

Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes

Expérience en 2010-2011

Carine MUTATAYI

NOTE 2014-03 / SAINT-DENIS, MARS 2014



I - INTRODUCTION

L'ACCUEIL SPÉCIFIQUE FÉMININ ENCORE PEU DÉVELOPPÉ EN FRANCE

La reconnaissance de besoins spécifiques des femmes toxicodépendantes est relativement récente. De fait, si l'accueil spécifique féminin n'est pas inédit en France, il demeure peu développé. Dans les années 1970, l'accueil des toxicomanes se faisait généralement sans distinction de genre. En quelque sorte, ce public était masculinisé et la prise en compte des problématiques des usagers était influencée par les aspirations et des points de vue masculins, rattachés à l'idée prioritaire du plaisir, la quête de soi, la sexualité passant avant tout par l'héroïne et par l'injection. Ce n'est que progressivement que les accueillants se sont confrontés à l'évidence : il y avait des enfants, des grossesses et des femmes prises dans un contexte social et politique où on ne leur permettait pas ou peu, ou mal, de vivre leur maternité. A l'époque, les principes de la protection de l'enfance recommandaient en général que les enfants fussent placés dès la naissance.

Des grossesses se répétaient et nombre d'enfants nés dans ce contexte étaient placés dont on connaissait mal le devenir.

Au cours de la décennie 1970, le centre Marmottan, puis le centre Horizons, sont probablement les initiateurs d'une approche spécifique à l'adresse des femmes toxicomanes, mais qui est demeurée marginale en France. Le GEGA, Groupe d'étude grossesse et addiction, se constitue au début des années 1980, rassemblant des professionnels de santé (initialement des pédiatres et sages-femmes, pour l'essentiel) préoccupés par la question des grossesses chez des femmes présentant un comportement addictif. D'autres initiatives de prise en charge spécifique aux

I. Introduction	1
1. L'accueil spécifique féminin encore peu développé en France	1
2. Les expérimentations menées dans le cadre du Plan MILDT 2008-2011	2
3. L'étude : objectifs et méthode	3
II. Convergences et questionnements liés à la pratique	4
4. Conditions de mise en œuvre	4
5. Des femmes toxicodépendantes très précarisées	10
6. Les pratiques d'accueil	13
7. Les perceptions des professionnels	17
8. La place des enfants	20
III. Perspectives de développement	22
9. Freins et moteurs évoqués par les équipes	22
10. Besoins identifiés dans une perspective de développement	25
11. Questionnements sur la pratique	28
IV. Conclusion	30
V. Bibliographie	32
VI. Annexes :	32
Annexe 1. Listes des structures porteuses par type de mesure	32
Annexe 2. Sigles	33
Remerciements	34

femmes émergent en France, y compris en milieu pénitentiaire (tel le QIS, Quartier intermédiaire sortants, de la Maison d'arrêt pour femmes de Fresnes). Leur nombre est demeuré relativement restreint.

Le Conseil de l'Europe désignait les femmes toxicodépendantes parmi les publics prioritaires de sa stratégie anti-drogue 2005 à 2012 [1]. Le plan gouvernemental français de lutte contre les drogues et les toxicomanies défini pour la période 2008-2011 énonce des objectifs spécifiques de prise en charge de ces femmes toxicodépendantes et de leurs enfants [2]. C'est dans ce cadre, que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et la Direction générale de la santé (DGS) ont soutenu l'expérimentation de nouveaux modes d'accueil des femmes toxicodépendantes. Le plan gouvernemental 2013-2017 réaffirme la préoccupation gouvernementale pour ce public [3].

En 2012, dans le cadre de son projet national « Femmes et addictions », soutenu par la DGS, la Fédération Addiction répertorie une cinquantaine de dispositifs d'accueil spécifique en faveur des femmes au sein du réseau [4]. Cette enquête met au jour le besoin de revisiter le modèle de prise en charge adapté à la prédominance masculine des usagers dépendants. Elle souligne aussi un ensemble des difficultés relevées par les porteurs de l'accueil de femmes, à l'instar de la présente étude. Une revue de la littérature de l'Institut d'anthropologie clinique de Toulouse souligne les importantes co-morbidités, notamment psychiatriques, de la toxicodépendance féminine [5].

Parenthèse sur les termes « accueil féminin » et « accueil genré »

Les professionnels du champ peuvent employer la formule « accueil genré » pour désigner les mesures observées dans le cadre de cette étude, étant entendu que le genre renvoie ici exclusivement à la condition féminine. Le terme « genré » n'est certes pas académique (au sens où il n'est entré dans le dictionnaire) mais il est assez largement employé dans les domaines de la réduction des risques (drogues ou Sida), de la promotion de la santé et de la recherche sociologique. Bien qu'il y ait une compréhension empirique de cette expression de la part des professionnels du champ, les termes « d'accueil féminin » lui seront préférés dans cette synthèse, afin de qualifier des modalités de prise en charge proposées à des femmes toxicodépendantes au regard de besoins et de questions propres à leur genre, notamment autour de la question de la grossesse ou de la parentalité.

L'interrogation sur le sujet « femmes » au cœur des dispositifs étudiés a également traversé le débat. Les échanges n'ont pas permis de circonscrire le sujet mais ont posé les principales interrogations. Quelles dimensions de la féminité sont ou doivent être prises en compte dans le cadre des dispositifs d'accueil spécifique ? Dans les exemples relevés, le sujet « femme » est abordé principalement selon deux perspectives : celle de l'image maternelle et celle de la féminité, parfois au regard de représentations sociales assez traditionnelles, comme cela est décrit dans la section « L'accueil en soi ». Ce questionnement épistémologique qui émerge au sein de certaines équipes ne semble pas avoir pu être intégré à un cercle de réflexion plus large sur la clinique.

LES EXPÉRIMENTATIONS MENÉES DANS LE CADRE DU PLAN MILDT 2008-2011

Préserver la santé des enfants à naître et des mères présentant un problème de dépendance, en intégrant les spécificités des femmes abusant de l'alcool ou de drogues compte parmi les objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

En 2009 et 2010, à l'issue de deux appels d'offres, la DGS et la MILDT dégagent des crédits spécifiques pour l'expérimentation de dix mesures médico-sociales en addictologie, annoncées par le Plan gouvernemental (Circulaire n°DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 et Circulaire n° DGS/MC/MILDT/2010/242 du 2 juillet 2010). Parmi ces mesures expérimentales en matière de soins, d'insertion sociale et de réduction des risques, quatre sont dédiées aux femmes toxicodépendantes ayant des enfants ou enceintes. Elles reposent sur des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Il s'agit des initiatives suivantes :

- Consultation avancée de CSAPA au sein des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) recevant des femmes avec enfants (référéncée comme mesure I-4-1-1, dans les appels d'offres de 2009 et 2010)
- Accueil de femmes avec enfants en CSAPA avec hébergement collectif (mesure I-4-1-2)
- Accueil spécifique pour les femmes en CSAPA ambulatoire et CAARUD (mesure I-4-2)
- Équipe mobile de prise en charge mère-enfant en CSAPA (mesure I-4-3)

NB : Cinq autres mesures destinées, entre autres, à des sortants de prison ou des usagers de crack ou de cocaïne, ont également été évaluées par l'Observatoire et traitées séparément.

Ainsi, 44 projets ont été sélectionnés au titre de ces quatre mesures relatives aux femmes toxicodépendantes, mais deux n'ont pas pu voir le jour au final.

A la demande conjointe de la MILDT et de la DGS, ces quatre mesures d'accueil féminin ont fait l'objet d'une étude évaluative, menée par l'OFDT entre juin et décembre 2012, dont les résultats sont présentés ici.

L'ÉTUDE : OBJECTIFS ET MÉTHODE

L'étude menée par l'OFDT avait pour objectif d'apprécier les avancées des mesures d'accueil spécifique de femmes toxicodépendantes, environ un an après leur sélection pour subventionnement, et de cerner les pistes de développement de ce type d'accueil, au regard des besoins émergés, des freins identifiés et des leviers à consolider.

Dans la mesure où les porteurs de projets n'avaient pas bénéficié d'orientation commune pour le suivi et l'évaluation de leurs projets, l'OFDT a procédé en deux temps pour étudier leur progrès. L'étude a été dirigée vers les 42 dispositifs qui avaient effectivement démarré en janvier 2012. Parmi eux, 35 dispositifs ont répondu à un questionnaire sur la mise en place de leur projet. Puis, 15 ont participé à des groupes de discussions afin d'approfondir les éléments de connaissances (voir la méthode évaluative à la section suivante).

Une enquête rétrospective par questionnaire, exploratoire, a été adressée à l'ensemble des structures financées dans le cadre des appels d'offres 2009/2010. Elle a couvert cinq grandes thématiques :

- outils d'information ou de suivi disponibles,
- partenariats instaurés,
- conditions de mise en œuvre,
- public bénéficiaire,
- appréciation générale sur l'expérimentation.

Cette enquête a fait l'objet d'un taux de réponse satisfaisant (77 %). Elle a permis de renseigner un noyau d'indicateurs, sur les effectifs et les profils des publics accueillis, les services proposés, les conditions de mise en œuvre et les acteurs de terrain impliqués (cf. questionnaire-type en annexe). Un rapport interne intermédiaire a résumé les résultats de cette première phase par type de mesure (octobre 2012).

Dans un second temps, les porteurs de projets ont été entendus dans le cadre de groupes de discussions ciblées (focus groups), pour une analyse plus approfondie des difficultés rencontrées sur le terrain et des leviers d'actions identifiés (les 26 novembre 2012 et 3 décembre 2012). Une quarantaine de professionnels ont été consultés au cours de cette phase à propos des freins et leviers à la mise en œuvre des projets, dans une perspective d'amélioration des dispositifs¹. Ont également contribué trois membres du groupe de travail animé par la MILDT et la DGS sur la problématique des femmes toxicodépendantes, représentant : Fédération Addiction, le centre Horizons ainsi que le DAPSA (dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires).

Tableau 1 - Taux de couvertures atteints dans le cadre de l'étude

Mesures	Nb de projets effectifs	Taux de couverture	
		Enquête par questionnaire	Focus groups
Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD	31	25	6
Consultation avancée de CSAPA en CHRS	6	6	4
Accueil spécifique en CSAPA avec hébergement collectif	2	2	1
Équipe mobile de prise en charge mère-enfant en CSAPA	3	2	3
Total	42	35 (77 %)	14 (33 %)

1. Du fait d'un enregistrement audio défectueux, les éléments ressortis du premier groupe de discussion (le 26/11/2012) sont reportés ici à partir des quelques extraits d'enregistrement audibles et sur la base des notes relevées par plusieurs participants. Néanmoins, peu de verbatim précis issus de ce premier groupe figurent dans le rapport.

Les éléments issus de ces deux approches sont résumés ici. Les témoignages des professionnels révèlent de nombreuses lignes de convergence entre ces quatre types de mesures, en ce qui concerne les relations aux secteurs connexes de l'insertion ou de l'enfance, les besoins identifiés et les questionnements sur la pratique. Ainsi, le rapport expose une analyse transversale de l'implantation de ces dispositifs d'accueil genré, de leurs publics, des éléments moteurs et des freins, analyse étayée de quelques illustrations spécifiques. La place de l'accueil féminin dans le système de soins général et les stratégies mises en œuvre pour le consolider dans le paysage socio-sanitaire sont également esquissées.

II- CONVERGENCES ET QUESTIONNEMENTS LIÉS À LA PRATIQUE

Comme précisé en introduction, 35 dispositifs « mères-enfants » sont couverts par cette étude. Les informations remontées par questionnaire et la rencontre des porteurs de projets, à travers les deux focus groups, mettent en évidence des traits communs dans les philosophies, les pratiques et les questionnements qu'elles soulèvent. Ces convergences sont décrites dans ce chapitre.

Les mesures expérimentales en faveur des femmes toxicodépendantes, définies par les appels d'offres DGS-MILDT de 2009 et 2010, sont toutes destinées à améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des bénéficiaires et à maintenir, si ce n'est consolider, le lien mère-enfant. Dès lors, parmi ces femmes, celles enceintes et celles déjà mères constituent un public prioritaire.

