

Résultats de l'enquête Ad-femina

Accueil spécifique des femmes en addictologie

Carine Mutatayi

Les femmes présentant des addictions comptent parmi les publics vulnérables prioritairement identifiés par les récentes stratégies gouvernementales et européennes [1, 2]. Minoritaires dans les services de prise en charge spécialisés, elles représentent respectivement 23 % et 18 % du public vu en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et en centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) [3, 4]. Or ces femmes témoignent, davantage que les hommes, de nombreux facteurs de vulnérabilité sociosanitaire (antécédents suicidaires, comorbidité psychiatrique et surmortalité liée aux stupéfiants, monoparentalité, violences, etc.) et rapportent une plus grande crainte du stigmate [5-8]. Face à ces situations, qui peuvent être exacerbées lors de la grossesse ou quand des enfants sont impliqués, des services d'addictologie ont parfois développé des modalités d'accueil spécifiques aux besoins des femmes (voir encadré). Ces réponses particulières sont de diverses natures : de l'intervention ponctuelle à la mise en œuvre d'un cadre de suivi et d'une prise en charge adaptée. Ici, pour une simplification de langage, le terme générique d'accueils ou accompagnements féminins a été retenu pour désigner cette variété d'approches.

En 2018, l'OFDT a lancé l'enquête en ligne Ad-femina afin de dresser un tableau des dispositifs d'addictologie spécifiques aux femmes proposés en 2017, en France. L'étendue de ces réponses étant méconnue, le questionnaire a été adressé à l'ensemble des structures d'addictologie, avec le soutien de plusieurs réseaux professionnels nationaux du champ (cf. méthodologie p. 5). Ainsi, 146 CAARUD et 425 CSAPA en métropole et dans les outre-mer, mais aussi quelque 320 équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et 350 services d'addictologie hospitaliers ont été invités à participer à l'enquête, sur la base du volontariat. À l'issue de la campagne de collecte menée au printemps 2018, 338 structures ont fait un retour, soit un taux de participation s'élevant à 26 %. Parmi elles, 137 déclaraient avoir déjà mis en œuvre un accueil féminin, dont 80 (24 % des répondants) étaient engagées sur ce terrain en 2017. Il est probable que les non-répondants

Dispositifs et programmes adressés aux femmes présentant des conduites addictives. Focus sur l'année 2017



comptent une large proportion d'entités qui n'ont pas monté de tels dispositifs. Ce sont les activités de ces 80 structures ou services qui, détaillées à travers le questionnaire d'Ad-femina, sont présentées ici. Ces réponses émanent de 23 CAARUD, 37 CSAPA en ambulatoire associatif (23) ou hospitalier (14), 4 CSAPA avec soin résidentiel ainsi que de 5 services d'addictologie hospitaliers, 5 ELSA et 6 autres structures sociales ou de santé.

Malgré des limites tenant à son caractère non exhaustif, l'enquête Ad-femina fournit des éléments précieux pour l'analyse transversale des principes d'intervention de l'accueil féminin en France. Elle interroge les modalités de mise en œuvre, les publics bénéficiaires comme les acteurs de terrain impliqués. L'ensemble de ces points sont développés dans ce numéro de *Tendances*.

■ Des accueils orientés vers les mères, d'autres vers « la femme »

Au sein des 80 accueils féminins recensés par l'enquête, deux grands champs d'action se distinguent :

■ Le premier est celui de l'accompagnement de la maternité et de l'aide à la parentalité, incluant les réponses délivrées dans le cadre du suivi périnatal. Dans l'effectif étudié, 31 accueils féminins ont cette orientation et sont désignés comme « accueils maternels ».

■ Le second champ, s'il n'exclut pas le travail sur le lien mère-enfant, s'attelle surtout à traiter les vulnérabilités observées chez les femmes présentant des addictions, aux plans physique, psychologique et social, notamment les situa-

tions d'emprise, voire d'oppression, de la part de proches (conjoint, parents) et la stigmatisation fréquemment perçue par ces femmes. Au nombre de 49 dans l'enquête Ad-femina, ces accueils, moins centrés sur la maternité que sur d'autres spécificités du public, sont qualifiés ici d'accueils « femmes » pour les distinguer du terme générique d'accueils féminins.

Les deux tiers des dispositifs renseignés fonctionnent depuis moins de six ans au moment de l'enquête, ce qui peut être mis en lien avec le caractère récent des orientations institutionnelles à l'égard du public-cible. En effet, près de la moitié de ces accueils féminins ont été mis en place il y a moins de deux ans (37). En revanche, neuf, principalement des accueils « femmes », rapportent une expérience supérieure à dix ans.

