



# Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins

Carine MUTATAYI

NOTE 2014-10 / SAINT-DENIS, 2014



L'épidémiologie des addictions a très tôt mis en évidence une prédominance masculine quasi exclusive parmi les consommateurs d'alcool, de tabac et d'autres drogues. Les mêmes études ont également démontré des spécificités de genre en ce qui concerne les comportements d'usage et, corrélativement, les représentations sociales qui s'y rapportent. Ces particularités suggèrent le besoin de réponses originales à l'égard de chaque sexe, en prévention comme en soins. Cependant, les réponses publiques en matière de prévention et de traitement des addictions ont été fortement calquées sur le modèle dominant de l'utilisateur masculin. Aussi, lorsqu'on se penche sur l'adaptation des services au genre, la question se résume le plus souvent à explorer les besoins propres des femmes et adolescentes. Néanmoins, la diffusion et la nature des approches « au féminin » demeurent, en France, insuffisamment connues.

## INTERVENIR DIFFÉREMMENT EN PRÉVENTION

Il apparaît légitime de s'interroger sur l'intérêt d'interventions de prévention qui soient propres à chaque genre, du fait des distinctions mises en évidence entre hommes et femmes ou garçons et filles, tant en ce qui concerne les comportements d'usages que les représentations sociales, ou encore, s'agissant des plus jeunes, le développement psychologique ou physique à l'adolescence.

### QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE ?

L'utilité d'actions préventives spécifiques aux garçons ou filles, que ce soit en termes de contenu, de cadre ou de méthode d'intervention, a été soulignée par plusieurs recherches scientifiques.

Par exemple, les garçons présentent de plus hauts niveaux de « résistance » dans la demande d'aide face à des usages de drogues [1]. Dans les familles présentant de hauts facteurs de risques face aux usages de

<b>INTERVENIR DIFFÉREMMENT EN PRÉVENTION</b>	<b>1</b>
QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE ?	1
QUE NOUS DIT L'EXPERTISE FRANÇAISE ?	2
EN FRANCE, PEU D'APPROCHES SELON LE GENRE, PRINCIPALEMENT LIÉES À L'ALCOOL OU TABAC	2
UNE APPROCHE MINORITAIRE ÉGALEMENT AILLEURS EN EUROPE	3
<b>PRISE EN CHARGE DES USAGÈRES PROBLÉMATIQUES</b>	<b>3</b>
EN CJC, DES ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES AUX CONSOMMATIONS ÉLEVÉES	3
FEMMES TOXICODÉPENDANTES:	3
LE DÉVELOPPEMENT MODESTE DE L'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DE FEMMES TOXICODÉPENDANTES	5
<b>QUELQUES PISTES DE RECHERCHE</b>	<b>6</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>7</b>

drogues, la supervision familiale afin de réduire les possibilités de consommation a un poids supérieur (facteur de protection) chez les filles que chez les garçons. Ces dernières sont davantage influencées par les facteurs de protection familiaux, tel que l'attachement familial ou une attitude parentale négative à l'encontre des drogues, alors que les garçons seraient plus influencés par leur environnement scolaire ou social (Sale *et al.*, 2005) [1].

Les actions s'attachant à développer les aptitudes sociales, l'affirmation de soi semblent plus efficaces chez les adolescents, alors que les adolescentes se montrent plus sensibles aux approches ciblant l'expression et les techniques de gestion des conflits et de résistance à l'offre (Schinke, 1994) [1]. Les approches interactives impliquant des pairs ou des adultes référents seraient plus efficaces auprès des garçons (Springer *et al.*, 2004). Souvent, les effets des actions sont plus durables (Lillehoj *et al.*, 2004) [1] mais moins prononcés chez les filles (www.eu-dap.org).

La pertinence d'approches adaptées selon le genre n'a pas été un sujet de recherche très développé durant les dernières années. Les résultats disponibles sont issus des recherches menées pour l'essentiel dans des cadres culturels anglo-saxons, et leur confirmation dans le contexte français, en milieu scolaire, mériterait d'être étudiée.