Outre cette optique générale, les dispositifs se sont vu attribuer des objectifs spécifiques :

- Réduire les risques associés aux usages de psycho-actifs et faciliter le suivi de grossesse, pour les accueils spécifiques en CSAPA ambulatoire et CAARUD ;
- Accompagner les équipes des CHRS dans l'accueil de personnes souffrant d'addictions par l'échange de pratiques et la mutualisation des compétences, pour les consultations avancées en CHRS ;
- Assurer la continuité de la prise en charge en coordonnant les intervenants de santé ou acteurs sociaux, généralistes et spécialisés, pour les équipes mobiles en CSAPA ;
- Organiser des activités d'adaptation à la vie active, d'accès à la formation professionnelle et d'insertion par l'économie, pour les accueils en CSAPA avec hébergement collectif.

Les quatre mesures explorent donc différents modes d'approches des femmes toxicodépendantes, à différents moments de la trajectoire vers la prise en charge des addictions. De ce fait, leurs bénéficiaires se distinguent, globalement, par leur degré d'attache au réseau de soins spécialisé. Il s'agit de toucher aussi bien des femmes qui ne sont que peu ou pas en contact avec le secteur de l'addictologie en allant à leur rencontre (consultations avancées en CHRS ou équipes mobiles), que des femmes fréquentant des services de premières lignes (accueil en CSAPA ou CAARUD) ou d'autres, déjà engagées dans une démarche de soins-insertion, chez qui approfondir la prise en charge (accueil en CSAPA avec hébergement collectif).

En 2012, la moitié des structures porteuses des 35 dispositifs « mères-enfants » concernés par l'étude sont engagés dans l'accueil féminin depuis deux ans environ. Cependant, ils ont été confrontés de plus longue date à des situations particulièrement alarmantes de femmes/mères toxicodépendantes. Pour nombre des structures incluses dans l'expérimentation, leur engagement dans l'accueil féminin est né d'un constat, la faible proportion de femmes au sein de leur file active, et la prise de conscience que cette sous représentation n'était pas le seul reflet d'une réalité épidémiologique – la prédominance masculine au sein des publics toxicodépendants – mais aussi d'un problème d'accessibilité des femmes aux dispositifs de prise en charge.

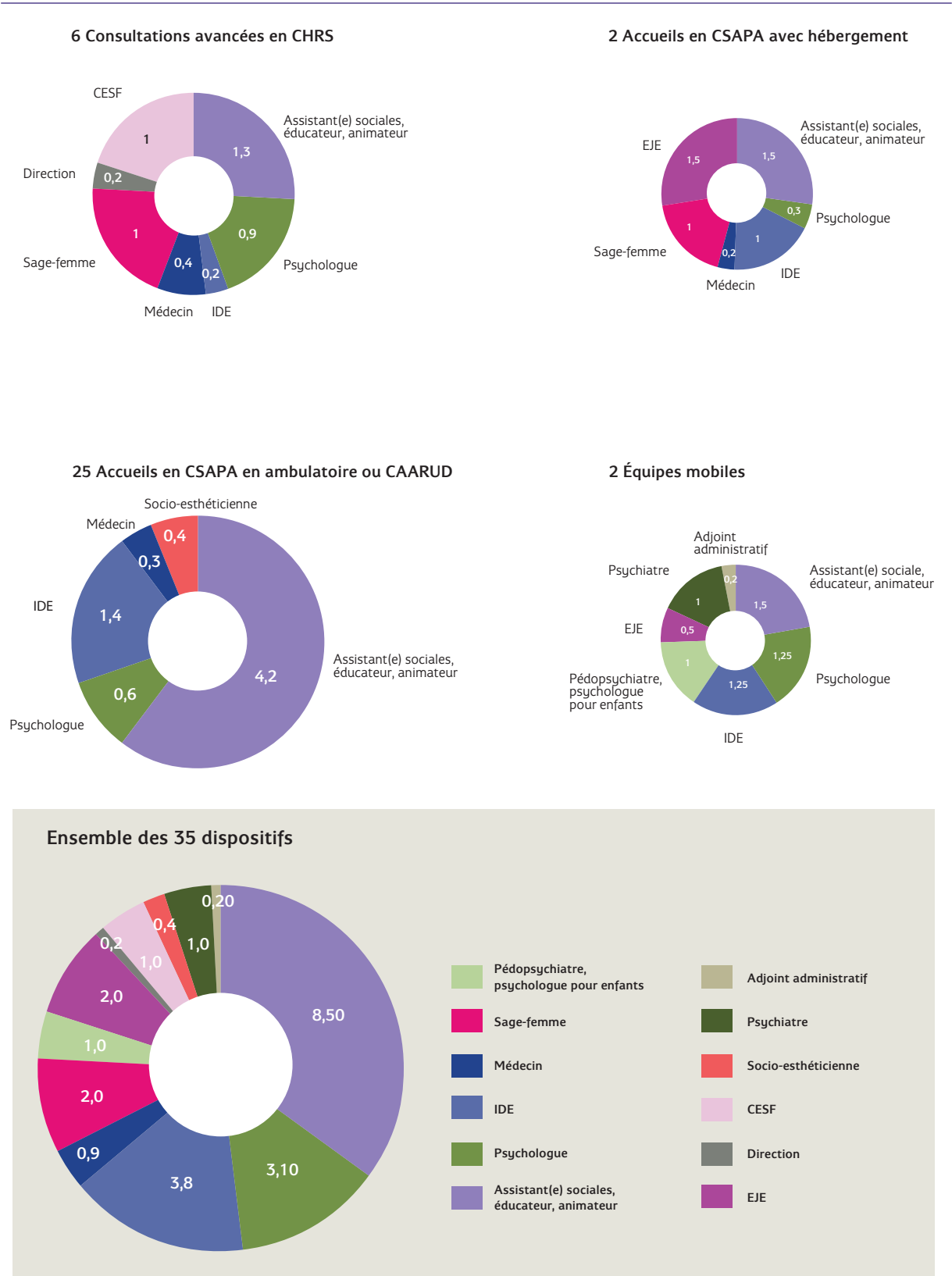
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Globalement, les porteurs de projet ont un regard satisfait sur la plus-value de leurs dispositifs. Cependant, souvent, l'accueil genré n'est pas parvenu à un niveau de fonctionnement optimal sur la période observée (2009-2011). Constat qu'il convient de rattacher à la nécessité de son inscription dans le temps, selon les témoignages recueillis lors de cette étude ou celle de Fédération Addiction [4]. En effet, les professionnels s'accordent à souligner que de tels dispositifs requièrent plusieurs années pour parvenir à fonctionner « en routine », du fait, notamment, des importantes démarches de sensibilisation qu'il est crucial d'opérer et de réitérer, tant auprès des professionnels que des femmes toxicodépendantes elles-mêmes ou encore de leur entourage.

Outre la jeunesse des dispositifs, des difficultés organisationnelles sont parfois survenues lors de leur mise en œuvre. Le retard du financement a été quelquefois évoqué mais, le plus souvent, il n'a pas reporté l'accueil des

premières bénéficiaires. Des obstacles structurels ont également été signalés : la signature tardive de conventions, la réorganisation interne des équipes. Le cas échéant, ces éléments n'ont pas pesé de la même façon sur le démarrage et la mise au point des équipes, selon les sites.

Figure 1 - Recrutements professionnels par type de dispositif (ETP totaux)



Source : Enquête par questionnaire, OFDT, juin 2012

Des budgets contrastés dédiés au renforcement du personnel

A l'issue de deux vagues d'appel d'offres, la subvention répartie entre les 44 structures sélectionnées s'est élevée à 1 375 260 euros au total. Le budget moyen est très variable selon les types de mesures expérimentés (voir tableau 1). Les trois quarts des structures, des CSAPA ou CAARUD travaillant en ambulatoire, ont bénéficié d'une enveloppe de 6 000 euros. Les subventions accordées à chacune des trois équipes mobiles et des deux CSAPA pour monter des consultations avancées dans le cadre de leur hébergement collectif, sont d'un tout autre ordre, respectivement de 170 000 euros et de 150 000 euros. Finalement, ce sont les consultations avancées implantées en CHRS (au nombre de six) qui ont fait l'objet des plus amples variations budgétaires, du simple au double, soit de 35 000 à 70 000 euros.

Pour certains porteurs de projets, les appels d'offres menés par la MILDT et la DGS ont constitué un tremplin pour le lancement d'un dispositif dont la pertinence avait émergé antérieurement, mais sans avoir pu se commuer en une offre de service concrète.

Les financements plus largement

Au plan national, parmi l'ensemble des structures investies tout ou partie dans l'accueil des femmes, certaines bénéficient de crédits des ARS, de la ville, ou encore de mécénats, pour l'organisation d'activités ponctuelles (formations, ateliers, etc.). Pour les structures qui ont intégré ce type d'accueil dans leurs activités pérennes, les coûts de fonctionnement et de personnel sont financés au titre de l'ONDAM (Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie) (source : Fédération Addiction).

La plupart des structures porteuses ont expérimenté l'accueil en faveur de femmes toxicodépendantes parallèlement à une mission ordinaire d'accueil mixte. Ainsi, la subvention additionnelle, bien que ponctuelle, a permis aux structures de financer du temps de personnel complémentaire, par le biais de recrutements ou de vacations. Un peu plus de la moitié des structures porteuses ont spécifiquement engagé du personnel pour contribuer aux projets. En moyenne, ces nouveaux recrutements représentent 70 % des temps dédiés à l'accueil.

Les écarts de crédits accordés se sont, logiquement, traduits par des recrutements différenciés en volume : dans un rapport de 1 à 10, au regard des ETP moyens financés entre les dispositifs moins dotés et ceux bénéficiant des plus grandes enveloppes (voir tableau 2).

Globalement, tous dispositifs confondus, les choix de recrutement se sont portés le plus souvent vers des travailleurs sociaux, mais également des infirmières(iers) d'État et des psychologues, au vu des ETP cumulés (voir figure 1). En moyenne, ces trois profils représentent : 0,35 ETP de travailleurs sociaux (pour 24 des 35 projets), 0,27 ETP de personnel infirmier (14 projets) et 0,21 ETP de temps du psychologue (15 projets). Ces catégories comptent aussi parmi les plus fréquentes dans les CSAPA adossés à un centre hospitalier. Les recrutements réalisés au sein des équipes mobiles concernent tout autant des professionnels de santé mentale (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue).

Lorsque le projet a donné lieu à un recrutement ad hoc (19 cas), il s'agissait quatre fois sur dix de renforcer l'offre psycho-éducative dans le cadre de l'aide à la parentalité ou à la relation parent-enfant, axe fort énoncé par les cahiers des charges des dispositifs.