La plupart de ces dispositifs fonctionnent en ambulatoire (65, soit 81 %, dont quatre par le biais de visites à domicile), alors que 12 s'insèrent dans un cadre résidentiel, parfois externalisé dans une structure partenaire. Neuf structures sur dix ont adapté leur fonctionnement pour développer un accompagnement spécifique aux femmes parallèlement à un accueil général mixte. Seules neuf structures (3 CAARUD, 3 CSAPA, 1 ELSA, une clinique et une protection maternelle et infantile (PMI)) travaillent auprès d'une file active exclusivement ou majoritairement féminine, depuis plus de dix ans pour six d'entre elles dont quatre au-delà de vingt ans. Les deux tiers des accueils féminins ont formalisé leur action dans le projet d'établissement (30 d'entre eux) ou un protocole d'intervention écrit (35), alors qu'un quart relèvent d'un processus informel.

■ Des polyconsommatrices, dépendantes et peu suivies

En 2017, les 80 dispositifs d'accueil étudiés ont reçu 2 643 femmes. Pour un tiers des accueils « femmes » et les deux tiers des accueils maternels, une large partie de leurs bénéficiaires n'étaient pas suivies auparavant par les équipes. Améliorer la capacité de repérage précoce des femmes dans le besoin est central pour un tiers des équipes, celles-ci intervenant souvent en situation de crise. La difficulté à mobiliser les femmes, en particulier sur le long terme, est soulignée.

Comme la population féminine globale reçue en addictologie [8], ces usagères sont majoritairement polyconsommatrices, dépendantes, et présentent de nombreuses comorbidités et vulnérabilités au plan sociofamilial. Les substances le plus souvent impliquées dans leur orientation vers le soin sont

Prise de conscience et dispositifs pionniers

Pour certaines structures d'addictologie, l'engagement dans l'accueil féminin résulte d'une prise de conscience : la sous-représentation des femmes au sein de leur file active n'est pas le seul reflet d'une réalité épidémiologique mais résulte aussi de freins singuliers bridant leur recours aux services d'aide.

Les dispositifs pionniers spécifiques aux femmes en addictologie voient le jour en France dès la fin des années 1970. Principalement tournés vers les usagères enceintes, ils demeurent jusqu'à aujourd'hui marginaux dans le paysage de l'offre de soins. L'urgence de la protection de l'enfant à naître n'est pas l'unique moteur, la grossesse constituant, dans les trajectoires de ces femmes, un événement propice à une meilleure prise en charge sanitaire de leur addiction [9]. Vers le début des années 2010, de nouvelles formes d'accueil médicosocial en addictologie se développent, intégrant les besoins particuliers liés aux spécificités de genre afin d'améliorer l'accès aux soins de femmes et la continuité des prises en charge. Pour ces dispositifs, il s'agit de mettre en place une démarche proactive intégrant diverses dimensions de la féminité pour la création du lien et une clinique adaptée dans un contexte de prédominance masculine historique des files actives [7, 10-12].

l'alcool (cité par 79 % des accueils), les opioïdes (68 %), le tabac (58 %), le crack ou la cocaïne (49 %). Le cannabis est mentionné dans 14 % des cas. Le plus souvent, les bénéficiaires ne sont pas ciblées au regard de critères socio-économiques, judiciaires ou de santé. Cependant, certains dispositifs ont une orientation spécifique. Ainsi, 18 sont pleinement consacrés aux femmes enceintes et à leurs nouveau-nés et 13 ne s'adressent qu'à des femmes ayant des enfants jeunes (4 à 10 ans) ou en bas âge (moins de 3 ans). En outre, deux équipes travaillent auprès de femmes prostituées. Même s'il n'y a guère de sélection sur l'âge des usagères, rares sont les accueils ayant reçu des mineures (8).

La moitié des dispositifs prévoient un cadre d'accueil pour les accompagnants des bénéficiaires. Ainsi, 28 sont ouverts aux enfants des usagères, six n'étant habilités à recevoir que des enfants de moins de 3 ans. Dans huit dispositifs, les accompagnants sont parfois des adolescents. Le décompte des enfants concernés s'avère complexe. Les 18 accueils qui parviennent à l'estimer comptabilisent 261 enfants accueillis avec leur mère. De plus, 24 dispositifs (dont la moitié des 31 accueils maternels) associent plus ou moins directement les conjoints des bénéficiaires, 16 intégrant le couple dans la prise en charge offerte. Enfin, neuf sont ouverts aux parents des usagères bénéficiaires.