## QUE NOUS DIT L'EXPERTISE FRANÇAISE ?

L'expertise collective de l'INSERM « Conduites addictives chez les adolescents » aborde les spécificités de genre sous l'angle des pratiques d'usages, des représentations, des atteintes morphologiques et fonctionnelles, mais ne développe pas la transposition de ces savoirs en termes de prévention [2]. Elle souligne le besoin de développer les études françaises sur l'efficacité des approches préventives et sur les motivations amenant les jeunes à consommer, afin d'étayer la conception des programmes de prévention en France.

## EN FRANCE, PEU D'APPROCHES SELON LE GENRE, PRINCIPALEMENT LIÉES À L'ALCOOL OU TABAC

En matière de prévention des conduites addictives, en France comme ailleurs en Europe, les actions adressées à un genre particulier émanent davantage de la surreprésentation *de facto* de ce public dans un milieu d'intervention (par exemple, dans un lycée professionnel) que d'une stratégie volontaire de différenciation.

Le sujet de l'alcool, rattaché à la question de la grossesse, fait peut-être exception. Les campagnes d'information sur les conséquences de l'absorption d'alcool doivent aborder la question du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et inciter les femmes enceintes à ne pas boire d'alcool (loi du 9 août 2004 ; art. L. 3311-3 du CSP). La loi de santé publique de 2004 dispose que, dans les collèges et les lycées, les élèves doivent bénéficier d'au moins une séance annuelle sur les risques sur le développement du fœtus de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Les représentations sociales sexuées sont largement exploitées au profit du « Gender Marketing », marketing social basé sur les références culturelles associées à chaque genre, mis en œuvre par les industries de l'alcool et du tabac. S'agissant de ces deux produits, quelques campagnes médias françaises se sont appuyées sur un ciblage masculin ou féminin, plutôt pour des publics adultes et souvent autour de la problématique des usages pendant la grossesse.

Exemples :

- Charte de bonne conduite signée en 2000 avec les principaux titres de la presse féminine afin de rompre avec une présentation valorisante du tabac ;
- Dans le cadre des campagnes de dénormalisation, une campagne en direction des femmes et des jeunes filles souligne les contradictions entre l'image « glamour » de la cigarette et ses méfaits sur la beauté et la santé : charte signée avec la presse féminine et des programmes télévisés courts (2001-2003)
- Annonce dans la presse féminine, message destinée aux femmes enceintes « Zéro alcool pendant votre grossesse » (2003-2006). Affiche « 9 mois... 0 alcool 0 tabac » (2004) « Femmes sans tabac, le magazine féminin gratuit qui aide à arrêter de fumer ! » (2005)
- Campagne presse masculine « Bois moins si t'es un homme » (2003)  
Campagne « Boire un peu trop d'alcool tous les jours...c'est mettre sa vie en danger »(2010) ciblant les hommes de 40 ans et plus, pour sensibiliser ce public sur les dangers d'une consommation régulière, les effets cumulés encourus et les conséquences de long terme

Néanmoins, les campagnes destinées aux jeunes en matière de drogues licites ou illicites, exploitent encore peu le genre comme un filon de communication spécifique.

## UNE APPROCHE MINORITAIRE ÉGALEMENT AILLEURS EN EUROPE

Les approches spécifiques à un genre donné demeurent peu communes également ailleurs dans l'Union européenne [1]. Les différents pays partagent un autre constat : les quelques expériences « du genre » s'avèrent majoritairement des actions dédiées aux filles, alors que certaines approches, par exemple d'influence sociale, ont révélé avoir plus de prise sur les garçons [1].

## PRISE EN CHARGE DES USAGÈRES PROBLÉMATIQUES

Les spécificités féminines demeurent peu intégrées dans la réflexion sur l'efficacité du repérage ou de la prise en charge sociale ou thérapeutique, et totalement absentes de la réflexion sur la validité clinique des critères de dépendance, en particulier pour le cannabis [3].

