des considérations plus larges : vie sexuelle et affective, estime de soi, violences subies, projet de vie et d'enfant...

➤ Faciliter l'accès à la contraception d'urgence et aux tests de grossesse

➤ Si le centre en a les ressources, proposer des consultations spécialisées en gynécologie

➤ Travailler en réseau :

- identifier les partenaires ressources sur leur territoire d'intervention
- les rencontrer régulièrement
- constituer un réseau pour l'accompagnement et l'orientation des personnes

Partenaires spécifiques : centres de planification, CeGIDD, sages-femmes, gynécologues, pharmaciens, médecins généralistes

➤ Proposer systématiquement aux femmes de les accompagner physiquement chez les partenaires

7 • Les situations de violences

1) Les femmes ont un risque accru de subir certaines violences

› Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à subir des violences sexuelles et conjugales. Toutefois, ces deux types de violences peuvent se recouper, des violences sexuelles pouvant avoir lieu au sein du couple.

→ Les violences sexuelles

› D'après les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité 2010-2015 » menées par l'INSEE et l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), les femmes sont 3,5 fois plus nombreuses que les hommes à avoir subi des violences sexuelles dans leur vie (respectivement 0,7%, soit 149 000 « victimes déclarées », et 0,2%, soit environ 39000 hommes « victimes déclarées »). En ce qui concerne les viols et tentatives de viols, elles sont 4 fois plus nombreuses que les hommes à être concernées : 84000 femmes contre 14000 hommes⁶⁶. Des chiffres à prendre avec précaution, étant donné le tabou qui entoure ce sujet et la réticence qu'ont les victimes (hommes comme femmes) à dénoncer leur agresseur. Les femmes subissent également plus souvent d'autres atteintes sexuelles, comme l'exhibitionnisme (2,4% des femmes contre 1,3% des hommes) ou les gestes déplacés (4,6% contre 1,2%)⁶⁷. Enfin, 2,3% des hommes et 2,5% des femmes de 18 à 75 ans disent avoir été victimes d'au moins un acte de violence physique ou sexuelle au cours de l'année précédant l'enquête, soit une estimation de 560 000 femmes et 487 000 hommes victimes déclarées.

› Les violences sexuelles réduisent temporairement la personne à l'état d'objet. La passivité imposée, la dévalorisation qui s'ensuivent **favorisent certains symptômes** : très fréquemment des troubles gynécologiques (douleurs pelviennes chroniques, infections et hémorragies vaginales), et plus largement une insécurité intense, une difficulté à entrer en relation, une dissociation, des phobies, des personnalités-limites, un abandonnisme, le développement de certaines défenses comme l'hyperactivité ou la dépression, le fait d'initier le rejet pour ne pas le subir... ceci d'autant plus lorsque la personne a eu une histoire de vie difficile par ailleurs.

→ Les violences conjugales

› **Les violences conjugales concernent trois fois plus de femmes que d'hommes.** En 2014, 19% des homicides en France sont consécutifs à des violences conjugales. La proportion des violences physiques ou sexuelles au cours de

l'année est 2,5 fois plus importante au sein des ménages : 1% des femmes de 18 à 75 ans se déclarent ainsi victimes d'au moins un acte de violence physique ou sexuelle sur une année, contre 0,4% des hommes, soit un nombre estimé de 223 000 femmes et 80 000 hommes victimes⁶⁸.

› Les violences conjugales se différencient des conflits de couple **par leur caractère inégalitaire** : elles impliquent une domination et la répétition du cycle des violences. Elles sont caractérisées par un phénomène d'emprise de la part de l'auteur qui se manifeste sous différentes formes : insultes, rabaissements, menaces, violences physiques, coups au ventre pendant la grossesse, atteintes à la tête, agressions sexuelles, violences économiques, confiscation des papiers...

› Tous les milieux sociaux et tous les âges sont concernés, toutefois les études ont mis en exergue **plusieurs facteurs qui potentialisent le risque** chez les femmes⁶⁹ :

- un faible niveau scolaire/une classe sociale défavorisée ;
- la jeunesse ;
- la période de grossesse ;
- les antécédents de violences vécues dans l'enfance et/ou l'adolescence.

2) Des liens multiples avec les situations d'addiction

→ Violences subies et conduites addictives

› Subir ou avoir subi des violences n'est bien entendu pas spécifique aux femmes présentant des conduites addictives (des femmes non consommatrices de substances et des hommes sont aussi concernés), et ces dernières n'ont pas toutes vécu des violences dans leur vie. En outre, ce n'est pas parce qu'elles ont vécu des violences que les consommations sont obligatoirement en lien avec ces événements.

› **Malgré tout, des liens peuvent être faits entre les violences subies et les situations d'addiction, dont les conséquences sont plus fréquemment rencontrées chez les femmes :**

- les consommations de produits (alcool et médicaments principalement) ont une fonction anesthésiante, de dissociation, qui permet de supporter l'insupportable, et sont une conséquence fréquente des violences subies ;
- la consommation de produits illicites impose la fréquentation d'un milieu plus violent, où le chantage sexuel et les violences physiques sont nombreux ;
- lorsque l'un des conjoints du couple est dépendant à l'alcool, le niveau de violence conjugale est plus élevé⁷⁰ ;

⁶⁶ Enquête Cadre de vie et sécurité INSEE-ONDRP 2010-2015

⁶⁷ « Femmes et hommes face à la violence », Insee Première, n°1473, novembre 2013, www.insee.fr

⁶⁸ Enquête Cadre de vie et sécurité INSEE-ONDRP 2010-2015

⁶⁹ HENON Dominique, « La santé des femmes en France », Avis du CESE, juillet 2010, www.lecese.fr

⁷⁰ Marion Barrault, « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », *Psychotropes*, 2013/3, vol. 19

- l'état de conscience altéré peut renforcer les prises de risques et réduire le contrôle de la situation, favorisant notamment les violences sexuelles ;
- l'addiction chez une femme peut la rendre plus vulnérable aux yeux des hommes, ce qui favorise les menaces et les violences à son encontre ;
- la culpabilité des mères associée à la consommation de produits peut être redoublée par les reproches d'un conjoint violent (l'argument de « mauvaise mère » est très fréquemment employé par les auteurs de violences) ;
- lorsqu'une femme subit des violences conjugales, son isolement réduit les chances de réussite du soin en addictologie ⁷¹.

Pour en savoir plus



Le Groupe Pompidou, au sein du Conseil de l'Europe, contribue à l'élaboration des politiques publiques en matière de lutte contre la toxicomanie. En 2015, une recherche exploratoire a été menée sur les liens entre les violences et l'usage de substances psychoactives chez les femmes, sous la forme d'une revue de littérature internationale. Cette recherche s'est poursuivie par la consultation de professionnels dans quatre pays d'Europe, dont les résultats sont présentés dans un rapport formulant des recommandations aux États membres du groupe. Un séminaire s'est tenu les 10 et 11 décembre à Rome sur cette question.

Documents et informations complémentaires disponibles sur http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/default_fr.asp
rubrique Nos activités > Le Genre

Des femmes témoignent sur www.psychoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Sur PsychoACTIF, certaines usagères racontent des violences responsables de blessures très intimes. Elles s'expriment ainsi sur les violences parentales ou conjugales, physiques, sexuelles ou psychiques. Elles racontent plutôt des violences subies dans le passé que des violences actuelles.

Les usagères racontent que la violence subie dans l'enfance a des répercussions psychiques importantes sur l'estime de soi et le mal-être. Comme **Snippy** : « moi, c'est mon père qui, très jeune, m'est tombé dessus... il est parti à mes 11 ans, et s'en est suivi un mal-être difficile à exprimer... ensuite, à l'âge adulte, j'ai suivi un mec (mon mec de l'époque), me suis installée avec lui, et blabla, mais pareil que toi, je ne ressentais aucun plaisir dans la douceur... je me disais : « c'est pas grave, ça passera », mais un jour, mon mec a laissé son pote me violer devant lui, et ces connards ont pris leur pied à mes dépens (encore)... triste constat de se dire qu'on n'est bonne qu'à ça, à satisfaire les penchants pervers des mecs, ce qui s'imprime au fer rouge dans notre esprit... je l'ai quitté, bien sûr, mais je me suis retrouvée à la rue, et avec cette façon de voir les choses (et j'étais une chose), je n'ai rien trouvé de mieux que de me prostituer !! »

Pour certaines femmes témoignant de maltraitements, le produit apparaît comme une solution pour masquer ces traumatismes insupportables. Comme **Bighorse** qui témoigne : « je suis une (ex) enfant maltraitée et je peux donc témoigner que l'on devient plus tard son plus sévère ennemi !!!! (...) Quand un enfant n'est pas aimé, qu'il est souillé soit par la violence physique, soit par la violence psychologique, voire les deux, il ne peut se raccrocher à personne ! Le monde se transforme en un lieu désertique, peuplé de monstres (les autres) et où la solitude existentielle fait planer l'ombre de la mort... les produits sont la bénédiction des mal aimés ! » ou **GoldenYear** : « A cette même époque, j'ai fait ma première « rencontre avec le diable » alors que j'étais à l'apogée de la vulnérabilité et de la provocation. Il avait 25 ans de plus que moi. Et peu à peu, ma situation s'est dégradée. Avec d'abord l'alcoolisme, puis le crack, je suis par la suite devenue une grosse consommatrice d'héroïne. Entre temps, les violences et viols conjugaux avaient pris le dessus. Je n'étais plus maître de mon existence et noyait mon désespoir dans le produit, qui me permettait de me voiler la face. »

Les femmes consommatrices de PsychoACTIF sont très sensibles à la reproduction générationnelle des violences psychiques ou physiques et montrent leur souci de ne pas les transmettre à leur tour à leurs propres enfants. **Lunatika** témoigne : « J'ai promis à ma fille qu'elle aurait une vie éloignée de la vision que j'en ai, que je ne verrai pas en elle mon enfance gâchée, torturée, violée, frappée, séparée de sa mère (...) ! Nous sommes les parents des enfants de demain, de notre éducation dépend tant de traumatismes ineffaçables et dévastateurs à travers les générations, battons-nous contre la maltraitance infantile qu'elle soit physique, morale, matérielle, ouvrons les yeux et arrêtons de la chercher là où elle n'est pas forcément, mes parents étaient loin d'être des camés, ni clope ni alcool rien nada de toute leur vie, et pourtant ils m'ont fait autant, voire plus de dégâts, que mon oncle alcoolique qui me harcelait sexuellement ???? (...) Ma fille sera bien mieux informée et protégée des dangers du fait que je les ai vécus, et la came ne m'a pas tuée, elle m'a rendue plus forte aujourd'hui ! »

Source : échanges sur www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

➤ Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

🔑 S'interroger sur d'éventuelles violences subies par la personne dans son enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte trouve fréquemment sa pertinence dans l'accompagnement des personnes ayant des conduites addictives. En effet ces violences, et d'autant plus celles vécues dans l'enfance et l'adolescence, peuvent être l'un des facteurs de l'addiction, chez les femmes comme chez les hommes. Elles sont en outre au cœur de phénomènes de répétition du vécu, qui peuvent expliquer les conduites à risques réitérées des personnes concernées.

🔑 Certains professionnels des addictions estiment même que la majeure partie des addictions graves chez les femmes est en lien avec des violences et abus subis durant leur enfance et leur adolescence⁷². Marion Barrault rappelle que « *selon les études, la prévalence de l'abus sexuel [dans] la vie varie de 30 à 75% chez les femmes dépendantes aux substances. Un rapport du Service national d'évaluation des données des États-Unis (2001) relève des taux allant jusqu'à 90% d'abus sexuel [si l'on considère la] vie entière chez les femmes ayant des troubles liés aux SPA. 50% d'entre elles auraient été physiquement maltraitées au moins une fois dans leur vie (ONU, 2004)* »⁷³.

→ Les psychotraumatismes

› Des professionnels des addictions intègrent aujourd'hui dans leur pratique les apports de l'approche sur les psychotraumatismes liés aux violences subies.

› Les psychotraumatismes ont été étudiés dès la fin du XIXe siècle, à l'occasion des premiers accidents de chemins de fer, puis au XXe siècle après les deux guerres mondiales. A la fin du XXe siècle, les viols et incestes, par leurs conséquences similaires aux traumatismes de guerre et accidentels sur le psychisme, ont été inclus dans cette approche. Pour autant, une situation de psychotraumatisme n'est pas liée à la nature de l'événement subi, mais à la façon dont la personne a vécu cet événement. Ainsi, toutes les personnes subissant des violences ne présenteront pas forcément un psychotraumatisme ; à l'inverse, le simple fait d'être témoin d'une scène, sans y être directement impliqué, peut occasionner cet état.

› Les professionnels de cette approche parlent aujourd'hui d'ESPT ou *état de stress post-traumatique*, et travaillent principalement sur la **dimension neurobiologique/physique** induite par le traumatisme vécu de la personne.

› Lorsque le psychotraumatisme est issu d'un traumatisme unique, il occasionne des troubles anxieux invalidants, des troubles dissociatifs, la reviviscence perpétuelle du vécu, l'évitement des *stimuli* pouvant éveiller la mémoire traumatique, des troubles de la concentration, de l'irritabilité, de l'hypervigilance... Cet état peut se perpétuer et perturber profondément

les relations à l'environnement et l'image de soi.

› Lorsque le psychotraumatisme est issu d'événements plus longs, multiples ou subis de façon répétée, il ne déclenche pas forcément de syndrome réactionnel isolé mais porte atteinte à l'estime et la représentation de soi, à l'identité et à la personnalité même du sujet. Les symptômes se rapprochent alors de ceux des personnalités limites : dérégulation des émotions et de la conscience, tendances à l'impulsivité et aux conduites à risques, idées suicidaires, somatisations, relations de dépendance aux autres et insécurité face à l'environnement...

› Après la dépression, l'addiction est le deuxième trouble comorbide de ces états de psychotraumatismes. Le recours répété aux drogues est une tentative de solution chimique à cet état permanent de stress intérieur et de contrôle des symptômes, une sorte de « court-circuit » immédiat de moins en moins efficace au fil des consommations, une forme de dissociation artificielle.⁷⁴

3) Favoriser le repérage et la parole autour des violences

→ Travailler en amont des situations

🔑 La formation de l'équipe à la question des violences et de leur impact est recommandée en amont de toute démarche d'amélioration des pratiques. La problématique peut être abordée de manière générale et/ou centrée sur les violences faites aux femmes. La formation peut alors être mise en place avec l'appui des CIDFF (Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) ou des partenaires locaux spécialisés (foyers spécialisés, associations d'aide aux victimes, associations du réseau Fédération Nationale Solidarité Femmes). Des outils sont par ailleurs disponibles sur le site stop-violences-femmes.gouv.fr.

🔑 Construire son réseau de partenaires sensibilisés et soutenant est une première étape incontournable : justice, travailleurs sociaux en commissariat, pompiers, structures de mise à l'abri, hébergements d'urgence, associations spécialisées dans l'aide aux femmes ou aux victimes... Dans la majeure partie des départements, des réseaux de partenaires existent en matière de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, animés sous l'égide des équipes territoriales aux droits des femmes, auprès desquelles des informations peuvent être recueillies. La sensibilisation mutuelle est indispensable pour un travail efficace, et l'orientation ne fonctionnera correctement que si elle est réalisée auprès de professionnels qui connaissent la question des addictions et avec lesquels la structure a déjà travaillé.

🔑 Pour favoriser le lien avec des femmes ayant été victimes de violences, **offrir un accueil sécurisé et sécurisant est**

⁷¹ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

⁷² DELILE Jean-Michel et al. « Femmes, psychotraumatisme et addictions : une approche intégrée en centres de soins », In : *Sortir des sentiers battus. Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*, Editions PUL, 2013

⁷³ Marion Barrault, « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », *Psychotropes*, 2013/3

⁷⁴ Pour en savoir plus : <http://memoiretraumatique.org/>

primordial. Cette sécurité peut passer par un accueil non-mixte (cf fiche 4 p.26). Mais elle relève aussi de l'empathie, de la bienveillance, de l'absence de directivité, en résumé de la qualité d'écoute et de relation que suscite l'intervenant.

→ Améliorer le repérage

🔑 Montrer que la parole sur les violences est possible peut se traduire par la disposition d'affiches, de flyers ou de tout autre support sur les violences faites aux femmes, dans les lieux de passage et d'attente. Des séances d'information sur le cycle des violences, l'escalade, les abus sexuels, le harcèlement, incluant les risques pour les enfants, peuvent être organisées et proposées avec des partenaires.

🔑 Le repérage de violences subies, qu'elles soient récentes ou remontent à l'enfance ou l'adolescence, peut être compliqué par la honte ressentie et l'adaptabilité de la personne, la fidélité inconsciente à l'agresseur, la rationalisation et la banalisation de l'agression. Poser la question des violences ne garantit pas d'avoir la réponse, mais ouvre un espace de parole possible pour la personne, qui pourra s'en emparer au moment où elle le souhaite.

🔑 Les professionnels de l'aide aux personnes victimes de violences recommandent de poser systématiquement la question à toute nouvelle personne rencontrée, ou au minimum à toutes les femmes. Celle-ci peut prendre la forme suivante : « *Pensez-vous avoir vécu dans votre vie des violences émotionnelles, sexuelles ou physiques ?* ». Ils ont choisi cette proactivité en remarquant que les personnes n'étaient pas forcément en état d'aborder spontanément leur vécu.

🔑 Les professions médicales sont souvent aux premières loges pour découvrir des indices de violences subies, lorsque celles-ci ont laissé des traces physiques, constater des blessures, ou encore faire le lien entre une symptomatologie physique et un traumatisme. La fibromyalgie par exemple est très fréquemment diagnostiquée chez des personnes ayant subi un viol (principalement des femmes).

🔑 Toutefois la violence vécue peut être confiée à n'importe quel moment et n'importe quelle personne de l'équipe : **la pluridisciplinarité offre d'autant plus d'espaces de parole.** L'équipe doit alors être prête à s'organiser pour traiter la situation rapidement. Le contenu de l'événement n'est pas forcément rapporté dans le détail à l'ensemble de l'équipe, mais l'existence de faits graves subis est transmise.

🔑 Selon l'article 434-3 du Code Pénal, « *le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de*

45000 euros d'amende. » Comme tout citoyen, les professionnels peuvent donc se retrouver dans l'obligation d'apprécier le danger que court une personne qu'ils accompagnent. Cette responsabilité s'articule d'une part, avec la législation concernant le secret professionnel, et d'autre part, avec la nécessité de créer une alliance thérapeutique avec la personne. L'appréciation de la situation se fait idéalement en équipe. En-dehors des obligations légales et des situations d'urgence où peut exister un danger grave et imminent pour la femme, il semble important de prendre le temps de créer un lien de confiance avec elle de façon à éviter, autant que faire se peut, qu'elle ne rompe toutes relations avec l'intervenant.

4) Que faire dans une situation d'urgence ?

➤ Un CAARUD raconte : « *un jour, l'une des femmes qui fréquente notre centre est arrivée en sang, les vêtements déchirés, en état de choc. Elle convulsait. Elle venait de subir une agression et notre équipe a dû la prendre en charge, la calmer et l'entourer, alerter les pompiers...* »

🔑 L'aide aux victimes de violences n'est certes pas la mission du CSAPA et du CAARUD. Toutefois, une situation comme celle décrite ci-dessus n'est pas rare, et **les intervenants ont leur rôle à jouer en matière de repérage et d'accompagnement vers les partenaires qui peuvent porter secours à la personne en cas de crise.** Le protocole national pour l'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences⁷⁵ rappelle que « *l'objectif est [...] de considérer que la première démarche d'une femme victime de violence auprès d'un professionnel de première ligne lie ce professionnel et tous les partenaires co-responsables du parcours de prise en charge de la femme.* »

🔑 Plus l'équipe se prépare en amont à ce genre de situations, plus les réactions seront rapides et appropriées :

- le lien avec la police, le SAMU et les pompiers est essentiel, tout comme leur sensibilisation aux spécificités des conduites addictives ;
- l'équipe peut élaborer un protocole de référence pour ces situations : les étapes, la procédure à suivre, les responsabilités des uns et des autres, les partenaires à joindre ;
- proposer à la personne de l'accompagner physiquement chez les partenaires est recommandé ;
- immédiatement ou à distance de l'événement, les intervenants peuvent proposer à la personne de faire valoir ses droits, l'informer sur la procédure et l'aider dans ses démarches (voir le point 7 p.48).

5) Les spécificités de la prise en charge des violences conjugales

→ Violences conjugales et addictions

➤ Les violences conjugales sont très souvent caractérisées par la répétition des faits et se déroulent généralement sur plusieurs années de suite : **le processus de sortie du couple est**

⁷⁵ Rédigé par Marie Fontanel, Patrick Pelloux et Annie Soussy, juillet 2014, disponible sur www.ladocumentationfrancaise.fr

très long et comprend plusieurs allers et retours vers le compagnon. Nous pouvons ici faire le parallèle avec la sortie des consommations de substances, souvent jalonnée de périodes d'abstinence et de re-consommation. Certaines structures d'aide aux femmes victimes de violences mettent d'ailleurs en place une « réduction des risques liés aux violences », de la même manière que l'on met en place une réduction des risques liés aux consommations en addictologie : il s'agit d'aider la femme à mettre en place des stratégies pour se protéger en cas de crise tant qu'elle ne souhaite pas quitter son compagnon.

➤ Les liens entre violences conjugales et addictions peuvent prendre plusieurs formes :

- Les violences subies peuvent être un facteur direct des consommations des femmes : la consommation d'alcool en soirée, au moment où le compagnon rentre du travail, peut être un indice, qu'il ne faut pas hésiter à explorer.
- Lorsqu'une femme est en situation concomitante de violences conjugales et d'addiction, chacune des deux problématiques peut freiner l'accès à l'autre. Il est donc recommandé de les prendre en charge en parallèle.
- Les violences conjugales, cumulées aux conduites addictives, fragilisent les femmes et peuvent les invalider dans leur rôle de mère : cela peut alors conduire à une intervention de la protection de l'enfance et compliquer la situation.

➔ Mieux prendre en compte la question

🔑 Le secteur de l'aide aux femmes victimes de violences conjugales recommande :

- de poser systématiquement la question à toutes les femmes reçues par la structure, et cela assez rapidement (dès les premiers entretiens avec la personne), par exemple via la question « *vous sentez-vous en sécurité dans votre couple ?* » ;
- lorsque la femme évoque l'existence de violences conjugales, il est important de lui expliquer qu'elle n'est pas seule, qu'elle n'est pas coupable et qu'elle peut être mise en sécurité, quand bien même elle ne réagirait pas immédiatement pour sortir de cette situation ;
- de proscrire toute forme de maintien du lien entre la femme et l'auteur des violences dans l'accompagnement car la femme est sous emprise : éviter la prise en charge en couple, toutes les formes de médiation, le croisement des parents lors de l'échange des enfants quand il y a séparation...
- d'anticiper les difficultés économiques et de logement qui pourront se poser si la femme souhaite quitter son domicile ;
- de travailler à l'élargissement du réseau social, souvent très réduit.

Bon à savoir

Le 3919 « **Violences Femmes info** » est, depuis le 1^{er} janvier 2014, le numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences (toutes les violences, violences conjugales, violences sexuelles, mariages forcés, mutilations sexuelles féminines, violences au travail), de leur entourage et des professionnels concernés. Ce numéro national est anonyme,

accessible et gratuit depuis un poste fixe ou mobile en métropole, comme dans les départements d'outre-mer. Les appels vers ce numéro n'apparaissent pas dans la liste détaillée des appels téléphoniques.

Il est ouvert 7 jours sur 7 :

- du lundi au vendredi de 9h à 22h
- les samedi, dimanche et jours fériés de 9h à 18h

Pour en savoir plus : www.stop-violences-femmes.gouv.fr

Le CNIDFF (Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles) et **les CIDFF** présents dans chaque département peuvent également être des partenaires ressources sur les questions de violences conjugales.

➔ Travailler en partenariat

🔑 **Les centres peuvent adapter ces préconisations en fonction de leurs ressources et des situations rencontrées, en s'appuyant sur des partenariats avec des structures spécialisées** : les CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)⁷⁶, les centres de mise à l'abri, les accueils de jour spécifiques⁷⁷, les référents départementaux pour les femmes victimes de violences au sein du couple⁷⁸,

Sur le terrain...



Un partenariat entre un CSAPA et une structure d'hébergement pour les femmes victimes de violences

Le CSAPA APS Contact en Seine-et-Marne a développé depuis plusieurs années un partenariat avec le Relais des femmes 77, une structure d'hébergement pour les femmes victimes de violences conjugales. Ce partenariat a débuté par des rencontres d'équipes, où les professionnels ont pu bénéficier d'une sensibilisation mutuelle aux problématiques de leur partenaire. Puis des groupes de travail et de réflexion ont été mis en place pour améliorer :

- la manière d'appréhender et d'aborder les questions d'addiction auprès des femmes hébergées par le Relais ;
- le repérage des violences conjugales parmi les femmes qui fréquentent le CSAPA.

Les équipes ont mis en place un soutien mutuel : lorsqu'une femme victime de violences conjugales est repérée au CSAPA, le Relais des femmes se déplace pour la rencontrer dans les locaux du centre. De la même manière, le CSAPA se déplace au Relais si une femme hébergée présente une conduite addictive. Le médecin et la psychologue du CSAPA posent systématiquement la question des violences conjugales aux femmes qu'ils rencontrent ; l'ensemble de l'équipe du centre a également été sensibilisée pour aborder la question si besoin.

Ce partenariat a permis à l'équipe du CSAPA d'être moins démunie face à ces situations et de mettre en place un protocole de repérage et d'orientation plus efficace : encourager la femme à porter plainte, appeler le Relais si la femme est d'accord pour le rencontrer.

En savoir plus : contactez le CSAPA APS Contact au 01 64 08 99 47 ou par mail : apsprovins@orange.fr

⁷⁶ Pour en savoir plus, consulter le site du CNIDFF (Centre national d'information sur les droits des femmes et des familles) : www.infofemmes.com

le réseau d'associations de la Fédération Nationale Solidarités Femmes... Participer à des instances locales qui coordonnent les acteurs sur cette question permet de rencontrer les partenaires, de se faire connaître et d'améliorer la prise en charge.

Travailler en partenariat n'est pas forcément toujours évident. Le secteur de l'addictologie et celui de l'aide aux femmes victimes de violences conjugales se connaissent souvent mal, les expériences étant peu nombreuses et récentes. Leurs missions étant très différentes, des échanges pour mieux comprendre la culture professionnelle de l'autre sont recommandés. En effet :

- le secteur de l'aide aux femmes n'accompagne que la femme, alors que le centre en addictologie, lui, peut être amené à accompagner les deux membres du couple ;
- l'approche des professionnels des addictions est basée sur l'absence de jugement et la neutralité, préférant laisser émerger la demande, alors que le secteur de l'aide aux femmes soutient l'un des partis et pratique fréquemment la proactivité dans l'accompagnement.

Le secteur de l'addictologie peut être ressource auprès des équipes d'hébergement d'urgence de femmes victimes de violences pour :

- faire une évaluation de la situation de la femme au regard des addictions
- accompagner les femmes sur cette problématique
- réfléchir au positionnement de la structure vis-à-vis des consommations⁷⁹

Les associations d'aide aux femmes victimes de violences, de leur côté, peuvent aider les structures d'addictologie à mieux aborder cette question avec les femmes qu'elles rencontrent, à intervenir de manière appropriée et à les orienter plus efficacement.

Point juridique

> La réponse pénale

Les violences conjugales font partie des violences volontaires avec circonstance aggravante et **sont considérées comme un délit**, tout comme les violences sur mineur, sur personne vulnérable, sur ascendant, etc.

Les violences volontaires avec circonstance aggravante sont punies d'une peine d'emprisonnement allant de 2 mois à 10 ans et d'une amende à partir de 3750€. Sont considérés comme telles : les appels téléphoniques malveillants, les violences volontaires aggravées, l'abandon de famille, l'agression sexuelle, le vol, le harcèlement moral...

Lorsqu'il y a viol ou meurtre, il s'agit alors de crimes que la loi punit d'une réclusion criminelle allant de 15 à 30 ans - voire perpétuité - et d'une amende à partir de 3750€.

La sanction des violences conjugales dépend de l'ITT (Incapacité Temporaire Totale) entraînée par les faits chez la victime.

L'ITT est évaluée en fonction du retentissement fonctionnel des

faits sur les gestes du quotidien (elle ne se limite pas au cadre professionnel) et prend en compte les violences physiques et psychologiques.

Dans le cas de violences **volontaires** sur conjoint :

- Si l'ITT est inférieure à 8 jours, l'auteur risque 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende
- Si l'ITT est supérieure à 8 jours, l'auteur risque 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende

Dans le cas de violences **habituelles** sur conjoint :

- Si l'ITT est inférieure à 8 jours, l'auteur risque 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende
- Si l'ITT est supérieure à 8 jours, l'auteur risque 10 ans d'emprisonnement et 150 000€ d'amende

> La réponse civile : l'ordonnance de protection

Elle a pour objectif d'apporter en urgence une réponse, même en l'absence de dépôt de plainte, en permettant :

- L'éviction du conjoint violent du domicile
- Une décision provisoire sur l'attribution du domicile et les modalités de garde des enfants

La procédure est la suivante :

- Saisine du Juge aux affaires familiales
- Avocat non obligatoire
- Possibilité pour la victime d'être accompagnée par une association qualifiée

Pour plus d'informations, consultez stop-violences-femmes.gouv.fr

6) Des réponses thérapeutiques pour mieux vivre après avoir subi des violences

➤ Nous l'avons évoqué plus haut, les professionnels des addictions et la recherche ont mis en exergue une forte prévalence de violences subies dans l'enfance et l'adolescence chez les femmes ayant des conduites addictives intensives.

Toutefois, la relation de cause à effet entre des violences vécues et des consommations importantes de substances n'est pas systématique. Les violences ne sont pas non plus forcément l'unique facteur des consommations. Il arrive également que la personne ait été traumatisée par des faits qui n'entrent pas dans la définition des violences subies, et pourtant ont été vécus comme telles. L'évaluation de la situation se doit donc de prendre en compte l'histoire de vie de la personne dans toute sa complexité.

→ Intégrer la question des violences à l'accompagnement

Des approches psychanalytiques aux thérapies cognitives et corporelles émergentes, une palette de réponses existe pour travailler au dépassement d'un vécu de violences. En fonction des besoins de la personne, l'équipe peut proposer un type d'accompagnement et/ou d'orientation, voire combiner des types de thérapies complémentaires.

Dans une étude menée à Montréal en 2001, Louise Nadeau et Karine Bertrand ont fait état de recommandations

⁷⁷ CIRCULAIRE N°DGCS/SDFEFH-B2/2012/158 du 13 avril 2012 relative au financement d'accueils de jour pour les femmes victimes de violences au sein du couple dans chaque département

⁷⁸ Mis en place par la circulaire n°SDFE/DPS/2008/159 du 14 mai 2008, ils étaient 74 référents répartis dans 55 départements en juin 2013

⁷⁹ Pour approfondir la question, consulter le guide « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », élaboré conjointement par la Fédération Addiction et la FNARS, paru en 2015

Une communauté thérapeutique italienne

La communauté thérapeutique Fragole Celesti, à Turin en Italie, a été créée récemment pour les femmes présentant des conduites addictives, souffrant de troubles de la personnalité et ayant subi des violences dans leur jeunesse (incestes perpétrés le plus souvent par le père).

Initialement, l'association Fermata d'Autobus gérait deux communautés thérapeutiques mixtes. Mais l'équipe s'est rendue compte que les femmes accueillies entraient systématiquement en relation amoureuse avec les hommes résidents de la communauté. Ces relations de dépendance très fortes, souvent empreintes de violences, entraînaient rapidement une sortie du traitement du couple. La communauté réservée aux femmes a donc été mise en place comme outil pour aider les femmes à sortir de la répétition de ces mises en danger auprès des hommes, comme expérience temporaire de mise à l'écart du risque. Dans ce même objectif, les relations sexuelles sont interdites dans la structure, et les premiers temps de l'accompagnement sont toujours effectués par des intervenantes.