■ Renforcer la prise en charge médicosociale...

Quatre dispositifs sur dix – dont une majorité d'accueils « maternels » (18 vs 11) – s'emploient d'abord à renforcer la prise en charge addictologique. Le cas échéant, les trois quarts des équipes mettent l'accent sur les conseils

de prévention, l'écoute ou l'approche motivationnelle. La moitié d'entre elles renforcent leur travail de développement de compétences psychosociales (CPS), d'aide au sevrage, de suivi thérapeutique (traitements de substitution aux opioïdes (TSO), soutien psycho-médical). Quatre dispositifs sur dix misent sur la diffusion de conseils ou de matériels de réduction des risques et des dommages (RdRD) et le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). Un quart visent à améliorer l'appropriation des mesures de réduction des risques et des dommages (RdRD) parmi les usagères (figure 1).

Près de la moitié des accueils féminins fournissent une aide socio-administrative pour l'ouverture de droits et l'insertion (44 %) ou mettent l'accent sur l'aide socio-éducative (43 %) (tableau 1). Une douzaine, dont huit accueils « maternels », veillent à l'hébergement de leurs bénéficiaires. Un tiers des dispositifs accordent une aide pratique à leurs destinataires, de façon ponctuelle ou pour parer aux urgences. La médiation et la coordination auprès des services de soins de droit commun sont des composantes importantes du travail pour 40 % des équipes. Des travaux antérieurs ont déjà souligné le caractère chronophage de ces tâches cruciales [7, 11].

Logiquement, environ la moitié des accueils maternels assurent fréquemment des suivis périnataux et trois sur dix proposent des consultations gynécologiques. Ces services ne sont proposés qu'à la marge parmi les autres types d'accueil. Les accompagnements maternels se distinguent par la prédominance des priorités assignées à l'initiation d'une prise en charge des addictions (pour 18 d'entre eux) et à une meilleure santé de la mère et de l'enfant/foetus (17) (figure 1).

■ ... ou mieux préparer au soin

Inscrits dans une mission générale de RdRD et de prise en charge, les accueils féminins poursuivent des objectifs intermédiaires variés. Un peu plus de la moitié des équipes (43) mettent à profit le cadre particulier de l'accueil féminin pour déployer des modalités de soin complémentaires aux suivis thérapeutiques et autres mesures préventives. Dès lors, il s'agit de préparer psychologiquement les femmes à s'engager ou à se maintenir dans une prise en charge. De nombreux accueils « femmes » centrent leur action prioritairement sur cet objectif.

« Renarcissisation » et la resocialisation

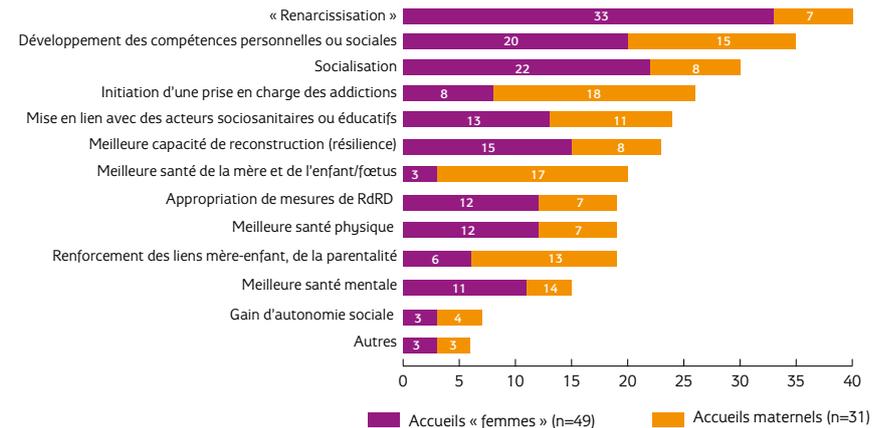
La moitié des accueils féminins cherchent à améliorer l'image que leurs bénéficiaires ont d'elles-mêmes. Ce mécanisme, communément qualifié de « renarcissisation » par les acteurs du champ, prime parmi les 49 accueils « femmes », cité par les deux tiers (figure 1). Pour cette même catégorie, contribuer à une meilleure socialisation figure au deuxième rang des objectifs poursuivis (mentionnés par 22 accueils). S'ensuit l'amélioration des compétences personnelles ou sociales (20). Cet objectif-ci est un enjeu fort également pour la moitié des accueils maternels (15) tout comme le renforcement des liens mère-enfant et des compétences parentales (13).