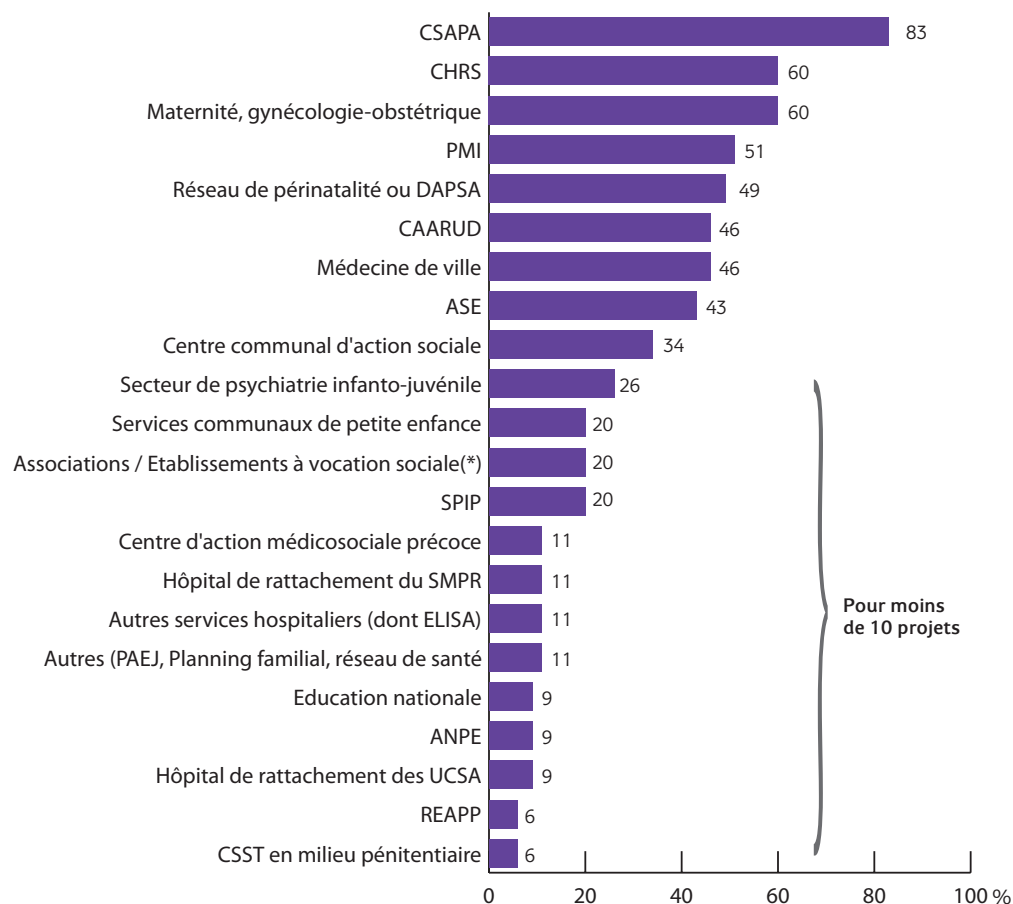
Des conditions pratiques très variables

Les structures mettent en œuvre l'accueil féminin selon des modalités très variables au regard de leurs objectifs, bien sur, mais aussi des temps dégagés et de l'organisation et des conditions pratiques.

L'accueil se déroule en extérieur (ex : à domicile, en CHRS) ou au sein de la structure, soit dans des locaux distincts, soit, lorsque la disjonction physique est impossible, sur des créneaux temporaires spécifiques (plages horaires ou jours dédiés).

Un quart des structures – celles gérant une équipe mobile ou un accueil en hébergement thérapeutique et la moitié de CSAPA œuvrant en CHRS – assurent un service spécifique aux femmes « en continu », c'est-à-dire matin et après-midi, du lundi au vendredi. Pour les CAARUD et CSAPA en ambulatoire, les plages de temps dédiées sont logiquement plus resserrées. Leur nombre oscille de 2 à 16 demi-journées par mois, mais il est de 4 demi-journées par mois pour les deux tiers des centres.

Figure 2 - Structures partenaires des dispositifs d'accueil féminin (n=35), en %



ASE : Aide sociale à l'enfance
DAPSA: dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires
PMI : Protection maternelle et-infantile
REAPP : Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents

SMPR : Service médico-psychologique régional hospitalier
SPIP: Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires
(*) Planning familial, Mission locale d'insertion, associations culturelles, etc.)

Fréquences des plages d'accueils

25 Accueils spécifiques en CSAPA ambulatoire et CAARUD :

- 4 demi-journées par mois (16 structures)
- 8 à 16 demi-journées par mois (5 structures)
- 2 longues demi-journées par mois (2 structures)

6 Consultations avancées en CHRS :- « En continu » : 4 jours par semaine (3 structures)

- 4 à 12 demi-journées par mois (3 structures)

2 Équipes mobiles en CSAPA : « En continu » : 4 jours par semaine

2 Accueils en CSAPA avec hébergement collectif : « En continu » : 4 jours par semaine

Globalement, le délai pour accéder à l'accueil féminin est d'une semaine ou un peu moins. Il peut être bien plus réduit (2 jours environ) pour les équipes mobiles qui, en milieu hospitalier, sont régulièrement appelées à intervenir dans des contextes de crise. L'urgence des situations, symptomatique des difficultés de repérage dans la chaîne du soin, amène les équipes à intervenir très rapidement. A l'inverse, l'accès à l'accueil en hébergement collectif thérapeutique peut requérir jusqu'à une trentaine de jours, afin de constituer le dossier médico-social, voire d'organiser un sevrage préalable.

En moyenne, 60 % des femmes vues en consultations avancées en CHRS et la totalité des femmes bénéficiant d'un accueil spécifique en hébergement thérapeutique sont restées dans le dispositif plus de 3 mois. La moitié des femmes approchées par les équipes mobiles restent également en contact plus de 3 mois. C'est le cas également pour un peu plus de la moitié (55 %) de celles recourant aux accueils spécifiques en CSAPA ambulatoire et CAARUD.

Des partenariats étendus et des efforts constants pour les entretenir

Les dispositifs d'accueil spécifique se tournent vers un nombre relativement important de structures partenaires, 6 en moyenne, soit bien plus, de 8 à 14, pour la moitié des dispositifs. De fait, les équipes mobiles – dont l'objectif central est d'assurer une coordination entre acteurs du social et de la santé – regroupent le plus grand nombre de partenaires dans le cadre de leurs activités.

Pour la moitié des dispositifs, ces collaborations n'ont pas requis de formalisation stricte. Pour l'autre moitié, près d'un partenaire sur deux rassemblés autour du projet a passé une convention avec la structure porteuse.

Les combinaisons sont variables. Cependant, parallèlement aux CSAPA et CAARUD au cœur du dispositif, ces partenariats concernent davantage les services de maternité et de PMI (protection maternelle et infantile), le réseau de périnatalité, la médecine de ville et l'aide sociale à l'enfance, et cela, généralement, en dehors d'une convention spécifique.

Globalement, ces mêmes acteurs figurent au rang des partenaires des 25 structures d'accueil spécifique en ambulatoire, auxquels s'ajoutent les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et des praticiens de médecine de ville.

Pour les six consultations avancées en CHRS, les dispositifs regroupant le plus grand nombre de parties prenantes intègrent également des services communaux de petite enfance (garde d'enfants) et/ou le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Dans un seul cas, le Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents (REAPP) est associé. Un seul projet associe des représentants de l'Éducation nationale.

Le travail des équipes mobiles de prise en charge précoce repose sur des partenariats multiples, englobant, dans les deux cas, d'autres CSAPA et CAARUD ainsi que des maternités et le réseau « périnatalité », la Protection maternelle et infantile (PMI), le dispositif communal de petite enfance, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la médecine de ville, l'hébergement d'insertion (CHRS). Dans le cadre du projet marseillais, l'association « Le Fil Rouge » s'est également rapproché du CAMSP, du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), de services de l'Éducation nationale et sollicite une association d'aide à domicile. Y compris pour ces équipes mobiles, peu de conventions sont venues formaliser les collaborations, au regard du nombre élevé de partenaires impliqués (10 à 14).

Les deux accueils en CSAPA avec hébergement collectif témoignent de situations très contrastées en ce qui concerne les acteurs extérieurs associés aux projets. L'un a impliqué un second CSAPA et le réseau de périnatalité, alors que l'autre a constitué un partenariat très large, incluant un CSAPA et un CAARUD liés par convention, mais aussi 12 autres structures : le réseau de périnatalité, des services de maternité, les secteurs de la santé infantile (PMI, psychiatrie infanto juvénile, CAMSP) et de l'ASE, les services communaux d'action sociale et de la petite enfance, le centre maternel, et enfin des praticiens de la médecine de ville, Pôle Emploi et le SPIP.

Par sa nouveauté pour beaucoup de structures porteuses, l'accueil féminin a conduit les équipes à pousser de nouvelles portes afin de créer de nouvelles dynamiques avec des organismes ou des services (pour les CSAPA en milieu hospitalier) qui ne comptaient pas parmi les partenaires habituels. Les porteurs de dispositifs « mères-enfants » s'accordent à souligner la méconnaissance de la part des professionnels sociaux et de santé de droit commun à propos de cette nouvelle offre de service pour les femmes toxico-dépendantes. De ce fait, ils insistent beaucoup sur le besoin de communiquer auprès des partenaires extérieurs et sur les efforts constants pour entretenir les liens. Cette sensibilisation présente au moins l'avantage d'offrir de nouvelles perspectives de réponses pour les professionnels du droit commun (voir section « Les perceptions des professionnels »).

Partenariats particuliers

- École d'esthétique
- Université des sports
- Planning familial
- Banque alimentaire
- Établissement scolaire

« Il y a un groupe qui travaille depuis un an sur le repérage, l'explication des objectifs et comment établir des relations avec les partenaires. Avec un psychologue, il étudie comment travailler avec le CHRS et les autres dispositifs. Il y a donc fallu beaucoup de temps et d'énergie pour se faire repérer dans le paysage. (...) Ce sont des efforts de sensibilisation à réitérer. » (CSAPA Nationale-AMPTA, Consultations avancées en CHRS)

Enfin, au regard des changements de personnels relativement importants dans le champ de la santé et du social, les efforts de communication doivent être renouvelés régulièrement.

Des effectifs contrastés et globalement peu de femmes enceintes

De fortes fluctuations interviennent dans le recrutement des femmes bénéficiaires au sein des dispositifs de même catégorie (cf. tableau 2). De fin 2009 à fin 2011, 916 femmes ont été accueillies par ces accueils spécifiques expérimentaux. Avec elles, se trouvaient quelques 300 enfants, dont 8 % de nourrissons, 21 % d'enfants en bas-âge (de 3 ans ou moins), 44 % d'enfants de 4 à 12 ans et 28 % de mineurs plus âgés. Les CSAPA avec hébergement collectif ne sont pas habilités à recevoir des enfants de plus de 3 ans en appartement thérapeutique, situation déplorée car elle mène à refuser des demandes de la part de nombreuses mères avec des enfants plus âgés.

A l'entrée dans les dispositifs, 8 % de ces femmes étaient enceintes. En moyenne, les structures rattachées à un centre hospitalier reçoivent trois fois plus de femmes enceintes (30 %) que les autres CSAPA ou CAARUD, compte tenu de rapports plus resserrés avec les équipes hospitalières de maternité et de gynécologie obstétrique. De fait, nombre de porteurs de projet constatent le peu de femmes enceintes intégrées à leur dispositif. Cette sous-représentation est associée aussi bien à la réticence des femmes-mêmes, durant la grossesse ou peu après la naissance (cf. infra « Des femmes globalement peu en demande ») qu'à un défaut d'orientation par les professionnels de soin (de la périnatalité notamment).

Les structures d'accueil féminin relatent assez peu d'abandons des dispositifs, c'est-à-dire de départs prématurés non concertés. Le constat est nettement plus nuancé de la part des équipes travaillant auprès de femmes témoignant de situations sociales particulièrement dégradées, de fait difficiles à maintenir dans une prise en charge.

Tableau 2 - Indicateurs de réalisation des dispositifs d'accueil de « femmes » étudiés, jusqu'à décembre 2011

	25 ACCUEILS SPÉCIFIQUES EN CSAPA AMBULATOIRE ET CAARUD	6 CONSULTATIONS AVANCÉES EN CHRS	2 ÉQUIPES MOBILES EN CSAPA	2 ACCUEILS EN CSAPA AVEC HÉBERGEMENT COLLECTIF
ANCIENNETÉ MOYENNE [MINI-MAXI]	17 MOIS [3-28 MOIS]	16 MOIS [4-22 MOIS]	14,5 MOIS [7-22 MOIS]	4 MOIS ET PLUS DE 24 MOIS
BUDGET MOYEN	6 000 €	60 000 € (3))	170 000 €	150 000 €
ETP RECRUTÉS EN MOYENNE	0,33 ETP (4), SOIT 6,3 ETP AU TOTAL	1 ETP, SOIT 5 ETP AU TOTAL	3,35 ETP, SOIT 6,7 ETP AU TOTAL	2,5 ETP, SOIT 5 ETP AU TOTAL
EFFECTIFS DE BÉNÉFICIAIRES	749 (1) FEMMES (6 À 149 PAR PROJET), DONT 46 ENCEINTES (6 %). 114 ENFANTS (2)	89 FEMMES (9 À 25 PAR PROJET), DONT 14 ENCEINTES (16 %). 63 ENFANTS	67 FEMMES (12 À 55 PAR PROJET) DONT 12 ENCEINTES (18 %). 112 ENFANTS	11 FEMMES (5 À 6 PAR PROJET), DONT 1 ENCEINTE. 8 ENFANTS

(1) indicateur disponible pour 24 projets

(2) indicateur disponible pour 20 projets

(3) budgets variant de 35 000 € à 70 000 €

(4) forte variation de 0,01 à 1,7 ETP

DES FEMMES TOXICODÉPENDANTES TRÈS PRÉCARISÉES

Des profils sanitaires et sociaux dégradés

Les femmes accueillies présentent des profils toxicologiques relativement lourds, caractérisés par des proportions élevées de polyconsommatrices de drogues et de fumeuses régulières de tabac (cf. Tableau 3). Les fréquences moyennes déclarées varient fortement selon les types d'accueil, pour l'ensemble des produits et plus particulièrement en ce qui concerne les usages réguliers d'alcool, de cocaïne/crack.