La communauté travaille beaucoup sur le corps. Par les violences qu'elles ont subies, les femmes accompagnées par la structure ont grandi dans une confusion entre leur intérieur et leur extérieur et ne ressentent pas les limites de leur corps ; elles le perçoivent comme triste et faible. Elles évitent d'être en contact avec l'autre, car ce contact est vécu comme une menace. Elles ont plus de risques d'automutilation et de troubles du comportement alimentaire, revivant des enjeux de contrôle et de pouvoir sur ce corps dont les contours leur sont flous. Les femmes victimes de violences et toxicomanes payent un double prix : elles revivent une violence contre leur corps via les consommations et elles rejettent leur féminité en tant que responsable de leurs difficultés.

La relation d'accompagnement offre à ces femmes une expérience de « maternage » pour les aider à reconstruire une barrière entre leur intérieur et l'extérieur, à identifier leurs besoins propres et à faire émerger un désir d'autodétermination. L'approche thérapeutique est diversifiée : administration de traitements médicaux adaptés, expérimentation des capacités d'autonomie, accompagnement psychologique, valorisation des ressources familiales, activités corporelles (danse, musique...), récréatif socialisant (jardinage, théâtre, café philo...). Les activités en lien avec le toucher nécessitent toutefois une grande délicatesse car, du fait de leur vécu, le toucher sexuel est confondu avec le toucher affectif chez ces femmes.

Le séjour en communauté réservée n'est qu'une étape du parcours : il peut déboucher sur un séjour en communauté mixte par exemple, une fois que cette frontière entre l'intérieur et l'extérieur est suffisamment travaillée par la personne pour être expérimentée « dans la vraie vie ».

Pour aller plus loin :

- > actes de la Journée Régionale « Femmes et addictions : le corps en questions » qui s'est déroulée à Marseille le 25 novembre 2014 sur www.federationaddiction.fr
- > site de Fragole Celesti <http://www.fragolecelesti.it/fr/>

La prise en charge du psychotraumatisme expérimentée en CSAPA

Dans l'approche du psychotraumatisme, la prise en charge se déroule en plusieurs étapes :

- **la stabilisation** de l'addiction et des symptômes anxieux les plus invalidants : par des traitements médicamenteux, une aide psycho-éducative pour que la personne contrôle mieux ses émotions, un cadre sécurisant, de la méditation pleine conscience...
- **le rétablissement des responsabilités et la déculpabilisation** : en expliquant, par exemple, les mécanismes de défense du corps face à une agression ;
- **une thérapie qui intervient sur trois dimensions** :
 - Sociale : rétablir ou protéger le réseau social, limiter les relations d'emprise
 - Cognitive : mettre en place de stratégies de coping, travailler sur les distorsions cognitives et les croyances négatives, faire émerger les ressources
 - Gestion émotionnelle et détente corporelle

De nombreuses techniques sont préconisées : expression dramatique, jeux de rôle, psychodrame, mais aussi brainspotting, thérapie sensori-motrice, somatic experiencing, ICV (intégration du cycle de vie), etc.

Cette approche préconise, tout en respectant le rythme de la personne, de ne pas hésiter à sortir de la neutralité, d'être proactif, de l'accompagner physiquement dans ses démarches, car elle aura beaucoup de difficultés à trouver ses ressources en interne. Elle tâche également de renforcer au maximum sa position d'acteur en montrant ce qu'elle a mis en œuvre pour survivre, en l'aidant à identifier ses ressources.

L'une des thérapies expérimentées par l'approche du psychotraumatisme est l'EMDR ou Eyes Mobility Desensitization and Reprocessing, une thérapie basée sur les mouvements oculaires qui permettraient au cerveau de mieux intégrer physiologiquement un événement traumatique en cas d'état de stress post-traumatique (ESPT).

Cette thérapie en provenance des Etats-Unis est expérimentée notamment au CEID Addiction à Bordeaux (voir la fiche d'expérience sur le site www.federationaddiction.fr). L'équipe a publié plusieurs articles relatant sa pratique :

- DELILE Jean-Michel et al., « Femmes, psychotraumatisme et addictions : une approche intégrée en centres de soins », In : *Sortir des sentiers battus. Pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*, Editions PUL, 2013
- "Treating Trauma in Addiction with EMDR : a pilot study", *Journal of Psychoactive Drugs*, 8 Septembre 2014
- PEREZ-DANDIEU Béatrice et al., *The impact of eye movement desensitization and reprocessing and schema therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD*, Drug and alcohol dependence, January 1, 2015
- SALMONA Muriel « Addiction et violences. Mémoire traumatique à l'œuvre », intervention pour l'association Oppelia, 24 novembre 2011 – Disponible sur www.oppelia.fr

pour l'intervention auprès de femmes présentant des conduites addictives graves. Elles ont interrogé 21 femmes après plusieurs années de traitement. Elles ont mis en lumière le caractère indissociable des consommations de « *la forte prévalence de facteurs de risque familiaux, notamment l'alcoolisme parental et diverses formes de maltraitance* ». En outre, ces traumatismes dans l'enfance ont été reliés à des difficultés interpersonnelles chroniques et à une instabilité de l'humeur présente tout au long de la vie. Elles ont dégagé quatre cibles d'intervention proprement dites : « *la consommation des substances ; les relations interpersonnelles ; la gestion du stress et des états émotionnels débilissants ; l'acquisition de l'autonomie, de l'estime de soi et d'un sentiment d'efficacité personnelle.*⁸⁰ »

→ La prise en charge des violences sexuelles

🔑 En matière de repérage :

- Des questions du type « *Qu'est-ce qui vous a fait du mal un jour, dans votre vie ?* » ou « *Qui vous a fait mal un jour, dans votre vie ?* » laissent une porte ouverte à la personne pour évoquer ces violences.
- Les perturbations du sommeil peuvent être un indice : les femmes qui ont été violées le soir, quand elles étaient enfants notamment, peuvent être insomniaques et/ou ne peuvent dormir dans le silence.
- Lorsqu'une violence sexuelle est abordée au sein d'un groupe de parole, l'idéal est de pouvoir reprendre la question en individuel avec la personne concernée à la fin de la séance.

🔑 En matière de prise en charge :

- La prise en charge psychologique est indispensable : pour se remettre des violences sexuelles, il faut d'abord réussir à les dire.
- Le choix de l'accompagnement par une femme doit être proposé, qui peut améliorer la confiance et la verbalisation.
- L'équipe aura à l'esprit les peurs que ces femmes peuvent éprouver face aux examens gynécologiques ou aux approches thérapeutiques par le toucher.
- L'orientation vers des professionnels formés à la sexologie (notamment les gynécologues) est préférable.
- Mettre par écrit dans un courrier l'histoire de la patiente pour lui éviter d'avoir à répéter son vécu auprès de chaque intervenant peut lui faciliter les démarches. Toutefois, cette histoire n'est communiquée que lorsque c'est indispensable pour le suivi.

🔑 De manière générale, la sensibilisation des équipes aux violences sexuelles est importante.

Bon à savoir

Une permanence téléphonique nationale existe : la ligne « *Viols femmes informations* » fonctionne du lundi au vendredi de 10H à 19h. Numéro anonyme et gratuit : 0 800 05 95 95

Pour en savoir plus

- www.stopauxviolencessexuelles.com
- « *Le traumatisme du viol* », *Revue Santé Mentale*, n°176, Mars 2013

7) Comment aider la femme à faire valoir ses droits ?

➤ **En population générale, en 2014, seulement 15% des femmes victimes de violences conjugales et 10% des femmes victimes de viol ou tentative de viol ont porté plainte.**

➤ Les professionnels ont témoigné de nombreuses reprises de la difficulté pour les femmes présentant des conduites addictives de faire valoir leurs droits, notamment auprès des forces de l'ordre, lorsqu'elles sont victimes de violences. D'une part, l'accueil qu'elles reçoivent par les autorités peut parfois être empreint de jugement, comme si la consommation de substances justifiait l'agression. D'autre part, les femmes peuvent avoir des réticences à porter plainte, notamment dans le cas de violences conjugales : l'auteur menace souvent sa conjointe de la retrouver, ou bien de déscolariser les enfants, ou encore les enfants demandent à voir leur père... Plus globalement, les démarches peuvent sembler complexes et longues pour la personne.

🔑 **Afin de faciliter la reconnaissance du préjudice subi, les équipes encouragent les femmes à porter plainte mais sous certaines conditions :**

- la décision appartient toujours à la femme accompagnée ;
- cette dernière doit être informée avec précision du déroulement et des enjeux de la procédure ;
- les intervenants proposent toujours de l'accompagner physiquement chez les partenaires.

Point juridique

Le **dépôt de plainte** est un acte par lequel la victime porte à la connaissance de la justice les faits dont elle a été victime. Il entraîne une enquête et une transmission du dossier au Procureur.

- Il est effectué auprès de la police ou de la gendarmerie, ou encore par courrier au Procureur dans un délai d'un mois après l'agression.
- Principe du guichet unique : la victime peut déposer plainte n'importe où, elle n'est pas obligée de revenir sur son lieu d'habitation par exemple.
- Les gendarmes ou les policiers ne sont pas en droit de refuser de prendre une plainte. Si les forces de l'ordre refusent le dépôt de plainte, vous pouvez utiliser l'argument juridique ; si le refus persiste, faites un courrier au Procureur avec la date et l'heure du refus.
« *La police judiciaire est tenue de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions à la loi pénale et de les transmettre, le cas échéant, au service ou à l'unité de police judiciaire territorialement compétent.* » (Article 15-3 code de procédure pénale)
- Le certificat médical n'est pas obligatoire lors du dépôt de plainte, même si la plainte doit être prouvée. Par ailleurs, dans les situations de violences conjugales, il arrive que l'auteur dénonce le certificat médical comme un certificat de complaisance.
- Penser à demander une copie du procès-verbal de dépôt de plainte évitera à la personne d'avoir à répéter son histoire en détails le cas échéant.

Le dépôt de plainte donne lieu à une enquête de gendarmerie ou de police. Le procureur de la République juge ensuite de l'opportunité de poursuites, qui peut prendre trois formes :

- un classement sans suite si les preuves ou le préjudice

⁸⁰ NADEAU Louise, BERTRAND Karine, « *L'intervention auprès des cas lourds : Le cas des femmes alcoolodépendantes et toxicomanes* », 2011

sont insuffisants

- une alternative aux poursuites : un rappel à la loi ou une médiation pénale (déconseillée en cas de violences conjugales)
- un renvoi devant le tribunal correctionnel

La **main courante**, effectuée auprès de la police, est un simple enregistrement des déclarations de la victime. Elle n'entraîne ni enquête, ni transmission au Procureur.

La main courante peut être une alternative si la personne ne veut pas porter plainte : cet outil n'est pas inutile car il laisse une trace pour refaire un historique, mais ce n'est pas une preuve, plutôt une alerte, une prise de connaissance d'une situation. Un protocole national relatif au traitement des mains courantes et des procès-verbaux de renseignement judiciaire (PVRJ) en matière de violences conjugales, signé le 13 novembre 2013 par les ministres en charge de l'intérieur, de la justice et des droits des femmes, vise à ce qu'aucune violence déclarée ne reste sans réponse (en cours de déclinaison sur le territoire). Tout dépôt de main courante/ procès de renseignement judiciaire, doit ainsi être adressé aux parquets et appelle une réponse (enquête si les faits déclarés sont graves, avec éventuelle poursuite judiciaire et, en tout état de cause, une réponse sociale systématisée).

8) Et lorsque la structure accompagne un auteur de violences ?

Le centre peut se retrouver dans une situation complexe : **celle d'accompagner à la fois la femme victime de violences et la personne qui en est l'auteur**. La difficulté est accrue s'ils forment un couple. Dans cette situation, l'équipe doit s'interroger et proposer un positionnement clair : accompagnement différencié ou non, orientation d'un des membres du couple vers une autre structure, orientation vers une thérapie de couple, etc.

L'équipe peut faire appel à certains partenaires spécialisés dans le travail avec les auteurs de violences :

- La FNACAV (Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiale) répertorie sur son site les centres de prise en charge : www.fnacav.fr
- Les CRIAVS sont les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles et sont rassemblés en fédération : www.fccriavs.org

9) La violence exercée par les femmes

Beaucoup moins abordée et pourtant fréquemment rencontrée par les équipes, la violence exercée par les femmes est d'autant plus difficile à appréhender qu'elle ne correspond pas à l'image de la féminité traditionnelle. Elle est donc moins acceptée socialement que celle des hommes, ou vécue de manière plus intense par les équipes. Pourtant elle existe, notamment chez les femmes qui ont subi des violences et retournent celles-ci contre elles-mêmes, le collectif, les intervenant(e)s.

En 2006, Annie Garnier-Müller, qui travaillait à l'Espace femmes de la Boutique 18 à Paris, témoignait : « *Les usagères*

ne sont pas toutes égales entre elles. Il existe une hiérarchie au sein de ce groupe de femmes (les leaders et les autres) où s'exercent des rapports de domination, où la violence est toujours présente. En plus de cette violence, latente ou non, elles subissent la violence de la rue, des clients, de leurs compagnons... Alors que l'Espace femmes est fait pour se reposer, déposer un peu de leur histoire – souvent liée à la violence du passé ou présente -, toutes les occasions sont donc susceptibles de faire émerger les conflits, la violence, et il est difficile de faire émerger une autre parole. Quand elles sont enceintes, les hommes les appellent « Les mères sous X », et elles se dénigrent entre elles, entre celles dont les enfants sont dans la famille et celles dont les enfants sont à l'ASE et qui sont encore enceintes. (...) La coopération n'est pas toujours de mise et souligne un niveau de misère affective dont elles sont victimes et actives. »⁸¹

En 2006, l'Espace femmes avait mis en place un accompagnement assuré uniquement par des intervenantes. Depuis, l'équipe est devenue mixte (deux intervenants et deux intervenantes). Cette évolution peut expliquer en partie la baisse de l'intensité et de la fréquence des violences observée au sein de la structure ces dernières années.

⁸¹ Interview d'Annie Garnier-Müller, Table ronde « Drogues au féminin », EGUS III d'ASUD, Bobigny, 11 octobre 2006

Constats

- › Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à subir des violences sexuelles ou conjugales ; toutefois il est probable que les femmes en parlent plus facilement et plus rapidement que les hommes, et qu'on leur pose plus facilement la question
- › Les équipes sont régulièrement confrontées à des situations d'urgence : agression physique et/ou sexuelle récente, indices de violences conjugales
- › Avoir subi des violences expose à un risque de santé plus dégradée, tant psychique (dépression, anxiété, repli sur soi, tentatives de suicide...) que physique : le lien entre ces parcours de vie et les conduites addictives est fortement interrogé aujourd'hui, notamment dans l'approche par le psychotraumatisme
- › La prise en compte des situations de violences peut mettre une équipe en difficulté si elle accompagne à la fois la victime et l'auteur des violences
- › Les équipes sont souvent confrontées, principalement dans le cadre d'accueil collectif, à la violence exercée par les femmes elles-mêmes, entre elles et envers les intervenants

PRÉCONISATIONS

- Améliorer le repérage des vécus de violences dans l'enfance, l'adolescence et/ou à l'âge adulte, car c'est un enjeu fort pour l'accompagnement en addictologie
- Acquérir et maintenir de bonnes connaissances juridiques ; l'articulation du repérage avec les obligations légales peut être travaillée en équipe
- Construire un réseau de partenaires solide et étendu, sachant que, dans la plupart des départements, des réseaux de partenaires existent en matière de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Animés sous l'égide des équipes territoriales aux droits des femmes, ces réseaux peuvent constituer des points d'appui.
- En amont du travail en partenariat, mettre en oeuvre une sensibilisation réciproque, car les cultures professionnelles et les missions des uns et des autres diffèrent sensiblement
- Proposer aux femmes ayant subi des violences de les accompagner physiquement dans leurs démarches auprès des partenaires
- S'informer sur les réponses thérapeutiques existantes pour faire évoluer ses pratiques vers une meilleure prise en compte du lien entre violences subies et addiction
- Repérer et travailler avec des partenaires spécialisés dans l'accompagnement des auteurs de violences

8. Les situations de prostitution

1) Personnes prostituées et femmes consommatrices de substances : deux publics stigmatisés

➤ **La prostitution est une réalité aux formes multiples**, tant dans ses motivations et contraintes que dans les caractéristiques des personnes qui l'exercent, ou encore dans les lieux où elle est réalisée. Le nombre de personnes en situation de prostitution est estimé entre 30 000 et 37 000 en France, quel que soit le mode d'exercice ou de mise en contact : prostitution de rue, prostitution via Internet, prostitution indoor (bar à hôtesse, salons de massage etc.). La majorité des personnes en situation de prostitution sont des femmes (85 %), étrangères⁸² et sous la contrainte d'un proxénète ou d'un réseau d'exploitation sexuelle.

➤ Les femmes consommatrices de substances et les femmes prostituées ont en commun une forte stigmatisation sociale, une relégation en marge de la société et font l'objet de jugements moraux. Ces publics ont des difficultés à faire valoir leurs droits, à faire reconnaître leur statut de citoyenne autonome, et vivent fréquemment dans des contextes de précarité économique et sociale. La maternité est socialement considérée comme incompatible avec ces situations.

➤ On retrouve également chez ces deux publics la question de **l'importance de la vulnérabilité psychologique** à l'origine des conduites de prostitution ou de consommation.

➤ Une majorité des personnes prostituées connaissent une surexposition aux violences physiques, sexuelles et psychologiques, y compris à celles vécues dans l'enfance et/ou l'adolescence. La précarité, la vulnérabilité et l'emprise sont des facteurs déterminants d'entrée et de maintien dans la prostitution. Ces femmes peuvent vivre un phénomène de dissociation qui leur permet d'anesthésier la souffrance créée par leur situation. On retrouve ici des caractéristiques associées aux femmes souffrant de psychotraumatismes et ayant des conduites addictives (cf fiche 7 p.41).

➤ Les professionnels qui ont participé à l'élaboration de ce guide ont témoigné de situations diverses :

- certaines femmes se trouvent confrontées à ces situations en raison de difficultés économiques et dans des contextes de précarité ;
- chez les très jeunes femmes, des pratiques occasionnelles assimilées à de la prostitution auraient notamment pour objectif d'obtenir des biens de consommation courante ;
- des situations d'activités sexuelles rémunérées librement

choisies ont également été rapportées.

➤ Certaines associations d'aide aux personnes prostituées craignent qu'associer systématiquement la prostitution à un mal-être enferme les femmes dans un statut de victime, minimise leur part de libre-arbitre et les éloigne des systèmes d'accompagnement sanitaires et sociaux.

2) Les liens entre prostitution et consommations

➤ **Les liens entre prostitution et consommations de substances psychoactives sont variés, bidirectionnels et non systématiques :**

- Les qualificatifs de femme « dépravée » ou « libertine », empreints de **jugement moral**, sont fréquemment associés aux femmes consommatrices de substances, qu'elles se prostituent ou non, ce qui est rarement le cas à l'inverse chez les hommes consommateurs.

- Certaines femmes qui consomment des produits chers (crack, opiacés...) se prostituent occasionnellement ou régulièrement **pour pouvoir acheter des produits**, ou échangent des rapports sexuels directement contre des substances.

- Certaines femmes prostituées **consomment des substances pour supporter leur situation** en renforçant leur dissociation corporelle (alcool, médicaments, de plus en plus de crack), ou bien sous la pression des réseaux de proxénétisme. En 2004, l'OFDT a réalisé une enquête auprès de 173 femmes prostituées : 42% consommaient des drogues de façon régulière et 17% consommaient des drogues illicites autres que le cannabis⁸³. Selon une revue de littérature citée par le rapport IGAS *Prostitution : les enjeux sanitaires* (2012), l'usage quotidien d'alcool concernerait 20 à 30% des femmes prostituées, principalement pour supporter des conditions de vie difficiles. Il reste difficile pour elles d'évoquer ces consommations. Les produits consommés et les types d'usages varient en outre beaucoup en fonction de facteurs culturels.

- Certaines femmes prostituées ont développé des consommations régulières de substances **au contact des clients**, qui leur proposent des produits (alcool, cocaïne, cannabis...).

➤ Dans le secteur médico-social des addictions, les professionnels rencontrent le plus souvent **les consommatrices de substances qui se prostituent pour acheter du produit** : elles souffrent souvent de vulnérabilités psychologiques associées. La dépendance au produit peut aussi être associée à une dépendance affective et favorise l'emprise des hommes sur ces femmes. En revanche, ces structures voient très peu les

⁸² Données issues du rapport 2014 de l'OCRTEH 2014 : 43% des femmes originaires d'Europe de l'Est et des Balkans (Roumanie et Bulgarie), 38,5% d'Afrique subsaharienne (Nigéria) et 9% de Chine.

⁸³ CAGLIERO Suzanne, LAGRANGE Hugues, « La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine », OFDT, octobre 2004

femmes prostituées qui consomment en lien avec leur situation, à moins d'avoir choisi d'adapter leur accompagnement spécifiquement à ce public.

3) Comment mieux prendre en compte les situations de prostitution ?

Les femmes à la fois prostituées et présentant des conduites addictives **choisissent leur « porte d'entrée » dans l'accompagnement** (« prostitution » ou « addiction ») en fonction :

- de la problématique à laquelle elles s'identifient le plus

- de leur représentation de l'offre de service de l'établissement
- des représentations des professionnels sur la problématique (et donc de leur aisance à aborder le sujet)
- du regard des autres personnes usagères de la structure

L'offre de dispositifs différenciés en addictologie et sur la prostitution permet de respecter ce que les femmes souhaitent montrer d'elles-mêmes.

La sensibilisation de l'équipe à la question de la prostitution pourra lui permettre de distinguer plus facilement les

Des femmes témoignent sur www.psychoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Sur le forum, le témoignage de la prostitution est toujours lié à un moment ou un autre à la consommation de produit, ce qui est logique étant donné le thème de PsychoACTIF. C'est une certaine prostitution qui est donc racontée : les prostituées qui témoignent ne sont pas sous contrainte d'un proxénète et ne se prostituent pas dans la rue. Pour la plupart, elles ont été en situation de prostitution à cause du manque (d'héroïne ou de cocaïne), ou pour se défoncer, échangeant un ou des acte(s) sexuel(s) avec le dealer, ou faisant une passe pour pouvoir aller « choper » ensuite. Quel que soit le contexte de prostitution, il est presque toujours associé à de mauvaises expériences et/ou des violences (clients omniprésents, viols, violences physiques et psychologiques...).

Le témoignage de « **petite fille** » est à cet égard très révélateur : « *J'avais 14 ans, mon dealer la trentaine, gérant d'un magasin, mari et père, apprécié des tox pour sa bonne came, apprécié des non-tox pour son amabilité, sa culture, son argent. J'avais 14 ans et besoin de cam ce jour-là, il avait un petit appartement en plus de sa maison familiale pour son commerce parallèle, je suis donc allée voulant demander une avance car pas de tune, c'est ce jour-là que pour la première fois il m'a dit qu'il pourrait arranger ça si j'acceptais de prendre un bain avec lui ! Oui un bain !!*

1ère réaction : tu déconnes !!

2ème réaction : ça va pas dans ta tête !!

3ème réaction : (après une bonne heure de réflexion) ok

J'avais 14 ans et je me retrouvais nue contre le corps nu d'un homme qui me répugnait au plus haut point, mais me rendant compte que mon corps allait peut être me rendre la vie plus facile (ou pas !).

Le bain s'est transformé en « des bains », ses mains baladeuses /mes poings serrés, ses yeux pétillants/mes yeux fermés plein de larmes, son sourire/mes dents mordant ma langue.

Puis un jour je suis arrivée chez lui, il avait allumé des bougies (comme si c'était romantique ???!!) et m'attendait en peignoir, j'ai su que le bain ne suffisait plus pour un dépannage ! J'étais horrifiée, apeurée mais je l'ai fait quand même. Je suis sortie ce jour-là me jurant que ça n'arriverait plus et que je trouverais l'argent qu'il fallait pour éviter ça, taxer les potes, voler la famille, vider le compte prévu pour mes études, puis re-plus de tune, j'y suis donc retournée, encore et encore toujours plus de dépannage.»

La question du choix de se prostituer est discutée (parfois intensément) sur le forum. Entre choix et contrainte, le concept de non-choix est souvent avancé comme étant « choisir le moins pire parmi les quelques solutions qui se présentent » : « *A ceux qui pensent que nous sommes toutes des victimes, je répondrais que personne ne saute de joie tous les jours à l'idée d'aller au boulot. Chacun à des contraintes et des avantages. Il y a aussi beaucoup d'autres métiers qui abîment et n'épanouissent pas du tout* », avance **Lola-Zilla**.

Souvent, il ne s'agit que de prostitution occasionnelle, même si quelques-unes avouent avoir continué au-delà de ce qui était nécessaire pour assurer leur consommation, ou à cause du manque d'argent. « *Avant je faisais ça qu'avec lui, mais petit à petit je me suis retrouvée à faire ça avec plein de mecs pour avoir ce que je voulais parce que j'ai pas d'autres moyens de me payer ce qu'il me faut* » dit **samiranice**.

Source : échanges sur www.psychoactif.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

➤ Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

différents types de situations : plus les réseaux de traite et de proxénétisme sont présents, plus l'accompagnement est difficile. **La prudence est toujours de mise** afin d'éviter de mettre les personnes concernées dans des situations encore plus compliquées qu'elles ne le sont déjà. Il est par exemple difficile d'entrer en contact avec les femmes qui sont contraintes dans le cadre d'un réseau ou d'un proxénète sans les mettre en danger. **La porte d'entrée sanitaire** (dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles - IST, soin gynécologique) est un des moyens de les rencontrer. Toutefois, les professionnels des addictions peuvent avoir leurs propres limites à parler de ces questions : les reconnaître et intervenir uniquement dans la mesure de ses possibilités permet d'aborder le sujet avec les femmes de manière appropriée.

De même que pour les violences, **les professionnels gagneront à aborder la question de la prostitution auprès des femmes qu'ils accompagnent**. Cela peut se faire au fur et à mesure du temps, en respectant le rythme de la personne accompagnée. Les professionnels des addictions pourront être attentifs aux signes qui laisseraient présager ce type de situation, notamment dans le cas de consommations de produits nécessitant beaucoup d'argent et/ou lorsque des problèmes gynécologiques sont décelés.

La distribution de **matériel de réduction des risques sexuels adapté aux situations de prostitution** et la formation à l'utilisation de ce matériel sont recommandées en CAARUD comme en CSAPA (préservatifs masculins et féminins, gel lubrifiant, digues dentaires⁸⁴, eau, mouchoirs en papier...), de même que les démonstrations et l'adaptation du matériel pour l'activité prostitutionnelle, avec les personnes concernées et/ou des partenaires. La proposition d'une **consultation gynécologique** (sous forme de permanence intra-muros ou d'orientation vers des partenaires sensibilisés à ces questions) sera la bienvenue, ainsi qu'un partenariat avec un CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic).

On l'a vu, cumuler prostitution et consommation de produits expose à une **stigmatisation sociale accrue, y compris vis-à-vis des autres usagers de la structure**. Pour ne pas renforcer cette stigmatisation, l'accueil des intervenants s'adapte : neutralisation du jugement au maximum, discrétion vis-à-vis des autres usagers (privilégier l'individuel au collectif peut être utile), proposition d'accompagnement physique chez les partenaires, valorisation de la place et du savoir des pairs... Enfin, l'accueil de personnes en situation de prostitution pose fréquemment la question de la médiation sociale auprès des riverains et des élus.

La stigmatisation de la prostitution et les contextes de réseaux de traite et de proxénétisme impliquent **une plus grande difficulté d'accès aux droits et aux soins** : des points sur lesquels l'accompagnement se doit d'être particulièrement vigilant.

⁸⁴ Une digue dentaire est un carré de latex ou de polyuréthane mince et souple, totalement imperméable. Outre son utilisation chez les chirurgiens-dentistes, la digue dentaire est utilisée comme un préservatif pour se protéger des maladies et infections sexuellement transmissibles lors d'un rapport sexuel entre la bouche de l'un des partenaires et la vulve ou l'anus d'un autre. (définition : Wikipedia)

Sur le terrain...

Les spécificités du public de l'Espace Femmes de la Boutique 18

L'Espace femmes de la Boutique 18 à Paris est un service du CAARUD entièrement réservé aux femmes, fréquenté également par des transgenres et transsexuels. La particularité du dispositif tient à la mixité de son public, mélangeant à part égale des femmes usagères de drogues prostituées ou non et des femmes prostituées usagères ou non de drogues. Initialement dédié uniquement aux femmes usagères de drogues, le dispositif s'est tourné, dans le cadre de sa mission de réduction des risques, vers les femmes prostituées non consommatrices. Celles-ci sont souvent d'origine étrangère (Nigeria, Bulgarie, Roumanie...) : pour leur faire connaître l'Espace Femmes et ses missions, l'équipe mobile a réalisé des maraudes avec un éducateur anglophone et une intervenante en langue maternelle roumaine. La mise en place de la mixité des publics a été longue, les deux groupes ont mis du temps à s'approprier mutuellement. L'Espace accueille en moyenne une vingtaine de femmes par jour. Sept à huit femmes enceintes sont accompagnées par an ; elles consomment principalement du crack et découvrent généralement leur grossesse tardivement. Le bouche-à-oreille, les maraudes et la distribution de brochures et flyers permettent de faire connaître le dispositif. Les réorientations de partenaires sont plus rares.

Les femmes à la rue usagères de drogues et/ou prostituées ont des facteurs de risques sanitaires multipliés par rapport à la population générale. La maternité est presque un facteur de vulnérabilité dans un espace mixte ; le regard porté par les hommes sur ces femmes est très jugeant. La polyconsommation d'une femme est perçue différemment de celle d'un homme, par elle-même comme par la société. La co-dépendance est reçue de manière plus violente. La femme se considère comme un objet, une monnaie d'échange, et non comme un sujet de droits ; elle vit quotidiennement la pression de la police, du groupe, du compagnon, d'autres femmes... d'où l'utilité d'un espace préservé, où elle peut souffler. La confiance entre l'équipe et les usagères se construit sur des années : il faut donc se donner du temps.

Pour en savoir plus : contactez l'Espace Femmes au 01 46 07 94 84 ou par mail : espace.femmes@charonne.asso.fr

Adapter le matériel de réduction des risques sexuels

Au Sleep'In Lille, un hébergement d'urgence pour usagers de drogues à Lille, la distribution du matériel de réduction des risques sexuels est réalisée par un éducateur, qui peut évaluer le besoin, conseiller, réorienter vers le médecin et/ou l'assistante sociale. Elle s'effectue dans le hall d'accueil, séparé de l'espace d'hébergement, et peut être associée à la distribution de matériel de réduction des risques liés à la consommation de drogue. **Une évaluation régulière du matériel** de réduction des risques sexuels est réalisée sous forme d'entretiens directs informels auprès des personnes prostituées qui l'utilisent, en partenariat avec l'association Entr'Actes, association de santé communautaire accueillant les personnes prostituées sur Lille.

Pour en savoir plus : contactez le Sleep'In au 03 28 04 53 80 ou par mail : sleepin@cedre-bleu.fr

🔑 L'équipe gardera à l'esprit qu'aujourd'hui, **80 % des personnes prostituées en France sont de nationalité étrangère, ce pourcentage atteignant 90 % pour la prostitution de rue**. Renforcer l'accompagnement auprès de ces femmes lorsqu'elles consomment des substances implique l'adaptation de l'information aux langues et cultures concernées (cf fiche 11 p.63).

4) S'appuyer sur un réseau de partenaires

→ Associations accompagnant les personnes prostituées

🔑 Ces associations proposent un accompagnement diversifié des personnes prostituées : accès aux droits, accès aux soins, réduction des risques sexuels, accompagnement psychologique, aide à la réinsertion... Rencontrer ces acteurs pour échanger sur les missions et fonctionnements de chacun permet de se construire, le cas échéant, **un réseau ressource** sur la question, et disposer de documents d'information pour les personnes rencontrées de part et d'autre.