## EN CJC, DES ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES AUX CONSOMMATIONS ÉLEVÉES

En 2007, les filles accueillies en Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) sont minoritaires (19%). Elles se distinguent par une moyenne d'âge plus élevée que chez les garçons, qui traduit en fait une grande dispersion entre d'un côté les mineures et de l'autre les femmes de plus de 25 ans, plus fortement représentées que le public masculin [3-4]. À tous les âges, ces jeunes-filles révèlent des fréquences de consommations plus élevées que les garçons, un constat corrélé au fait que, de façon significative, elles se rendent spontanément dans ces structures plus souvent que les garçons (42,1 % vs 23,1 % ;  $p < 0,001$ ) [5]. Ces derniers sont quant à eux davantage adressés par la justice (44,8 %).

Les filles vues en CJC consomment également plus intensivement : entre 18-25 ans, les usagères quotidiennes de cannabis fument en moyenne 7 joints par jour contre 5 et demi chez les garçons de la même classe d'âge. Le tabagisme quotidien et intensif est lui aussi plus répandu chez ces jeunes-filles, associé à une consommation régulière ou quotidienne de cannabis. En revanche, les jeunes filles sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas boire d'alcool (16,4 % vs 13,1 %), bien que les fumeuses de cannabis au quotidien présentent, elles, une prévalence d'usage quotidien d'alcool similaire à celle des garçons.

Ces filles et jeunes-femmes sont aussi plus nombreuses à venir consulter pour un usage spécifiquement lié à un autre produit que le cannabis (12,3 % contre 7,1 %), qu'il s'agisse d'alcool, de cocaïne, d'héroïne, ou d'une autre drogue illicite. Ce constat peut s'apparenter à une stratégie de contournement des structures spécialisées de soins aux toxicomanes, qui seraient théoriquement plus directement compétentes pour offrir une prise en charge adaptée à de tels profils [3]. Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) se révèlent plus stigmatisés et stigmatisants que ne le sont les CJC (voir section suivante).

## FEMMES TOXICODÉPENDANTES:

### *Moins nombreuses ou moins visibles en addictologie ?*

La proportion de femmes dans la file active des CSAPA, y compris des CAARUD, est proche de 20 % en 2012 (données RECAP). Historiquement, les femmes sont minoritaires parmi les usagers vus en structures spécialisées mais ce décalage trouve aussi son origine dans une plus grande difficulté d'accès pour ces femmes. En moyenne, une dizaine d'années séparent les femmes venues consulter principalement pour un usage de cannabis (26,9 ans en moyenne) de celles venues du fait d'autres drogues illicites (34,3 ans) et encore autant pour celles consultant pour un problème d'alcool (45,7 ans).

Les professionnels du champ relatent un sentiment de crainte fréquent chez les femmes toxicodépendantes envers les institutions de soins spécialisés. Beaucoup redoutent d'être stigmatisées voire sanctionnées par une décision judiciaire de placement de leurs enfants, du fait de leur addiction. La plupart ont, de fait, elles-mêmes vécu une expérience de placement durant leur enfance [6]. La difficulté à passer le seuil des services d'addictologie doit être mise en rapport avec les agressions verbales ou physiques (entre usagers) intervenant assez souvent dans ces lieux. Ces conditions contribuent au fait que les femmes sont peu en demande de soins ; elles expliquent en partie leur sous-représentation au sein des files actives des services d'addictologie.

Ainsi, les dispositifs d'accueil ou de soins ont pour enjeu de toucher des personnes « en rupture », qui ne sont pas nécessairement en demande de soutien, même si les besoins existent. Il s'agit de trouver comment aller vers

elles, les faire venir dans les institutions, créer et maintenir le lien, leur donner les moyens de « s’ancrer » dans la structure, afin de consolider ou initier leur prise en charge socio-sanitaire ou le travail sur le lien mère-enfants.