Tableau 3 - Profils toxicologiques des femmes accueillies jusqu'à décembre 2011 (fréquences moyennes)

Fréquences moyennes	25 Accueils en CSAPA ambulatoire et CAARUD	6 Consultations avancées en CHRS	2 Équipes mobiles en CSAPA	2 Accueils en CSAPA avec hébergement collectif	Ensemble
Effectif total	749	64	67	11	916
Usage excessif d'alcool (1)	15 %	32 %	72 %	50 %	24 %
Usage continu et régulier :					
- de tabac	52 %	70 %	73 %	100 %	60 %
- d'héroïne, morphine ou opium	18 %	17 %	16 %	20 %	18 %
- de cocaïne ou crack	8 %	7 %	29 %	45 %	11 %
-de médicaments psychotropes	18 %	24 %	32 %	45 %	22 %
- de plusieurs de ces produits	41 %	48 %	77 %	83 %	47 %

(1) au moins 5 verres d'alcool par jour

Il semble que la consommation d'alcool durant la grossesse demeure difficile à aborder. Parmi les 25 structures déclarant avoir reçu des femmes enceintes, un tiers (8) n'ont pas été en mesure de préciser le nombre de ces femmes qui consommaient encore régulièrement de l'alcool, alors qu'elles n'étaient que deux à ne pas pouvoir préciser ce chiffre s'agissant du tabac. Lorsque l'information est disponible, il ressort que, en moyenne, 20 % des femmes enceintes passées par l'un ou l'autre de ces dispositifs ont révélé une consommation régulière d'alcool pendant leur grossesse contre 80 % pour la cigarette.

Ces femmes se démarquent du public général d'utilisateurs toxicodépendants par des situations sociales, familiales voire affectives, davantage encore dégradées : grande précarité, fragilité psychiatrique, prostitution, violences conjugales.

Les quatre types de mesures observées se distinguent peu par leur public qu'elles accueillent, outre deux grandes tendances :

Les accueils spécifiques implantés en CHRS ou en hébergement thérapeutique s'adressent à des femmes déjà engagées dans une démarche de prise en charge, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les deux autres types d'accueil ;

- Les CSAPA implantés dans les centres hospitaliers parviennent plus aisément que les CSAPA « de ville » à recevoir et à maintenir les femmes enceintes dans le cadre d'un accueil spécifique. La proximité physique et institutionnelle des équipes de maternité et, de façon générale, des professionnels du réseau de périnatalité contribue grandement à ce recrutement. Les CSAPA « de ville » rencontrent davantage de difficulté à atteindre et attirer les femmes enceintes.

- Quoi qu'il en soit, toutes les femmes accueillies témoignent de situations de détresse sociale et familiale accrue, celles reçues en CSAPA ambulatoire et en CAARUD s'avérant, logiquement, plus fréquemment et plus profondément marquées encore (cf. tableau 4). Six sur dix ne bénéficient pas de minima sociaux et, parmi elles, un peu plus de la moitié (56 %) déclarent des enfants à charge tandis que 31 % ne disposent que d'un hébergement temporaire. La précarité socio-économique amène certaines à des pratiques prostitutionnelles, régulières ou occasionnelles, sous l'influence de proxénètes qui peuvent être aussi leurs conjoints.

« (...) ce sont des femmes qui vont avoir recours à un moment dans le mois à la prostitution, sous pression du dealer, de leur conjoint, parfois aussi quand elles en ont eu besoin. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Tableau 4 - Situations sociales des femmes accueillies jusqu'à décembre 2011 (fréquences moyennes)

Fréquences moyennes	25 Accueils en CSAPA ambulatoire et CAARUD	6 Consultations avancées en CHRS	2 Équipes mobiles en CSAPA	2 Accueils en CSAPA avec hébergement collectif	Tous
Effectif total	749	64	67	11	916
Vivant seule avec ou sans enfant	37 %	38 %	65 %	100 %	43 %
Un ou des enfants à charge	25 %	37 %	43 %	58 %	31 %
Enceintes	7 %	23 %	38 %	8 %	12 %
Vivant dans un squat ou la rue	9 %	9 %	12 %	10 %	9 %
En hébergement temporaire	11 %	43 %	48 %	60 %	22 %
Sans minima sociaux	54 %	59 %	65 %	100 %	59 %
Sans couverture sociale	5 %	11 %	11 %	10 %	7 %

Globalement, 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 pérnantes soulevées par la présence d'enfants.

Être mère et toxicodépendante, un interdit social

Les professionnels constatent une plus forte stigmatisation des addictions lorsqu'elles concernent des femmes. Leur dépendance se heurte davantage encore que pour les hommes aux représentations sociales et aux attitudes défavorables pesant sur les usages problématiques de drogues. Les femmes toxicodépendantes sont largement perçues comme l'antithèse des modèles féminin et maternel dominants, perception que beaucoup d'entre elles partagent également.

L'évocation des enfants est un sujet qui peut être mutuellement éludé par les professionnels de santé ou du social et par les mères toxicodépendantes, face à l'interdit social pesant sur cette condition. La difficulté à appréhender la question des enfants se manifeste également parmi les professionnels de l'addictologie. Cela peut se traduire par des réactions contrastées : l'évitement ou le surinvestissement de la prise en charge autour de la maternité et du rôle de la mère. Dans le premier cas de figure, les intervenants en toxicomanie n'abordent pas le sujet des enfants avant qu'un événement critique ne rende la question inévitable et ne requiert une prise en compte en urgence. Dans l'autre, les représentations sociales sur la mère prennent une place importante dans le projet thérapeutique, de façon potentiellement dissuasive, pour des femmes déjà aux prises avec leur culpabilité.

« Ce n'est pas une question de déni, c'est une question d'interdit, de représentation, et même dans les équipes de CSAPA, de CAARUD, tous professionnels confondus. Je pense que l'on retrouve le même interdit à l'évocation des enfants. Pourquoi les CAARUD disent que les femmes qu'ils reçoivent n'ont pas d'enfants ? En fait, on ne le sait pas ! Sur les CAARUD parisiens avec lesquels nous travaillons, soit les femmes n'ont pas d'enfants, soit ils nous envoient tout à coup une situation en catastrophe parce qu'il faut placer l'enfant ». (Centre Horizons)

« Il ressortait (d'une étude l'Union régionale Île-de-France de la Fédération Addiction menée en 2010-2011 sur la représentation des professionnels envers les femmes accueillies) qu'il y avait d'abord un premier accueil asexué et ensuite un soin hyper sexué avec des représentations autour de la mère. Les professionnels eux-mêmes avaient parfois du mal à se détacher de certaines représentations. Quelque part ils portaient aussi un peu cette culpabilité et la faisaient peser sur les femmes elles-mêmes. Après, cela dépend des équipes, des lieux, mais c'est peut-être une difficulté qui peut expliquer, parfois, pourquoi les femmes ne viennent pas. » (Fédération Addiction)

« Les femmes qui viennent, elles viennent en disant qu'elles ont un problème avec la CAF, ou avec la Sécu, ou que leur enfant a un souci. En fonction de la réponse que l'on va apporter à toutes ces petites questions, il va y avoir un lien qui va se créer et, là, elles vont nous demander si on n'a pas du matos, mais pour leur ami, pas pour elles... C'est toujours détourné. Elles ont tellement sur le dos cette représentation de la femme qui n'a pas le droit de consommer, qui n'est pas une femme si elle consomme et qui a encore moins le droit d'être une mère, qu'elles n'arrivent pas en disant qu'elles ont besoin de matériel et qu'elles assument leur consommation. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Cet a priori social explique les réticences de ces mères à dévoiler leurs besoins en soins ou en matériel de réduction des risques, par crainte notamment d'un signalement aux services sociaux. Le pendant est la fréquence des interventions d'urgence face à des situations de crise impliquant des enfants et leur placement.

Des femmes globalement peu en demande

Les effectifs des bénéficiaires n'ont pas toujours atteint les niveaux escomptés par les cahiers des charges, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes, relativement peu nombreuses dans la plupart des dispositifs. Pour la plupart des CSAPA ou CAARUD, le recrutement des femmes toxicodépendantes s'avère plus complexe que pour le public masculin. Il paraît plus aisé pour les centres rattachés à l'hôpital, vers lesquels les services internes orientent un flux relativement important de patientes.

« Quand on a commencé à leur dire qu'on allait proposer un accueil spécifique pour les femmes, ce sont les premières à nous avoir demandé à quoi ça servait. Elles ne voyaient même pas elles-mêmes l'intérêt d'une telle proposition. En discutant et en le vivant, elles le voient, mais elles ont besoin elles-mêmes d'en prendre conscience. On est vraiment au début. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Le pari d'aller chercher des femmes qui sont seules, isolées dans leurs consommations, qui n'en parlent pas et qui ne peuvent pas en parler parce que socialement c'est trop difficile, et pour un peu qu'elles soient mères elles le diront encore moins, parce qu'elles ne sont pas habituées à fréquenter des structures comme celles-ci où on peut leur permettre d'aborder leurs consommations, les problématiques autour de leurs consommations, d'autant plus si elles ne s'injectent pas ou ne sont pas à la rue. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Comme évoqué précédemment, les femmes s'avèrent en général relativement isolées avec leur problème de dépendance, notamment pendant la grossesse, face à l'incompréhension de leur entourage ou des professionnels de santé. Lors de la période particulière de la grossesse, il n'est pas rare que les femmes se replient dans une bulle « mère-enfant en devenir ». Cet état d'esprit se concilie peu avec les activités collectives proposées par certains des dispositifs « femmes » étudiés. L'appréhension face à la perspective de l'entre soi, expliquerait une attitude d'évitement. 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, car désireuses de privilégier l'intimité avec leur nouveau-né plus que toutes autres relations.

Il n'est donc pas surprenant que les projets qui enregistrent le plus grand nombre de femmes toxicodépendantes enceintes soient ceux implantés en milieu hospitalier, notamment les équipes mobiles qui font le lien entre les services de maternité et les dispositifs d'hébergement et de traitement des urgences sociales.

Mais les difficultés d'accès des femmes sont aussi souvent liées à leur entourage proche ou à un défaut d'orientation du secteur de droit commun vers le secteur spécialisé, voire, au sein de ce dernier, de l'addictologie classique vers le bas-seuil. En effet, de nombreux témoignages révèlent la crainte des femmes toxicodépendantes d'être stigmatisées voire sanctionnées par une décision judiciaire de placement de leurs enfants, du fait de leur addiction.

Dans « l'ombre » des hommes

Les récits des professionnels de l'accueil féminin mettent en exergue une situation de fragilité des femmes toxicodépendantes particulièrement exacerbée par comparaison au public masculin et du fait de ses représentants. La relation entre hommes et femmes au sein du public toxicodépendant est rapportée comme une forme de prédation envers ces dernières. La retranscription de ces rapports de forces se traduit parfois dans ce document par une opposition forte entre hommes et femmes, qui ressort également du discours des professionnels témoignant.