🔑 Travailler avec ces partenaires peut favoriser :

- le repérage des situations de consommations consécutives à l'activité prostitutionnelle
- l'orientation d'un public qui ne fréquente pas habituellement les structures d'addictologie
- l'intégration de pratiques adaptées aux situations de prostitution dans la structure d'addictologie
- l'intégration de pratiques adaptées aux situations de consommations dans la structure d'aide aux personnes prostituées
- dans tous les cas, un accompagnement plus global de la personne

🔑 L'équipe spécialisée en addictologie peut commencer par répertorier et rencontrer la ou les associations du territoire pour échanger sur les projets et missions de chacun.

→ Autres partenaires

🔑 Pour accompagner au mieux un public fortement stigmatisé socialement, l'équipe d'addictologie gagnera à se construire un réseau « d'alliés », c'est-à-dire de partenaires sensibilisés tant aux questions des consommations qu'à celles de la prostitution.

🔑 Les structures **d'hébergement d'urgence** peuvent être des ressources utiles. Certaines questions méritent toutefois d'être clarifiées : l'éventuelle adaptation des horaires à l'activité prostitutionnelle, la réglementation concernant les actes sexuels et la réduction des risques liés aux consommations dans la structure.

🔑 Pour tous les **aspects juridiques**, faire appel aux avocats, aux réseaux de juristes et d'aide aux victimes.

🔑 **La police, la gendarmerie et les pompiers** sont des interlocuteurs fréquents pour les équipes. Une sensibilisation régulière de ces partenaires leur permettra d'adapter leur posture professionnelle au public. Les rencontres sont facilitées lorsque les hiérarchies de la structure d'addictologie et de l'institution se mettent d'accord sur les objectifs et le mode de coopération. Pour rappel, le partage d'informations avec les forces de l'ordre doit s'effectuer dans le strict respect de la confidentialité prévue par la loi.

🔑 Se constituer un réseau de **professionnels de premier recours sensibilisés et bienveillants** facilite l'accès aux soins des personnes : médecins de ville, dentistes, services des hôpitaux, gynécologues, centres de dépistage...

🔑 Les **délégations départementales aux droits des femmes et à l'égalité** sont des interlocuteurs sur les plans administratif et politique.

Constats

- › Les CAARUD rencontrent surtout des femmes qui se prostituent pour pouvoir se procurer des produits chers ou qui se consomment en grande quantité, activité souvent liée à une relation d'emprise du compagnon et au milieu du trafic de drogues illicites
- › Les CSAPA rencontrent plutôt des femmes qui ont connu une situation de prostitution passée ou qu'elles sont en train d'abandonner
- › Les structures qui accompagnent les personnes prostituées rencontrent des femmes qui consomment des produits notamment pour supporter leur activité ou qui les consomment en partage avec leurs clients
- › Prostitution et consommation de produits cumulées renforcent la stigmatisation et entravent d'autant plus l'accès aux droits

PRÉCONISATIONS

- Organiser des rencontres et une sensibilisation mutuelle entre les équipes en addictologie et celles qui accompagnent les personnes prostituées pour faciliter le repérage et l'orientation des femmes concernées
- En fonction des besoins du public reçu, mettre à disposition du matériel de réduction des risques sexuels dans les centres d'addictologie, et du matériel de réduction des risques liés aux consommations dans les lieux d'accompagnement des personnes prostituées
- Porter une attention accrue aux problématiques de stigmatisation, notamment vis-à-vis des autres personnes accueillies dans le centre
- Faire le point sur l'accès aux droits et aux soins et accompagner la femme dans ses démarches
- Organiser des rencontres et une sensibilisation mutuelle avec les partenaires de droit commun (police, gendarmerie, pompiers, etc.) afin de limiter la stigmatisation

9. Les consommations et la vie professionnelle

NB : nous avons choisi de traiter la précarité professionnelle dans la fiche suivante, p.60

› Christophe Dejourns, psychiatre, psychanalyste et professeur au CNAM, rappelle que **la vie humaine se joue sur deux « théâtres » : celui de la famille et celui de l'activité professionnelle**. Le travail est donc composé d'actions et de liens sociaux, qui modèlent la personne et que la personne modèle. Dans ce chapitre, nous abordons le travail comme une composante centrale de la santé humaine, qui joue un rôle dans les consommations de substances.

› Le monde de l'entreprise, mais également les professionnels de la santé et du social, **privilégient souvent une approche individualisante des addictions**, qui masque l'influence de la dimension collective de l'activité professionnelle. Celle-ci, en fonction du bien-être ou du mal-être que la personne s'y procure⁸⁵, peut être un facteur de protection ou d'aggravation vis-à-vis des consommations. Le baromètre santé 2010 de l'INPES rapporte que 36,2% des fumeurs réguliers, 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis ont déclaré avoir augmenté leur consommation à cause d'événements en lien avec leur vie professionnelle sur les 12 derniers mois.

1) Une vie professionnelle traversée par les inégalités hommes-femmes

› On observe en premier lieu que les secteurs qui ont les niveaux les plus faibles de consommation de substances sont des secteurs très féminisés : administration publique, enseignement, milieu de la santé humaine et de l'action sociale, services aux ménages. On retrouverait donc, logiquement, la différence de prévalence de consommations hommes-femmes dans le monde professionnel, avec toutefois de fortes disparités en fonction des statuts occupés⁸⁶. En outre, les femmes occupant un emploi sont, comme en population générale, beaucoup plus consommatrices de médicaments psychotropes que les hommes (jusqu'à 10 fois plus pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprises).

› **Le travail, comme toute activité humaine, est traversé par les représentations de genre**. Karen Messing, chercheuse québécoise,

a mis en évidence qu'à catégorie socio-professionnelle égale, « les tâches à effectuer et l'organisation du travail sont différentes pour les hommes et pour les femmes et donc les conditions de travail et les risques professionnels qui en découlent. »⁸⁷ Pascale Molinier, maître de conférences au CNAM, rappelle que « La plupart des hommes et des femmes n'exercent pas les mêmes métiers et, quand ils le font, ils ne sont pas soumis aux mêmes attentes et contraintes. Ce sont ces différenciations qui sont intéressantes à regarder. Les femmes peuvent moins que les hommes « oublier les autres ». On attend d'elles qu'elles soient plus humaines. Par exemple, la profession d'infirmière a permis aux médecins de demeurer à distance de la souffrance des patients. D'une femme médecin, on attendra sans doute qu'elle soit « comme ses confrères », mais aussi « différente », certainement plus humaine, voire plus docile »⁸⁸.

› En se penchant sur les études statistiques, on remarque vite que l'activité professionnelle des femmes est souvent moins valorisée que celle des hommes et les soumet plus qu'eux à certains risques, ce qui, associé aux autres composantes de la vie, peut peser en faveur de consommations de substances psychoactives.

→ Tensions psychiques

› À catégorie socioprofessionnelle égale :

- les femmes subissent une « demande psychologique » plus forte que les hommes ;
- elles sont plus nombreuses à manquer de « latitude décisionnelle »⁸⁹ ;
- les écarts les plus importants sont observés chez les catégories les moins favorisées : ouvriers et employés ;
- dans les grades hiérarchiques élevés, les femmes sont plus exposées au stress car elles doivent plus faire leurs preuves que les hommes⁹⁰, et elles se heurtent très souvent à un « plafond de verre ».

› De manière générale, selon le CESE⁹¹, **près d'une femme sur trois est exposée aux risques psychosociaux, contre un homme sur cinq**. En outre, les femmes sont plus souvent victimes de certaines formes de violence dans le milieu professionnel :

- plus de violences physiques et verbales dans les fonctions

⁸⁵ LUTZ Gladys, COUTERON Jean-Pierre, « Travail et addictions », *Aide-mémoire en addictologie*, 2e édition, 2015

⁸⁶ Christophe PALLE, « Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel », Note 2015-05, OFDT, octobre 2015 - www.ofdt.fr

⁸⁷ ANACT, « Genre et conditions de travail », *Études et documents*, octobre 2009

⁸⁸ « Poser au féminin la question de la santé au travail », *Santé et travail*, n°63, juillet 2008 – Disponible sur www.sante-et-travail.fr

⁸⁹ « Quand le travail malmène les femmes », *Santé et travail*, n°63, juillet 2008 – Disponible sur www.sante-et-travail.fr

⁹⁰ DOSSIER « Addictions : des cadres en difficulté », *Amitié La Poste France Orange*, n°168, automne 2014

⁹¹ « La santé des femmes en France », *Avis du CESE*, 2010 – www.lecese.fr

d'accueil de clients ou de patients/d'usagers (1 femme sur 4 contre 1 homme sur 10) ;

- plus de harcèlement moral et/ou sexuel de la part de la hiérarchie.

› Par ailleurs, **les compétences relationnelles, d'initiative ou de polyvalence qui sont traditionnellement dévolues aux femmes ne bénéficient que de peu de reconnaissance** : elles sont banalisées, et plus difficilement identifiables que les compétences traditionnellement dévolues aux hommes.

› Enfin, les femmes continuent d'être plus en charge que les hommes des tâches ménagères et de l'éducation des enfants, même si cela évolue chez les jeunes générations. Cette inégalité entraîne pour les femmes des **difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle**, d'autant plus importantes pour les femmes moins qualifiées, ce qui constitue un facteur de stress au travail pour beaucoup d'entre elles :

- plus de temps partiels ou d'aménagement d'horaires pour s'occuper des enfants ;
- plus d'interruptions de parcours professionnel liées à la maternité ;
- beaucoup plus de congés parentaux.

→ Tensions physiques

› Les risques les plus souvent associés au travail dans les représentations sociales traditionnelles - efforts physiques intenses, expositions au bruit, aux intempéries, aux produits nocifs - concernent majoritairement les hommes. Pourtant, selon le CESE, **les femmes ont un risque d'exposition aux troubles musculo-squelettiques de 22% supérieur à celui des hommes**, notamment des membres supérieurs, à cause de postes répétitifs et des tâches bureautiques, qui nécessitent des efforts de dextérité et de concentration, et occasionnent des postures contraignantes. En outre, dans de nombreux secteurs, les outils et postes de travail sont très largement conçus pour la morphologie masculine, ce qui engendre une plus grande pénibilité pour les femmes.

2) Quels liens avec les consommations de substances ?

→ Consommer pour s'adapter et être performant ?

› Laurence Cottet, ex-cadre dans une grande entreprise, raconte dans « Non ! J'ai arrêté »⁹² le jour où, ivre, lors d'un événement d'entreprise, elle a exprimé à son supérieur hiérarchique son insatisfaction à l'égard de son milieu de travail : « *Je l'invitai alors à parcourir du regard l'assemblée afin de visualiser les quelque 35 femmes présentes parmi les 600 hommes, hauts cadres responsables au sein de son Groupe. Je lui révélai mon insatisfaction de travailler dans ce milieu*

machiste, normalisé, conventionnel, dans lequel la parité hommes-femmes était bafouée. Je lui expliquai donc que de nos jours, une femme pour réussir devait ressembler à un homme c'est-à-dire faire preuve de plus en plus de froideur et d'indifférence. A ce moment précis, libre et révoltée par mes silences trop longtemps enfouis, je savais pertinemment que mon heure avait sonné. J'étais sonnée aussi, complètement cuite... et je me suis effondrée, après quelques minutes, devant 650 collègues. »

› **La consommation de substances peut avoir plusieurs fonctions : limiter ses émotions dans un contexte stressant, être performant en permanence dans un milieu ultra-concurrentiel (dopage), « souffler » le soir en rentrant...** La cocaïne pour se stimuler, les bêtabloquants pour limiter le trac, les anxiolytiques pour dormir, l'alcool pour s'anesthésier... Une étude québécoise de 1991 a détaillé la fonction de l'alcool dans la vie de femmes actives, en lien avec leur vie professionnelle. De nombreux liens y ont été mis en lumière⁹³.

› Au-delà des consommations pour mieux vivre l'activité professionnelle, l'association Amitiés La Poste Orange⁹⁴ rappelle que de nombreux métiers ont **une « culture de convivialité »**, qui inclut souvent la consommation d'alcool. Dans des entreprises majoritairement masculines avec certaines habitudes de consommations, les femmes ont adopté les mêmes conduites et les mêmes codes que les hommes, y compris en termes de consommation d'alcool.

› Enfin, dans certains secteurs (comme celui de la santé par exemple, où les métiers d'infirmier et d'aide-soignant sont très féminisés), **des substances psychoactives sont disponibles sur le lieu de travail**, ce qui favorise leur consommation.

→ Des différences dans les pratiques de consommation en milieu professionnel ?

› **En matière de consommation d'alcool**, une journée organisée avec les bénévoles d'Amitié La Poste Orange a fait émerger plusieurs hypothèses, élaborées à partir des situations rencontrées par celles-ci :

- les femmes **cachent plus** leurs consommations d'alcool que les hommes, elles essaient de « garder une apparence », que cela se voie le plus tard possible...
- les femmes consomment plus d'**alcools « acceptables »**, comme la vodka qui limite les odeurs ;
- les femmes consomment **plus souvent en solitaire** car elles ont peur des réactions, sauf lorsque la dépendance est vraiment très importante : dans ce cas, les deux sexes se cachent de la même manière (bouteilles « banalisées » contenant de l'alcool, cachées dans la voiture et utilisées lors des pauses par exemple).

› Laurence Cottet raconte : « *Au moins trois fois par semaine,*

⁹² COTTET Laurence, *Non ! J'ai arrêté*, InterEditions, juillet 2015

⁹³ MORISSETTE Pauline, « L'alcoolisation à risque chez les femmes au travail : l'expression d'un mal-être professionnel », *Recherches féministes*, vol.4, n°1, 1991 – disponible sur www.erudit.org

⁹⁴ Journée d'échange « Femmes, addictions et milieu professionnel », 12 juin 2015, organisée par l'association d'entraide en milieu professionnel Amitié La Poste Orange et la Fédération Addiction

nous étions une dizaine de femmes-cadres à nous réunir le soir, vers 18-19 heures, pour boire de l'alcool. Un trésor de guerre de 600 bouteilles nous attendait, patiemment constitué par les responsables du service Communication qui récoltaient les rebuts des cérémonies officielles dont l'organisation leur incombait. C'était un secret partagé par ces femmes dont l'âge s'échelonnait de 30 à 60 ans, vivant seules suite à un chemin de vie souvent chaotique et toujours centré sur l'isolement. Des femmes célibataires, divorcées, veuves... Nos ivresses et liesses nous consolaient quelques heures et noyaient le stress des responsabilités, car nous ne comptions pas nos heures pour remplir nos missions. Nous nous battions contre un sentiment d'infériorité vécu comme une fatalité pour certaines dans ce milieu professionnel. Nous nous cachions des regards, étant toutes bien conscientes qu'une femme qui boit fait jaser, surtout dans un environnement très masculin. C'est une des grandes spécificités de l'alcoolisme féminin à « col blanc ». Il existe, il se cache et reste secret. On se couvre l'une et l'autre, on se protège mutuellement pour éviter d'éventuelles sanctions disciplinaires. En cas d'excès, on se reconduit s'il le faut respectivement chacune chez soi. Sachez que des pots « clandestins » ont toujours existé et continueront toujours d'exister. Les femmes ne font pas dans l'entreprise ce que les hommes font au vu et au su de tous : à la fin de la journée, dans le bureau du Directeur, ouvrir le réfrigérateur et servir l'apéritif bien mérité. Après les dures et stressantes heures de labeur, ce rituel jouissif est parfois quotidien.»

→ Des différences dans les réactions de l'entourage professionnel ?

› Selon Amitié La Poste Orange⁹⁵, si les jeunes femmes ont moins de pression sur la tenue du foyer, **leur responsabilité en matière de vie familiale réapparaît lorsque des consommations problématiques de substances sont repérées** : l'entourage professionnel se pose alors la question des enfants et plus largement de la famille de la femme, ce qu'il fait beaucoup moins dans le cas d'un homme.

› Par ailleurs, il semblerait que soit l'omerta est plus importante pour les femmes (c'est le cas de l'expérience de Laurence Cottet : elle a été la première femme après 15 hommes à bénéficier d'un programme d'accompagnement lors de l'arrêt de son alcool, alors que sa hiérarchie et ses collègues avaient repéré sa consommation depuis des années, pour finalement être licenciée au bout de quelques mois), soit les femmes bénéficient d'une forme de paternalisme, notamment de la part des hommes (témoignages d'Amitiés La Poste Orange).

3) Comment le secteur médico-social peut-il faire émerger ces interactions ?

→ Mieux prendre en compte la vie professionnelle dans l'accompagnement

› Les professionnels en addictologie ne peuvent pas réformer

le monde du travail et ont, de ce fait, un pouvoir limité sur les contextes de vie professionnelle des femmes qu'ils rencontrent.

🔑 En revanche, ils ont la possibilité d'**inclure systématiquement la question de la vie professionnelle** dans leur accompagnement, d'analyser avec la personne ses aspects positifs et négatifs, de suggérer des changements et de l'orienter vers les bons partenaires. On l'a vu, la vie professionnelle peut être un facteur de risque vis-à-vis des consommations, soit parce que l'emploi est précaire (voir le chapitre suivant sur la précarité), soit parce que l'activité n'est pas épanouissante, d'où l'importance d'évaluer, avec la personne, sa relation au travail.

🔑 Pour ce faire, se poser la question de **ses propres représentations** en la matière est un préalable incontournable : comment le professionnel perçoit-il l'inactivité ou l'activité professionnelle chez une femme ou chez un homme qu'il accompagne ? Existe-t-il des différences ? Pourquoi ?

🔑 **Plusieurs dimensions peuvent être intégrées à l'évaluation de la situation**, par exemple :

- Les conditions de consommation individuelles et collectives en milieu professionnel ;
- Les effets attendus et bénéfiques perçus de la consommation
- La fonction des consommations pour l'activité professionnelle ;
- Les conséquences positives et négatives des consommations sur le travail.

Cette évaluation prend du temps. Elle suppose de revenir régulièrement sur le sujet et de tirer les fils petit à petit.

🔑 Les liens entre vie professionnelle et consommations de substances psychoactives **sont variés, ambivalents et complexes** : travail comme facteur de protection ou d'aggravation des consommations, situations de dopage, travail comme facteur de pathologies soulagées par les consommations, métier apprécié mais conditions de travail difficiles, etc. Par ailleurs, la question des addictions ne se réduit ni aux facteurs individuels ni aux facteurs professionnels. Cette complexité doit être prise en compte dans l'évaluation de la situation.

🔑 Le professionnel des addictions peut se retrouver dans la **situation paradoxale** où il aide la femme à trouver ou à rester dans un emploi, notamment pour accéder ou conserver une indépendance financière, alors même que cet emploi n'est pas épanouissant.

🔑 Dans le cas où la femme n'a pas d'emploi, la **réinsertion professionnelle** se pense toujours en fonction de la situation de la personne et prend en compte ce qui, au travail, pourrait faire réémerger des angoisses et des défenses. Le retour à l'emploi peut toutefois être un facteur de protection vis-à-vis des consommations et permettre une insertion sociale.

🔑 **Les moments de retour à l'emploi** après un arrêt de travail et/ou une prise en charge en addictologie, par exemple en soin résidentiel, sont des temps de vigilance accrue. A son

⁹⁵ Journée d'échange « Femmes, addictions et milieu professionnel », 12 juin 2015, organisée par Amitié La Poste Orange et la Fédération Addiction

retour, le constat d'un changement ou, à l'inverse, d'une absence de changement dans le milieu professionnel peut être un moment éprouvant pour la personne, qui a souvent elle-même évolué pendant son absence. Ce retour à l'emploi doit donc être préparé très en amont et sur tous les plans (psychologique, matériel, administratif, etc.).

→ Tisser des partenariats avec le monde du travail

› Selon des entretiens réalisés en mai et juin 2015 auprès de médecins du travail, aborder la question des consommations avec les femmes serait moins aisé qu'avec des hommes, surtout lorsque les professionnels ne sont pas sensibilisés à la question des addictions.

🔑 Un certain nombre de structures d'addictologie ont des partenaires dans le monde du travail (Pôle emploi, services de

santé au travail, missions locales, structures IAE...). **La sensibilisation se fait dans les deux sens :**

- les professionnels des addictions peuvent sensibiliser et former leurs partenaires aux spécificités des addictions au féminin ;
- les partenaires sont ressources pour mieux connaître le bassin d'emploi du territoire et prendre en compte les mécanismes à l'œuvre dans l'activité professionnelle.

🔑 Le rôle de la **médecine du travail** est particulièrement important en matière de repérage, de prévention et d'orientation des personnes.

Constats

- › La vie professionnelle est une composante majeure du parcours de vie de chacun : comme beaucoup d'activités humaines, elle est traversée par les inégalités hommes-femmes
- › Les femmes ont plus de risques de vivre un « mal-travail » que les hommes : risques psychosociaux et de violences accrus, difficultés de conciliation des vies personnelle et professionnelle, prévalence plus importante des troubles musculo-squelettiques, mais aussi compétition plus forte qui peut inciter au dopage
- › Le travail joue donc en général moins son rôle de protection vis-à-vis des consommations pour les femmes que pour les hommes
- › En matière d'alcool, les femmes cacheraient plus leurs consommations que les hommes dans le milieu professionnel

PRÉCONISATIONS

- 🔑 Questionner la relation entre les consommations et la vie professionnelle, tant pour les femmes qui travaillent que pour celles en cours d'insertion professionnelle ou en retour à l'emploi après un arrêt temporaire de leur activité
- 🔑 Organiser des rencontres et une sensibilisation mutuelle avec les partenaires du monde du travail (Pôle emploi, services de santé au travail, missions locales, structures IAE...). Parmi ces partenaires, la médecine du travail est un acteur incontournable.
- 🔑 Proposer à la personne de consulter le médecin du travail
- 🔑 Orienter si besoin la personne vers une consultation hospitalière spécialisée dans la souffrance au travail, afin de lui permettre d'approfondir l'évaluation et d'identifier plus précisément ses difficultés

10. La précarité économique et la pauvreté

› Jean Maisondieu explore dans un article de la revue Swaps⁹⁶ les liens entre précarité économique, précarité affectivo-sexuelle et addictions. Pour lui, beaucoup d'addictions conduisent à la précarisation des conditions de vie et la précarité facilite l'apparition et surtout l'aggravation des conduites addictives. Toutes les formes de précarité sont des maltraitements au sens où elles font disparaître le sujet, en lui supprimant ses moyens d'existence, en l'assignant au simple statut d'objet ; **la précarité acquiert « un pouvoir pathogène propre dès lors que l'individu empêtré dans son addiction n'a plus des moyens convenables d'existence ».**

1) Des risques de précarité économique plus importants pour les femmes

› Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a fait paraître en 2013 une étude sur les femmes et la précarité en France⁹⁷ qui rappelle que les risques de précarité apparaissent plus nombreux pour les femmes que pour les hommes et affectent plus durablement leur parcours.

› Ainsi, en 2010 :

- **4,7 millions de femmes contre 3,9 millions d'hommes vivaient sous le seuil de pauvreté (moins de 964 mensuels)**
- **Sur les 3,7 millions de travailleurs pauvres en France, 70% sont des femmes**
- **Les femmes représentent 57% des bénéficiaires du RSA**

› Elles constituent également la quasi-totalité des allocataires du RSA « socle majoré » qui a remplacé l'allocation de parent isolé (API) et représentent le tiers des bénéficiaires du RSA « activité » qui permet aux travailleurs dont les revenus sont faibles de compléter leur salaire.

→ Une précarité professionnelle accrue

› Si le travail en lui-même, par la façon dont il est organisé, peut être un facteur de mal-être et renforcer des consommations (cf fiche 9 p.56), il est aussi **un facteur de protection** vis-à-vis des consommations : il peut apporter un cadre (obligation de se lever à heures régulières), une stabilité économique, une forme de reconnaissance sociale (rupture de l'isolement, lieu de rencontres amicales et amoureuses...) et, pour ceux qui aiment leur métier, du plaisir intrinsèque aux tâches effectuées. On constate alors que le chômage, un tra-

vail irrégulier ou intermittent, un travail temporaire ou une faible rémunération engendrent une insécurité qui peut renforcer les consommations. Laurence Arguillère (Association Alcool, Addictions et Travail) rappelait en 2012 aux Journées Nationales de la Fédération Addiction⁹⁸ que les chômeurs sont surconsommateurs de produits, que l'activité professionnelle éloigne globalement des usages de cannabis et de cocaïne, et que le statut intérimaire est associé à un fort risque de dépendance. La retraite est aussi un moment charnière, où le vide laissé par la fin de l'activité professionnelle peut être très mal vécu.

› Les facteurs de protection apportés par le travail sont les mêmes pour les femmes et pour les hommes. **En revanche, les hommes en bénéficient plus que les femmes.**

› En effet, les femmes :

- ont plus souvent **des emplois moins qualifiés** : en 2010, 27% des emplois féminins sont non qualifiés, contre 14% des emplois masculins, et 39% des emplois cadres sont occupés par des femmes. Selon la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), la probabilité qu'une personne en emploi soit sur un poste d'employé ou d'ouvrier non qualifié est 2,1 fois plus forte pour une femme que pour un homme en 2010, alors que ce rapport n'était que de 1,8 au début des années 1980.
- travaillent plus souvent à **temps partiel** : en 2010, 30% des femmes et 6,7% des hommes sont à temps partiel. 35% des femmes concernées évoquent un choix pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, et 31% auraient préféré un temps plein mais ne l'ont pas trouvé.
- occupent des **emplois moins rémunérés** : selon l'Observatoire des inégalités, tous temps de travail confondus, elles gagnent 24% de moins que les hommes. Selon la DARES, en 2012, les femmes représentent 75% des salariés à bas salaire entre le milieu des années 1990 et 2011.
- **accèdent moins à la formation continue**, d'autant plus dans les catégories socio-professionnelles moins qualifiées ;
- sont plus souvent en **contrats à durée déterminée**.

› Délaissant les filières et les emplois réputés masculins au profit de celles et ceux connotés féminins, les filles s'orientent ou sont orientées dans des filières moins rentables, financièrement et en termes d'avenir professionnel, les plaçant dans des situations plus instables, alors même qu'elles réussissent

⁹⁶ MAISONDIEU Jean, « Précarité économique, précarité affectivo-sexuelle et addictions », SWAPS, n°53, 4e trimestre 2008

⁹⁷ DUHAMEL Eveline, JOYEUX Henri, « Femmes et précarité », CESE, Editions des Journaux Officiels, février 2013 - www.lecese.fr

⁹⁸ « Addictions et travail précaire : comment aborder la question de la précarité en milieu de travail », Diaporama, 8 juin 2012

Disponibile sur www.federationaddiction.fr

globalement mieux que les garçons sur le plan scolaire. De fait, les femmes sont particulièrement nombreuses dans le commerce, l'entretien et le nettoyage et les services à la personne⁹⁹ : des métiers considérés comme correspondant à des qualités « naturelles et innées chez elles », mais des emplois souvent peu rémunérateurs et précaires. Pour l'expliquer, une hypothèse est posée par la FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale) Midi-Pyrénées dans la *Gazette santé social* : « C'est comme si elles ne s'auto-riseraient pas à se projeter dans des emplois autres que ceux qui les renvoient à leurs tâches quotidiennes : faire à manger ou le ménage, s'occuper des enfants, etc. Ces emplois, on le sait, sont synonymes de temps partiel et de bas salaire. On tourne en rond !¹⁰⁰ » **On retrouve donc dans l'activité professionnelle la même question centrale du déficit d'estime de soi que dans la vie privée.**

→ Plus de familles monoparentales

➤ Les **familles monoparentales** sont en augmentation constante depuis les années 1970, avec une accélération depuis les années 1990. Leur proportion est deux fois plus importante dans les DOM qu'en métropole. L'évolution des ressources suite à une séparation montre un appauvrissement bien plus fort du parent gardien du ou des enfants. **Or dans 86 % des situations de monoparentalité, le parent avec lequel réside (ou réside principalement) le ou les enfants est la mère, même si le père n'est pas systématiquement absent.** L'INSEE et l'INED montrent que le niveau de vie des femmes ayant divorcé en 2009 a baissé en moyenne de 20% un an après la séparation, contre 3% pour les hommes. Cet appauvrissement des femmes commence avant la séparation : les femmes en couple gagnent 42% de moins en moyenne que leur conjoint parce qu'elles consentent des sacrifices importants pour s'occuper des enfants (temps partiel, impossibilité de faire des heures supplémentaires, interruptions d'activité...) ¹⁰¹.

➤ Selon le CESE, « la monoparentalité va souvent de pair avec des conditions de vie plus difficiles, tant d'un point de vue matériel (ressources financières, logement) que d'un point de vue psychologique avec l'angoisse latente et la souffrance que peut engendrer la solitude. » Les familles monoparentales ont plus de risque d'être pauvres, ont des logements plus petits et moins confortables (manque d'éléments de confort minimaux, notamment le chauffage). Les mères isolées sont plus souvent au chômage que les mères en couple et forment une part importante des femmes ayant un temps partiel subi.

→ La vie à la rue

➤ Les femmes représentent aujourd'hui **38% des personnes**

sans-domicile fixe en France¹⁰². Selon le guide du Respadd sur la grossesse¹⁰³, « les femmes qui se situent dans une addiction s'exposent à un contexte de vie qui renforce leur vulnérabilité, déjà déterminée dans le rapport hommes/femmes et pire encore si elles sont sans domicile. Pour une femme, vivre dehors, c'est être plus souvent victime de violences physiques et/ou psychologiques, d'agressions sexuelles et/ou émotionnelles ; beaucoup d'entre elles masquent leur féminité et certaines peuvent développer des comportements agressifs envers elles ou les autres pour lutter contre cet environnement. »

➤ Une étude américaine citée par l'IAC dans sa revue de littérature¹⁰⁴ a montré que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les SDF étaient si importants qu'ils n'étaient pas comparables au reste de la population. La revue de littérature a également mis en lumière chez les femmes toxicomanes et SDF la récurrence de distorsions de l'image de soi et de ses compétences construites dans des contextes relationnels dysfonctionnants et des problèmes de santé mentale.

→ Précarité économique = difficulté d'accès aux soins

➤ Aux situations de précarité économique est fréquemment associée **une difficulté d'accès aux soins** : renoncement aux soins plus fréquent par manque de temps et/ou d'argent, peu de pratique d'examen de prévention... Le CESE explique que « plus la précarité est forte, plus l'attention portée au corps est faible, plus le rapport au temps est marqué par la vie au jour le jour et plus le contact avec les institutions sanitaires et sociales et les professionnels de santé est difficile. ¹⁰⁵ » Par exemple, « parmi les femmes de 40 ans et plus appartenant à des ménages modestes, 34 % n'ont jamais réalisé de mammographie (contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans) alors qu'il s'agit d'un dépistage organisé et gratuit. » Cela s'explique notamment par le fait que les questions de santé ne constituent pas une priorité par rapport à d'autres préoccupations vitales au quotidien, comme se nourrir et se loger. L'accès aux soins se fait donc plus souvent en temps de crise. Dans le même ordre d'idée, la revue de littérature de l'IAC¹⁰⁶ précise qu'avoir un emploi légal et bénéficier d'une couverture sociale sont des facteurs prédictifs à l'entrée en traitement de l'addiction.

➤ Marion Barrault démontre dans la revue *Psychotropes*¹⁰⁷ qu'en population consommatrice à risques de substances, la précarité des femmes est plus importante que celle des hommes : « Comparativement aux hommes, les femmes [...] sont plus jeunes [...], moins instruites et avec un revenu inférieur [...]. Ces difficultés financières poussent parfois les femmes à des activités comme le commerce du sexe et le trafic de drogues pour survivre [...]. De plus, elles ont

⁹⁹ DUHAMEL Evelyne, JOYEUX Henri, « Femmes et précarité », CESE, février 2013 - www.lecese.fr

¹⁰⁰ DOSSIER « La précarité, une affaire de femmes ? », *Gazette santé social*, n°91, décembre 2012

¹⁰¹ COLLECTIF ONZE, « L'appauvrissement des mères après une séparation n'est pas simulé ! », lemonde.fr, 25 juin 2015

¹⁰² « France, portrait social », *Insee Références*, novembre 2014

¹⁰³ Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013

¹⁰⁴ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

¹⁰⁵ « La santé des femmes en France », Avis du CESE, 2010 – www.lecese.fr

¹⁰⁶ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

¹⁰⁷ Marion Barrault, « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », *Psychotropes*, 2013/3

des enfants à charge [...], sont le plus souvent des femmes au foyer, mariées ou en ménage et ont plus fréquemment des problèmes d'emploi que les hommes [...]. » Ce sont précisément ces femmes que les dispositifs médico-sociaux voient le plus.