Sur l'ensemble des accueils féminins, près du tiers s'attachent à améliorer la résilience – capacité de reconstruction psychologique – de leurs bénéficiaires, nombre de ces femmes faisant face à des psychotraumatismes liés à des violences familiales, conjugales ou autres. Au-delà, d'autres objectifs de santé et la médiation avec le système de soins global sont avancés, chacun par moins d'un tiers des équipes.

Le rapport à soi au cœur des échanges

Bien que toutes les équipes relèvent de structures de soins, la moitié d'entre elles n'abordent pas directement le sujet de la santé avec leurs publics, mettant à profit le temps de l'accueil féminin pour évoquer des questions connexes plus spécifiques (tableau 2). Au vu des priorités soulignées, il n'est guère surprenant que les échanges avec les bénéficiaires des accueils féminins abordent le plus souvent l'estime de soi et les compétences individuelles, dans la moitié des accueils maternels et les deux tiers des accueils « femmes ». La représentation de soi, de la féminité et le rapport au corps sont des sujets prédominants, en particulier dans le cadre des accueils

Figure 1. Principaux objectifs de santé des accueils addictologiques féminins



Source : Ad-femina, OFDT 2018

Tableau 1. Services proposés par les accueils addictologiques féminins, hors traitement des addictions et RdRD

	Accueils « genrés » (n = 49)	Accueils maternels (n = 31)	Ensemble (n = 80)	%
Aide à l'insertion ou socio-administrative (ouverture de droits, etc.)	21	14	35	44
Aide socio-éducative	20	14	34	43
Médiation, coordination entre secteurs spécialisés ou de droit commun	18	14	32	40
Aide pratique ponctuelle ou d'urgence	16	11	27	34
Consultations de médecine somatique (généraliste, podologie...)	10	6	16	20
Hébergement	4	8	12	15
Aide juridique	6	2	8	10
Activités plus spécifiques de l'accueil féminin				
Suivi de grossesse ou périnatal	5	13	18	23
Consultations de gynécologie	6	9	15	19
Accompagnement psychologique (incluant le socio-esthétisme)	7	4	11	14
Autre (kinésithérapie, ostéopathie, conseils sur l'alimentation)	2	0	2	3

Source : Ad-femina, OFDT 2018

« femmes », qui sont 80 % à en faire mention contre un peu plus d'un tiers des accueils maternels.

Les équipes sont aussi nombreuses à travailler la question de la parentalité, celles s'adressant aux mères ou futures mères davantage que les autres (les deux tiers vs la moitié). Dans un tiers des accueils maternels, les intervenants évoquent également le « projet d'enfant » avec les patientes.

La vie de couple et la santé sexuelle sont discutées régulièrement dans quatre accueils « femmes » sur dix.

Les emprises et les violences conjugales ou familiales sont fréquemment évoquées par un tiers des accueils, dans ceux à valence maternelle un peu plus souvent que dans les autres. Dans l'ensemble, 20 % des équipes convoquent les expériences psycho-

traumatiques des femmes dans les réflexions engagées. Enfin, les difficultés de la vie professionnelle ou des études dans un contexte de consommations excessives ou encore la prostitution sont des sujets plus marginaux, mentionnés par environ 15 % des répondants.

Les trois quarts des équipes, en particulier des accueils « femmes », organisent des activités de groupe, un tiers d'entre elles privilégiant cette approche collective (figure 2). Trois sur dix mettent en place des groupes de parole. Les ateliers de socio-esthétisme (soins esthétiques auprès de populations fragilisées comme support relationnel et de revalorisation de l'image de soi) sont mobilisés davantage encore (43 %), en particulier par les accueils « femmes » qui sont la moitié à en organiser. L'adaptation aux publics féminins est aussi caractérisée par l'organisation d'ateliers pratiques ou d'apprentissage domestique (cuisine, couture, etc.), qui concernent près d'une vingtaine d'accueils. La proposition d'activités culturelles, physiques ou sportives concourt au travail sur le bien-être et le rapport au corps. Dans une moindre mesure, des expériences de médiation artistique ou de jeu de rôle sont également rapportées. De manière générale, l'ensemble de ces animations soutient le développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales chez le public-cible.