### Des situations sanitaires et sociales souvent fort dégradées

Les différentes sources disponibles traduisent une grande détresse sociale et familiale des femmes toxicodépendantes (voir données RECAP ci-dessous) et une importante prise de risque, en matière d’usage de drogues ou de sexualité [7-10], couplées à une vulnérabilité physiologique accrue [2].

Les femmes accueillies en centres de soins présentent des profils toxicologiques relativement lourds (voir tableau 1), caractérisés par des proportions élevées de polyconsommatrices de drogues (Fédération addiction, dossier femmes). Elles présentent également une fréquente co-morbidité psychiatrique [11]. En 2012, parmi les usagères venues en CSAPA en raison de leur consommation de cannabis ou d’autres drogues illicites, quatre sur dix ont déjà été hospitalisées pour raison psychiatrique (voir tableau 1). Elles sont trois sur dix parmi les consommatrices problématiques d’alcool. Dans les trois groupes, au moins 40 % ont déjà tenté de se suicider.

Tableau 1. État de santé et profils addictologiques des femmes vues en CSAPA et CAARUD en 2012 (%)

Indicateurs	Usagères de cannabis en produit principal	Usagères d'autres drogues illicites en produit principal	Usagères d'alcool en produit principal
	N=3209	N=10999	N=12746
Age moyen	26,9	34,3	45,7
<b>Pratiques addictologiques</b>			
Polyconsommatrice	45,5	61,8	41,8
A déjà utilisé la voie intraveineuse	6,3	40,7	4,8
<b>Etat de santé</b>			
A déjà été hospitalisée pour raison psychiatrique	40,0	43,4	27,8
Séropositive VIH	1,4	5,2	3,7
Séropositive VHC	2,4	21,2	4,5
A déjà tenté de se suicider	43,2	45,6	41,8
<b>Parcours judiciaire</b>			
A déjà été incarcérée	22,6	30,9	19,2

Source : Données RECAP, 2012 (OFDT)

Parmi les personnes reçues en addictologie, les femmes témoignent des situations sociales, familiales et affectives davantage dégradées que celles des hommes. Grande précarité, fragilité psychiatrique, prostitution, violences conjugales transparaissent fréquemment dans les trajectoires de vie [12] (voir tableau 1). Dans les accueils expérimentaux étudiés en 2012, six femmes sur dix ne bénéficient pas de minima sociaux. Parmi elles, un peu plus de la moitié (56 %) déclarent avoir des enfants à charge tandis que trois sur dix ne disposent que d’un hébergement temporaire.

Tableau 2. Situations familiales et sociales des femmes vues en CSAPA et CAARUD en 2012 (%)

Indicateurs	Usagères de cannabis en produit principal	Usagères d'autres drogues illicites en produit principal	Usagères d'alcool en produit principal
	N=3209	N=10999	N=12746
<b>Entourage</b>			
A des enfants	25,4	47,5	67,9
Vit seule	20,9	27,3	32,3
Vit seul(e) avec enfant(s)	9,3	13,6	15,4
<b>Logement</b>			
Logement provisoire	11,2	14,2	6,0
<b>Ressources</b>			
Revenus d’emplois (y compris retraites et pensions invalidité)	34,0	33,8	56,7
<b>Parcours judiciaire</b>			
A déjà été incarcérée	22,6	30,9	19,2

Source : Données RECAP, 2012 (OFDT)

La précarité socio-économique amène certaines à des pratiques prostitutionnelles, régulières ou occasionnelles. Les femmes accueillies en CAARUD s'avèrent, en plus grande détresse sociale et familiale que les autres. Les professionnels constatent des besoins spécifiques au public féminin, liés non seulement à la fréquence de situations psychopathologiques, familiales et sociales, particulièrement aggravées, mais aussi aux questions prégnantes soulevées par la présence d'enfants.