2) Comment mieux prendre en compte les contextes de précarité économique ?

Les équipes des centres ont fréquemment affaire à des problématiques de précarité économique et de pauvreté. Elles ont développé une approche et des services qui peuvent tout à la fois favoriser la venue des femmes dans la structure et améliorer leur quotidien.

Répondre aux besoins vitaux par une distribution de colis alimentaires, des échanges de vêtements, la mise à disposition d'une machine à laver, mais aussi de sanitaires en prenant en compte le besoin de préserver leur intimité.

Améliorer l'accès aux soins en tenant compte des peurs en lien avec les représentations du monde médical (refus de CMU de certains professionnels du soin par exemple). L'accès aux soins dentaires et optiques facilitent la suite des démarches pour trouver une formation ou un emploi.

Prêter une attention particulière aux **problématiques d'hébergement et de logement** : proposition de nuitées d'hôtel, partenariats avec des hébergements d'urgence si possible réservés aux femmes, accompagner dans les démarches pour faire valoir le DALO (Droit Au Logement Opposable).

Améliorer l'accès aux droits : papiers d'identité, sécurité sociale et mutuelle, minima sociaux.

Proposer gratuitement des activités ordinairement payantes : expositions, cinémas, activités artistiques, sportives, coiffeur, esthéticienne...

La précarité économique peut rendre cruciale la question de la mise en couple et du lien amoureux : risque de pression de la part des hommes pour se mettre en couple afin d'obtenir plus rapidement un logement, nécessité de rester en couple pour survivre, recherche d'un compagnon protecteur...

Réfléchir aux questions de mobilité et aider dans les démarches d'acquisition du permis de conduire : par manque d'argent ou de confiance en elles, les femmes n'ont pas toujours leur permis de conduire, alors que cela peut être la clé d'une évolution personnelle et professionnelle¹⁰⁸. Cela peut également passer par une aide à l'acquisition d'un véhicule ou à l'accès aux transports en commun.

Travailler l'insertion professionnelle (cf fiche 9 p.56) mais aussi, plus largement, l'inclusion dans une économie de la solidarité. Cette insertion est favorisée par une réflexion globale incluant les solutions de garde des enfants. Elle est plus compliquée pour les femmes, qui trouvent plus fréquemment des emplois précaires, à temps partiels, en horaires décalés...

Proposer le cas échéant une orientation vers des **cours de langue ou d'alphabétisation**.

Valoriser les perspectives et les possibilités et proposer un accompagnement qui repose sur la reconnaissance, le développement des compétences et le renforcement de l'estime de soi des femmes.

Constats

- Les risques de précarité économique et de pauvreté sont accrus pour les femmes : emplois globalement moins bien payés, plus souvent à temps partiel ou à durée déterminée, garde des enfants plus fréquente...
- Cette précarité économique s'accompagne souvent d'une précarité sociale et psychique et peut favoriser les consommations de substances
- L'accès aux soins, incluant celui des addictions, ne constitue pas une priorité pour les personnes lorsque leurs besoins vitaux ne sont pas assurés
- Le couple « de survie » semble une situation plus fréquente chez les femmes que chez les hommes

PRÉCONISATIONS

- Rechercher des solutions pour répondre aux besoins vitaux
- Améliorer l'accès aux soins, au logement et aux droits
- Questionner l'influence de la précarité économique sur la mise en couple et la dépendance qui peut en résulter
- Favoriser l'accès à la mobilité et à l'insertion professionnelle
- Accompagner, le cas échéant, la recherche de solutions de garde d'enfant

¹⁰⁸ DOSSIER « La précarité, une affaire de femmes ? », Gazette santé social, n°91, décembre 2012

11 • Les références culturelles

› Les références culturelles impliquent, entre autres normes, l'affectation de rôles, de tâches, de caractéristiques à chacun des sexes. Elles concernent de nombreux domaines de la vie humaine et sous-tendent les représentations sociales que nous évoquons dans la fiche 2 p.14.

› Nous souhaitons initialement travailler l'influence des références culturelles de genre sur les situations d'addiction. Toutefois, cette question étant très vaste, et **les centres étant en demande de soutien sur le public plus spécifique des femmes migrantes**, nous avons choisi de nous concentrer sur ce besoin.

› **La question de la migration englobe des situations très diverses**, qui varient en fonction de l'ancienneté de l'arrivée de la personne sur le territoire, des raisons qui l'ont poussée à émigrer, de sa culture d'origine, de la façon dont elle vit son déplacement, etc. La migration est un travail permanent de renoncement et d'acquisition identitaires pour une personne, et elle se poursuit sur plusieurs générations, chez ses enfants, ses petits-enfants...

1) De la difficulté à croiser addiction, migration et genre

› **Croiser les problématiques de la migration, du genre et de l'addiction s'avère complexe et très peu documenté en France.**

› Selon une revue de littérature présentée dans une étude belge consacrée aux trajectoires de soins des usagers de drogues d'origine étrangère¹⁰⁹, ces personnes :

- rencontreraient **plus de difficultés** à accéder au soin spécialisé
- alors même qu'elles seraient **plus vulnérables** aux consommations à risques en raison de leur taux de chômage plus important, de leurs aptitudes linguistiques et communicatives plus limitées, des opportunités réduites de scolarisation, des conflits intergénérationnels plus fréquents, des difficultés de l'acculturation et de la pression exercée par les individus du même âge. Elles connaîtraient moins les dispositifs, voire se méfieraient des approches de soin occidentales. Lorsqu'elles décident de suivre un traitement de soins, elles auraient moins de chances de le mener à terme.

› Mais l'étude préconise d'être très prudent **car elle a mis en valeur autant de différences que de similitudes entre personnes d'origine étrangère et personnes belges**, et la diversité des trajectoires parmi les personnes d'origine étrangère ne permet pas d'établir d'idéaux-types. L'étude précise toutefois que la population d'origine étrangère est plus âgée que la

population belge, habite plus fréquemment dans une métropole et se retrouve dans des situations légèrement plus défavorables et précaires. L'orientation est plus souvent réalisée par le réseau informel et la justice.

› **Les obstacles à l'accès aux soins sont multiples et varient d'une personne à l'autre.** L'étude cite par exemple le manque de références culturelles des intervenants, les problèmes de langue et de communication, l'opposition entre le discours médical et le discours religieux sur les drogues, le rejet des programmes conçus pour occidentaux, l'absence d'identification aux autres consommateurs, des moyens financiers réduits, la méconnaissance du système de santé, la quantité de temps libre, de stress, etc. Les variables sont démographiques, socio-culturelles, individuelles, en lien avec l'aide disponible dans l'entourage et la communauté, avec la perception de la consommation de substances ou encore avec les habitudes sanitaires individuelles. Enfin, **les mécanismes alternatifs pour gérer les problèmes de consommation** ont une place importante : séjour dans le pays d'origine, recours plus assidu à la religion, consommation de médicaments alternatifs, utilisation de soins alternatifs, mariage.

› **A propos des femmes**, l'étude précise qu'elles sont **moins nombreuses** à fréquenter des structures de soin parmi la population d'origine étrangère que parmi la population belge, ce qui fait écho aux témoignages des professionnels français lors de l'élaboration de ce guide. En France, des structures en addictologie ont adapté certains de leurs services à des publics migrants spécifiques, primo-arrivants, mais ceux-ci s'avèrent souvent être exclusivement des hommes¹¹⁰.

› Pendant longtemps, les migrations féminines n'ont été analysées que comme des migrations familiales, ce qui n'est pas conforme à la réalité, selon la CIMADE¹¹¹ : « *de nombreuses femmes quittent leur pays pour des raisons personnelles, parce que cela correspond à des choix de vie (travail, accès à leurs droits fondamentaux,...), pour fuir des situations de violences,...* ». D'après les Nations Unies, les femmes représentent 50% des migrants, mais sont peu visibles et prennent peu la parole. **Elles sont pourtant plus vulnérables** : « *qu'elles partent pour des raisons personnelles ou qu'elles fuient des violences spécifiques liées au genre (mariages forcés, mutilations sexuelles, crimes dits d'honneur, persécutions liées à l'orientation sexuelle,...), elles sont confrontées à des parcours d'émigration souvent plus longs et dangereux.* » **Elles se heurtent à des préjugés et des pratiques racistes accrues et ont encore plus de difficultés à accéder à leurs droits.**

¹⁰⁹ « Trajectoires de soins des usagers de drogues d'origine étrangère », Bruxelles : Politique scientifique fédérale, 2008 - www.belspo.be

¹¹⁰ Par exemple les associations Charonne et Aurore à Paris

¹¹¹ Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués : www.lacimade.org

› **Le CESE donne quelques indications sur la vulnérabilité économique accrue des femmes d'origine étrangère en France**¹¹².

Cette situation renforce les facteurs de précarisation de l'emploi et accroît fortement les risques de se retrouver au chômage, à temps partiel (notamment les temps partiels courts) ou en CDD. Les femmes immigrées sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir d'emploi que les femmes non immigrées, l'écart étant un peu moins prononcé pour les hommes. Cette vulnérabilité touche essentiellement les femmes non originaires de l'Union européenne.

› **Les femmes d'origine étrangère sont plus cantonnées dans certains postes** : elles représentent plus de 11% pour les métiers d'employés de maison, d'assistantes maternelles, d'aides à domicile et d'aides ménagères (35% des employés de maison). Leur probabilité de se trouver en sous-emploi est également très forte : c'est le cas de 11 % des ressortissantes de l'Union européenne, 17 % des femmes originaires du Maghreb, 25 % des africaines (contre 9 % des femmes actives françaises).

› **De manière générale, dans de nombreuses cultures, comme dans la culture française, la consommation de substances est plus acceptée chez les hommes que chez les femmes** : le regard porté sur les consommations de ces dernières est bien souvent intolérant¹¹³. La communauté de culture similaire est pourtant le premier réseau de soutien et de recours d'une personne migrante. Un paradoxe qui pèse probablement sur son accès aux soins.

2) Réfléchir collectivement et individuellement à cette question

› Les structures d'addictologie métropolitaines interrogées sur cette question dans le cadre de ce guide rencontrent principalement des femmes d'origine africaine (Maghreb, Afrique subsaharienne) et d'Europe de l'Est, mais aussi d'Amérique du Sud, de Madagascar... En Guyane, la communauté thérapeutique pour femmes d'Akati'j accueille des femmes issues d'une multitude de communautés, qui ne parlent pas la même langue (créole, anglais, espagnol, chinois, indou... mais aussi des langues régionales guyanaises), n'ont ni les mêmes références culturelles, ni les mêmes modes de vie. Elle a dû adapter l'ensemble de ses pratiques à cette situation¹¹⁴. Le Lotus Bus de Médecins du Monde à Paris¹¹⁵ s'est spécialisé dans l'accompagnement des femmes chinoises prostituées. L'équipe Bociek¹¹⁶ est une équipe mobile d'intervention psycho-sociale à destination des migrants des pays d'Europe de l'Est en situation d'errance et de grande précarité vivant sur Paris.

🔑 On le voit, ces équipes ne rencontrent jamais exactement les mêmes populations. Le préalable pour une structure qui souhaite améliorer l'accueil des femmes d'origine étran-

gère est donc de **s'informer sur les populations migrantes de son territoire d'intervention** : cultures d'origine, problématiques spécifiques, caractéristiques démographiques... Par ailleurs, les femmes d'origine étrangère que rencontrent les structures font souvent partie de réseaux de prostitution. Un centre parisien témoigne d'une population de femmes originaires des Pays d'Europe de l'Est qui consomment en lien avec les réseaux (cf fiche 8 p.51).

🔑 Des préalables permettent d'adopter une **posture d'ouverture** indispensable pour un meilleur accueil des personnes :

- avoir en tête que les propositions françaises d'accompagnement sont empreintes d'une culture qui n'est pas toujours partagée par les publics ciblés ;
- se renseigner sur la place et la symbolique des consommations des différents produits dans les cultures concernées, en particulier pour une femme : en interrogeant les personnes reçues, en se renseignant auprès de personnes ressources (ethnologues par exemple)...
- ... tout en évitant pour autant de préjuger des spécificités culturelles des femmes accueillies : chaque parcours est unique ;
- les actions collectives interculturelles ne fonctionnent pas forcément, la confrontation entre différentes cultures n'étant pas toujours pertinente et aisée.

3) Quelques pistes d'amélioration de l'accompagnement

NB : nous proposons ici des pistes pour l'accompagnement dont certaines peuvent s'appliquer également aux hommes d'origine étrangère.

🔑 Dans l'ensemble, **l'accompagnement de ces femmes est plus complexe et demande plus de disponibilité** du personnel, de temps et d'adaptation des outils, surtout si la personne est primo-arrivante. L'accès aux soins et l'alliance thérapeutique mettent du temps à se mettre en place.

🔑 L'interrogation du parcours d'exil de la personne permet de **comprendre son contexte de vie** : depuis combien de temps la personne vit-elle en France ? Souhaite-t-elle rester ? Est-elle là de gré ou de force ? Quelle est le sens de sa migration ? Comment vit-elle sa situation ? Souhaite-t-elle garder un lien avec son pays d'origine ? Etc.

🔑 Les problématiques des primo-arrivantes et celles des femmes de la 2^e ou 3^e génération issues de l'immigration ne sont pas les mêmes : les contextes de vies induisent des priorités différentes auxquelles l'accompagnement doit s'adapter. Pour les primo-arrivants, **les questions d'accès aux droits et à la citoyenneté, d'hébergement et de travail sont souvent primordiales** et le soin de l'addiction est rarement la première préoccupation. D'où l'importance de faire de la structure un

¹¹² DUHAMEL Evetline, JOYEUX Henri, « Femmes et précarité », CESE, Editions des Journaux Officiels, février 2013 - www.lecese.fr

¹¹³ SIMMAT-DURAND Laurence, « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques », BEH, n°10-11, 10 mars 2009

¹¹⁴ Voir la fiche d'expérience d'Akati'j dans la base d'actions spécifiques femmes www.federationaddiction.fr

¹¹⁵ Plus d'informations sur www.medecinsdumonde.org

¹¹⁶ Plus d'informations sur www.charonne.asso.fr

espace sécurisant, de proposer des actions autour des besoins primordiaux (dormir, se nourrir, se soigner...) et de bien connaître les rouages juridiques en matière d'accès à la citoyenneté. Les associations de conseil juridique et la Ligue des droits de l'homme sont des partenaires ressources sur ces questions. Chez les femmes migrantes **victimes de violences conjugales**, le vol des papiers par le conjoint est possible : si une femme est concernée et si elle le souhaite, l'équipe peut l'accompagner dans ses démarches (dépôt de plainte notamment).

🔑 Interroger **la place des consommations dans la culture de référence** et dans le parcours de migration de la personne permet d'en mieux comprendre le sens : transgression culturelle, palliatif de conditions de vie difficile...

🔑 La **souplesse de l'accompagnement** est primordiale : aller sur les lieux de vie des personnes, ne pas imposer des horaires à tout prix, utiliser les SMS, axer l'accompagnement sur la réduction des risques...

🔑 **L'entourage (familial, communautaire) peut être un levier** dans l'accompagnement, même s'il est souvent très jugeant. L'équipe peut proposer à la femme de rencontrer son entourage, pour expliquer, si elle le souhaite, le fonctionnement de l'addiction et les enjeux de l'accompagnement.

🔑 **La prise en compte de la barrière linguistique** est fondamentale :

- traduire les flyers, les affiches, la charte des usagers, les conditions de délivrance des médicaments de substitution aux opiacés...
- solliciter un interprète pour les entretiens, qui fera fonction de tiers médiateur pour mieux comprendre le contexte culturel¹¹⁷ ; mais *a contrario*, la personne accompagnée peut préférer ne pas parler de ses consommations à une personne de la même culture qu'elle ;

- s'appuyer sur les compétences linguistiques d'autres usagers de la structure ;
- mettre en place des groupes de parole dans la langue d'origine ;
- privilégier la communication orale à la communication écrite et repenser les activités (y compris thérapeutiques) en fonction de ce principe (exemple : utiliser le photolangage) ; si le support écrit est utilisé, travailler les composantes visuelles ;
- aider les personnes à remplir les documents et les accompagner chez les partenaires.

🔑 **Les approches psychothérapeutiques** sont occidentales et parfois incompréhensibles ou mal perçues par d'autres cultures : ne pas hésiter à réfléchir à des modalités alternatives de travail avec des partenaires spécialisés dans les publics immigrés.

🔑 Prendre en compte **les vécus de violences**, notamment celles liées au genre évoquées par la CIMADE, est indispensable : mariages forcés, mutilations sexuelles, crimes dits d'honneur, persécutions liées à l'orientation sexuelle, etc.

🔑 Les **structures qui reçoivent des personnes migrantes** sont des partenaires utiles : CADA (centres d'accueil pour demandeurs d'asile), association d'aide aux personnes immigrées, logements-foyers de travailleurs migrants, mais aussi Ateliers santé ville, associations de femmes relais... Le COMEDE (Comité Médical pour les Exilés) édite régulièrement un guide pratique pour les professionnels sur les soins et l'accompagnement des personnes migrantes (disponible sur www.inpes.sante.fr). La CIMADE, France Terre d'Asile ou encore l'UNAF0 sont des têtes de réseau référentes. Fin 2004, la Cimade Ile-de-France a mis en place une permanence destinée spécifiquement aux femmes étrangères ayant subi ou subissant des violences. Sur ce point, les associations d'aide aux femmes victimes de mutilations sexuelles et/ou de mariages forcés peuvent également être ressources.

Constats

- › Les femmes issues de l'immigration primo-arrivantes sont très peu visibles dans les centres
- › La problématique de la rencontre se pose de manière cruciale, tout en gardant à l'esprit que leur préoccupation première est rarement l'addiction
- › Leur accueil nécessite une clinique adaptée, et les différences de références culturelles ne prennent pas toujours les formes que l'on imagine

PRÉCONISATIONS

- 🔑 Adopter une posture d'ouverture qui préjuge le moins possible des spécificités culturelles
- 🔑 Rechercher des solutions pour contourner les barrières linguistiques
- 🔑 Interroger le parcours de vie et d'exil de la femme et se renseigner, auprès d'elle par exemple, sur la place des consommations dans sa culture d'origine
- 🔑 Organiser des rencontres et une sensibilisation mutuelle avec les partenaires spécialisés (Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, associations d'aide aux personnes immigrées, logements-foyers pour travailleurs migrants, Ateliers santé ville, associations de femmes relais...)

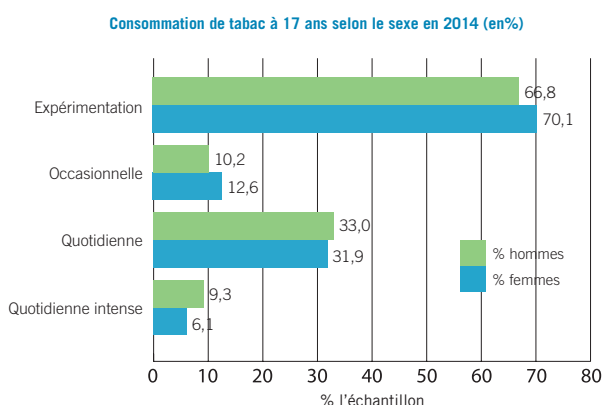
¹¹⁷ Par exemple, l'association ISM-Interprétariat à Paris développe depuis 1970 des prestations d'interprétariat en milieu social adaptées au public migrant : www.ism-interpretariat.fr.

12. La prévention et l'intervention précoce

1) Un état des lieux des consommations chez les jeunes

› L'enquête ESCAPAD réalisée régulièrement par l'OFDT offre un panorama des consommations de produits et des comportements addictifs à l'âge de 17 ans en France métropolitaine. La tendance chez les jeunes est la même que chez les adultes : **les niveaux d'expérimentations et de consommations occasionnelles sont relativement proches chez les filles et les garçons, mais l'écart se creuse dès qu'on s'intéresse aux usages plus réguliers.** On retrouve également cette différence en matière de pratiques de jeu de hasard et d'argent.

› **L'écart en matière d'usage régulier est toutefois plus important pour l'alcool** (par exemple, l'usage quotidien concerne près de 5 fois plus de garçons que de filles) **que pour le cannabis** (dont l'usage quotidien concerne près de 2,5 fois plus de garçons que de filles). Quant au tabac, il garde un statut à part, avec plus d'expérimentations et de consommations occasionnelles chez les filles, et un écart réduit pour les consommations quotidiennes intenses.



› **La polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et/ou de cannabis** concerne 12,8 % des adolescents de 17 ans : 17,1 % des garçons et 8,4 % des filles (principalement tabac-cannabis ou tabac-alcool). La polyconsommation chez les filles a quasiment augmenté de moitié par rapport à 2011, où elle s'élevait à 5,8%, alors qu'elle n'a augmenté que du quart chez les garçons sur la même période.

› L'expérimentation de **médicaments psychotropes**, comme chez les plus âgés, est plus importante chez les filles (30% des filles contre 19,3% des garçons).

› À 17 ans, en 2014, les filles expérimentent légèrement plus que les garçons le crack, les produits à inhaler ou la cocaïne. L'héroïne est expérimentée autant par les deux sexes, et les autres produits restent plus consommés par les garçons que par les filles. Toutefois, les niveaux de consommation de ces produits sont globalement très faibles chez les deux sexes.

› **En matière d'évolution récente**, selon l'OFDT, les différences de consommation entre filles et garçons restent relativement stables depuis le début des années 2000 ¹¹⁸. En ce qui concerne l'alcool, on observe toutefois une hausse significative des épisodes d'ivresse chez les jeunes femmes, ce qui irait dans le sens d'un rapprochement des comportements entre les filles et les garçons. Par exemple, si les filles, à âge égal, restent moins souvent consommatrices d'alcool que les garçons et boivent des quantités moins importantes qu'eux, l'IRDES souligne que **les quantités mensuelles d'alcool bues par les filles ont augmenté de 8% entre 2001 et 2007, alors que celles des garçons ont baissé de 10% sur la même période** ¹¹⁹.

› Concernant l'usage **des jeux vidéo**, la recherche s'intéresse de plus en plus à l'évolution des pratiques et à son impact chez la jeune génération. Selon l'enquête PELLEAS, une enquête récente effectuée en Ile-de-France auprès de 2000 élèves (de la 4^{ème} à la 1^{ère}) en 2014 ¹²⁰, « *les garçons et les filles utilisent des supports différents pour jouer (les garçons étant plus souvent dotés de leur propre console). [...] Les garçons s'adonnent préférentiellement aux jeux vidéo, alors que les filles sont plus nombreuses à consacrer leur temps de loisirs à surfer sur Internet, notamment sur les réseaux sociaux.* » Les garçons jouent à un plus grand nombre de jeux que les filles et ils jouent plus souvent à des jeux à plusieurs (jeux de rôle, notamment), là où les filles jouent seules. Par ailleurs, « *les filles identifiées comme joueuses problématiques s'adonnent plus souvent à des jeux réputés plus masculins (simulation, aventures, tir et action, rôle, stratégie) que les joueuses non problématiques.* »

2) L'émergence d'une revendication féminine du droit à consommer ?

› Rattrapage en matière d'expérimentation de certains produits, consommation quasiment équivalente de tabac, augmentation des quantités d'alcool bues... **Les filles revendiqueraient-elles plus leur droit à consommer ?** Une évolution des rapports de genre qui bouscule les garçons... et sur laquelle surfe le marketing des cigarettiers et alcooliers.

¹¹⁸ OFDT, « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 », Tendances, n°100, mai 2015

¹¹⁹ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, « Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs », Questions d'économie de la santé, n°192, novembre 2013 – www.irdes.fr

¹²⁰ OFDT, « Ecrans et jeux vidéo à l'adolescence », Tendances, n°97, décembre 2014 – www.ofdt.fr

› Marie-Laure Déroff, qui a codirigé avec l'historien Thierry Fillaut un ouvrage sur le rapport au « boire »¹²¹, revient plus précisément sur les transformations des modes de consommation d'alcool chez les jeunes. Si les lieux du boire comme les bars restent des lieux de sociabilité plutôt masculins, les modes de consommation des femmes se rapprochent effectivement de ceux des hommes. En interrogeant la population étudiante, elle a observé que les « *jeunes hommes s'efforcent d'avoir un discours socialement correct sur l'égalité des sexes, [...] mais ils sont pourtant gênés. [...] Leur malaise provient du fait que ces jeunes femmes mettent en acte leur droit à faire comme les hommes, mais, ce faisant, elles transgressent les codes, les normes de la féminité. L'alcoolisation des jeunes femmes en contexte festif leur pose surtout des questions en termes de prise de risques du côté de la sexualité.* » Les entretiens avec les étudiantes font ressortir cette revendication à l'égalité. Elle rappelle également qu'il n'y a pas assez d'éléments pour affirmer que les alcoolisations massives sont plus importantes qu'il y a trente ou quarante ans. En revanche, leur déroulement dans l'espace public les rend plus visibles.

› Christophe Moreau, sociologue, nuance toutefois ce constat¹²² : pour lui, une moitié des filles ayant une pratique festive **reste dans un rôle plus traditionnel**, celui de faire attention aux autres, de préparer et de gérer la soirée. L'autre moitié prône effectivement l'égalité et adopte un comportement sociologiquement plus masculin. Le sociologue évoque également une différence de comportement pendant l'ivresse : l'identité masculine s'inscrit dans la maîtrise des consommations, il s'agit de « tenir » l'alcool même si on boit toujours plus. Les filles ont plus rapidement des troubles et des comas et font plus part de *bad trips*, de crises de larmes et de symptômes dépressifs pendant les épisodes d'ivresse.

3) Comme chez leurs aînées, une hétérogénéité de motivations et de profils

› En fonction de l'âge, du milieu social d'origine, de l'histoire personnelle, du contexte de vie... de nombreux profils de jeunes femmes sont décrits, notamment par les établissements médico-sociaux qui en rencontrent une partie.

› **Les Consultations Jeunes Consommateurs reçoivent en moyenne 19% de filles**, soit quasiment la même proportion que les CAARUD et CSAPA¹²³. Les disparités régionales sont pourtant importantes : le Languedoc-Roussillon, la Franche-Comté, le Limousin reçoivent plus de 25% de filles. L'étude du public des CJC met en exergue plusieurs caractéristiques :

- les garçons sont principalement orientés par la justice, les filles les plus âgées sont deux fois plus nombreuses à consulter de manière spontanée et les plus jeunes à venir à la suite d'une orientation par le milieu scolaire ;
- une part importante du public rencontre des difficultés d'insertion : absence de diplôme, sortie précoce de la scolarité, chômage ;

- les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consulter pour une polyconsommation ou une addiction sans substance (troubles du comportement alimentaire principalement) ; elles sont aussi proportionnellement plus nombreuses à évoquer la consommation de tabac et l'expérimentation de cocaïne et de stimulants ;

- les motivations auto-thérapeutiques de consommation (lutter contre l'anxiété et le stress, mieux dormir) sont surreprésentées chez les femmes.

› **De leur côté, les CAARUD et CSAPA rencontrent très peu de jeunes femmes, et évoquent plutôt des profils en situation de précarité économique et sociale.** Parmi les publics précarisés, des jeunes femmes en errance qui s'injectent et sniffent, en association avec des consommations de cannabis et d'alcool ; des jeunes femmes migrantes (souvent d'origine Afrique subsaharienne), fréquemment en lien avec des réseaux de prostitution, qui consomment notamment de l'alcool ; des jeunes femmes en foyers de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) qui consomment de l'alcool, du cannabis et du tabac... Les structures évoquent des parcours de vie marqués par des ruptures, notamment familiales.

› **Les jeunes femmes bien insérées sont plutôt rencontrées dans l'espace festif public** : elles consomment de manière assez maîtrisée de l'alcool, du cannabis, du LSD, de la MDMA... On les rencontre également dans les Consultations Jeunes Consommateurs, orientées par le milieu scolaire ou leur entourage familial.

4) Des rôles sociaux qui s'affirment très tôt

› L'adolescence est la période de l'émergence de l'identité sexuelle et de la rencontre avec l'identité de genre, une préparation aux rôles sexuels adultes. **Les premières consommations prennent leur sens dans ce contexte de bouleversement psychique.** Les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes influencent le développement de l'estime de soi, qui est un facteur important en matière de conduites addictives. L'appropriation des codes de genre peut varier d'un extrême à l'autre, de la caricature à la neutralisation maximum. Si les filles et les garçons se définissent avec des qualités féminines et masculines, les caractéristiques dites masculines (indépendance, compétitivité) sont, dès cette période, plus valorisées. « *Les représentations des rôles de sexe, du masculin et du féminin, sont ainsi largement partagées avec une asymétrie des rapports sociaux en faveur du masculin* »¹²⁴.

› **La réserve des filles et l'affirmation des garçons se traduisent tôt et dans de nombreux domaines.** La puberté se produit plus tôt chez les filles que chez les garçons, ce qui crée un décalage dans les préoccupations des uns et des autres. Les filles et les garçons ne la vivent pas de la même façon : en règle générale, plus la puberté est précoce chez un garçon, plus il est content ; une fille préfère être « dans les temps » pour ne

¹²¹ DEROFF Marie-Laure, FILLAUT Thierry, *Boire : une affaire de sexe et d'âge*, Presses de l'EHESP, 2015

¹²² Les Nouvelles Vagues, « L'alcool (1/5) : jeunes femmes, jeunes hommes, qui boit quoi comment ? », France Culture, diffusée le 22 juin 2015 www.franceculture.fr

¹²³ OBRADOVIC Ivana, « Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs », *Tendances*, n°101, mai 2015

¹²⁴ LANNEGRAND-WILLEMS Lyda, « Construction identitaire fille-garçon à l'adolescence : différences et similitudes », *Contact santé*, n°233, février 2012

pas être remarquée. Dans le domaine de la scolarité, alors que les filles réussissent souvent mieux, elles sont plus nombreuses à être peu sûres d'elles. La période de l'orientation est un moment où se dessine déjà fortement la division sexuée du travail. Le « recours à la déviance » est un élément marqué de l'identité masculine, qui se traduit par la surreprésentation des conduites à risques, des conduites violentes, des actes de délinquance chez les garçons. En matière de consommations de substances psychoactives, les professionnels témoignent que les filles consomment plus souvent à l'initiative de leur petit ami que l'inverse, qu'elles servent plus souvent de « monnaie d'échange » pour obtenir des tarifs préférentiels auprès des dealers et transportent plus souvent le produit.

► **La conformation accrue aux rôles des sexes peut être caractérisée par le rejet de l'autre sexe.** Une enquête dans un collège du Nord-Pas de Calais ¹²⁵ a mis en exergue les comportements agressifs, souvent teintés de connotations sexuelles, qu'exercent fréquemment les garçons sur les filles. La moitié des collégiennes dit ainsi avoir été témoin d'attouchements. Les violences sont banalisées dans un contexte de mixité loin d'être harmonieuse. Cette étude fait écho aux témoignages des professionnels au contact des jeunes : ils évoquent des discours fréquemment machistes des garçons et un développement récent de l'échange d'actes sexuels par les filles contre des services ou des produits donnés par les garçons.

► **Chez les étudiants,** les filles sont plus nombreuses à suivre des études supérieures (universités et grandes écoles), mais les métiers prisés par les garçons sont ceux qui offrent le plus de débouchés. Les étudiantes seraient en plus grande souffrance psychologique que les étudiants : problème de gestion du stress, de sommeil, pensées suicidaires. Mais elles sont aussi plus nombreuses à chercher spontanément de l'aide à l'extérieur. « *Les garçons, même au stade des études supérieures, restent dans un comportement social de transgression des codes, donc hors des circuits de soin* » ¹²⁶.

5) Aller vers une prévention et une intervention précoce « genrées » ?

🔑 **On vient de le voir, c'est dès l'adolescence que l'ensemble des constats de ce guide peut être travaillé, d'autant plus que les consommations ne sont pas encore durablement installées et que le changement s'effectuera plus rapidement.** La recherche en la matière est malheureusement encore très peu développée, et les actions de prévention dirigées vers un sexe le sont plus par la surreprésentation d'un sexe dans un public ou un milieu spécifique que par une stratégie volontaire de différenciation des actions. Pendant ce temps, l'industrie du tabac et de l'alcool use abondamment du *Gender Marketing*, marketing social basé sur les références culturelles associées à chaque genre, pour accroître ses ventes...