Parmi les métiers mobilisés dans les accueils existants, certains se distinguent des fonctions communément assurées en services d'addictologie et appuient les réflexions engagées quant au rapport au corps, à l'image ou à l'estime de soi : socio-esthéticiennes (13), notamment dans le cadre d'accueil « femmes », art-thérapeutes ou comédiens (8), éducateurs jeunes enfants (EJE), (6), sages-femmes ou gynécologues (5), éducateurs sportifs (4), sophrologues (3), ostéopathes (2) ou autres praticiens (ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité ou diététique).

■ L'accessibilité : un enjeu fort

L'un des enjeux de l'accueil féminin est d'aller au contact des usagères de drogues pour leur faciliter l'accès aux dispositifs et encourager leur demande de soin. Il s'agit en premier lieu de faire la promotion de ce type de service.

Communiquer sur l'offre d'accueil spécifique

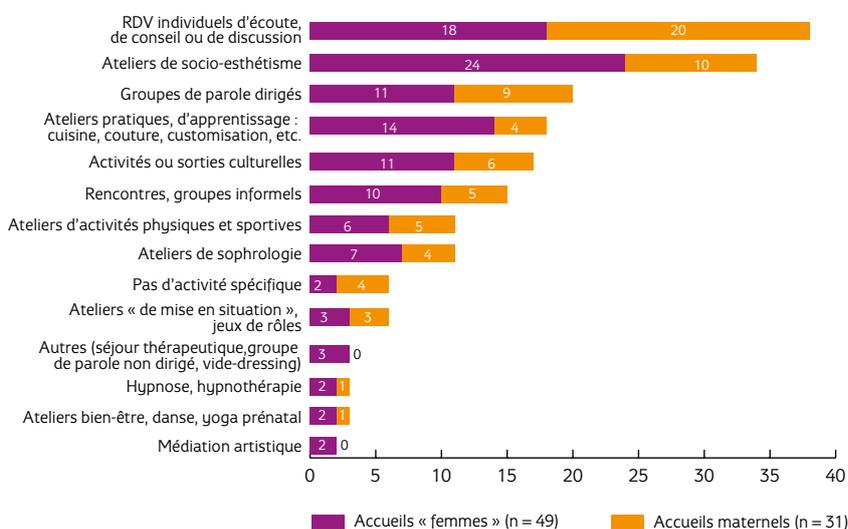
Un tiers des structures, associatives un peu plus souvent qu'hospitalières (36 % vs 30 %), mènent un travail important de communication en direction des professionnels du champ sociosanitaire

Tableau 2. Principaux sujets abordés avec les bénéficiaires des accueils addictologiques féminins

	Accueils « genrés » (n = 49)	Accueils maternels (n = 31)	Ensemble (n = 80)	%
Image de soi, « féminité », rapport au corps	39	11	50	63
Compétences individuelles, estime de soi	33	17	50	63
Parentalité, vie de famille	24	20	44	55
Santé globale	21	14	35	44
Emprise ou violences conjugales, familiales	14	11	25	31
Vie de couple, sexualité, santé sexuelle	18	5	23	29
Psychotraumatisme	11	6	17	21
Contraception	9	7	16	20
Projet d'enfant (projection en tant que mère)	4	10	14	18
Vie professionnelle et usages de drogues	6	5	11	14
Prostitution	5	5	10	13
Autres : économie domestique, précarité, mal-être au travail, droits des femmes, stigmatisation, etc.	8	5	13	16

Source : Ad-femina, OFDT 2018

Figure 2. Activités spécifiques proposées par les accueils addictologiques féminins



Source : Ad-femina, OFDT 2018

mais aussi du public ciblé, afin de faire connaître leurs dispositifs et de contre-carrer la stigmatisation des structures d'addictologie. La communication et la coordination intersecteurs identifient parmi les principaux enjeux identifiés à ce jour par 40 % des équipes.

Généralement, les bénéficiaires découvrent l'existence des accompagnements féminins par le biais

des équipes ou d'autres professionnels de la structure (pour 71 % des dispositifs), ainsi que par cooptation ou bouche-à-oreille entre usagères (46 %). L'orientation via des partenaires externes du secteur social et sanitaire de droit commun ou de l'addictologie est aussi relativement fréquente (40 %). Trois dispositifs sur dix fournissent une aide d'urgence – en distribuant des

accessoires d'hygiène et de beauté, des vêtements, plus rarement des vivres – qui contribue à instaurer le contact ou à maintenir le lien avec les femmes ciblées.