### **Des femmes et des mères fortement stigmatisées, victimes de diverses forme d'emprise**

Plus que les hommes, les femmes toxicodépendantes voient leur dépendance fortement stigmatisée, renvoyant une image opposée aux archétypes féminins et maternels. Beaucoup partagent elles-mêmes ces perceptions, qui tendent à altérer leur estime de soi [12]. Ces femmes s'avèrent en général relativement isolées avec leur problème de dépendance, notamment durant la grossesse, confrontées à l'interdit social perçu au sujet de leur maternité et à l'incompréhension de leur entourage ou des professionnels de santé.

Fréquemment, les femmes toxicodépendantes subissent une emprise à multiples facettes. Outre la dépendance aux produits, elles peuvent aussi être fréquemment sous l'influence psychologique excessive exercée par leurs conjoints ou proxénètes (qui sont parfois les mêmes) ou par des proches, sur fond de violences conjugales ou intrafamiliales, actuelles ou passées.

## **LE DÉVELOPPEMENT MODESTE DE L'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DE FEMMES TOXICODÉPENDANTES**

Plusieurs expériences d'accueil spécifique de femmes toxicodépendantes ont vu le jour dans le courant des années 1970. Mais de telles approches demeurent aujourd'hui peu répandues, les équipes professionnelles faisant face à la complexité organisationnelle de ces réponses, à un recrutement souvent peu aisé et à de nombreuses questions déontologiques et épistémologiques posées par une pratique encore en construction. Nombre de ces initiatives ont été construites autour de la problématique des grossesses en situation de toxicodépendance et du lien mère-enfant (entre autres, Unité Résidentielle pour femmes toxicodépendantes avec leur enfant (UME) du centre Pierre Nicole, Centre Horizon, Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA)). Plus récemment, grâce à des fonds DGS/MILDT, des mesures d'accueil addictologique socio-médical propres aux femmes toxicodépendantes ont été expérimentées en CSAPA, en CAARUD ou en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale). Elles ont fait l'objet en 2012 d'une évaluation de processus [12] dont les résultats viennent compléter les connaissances rassemblées ces dernières années, notamment à l'initiative de Fédération Addiction (<http://www.federationaddiction.fr/lancement-du-questionnaire-femmes-addictions>).

Quelques constats communs peuvent être tirés de ces diverses expériences, sur les interrogations encore vives des professionnels et les écueils à surmonter pour fournir une base solide aux projets nouvellement mis en œuvre.

### **Grossesse et dépendance**

Les grossesses intervenues chez les femmes toxicodépendantes ont été l'une des premières préoccupations qui ont mis en évidence le besoin d'une prise en charge spécifique de ce public. Ces grossesses étant souvent peu suivies, les équipes professionnelles (hospitalières) sont régulièrement appelées à intervenir dans des contextes de crise. L'urgence des situations est symptomatique des difficultés de repérage de ces grossesses à risques dans la chaîne du soin. Les risques pour le fœtus ou pour la mère représentés par les consommations ou par l'interruption de la substitution sont assez mal connus des équipes de maternité-obstétrique.

Les facteurs qui tendent à dissuader les femmes toxicodépendantes à recourir aux services de soins spécialisés ont une résonance particulière lorsque ces usagères sont ou deviennent mères, car désireuses de privilégier l'intimité avec leur nouveau-né plus que toutes autres relations. Lors de la période particulière de la grossesse, il n'est pas rare que les femmes se replient dans une relation « mère-enfant en devenir ». Cette réticence à appréhender le « collectif » – du moins dans un premier temps – est commune aux femmes toxicodépendantes mais tend à s'accroître lorsqu'elles sont enceintes ou nouvellement mères. Cet état d'esprit se concilie peu avec les activités proposées par certains des dispositifs d'accueil féminin.