→ L'enjeu du « aller vers »

🔑 Bien qu'elles soient plus enclines à demander de l'aide que les garçons, **les jeunes femmes sont plus difficiles à rencontrer**, parce qu'elles sont moins orientées par la justice, mais aussi parce que comme tous les jeunes, elles ne se considèrent pas forcément comme « malades ». Si le contact avec les jeunes femmes est plus difficile à tisser qu'avec les jeunes hommes, celles-ci modifient plus vite leurs consommations une fois le processus enclenché.

🔑 **Les Consultations jeunes consommateurs** sont un dispositif pertinent pour aller vers elles, notamment grâce aux partenariats qu'elles mettent en place avec l'ensemble du secteur éducatif, les dispositifs jeunesse d'écoute et d'information, les dispositifs avec hébergement ou encore la prévention spécialisée. Pour en savoir plus sur ces partenariats, vous pouvez consulter la base d'expériences en accès libre sur www.federationaddiction.fr. ¹²⁷

🔑 De plus, **toutes les actions décrites dans la fiche 3 p.19** peuvent favoriser une plus grande fréquentation des structures par les jeunes femmes. Par ailleurs, l'espace festif est un lieu privilégié pour les rencontrer, alors qu'elles sont encore souvent dans des usages maîtrisés.

→ Genre, sexualité, contraception

🔑 **Des enjeux forts d'éducation à la sexualité** se posent à l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux qui travaillent avec les jeunes. Certains professionnels insistent sur l'influence de la banalisation des codes de la pornographie et sur le développement de comportements proches de la prostitution dans les contextes de précarité sociale et économique (foyers d'accueil de jeunes femmes notamment). Selon une sexologue d'Ile-de-France, les inégalités hommes-femmes transparaissent très tôt dans le domaine de la sexualité, les garçons pensant avoir plus de droits en la matière que les filles. Par ailleurs, les professionnels des addictions rapportent des témoignages de filles qui regrettent des rapports sexuels qu'elles ont subis ou moyennement désirés alors qu'elles étaient sous l'effet de produits (alcool dans des contextes festifs notamment). **Etre à l'écoute de ces questions**, savoir déchiffrer entre les lignes, informer, repérer d'éventuelles violences sexuelles subies, travailler avec les partenaires appropriés (centres de planification, gynécologues, sexologues, intervenants dans l'aide aux personnes prostituées, professionnels de la protection de l'enfance...) est indispensable.

🔑 Aborder la sexualité implique d'informer sur **les méthodes de contraception** et sur les lieux et personnes ressources pour y avoir accès (cf fiche 6 p.35).

🔑 Plus largement, un **travail auprès des jeunes sur les représentations de genre et sur la perception des consumma-**

¹²⁵ « Le collège, un moment de confrontation des sexes », *Contact santé*, n°233, février 2012

¹²⁶ « Des filles nombreuses et ambitieuses », *Contact santé*, n°233, février 2012

¹²⁷ www.federationaddiction.fr/parteneriat-consultations-jeunes-consommateurs/

tions (par exemple les perceptions des garçons sur les consommations d'alcool féminines) est recommandé.

→ Adapter l'accompagnement

🔑 Le repérage et la prise en charge **d'éventuelles situations de violences subies**, notamment au sein de la famille, par les adolescentes et les jeunes femmes, prend un sens fort au regard de l'ensemble des constats de ce guide.

➤ **Les moteurs du changement en matière de consommations de substances psychoactives ne sont pas les mêmes chez les filles et les garçons.** Selon une revue de littérature internationale rapportée par l'OFDT¹²⁸ :

- les filles sont plus influencées par la famille (attachement familial, attitude parentale négative...) et les garçons par l'environnement scolaire et/ou social ;

- la capacité d'expression, de communication, constitue un facteur de protection plus efficace pour les filles que pour les garçons ;

- la prévention par l'interaction entre pairs, le travail sur les aptitudes sociales et l'affirmation de soi et les approches interactives sont plus efficaces chez les garçons que chez les filles ;

- les filles sont plus sensibles aux approches basées sur la gestion des conflits et la résistance à l'offre.

🔑 Faire de la prévention **en groupes mixtes** nécessite de bien gérer les rapports sociaux de genre entre les filles et les garçons lors des séances collectives : utiliser la non-mixité en alternance avec la prévention mixte peut faciliter l'émergence de la parole chez les uns et les autres.

Constats

➤ Les niveaux d'expérimentations et de consommations occasionnelles se rapprochent entre les filles et les garçons, mais l'écart se creuse dès que l'on s'intéresse aux usages plus réguliers

➤ On observe globalement une augmentation récente des consommations féminines, par exemple en matière de quantités mensuelles d'alcool bues, et parallèlement, une certaine revendication du « droit à consommer comme les garçons »

➤ Mais il existe une hétérogénéité de profils chez les jeunes femmes, incluant une variété d'usages : si les médias se concentrent la plupart du temps sur les usages festifs et collectifs, plus visibles, les centres observent des usages plus problématiques, avec une gradation des difficultés en fonction de la porte d'entrée choisie (CJC, CSAPA, CAARUD)

➤ C'est pendant l'adolescence et au début de la vie d'adulte que se construit l'identité de genre, et à travers elle le rapport à la prise de risque

➤ Peu de travaux de recherche abordent les questions de prévention et d'intervention précoce « genrée »

PRÉCONISATIONS

🔑 **Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) constituent un dispositif essentiel pour aller vers les adolescentes et les jeunes femmes. Elles peuvent utilement :**

- analyser les spécificités de genre constatées dans la file active
- se renseigner sur les expériences de prévention et d'intervention précoce genrée, afin d'envisager des adaptations de leur accompagnement à chaque sexe

🔑 **En fonction des moyens et des missions du centre, investir l'espace festif, où l'on rencontre plus facilement des jeunes femmes consommatrices de substances**

🔑 **Intégrer à l'accompagnement les enjeux d'éducation à la sexualité et de la construction de l'identité de genre à l'adolescence**

🔑 **Aborder la question de la contraception avec les jeunes femmes et orienter, le cas échéant, vers des partenaires spécialisés**

🔑 **Améliorer le repérage des violences subies dans l'enfance et/ou l'adolescence, dans une optique de prévention des conduites addictives**

🔑 **Réfléchir à la pertinence de la mixité et de la non-mixité des actions collectives menées auprès des jeunes**

¹²⁸ MUTATAYI Carine, « Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins », OFDT, Note 2014-10, Saint-Denis, 2014

▶▶▶ 13. Le projet d'enfant, la grossesse et l'accouchement

1) Une forte pression sur les femmes

▶ La grossesse et la maternité sont **les préoccupations spécifiques les plus clairement identifiées** par les femmes consommatrices à risques de substances, tant sur PsychoACTIF que dans l'enquête *Des femmes, des vies... des avis*.

▶ **La maternité d'une femme présentant des conduites addictives fait peur.** Elle est difficilement concevable pour la femme elle-même, pour son entourage, et plus largement pour la société. **La crainte de faire du mal à l'enfant**, par la consommation de substances pendant la grossesse, mais aussi par le contexte de vie associé aux consommations dans lequel il évoluera, est au cœur des préoccupations. Selon certaines représentations, les femmes n'auraient pas besoin d'aide puisque désirer une grossesse ou être enceinte serait « plus fort » que

l'envie de consommer, et entraînerait automatiquement une entrée dans l'abstinence. Certaines femmes s'interdisent le projet de maternité, le repousse à « lorsqu'elles auront arrêté ». Dans tous les cas, elles parlent peu de leur vie affective et de leurs désirs aux professionnels.

▶ La maternité peut, de fait, devenir un temps de contrôle social accru, qui s'exacerbe souvent dans le cas des conduites addictives. Christian Colbeaux résume ainsi **la pression qui repose sur les femmes du fait de leur capacité de procréation** : « *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.* »¹²⁹

Des femmes témoignent sur www.psichoactif.org

Les témoignages sont rapportés via les pseudonymes des internautes (en gras dans le texte)

Les trois quarts des échanges du forum « Paroles de Femmes » traitent de la grossesse et de la maternité :

- soit sous forme de questions telles que : pourrais-je faire une bonne mère ? Si je le garde et que je suis sous TSO, aura-t-il un sevrage ? Pourrai-je l'allaiter ? Sera-t-il placé du fait de mon addiction ? Quelles séquelles possibles face à la prise d'un produit (cannabis, alcool, tabac...) ?
- soit sous forme de témoignages concernant les difficiles relations des usagères de drogues ou de TSO avec le personnel soignant, médecins généralistes, maternités, ou centres de planification.

Par exemple, certains soignants ou médecins généralistes mal renseignés conseillent aux femmes de diminuer, voire d'arrêter leur traitement de substitution pendant leur grossesse car ils pensent, à tort, qu'en baissant leur TSO, le nouveau-né sera moins dépendant. Les femmes suivent généralement ces conseils car elles ont très peur de la dépendance du nouveau-né. « *Je ne voulais pas monter au-delà de 20 mg de métha car je me disais, au moins, ça limite le risque de syndrome de manque. Pour au final... elle a été en manque* », dit **Lumière**.

D'autres soignants les qualifient de « mauvaises mères » ou se permettent de les menacer du placement de leur enfant si elles n'arrêtent pas leur consommation ou leur traitement de substitution. « *Avec ma gynéco, ça se passe bien, avec l'anesthésiste c'a été une autre histoire, le rdv s'est pas très bien passé... elle n'y connaît rien et elle s'est mise à limite péter un plomb car en début de grossesse j'étais à 4 mg (de BHD) et que là j'étais passée à 6 mg... elle m'a sorti que c'était mauvais pour ma fille.* » raconte **mtd62**.

D'autres encore incitent à l'avortement à cause de l'usage de drogues : « *à l'hôpital, on m'avait encouragée à avorter sans même un délai de réflexion une fois que j'avais fait mention de l'héro, alors que 5 minutes avant, on essayait de me convaincre qu'une grossesse pouvait être quelque chose de merveilleux !* » raconte **Shaolin. Aurélie** renchérit : « *Elle sort alors un dossier rose intitulé IVG et me dit qu'il est urgent de faire une échographie de datation. Je patiente 1h30 dans un couloir afin que le Dr me fasse l'écho sur l'heure de déjeuner (pour m'éviter de devoir revenir le lendemain et de perdre une journée, me dit-elle) puis je suis de nouveau dirigée vers le centre. La dame regarde mon dossier : soulagée, elle me dit qu'il n'est pas trop tard... Quand je lui pose des questions, les réponses sont très claires : une grossesse sous*

¹²⁹ COLBEAUX Christian, « L'addiction a-t-elle un genre ? », *Contact santé*, n°233, février 2012

méthadone, c'est accepter de mettre au monde un bébé drogué, dans 95% des cas prématuré, qui souffrira, avec des risques graves.»

Face à tous ces préjugés, certaines femmes hésitent à avoir une grossesse : «J'ai 33 ans (bientôt 34), suis sous méthadone, et pensais devoir enterrer définitivement mon envie d'enfant. Je suis en couple depuis 9/10 ans, et lui a 17 ans de plus que moi... Donc c'est dans les années qui viennent ou jamais. Et je suis tombée sur PsychoACTIF, j'ai «posté» mon désespoir et reçu plein de réponses qui m'ont fait changer d'avis», explique **wastedreamor2**.

Et quand grossesse il y a, face à des soignants qui en demandent toujours plus, les femmes ont tendance à surjouer la «bonne maman», comme si elles devaient expier leur faute : «Quand j'étais en néonatal avec ma fille, certaines puéricultrices m'ont indirectement fait comprendre que je prenais la place d'une maman «bien» en chambre «mère-enfant», une maman qui n'avait pas fait de mal à son bébé, elle ! Pourtant, j'étais une des rares mamans à être constamment présente auprès de ma fille. Mais pour certaines, je restais quand même la «droguée»» témoigne **Shaolin**.

Source : échanges sur www.psychosocial.org/forum/f21-p1-Paroles-femmes.html

› Auteurs : Carine Marrec et Pierre Chappard

2) Des difficultés chez les professionnels également

› Si la préoccupation autour du futur bébé ou de l'enfant est bien entendue légitime, **plusieurs difficultés ont pu être identifiées** :

- le danger potentiel que ses consommations font courir à la femme, ainsi qu'à son ou ses enfants, semble trop souvent l'unique questionnement des acteurs sanitaires et sociaux qui l'accompagnent ;
- la prise en charge de la future mère n'est pas toujours anticipée dans son parcours de vie et de soins ;
- les inégalités territoriales en matière d'offre de soin ne permettent pas un accompagnement optimum partout.

› **Les acteurs sanitaires et sociaux sont plus ou moins traversés par les mêmes représentations que les femmes, d'autant plus s'ils n'ont pas été sensibilisés à la question des addictions.** Par conséquent, ils n'osent pas facilement les inviter à rencontrer des professionnels spécialisés dans la santé des femmes. Cela permettrait pourtant aux usagères d'aborder ces sujets avec un autre regard et de respecter l'intimité de

chacune, son ambivalence, ses choix, dans un contexte socio-culturel personnel.

› Du côté des professionnels des addictions, la période de la grossesse est aujourd'hui fréquemment identifiée comme un **temps de prise en charge spécifique et prioritaire** : les pratiques sont plutôt abouties et bien documentées. La fonction maternelle, plus que la fonction paternelle, est aussi très présente dans leurs esprits. Toutefois, ils ne sont pas non plus exempts de certaines représentations sociales.

› Les équipes des centres observent fréquemment **des grossesses à répétition**, et qui sont parfois révélées tardivement (après 5 mois de grossesse). Laurence Simmat-Durand souligne également **le fort taux d'IVG** chez ces femmes¹³⁰. Ces constats peuvent être expliqués par des raisons physiologiques liées à la perturbation du cycle hormonal, en particulier chez les femmes qui consomment des opiacés et des médicaments, mais aussi par des contextes de fragilité psychique, et des raisons sociales : contexte de précarité qui rend difficile la contraception, l'anticipation, une sexualité épanouie...

L'expérience de...

Jean Ebert, pédopsychiatre, directeur de l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien

Jean Ebert est un pionnier de l'adaptation de l'accueil et de l'accompagnement des femmes en addictologie. Fondateur du Centre Horizons à Paris, il s'est également tourné rapidement vers les questions de lien mère-enfant et, plus largement, de parentalité. Il se félicite aujourd'hui de l'émergence d'un accompagnement différencié des femmes et des hommes en addictologie, et insiste tout particulièrement sur la nécessaire prise en compte des violences subies en lien avec les situations d'addiction.

¹³⁰ « Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mères polyconsommatrices, Ile-de-France, 1999—2008 », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, n°39, 2010, pp.647-655

Depuis combien de temps vous intéressez-vous à cette question de la consommation de produit chez les femmes ?

Dans les années 1980, après mes études en pédopsychiatrie, j'ai eu l'occasion de faire un remplacement au Centre Médical Marmottan, dirigé par le professeur Claude Olievenstein, qui proposait une prise en charge institutionnelle et psychothérapeutique des toxicomanes inspirée par la phénoménologie, la psychanalyse, et l'antipsychiatrie. J'y suis finalement resté pendant 10 ans, de 1983 à 1993. En suivant mes patients, je me suis rendu compte que beaucoup avaient des enfants, mais qu'on ne les voyait jamais et qu'on n'en parlait pas. C'est lorsque j'ai commencé à aborder le sujet avec eux que ceux-ci me les ont amenés.

J'ai donc décidé de créer en 1989 le Centre Horizons, un lieu de soins pour les mères et leurs bébés, initiative qui a paru d'autant plus pertinente dans le contexte de l'épidémie de Sida. D'abord centré sur les femmes enceintes et les mères, notre accompagnement s'est élargi aux pères et notre attention s'est rapidement focalisée sur la parentalité en général. Après un audit de santé publique, nos budgets ont été augmentés et nous avons pu embaucher du personnel supplémentaire. Puis la méthadone est arrivée en 1995. Les dix premières années d'Horizons, nous avons beaucoup communiqué auprès des professionnels des maternités pour qu'ils aient moins peur de ces populations et gèrent mieux le syndrome de sevrage du nourrisson, mais aussi auprès des CSST¹³¹ sur le fait de mieux prendre en compte les questions de parentalité.

Puis j'ai fondé l'Hôpital mère-enfant de l'Est parisien en avril 2010, fruit d'une longue élaboration, depuis 1998, avec Claude Lejeune, qui présidait à l'époque le Comité régional de la naissance, puis avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, la PMI de Paris, nos confrères de l'Hôpital du Vésinet et bien d'autres... L'équipe y travaille à soutenir l'établissement des liens précoces mère-enfant, afin qu'ils soient structurants pour l'enfant et pour cette mère en devenir, et les problématiques rencontrées ne sont plus uniquement addictives. Nous recevons des femmes enceintes et des mères en difficulté issues de tous les milieux culturels et sociaux, orientées notamment par les maternités, les services de psychiatrie, les CSAPA.

Avez-vous perçu une évolution dans la prise en charge de l'addiction chez les femmes depuis votre début de carrière ?

Je connais principalement les consommatrices de drogues illicites (crack, cocaïne, héroïne), qui consomment aussi parfois de l'alcool.

Les professionnels ne sont plus dans l'indifférenciation des sexes, qui a longtemps prévalu en lien avec la dimension androgyne des personnes toxicomanes. Les équipes ont intégré qu'un homme et une femme n'ont pas le même parcours, n'entrent pas dans la dépendance pour les mêmes raisons et de la même manière, n'ont pas les mêmes réactions physiologiques, psychologiques aux produits...

Par ailleurs, l'arrivée de la méthadone a radicalement transformé la prise en charge des femmes enceintes consommatrices d'opiacés et a grandement amélioré leur trajectoire. Par contre, nous y avons perdu le savoir-faire lié aux sevrages d'opiacés pendant la grossesse.

Justement, qu'est-ce qui vous semble important à prendre en compte, aujourd'hui, pour un professionnel des addictions, sur cette question du genre ?

D'abord, il ne faut pas s'intéresser aux spécificités féminines uniquement au moment où les femmes sont enceintes. L'ensemble des trajectoires doit être pris en compte.

Ensuite, la question des violences est fondamentale. Le plus souvent, les femmes que je rencontre sont entrées dans la consommation de drogues dans une confusion affective, parce que leur compagnon consommait et a joué le rôle d'initiateur malgré elles. Traiter une femme toxicomane, c'est lui proposer un cadre sécurisé : c'est pour ça que ce n'est pas anodin de créer des espaces spécifiques pour les femmes dans nos structures, cela leur permet de parler de leur vie sans pression, sans l'emprise de la violence des hommes. Dans les situations de consommation de drogues illicites, les femmes sont très souvent utilisées dans le trafic, en lien avec l'obtention des produits. On observe plus fréquemment chez les femmes à la fois une dépendance au produit et des mécanismes d'emprise relationnelle. Dans les milieux de l'addiction, les rapports de force entre les sexes sont amplifiés.

Dans ces contextes, l'arrivée d'un enfant remet d'autant plus en question la place du père dans le couple. Il est important de travailler très tôt, avec lui, ses responsabilités par rapport à l'enfant ainsi que la question de la toute-puissance, et de l'aider à respecter la dimension maternelle de sa compagne. En cas de violences conjugales, le suivi conjoint est fortement déconseillé.

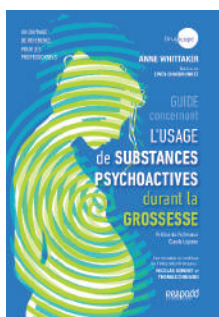
60% des femmes que nous voyons ont subi des traumatismes sexuels. Plus largement les maltraitances dans l'enfance, les contextes incestuels sont fréquents. Si la personne consomme pour supporter un vécu de ce type, elle

parviendra difficilement à se passer du produit parce qu'il lui sert de défense. L'équipe doit pouvoir traiter ces questions, ou avoir développé des partenariats avec des personnes ressources en la matière.

La part sociale de l'accompagnement est également fondamentale : accès aux droits, à l'hébergement, à la nourriture... A l'inverse, la consommation peut aussi être une forme d'émancipation, par exemple chez certaines femmes migrantes, par rapport à leur culture d'origine : se droguer, c'est transgresser, et donc échapper au rôle traditionnel féminin. Il me semble important d'avoir une approche culturelle de ces publics, variant en fonction du pays d'origine, de la culture, de l'origine rurale ou urbaine, etc. Cela implique une clinique subtile.

¹³¹ Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

3) Effets des produits et prévalences de consommations pendant la grossesse



► **La documentation concernant l'accompagnement des grossesses chez les femmes présentant des conduites addictives est abondante et précise.** Le RES-PADD, en partenariat avec la Fédération Addiction et le GEGA, a traduit et enrichi un *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse* publié en 2013 ¹³², dont nous recommandons la lecture. Il détaille

notamment les effets des consommations de produits et de médicaments sur le fœtus et le processus de grossesse et donne des recommandations de bonnes pratiques pour chaque étape et chaque type de situation. Par ailleurs, de nombreuses formations et sensibilisations existent ¹³³.

► Selon le guide du Respadd, à l'exception du tabac et de l'alcool, les conséquences des consommations de produits sur le développement du bébé et sur le processus de grossesse restent sujettes à caution. En effet, de nombreux facteurs, notamment environnementaux, entrent en considération. Par ailleurs, les effets négatifs sont plus susceptibles d'être publiés que l'absence d'effets. **La consommation de substances n'est pas neutre, mais en fonction du contexte, ses effets sont variables.** Ceci étant, les effets rapportés à l'heure actuelle peuvent être résumés ainsi :

- Presque tous les produits, y compris le tabac, augmentent les risques de prématurité et de petit poids à la naissance.
- Le tabac est un facteur de risque majeur dans le syndrome de mort subite du nourrisson ; il augmente les risques de fausses couches, de grossesses extra-utérines, de retard de croissance intra-utérine.
- L'alcool est un produit tératogène (risque de développement anormal du fœtus, en particulier pour le système nerveux - Syndrome d'Alcoolisation Foetale partiel ou complet). Si les risques semblent croissants avec le volume, la fréquence et la durée des consommations, aucun niveau « sûr » de consom-

mation pendant la grossesse n'a été établi, d'où la recommandation de santé publique de tendre au zéro alcool durant cette période.

- Les effets toxiques de la consommation de cannabis, de l'ecstasy, des hallucinogènes et des solvants sont prouvés mais encore peu documentés. Des études récentes montrent toutefois que la consommation de cannabis accentue le risque de troubles du comportement tardifs chez les enfants.
- Des risques de décollement placentaire et de rupture prématurée des membranes ont été associés à la consommation de cocaïne, de crack et d'amphétamines.
- La dépendance aux benzodiazépines et aux opiacés risque d'occasionner un syndrome de sevrage néonatal (SSN) chez les nourrissons.
- Le sevrage brusque aux opiacés en cours de grossesse est considéré comme potentiellement dangereux pour le fœtus (risque de mort *in utero*).

🔑 **Se tenir régulièrement informé des avancées de la recherche en la matière, tout en gardant à l'esprit que le rôle de l'environnement est important, permet de communiquer des informations actualisées aux femmes et d'adapter en permanence ses pratiques.**

► En population générale, certaines prévalences de consommation chez les femmes enceintes en France sont étudiées ; la culpabilité et la peur du jugement peuvent toutefois minorer leurs déclarations. En 2010, le baromètre santé de l'INPES ¹³⁴ faisait les estimations suivantes :

- 24% des femmes enceintes déclaraient fumer quotidiennement et 3% occasionnellement. 8% des femmes enceintes fumeuses consomment plus de 10 cigarettes par jour, contre 22% chez les femmes en général. 30% des femmes fumeuses arrêtent de le tabac pendant la grossesse, mais 80% d'entre elles le reprennent ensuite.
- 32% des femmes enceintes déclarent continuer à consommer de l'alcool, dont 29% de façon occasionnelle, 3% hebdomadaire et 2% déclaraient un ou plusieurs épisodes d'API.
- Les situations de vulnérabilité psychologique et un statut socio-économique défavorisé sont associés à l'usage de tabac.

¹³² Disponible auprès du Respadd : 01 40 44 50 26 ou www.respadd.org

¹³³ Par exemple le Diplôme Universitaire « Périnatalité et addictions » du GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions : www.asso-gega.org) ou les formations continues de la Fédération Addiction (www.federationaddiction.fr)

¹³⁴ BECK François, RICHARD Jean-Baptiste, DUMAS Agnès, SIMMAT-DURANT Laurence, VANDENTORREN Stéphanie, « Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes », *La santé en action*, n°423, mars 2013

4) La grossesse : une « fenêtre thérapeutique » pour le soin des addictions

› Chez toute femme, la grossesse est un temps de **bouleversement corporel et psychique** dont l'ampleur est comparable à celui à l'œuvre durant la période de l'adolescence. Cette période réactive souvent le passé, avec ses conflits et ses angoisses. Sans exagérer la vulnérabilité qui y est associée, il s'agit d'une étape de la vie où les femmes ont particulièrement besoin de soutien.

› Pour les femmes présentant des conduites addictives, la grossesse et l'enfant à venir représentent souvent **une option de renouveau**, de « libération de la dépendance », mais aussi, à l'inverse, **un enfermement** avec une recrudescence d'angoisses. Les consommations sont souvent modifiées durant cette période, fréquemment à la baisse, mais la durabilité du changement n'est pas acquise. La grossesse est une période propice à un accompagnement plus resserré, mais n'est pas une recette de sortie de la dépendance.

› Souvent **perçue d'emblée comme défaillante** par son entourage, mais aussi par certains professionnels de santé, la future mère porte les poids associés d'une stigmatisation sociale redoublée et de sa culpabilité vis-à-vis de la santé de son enfant. Elle peut être tentée de faire des **sevrages non accompagnés**. Le rôle de l'entourage proche, du compagnon et/ou du père, des parents... peut être soutenant ou culpabilisant.

5) De la nécessité d'un accompagnement global, anticipé et partagé

→ Un accompagnement collectif

🔑 Favoriser **un suivi de grossesse et de maternité précoce et régulier**, dans un contexte d'attention et de soins, permet d'aller vers une réduction des situations de crise. Rappelons que les mères présentant des conduites addictives culpabilisent souvent beaucoup et s'inquiètent pour la santé de leur(s) enfant(s). L'expérience montre également que pour un certain nombre d'entre elles, la grossesse est un moment propice d'entrée en soins. Durant l'accompagnement, les professionnels cherchent donc un équilibre entre la réalité de la

responsabilité biologique de la femme enceinte et la nécessité de ne pas susciter de culpabilité supplémentaire en évitant les jugements moraux. La question n'est donc pas ici celle de « l'enfant contre la drogue », qui redoublerait les difficultés, mais plutôt celle de la préservation du lien mère-enfant dans une situation bien souvent complexe, et ceci grâce à **une prise en charge multi-partenariale**. Cette dernière nécessite un travail permanent d'échanges entre équipes pour transmettre un discours homogène auprès de la personne.

🔑 Se laisser guider par la femme accompagnée, faire une place au père quand c'est possible et opportun, éviter au maximum les ruptures de lien et les changements de référent dans l'accompagnement, sensibiliser très régulièrement les partenaires... **sont des principes valables à toute étape du parcours**.

🔑 Enfin, les professionnels ne doivent pas hésiter à **partager leurs doutes et ressentis en équipe**, car les situations les soumettent parfois à des priorités contradictoires et paradoxales renvoyant tout intervenant à ses propres représentations et questionnements éthiques.

→ Réintroduire de la parole autour de la grossesse et du projet d'enfant

🔑 **Evoquer la santé des femmes** permet d'ouvrir un espace de parole possible sur les rêves et les désirs de maternité et d'enfants, et d'anticiper plus sereinement la situation. A chaque équipe de s'interroger sur les modalités de mise en œuvre : de quelle manière aborder la question ? Souhaite-t-on mettre en place une journée de prévention, une campagne d'affichage, une distribution de flyers ? Quelle que soient les modalités de mise en œuvre choisies, l'essentiel est de montrer que **l'équipe est disponible pour en parler si besoin**.

🔑 **Communiquer auprès des usagers du centre**, en priorité des femmes, mais aussi auprès des hommes, **sur les risques** que les consommations (de produits psychoactifs ou de MSO, mais surtout d'alcool) font éventuellement courir au processus de grossesse et au fœtus peut permettre aux femmes de modifier leurs consommations avant une éventuelle grossesse, ou tout du moins d'en anticiper les modalités d'accompagnement.

Sur le terrain...

Une situation-type

« Mme J. vient prendre sa méthadone au centre Lambda. Un jour, elle demande à l'équipe des informations car elle souhaite avoir un enfant. Elle explique que le futur père ne sait pas qu'elle prend un traitement méthadone. »

L'enjeu ici réside dans le risque de Syndrome du Sevrage Néonatal. Si le père n'est pas au courant du traitement de substitution que prend sa compagne, il risque de le découvrir à la naissance. Si le père reconnaît l'enfant, que celui-ci présente un Syndrome de Sevrage Néonatal et que le père pose des questions aux professionnels, la loi les oblige à lui parler de ce qui arrive à l'enfant, mais pas de la situation de la mère.

L'objectif de l'équipe consiste donc à donner à cette future mère tous les éléments pour qu'elle fasse son choix. Il est préférable que les professionnels ne se retrouvent en position de révéler eux-mêmes l'existence du traitement au père de l'enfant. Dans cette optique :

- l'équipe explore la situation avec la femme : existence d'un projet de couple et d'enfant, état de santé général et plus spécifiquement gynécologique, rapport à sa culpabilité et à son histoire...

- l'équipe informe sur le lien entre grossesse, maternité et TSO : impact des consommations pour l'enfant, dangers associés au sevrage pendant la grossesse, conseils de gestion du traitement lorsque l'enfant aura grandi
- l'équipe informe la femme que le père a des droits par rapport à son enfant et qu'il est préférable qu'il soit informé par la future mère en amont plutôt qu'au moment de l'accouchement, face au SSN de leur enfant
- l'équipe suggère à la femme de venir avec son compagnon pour qu'il rencontre l'équipe

Une plaquette d'information



Depuis quelques années, l'équipe du centre Port Bretagne du CSAPA 37 faisait différents constats :

- il y a chez les usagers et leur entourage une méconnaissance, voire une représentation négative, de l'usage des médicaments de substitution aux opiacés pendant la grossesse ;
- de ce fait, un certain nombre de patientes n'aborde pas la question en consultation obstétricale ;
- et d'autres arrêtent brutalement leur traitement de manière inadaptée ;
- par ailleurs, les effets des substances psychoactives sur le fœtus sont peut-être sous-estimés.

L'équipe a donc décidé de croiser ces constats et hypothèses avec ceux des usagers du centre au travers d'un questionnaire, qui a montré une relative conscience de la dangerosité des consommations de SPA pendant la grossesse mais a confirmé des représentations négatives de l'usage des TSO pendant cette période et la persistance d'idées reçues.

Un groupe de travail a été lancé, associant le CSAPA 37 et ses partenaires locaux (CPAM 37, Conseil Général d'Indre-et-Loire, opératrice départementale de prévention des conduites addictives, maternités publique et privée de TOURS, association RESIST 37) afin d'élaborer un support destiné aux usagers visant à améliorer la prise en charge obstétricale et la prise en charge pédiatrique des patientes enceintes et de leurs enfants.

Grâce au soutien financier de la CPAM 37, du CHU, de la Mutualité Française Centre, de la Préfecture d'Indre-et-Loire sur la ligne MILDT et de l'association Pégase, la plaquette a été éditée et diffusée.

Ce support reprend des informations sur les TSO et sur l'usage de SPA pendant la grossesse ; il recense également les lieux ressources du département.

En savoir plus : contactez le Centre Port-Bretagne au 02 47 47 91 91 ou par mail : csapa37.portbretagne@chu-tours.fr



6) Gérer l'accélération du temps de l'accompagnement pendant la grossesse

Le repérage des situations est compliqué par la culpabilité des femmes, qui peut entraîner une sous-déclaration des consommations. Lorsque le diagnostic de grossesse est établi (parfois tardivement), la crainte du jugement, la peur du placement des enfants, peuvent les inciter à garder le secret sur leur état.