Des aménagements pour encourager les recours

Afin d'encourager le recours au dispositif, les acteurs procèdent à des aménagements de temps ou d'espace, voire réorganisent les activités du service. Il est crucial de proposer aux femmes et à leurs enfants un environnement relativement serein par rapport au cadre d'accueil général en addictologie, souvent empreint d'une certaine agressivité, liée principalement à la prédominance des usagers masculins [13]. Ainsi, 45 structures (56 %) aménagent des temps spécifiques par rapport à leur accueil général mixte, que ce soit des horaires (9), des jours précis (7) ou les deux (27, 34 %). Certaines équipes (17) mettent en place l'accueil sur une large amplitude horaire. Une quinzaine, relevant de CAARUD pour les deux tiers, viennent à suspendre l'accueil de la file active masculine durant les activités d'accueil féminin.

Pour 28 % des équipes (22), la réactivité – leur capacité de réponse dans des délais courts, généralement inférieurs à une semaine – est cruciale. Le délai d'attente moyen, de 6 jours, est lié au caractère le plus souvent périodique de cet accueil spécifique. Alors que dix dispositifs offrent un accompagnement féminin permanent ou quasi quotidien, 21 fonctionnent plutôt de façon hebdomadaire et 11 selon une fréquence mensuelle. Neuf accompagnements féminins sont mis en œuvre de façon moins régulière dans l'année (environ tous les deux à trois mois). Enfin, 18 dispositifs s'adaptent aux demandes au sein de la file active mais affichent des délais d'attente inférieurs à 15 jours.

Un quart des accueils féminins décrits par l'enquête bénéficient d'une salle qui leur est réservée pour recevoir les participantes et un petit nombre disposent d'un local ou d'un lieu extérieur à la structure (10 %). Quelques CAARUD ou CSAPA en ambulatoire sont en mesure de proposer aux femmes une entrée ou un accès distincts de ceux de l'accueil général (6 %). D'autres misent sur la mobilité de l'équipe (visites à domicile, etc.) pour favoriser les recours (23 %).

Une douzaine de dispositifs addictologiques maternels ou « femmes » (16 %) ont aménagé un espace de réception pour les enfants accompagnants (matériels et mobilier adaptés).

Parmi eux, six proposent aux mères des activités adaptables à la présence d'enfants. Cinq disposent d'un personnel se consacrant à l'accueil des enfants (pour les occuper, les divertir, les écouter) et un service intègre pleinement leur présence en mobilisant un professionnel pour la consultation des enfants.

■ Une offre peu répandue

La structuration de réponses spécifiques aux femmes en addictologie reste rare. Ce caractère exceptionnel peut être imputé à la relative nouveauté des préoccupations quant à leur difficulté d'accès aux soins ou à des freins factuels, voire idéologiques (non-adhésion à une réponse

différenciée). Au final, seul un tiers (24) des 80 répondants estiment que le déploiement de l'accueil féminin se déroule dans de bonnes conditions. Un quart des entités déplorent un manque de soutien institutionnel ainsi que des représentations défavorables à leur égard. Une dizaine d'entre elles pointent une insuffisance des ressources humaines et du budget.

Enfin, près de la moitié des équipes soutiennent l'idée d'un réseau professionnel d'échange spécifique sur l'accompagnement féminin. L'un des premiers sujets cliniques portés au débat concernerait les moyens d'accroche ou d'orientation à développer face aux comportements d'évitement des femmes.

Méthodologie

L'enquête Ad-femina, adressée prioritairement aux équipes d'addictologie en CSAPA, CAARUD, ELSA, consultations hospitalières, etc., documente les cadres d'intervention mis en œuvre en 2017, le profil des publics reçus et les caractéristiques des opérateurs. Élaborée avec la participation d'acteurs du champ, l'enquête s'appuie sur un questionnaire en ligne qui a pu être rempli en plusieurs étapes et a été diffusé via la base d'adresses de l'OFDT et par plusieurs réseaux nationaux du champ de l'addictologie auprès de leurs adhérents (cf. « Remerciements »).