En effet, plusieurs professionnels évoquent l'emprise à multiples facettes subie par les femmes toxicodépendantes. Outre la dépendance aux produits, souvent, elles s'avèrent aussi sous l'influence excessive exercée par les hommes, conjoints ou proxénètes (qui sont parfois les mêmes), ou par des proches, sur fond de violences conjugales ou intrafamiliales, actuelles ou passées.

« Il y a quand même une pression des hommes qui est très importante. Elles sont très soumises à leurs hommes que moi j'appelle des mecs-macs parce qu'ils en passent beaucoup par là avec leurs femmes pour soutenir leur toxicomanie. A un moment, elles vont se prostituer sur demande de l'homme. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« On sent qu'il y a un boulot à faire auprès d'elles pour qu'elles se distancient un tout petit peu, qu'elles se dégagent de cette relation. C'est plus ça que des femmes qui seraient vraiment maltraitées. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Du fait que l'on est accueil de jour, on accueille pas mal de femmes prostituées des pays de l'Est avec qui l'on a beaucoup de difficulté à communiquer pendant le temps d'ouverture classique parce que les hommes sont présents et empêchent la communication. Chez nous, elles viennent simplement parce qu'ils viennent les laver avant de les mettre sur le trottoir. C'est clair et net. Il y a tout un boulot à faire, ne serait-ce que sur les conduites à risque au niveau sexuel, mais on a beaucoup de mal parce que déjà il y a la barrière de la langue. On a la même problématique lorsqu'on met les prostituées sous méthadone, les macs n'aiment pas trop parce qu'on leur enlève leur emprise. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Ils (« leurs hommes ») sont là, ça leur fait peur, ils se demandent ce qui se passe là-dedans. Je ne veux pas dire qu'ils les voient s'émanciper parce qu'on n'en est pas là, mais on sent qu'il y a la crainte que les choses bougent. Ils viennent souvent les chercher, ils attendent devant pour un certain nombre... Et ils sont très présents dans le discours des femmes. (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

LES PRATIQUES D'ACCUEIL

L'offre fournie derrière le vocable d'accueil féminin est disparate. Cela va d'un espace physique ou de plages horaires spécifiquement dédiés à la réception de femmes toxicodépendantes, à des dispositifs plus complexes de collaboration externe (ex : participation à une équipe maternité de référence) ou de coordination entre acteurs socio-sanitaires. La palette des activités s'étend de l'accompagnement socio-thérapeutique à des activités plus atypiques, destinées à initier une alliance thérapeutique.

L'offre varie selon les partenariats qu'il est possible d'établir. Les contenus et le fonctionnement doivent être souples et dynamiques afin de capter et conserver l'attention des destinataires. Il s'agit de développer des activités qui aient une résonance au regard du profil de ces femmes, axées sur l'estime de soi, sur des préoccupations domestiques au long cours. Les équipes favorisent autant que possible une approche globale de la personne.

« Si l'on parle de prise en charge médico-psycho-éducatrice-sociale, ce n'est pas pour rien. C'est parce qu'il faut que tout ça avance en même temps. » (Centre Horizons)

En un lieu, en un temps

Face aux difficultés concrètes d'accès aux structures d'aide (CSAPA ou CAARUD), un accueil « femmes » requiert en premier lieu l'aménagement d'un espace de temps ou de lieu dédié, ce qui n'est pas toujours techniquement aisé pour les structures. Un local, une salle ou ne serait-ce qu'une entrée différenciée, peuvent faciliter grandement l'abord de ce service, face aux comportements agressifs fréquents de la part des hommes que les femmes ne veulent pas avoir à subir, ni pour elles, ni pour les enfants qui les accompagnent.

« Nous avons alors ouvert un temps d'accueil qui reste dans l'accueil de la structure car comme on est une petite structure on n'a pas pu dédier une salle spécifique aux femmes. Nous restons dans l'accueil qui est mixte, sauf le mardi où c'est spécifique pour les femmes. Par contre, étant donné que l'on a des permanences urgence, la structure reste ouverte aux hommes mais pas l'accueil. On fait rentrer les femmes par un autre endroit mais comme la structure reste ouverte aux hommes, cela pose des soucis. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« L'accueil que nous menons auprès de ces femmes est un accueil spécifique puisque nous fermons le centre pour les recevoir. C'est un temps qui leur est uniquement consacré. Il y a sur place différents professionnels qui peuvent, si elles le souhaitent, répondre à des questions particulières, que ce soit médecins ou infirmières, ou à un besoin d'un traitement. » (CSAPA Liberté, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Une passerelle supplémentaire vers le soin

L'accueil « au féminin » offre les services habituels de prise en charge, comme en accueil mixte, mais dans un environnement plus serein : échange de seringues, accès aux soins infirmiers, activation de démarches administratives, douches, etc. Mais ces espaces de temps dédiés sont aussi « un temps un peu plus confortable » pour assurer des accompagnements extérieurs et mettre en place une démarche et une réflexion davantage spécifiques aux besoins des femmes/mères.

« Pour ces femmes qui viennent à cet accueil ça permet de renforcer les soins, de renforcer les prises en charge et de pouvoir faire un travail sur l'insertion par le logement, l'insertion par le travail, etc. Cela permet de travailler aussi autre chose avec ces femmes. »

« L'alliance thérapeutique avec le référent qui anime le groupe femmes. C'est cette alliance thérapeutique que l'on a réussi à mettre en place avec la personne qui fait qu'elle viendra à l'une des activités. Alliance entre les professionnels qui sont dans la prise en charge et cette femme à un moment donné. On parle d'éducation thérapeutique à l'hôpital. D'autres parlent de d'approche éducative, plus dans l'accompagnement, le soutien, l'empathie. » (CSAPA Liberté, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD).

« ... Orienter sur l'école dentaire pour reprendre des soins. C'est aussi l'occasion pour moi d'évaluer tout ce qui est couverture sociale, accès au droit commun, etc., et de remettre en route petit à petit des choses. Cela a dédramatisé un peu le rapport au service social, aux soins qui sont parfois pris de manière trop médicale, trop froide. Ça permet d'assouplir un petit peu, d'humaniser. » (CSAPA UTUD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

L'enjeu majeur des dispositifs est 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 sociosanitaire ou le travail sur le lien mère-enfants. Cela requiert un travail global, y compris sur le plan éducatif, qui intègre une approche de « bas-seuil » dans les structures d'accueil en ambulatoire.

« Au départ, on était partis en disant qu'on ferait des matinées d'information, qu'on inviterait des partenaires, etc., et on s'est rendu compte que cela ne marchait pas du tout. C'est trop brutal, c'est trop hard. Elles imaginent qu'elles vont se prendre une leçon de morale, qu'elles vont entendre qu'elles ne font pas bien... C'est trop difficile de mettre en place des sensibilisations comme ça, grossesse et toxicomanie, cela ne fonctionne pas. Mais on arrive à travailler tout ça au travers d'activités beaucoup plus basiques. » (CSAPA de l'AIDe11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« (...) j'ai eu 10 % de la patientèle qui a participé à ces ateliers que je co-anime tous les lundis après-midi avec la socio-esthéticienne. On a constaté que ce n'était qu'un support, un médiateur, cela aurait très bien pu être autre chose que la socio-esthétique, finalement, pourvu qu'il y ait un lien qui se crée, des discussions. Il y a eu une bonne dynamique de groupe au niveau des femmes, il y a une confiance qui s'est instaurée, qui a permis de libérer la parole et de déceler d'autres besoins. » (CSAPA UTUD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Une orientation générale vers la « renarcissisation » et la socialisation

L'accueil féminin répond ainsi à deux grands principes de « renarcissisation » et de socialisation, grâce à un travail progressif sur l'image de soi, le rapport au corps, le rapport à l'autre. Pour cela, il s'agit aussi de faire ressortir les compétences.

« La question du toucher, se toucher, toucher l'autre, se laisser toucher mais d'une autre manière que par la violence. C'est un peu de douceur pour soi, c'est se réapproprier une image et puis, au-delà de l'image, le corps. » (CSAPA UTUD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Elles-mêmes ont une certaine conscience de l'image qu'elles peuvent renvoyer et qui n'est pas toujours bien perçue en face et elles veulent améliorer ça. Ça fait frein dans beaucoup de domaines de leur vie. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Au-delà des activités proposées (cuisine, diététique, socio-esthétisme, relooking...), la renarcissisation consiste aussi à fournir à ces femmes l'occasion de prendre du temps pour soi, pour se poser et se tourner vers leurs besoins.

« Avec ou sans enfants tous les mardis matin de 9 heures à midi autour d'un petit déjeuner. Nous avons voulu que ce soit un moment convivial autour de ce repas, qui est un repas important qu'elles ont souvent peu l'occasion de prendre, avec l'idée du prendre soin de soi. (...) Il a fallu travailler un bon bout de temps avant qu'elles puissent se poser et se dire que, là, c'est un moment à elles. » (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

C'est aussi « pouvoir sortir de chez soi », prendre un peu de distance par rapport à des relations aliénantes, si ce n'est se projeter dans autre chose que le quotidien, en allant voir un spectacle ou en participant à un « événement » (goûter). C'est rompre temporairement avec le cadre habituel qui se révèle relativement enfermant.

Cependant, les avis sur l'attrait et la pertinence de la dimension collective de l'accueil des femmes sont partagés. D'une part, des centres relatent le climat de confiance, empathique, généré par l'accueil collectif et le décrivent comme un ferment de l'échange et de la prise de parole, lors des ateliers ou des réunions. D'autre part, plusieurs témoignages évoquent la crainte de certaines femmes face à la perspective de l'entre soi, expliquant une attitude d'évitement. Cette réticence à appréhender le collectif semble davantage présente chez les femmes nouvellement mères, plus enclines à privilégier l'intimité avec leur nouveau-né que toutes autres relations.

Enfin, à travers ces moments dédiés, un travail se met en place autour de la notion de temps, du « simple » respect d'un horaire ou de l'élasticité du temps que se représentent généralement les usagers toxicodépendants mais qui est remise en cause lorsque des enfants entrent dans leur vie.

« Tenir des horaires, arriver à gérer entre les activités du matin et celles de l'après-midi c'est compliqué. Venir à l'heure, c'est compliqué. Il faut nécessairement qu'il soit souple parce que si ça se rigidifie ça ne marche pas bien. En même temps, elles sont en demande de ce cadre, même s'il n'est pas respecté à la lettre. » (CSAPA UTUD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« C'est bien pour ça que c'est compliqué avec des enfants. Le temps complètement élastique ne peut plus l'être avec un enfant qui a faim à un moment donné, qui va se mettre à hurler, qui a sommeil... Tout ça, ça les heurte énormément dans leur quotidien, dans leur façon d'être. » (Centre Horizons)

Parmi les dispositifs étudiés, au-delà des objectifs particuliers qui leur sont impartis, deux grands angles d'approche se dégagent. Certains emploient une entrée « maternité et relation mères-enfants », d'autres enfin s'appuient davantage sur un axe « féminité », même si les approches tendent au final à se mêler.

Travail sur la maternité et le lien mère-enfant

La grossesse peut être l'occasion de restaurer un contact avec les institutions de soins. Outre le suivi de grossesse, l'accueil spécifique peut contribuer à l'ouverture ou au rétablissement des droits sociaux, à l'accès à l'hébergement, à la mise en place d'une prise en charge thérapeutique. Dans ce cadre, l'intervention des structures d'accueil spécifique s'inscrit souvent dans l'urgence pour la stabilisation de situations sanitaires et sociales souvent aggravées.

La maternité constitue un moment privilégié d'introspection – largement stimulée par la représentation sociale de « la femme qui devient femme quand elle est mère ». Dès lors cet événement s'avère un levier possible pour l'accès aux soins. Dès la survenue d'une grossesse et à l'approche d'une naissance, les femmes souffrant d'une toxicodépendance sont plus disposées à prendre soin d'elles et du futur enfant et à se retourner sur leur histoire. Dès lors, beaucoup de choses peuvent refaire surface : la maltraitance, subie ou auto-infligée, la culpabilité, le rapport au corps, le rapport à l'autre, la mésestime, la mise à l'écart de leur féminité, de leurs revendications en tant que femme, de leur rôle social,.