Pour en savoir plus

Pour mieux aborder la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes, le ministère du travail, de l'emploi et de la santé a publié en 2011 le guide « Alcool et grossesse, parlons-en » à l'usage des professionnels.

Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

L'évaluation globale de la situation inclut les besoins de santé physique, les besoins psychologiques et sociaux et une évaluation des risques et des consommations. Elle doit permettre, entre autres, de clarifier le contexte de survenue de la grossesse : son caractère souhaité ou non, le contexte familial et de couple, les professionnels déjà rencontrés, la projection dans le futur enfant.

Si la personne souhaite interrompre sa grossesse, l'équipe l'accompagne dans la procédure. La femme peut être

confrontée à des pressions diverses durant cette période, soit pour qu'elle interrompe au plus vite sa grossesse, soit à l'inverse pour qu'elle garde l'enfant malgré elle. L'accompagnement physique chez les professionnels spécialisés dans l'accompagnement d'IVG peut s'avérer pertinent et l'orientation doit se faire vers des partenaires de confiance. L'ambivalence existe pour toute femme, il est important de respecter ce temps.

Si la personne veut mener sa grossesse à terme, la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire et inter-équipes est recommandée. Le timing de l'intervention des professionnels de la périnatalité (le temps de la grossesse) n'est pas le même que celui de l'intervention des professionnels en addictologie (souvent plusieurs années). Le temps disponible pour mettre en place un étayage solide de la situation est court, et s'accélère d'autant plus dans certains contextes : manque de disponibilité des professionnels, annonce de la grossesse plus ou moins tardive, absence de mise en place en amont d'un suivi, stress des professionnels... **le risque de précipitation est majoré.**

Une première recommandation serait donc **d'améliorer la gestion du stress** du côté des équipes, et **d'accompagner la personne avec l'appui d'un réseau**, tant du côté des professionnels de l'addictologie que de ceux de la périnatalité. L'accompagnement individuel peut aller jusqu'à un accompagnement à domicile, la mère préférant parfois l'intimité. Le guide du Respadd ¹³⁵ détaille en plusieurs chapitres les bonnes pratiques pour améliorer la prise en charge. Citons les plus importantes :

¹³⁵ Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, RESPADD, 2013

- travailler la stabilisation, la réduction et/ou l'arrêt des consommations en fonction des ressources de la personne et des produits consommés ;
- sécuriser l'hébergement et les droits aux ressources ;
- prendre en compte l'entourage, la dimension de couple et associer le futur père le cas échéant ;
- Proposer un soutien psychologique ;
- aborder les questionnements et enjeux autour du risque de placement ;
- faire le lien avec les professionnels entourant la famille (périnatalité, équipes de pédiatrie, PMI...) : rencontres avec et sans les futurs parents, information, sensibilisation, soutien à toutes les étapes. Par exemple, certaines équipes ont mis en place des postes de sages-femmes référentes en réseau, en CSAPA, en maternité ou en ELSA.

🔑 Lors de l'accouchement, le soin de l'enfant avec sa mère est à privilégier : la femme et l'enfant bénéficieront idéalement d'une chambre « kangourou », qui inclut dans le même

espace un lit de suite de couches et un lit de néonatalogie. Le calme et la diminution des *stimuli* sensoriels, la limitation des visites et un allongement du temps d'hospitalisation peuvent être préconisés. Hors contexte idéal, les équipes doivent favoriser le lien mère-enfant.

🔑 Si l'enfant présente un **SSN** (Syndrome de Sevrage Néonatal) à la naissance, le soutien à la mère est important pour qu'elle puisse s'occuper au mieux de son bébé, en collaboration avec les équipes de pédiatrie et néonatalogie qui entourent le bébé.

🔑 En dehors du **Syndrome d'Alcoolisation Fœtale** (SAF), forme typique la plus grave, l'ensemble des troubles causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse peuvent être difficiles à diagnostiquer précocement ; souvent, des difficultés d'apprentissage révélées au début de la scolarité peuvent conduire au diagnostic.

Sur le terrain...



Des consultations spécifiques pour femmes enceintes

De nombreuses structures proposent des accompagnements spécifiques pour femmes enceintes présentant des conduites addictives¹³⁶.

- Le CSAPA La Croisée à Epinal propose systématiquement **une première consultation spécifique maternité et sexualité** aux femmes enceintes de la structure. Lorsqu'une femme enceinte se présente au premier accueil du CSAPA, un rendez-vous est immédiatement planifié avec l'infirmière. Des partenaires (médecins de ville), la famille peuvent également orienter une personne vers le CSAPA. L'entretien dure près d'une heure et permet de faire un point sur la situation, de répondre aux questions de la femme et à ses inquiétudes vis-à-vis du traitement et de ses répercussions sur le bébé. Une éducatrice intervient dans un second temps, si le besoin se fait sentir de compléter par un autre entretien. La consultation peut déboucher ensuite sur un accompagnement personnalisé : le suivi peut être très régulier, calé par rapport aux rendez-vous pour le traitement de substitution par exemple. Les intervenantes peuvent également parfois accompagner les usagères chez les spécialistes (gynécologue, sage-femme...), si elles en font la demande.

En savoir plus : contactez le CSAPA La Croisée à Epinal au 03 29 35 62 02 ou par mail : lacroisee@avsea88.com

- Le CSAPA de Chauny dans l'Aisne propose **des consultations en addictologie réalisées par une sage-femme**. Elle y accueille des femmes usagères de substances, enceintes, ayant un projet d'enfant, ayant vécu une interruption volontaire de grossesse, ou tout simplement demandeuses d'informations concernant leur contraception. Ces femmes sont orientées par le CSAPA, ou bien par le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital qui gère le CSAPA. La dépendance au tabac est très souvent la porte d'entrée vers la consultation, même si d'autres produits peuvent être concernés comme l'alcool et l'héroïne. L'entretien dure une heure et peut se répéter ; le suivi est adapté en fonction de la problématique et peut devenir plus rapproché. En parallèle, la sage-femme forme chaque année sur l'addictologie le personnel hospitalier, et une à deux fois par an les personnels médico-sociaux de l'extérieur de l'hôpital (assistantes sociales, infirmières en lycée/collège, éducateurs, structures d'hébergement, épicerie sociale, associations néphalistes...).

En savoir plus : contactez le CSAPA de Chauny au 03 23 38 53 90

- Le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse à Lyon a mis en place en 2012 **une consultation dédiée d'addictologie pour les femmes enceintes**, qui peut également accueillir des femmes ayant un projet d'enfant. Cette consultation a pour objectif de favoriser un accès rapide et adapté à des soins médicaux et psychologiques, mais aussi de promouvoir les échanges, la concertation, le partage d'informations et des expériences entre les professionnels. La consultation a lieu au sein du CSAPA aux heures d'ouverture du service. Elle mobilise un médecin addictologue et une psychologue du CSAPA. En dehors des professionnels dédiés, les autres professionnels du CSAPA (infirmiers, assistantes sociales) peuvent être sollicités dans la prise en charge. Une attention particulière est portée à l'accessibilité de l'assistante sociale du CSAPA si une prise en charge sociale n'est pas assurée par ailleurs. Le rythme des consultations est variable et adapté aux situations de la grossesse et aux difficultés liées aux addictions. Une attention particulière est portée aux comorbidités somatiques, principalement les infections virales HIV, HCV, HBV avec une prise en charge spécialisée au sein de l'institution, le CSAPA étant rattaché au service d'hépatologie de l'hôpital.

En savoir plus : contactez le CSAPA de la Croix-Rousse au 04 26 73 25 90

¹³⁶ Voir les actions « Soin autour de la grossesse » dans la base d'actions spécifiques femmes www.federationaddiction.fr

🔑 **En matière d'allaitement**, chaque équipe gagnera à élaborer un protocole précis et consensuel, de manière à avoir un discours homogène et à dispenser à la mère toutes les informations pour qu'elle puisse faire son choix.

7) Les partenariats spécifiques durant la grossesse

🔑 **Les partenaires de l'accompagnement pendant la grossesse sont nombreux :**

- Centres de planification ou d'éducation familiale
- Gynécologues obstétriciens et sages-femmes, équipes de maternité et équipes pédiatriques des cliniques et hôpitaux
- Protection maternelle infantile (PMI) et Aide sociale à l'enfance (ASE)

- Réseaux de santé en périnatalité et en addictologie
- Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
- Travailleurs sociaux
- Hébergements d'urgence
- Psychologues et psychiatres

🔑 **Aborder les consommations auprès des femmes enceintes n'est pas encore une pratique répandue.** Les sages-femmes sont des personnes ressources importantes. La diffusion d'auto-questionnaires, comme l'a expérimenté le GEGA en Languedoc-Roussillon ¹³⁷, est une autre piste d'amélioration des pratiques.

Sur le terrain...



Travailler en réseau

• Le CSAPA Béarn Addiction a organisé en 2011 à Pau un colloque « **Grossesse, périnatalités et addictions : changeons les regards** » qui a réuni 180 personnes. Le colloque a été préparé via des rencontres par professions (gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres, infirmières, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux) afin d'obtenir les informations et les réponses aux questions que chacun se pose dans le cadre de sa pratique. Le colloque avait un double objectif : délivrer de l'information par des personnes reconnues au plan national ou international et croiser les différentes logiques. Un groupe de travail avait la responsabilité du mode d'organisation, du programme et du choix des intervenants ; le CSAPA a mis en place la logistique et l'organisation technique, la recherche de financements, la communication et l'organisation. Le colloque a proposé des ateliers pratiques animés par des intervenants de réseaux périnatalité et des acteurs locaux : les différentes approches du travail en réseau y ont été abordées autour d'une situation clinique. Une table ronde sur le travail en réseau (missions de chacun, avantages, difficultés...) et une plénière sur la périnatalité et les addictions ont conclu cette journée de travail.

En savoir plus : contactez le CSAPA CEID Béarn Addiction au 05 59 27 42 43 ou par mail bearn@ceid-addiction.com

• L'APPRI (Association Périnatalité Prévention Recherche Information) a fondé le **réseau Maternité sans tabac**, qui rassemble près de 400 établissements de santé en France. Une « maternité sans tabac » est un établissement de santé au sein duquel on s'abstient de fumer, et où l'on met en œuvre une politique active de prévention et de prise en charge du tabagisme des femmes enceintes et des personnels de santé.

Le réseau Maternité sans tabac répond aux questions que se posent les responsables hospitaliers, les chefs de service de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie, les sages-femmes cadres, les sages-femmes et autres personnels de la périnatalité : comment aborder le tabagisme dans l'établissement de santé ? Que proposer aux femmes enceintes ? Que proposer aux conjoints ? Que proposer aux visiteurs ?

En savoir plus : contactez l'APPRI via le site www.appri.asso.fr

¹³⁷ Pour en savoir plus, consultez le site du GEGA, rubrique « Auto-questionnaire » : <http://www.asso-gega.org/-AutoQuestionnaire->

L'expérience de...

Claude Lejeune, pédiatre et néonatalogiste, Université Paris Diderot, Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien

Le Pr Lejeune, pédiatre et néonatalogiste, a longtemps exercé à l'hôpital Louis Mourier à Colombes. Il a beaucoup œuvré afin que l'accueil des femmes enceintes toxicomanes puisse être humanisé dans les services hospitaliers, mais aussi dans ceux du médico-social, n'hésitant à prendre son bâton de pèlerin pour sensibiliser les équipes dans toute la France. Il a été également l'un des premiers à alerter sur les effets tératogènes de l'alcool sur le fœtus.

1993 : la première femme enceinte sous méthadone et sa fille sont accueillies à la maternité de l'Hôpital Louis Mourier de Colombes (Hauts de Seine).

Des professionnels de la périnatalité de quelques équipes françaises ont vécu à cette époque une révolution culturelle :

- découverte de l'efficacité des TSO (Méthadone puis Buprénorphine Haut-Dosage) pour stabiliser ces femmes, améliorer le suivi des grossesses, pacifier les relations soignants/patientes, diminuer les complications obstétricales (prématurité et anoxie per-partum surtout) et les séparations mère/enfant ;
- ces changements spectaculaires n'étaient évidemment pas dûs uniquement aux TSO, mais également à une évolution du regard des soignants envers ces femmes, longtemps perçues comme « toxicos ingérables », devenant peu à peu des femmes enceintes dont la grossesse à risques nécessitait un suivi chaleureux.

Un certain nombre d'équipes périnatales, auxquelles se sont joints des addictologues, ont alors constitué, à la fin des années 1990, un groupe de réflexion pluri-professionnel pour élaborer une philosophie commune de l'offre de soins : ce fut la création du GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions).

Les principes de cette offre de soins sont :

- une équipe pluridisciplinaire (obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes, assistants sociaux, psychologues, professionnels des ELSA) assurant des soins globaux, personnalisés, chaleureux ;
- en Réseau ville-hôpital avec les CSAPA et CAARUD, les médecins généralistes, la PMI...
- pour un suivi précoce de grossesse, des soins d'addictologie (TSO, substitution nicotinique...) et un soutien psychosocial ;
- intégrant les soins du nouveau-né avec et par la mère, dans l'idéal en Unité Kangourou¹³⁸ ;
- pour favoriser l'établissement du lien parents/enfant et prévenir autant qu'il est raisonnable (et parfois un peu au-delà) la séparation.

Les consultations pédiatriques anté-natales sont un bon exemple de dispositif qui a prouvé son efficacité.

Au fil des années, la « clientèle » a évolué : moins de *junkies*, plus de polyconsommatrices, diffusion du cannabis, prise en compte des dangers des drogues licites (médicaments, tabac, et surtout alcool), mais les grands principes de prise en charge restent valables.

Pour accompagner ces évolutions des pratiques professionnelles, le GEGA a participé à beaucoup d'actions de formation, dont, depuis 2008, le DU puis DIU « Périnatalité et Addictions ». Mais il reste beaucoup à faire...

¹³⁸ « L'Unité Kangourou : un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé », Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, p.234

Pour en savoir plus

Le GEGA propose des rencontres régulières entre professionnels, ainsi qu'un Diplôme Inter-Universitaire « Périnatalité et addictions » dispensé conjointement par les facultés de Paris VII, Strasbourg, Montpellier et Nantes.

www.asso-gega.org

claude.lejeune@estrelia.fr

Constats

- › Consommation de substances et maternité sont souvent perçues comme incompatibles, tant pour la femme consommatrice que par son entourage
- › Les intervenants sanitaires et sociaux, notamment ceux qui ne sont pas sensibilisés à la question des addictions, peuvent se retrouver en difficulté face à cette question
- › Les professionnels sont souvent confrontés à des grossesses révélées tardivement
- › Pouvoir envisager une grossesse et en parler en amont constitue donc un enjeu fort pour réduire les risques de situations d'urgence
- › La question de la grossesse avec consommation de produits psychoactifs est étudiée et documentée
- › Pour les femmes présentant des conduites addictives, la grossesse est souvent une période porteuse d'espoir de renouveau, parfois d'angoisses accrues, et dans la majorité des cas de culpabilité et de doutes liés à l'image de mauvaise mère qui peut leur être attribuée
- › Pour les professionnels de l'addiction et de la maternité, le temps de l'accompagnement s'accélère

PRÉCONISATIONS GÉNÉRALES

- Pour favoriser l'anticipation des accompagnements, réintroduire de la parole autour de la grossesse et du projet d'enfant auprès des femmes et des hommes accompagnés
- Informer régulièrement l'ensemble des usagers du centre, hommes comme femmes, sur la contraception
- Informer régulièrement l'ensemble des usagers du centre, hommes comme femmes, sur les risques associés aux consommations pendant la grossesse
- Construire des partenariats solides avec les gynécologues, les sages-femmes, les équipes de maternité et les professionnels de la périnatalité, sans attendre la survenue d'une situation d'urgence

PRÉCONISATIONS EN LIEN AVEC LA GROSSESSE

- Travailler la gestion du stress au sein de l'équipe
- Repérer et évaluer les consommations pendant la grossesse, en prenant en considération la fréquente culpabilité des femmes vis-à-vis de ces consommations
- Évaluer la situation globale : santé physique, besoins psychologiques et sociaux, contexte de survenue de la grossesse
- Si elle ne souhaite pas garder l'enfant, accompagner la femme dans ses démarches d'interruption volontaire de grossesse, lorsque cela est possible
- Si la femme souhaite mener sa grossesse à terme :
 - travailler la stabilisation, la réduction ou l'arrêt des consommations
 - sécuriser la situation sociale et économique
 - mettre en place rapidement un accompagnement pluridisciplinaire et inter-équipes avec les professionnels partenaires de la maternité et de la périnatalité, qui auront été sensibilisés à la question des addictions au préalable
- Associer le père à l'accompagnement, lorsque la situation le permet
- Favoriser le lien mère-enfant après l'accouchement
- Anticiper l'accompagnement chez l'enfant d'un possible Syndrome du Sevrage Néonatal (SSN) ou d'un Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF)
- S'accorder sur une position de l'équipe en matière de préconisations sur l'allaitement

14. La parentalité

Après la naissance, les deux membres du couple parental sont tout autant concernés par le soin et l'éducation de l'enfant. Le père, mais également les beaux-parents dans le cas de familles recomposées ou l'autre parent du même sexe dans le cas des couples homoparentaux, ont leur place et leur responsabilité. Toutefois, aujourd'hui encore :

- dans un couple hétérosexuel, la femme passe plus de temps à l'éducation et au soin des enfants que l'homme ;
- dans les cas de séparation, 85% des familles monoparentales sont menées par des femmes ;
- socialement, « être une bonne mère » fait partie de l'identité fondamentale de la femme, ce qui n'est pas le cas d'« être un bon père » chez les hommes ;
- les professionnels posent plus souvent la question de la parentalité aux femmes qu'aux hommes qu'ils reçoivent ;
- la dyade mère-enfant joue un rôle important dans la construction et le bien-être psychique de l'enfant.

› La question de la parentalité est donc plus fréquemment posée et travaillée du côté de la mère que du côté du père.

Pour autant, le DAPSA a observé, lors d'une enquête menée dans les CAARUD franciliens, que les pères amenaient plus souvent leurs enfants dans la structure que les mères. Signe d'une évolution des fonctions genrées ? Les professionnels interrogés dans le cadre du guide ont également mis en exergue une évolution des comportements dans les centres, où le père est plus souvent présent et intégré dans l'accompagnement.

1) Le lien mère-enfant à l'épreuve de l'addiction ?

› **La peur du placement du ou des enfant(s) est l'un des freins à l'accès aux soins** qui revient le plus fréquemment dans la littérature concernant les femmes. Une crainte qui s'explique tant par l'image de « mauvaises mères » qui peut être trop hâtivement accolée à ces femmes, que par les difficultés qu'elles peuvent réellement rencontrer à concilier leurs consommations avec le soin et l'éducation de leur(s) enfant(s).

› En effet, après la naissance, les professionnels font part d'un certain nombre de risques.

- **La confusion** et/ou **l'absence** (physique ou psychique) de la mère peut mettre l'enfant en danger.
- **La discontinuité du lien**, construit parfois d'absences et de présences consécutives de la mère auprès de son enfant, peut fragiliser le bien-être et la construction de ce dernier et entraîner un attachement insécure.
- Lorsque la mère a arrêté de consommer durant sa grossesse et après l'accouchement, le risque d'une reprise des consom-

mations est fréquent lorsque **l'enfant commence à s'autonomiser**, vers un an et demi / deux ans.

› **Les mères souhaitent pourtant souvent préserver leurs enfants des conséquences de leurs consommations**, par exemple en les cachant, en consommant quand les enfants sont couchés, en consommant des produits licites plutôt qu'illicites, en « gérant » leurs consommations de façon à affecter le moins possible leurs enfants.

🔑 Les professionnels des addictions pourront utilement :

- renforcer le suivi et l'étayage auprès de la mère pour éviter au maximum les re-consommations lorsque l'enfant commence à s'autonomiser ;
- soutenir la place du père lorsqu'il est présent et l'intégrer à l'accompagnement ;
- différencier ce qui relève du soin de l'adulte et du soutien à l'enfant et aborder cette différenciation avec le(s) parent(s) ;
- évaluer la nécessité d'un accompagnement spécifique pour l'enfant ;
- informer le(s) parent(s) des ressources de droit commun qui existent pour l'enfant ;
- s'appuyer sur les professionnels de la petite enfance pour évaluer la situation et répondre aux besoins de l'enfant : plusieurs services proposent des équipes mobiles et/ou des visites à domicile ;
- proposer, le cas échéant, une orientation vers des dispositifs qui travaillent sur la construction des liens familiaux (unités mères-enfants notamment).

🔑 Lorsque l'enfant présente des troubles ou des handicaps en lien avec une **alcoolisation fœtale** (avoir été exposé à l'alcool *in utero*), le soutien des parents est primordial pour les aider à continuer à prendre soin de leur enfant. Ce soin est d'autant plus important qu'une stimulation permanente de l'enfant est recommandée pour contrebalancer les retards de développement liés au SAF. Dans l'idéal, les enfants exposés à l'alcool *in utero* auraient besoin d'un suivi régulier durant les 6 premières années de leur vie.

› Lorsqu'une mère souhaite se faire accompagner, elle veut souvent pouvoir le faire sans être séparée de son ou ses enfant(s). Le professionnel de l'addiction, quant à lui, a pour objectif d'accompagner la femme présentant des conduites addictives tout en préservant ou en améliorant, lorsque c'est possible, sa relation à son (ses) enfant(s). La recherche a montré d'une part, que travailler sur l'addiction peut avoir des répercussions positives sur le lien mère-enfant, et d'autre part, que l'amélioration des liens parents-enfants a des effets positifs sur les consommations de substances psychoactives¹³⁹.

¹³⁹ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

2) Le partenariat avec la PMI et l'ASE : un incontournable

🔑 **L'évaluation des capacités de la mère à prendre soin de son enfant est au cœur des difficultés des professionnels.** En effet, pour l'accompagner, ils tissent avec elle une alliance thérapeutique, qui peut être mise à mal par une reconnaissance de la souffrance de l'enfant. Pour autant, ils ne peuvent ignorer cette souffrance, d'autant que tout citoyen a pour obligation de faire un signalement lorsqu'il pense qu'un enfant est en danger.

🔑 **Le partenariat tissé avec la Protection Maternelle Infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'enfance (ASE) est ici essentiel.** Symboliquement, le professionnel de l'addiction est « du côté de l'adulte », puisque c'est lui qu'il accompagne dans sa problématique addictive. C'est donc le partenaire de la protection de l'enfance qui évaluera la situation, le centre en addictologie étant, de son côté, tenu de décrire tous les tenants et aboutissants de celle-ci. Favoriser un regard pluridisciplinaire sur la situation permet de mieux identifier les souffrances des uns et des autres.

Pour en savoir plus

Le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes propose **une collection de guides pratiques** sur la protection de l'enfance, créée au lendemain de la promulgation de la loi du 5 mars 2007, et qui a pour ambition d'offrir une information claire et précise de la législation et de la réglementation en faveur de la protection de l'enfance.

- L'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé
- Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant
- L'observatoire départemental de la protection de l'enfance
- La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation

www.social-sante.gouv.fr

L'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) met également à disposition des ressources documentaires et juridiques sur son site : www.oned.gouv.fr

🔑 Le partenariat peut se heurter à différents niveaux de difficulté, comme l'a montré une étude aux Etats-Unis¹⁴⁰ dont les résultats sont transposables en France :

- les environnements réglementaires et les structures administratives des deux systèmes ne favorisent pas forcément la communication entre les services, ou entre les autorisations administratives ;
- les buts et philosophies de traitement diffèrent souvent dans les deux systèmes ;
- les stratégies d'évaluation ne se sont pas toujours partagées et il existe des différences de normes dans l'appréciation du succès et de l'échec.

🔑 La rencontre des partenaires en amont des situations par le centre d'addictologie est importante pour éviter des évaluations hâtives ou partielles : elle permet de clarifier les missions de chacun, de réaliser ensemble des réunions

pluridisciplinaires... La consommation de substances psychoactives ne justifie pas en soi le placement de l'enfant : c'est le contexte global qui doit être évalué. « **Addiction** » ne signifie pas « **incapacité à remplir son rôle maternel** » : une grande diversité de situations existe.

🔑 Si, à un moment du parcours, un **accueil relais** (parraïnage, placement séquentiel, placement, accueil de jour ou de nuit chez une assistante familiale...) s'avère bénéfique ou nécessaire pour l'enfant et aidant pour les parents, celui-ci doit être préparé auprès des parents et expliqué à l'enfant. Les modalités de placement peuvent toujours évoluer en fonction de la situation familiale. Les parents peuvent continuer à voir leur enfant une fois que celui-ci est placé. Parfois, les professionnels doivent accepter qu'un enfant ne pourra pas grandir avec ses parents ; l'accompagnement de l'enfant consiste alors à lui permettre de trouver d'autres références pour se construire.

3) Accueillir les enfants dans les centres ?

➤ **Tous les travaux menés sur l'accès à l'accompagnement des femmes présentant des conduites addictives insistent sur l'importance d'intégrer la question de l'accueil des enfants à la réflexion de la structure. Un accueil qui pose de nombreuses questions aux équipes...**

➤ Dans une enquête menée en Ile-de-France par l'Union Régionale de la Fédération Addiction en 2014 et 2015, 88% des 26 structures répondantes déclarent que des parents viennent accompagnés de leurs enfants. 46% des répondants ont aménagé un accueil des enfants, dont 75% de manière improvisée. Parmi les structures qui prennent en compte les enfants :

- la majorité les accueille parce qu'ils accompagnent leurs parents ;
- certaines le font également ponctuellement, lors d'une situation problématique (quand il y a un risque manifeste pour l'enfant) ou bien lorsqu'un(e) usager(e) le demande ;
- plus exceptionnellement, quelques structures le font dans le cadre d'une prise en charge spécifique parents-enfants ou d'activités intégrant les enfants.

➤ La présence des enfants dans les centres de soin en addictologie semble donc une réalité, mais elle n'a aucune visibilité, puisque les données d'accueil des enfants n'apparaissent ni dans les rapports d'activité, ni auprès des autorités administratives. **Les enfants sont en quelque sorte « les invisibles », voire les « impensés » des centres.**

➤ **Du point de vue réglementaire**, l'accueil des enfants devrait pouvoir faire partie des missions des CSAPA en tant qu'entourage, en revanche l'accompagnement de cet entourage ne fait pas partie des missions des CAARUD. Ces derniers soulèvent d'ailleurs la difficulté d'accueillir les enfants dans leurs locaux, du fait d'un public de consommateurs actifs. L'accueil des enfants n'est généralement pas inclus dans le projet d'établissement.

¹⁴⁰ « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

› Pourtant, l'importance de la dimension de la parentalité et du système familial dans la prise en charge est fortement affirmée par les équipes. **Mais l'enfant présent dans le discours de ses parents au cours des entretiens est souvent moins difficile à gérer que l'enfant physiquement présent dans le centre.** Ce dernier peut montrer ses inquiétudes et requérir un soutien de la part des professionnels. Il occupe souvent très tôt une fonction parentale vis-à-vis de ses propres parents. Il peut faire l'objet de représentations de la part des professionnels, qui le perçoivent souvent comme une victime de la situation.

🔑 Dans cet accueil des enfants, les professionnels sont freinés par **des difficultés récurrentes** :

- le fait de considérer que cela ne fait pas partie des missions du centre, qui est dédié à l'accompagnement de l'adulte ;
- une méconnaissance du sujet et des pistes de solutions dans les situations complexes ;
- la peur du conflit, avec l'usager, avec l'équipe ;
- la peur de trahir la relation de confiance avec l'usager qu'ils accompagnent en se retrouvant en devoir d'alerter sur un comportement du parent préjudiciable pour l'enfant ;
- des représentations négatives sur le placement et son impact sur l'enfant ;
- une forme de militantisme qui pousse à prendre le contrepied de l'image de « mauvais parents » accolée aux personnes

présentant des conduites addictives, et, ce faisant, à ignorer des conditions de vie mettant l'enfant en situation de risques.

🔑 **L'accueil des enfants mérite donc d'être réfléchi collectivement et individuellement par le centre, afin de définir le champ d'accompagnement souhaité en la matière.** L'équipe peut choisir de ne pas accueillir les enfants, sans que cela ne dispense d'une réflexion plus globale sur leur devenir. On l'a vu dans le point précédent, le partenariat avec le secteur de la protection de l'enfance est fondamental pour trouver des solutions répondant aux besoins parfois contradictoires de la mère et de l'enfant.

🔑 **En ce qui concerne les modalités pratiques d'accueil des enfants, plusieurs options s'offrent aux structures :**

- tisser un partenariat avec un mode de garde à proximité du centre, qui sera sensibilisé à la problématique addictive ;
- créer un espace « enfants » dans la structure, à l'écart, avec des jouets pour des âges divers ;
- affecter une ressource interne volontaire à l'accueil des enfants ;
- accueillir les enfants sous la responsabilité de leurs parents ;
- embaucher du personnel ou des compétences dédiés.

Sur le terrain...



Travailler la parentalité dans un contexte d'addiction

Géré par l'association Estrelia, le **Centre Horizons à Paris** est un CSAPA qui a la particularité **d'accueillir des parents ou futurs parents ayant une problématique d'addiction**. Il conjugue soins des addictions et soutien à la parentalité. Les jeunes enfants accompagnant leurs parents sont accueillis par une équipe formée à répondre à leurs besoins psychologiques et émotionnels, soutenir la construction et l'épanouissement de l'enfant, dans un espace où ils pourront rencontrer d'autres enfants et parents, jouer, tout en bénéficiant d'une écoute attentive. Cet espace est adapté dans sa configuration et son équipement aux enfants de la naissance à 6 ans. Le centre dispose également de chambres d'hôtel et d'appartements thérapeutiques pour les femmes enceintes, mères, pères ou couples avec de jeunes enfants.

En savoir plus : www.estrelia.fr

Des équipes mobiles parentalité-addictions ont été financées suite à des appels à projets MILDT-DGS en 2010 et 2011. On en dénombre actuellement 3 en France, gérées par le CSAPA Boucebeci (Bobigny), le Centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux) et Addiction Méditerranée (Marseille). Ces équipes sont pluridisciplinaires et ont pour objectif l'accompagnement des parents présentant des conduites addictives en lien avec un soutien à la parentalité. Elles assurent également la coordination, le soutien et la formation des professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité et du soutien aux familles. Ces dispositifs ne sont pas dédiés aux femmes, mais celles-ci représentent une grande majorité de leur file active (par exemple 80% du public reçu par le Fil Rouge à Marseille).

Le soutien à la parentalité peut s'organiser sous d'autres formes : le DAPSA (Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires), par exemple, est un réseau de santé proposant un appui aux professionnels d'Ile-de-France dans les situations familiales difficiles (souffrances psychiques, addictions et périnatalité). Le réseau a mis au point des équipes mobiles d'accès aux soins pour les familles.

En savoir plus : Séminaire des équipes mobiles « parentalité et addictions », jeudi 18 octobre 2012, disponible sur www.dapsa.asso.fr

L'association Le Mail à Amiens a ouvert une unité mère-nourisson qui accueille pour des séjours de 6 mois des femmes majeures, en fin de grossesse ou avec leur nouveau-né, présentant des difficultés liées à la consommation de substances psychoactives et des difficultés sociales, familiales, économiques, judiciaires et/ou de santé. Les personnes doivent être sevrées ou en cours de traitement de substitution, et souhaiter s'investir dans une démarche de soins et dans la relation avec leur enfant. Le centre fonctionne comme un internat : c'est un lieu de vie, où tout le monde participe au ménage, à la cuisine, etc. Le matin est dédié aux tâches ménagères, l'après-midi aux démarches individuelles, aux sorties (cinéma, voyage à Paris, zoo, piscine, fêtes...), aux groupes de parole. Pour les enfants, des ateliers de jeux et d'éveil psychomoteurs sont organisés. Durant le séjour, l'ouverture vers l'extérieur s'accroît (sorties autonomes, retour à l'emploi, structures d'accueil collectif pour les enfants). Le séjour est une étape dans le parcours de soin et bénéficie beaucoup aux enfants, qui s'autonomisent, apprennent à dire non... Le maintien du lien avec l'extérieur est important.