À l'issue de la campagne de collecte, du 1^{er} mars au 15 mai 2018, 338 structures ont fourni un retour, avec des taux de participation variables selon le type de structures : de 51 % des CAARUD, 56 % des CSAPA avec soin résidentiel, 36 % des CSAPA en ambulatoire associatifs et hospitaliers, 13 % des ELSA, 12 % des services d'addictologie hospitaliers et 7 % des services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA). Parmi ces 338 structures, 137 (41 %) ont rapporté une expérience préalable, dont 80 en 2017 (24 %). Ces 80 structures porteuses qui ont détaillé leurs activités d'accueil féminin en 2017 sont principalement des CAARUD et CSAPA associatifs en ambulatoire (29 % chaque catégorie) ou des CSAPA hospitaliers en ambulatoire (18 %). Les autres catégories de répondants sont des services d'addictologie hospitaliers (6 %), des ELSA (6 %), des CSAPA avec soins résidentiels collectifs ou individuels (5 %) et autres (7 %, PMI, réseaux associatifs, cliniques privées, etc.). De plus amples détails sont fournis sur le site Internet de l'OFDT (www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/enquete-ad-femina/).



Conclusion

Il est difficile d'avoir aujourd'hui une connaissance précise du nombre de structures ou de dispositifs d'addictologie engagés dans l'élaboration de réponses spécifiques aux femmes. La Fédération Addiction en recense 55 au sein de son réseau national. L'enquête Ad-femina documente les activités de 80 accueils féminins en activité en 2017, principalement en CSAPA et CAARUD. Compte tenu des faibles taux de participation, le présent travail ne permet guère d'extrapoler l'activité des ELSA et des services d'addictologie hospitaliers dans ce champ. Bien que non exhaustives, ces réponses fournissent néanmoins un ordre de grandeur quant à la part des dispositifs d'accueil féminin en CSAPA et CAARUD au plan national et des précisions utiles sur les modes d'intervention en jeu dans ces structures.

Cependant, cet effectif contraint à limiter l'analyse comparative à deux sous-groupes, les dispositifs « femmes » et « maternels », en rassemblant sous ce dernier terme les dispositifs axés sur la périnatalité et ceux travaillant sur le lien mère-enfant. Par rigueur interprétative, les résultats relatifs à ces deux segments sont exprimés selon les effectifs observés et non en pourcentages.

Les accueils spécifiques de femmes en addictologie visent à améliorer leur prise en charge. Dans ce but, ceux qualifiés ici d'accueils maternels s'emploient à protéger l'enfant ou le fœtus (via un suivi périnatal) et à consolider le lien avec la mère. Lesdits accueils « femmes » mènent un travail psychosocial autour des principales vulnérabilités des participantes pour initier ou soutenir leur engagement dans le soin. Le renforcement de l'estime de soi (« renarcissisation ») et la (re)socialisation des bénéficiaires se révèlent des objectifs prioritaires communs aux deux types de dispositifs. Ces aptitudes sont perçues comme étant de nature à consolider les compétences parentales des usagères ou leur inscription dans une prise en charge continue. À ce titre, une variété d'activités sont mises en œuvre, en particulier

dans les accueils « femmes » – socio-esthétisme, ateliers pratiques, activités culturelles ou sportives, etc. –, qui sont par ailleurs peu mobilisées en addictologie. L'offre d'activités collectives distingue plutôt ces dispositifs d'accompagnement féminin, qui sont nombreux à poursuivre des objectifs psychosociaux.

Environ 2 650 femmes ont été reçues dans ces 80 dispositifs en 2017, un nombre encore modeste au regard des quelque 72 000 femmes vues annuellement dans les CSAPA et CAARUD [4, 14]. Comme l'ensemble des femmes des files actives des services spécialisés, ces bénéficiaires sont majoritairement polyconsommatrices, ont souvent un usage problématique d'alcool et cumulent des vulnérabilités sociosanitaires, freinant leur demande de soins. Trouver les moyens de les amener vers le soin, en l'occurrence dans un accueil spécifique, le plus précocement possible et les maintenir dans un suivi régulier sont parmi les principaux défis qu'affrontent les équipes. La moitié des dispositifs aménagent des temps, voire des espaces (salles, accès distincts) réservés à l'accueil féminin afin d'accueillir les usagères, parfois avec leurs enfants, dans un cadre serein, relativement isolé des usagers masculins.

Un important travail d'information et de sensibilisation est déployé auprès des femmes ciblées, mais aussi en direction des réseaux de soins locaux. En outre, le fait que ces réponses spécifiques relèvent généralement d'une démarche volontaire et formelle peut expliquer que seuls une dizaine de sites pointent l'insuffisance des ressources.