L'accueil de femmes toxicodépendantes enceintes permet de travailler sur l'image de soi et sur la représentation de ce qu'est « une bonne mère ». L'arrivée d'un enfant permet aux professionnels addictologues d'aborder plus largement la question de la dépendance, en évoquant celle du nourrisson vis-à-vis de sa mère et en anticipant le

moment où le produit va revenir dans la vie de la mère, du père ou du couple parental. L'accueil spécifique offre un cadre pour l'observation des interactions entre parents et enfants, pour la construction ou le renforcement des liens parents-nourrissons, et la possibilité pour ces parents d'aborder les conséquences des usages de drogues sur cette relation des questions de puériculture, des sujets matériels mais aussi, plus finement, parents- enfants. En période de consommation, ces parents n'ont pas toujours conscience que, tout en étant présents physiquement, ils sont absents à leur enfant. Cette absence, soudaine ou progressive, est source d'inquiétude et d'un sentiment d'insécurité chez l'enfant, notamment chez le très jeune, dépendant.

Le travail sur le lien mère-enfant ne concerne pas que des nourrissons. Il s'adresse aussi à des enfants plus âgés, au travers d'animations communes (ex. : des goûters ou des ateliers « cuisine »).

« Les enfants participent aux activités quand c'est la cuisine par exemple, elles viennent d'ailleurs avec leurs enfants pour ça. » (CAARUD L'échange, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

L'angle de la féminité

Certaines structures axent davantage leur objectif de renarcissisation autour d'un travail sur l'image de soi avec, comme amorce, les représentations de la féminité. Cette entrée par la féminité permet d'approcher un public plus large et surtout d'aborder les besoins spécifiques des femmes de façon globale, car la problématique s'étend bien au-delà de la question de la grossesse et de la maternité, et sur le fond et dans le temps.

« C'est un accueil femmes et enfants, c'est-à-dire que nous ne nous concentrons pas du tout exclusivement sur la maternité ou la grossesse parce qu'il y a bien d'autres problèmes qu'il faut régler, donc on a fait attention à être sur un versant un peu global, on accueille les femmes, qui peuvent venir avec leurs enfants. (...) Je pense qu'on a bien compris qu'il fallait intervenir aussi à d'autres moments de la vie de ces femmes usagères de drogue parce qu'elles sont bien dans ces problématiques-là d'usage de drogues. On n'a pas besoin d'être mère, ça pose problème avant. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Dans cette veine, les accroches proposées aux femmes sont pour beaucoup des activités de socio-esthétisme/relooking, d'économie domestique, de diététique ou de cuisine. Les filons exploités peuvent paraître quelque peu caricaturaux, en reflet d'une image stéréotypée de la femme, mais ils sont pourtant plutôt bien accueillis par les destinataires et constituent en cela une accroche assez efficace. Ce peut être aussi des événements conviviaux, goûters ou petits-déjeuners, qui offrent un temps de pause à ces femmes, avec ou sans leurs enfants, ou encore des ateliers d'écriture (quoi que plus compliqués à mettre en œuvre).

« Moi, par rapport aux activités, je m'étais dit qu'on exagérait : la cuisine, l'esthétique... qu'est-ce qu'on leur renvoie, finalement ! Mais ça fonctionne. Au travers d'activités « très féminines », un peu « limite » comme ça, il se passe plein de choses et on peut aborder plein de choses. Sur la cuisine, elles viennent, ce sont des temps de partage avec leurs enfants. Il y a même des femmes qui sont venues avec leur maman faire des crêpes. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« J'ai décidé de procéder de manière un peu empirique j'ai fait un goûter de Noël avec femmes et enfants. Pas mal de monde est venu et j'ai laissé les personnes échanger entre elles en essayant d'être attentive à ce qui se disait. Plusieurs choses sont ressorties : le fait d'être en délicatesse avec sa propre image, d'en avoir ras-le-bol d'être la mère de, la femme de, le fait de ne plus prendre soin de soi, etc. J'ai laissé un petit peu germer les idées, puis j'ai organisé plusieurs goûters, comme ça, de manière très informelle. De là est née l'idée de créer un atelier socio-esthétique pour répondre à ce besoin de prendre soin de soi, de se retrouver entre femmes, de pouvoir être dans un espace dédié, protégé. »

« Au départ c'est être coquette, être féminine et, de fil en aiguille, on parle de choses beaucoup plus intimes et qui touchent à toutes les sphères. Par exemple des discussions sur le rapport mère/fille, mère/fils, comment ça se passe quand on est mère isolée avec les enfants à la maison. Le rapport avec le conjoint ; elle revient maquillée, qu'est-ce qui s'est échangé ? Ce qui change dans le rapport à l'autre, que ce soit au soignant, à l'assistance sociale, que ce soit à soi-même. » (CSAPA UTDD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Ces activités, basées sur un collectif de femmes autour de sujets communs, autorisent le glissement vers des terrains plus individuels, incluant la question de la prise en charge. Les accueillants offrent alors une écoute, dans un cadre sécurisant.

« ... on est quand même à l'hôpital. Elles se sentent quand même protégées par l'institution, par ce cadre, et en même temps elles apprécient de sortir de ce monde. On ne parle pas forcément de traitements, mais on en parle de manière détournée. Par exemple : « Je prends de la méthadone, j'ai des sueurs, du coup je n'ose pas me maquiller. » Il y a tout un travail sur l'image de soi, la renarcissisation mais cela se fait de manière détendue, sans trop de protocole. » (CSAPA UTDD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Accroche et « petits trucs »

L'enjeu au démarrage des projets a été de trouver un moyen de se faire connaître des femmes toxicodépendantes et d'élaborer des stratégies d'approches afin de les faire venir à l'accueil spécifique et de créer le lien qui les fasse revenir. Pour y parvenir, il a fallu, de trouver de bons angles d'entrée qui ont souvent consisté à des propositions astucieuses ou foncièrement pragmatiques face au quotidien de ces femmes. Du colis alimentaire aux sous-vêtements coquets, les structures ont attiré l'attention de leur public par des réponses à des besoins, parfois ponctuelles ou inattendues.

Dans le cadre d'enveloppes budgétaires souvent contraintes, différentes ressources extérieures ont pu être mobilisées. Parmi elles, ont été cités :

- la banque alimentaire
- les écoles d'esthétisme, de coiffure, qui intègrent de leurs cursus des modules sur les « publics spécifiques », pour les ateliers relooking ou de socio-esthétique ;
- les universités des sports, pour les séances de relaxation ou de bien-être ;
- les dépôts-ventes qui bénéficient de stocks, pour les friperies ;
- les dispositifs communaux d'accès à des événements culturels (expositions, etc.) gratuitement ou à prix modiques ;
- les mises à dispositions, prêts de locaux ou vacations en partenariat avec d'autres structures de soins.

Quelques « accroches »

- Colis alimentaires
- Trousse d'hygiène (shampooing, dentifrice, déodorant, lingette, etc.)
- Mitaines et écharpes, sous-vêtements, accessoires, friperie
- Petit-déjeuner, goûter
- Pêche à la ligne, jeux, livres pour enfants

LES PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS

Un besoin qui doit parfois être mis au jour

Les projets d'accueil propres aux femmes se sont mis à place grâce à une prise de conscience collective (ou d'un petit nombre d'intervenants) sur les besoins des femmes toxicodépendantes. Cependant, à l'heure de la parité prônée dans tous les domaines, le principe d'un accueil spécifique à un genre n'est pas toujours compris de prime abord, y compris au sein des équipes addictologiques. Ceci et le peu de littérature accessible sur les addictions féminines (ne serait-ce que d'un point de vue de la langue, la plupart des écrits étant en anglais) confère encore aux dispositifs « femmes » un caractère pionnier. De fait, les professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude reconnaissent volontiers que ce type de réponses en est à ses prémises.

« Dans mon équipe il y avait des professionnels, des éducateurs, qui m'ont demandé pourquoi j'allais faire ça. Mais il faut vraiment prouver ses dires avec de la littérature spécifique, or la littérature spécifique était tournée avant sur la femme consommatrice enceinte et tout ce qui est femme-femme (la femme amante, la femme qui a le droit d'être femme, etc.). Mais sur la femme qui prend des produits, il n'y avait rien. C'est là-dessus qu'on a essayé de travailler. (...) C'est parti tout de suite sur la question des différences et de pourquoi faire des différences. Donc on a eu à réexpliquer. Un petit peu au sein de notre équipe mais aussi à l'extérieur (...) (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Dans le cas particulier des CHRS, il n'est pas rare que la question des addictions des pensionnaires soit ignorée, éludée ou niée. La consommation d'alcool, qui plus est celle de stupéfiants, étant interdites par le règlement intérieur, les usages sont tus et peuvent demeurer sans suivi. Dès lors, le sujet des addictions ébranle le fonctionnement même de l'institution et des équipes.

« Le CSAPA travaille avec un CHRS déclarant qu'il ne connaît pas de problématique d'addiction. En effet, la consommation d'alcool est complètement interdite par le règlement intérieur du CHRS et est un motif d'exclusion. Certaines personnes sont donc en posture de taire leur problème de consommation. » (CSAPA Solea, Consultations avancées en CHRS)

« (...) les tentatives de se faire connaître se heurtent souvent à au discours des CHRS selon lequel ils ne sont pas confrontés à la problématique des addictions. (...) les CHRS tendent à s'enfermer dans les comportements en interne et c'est compliqué de parler de ces questions. » (Fil rouge, AMPTA, Équipe mobile mère-enfant)

Globalement un recours apprécié, souvent au prix de longs échanges

L'accueil de ces nouveaux dispositifs par les professionnels du droit commun est à géométrie variable. Cette nouvelle offre face aux addictions suscite des interrogations mais elle apparaît comme un recours bienvenu pour une partie 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.

« L'équipe mobile répond à des attentes et des besoins pour des professionnels non spécialisés qui se disent souvent démunis face aux problématiques d'addiction. » (Fil rouge, AMPTA, Équipe mobile mère-enfant)

« L'équipe mobile a été accueillie d'une façon plutôt positive, voire, avec soulagement ; avec très souvent l'idée en arrière-plan de pouvoir faire prendre en charge une situation souvent lourde et complexe : le projet d'une co-pensée avec une équipe n'étant pas très fréquent. » (CSAPA Boucebi, CHU Avicenne, Équipe mobile mère-enfant)

« L'accueil par les professionnels n'a pas été le même selon les secteurs. L'accueil a été très favorable des services de la protection de l'enfance que ce soit l'ASE ou les services de l'AEMO (Action éducative en milieu ouvert) car les professionnels se sentaient assez démunis (vrais besoins) et qu'ils ont très rapidement sollicité l'équipe mobile. Tout un travail d'approche a été nécessaire avec les services hospitaliers. Outre la difficulté administrative, les maternités ont tendance à beaucoup réorienter interne car il ya beaucoup de ressources en interne. » (Fil rouge, AMPTA, Équipe mobile mère-enfant)

L'approche spécifique des femmes ou des mères toxicodépendantes appelle à établir des liens avec des structures qui ne font pas partie du réseau habituel de l'addictologie 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 être expliqués. Ainsi, l'une des premières tâches des structures porteuses est d'accorder le temps nécessaire à l'échange sur les valeurs et les pratiques professionnelles, notamment à l'établissement de nouveaux partenariats. La sensibilisation préalable à la problématique des addictions en générale (trajectoires, itérations, etc.) et à la toxicomanie au féminin en particulier (vulnérabilité, freins à l'accès aux structures de prises en charge, etc.) est déterminante. Pour cela, les CSAPA ou CAARUD doivent pousser aux rencontres afin d'expliquer leur tâche.