En savoir plus : contacter l'association Le Mail au 07 77 26 79 48 ou par mail : grossesseaddiction@assoc-lemail.net

D'autres structures de soin résidentiel pour femmes avec enfants ont récemment vu le jour, comme celles mises en place par les associations Suerte en Aquitaine et Aurore en Ile-de-France.

Constats

- Après la naissance, bien qu'elle concerne les deux membres du couple, la question de la parentalité est plus souvent posée du côté de la mère que du côté du père
- Les compétences parentales sont souvent interrogées par les professionnels qui accompagnent la mère et l'enfant, en lien avec les représentations qu'ils peuvent avoir, mais aussi les difficultés rencontrées par la mère
- Plus largement, des centres s'interrogent aujourd'hui sur l'accueil des enfants des usagers dans leurs locaux, tant en termes pratiques que cliniques

PRÉCONISATIONS

- Conduite addictive et rôle maternel ne sont pas forcément antinomiques : évaluer de manière approfondie et individuelle chaque situation
- Différencier ce qui relève du soin de l'adulte et du soutien à l'enfant et l'aborder avec le(s) parent(s)
- Travailler en partenariat avec les professionnels de l'enfance (PMI, ASE), notamment pour évaluer la situation et répondre aux besoins de l'enfant ; plus le lien entre les professionnels des deux secteurs est tissé en amont des situations, plus il est aisé d'adapter l'accompagnement aux besoins des personnes
- Lorsque la situation nécessite une solution d'accueil relais ou de placement de l'enfant, en parler en amont aux parents et l'expliquer à l'enfant
- Analyser la fréquentation du centre par les enfants des usagers
- Aborder en équipe la question de l'accueil de ces enfants par le centre et définir le champ d'accompagnement souhaité, en fonction du projet et des moyens de la structure et des situations rencontrées
- Rechercher des solutions de garde d'enfant
- Repérer les structures d'accueil mères-enfants et se renseigner sur leurs modalités de fonctionnement

▶▶▶ 15. Les spécificités physiologiques

› Au-delà du cas particulier et bien identifié de la grossesse, la recherche explore d'éventuelles autres différences physiologiques entre hommes et femmes en lien avec les consommations de substances psychoactives. Toutefois, la recherche médicale analyse encore trop peu les différences sexuelles tant en matière de maladies qu'en matière de réaction aux traitements. Actuellement, de nouvelles découvertes sont faites en la matière dans de nombreux domaines de la santé.

1) Des risques physiologiques spécifiques assez bien identifiés

› Laurence Simmat-Durand¹⁴¹ dressait en 2009 un panorama exhaustif de l'état de la recherche concernant les spécificités physiologiques des femmes dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) consacré aux femmes, que nous pouvons compléter avec les apports de la revue de littérature de l'IAC¹⁴².

› Les femmes ont un **volume de liquide corporel** plus faible que celui des hommes et elles métabolisent l'alcool différemment, ce qui entraîne un taux d'alcoolémie plus élevé à quantité ingérée identique et après ajustement sur le poids. Christophe Moreau a rappelé, dans une émission consacrée à l'alcool en 2015¹⁴³, que les femmes avaient proportionnellement plus de masse grasseuse dans le corps que les hommes : comme cette graisse fixe l'alcool, les conséquences de l'ivresse sont plus rapidement problématiques pour elles. Plus généralement, **à quantité égale consommée, la concentration des produits est plus élevée dans le corps des femmes.**

› Elles développent des problèmes de santé liés aux consommations **plus rapidement** que les hommes, par exemple pour l'alcool, même en consommation modérée (dommages hépatiques, atteintes neurologiques et cardiovasculaires...) ou pour le tabac (cancer du poumon, troubles cardiaques).

› Lorsque les femmes ont des problèmes psychiatriques, les effets médicaux de l'ingestion de drogues **sont plus forts** : une des hypothèses serait que le système nerveux féminin soit plus sensible à l'alcool.

› La durée écoulée entre l'expérimentation et la dépendance est généralement **plus faible** pour les femmes, pour la cocaïne, le cannabis ou l'alcool comme pour les opiacés.

› **Le risque de développer certains cancers féminins (cancer du col de l'utérus, cancer du sein) est majoré par la consom-**

mation de tabac. Or le contexte de précarité économique et sociale dans lequel vivent certaines femmes présentant des conduites addictives induit une diminution du dépistage chez les patientes.

› La consommation des opiacés induit des **cycles menstruels irréguliers**, voire une aménorrhée.

› Les femmes toxicomanes ont **plus de risques de contracter des maladies infectieuses**, en particulier le VIH. Selon l'INVES, en 2007, les femmes représentaient 36% des découvertes de séropositivité au VIH en France et 58% des contaminations lors des rapports hétérosexuels. **Les femmes sont biologiquement plus vulnérables que les hommes aux IST** : les zones de muqueuses exposées durant les rapports sexuels sont plus étendues chez les femmes que chez les hommes ; l'homme transfère une plus grande quantité de fluides que la femme ; une plus forte teneur en virus est présente dans les fluides sexuels masculins ; des micro-déchirures des tissus du vagin ou du rectum peuvent être causées par la pénétration sexuelle. Des facteurs socio-économiques limitent en outre l'accès des femmes à l'information et la prévention.

› **Les veines féminines sont plus fragiles et plus fines** : certains gestes de réduction des risques sont nécessaires pour éviter les abcès, comme utiliser des aiguilles plus fines et s'injecter doucement.

› **Ainsi, les spécificités physiologiques témoigneraient d'une vulnérabilité biologique chez les femmes, ce qui en fait un public prioritaire en matière d'accès aux soins et d'adaptation de l'accompagnement. L'enjeu en matière de prévention et d'intervention précoce est également accentué pour ce public, puisque la dépendance s'installe plus vite.**

2) Une recherche médicale encore trop unisexue

› Selon Laurence Simmat-Durand, les **critères de dépendance eux-mêmes devraient être adaptés aux sexes**. Marion Barrault précise en outre que « *les éventuelles différences entre les sexes concernant les effets aigus et les conséquences à long terme des substances illicites demeurent en partie inexpliquées* »¹⁴⁴.

› **L'une des cause probable en est la difficulté à analyser les différences sexuelles dans les études : elle a amené les cher-**

¹⁴¹ SIMMAT-DURAND Laurence, « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques », BEH, n°10-11, 10 mars 2009

¹⁴² « Revue de la littérature : femmes et addictions », Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse, janvier 2013 – www.federationaddiction.fr

¹⁴³ Les Nouvelles Vagues, « L'alcool (1/5) : jeunes femmes, jeunes hommes, qui boit quoi comment ? »,

France Culture, diffusée le 22 juin 2015 - www.franceculture.fr

¹⁴⁴ Marion Barrault, « Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes », Psychotropes, 2013/3

cheurs à trop souvent exclure les individus femelles de leurs travaux médicaux¹⁴⁵. Pourtant de nombreuses maladies présentent des différences notables en fonction du sexe, en matière de fréquence, de sévérité ou de symptômes. Par exemple, récemment, des chercheurs ont démontré que les symptômes de l'infarctus sont très différents entre les hommes et les femmes. On sait par ailleurs que les femmes ont une plus grande diversité génétique et phénotypique que les hommes, ce qui pour certains chercheurs pourrait augmenter leur résistance ou accentuer leur sensibilité à certaines maladies.

► **Même constat pour les essais cliniques de médicaments**, cette fois-ci en partie par souci de préserver les femmes en âge de procréer : elles ne sont incluses dans ces essais que depuis 1993, dans le cadre de l'épidémie de Sida. Si l'on prend l'exemple de la méthadone, détaillé dans la revue de littérature de l'IAC¹⁴⁶ :

- les femmes ont besoin de traitements différents par rapport à leurs homologues masculins ;
- les transformations liées à la ménopause interagissent avec les traitements méthadone.

3) L'influence des facteurs environnementaux sur le biologique

► Si le biologique prédispose à certains risques ou potentiels, à l'inverse, il évolue en fonction du vécu de la personne.

► **L'évolution des consommations** des femmes notamment en matière de tabac et d'alcool inquiète quant à ses répercussions en matière de santé publique : « le taux de mortalité des femmes est en baisse depuis 2000 à l'exception des cancers du poumon, du pancréas, du foie et de la vessie qui reflètent une habitude moins différenciée qu'avant vis-à-vis du tabac et de l'alcool »¹⁴⁷.

► Mais l'évolution des comportements de consommation n'est pas le seul facteur impactant le biologique. Le Dr Michel Dugnat explique dans *Contact Santé* que de récents travaux sur le rôle des hormones testostérone et ocytocine montrent que leur production est régulée par des facteurs psychologiques¹⁴⁸. Dans la même revue¹⁴⁹, Catherine Vidal, neurobiologiste et directrice de recherches à l'Institut Pasteur, précise que 90% des neurones n'entrent en interaction qu'au contact de l'environnement après la naissance : la structure physique du cerveau évolue en même temps que l'environnement. Ainsi, l'acquis semble bien faire évoluer l'inné en matière de santé...

🔑 **La recherche médicale différenciée en fonction du sexe est donc encore peu avancée. Les équipes gagneront à se tenir informées de ces évolutions et à intégrer régulièrement leurs résultats dans leurs pratiques, notamment médicales.**

Constats

- De manière générale, la recherche tendrait à prouver que les effets des produits sont plus rapides et plus importants sur le corps féminin que sur le corps masculin
- L'irrégularité des cycles menstruels est une conséquence de la consommation de certains produits
- Les femmes présentant des conduites addictives, comme toutes les femmes, peuvent développer des formes de cancer spécifiques, dont le risque est majoré par la consommation de tabac
- Elles ont plus de risques que les hommes de contracter des maladies infectieuses par transmission sexuelle

PRÉCONISATIONS

- 🔑 Informer les femmes sur une possibilité d'irrégularité des cycles menstruels en lien avec les consommations de certaines substances (opiacés principalement)
- 🔑 Améliorer l'accès au dépistage des cancers féminins
- 🔑 Proposer des actions en lien avec la réduction des risques de transmission de maladies par voie sexuelle
- 🔑 S'informer régulièrement sur les spécificités physiologiques en fonction du sexe pour adapter, le cas échéant, sa pratique

¹⁴⁵ « Santé : une médecine trop unisexe », *Cahier du Monde*, n°21901, 17 juin 2015

¹⁴⁶ « Revue de la littérature : femmes et addictions », *Institut d'Anthropologie Clinique de Toulouse*, janvier 2013, pp.29-30 – www.federationaddiction.fr

¹⁴⁷ HENON Dominique, « Les piliers d'argile de la femme française », *Contact santé*, n°233, février 2012

¹⁴⁸ « Comment le genre vient au bébé ? », *Contact Santé*, n°233, février 2012

¹⁴⁹ « Le cerveau a-t-il un sexe ? », *Contact santé*, n°233, février 2012



Femmes d'abord...

Joëlle Brunerie-Kauffmann, gynécologue, féministe, a lutté pour le droit des femmes et bravé la loi dans les années 1970. Elle s'est engagée en faveur de la contraception et de l'avortement, puis à partir des années 1980 auprès des femmes séropositives. En revenant pour nous sur les transformations récentes de la condition des femmes et en restant en alerte face aux forces conservatrices, elle remet dans une perspective historique tout le propos du présent guide.

Vous êtes gynécologue et avez participé à la diffusion de la contraception et de l'avortement en France dans les années 1970. Racontez-nous votre parcours !

J'ai commencé mes études de médecine en 1959. A cette époque, la spécialité de gynécologie n'existait pas encore. Il y avait seulement des accoucheurs. La pratique des avortements médicalisés et la contraception étaient interdites en France depuis la loi de 1920. Les femmes et les couples étaient donc obligés de trouver des solutions clandestines quand une grossesse non désirée survenait. Ces avortements illégaux étaient responsables de nombreuses complications médicales.

J'ai eu la chance de débiter mes études à une période où les choses commençaient à bouger pour les femmes. Jusque-là très soumises, elles venaient d'obtenir le droit de vote, elles commençaient à faire des études et à accéder au monde du travail. Parallèlement, de l'étranger nous parvenaient des nouvelles de moyens de contraception. La création du Mouvement Français pour le Planning Familial en 1962 (succédant à la Maternité Heureuse créé en 1956) m'a personnellement beaucoup aidée. Nous trouvions là des hommes et des femmes militants, décidés à introduire en France les moyens de contraception et à faire changer la loi. C'est grâce à cette association que des médecins ont pu être formés, la faculté persistant à interdire la pratique de toute méthode contraceptive et, bien sûr, d'avortements médicalisés. Il faudra des années de lutte pour obtenir enfin l'abrogation de cette loi et faire admettre la contraception en 1967 et l'IVG en 1975.

Personnellement, je m'étais orientée vers la spécialité de gynécologie médicale, alors créée, ce qui m'a permis d'être au plus près des problématiques qui se posaient alors pour les femmes.

Vous avez vécu la transformation radicale de la condition féminine dans les années 1970...

Cela a été la grande révolution de la seconde moitié du XXe siècle. Je suis née en 1943, époque où les femmes ne travaillaient pas, sauf celles qui depuis toujours assumaient les tâches subalternes. Elles étaient totalement dépendantes de leur mari. Un seul exemple : pour ouvrir un compte bancaire ou exercer une profession, il fallait son autorisation (jusqu'en 1965).

La majorité était à 21 ans, donc les jeunes femmes restaient aussi soumises à l'autorité paternelle (qui deviendra « autorité parentale » des années plus tard). Surtout, la liberté sexuelle n'existait que pour les garçons. Les jeunes femmes devaient se marier vierges. Elles tentaient donc de le rester sous peine de risquer une grossesse non désirée. Une grande hypocrisie régnait. Et les femmes commençaient à se révolter et à se mobiliser contre ces injustices.

Deux éléments concomitants ont fait avancer les choses : l'arrivée de la contraception et l'accès des filles aux études et au monde du travail dans les domaines jusque-là réservés aux hommes. L'arrivée de la contraception a été difficile, les femmes elles-mêmes ont mis du temps à accepter cette soudaine liberté. Il a fallu informer, convaincre et briser les tabous que la classe conservatrice nous opposait. Tout ce monde était bien conscient qu'avec cette « pilule » allait arriver la

liberté sexuelle et... c'est ce qui arriva ! Délivrées de la crainte de la grossesse, les femmes ont pu enfin vivre et revendiquer une sexualité épanouie. Et les couples ont pu programmer les naissances, ce qui fut une véritable révolution.

Parallèlement, et aussi grâce à cela, les femmes se sont mises à prendre leur place dans le monde du travail, et dans les écoles jusqu'alors strictement réservées aux garçons (Polytechnique jusqu'en 1972 !). La loi sur l'égalité professionnelle ne sera votée qu'en 1983...

Il persiste bien sûr beaucoup d'inégalités, mais rien ne pourra nous ramener en arrière. Le pas en avant a été trop grand. J'ai suivi avec un très grand plaisir ces années d'évolution tout en continuant la lutte, car tout ceci ne s'est pas mis en place facilement, et il est évident que les plus jeunes doivent connaître cette évolution dont les acquis leur apparaissent aujourd'hui couler de source.

Maintenant, ce qui reste pour moi le plus préoccupant, ce sont les inégalités sociales. Les lois ont changé, certes, mais les femmes n'ont pas du tout accès à ces domaines de liberté à égalité. Elles sont les premières victimes de la précarité.

Je pense que la liberté sexuelle est aujourd'hui effective, au regard de ce qui se passait jusqu'aux années 1970. Mais tant de facteurs interviennent qu'il existe encore une grande domination masculine dont les femmes doivent être vraiment conscientes. Il faut qu'elles apprennent à refuser les violences, elles sont encore trop souvent soumises ou résignées. Là aussi, c'est par l'accès à un véritable travail qu'elles peuvent trouver leur place et accéder à leur indépendance.

Comment avez-vous vécu l'arrivée du Sida dans les années 1980 ?

Après une période « euphorique » d'une quinzaine d'années où les femmes découvraient la liberté, arrive cette horrible maladie. Et là tout bascule. La peur de la sexualité, d'une maladie incurable dans les premières années d'avant la trithérapie. Nous avons repris nos visites dans les lycées, les entreprises, les services hospitaliers, pour tenter de dénouer les peurs et parler de prévention. J'ai pensé revivre nos actions des « années contraception ».

Le VIH concernait en majorité les homosexuels. L'association AIDES s'est créée pour défendre les droits de tous, y compris les transfusés et les toxicomanes, puisque le virus se transmet aussi par voie sanguine. Un pas a été franchi quand Michèle Barzach, Ministre de la santé en 1987, a permis la vente libre des seringues. Là aussi, l'on imagine mal comment la vente devait se faire sur ordonnance ! Le virus provoquait une hécatombe chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. Nous étions très démunis et l'accueil des femmes séropositives était difficile dans ce contexte. J'ai rejoint l'association en 1991.

Anne Coppel était chargée du problème spécifique des femmes et du Sida, sur lequel elle travaille d'ailleurs toujours. Nous avons assumé l'accueil et l'accompagnement des femmes séropositives, et surtout mené des actions de prévention des risques. Ce qui m'était le plus difficile à vivre à cette époque, c'était la découverte de la séropositivité chez une femme enceinte alors que nous n'avions pas de traitement possible ; l'avortement devenait alors nécessaire. Là encore que de progrès parcouru, puisque nous pouvons désormais proposer tout de suite un traitement qui protège le fœtus !

Vous avez donc rencontré, au cours de votre carrière, des femmes présentant des conduites addictives ?

Oui bien sûr, mais dans un cadre médical, en-dehors de mon expérience à AIDES. J'étais attachée à l'hôpital Antoine Béclère et je rencontrais soit des femmes présentant des conduites addictives enceintes et désirant poursuivre leur grossesse, soit des femmes en demande d'IVG ou de contraception. Nous avions des entretiens autour de leur addiction et du sevrage éventuel en cours de grossesse.

Parfois, elles parlaient spontanément de leur problème d'addiction et la plupart du temps de leur volonté de sortir des consommations. D'autres fois, elles n'en parlaient pas. Dans les deux cas de figure, que faire ? Engager un dialogue amical et tolérant, créer un lien et orienter vers des équipes plus spécialisées... Mais il me semble regrettable que les médecins de premier recours n'aient pas plus de formation à l'écoute de ce problème, car la demande d'aide peut surgir très rapidement dans une consultation.

Très engagée à la Ligue des Droits de l'Homme depuis 1989, Joëlle Brunerie-Kauffmann continue aujourd'hui son combat contre toutes les formes d'inégalités et d'atteinte aux droits fondamentaux.



Du côté du Québec

Louise Nadeau est Professeure titulaire au Département de Psychologie de l'Université de Montréal. Son activisme féministe, assumé, débouche dès les années 1980 sur des travaux retentissants sur les femmes et la santé mentale. Ses réalisations ont renouvelé la compréhension du phénomène de la toxicomanie chez les femmes au Canada et ont contribué à une approche du soin des addictions centrée sur la compréhension plutôt que sur la sanction.

Louise Nadeau a tissé depuis longtemps des liens avec la France et très souvent collaboré avec des équipes françaises. Ainsi le Dr Marc Valleur, avec lequel elle vient de publier « Pascasius ou comprendre les addictions »¹⁵⁰, explique : « Elle a surtout réussi, par la multiplicité de ses expériences, à dépasser les clivages qui opposent ordinairement notre champ d'intervention [...] ».

Dans son interview, elle constate que, si la place de la femme dans la société a changé depuis 40 ans, le profil clinique des femmes présentant des conduites addictives a en revanche peu évolué au fil des décennies. Elle nous propose également quelques pistes pour améliorer la prise en charge.

Depuis combien de temps vous intéressez-vous à cette question de la consommation de substances chez les femmes ?

Dès les années 60, je suis féministe. Encore étudiante, je suis bénévole dans la première clinique de santé pour les femmes. À partir de 1973, dans le centre pour adultes toxicomanes où je travaille, les récits des femmes me révèlent le rôle clé du genre, des agressions sexuelles dans l'enfance et du milieu d'origine dans l'étiologie des addictions. Ces histoires de vie donneront le ton à mes 40 ans de carrière. En 1977, le Canada (à cause d'une ministre féministe) propose un programme de prévention visant la consommation de substances chez les femmes et permet à un réseau de femmes féministes de travailler ensemble. Depuis ses débuts, le mouvement des femmes en santé mentale en Amérique du Nord s'est fait en opposition à Freud et à l'idée que les femmes sont passives, dépendantes et masochistes. Dans cet esprit, deux collègues et moi avons écrit en 1981 un livre dénonçant le sexisme dans les modèles et le traitement des femmes. Ce livre a figuré sur la liste des bestsellers. S'ensuivent entre 1977 et 1984 des années d'activisme : congrès sur la santé des femmes, soutien aux approches féministes du traitement, écriture de textes engagés. Ces revendications d'un regroupement de femmes ont transformé le traitement des dépendances au Québec : le nombre de femmes traitées correspond à la proportion de femmes dépendantes dans la population générale (33 %), ce qui n'était pas le cas avant 1980, et la clinique pour les femmes comprend depuis lors une vigilance relativement aux agressions sexuelles.

À 37 ans, en 1984, j'entreprends un doctorat. Ma thèse met en évidence la vulnérabilité des femmes alcooliques sans soutien social et les facteurs de risque liés à l'alcoolisme chez les femmes et aux autres pathologies mentales associées à ce trouble – négligence et abus dans l'enfance, alcoolisme familial. Un poste de professeure et d'importantes subventions me permettent d'étudier, de publier et de partager de vive voix mes travaux sur les comorbidités associées aux addictions qui affectent les femmes plus que les hommes et l'efficacité des traitements.

Avez-vous perçu une évolution de cette problématique depuis votre début de carrière ?

La place des femmes dans la société a changé de part et d'autre de l'Atlantique depuis 40 ans. Les acquis se font sentir dans toutes les sphères de la vie des femmes. Malgré cela, le tableau clinique de nos clientes a peu changé. La pré-

sente monographie reflète la réalité outre-Atlantique. Les femmes sont les principales victimes des inégalités sociales. C'est comme si, lorsqu'une femme vit des détresses sociale et psychologique, les acquis relatifs à l'estime de soi, à l'autonomie, à l'idée générale que les femmes ne sont pas nées pour se soumettre se diluaient. La prise de substances est souvent une solution pour les femmes avant de devenir un problème. Pauvreté, traumatismes dans l'enfance, familles désorganisées ne permettent pas le développement de l'estime de soi et de l'autonomie personnelle qui permettent de vivre dans la dignité.

Qu'est-ce qui vous semble le plus important à prendre en compte, aujourd'hui, pour un professionnel des addictions, sur cette question ?

Un corpus d'études a donné une chair scientifique aux idées pamphlétaires des années 70. Les déterminants de la santé signalent l'importance d'avoir un contrôle sur sa vie. Plus une personne ressent qu'elle exerce une emprise sur sa vie, plus elle se décrit comme étant en santé. Bref, la pauvreté, les limites cognitives, l'isolement social et la faible vie associative sont associés à l'addiction de nos clientes. De plus, la stigmatisation sociale constitue un frein au rétablissement.

Les études sur l'efficacité du traitement signalent que le premier facteur de succès, toutes approches confondues, est une bonne alliance thérapeutique. Exprimer des émotions, persuader, mettre en mots ce qui se passe, résoudre des problèmes, donner de l'espoir constituent les principaux facteurs de l'efficacité thérapeutique. Pour certaines femmes, le travail clinique doit en outre être axé sur l'acquisition de compétences et d'habiletés sociales. Nos clientes ont souvent besoin d'aide sur les manières de faire.

Enfin, il faut prendre en compte les possibles déficits neuropsychologiques chez nos clientes. Tous les travaux sur l'épigénétique signalent que les traumatismes ont un effet sur les capacités de fonctionnement. La grande consommation d'alcool à l'adolescence affecte le cerveau des adolescents/tes. Parmi nos clientes qui ont eu des mères qui buvaient beaucoup, on ne peut exclure des effets de l'alcoolisation foetale. La réelle difficulté de certaines d'entre elles à planifier et à organiser leur vie, à régulariser leurs émotions, à saisir les conséquences de leurs conduites, à réagir adéquatement lorsqu'elles sont maltraitées, à faire un retour sur soi, n'est pas seulement de l'apprentissage social ou des mécanismes de défense, ou une interaction des deux. Une partie de ces difficultés peut être neurobiologique. Pour elles, des approches concrètes augmentent les probabilités d'un engagement dans l'intervention.

¹⁵⁰ NADEAU Louise, VALLEUR Marc (ss dir), *Pascasius ou comment comprendre les addictions, suivi du Traité sur le jeu (1561)*, Presses Universitaires de Montréal, 2014





Faites le point dans votre centre

Pour terminer ce guide, il nous semble utile d'insister sur l'importance de mieux connaître les situations et les besoins des femmes rencontrées par votre centre, qui peuvent sensiblement différer d'un établissement à un autre. Associée à un diagnostic de vos freins et ressources, cette analyse vous permettra de mieux déterminer vos priorités d'action.

1) Réaliser un état des lieux

🔑 **Etudier la répartition par sexe des caractéristiques du public de votre file active et des actions réalisées par votre centre** est un bon début pour déterminer de grandes tendances. Cette étude peut s'effectuer, pour les CSAPA, en lien avec l'enquête RECAP, et pour toutes les structures, avec l'élaboration du rapport d'activité.

🔑 Au-delà de l'aspect quantitatif, **qualifier les habitudes et les profils** des femmes que rencontre la structure permet d'affiner le diagnostic : à quel moment de la journée viennent-elles ? Combien de temps restent-elles ? Pourquoi ? Quelles sont les demandes les plus fréquentes ? Quels parcours de vie évoquent-elles ?

🔑 Ces parcours peuvent être **rapprochés des spécificités présentées dans le guide** : en quoi vos observations corroborent-elles ou diffèrent-elles de ce qui est évoqué au fil des chapitres ?

🔑 **Interroger les femmes directement est une étape indispensable pour enrichir l'évaluation.** Vous pouvez les interroger en général, sur leurs besoins en tant que femmes et leurs demandes en matière d'accompagnement, ou bien dans le cadre de la mise en place d'une action spécifique, ou encore sur une problématique précise (question de la mixité, question de l'adaptation matérielle des locaux, choix des activités de groupe...), sous forme d'entretiens ou de questionnaires, ou encore via le conseil de la vie sociale.

🔑 À partir de cet état des lieux, en lien avec le projet d'établissement, vous pouvez **préciser vos objectifs** : souhaitez-vous recevoir plus de femmes dans votre centre ? Recevoir des femmes que vous ne rencontrez pas habituellement ? Diversifier les problématiques accompagnées ? Améliorer votre réponse à certains besoins spécifiques fréquemment rencontrés dans l'accompagnement ? Pourquoi ces objectifs ? Sont-ils partagés par l'ensemble de l'équipe ?

2) Analyser les freins et les ressources

➤ L'OFDT a proposé une **typologie étoffée de freins et leviers** à l'amélioration des pratiques dans son évaluation des actions spécifiques femmes financées par la MILDECA¹⁵¹, qui peuvent se situer :

• **du côté de la femme présentant des conduites addictives** : honte et culpabilité associées aux consommations, soutien variable et relative incompréhension des proches, relation ambivalente avec le compagnon, méconnaissance des dispositifs spécialisés...

• **du côté des professionnels des addictions** : volonté d'adapter l'accompagnement et la communication aux femmes, échange continu avec le droit commun, moyens matériels et humains disponibles...

• **du côté des professionnels partenaires des centres** : méconnaissance et représentations envers les femmes dépendantes et/ou les centres spécialisés, nouveau travail en coopération...

🔑 L'analyse des freins et des ressources mobilisables permet de définir un certain nombre d'actions d'amélioration à mettre en œuvre. Une élaboration collective et précise de chaque action (définir un « qui fait quoi » dans l'équipe) et le volontarisme de la direction de l'établissement sont autant d'atouts pour sa mise en œuvre.



Pour aller plus loin

La Fédération Addiction a publié en 2012 une brochure de repères sur la mise en œuvre d'actions spécifiques pour les femmes, en amont du projet, pendant la mise en œuvre et, une fois le projet lancé, pour valoriser l'expérimentation et pérenniser l'action. Le document est téléchargeable sur www.federationaddiction.fr.

¹⁵¹ MUTATAYI Carine, « Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011 », Note 2014-03, Saint-Denis, mars 2014 - www.ofdt.fr



Synthèse des préconisations

Préconisations générales

→ Intégrer la démarche de réflexion et d'adaptation de l'accompagnement au projet d'établissement impliquant l'ensemble de l'institution - équipe(s) et responsable(s)

→ Réaliser un état des lieux des situations rencontrées par le centre (p.9 et 90)

- mesurer la répartition par sexe du public de la file active et des actions réalisées par le centre
- repérer et analyser les problématiques spécifiques récurrentes chez les femmes accompagnées
- recueillir l'avis et les besoins des femmes directement concernées

→ Travailler les représentations de genre (p.14)

- individuellement
- en équipe
- lors de rencontres inter-équipes
- et/ou avec l'aide d'un intervenant extérieur expert de ces questions

→ Favoriser l'accès des femmes à l'accompagnement (p.19)

- sortir du centre : équipes mobiles, interventions à domicile, permanences ou consultations avancées chez les partenaires, « aller vers » sur Internet...
- travailler en partenariat pour faciliter le repérage et l'orientation des femmes vers le centre
- adapter les locaux, le matériel et l'information mis à disposition
- rechercher des solutions de garde d'enfant
- développer l'approche de la réduction des risques
- se décentrer des questions de consommation
- s'interroger en équipe sur la pertinence et les limites à proposer des espaces ou activités collectifs non-mixtes pour les femmes
- s'interroger en parallèle sur la proposition de choisir un intervenant en fonction de son sexe et sur ce qu'elle implique

→ Développer le travail en réseau (p.22)

- repérer les partenaires potentiels à proximité
- organiser des rencontres entre les équipes sans attendre la survenue d'une situation d'urgence
- échanger sur les cultures professionnelles, les missions, le fonctionnement, les spécificités des publics et les difficultés rencontrés de part et d'autre
- échanger autour de situations communes

→ Faire évoluer l'accompagnement en lien avec la recherche sur les spécificités physiologiques (p.84)

- informer les femmes sur les spécificités physiologiques liées aux consommations de substances, notamment sur la possibilité irrégularité des cycles menstruels en lien avec les consommations d'opiacées



- améliorer l'accès au dépistage des cancers féminins
- mettre en place des actions de réduction des risques sur la transmission de maladies par voie sexuelle
- adapter sa pratique en s'informant régulièrement sur les spécificités physiologiques liées au sexe

Préconisations sur des risques et des situations spécifiques

→ Prêter attention à la question de l'estime de soi (p.30)

- proposer des activités de «prendre soin» du corps pour faciliter l'accès au soin, mettre à disposition une alternative à la verbalisation et améliorer l'image de soi
- prendre en compte et travailler la relation de couple avec la femme accompagnée
- repérer une éventuelle situation de « double dépendance » et/ou d'emprise dans le couple et adapter la prise en charge thérapeutique à la situation

→ Aborder la santé sexuelle et faciliter l'accès à la contraception (p.35)

- sensibiliser/former l'équipe à ces questions, notamment les fonctions médicales, et travailler la posture de l'intervenant
- informer sur les effets des consommations sur la sexualité, l'hygiène intime, les risques sexuels et la contraception
- mettre à disposition des préservatifs féminins et masculins
- intégrer la réduction des risques de violences sexuelles
- proposer des espaces de parole, collectifs et individuels, sur la sexualité
- aborder la contraception dans un contexte d'attention à soi et à son corps et en s'adaptant à la temporalité de la personne et à son désir ou non d'enfant
- faciliter l'accès à la contraception d'urgence et aux tests de grossesse
- travailler en réseau et proposer systématiquement aux femmes de les accompagner physiquement chez les partenaires
- accompagner aussi bien les femmes que les hommes sur ces questions

› Partenariats spécifiques :

- › centres de planification et CeGIDD (centres de dépistage)
- › sages-femmes et gynécologues, conseillers familiaux et conjugaux
- › pharmaciens et médecins généralistes

→ Travailler le repérage et la prise en charge des violences subies (p.41)

- poser la question des vécus de violences dans l'enfance, l'adolescence et/ou à l'âge adulte et repérer leur lien éventuel avec l'addiction
- s'informer régulièrement sur les réponses thérapeutiques existantes en lien avec les vécus de violences (psychothérapie dynamique, psychanalyse, thérapies systémiques, thérapies comportementales et cognitives, hypnose et EMDR, thérapies émotionnelles, thérapies corporelles, thérapies de groupe...)
- acquérir et maintenir de bonnes connaissances juridiques en matière de procédure pénale et civile de lutte contre les violences faites aux femmes
- proposer aux femmes ayant subi des violences de les accompagner physiquement dans leurs démarches auprès des partenaires

› Partenariats spécifiques :

- › professionnels de la prévention et de la lutte contre les violences faites aux femmes, réseaux animés sous l'égide des équipes territoriales aux droits des femmes
- › professionnels spécialisés dans l'accompagnement des auteurs de violences
- › partenaires de droit commun : police, gendarmerie, pompiers...