### **Une pratique en devenir**

Outre les réticences mêmes des usagères, les difficultés d'accès aux soins de ces femmes tiennent aussi à un défaut d'orientation du secteur de droit commun vers le secteur spécialisé. L'accueil de femmes requiert des liens avec des structures qui ne font pas partie du réseau habituel des CSAPA/CAARUD et pour lesquelles l'intégration

de ce type de réponse n'est pas toujours aisée. L'accueil féminin, sa nature, sa portée, le principe d'une démarche spécifique, voire individualisée, doivent faire l'objet d'une communication longue et répétée. Le principe d'une réponse spécifique à un genre n'est pas toujours compris de prime abord, y compris au sein des équipes addictologiques. L'accueil des femmes toxicodépendantes soulève encore de nombreuses questions parmi les professionnels qui conviennent des progrès à réaliser pour asseoir cette nouvelle offre de soins [12].

Néanmoins, cette nouvelle offre de service apparaît comme un recours bienvenu pour des professionnels du droit commun qui sont souvent désemparés, parfois dans l'incompréhension, face aux situations sociales ou psychologiques fortement dégradées de leurs interlocutrices toxicodépendantes. »

## QUELQUES PISTES DE RECHERCHE

La dimension du genre demeure un axe essentiel des enquêtes épidémiologiques sur le phénomène des drogues licites ou illicites. Cependant, alors que l'épidémiologie et l'étiologie féminine sont relativement bien documentées en population générale, les situations et trajectoires des femmes et jeunes-filles usagères problématiques ou dépendantes demeurent moins bien cernées.

Les travaux susceptibles d'explorer les motivations aux usages, notamment aux usages problématiques, doivent absolument conserver cette perspective, afin d'étayer le contenu des messages préventifs et les stratégies d'approches des acteurs du soin et du bas-seuil.

En France, il est important de développer la recherche appliquée et transactionnelle dans le champ de la prévention et de maintenir l'analyse comparative par genre. Toutefois, l'enjeu scientifique est aussi évaluatif car, ces dernières années, le faible engouement de la recherche pour les approches préventives par genre peut être mis en rapport avec la difficulté pratique, en conditions réelles, de distinguer des espaces (lieux et temps) pour chaque sexe. La faisabilité et les conditions de mise en œuvre sont au cœur du sujet.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. EMCDDA, A gender perspective on drug use and responding to drug problems, in Annual report 2006 : the state of the drug problem in Europe, Selected issues, EMCDDA, 2006, Lisbon. p. 21-37.
2. INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement*, Expertise collective, 2014, Paris, INSERM, 482 p.
3. Obradovic, I. and Beck, F., Jeunes femmes sous influence. Une féminisation du public reçu pour usage de cannabis dans les dispositifs d'aide ? *Travail, genre et sociétés*, 2013(29), p. 105-127.
4. Obradovic, I., L'influence du genre ? Les usages féminins de cannabis au sein du public des « consultations jeunes consommateurs », *Psychotropes*, 2010, 16(2), p. 85-105.
5. Obradovic, I., Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007), *Tendances*, 2008(63), p. 1-4.
6. Simmat-Durand, L., Signalements et placements des enfants de mère toxicomane, 2006, CESAMES - CNRS, UMR8136 - INSERM, U611 - Université Paris Descartes, p. 240.
7. Cadet-Taïrou, A., *Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers*, 2012, OFDT, Saint-Denis, p. 6.
8. Cadet-Taïrou, A., Coquelin, A., and Toufik, A., CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008, *Tendances*, 2010(74), p. 1-4.

9. Jauffret-Roustide, M., et al., Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues, *Médecine Sciences*, 2008, 24(HS n°2), p. 111-21.
10. Jauffret-Roustide, M., et al., Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France, *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2009 (10-11 (N° thématique «Femmes et addictions»)), p. 96-99.
11. Escots, S. and Suderie, G., *Revue de la littérature : Femmes et addictions*, 2013, Fédération Addiction, Paris, p. 50.
12. Mutatayi, C., *Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011*, 2014, OFDT, Saint-Denis, p. 35.