« Il y a un travail de connaissance de nos propres cultures extrêmement différentes. Cela passe aussi par des détails pratiques. Par exemple, nous avons pointé le besoin d'introduire dans les logements (en CHRS) des armoires à pharmacies car les femmes se trouvent dans un espace relativement exigü avec leurs enfants et des médicaments à la portée de ces derniers. Ces petites choses échelonnent l'avancée dans l'échange de pratiques et la mutualisation des savoirs. » (CSAPA Solea, Consultations avancées en CHRS)

« Il a fallu que je trouve une socio-esthéticienne, je pensais que cela serait plus facile que ça au sein du CHRU mais cela n'a pas été aussi évident que ça. Au bout de quelques mois, j'ai réussi à avoir la collaboration d'une socio-esthéticienne qui travaille sur le pôle de psychiatrie, sachant que, nous, on fait partie du pôle médical, deux pôles complètement à part qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble. C'est bien, cela fait du partenariat intra. » (CSAPA UTUD, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Notre équipe a été accueillie au départ avec une certaine « prudence ». Accueillir de nouveaux professionnels n'a pas été simple car cela est venu interroger certaines pratiques et les modes de fonctionnement. Les professionnels du CHRS ayant pour mission prioritaire le logement, notre contribution du point de vue de l'addiction n'était pas leur premier besoin. (CSAPA Solea, Consultations avancées en CHRS)

« Les équipes d'AEMO ont du mal à se positionner : « c'est ce qu'on fait déjà », qui fait quoi et comment s'organise-t-on pour ne pas faire les mêmes choses ? » (Centre Horizons)

L'accord parfois complexe des logiques ou des représentations professionnelles

D'avantage que des interrogations, l'accueil féminin peut susciter également d'importantes réserves car les méthodes de travail et l'approche en addictologie peuvent bousculer quelque peu les cultures professionnelles des acteurs du droit commun. Notamment l'individualisation des prises en charge ne correspond pas au principe de réponse égalitaire (vue comme non discriminante) propre à de nombreux services du champ social ou sanitaire. Le travail en réseau ou l'interdisciplinarité ne sont pas non plus toujours aisément abordés.

« L'objectif est d'aider ces professionnels à prendre le risque d'une approche plus personnalisée en prenant en compte l'addiction de la personne car le processus peut s'avérer très destructif. Il s'agit de porter une réflexion commune et une responsabilité partagée sur des situations très complexes et humainement difficiles à porter sur le plan personnel afin d'aider les professionnels à prendre un risque. Lorsque les problèmes de consommation sont couverts au bout de quelques semaines le partenariat fonctionne mais il faut que les équipes se risquent à accueillir ces femmes. » (Association Ithaque, Consultations avancées en CHRS)

Les acteurs de l'accueil féminin notent l'hésitation, parfois, des structures externes à orienter leurs patientes ou pensionnaires vers leurs services. Crainte d'un empiètement de compétences, de redondances ou réflexe de nature défensive ? Les raisons, identifiées ou non, requièrent de la part des CSAPA/CAARUD de réitérer les explications sur leur champ d'intervention. Selon les témoignages, les secteurs paraissant les plus complexes à pénétrer sont la pédopsychiatrie et, pour les CSAPA hors du milieu hospitalier, les services de maternité. La prise de rendez-vous pour des consultations en psychiatrie ou psychologie infanto-juvénile (auprès de CMP, par exemple) pour les enfants des femmes reçues en addictologie s'avère relativement compliquée. Les secteurs de la petite enfance, la PMI notamment, sont davantage réceptifs. Les quelques dispositifs qui ont établi des relations avec les écoles élémentaires et la « petite enfance » notent une évolution positive des collaborations.

« Chaque institution, quand il y a un travail entrepris avec ces femmes, a du mal à les adresser ailleurs. Bien sûr qu'on les accompagne, on demande à ce que les partenaires viennent chez nous, viennent voir comment ça se passe, accompagnent les femmes pour essayer d'ouvrir au maximum, de communiquer au maximum, mais ça reste difficile d'avoir des orientations d'autres institutions. » (CSAPA Liberté, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« La question de fond est que c'est encore très difficile de partager des situations où c'est quand même chasse gardée. Il faut aller non seulement en accueil femmes, mais aussi vers de plus en plus de rencontres des équipes, de plus en plus de liens entre les professionnels pour essayer d'amener des orientations cohérentes. Plus on va apprendre à se connaître et à connaître nos missions les uns et les autres, plus on aura des orientations fines en fonction des publics accueillis. » (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Ces difficultés émergent parfois au début des collaborations mais tendent à se résorber lorsque les périmètres d'intervention respectifs sont clarifiés, leur complémentarité entendue ou lorsque l'apport concret du CSAPA/CAARUD est mis en lumière, au démarrage des premières prises en charge. Parfois les attentes des partenaires doivent être ajustées.

« Il faut mettre au jour la spécificité du CSAPA qui n'est pas là pour se substituer aux réponses professionnelles existantes : il ne vient ni empiéter sur leurs plates-bandes, ni faire le travail de la psychologue qui travaille déjà sur les relations mère-enfant (dans les structures dans lesquelles nous menons des consultations avancées). Le CSAPA porte quelque chose d'autre. Il ne s'agit pas de perturber leur fonctionnement avec quelque chose en plus. Il faut qu'une culture commune prenne corps et rassure. » (Association Ithaque, Consultations avancées en CHRS)

« Lors de nouveaux partenariats le risques peut être de recevoir des demandes qui vont au-delà du cadre d'intervention du CSAPA tel que l'interprétation de résultats d'analyse urinaire, l'audition de « candidats ». Dès lors le repositionnement des missions peut jeter un froid et susciter une incompréhension : l'intervention du CSAPA sur la problématique des addictions et des parcours des usagers n'est pas perçue comme une action aidant concrètement les CHRS (par exemple) dans leur pratique quotidienne lorsqu'ils sont confrontés à une personne toxicodépendante. » (CSAPA UFATT, Consultations avancées en CHRS)

Outre le manque d'information général (précédemment mentionné), un problème d'adhésion peut coexister : certains se révèlent partagés sur la pertinence du maintien des enfants auprès de mères perçues comme défaillantes.

« C'est lié à un historique, (...) consistant à juger que les femmes toxicodépendantes comme de « pas très bonnes mamans » (CSAPA UFATT, Consultations avancées en CHRS)

« Quand on annonce un travail de soutien à la parentalité ou d'observation des interactions. Les équipes d'AEMO ont du mal avec le rapport à l'hédonisme ... » (Centre Horizons)

« Accueil très favorable par la protection de l'enfance mais plus difficile par les services hospitaliers et par les CHRS qui nient la problématique d'addiction, certaines ne voulant pas en entendre parler. » (Fil rouge, AMPTA, Équipe mobile mère-enfant)

LA PLACE DES ENFANTS

Accueillir des femmes toxicodépendantes requiert aussi de recevoir des enfants. Cet état de fait et l'objectif même de consolider le lien mère-enfant appellent nécessairement à des aménagements structurels – par la réorganisation des locaux, l'acquisition de matériels adaptés à différents âges (jeux, jouets, livres ...) – voire à des adaptations au sein du personnel.

Des adaptations structurelles

L'adaptation des locaux (toutes mesures conservées) n'est pas seulement guidée par la volonté d'offrir un espace accueillant pour les enfants. Il s'agit tout autant d'assurer un cadre sécurisé afin d'éviter la confrontation des enfants aux usagers ayant consommé qui peuvent avoir des attitudes inadéquates à leur égard (violences verbales ou physiques). De plus, la rencontre avec des enfants peut éveiller chez certains usagers des éprouvés douloureux et déclencher des réactions exacerbées. Ce sont précisément ces éventualités qui suscitent chez certaines femmes le sentiment que le CSAPA/CAARUD est « insuffisamment protecteur » et « n'est pas un lieu pour eux (les enfants) », perception qui peut être partagée par des membres mêmes du centre.

« Ce qui est intéressant c'est qu'on a profité de l'enveloppe budgétaire pour installer un coin enfants. Ça paraît tout bête mais on s'est fait un petit coin enfants avec des jeux, des tapis, des petites tables. On s'est rendu compte que c'était intéressant pour qu'elles viennent avec leurs enfants mais aussi pour les hommes, pour l'accueil en général au CSAPA. C'est-à-dire qu'on avait très peu d'usagers qui venaient avec les enfants alors que, au-delà de l'accueil femmes, dans l'accueil mixte habituel au CSAPA les gens venaient après beaucoup plus facilement avec leurs enfants avec l'installation d'un coin enfants. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« On a créé un petit espace pour les enfants avec des livres, des jeux, des petites tables basses, un espace un petit peu cosy. Mais le travail se concentre sur les mères » (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Les équipes s'adaptent à la fréquentation du centre par des enfants en dégageant du temps pour ces jeunes publics. Certains centres parviennent à employer du personnel dédié aux enfants accompagnants, pédopsychiatre ou professionnelle de la petite enfance (voir « Des budgets contrastés dédiés au renforcement du personnel »). Ces emplois permettent aussi de symboliser, d'affirmer, la place de l'enfant dans l'institution, tant auprès des professionnels que des parents ou futurs parents (Centre Horizons).

« Les enfants participent aux activités cuisine par exemple, elles viennent d'ailleurs avec leurs enfants pour ça. Sinon, quand il n'y a pas d'activités et qu'elles viennent avec leurs enfants, il y en a toujours une de nous deux qui va s'occuper un peu des enfants autour d'un jeu, d'une lecture de bouquins. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Cependant, faute de moyens financiers, il demeure difficile de maintenir de tels postes qui ne relèvent pas des missions premières des structures. Aussi la prise en compte des enfants dépend beaucoup du partenariat établi avec les secteurs de l'enfance, avec des succès et des difficultés variables.

« Horizons avait à une époque une éducatrice à laquelle il a fallu renoncer car payée grâce à un financement sécurité sociale. En plus il s'agit un centre pour adulte pas pour enfant ce qui pose une problématique supplémentaire. » (Centre Horizons)

« Le centre a bénéficié un temps d'un poste de psychologue dédié aux enfants mais ce poste n'a pas pu être maintenu. En IDF, le réseau DAPSA a été d'une aide essentielle, notamment grâce aux formations dispensées aux PMI. Il est important de maintenir le lien : 50 % du travail est dédié à ces partenariats. Il y a des partenariats privilégiés qu'il faut maintenir. » (Centre Horizons)

Un impact sur le cadre thérapeutique

La présence des enfants impacte les conditions d'accueil des femmes toxicodépendantes et l'organisation du personnel. Le temps réservé à des ateliers ne se prête pas toujours à l'accueil simultané des enfants. Les accueillants doivent faire face aux oppositions qui surgissent nécessairement entre le temps dédié à l'adulte et celui accordé à l'enfant, les rythmes propres à chacun et les besoins respectifs. Ainsi les équipes tentent constamment de concilier les réponses et les temporalités.

En entretien thérapeutique, certaines questions s'avèrent difficiles à aborder en présence de l'enfant, et celui-ci peut être utilisé à cet escient : afin d'éviter au parent d'aborder les sujets dérangeants. Mais les centres ne disposent pas nécessairement d'un personnel en mesure de s'occuper des enfants afin que les parents soient vus en entretien dans les conditions de confidentialité requises.

Parallèlement, lorsque l'enfant est séparé momentanément de son parent, le personnel peut se trouver débordé par des effets « collatéraux » : agitation, panique, pleurs irrépressibles, réactions en soi révélatrices de souffrance chez l'enfant. Formés à travailler au contact d'adultes, les intervenants se voient confrontés à un tout autre public. Ils évoquent leur gêne face à des questions que les enfants pourraient poser sur l'état de santé des parents (« qu'est ce qu'il a Papa ? »).

« Les praticiens du centre sont des professionnels formés pour travailler avec des adultes et non des enfants, qui recouvrent d'autres problématiques. » (Centre Horizons)

Les CSAPA avec hébergement collectif n'étant pas autorisés à recevoir des enfants de plus de 3 ans en appartements thérapeutiques, ils se voient dans l'obligation de refuser les demandes d'accueil de nombreuses femmes accompagnées d'enfants plus âgés. Dans le cadre des hébergements en hôtel ou en appartements thérapeutiques, les intervenants doivent prédéfinir un cadre garantissant la sécurité des enfants en cas de rechute des parents, de ruptures de contrat et de départ (anticipé ou non).