→ Repérer les situations de prostitution et adapter l'accompagnement (p.51)

- poser la question d'une éventuelle situation de prostitution actuelle ou passée, en s'adaptant à la temporalité de la personne

- mettre à disposition du matériel de réduction des risques sexuels dans les centres d'addictologie, et du matériel de réduction des risques liés aux consommations dans les lieux d'accompagnement des personnes prostituées
- porter une attention accrue aux problématiques de stigmatisation, notamment vis-à-vis des autres personnes accueillies dans le centre
- faire le point sur l'accès aux droits et aux soins et accompagner la personne dans ses démarches

› Partenariats spécifiques :

- › professionnels de l'accompagnement des personnes prostituées
- › partenaires de droit commun : police, gendarmerie, pompiers...

→ Interroger le lien éventuel entre vie professionnelle et consommations de substances (p.56)

- interroger les conditions de travail de la femme, qui joue moins que pour les hommes un rôle de protection vis-à-vis des consommations du fait des inégalités entre les femmes et les hommes en matière de vie professionnelle
- repérer d'éventuels liens entre la vie professionnelle et les consommations de substances
- prêter attention aux situations d'insertion professionnelle ou de retour à l'emploi après un arrêt temporaire d'activité, moments-charnière

› Partenariats spécifiques :

- › médecins du travail et services de santé au travail, consultations hospitalières spécialisées dans la souffrance au travail
- › Pôle emploi, missions locales, structures d'Insertion par l'Activité Economique

→ Prendre en compte le risque accru de précarité économique (p.60)

- rechercher des solutions pour répondre aux besoins vitaux
- améliorer l'accès aux soins, au logement et aux droits
- questionner l'influence de la précarité économique sur la mise en couple et la dépendance qui peut en résulter
- favoriser l'accès à la mobilité et à l'insertion professionnelle
- accompagner, le cas échéant, la recherche de solutions de garde d'enfant

› Partenariats spécifiques :

- › Maisons départementales des solidarités (MDS), Centres communaux d'action sociale (CCAS), structures d'hébergement d'urgence réservées aux femmes
- › Pôle emploi, missions locales, structures d'Insertion par l'Activité Economique

→ Adapter l'accompagnement aux références culturelles dans les contextes de migration (p.63)

- adopter une posture d'ouverture qui préjuge le moins possible des spécificités culturelles
- rechercher des solutions pour contourner les barrières linguistiques
- interroger le parcours de vie et d'exil de la femme et se renseigner, auprès d'elle par exemple, sur la place des consommations dans sa culture d'origine

› Partenariats spécifiques :

- › Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, associations d'aide aux personnes immigrées, logements-foyers pour travailleurs migrants
- › Ateliers santé ville, associations de femmes relais

→ Développer une prévention et une intervention précoce genrées (p.66)

- s'appuyer sur les évolutions des consommations chez les jeunes filles et sur les différences objectivées en matière de motivations et de prises de risques
- s'informer sur les expériences innovantes en matière d'adaptation de l'accompagnement des jeunes en fonction des sexes
- « aller vers » les adolescentes et les jeunes femmes : s'appuyer sur les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) ; investir, en fonction des moyens et des missions du centre, l'espace festif



- intégrer à l'accompagnement des filles et des garçons les enjeux d'éducation à la sexualité, de la construction de l'identité de genre à l'adolescence et de contraception ; orienter, le cas échéant, vers des partenaires spécialisés
- améliorer le repérage des violences subies dans l'enfance et/ou l'adolescence, dans une optique de prévention des conduites addictives
- réfléchir à la pertinence de la mixité et de la non-mixité des actions collectives

→ Accompagner le projet d'enfant, la grossesse et l'accouchement (p.70)

- introduire de la parole autour de la grossesse et du projet d'enfant auprès des femmes et des hommes rencontrés par le centre pour favoriser les accompagnements futurs
- informer régulièrement l'ensemble des usagers du centre, hommes comme femmes
 - sur la contraception
 - sur les risques associés aux consommations pendant la grossesse
- travailler en réseau sans attendre la survenue d'une situation d'urgence
- travailler la gestion du stress au sein de l'équipe vis-à-vis de ces situations
- en cas d'annonce de grossesse, évaluer la situation globale : les consommations, mais aussi plus largement la santé physique, les besoins psychologiques et sociaux, le contexte de survenue de la grossesse
- si elle ne souhaite pas garder l'enfant, accompagner la femme dans ses démarches d'interruption volontaire de grossesse, lorsque cela est possible
- si la femme souhaite mener sa grossesse à terme :
 - travailler la stabilisation, la réduction ou l'arrêt des consommations
 - sécuriser la situation sociale et économique
 - mettre en place rapidement un accompagnement pluridisciplinaire et inter-équipes avec les professionnels partenaires de la maternité et de la périnatalité, qui auront été sensibilisés à la question des addictions au préalable
- associer le père à l'accompagnement, lorsque la situation le permet
- favoriser le lien mère-enfant après l'accouchement
- anticiper l'accompagnement chez l'enfant d'un possible Syndrome du Sevrage Néonatal (SSN) ou d'un Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF)
- s'accorder sur une position de l'équipe en matière de préconisations sur l'allaitement

› Partenariats spécifiques :

› centres de planification ou d'éducation familiale, gynécologues, sages-femmes, équipes de maternité et pédiatriques des cliniques et hôpitaux, Protection maternelle infantile (PMI) et Aide sociale à l'enfance (ASE), réseaux de santé en périnatalité et en addictologie, Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), travailleurs sociaux, hébergements d'urgence, psychologues et psychiatres

→ Prendre en compte la question de la parentalité (p.80)

- évaluer de manière approfondie et individuelle chaque situation : conduite addictive et rôle maternel ne sont pas forcément antinomiques
- différencier ce qui relève du soin de l'adulte et du soutien à l'enfant et l'aborder avec le(s) parent(s)
- travailler en partenariat, notamment pour évaluer la situation et répondre aux besoins de l'enfant ; plus le lien entre les professionnels des deux secteurs est tissé en amont des situations, plus il est aisé d'adapter l'accompagnement aux besoins des personnes
- parler en amont aux parents et expliquer à l'enfant lorsque la situation nécessite une solution d'accueil relais ou de placement de l'enfant,
- analyser la fréquentation du centre par les enfants des usagers
- aborder en équipe la question de l'accueil de ces enfants par le centre et définir le champ d'accompagnement souhaité en fonction du projet de la structure et des situations rencontrées
- rechercher des solutions de garde d'enfant

› Partenariats spécifiques :

› Protection maternelle infantile (PMI) et Aide sociale à l'enfance (ASE), modes de garde d'enfant



Conclusion

FEMMES, JE VOUS AIME

→ Pour conclure ce guide, quelques petits rappels historiques et significatifs des droits des femmes, en remontant au début du siècle dernier...

- | | | |
|---|---|--|
| * 1920 : La loi assimile la contraception à l'avortement qui est considéré comme un crime | * 1980 : Loi sur le viol
Marguerite Yourcenar devient la première femme élue à l'Académie française | d'ordonner à l'auteur de violences de résider hors du domicile ou de la résidence du couple |
| * 1924 : Uniformisation des programmes scolaires masculins et féminins et création d'un baccalauréat unique | * 1981 : Yvette Roudy devient Ministre déléguée des droits de la femme | * 2006 : Loi du 4 avril renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs
Loi relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes |
| * 1938 : Suppressions de l'incapacité juridique de la femme mariée | * 1982 : L'IVG est remboursée par la Sécurité sociale | * 2008 : Inscription dans la Constitution de « l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales » |
| * 1944 : Droit de vote et d'éligibilité pour les femmes | * 1983 : La loi Roudy pose le principe de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes | * 2010 : Vote de la loi relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants : création de l'ordonnance de protection des victimes et du délit de harcèlement moral au sein du couple |
| * 1946 : Suppression de la notion de « salaire féminin » | * 1984 : Le congé parental est ouvert à chacun des parents | * 2012 : Loi relative au harcèlement sexuel |
| * 1956 : Fondation de « la maternité heureuse » qui devient, en 1960, le Mouvement Français pour le Planning Familial | * 1991 : Édith Cresson devient la première femme Premier ministre | * 2014 : Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes |
| * 1965 : Les femmes mariées peuvent exercer une profession sans l'autorisation de leur mari, gérer leurs biens propres et ouvrir un compte bancaire | * 1993 : La loi du 8 janvier affirme le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale
La Loi Neiertz condamne l'entrave à l'IVG | |
| * 1967 : La loi Neuwirth autorise la contraception | * 2000 : Mise en œuvre d'une politique globale d'égalité des chances dans le système éducatif
Promulgation de la première loi sur la parité politique | |
| * 1970 : L'autorité parentale remplace la puissance paternelle | * 2001 : Augmentation du délai légal de l'IVG (passage de 10 à 12 semaines) | |
| * 1972 : Reconnaissance du principe « à travail égal, salaire égal » | * 2002 : Création du congé de paternité
Reconnaissance de l'autorité parentale conjointe + garde alternée + coparentalité
L'enfant peut porter le nom de ses deux parents | |
| * 1974 : Françoise Giroud devient première Secrétaire d'Etat à la condition féminine | * 2005 : La loi du 12 décembre relative au traitement de la récidive des infractions pénales donne la possibilité au juge pénal | |
| * 1975 : Loi Veil pour l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
Réintroduction dans la loi du divorce par consentement mutuel | | |
| * 1976 : La mixité devient obligatoire pour tous les établissements scolaires publics | | |

➤ Après cette lecture peut-être un peu fastidieuse, mais qui permet de replacer dans un contexte historique le travail sur la question des femmes que nous avons mis en route au sein de la Fédération Addiction... Ces avancées sur l'abolition des inégalités et des discriminations signifient-elles que les femmes sont, aujourd'hui, des hommes comme les autres ? En situation d'addiction, existe-t-il des spécificités au féminin ?

➤ S'interrogeant sur cette question de genre, certains pensent la nécessité d'adapter leur accompagnement à des problématiques spécifiques. Pour d'autres au contraire, il n'y aurait aucune raison de différencier l'accompagnement des hommes

et des femmes. D'ailleurs dans les bases de données comptabilisant l'activité des centres, en-dehors de la file active, aucune spécificité genrée n'apparaît, tant en matière de soins, de réduction des risques que de prévention.

➤ Dès 1996, des « pionniers (es) » au sein de l'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), ancêtre de la Fédération addiction, ont proposé une formation sur cette question des femmes et des mères ; cette formation, qui a évolué depuis sa création, est toujours au programme ! Puis, en 2010, l'Union Régionale Ile-de-France de la Fédération Addiction a réalisé une enquête sur l'accueil des femmes dans les CSAPA et CAARUD de la région, qui a mis en exergue



l'importance des représentations des professionnels sur cette question. Ces travaux précurseurs ont permis de porter cette question auprès de la MILDECA (ex-MILDT) et de sensibiliser les acteurs de la politique publique à la problématique.

› Aujourd'hui, ce sont donc les expériences, témoignages et pratiques de terrain de professionnels du secteur spécialisé en addiction et de leurs partenaires, mais aussi des femmes elles-mêmes, qui ont permis d'élaborer ce guide *Repère(s)*. En le réalisant, nous avons pu apporter un certain nombre de réponses aux questions que peuvent se poser les équipes. Il en reste encore beaucoup d'autres en chantier.

› D'abord, il existe bien des différences en termes de consommation et de conduites à risques entre les femmes et les hommes. Les femmes sont moins nombreuses à consommer et n'ont pas, semble-t-il, les mêmes trajectoires d'entrée dans l'addiction que les hommes. Elles n'entrent pas non plus dans l'accompagnement pour les mêmes raisons. Certaines de ces différences peuvent expliquer leur moindre présence dans les centres, et par ricochet, le fait que les actions spécifiques à leur intention soient encore peu développées.

› Mais, très vite, a émergé de façon prégnante la question du regard social porté sur les femmes et les hommes présentant des conduites addictives. Globalement, la société juge durement les usages nocifs et les dépendances. Mais pour les femmes, ce regard s'alourdit, car, plus que les hommes, elles se doivent d'être raisonnables, altruistes, et bonnes mères. Cette stigmatisation accrue, qu'elles vivent parfois au quotidien de la part de leur entourage et dans les cercles sociaux qu'elles fréquentent, peut également être transmise par les professionnels de la santé et du social, ou même par des professionnels des addictions.

› Par conséquent, un certain nombre d'actions pourraient favoriser la fréquentation des centres par les femmes : travailler entre professionnels sur les représentations de genre, sensibiliser les partenaires non spécialisés en addictologie, développer des modes d'« aller vers » ciblés pour les femmes, adapter l'accueil matériel et se décentrer des questions de consommation... La mixité de l'accueil et des activités collectifs pose également question, notamment lorsque les femmes expriment un sentiment d'insécurité en présence des hommes.

› Au-delà de l'accès aux soins se pose ensuite la question d'éventuelles « spécificités féminines de l'addiction » et de leur prise en compte dans l'accompagnement médico-psycho-social des femmes. Nos travaux ont ainsi mis en exergue des « vulnérabilités », qui ne sont pas exclusivement féminines, mais semblent plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes qui fréquentent les centres. Beaucoup de ces « vulnérabilités » ne sont pas propres aux femmes présentant des conduites addictives : elles concernent plus globalement des publics en contextes de violences, de prostitution, de précarité économique, sociale, affective, et sont souvent le reflet des inégalités hommes-femmes qui traversent l'ensemble de la société. Toutefois lorsque l'on s'intéresse à la vie professionnelle, et donc à un public plus inséré, des diffé-

rences demeurent : les femmes ont plus de risques de vivre un « mal-travail » que les hommes, et d'occuper des emplois précaires, ce qui peut influencer sur leurs consommations de substances.

› Nous nous sommes également intéressés à deux questions émergentes : le lien entre références culturelles et consommations, et l'évolution des usages chez les jeunes. Deux approches pour lesquelles la prise en compte du genre, en matière de réduction des risques, de soins, de prévention et d'intervention précoce, reste à inventer.

› Nous ne pouvons finir ce panorama sans aborder les spécificités physiologiques féminines. La grossesse en contexte d'addiction, même si elle est relativement bien documentée aujourd'hui, pose toujours certaines difficultés aux équipes : comment assurer un accompagnement efficace en un temps réduit ? Après la naissance vient le cortège de questionnement sur les compétences parentales de la mère et le champ d'intervention de l'équipe auprès de l'enfant.

› Toutes ces questions n'auraient pu être abordées de manière aussi efficace sans le regard et l'apport des partenaires. Un réseau de partenariat solide et bienveillant est l'une des principales clés pour un accompagnement plus adapté aux besoins des femmes.

› En menant ces travaux, notre objectif était de distinguer les vraies questions des faux problèmes au travers d'un travail participatif autour de thématiques relevant de problématiques et de situations que rencontrent ces femmes. Nous espérons avoir pu démêler le fil, et que le résultat contribue à favoriser le repérage, la réflexion et la mise en action des axes d'amélioration pour l'accueil et la prise en charge de ce public dans les établissements. De notre côté, nous allons tout mettre en œuvre pour que les directions de nos établissements ainsi que les équipes puissent s'en emparer... Car il reste encore beaucoup à faire !

› D'abord, un travail de réflexion sur les pratiques professionnelles existantes, et d'appropriation des grands questionnements de ce guide. Cette tâche incombe à chaque intervenant en addictologie, quel que soit son métier, mais également aux directions des établissements et services, qui peuvent impulser une dynamique collective et décider d'expérimenter des actions spécifiques. Les partenaires peuvent également être force de proposition pour initier une adaptation de l'accompagnement.

› Ensuite, une poursuite de notre travail d'exploration. D'une part, certaines thématiques de ce guide mériteraient d'être approfondies : c'est le cas des références culturelles par exemple, que nous souhaitons aborder dans une acception plus large que celle des migrations, mais pour lesquelles nous avons eu des difficultés à mobiliser des experts. La vie professionnelle ensuite, dont les liens avec les consommations au prisme du genre commencent tout juste d'être explorés. Les jeunes femmes enfin, dont certaines sont potentiellement le public de demain de nos centres, et qui vivent une évolution importante en matière de regard social porté sur leurs consommations.

D'autre part, de nouveaux chantiers de réflexion s'ouvrent à l'issue de ce projet : une organisation du parcours de soins en dispositifs spécialisés mieux adaptée au parcours de vie des mères et de leurs enfants, l'étude des spécificités des addictions sans substances (jeu et Internet notamment) chez les femmes, ou encore l'accueil et/ou la prise en compte les enfants des usagers dans les centres.

» En conclusion, je voudrais moi aussi remercier tous ceux et celles qui se sont investis dans ce travail avec conviction, mais aussi Cécile Bettendorff, chargée de projet, qui nous a permis d'aller jusqu'au bout de cette belle aventure grâce à sa patience, son professionnalisme et son engagement passionné.

« L'expérience est une lanterne que l'on porte dans le dos et qui n'éclaire que le chemin parcouru » Confucius

Odile VITTE

Administratrice de la Fédération Addiction référente
sur la thématique Femmes
Déléguée régionale adjointe Île-de-France
de la Fédération Addiction
Directrice du CSAPA APS Contact (77)



Définitions

* **Accompagnement** : l'accompagnement est devenu un axe essentiel des politiques publiques en addictologie. Il a été officialisé par les décrets relatifs aux missions des CSAPA et CAARUD. Parfois présenté comme le complément psychologique et social du traitement médical, ses fonctions sont en fait plus fondamentales : il participe à la redéfinition de la notion de guérison, à l'évolution de la relation avec l'utilisateur et du temps de traitement. L'accompagnement aide l'utilisateur à s'approprier ses propres motivations au changement en se décentrant d'une finalité unique, l'abstinence par exemple. Il a pour fonction de rétablir une expérience de satisfaction, une relation « positive » à l'environnement, dans des conditions à moindre risque. L'accompagnement concrétise une évolution de la relation à l'utilisateur en promouvant la notion d'association, de libre adhésion, de projet, là où régnait la seule notion de contrat et de contrainte. Il rappelle la nécessité de susciter l'engagement de l'utilisateur dans une visée qui fait du confort de vie un objectif respectable et respecté. Accompagner se pense comme une succession d'interventions visant à aider l'utilisateur à reprendre la maîtrise de sa vie et à retrouver sa capacité à l'autonomie et à la citoyenneté. C'est un processus qui se déroule dans la durée. (Fédération Addiction, FNARS, « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015)

* **Accueil** : l'accueil repose sur les principes d'écoute, de disponibilité et de réponse, même si cette réponse peut être parfois partielle. En addictologie, l'accueil est entendu au sens d'accueil « bas seuil » ou accueil « inconditionnel » et consiste à recevoir tout public, qu'il soit consommateur de substances psychoactives ou membre de l'entourage, sans jugement, sans condition d'arrêt de la consommation et avec des exigences minimales (pas de consommation dans la structure). La mission d'accueil implique pour le professionnel d'écouter et de recueillir la demande de la personne, telle qu'elle est formulée et élaborée à cet instant. (Fédération Addiction, FNARS, « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015)

* **Addiction** : le concept d'addiction rassemble différents produits et comportements. Ce n'est plus le produit qui est central, mais l'usage qui en est fait. Les catégories comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, sans être totalement obsolètes, ne constituent plus la façon exclusive d'appréhender la question, laissant place à la complexité qui caractérise ces comportements. En effet, l'addiction est un phénomène multifactoriel, à la fois biologique, psychique et social, dans son processus comme dans ses conséquences. Pris isolément, aucun de ces facteurs n'est nécessaire ni suffisant pour expliquer les

consommations. L'addiction est ainsi « 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 des conséquences négatives » (Aviel Goodman, 1990). Ce concept prend également en compte les états précoces d'usage simple et d'abus, qui évoluent ou non vers la dépendance. (Fédération Addiction, FNARS, « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015)

* **Aller vers** : l'« aller vers » désigne à la fois le mouvement par lequel les professionnels sortent du cadre de leurs institutions pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie, mais aussi l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement. La démarche d'« aller vers » propose une réponse adaptée, graduée, transdisciplinaire aux personnes « là où elles sont, là où elles en sont », c'est-à-dire quel que soit leur lieu d'habitation, leur situation (personnelle, administrative, sociale) et le moment de leur parcours de vie. (Fédération Addiction, FNARS, « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015)

* **Genre** : il s'agit des constructions sociales et culturelles qui existent dans les différentes sociétés et groupes autour des différences biologiques des hommes et des femmes. Ces constructions sociales constituent la base des représentations stéréotypées associées aux caractéristiques individuelles des femmes et des hommes et aux rôles attendus de l'un et l'autre sexe. Ces différences sont contextuelles (elles changent selon les pays, les cultures, les groupes sociaux) et temporelles (elles varient selon les époques). (Cornet, 2008)

* **Réduction des risques** : la réduction des risques (RDR) en addictologie a comme objectif prioritaire de réduire les risques médico-psycho-sociaux, de prévenir les dommages et d'éviter l'aggravation des usages. La RDR préfère la notion de « produit » à celle de « drogue ». Qu'il soit licite ou illicite, un produit se consomme avant tout parce qu'il procure des satisfactions : plaisir, soulagement, socialité. La RDR respecte ces motivations et vise à aider chacun à mieux gérer sa consommation pour en minimiser les dommages. Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RDR intervient le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et agit au plus près des usages et des pratiques à risques. (Fédération Addiction, FNARS, « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015)

* **Représentation** : perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet. (Larousse)

* **Soin** : dans le secteur médico-social en addictologie, le soin 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, 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 à sortir de l'usage nocif ou de l'addiction et à améliorer l'intégration sociale et la santé des personnes traitées. (Fédération Addiction, FNARS, « Addiction et lutte contre les exclusions : travailler ensemble », 2015)

* **Violence** : la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. (OMS)

* **Violence conjugale** : les violences conjugales sont celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé. Il peut s'agir : de violences psychologiques (mots blessants, insultes, menaces, cris), physiques (coups, blessures) ou sexuelles (agression sexuelle, viol). (Ministère de la Justice)

* **Violence sexuelle** : tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet. (OMS)

Sigles

- › **API** - Alcoolisation Ponctuelle Importante
- › **ARS** - Agence Régionale de Santé
- › **ASE** - Aide Sociale à l'Enfance
- › **ASUD** - Auto-Support des Usagers de Drogues
- › **CAARUD** - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
- › **CADA** - Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile
- › **CCAA** - Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie
- › **CESE** - Conseil Economique, Social et Environnemental
- › **CHRS** - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- › **CIMADE** - Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués
- › **CJC** - Consultation Jeunes Consommateurs
- › **CNIDFF** - Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
- › **CNRS** - Centre National de la Recherche Scientifique
- › **CPAM** - Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- › **CRIAVS** - Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
- › **CSAPA** - Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- › **CSST** - Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
- › **DALO** - Droit Au Logement Opposable
- › **DAPSA** - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires
- › **DGCS** - Direction Générale de la Cohésion Sociale
- › **DGS** - Direction Générale de la Santé
- › **DIU** - Diplôme Inter-Universitaire ou Dispositif Intra-Utérin
- › **DREES** - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- › **ELSA** - Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- › **EMDR** - Eye Movement Desentization and Reprocessing
- › **ESPT** - Etat de Stress Post-Traumatique
- › **FNACAV** - Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales et Familiales
- › **FNARS** - Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
- › **FNSF** - Fédération Nationale Solidarité Femmes
- › **GEGA** - Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions
- › **HBV** - Hepatitis B Virus
- › **HCV** - Hepatitis C Virus
- › **HIV** - Human Immunodeficiency Virus
- › **IAE** - Insertion par l'Activité Economique
- › **IGAS** - Inspection Générale des Affaires Sociales
- › **INED** - Institut National d'Etudes Démographiques
- › **INPES** - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- › **INSEE** - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- › **INVS** - Institut de Veille Sanitaire
- › **IRDES** - Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- › **IST** - Infection Sexuellement Transmissible
- › **ITT** - Incapacité Temporaire de Travail ou Incapacité Totale de Travail
- › **IVG** - Interruption Volontaire de Grossesse
- › **MILDECA** - Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
- › **MILDT** - Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
- › **OCDE** - Organisation de Coopération et de Développement Economique
- › **OFDT** - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- › **PMI** - Protection Maternelle Infantile
- › **RESPADD** - Réseau de Prévention des Addictions
- › **RSA** - Revenu de Solidarité Active
- › **SAF** - Syndrome d'Alcoolisation Foetale
- › **SDFE** - Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes
- › **SPA** - Substance Psycho-Active
- › **SSN** - Syndrome de Sevrage Néonatal
- › **TCA** - Trouble du Comportement Alimentaire
- › **TSO** - Traitement de Substitution aux Opiacées
- › **UNAF0** - Union Professionnelle du Logement Accompagné

Participants aux échanges

→ Situations de prostitution

Structure	Secteur	Région
Groupe réuni le 7 octobre 2014		
Espace Femmes Boutique 18	Médico-social en addictologie	Ile-de-France
Sleep-In Lille	Médico-social en addictologie	Nord-Pas de Calais
Centre Pierre Nicole	Médico-social en addictologie	Ile-de-France
Association Entr'Actes	Médico-social en addictologie	Nord-Pas de Calais
Association Grisélidis	Aide aux personnes prostituées	Midi-Pyrénées
Association Cabiria	Aide aux personnes prostituées	Rhône-Alpes
Entretien complémentaire		
Anne Billows	Amicale du Nid	Ile-de-France

→ Grossesse et maternité

Structure	Secteur	Région
Groupe réuni le 28 octobre 2014		
Centre Horizons	Médico-social en addictologie	Ile-de-France
GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions)	Association en périnatalité et addictologie	Ile-de-France
CSAPA La Croix-Rousse	Médico-social en addictologie	Rhône-Alpes

CAARUD Réduire les Risques	Médico-social en addictologie	Languedoc-Roussillon
CSAPA de Chauny	Médico-social en addictologie	Picardie
CSAPA Le Cèdre Bleu	Médico-social en addictologie	Nord-Pas de Calais
CSAPA La Croisée	Médico-social en addictologie	Lorraine
Hôpital mère-enfant de l'Est Parisien	Sanitaire/maternité	Ile-de-France
Centre de planification Estrelia	Santé social	Ile-de-France
Maternité Cochon Port-Royal	Sanitaire/maternité	Ile-de-France
ASE de l'UTPAS	Institutionnel	Nord-Pas de Calais
PMI du bassin Chauny Tergnier La Fere	Institutionnel	Nord-Pas de Calais

Travail complémentaire

Synthèse du groupe de travail Les Invisibles (Union Régionale Ile-de-France de la Fédération Addiction) consacré à l'accueil et l'accompagnement des enfants d'usagers en CSAPA et CAARUD

→ Rapport au corps

Structure	Secteur	Région
Groupe réuni le 27 novembre 2014		
CSAPA Danielle Casanova	Médico-social en addictologie	Provence Alpes Côte d'Azur
Centre Port-Bretagne	Médico-social en addictologie	Centre
Equipe mobile parentalité Le Fil Rouge	Médico-social en addictologie	Provence Alpes Côte d'Azur
CSAPA Tremplin	Médico-social en addictologie	Provence Alpes Côte d'Azur
CSAPA-CAARUD La Passerelle	Médico-social en addictologie	Haute-Normandie
CAARUD Aides 58	Médico-social en addictologie	Bourgogne
Centre Planterose	Médico-social en addictologie	Aquitaine
CSAPA APS Contact	Médico-social en addictologie	Ile-de-France
Socio-esthéticienne	Santé social	Haute-Normandie
Socio-esthéticienne	Santé social	Ile-de-France
Entretien complémentaire		
Claude Giordanella	Sexologue	Ile-de-France

→ Violences

Structure	Secteur	Région
Groupe réuni le 1 ^{er} décembre 2014		
Association Le Mail	Médico-social en addictologie	Picardie
CSAPA L'Astrolabe	Médico-social en addictologie	Bretagne
CSAPA SDIT	Médico-social en addictologie	Bourgogne
CAARUD Epice 82	Médico-social en addictologie	Midi-Pyrénées
CJC du CH Intercommunal de Poissy	Sanitaire	Ile-de-France
Relais des femmes	Aide aux femmes victimes de violences	Ile-de-France
Entretiens complémentaires		
Naira Meliava	Psychologue et chef de service / Centre thérapeutique résidentiel Kairos / Formatrice psychotraumatismes	Ile-de-France
Marywonne Coat-Rivry	Psychologue clinicienne / Association Alia 49	Pays de la Loire

→ Isolement

Structure	Secteur	Région
Groupe réuni le 8 décembre 2014		
CSAPA/CAARUD Les Wads - CMSEA	Médico-social en addictologie	Lorraine
CAARUD L'Echange	Médico-social en addictologie	Lorraine
CAARUD Ascode	Médico-social en addictologie	Languedoc-Roussillon
CAARUD Pause Diabolo	Médico-social en addictologie	Rhône-Alpes
CSAPA Solea	Médico-social en addictologie	Franche-Comté
CSAPA Altai	Médico-social en addictologie	Franche-Comté
Centre de planification du Conseil Général 66	Institutionnel	Languedoc-Roussillon
Médecin Généraliste	Santé de ville	Ile-de-France
Entretien complémentaire		
Stéphane Robinet	Pharmacien	Ile-de-France

→ Jeunes femmes

Structure	Secteur	Région
Groupe réuni le 12 janvier 2015		
Centre LOGOS	Médico-social en addictologie	Languedoc-Roussillon
CJC CSAPA Trapèze	Médico-social en addictologie	Nord-Pas de Calais
CAARUD La Croisée	Médico-social en addictologie	Lorraine
CHU Plurielles	Lutte contre les exclusions	Ile-de-France
Entretiens complémentaires		
David Mourgues	Anthropologue / Association Clémence Isaure	Midi-Pyrénées
Georges Brousse	Urgences hospitalières Clermont-Ferrand	Auvergne

→ Références culturelles

Structure	Secteur	Région
Entretiens		
Adèle Hartley, psychologue et neuropsychologue	Service Addictologie CHU de Nimes	Languedoc-Roussillon
Sabine Durand-Gasselien	Chargée de mission IPT-Oppelia	Ile-de-France
Danièle Casanova	Médecin coordinateur, CSAPA Convergence ANPAA 84	Provence Alpes Côte d'Azur

Travail complémentaire

Synthèse de l'atelier « Accueil des populations migrantes : quelles réponses ? Rôle des médiateurs sociaux ? » (Journées Nationales de Lille, 2015)

→ Monde du travail

Structure	Secteur	Région
Journée d'échanges organisée par Amitié La Poste Orange le 12 juin 2015		
Marion Lagarde, Responsable Pôle Aide, Accompagnement et Bénévolat Yolande Lettiero, Animatrice de prévention Nicole Jaunin, Marie-France Valentin, Martine Bachev, Sylvie Vernet, Catherine Devaux, bénévoles de l'association		
Entretiens complémentaires		
Lise Lafferyrie	Médecin du travail et addictologue en CSAPA	Provence Alpes Côte d'Azur
Claire Lenclud	Médecin du travail et addictologue en CSAPA	Rhône-Alpes
Marie-Laure Solodky		
Médecin du travail	Service de médecine du travail de Renault Trucks	Rhône-Alpes
Infirmière du travail		
Laurence Cottet	Auteur de l'ouvrage « Non ! J'ai arrêté » (juillet 2015)	
Travail complémentaire		
Relecture de la fiche par le groupe de pilotage du projet Monde du travail de la Fédération Addiction		



REPÈRE(S)