Si l'accueil médicosocial spécifique aux femmes en addictologie a connu une certaine attention au cours des dernières années, de la part des praticiens comme des pouvoirs publics, il demeure un terrain d'innovation clinique. En outre, la relative nouveauté du champ et la difficulté à le cerner par des outils quantitatifs invitent à poursuivre l'étude des pratiques professionnelles en jeu, notamment en mobilisant des méthodes sociologiques complémentaires à ce premier niveau d'analyse.

références bibliographiques

1. MILDECA, Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, Paris, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2018, 130 p.
2. CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE, Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020), Bruxelles, Conseil de l'Union européenne, 2012, 18 p.
3. CADET-TAÏROU A., LERMENIER A. et GAUTIER S., Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015, Saint-Denis, OFDT, 2018, 56 p.
4. PALLE C. et RATTANATRAY M., Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA, Saint-Denis, OFDT, 2018, 111 p.
5. ESCOTS S. et SUDÉRIE G., Revue de la littérature : Femmes et addictions, Paris, Fédération Addiction, 2013, 50 p.
6. JAUFFRET-ROUSTIDE M., OUDAYA L., RONDY M., KUDAWU Y., LE STRAT Y., COUTURIER E., EMMANUELLI J. et DESENCLOS J.-C., « Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues », *Médecine/Sciences*, Vol. 24, HS n° 2, 2008, pp. 111-121.
7. MUTATAYI C., Accueil addictologique et médico-social de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011, Saint-Denis, OFDT, 2014, 35 p.
8. BECK F., OBRADOVIC I., PALLE C., BRISACIER A.-C., CADET-TAÏROU A., DIAZ-GÓMEZ C., LERMENIER-JEANNET A., PROTAIS C., RICHARD J.-B. et SPILKA S., « Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? », *Tendances*, OFDT, n° 117, 2017.
9. SIMMAT-DURAND L., VELLUT N., JAUFFRET-ROUSTIDE M., MICHEL L., MOUGEL S., LEJEUNE C. et PLANCHE M., « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? », *Psychotropes*, Vol. 19, n° 3-4, 2013, pp. 35-60.
10. BETTENDORF C., Femmes et addictions, Paris, Fédération addiction, 2012, 6 p.
11. FÉDÉRATION ADDICTION, Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD, Repères, Paris, Fédération addiction, 2016, 100 p.
12. MUTATAYI C., « L'accueil de femmes en addictologie : une question d'accroches, entre aller-vers et guider-vers ? », *L'Observatoire*, n° 93, 2017, pp. 21-25.
13. BENOIT T. et JAUFFRET-ROUSTIDE M., « Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives ». Consultation de professionnels menée en septembre et octobre 2015 dans quatre villes d'Europe : Paris, Rome, Madrid et Lisbonne, Strasbourg, Groupe Pompidou, 2015, 83 p.
14. DIAZ GÓMEZ C. et MILHET M., « Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdRD distribués », *Tendances*, OFDT, n° 113, 2016, 6 p.

Remerciements

À Christophe Palle de l'OFDT et à Cécile Bettendorf [10] qui par leur avis éclairé ont permis d'affiner la trame du questionnaire d'enquête. Aux professionnels de CSAPA ou CAARUD qui ont accepté de tester son pilote : Rosine Réat (DAPSA), Odile Vitte, (CSAPA APS Contact), Emma Richaud (CAARUD Proses) et Pascale Barneau (CSAPA La Mosaïque).

À Cristina Díaz Gómez, Anne de l'Eprevier et Ivana Obradovic pour leur relecture.

Aux équipes d'accueils addictologiques féminins qui ont répondu à l'enquête Ad-femina.

Aux réseaux et fédérations professionnels qui ont soutenu la diffusion de l'enquête parmi leurs adhérents, en particulier :

Khafil Aymar Moudachirou (AIDES), Delphine Jarraud (Association nationale de prévention en

alcoolologie et addictologie), Dr Pierre Polomeni (ELSA France), Georges Martinho et Julie Baudillon (Fédération Addiction), Pr Amine Benyamina (Fédération française d'addictologie), Dr Nicolas Bonnet et Anne-Cécile Cornibert (Réseau de prévention des addictions), Pr Mickael Naassila et Véronique Maffeo (Société française d'alcoolologie).



www.ofdt.fr

tendances

Directeur de la publication
Julien Morel d'Arleux

Comité de rédaction
Christian Ben Lakhdar, Bruno Falissard, Virginie Gautron, Emmanuelle Godeau, Aurélie Mayet, Frank Zobel

Rédactrice en chef
Julie-Émilie Adès

Infographiste / Frédérique Million
Documentation / Isabelle Michot

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies

69, rue de Varenne - 75007 Paris
Tél. : 01 41 62 77 16
e-mail : ofdt@ofdt.fr