La volonté d'intégrer les enfants ou, à l'inverse, de centrer l'attention sur les mères interviennent dans le choix des plages horaires dédiées au public féminin.

Les équipes des dispositifs d'accueil féminin se sont fortement mobilisées sur la définition du périmètre de cette « nouvelle » activité et la réflexion se nourrit encore des expériences. Devant le nombre croissant des enfants passant le seuil des structures, la réflexion sur les priorités travail les concernant se pose comme le prochain grand chantier. L'articulation entre suivi individuel et suivi familial s'avère complexe, au sein de l'équipe et avec les partenaires extérieurs.

« En tout cas, ce qu'on observe c'est qu'elles sont débordées avec leurs gamins. Même matériellement. Quand elles arrivent chez nous avec les enfants, il est midi, parce que le temps de les lever... Elles passent très peu de temps sur l'accueil femmes. Il faudrait presque qu'on ait plus de temps, une plage d'ouverture plus longue, de dix heures à treize heures c'est trop court car celles qui ont des enfants arrivent à midi. On sent que c'est difficile pour elles de venir avec les enfants tranquillement. Elles arrivent, elles sont stressées parce qu'elles sont contraintes par le temps. Il faut que l'on imagine d'autres choses avec les enfants, c'est évident. (...) Elles arrivent, elles déshabillent les enfants et c'est déjà presque le temps de les rhabiller. Elles passent chercher la méthadone avant... C'est court. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« On a énormément dépensé notre énergie sur l'accueil femmes, déjà comment les faire venir. Maintenant, elles viennent de plus en plus avec les enfants, et ça c'est quand même le chantier à venir, qu'est-ce qu'on fait avec ces enfants, qu'est-ce qu'on fait lorsqu'ils sont là. Le mercredi, il y a des différences d'âge énormes entre les enfants. On décide de donner du temps aux mamans et on s'occupe des enfants par ailleurs ou est-ce qu'on travaille sur le lien mère/enfant ? Ce qui engage d'autres activités. Là, on est en train de bosser là-dessus. (...) Tout ça est en gestation. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

III - PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

FREINS ET MOTEURS ÉVOQUÉS PAR LES ÉQUIPES

Freins au développement de l'accueil féminin

Stigmatisation des structures d'addictologie

La perception des CSAPA et aux CAARUD comme des structures destinées à des publics très précaires ou injecteurs freine la participation des usagères aux activités développées à leur adresse, notamment par crainte d'être identifiées comme consommatrices dépendantes et signalées aux services sociaux. La plupart craignent clairement le placement de leurs enfants (après avoir vécu cette situation ou avoir elles-mêmes été). Ce type d'appréhension est davantage marqué dans les petites agglomérations.

Parmi les professionnels externes, certains appréhendent que la collaboration avec les CSAPA/CAARUD ne stigmatise leur propre service.

« (...) on voyait bien qu'il y avait toute une frange de la population féminine qui n'avait pas accès au CAARUD parce que trop connoté précaires, trop connoté injection aussi parfois. Donc quand elles sont sur des consommations plus « soft », c'est-à-dire qu'elles n'utilisent pas l'injection, ou ne sont pas à la rue, elles se disent qu'elles n'ont rien à faire là. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Elles ne viennent pas par crainte d'être dénoncées, que quelqu'un dise qu'elles vont dans cet endroit-là et que cela nuise à leur enfant. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Il est ressorti également que les professionnels craignaient que notre venue stigmatise les résidentes. » (CSAPA Solea, Consultations avancées en CHRS)

Évitement lors de la grossesse

De nombreux professionnels soulignent la difficulté de recruter des femmes toxicodépendantes pendant leur grossesse. Cette sous-représentation est rattachée aussi bien à un défaut d'orientation par les professionnels de soin, de la périnatalité notamment, qu'à la réticence des femmes mêmes, pendant la grossesse ou peu après la naissance : difficultés pour les mères d'envisager une prise en charge contraignante pendant la grossesse, déni des futures mères quant à leur addiction ou problème d'orientation du système de soins par méconnaissance de l'offre de places spécifiques pour les femmes enceintes ?

Les activités collectives couvertes par les accueils « femmes » (ateliers, groupe de discussion) pourraient ne pas correspondre aux attentes des futures mères, davantage recentrées sur leur propre histoire et la relation à leur enfant à naître. L'accueil des femmes enceintes passe probablement mieux de manière individuelle à travers le personnel soignant et d'autant mieux avec des personnels (sage-femme, etc.) formés dans le champ des addictions.

Méconnaissance de la question grossesse-toxicomanie

L'attitude d'évitement précitée peut provenir aussi tout ou partie des attentes que les femmes toxicodépendantes enceintes pensent voir projeter à leur encontre, notamment des exigences imaginées quant leur abstinence. Il est possible que cette idée d'abstinence totale obligatoire, tous produits confondus, soit également véhiculée par une frange de professionnels de santé insuffisamment informés sur la problématique grossesse-toxicomanie. De ce point de vue, la formation des professionnels de la maternité et périnatalité sur cette problématique « addiction

et grossesse » est essentielle. La nécessaire stabilisation de la consommation par le biais des TSO (traitements de substitution aux opiacés) ou le besoin de prévenir l'état de manque, préjudiciable au fœtus sont au cœur du sujet.

« Je pense qu'il faut dédramatiser maternité plus consommations et ne plus dire tout de suite : « Il faut qu'elle arrête de consommer ! ». Elles ont peur de ça. C'est ce qu'on leur renvoie tous les jours alors qu'il faut au contraire leur dire qu'il faut qu'elles stabilisent leur consommation, qu'il ne faut pas du tout qu'elles soient en manque. (...) il faut casser toutes ces représentations sur « maternité et arrêt de la consommation ». Au contraire, je leur dis : « Il faut que tu stabilises. Le mieux ce serait, si tu prends des opiacés, que tu passes sur un TSO. Mais si tu continues à consommer il ne faut surtout pas que tu aies de manque parce que c'est là qu'il y a des éléments préjudiciables pour le fœtus. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Repérage souvent tardif des femmes dans le besoin

Plusieurs dispositifs, équipes mobiles ou CSAPA avec hébergement, déplorent un repérage assez tardif des femmes dans le besoin d'où des orientations réalisées assez souvent dans l'urgence. Ce genre de situation plaide en faveur d'un surcroît de formation des personnels soignants, notamment hospitalier, afin d'améliorer l'identification plus précoce des femmes ayant besoin d'une prise en charge spécifique. Cependant, la question du repérage ne peut pas être dissociée des contraintes organisationnelles des personnels de maternité, dans leur pratique régulière, notamment le temps « minuté » de consultation pour les sages-femmes (DAPSA).

« La demande n'est pas toujours explicite d'où l'importance du travail de repérage pour proposer une rencontre. (...) on constate un repérage assez tardif car les demandes adressées au dispositif émergent dans l'urgence. Il y a probablement un gros travail en amont à faire pour que lorsque la demande d'intervention émerge la situation ne soit pas déjà critique. » (CSAPA Boucebi, CHU Avicenne, Équipe mobile mère-enfant)

« Avec les maternités le centre (Suerte) est sollicité sur des situations d'urgence de femmes qui ont accouché, toxicodépendantes avec en général des co-morbidités psychiatriques. Or le centre a pour vocation d'accueillir des personnes stabilisées donc il lui faut d'abord mobiliser un autre service en amont dans la chaîne de soins (ex. : service psychiatrique) (...) » (Association Suerte-CSAPA Broquedis, Accueil en CSAPA avec hébergement collectif)

Priorité faite au soin, accentuée par la méconnaissance de la RDR

Les intervenants des CAARUD perçoivent chez les professionnels de santé et chez les femmes toxicodépendantes elles-mêmes une certaine difficulté à orienter ou s'orienter vers les structures de réduction des risques (RDR). Ce frein est identifié par les structures de bas seuil comme lié non seulement à une méconnaissance de leur champ mais aussi à un habitus du secteur sanitaire ainsi qu'à une plus forte propension des femmes à s'adresser vers ce secteur médical plus que tout autre structure d'aide pour faire face à leur problématique de dépendance.

« Je ne sais pas si c'est plus difficile en CAARUD qu'en CSAPA, mais j'ai l'impression que les partenaires vont plus orienter vers le soin que vers la RDR qui est toujours super méconnue. » (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Chez nous, c'est pareil, elles n'ont pas le même rapport au corps que les hommes. Quand elles ont un souci, ont pris conscience de leur consommation et qu'elles ont envie de faire quelque chose dessus parce qu'elle est problématique ou parce qu'elles ont envie de la travailler différemment, elles vont plus facilement vers le médical que vers le social. On se demandait si nous n'étions pas connus ou trop repérés « hommes » ou « social ». On a retravaillé sur notre représentation parce qu'on voit bien que les femmes vont vers le médical, dès qu'elles veulent agir. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Éléments moteurs

Coordination des acteurs sociosanitaires

Les porteurs de projets s'accordent à souligner la méconnaissance des professionnels sociaux et de santé de droit commun à propos de cette nouvelle offre de service pour les femmes. La coordination des réponses sanitaires et sociales, que ce soit autour du projet thérapeutique, de la relation mère-enfant voire de la prise en charge de

l'enfant, est au cœur même des missions des équipes mobiles. Les autres dispositifs d'accueil spécifique pour femmes, notamment les consultations en CHRS ou CSAPA, tentent de l'assumer autant que possible, à l'aune des moyens disponibles. La tâche est plus complexe encore pour les accueils réalisés en CAARUD ou CSAPA en ambulatoire. Cette capacité de coordination est un élément clé pour l'assise de ces dispositifs.

Quel que soit le type de mesures concerné, les structures sont unanimes sur l'utilité d'une coordination entre les acteurs à impliquer en amont et en aval de la prise en charge thérapeutique de ces femmes. Si la structure d'accueil féminin endosse ce rôle et est identifiée comme l'artisan de cette coordination son intégration dans le mode de fonctionnement des professionnels de soins socio-sanitaires s'assoit sur des bases plus solides.

« Les relations avec la justice, l'ASE, les PMI, et l'école ont beaucoup évolué, notamment grâce à la présence en IDF du DAPSA qui est allé à la rencontre de la PMI. Un médecin addictologie du DAPSA a formé des puéricultrices qui se rendent à domicile. » (Centre Horizons)

« Nous, sur Lille, on a mis en place un comité de pilotage que l'on a appelé « accueil au féminin ». On a notre CAARUD, on a convié des CSAPA, le planning familial, la maternité (l'obstétrique des grossesses pathologiques), les CCAS, le CMP, partenaires des secteurs de la précarité ou de la prostitution. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Transparence et communication (travail sur les représentations)

Dans le cadre du contrat de confiance établi avec les services sociosanitaires qui orientent les femmes vers l'accueil féminin, la transparence sur les méthodes de travail s'avère bénéfique et formatrice.

« Bien sûr qu'on les accompagne, on demande à ce que les partenaires viennent chez nous, viennent voir comment ça se passe, accompagnent les femmes pour essayer d'ouvrir au maximum. On les invite aussi à venir nous rencontrer dans des occasions spécifiques, pas forcément autour des femmes, autour de sujets plus larges. C'est vrai que la toxicomanie reste encore mal comprise de la part de nombreux professionnels, il y a des représentations très négatives. » (CSAPA Liberté, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Si l'usagère voit qu'il y a un contact, que vous connaissez la personne, que vous ne l'envoyez pas voir un partenaire sans le connaître, ça marche bien. » (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Formation sur la question grossesse-toxicomanie

La sensibilisation à la problématique particulière des grossesses chez les femmes présentant une dépendance à une ou des substances psychoactives facilite la communication entre les services intervenant aux différents niveaux de la prise en charge périnatale.

Mobilité et réactivité

Nombre de structures d'accueil féminin entreprennent d'aller à la rencontre d'un nouveau public, à travers le travail de rue ou des visites à domicile, afin de surpasser le frein représenté par la stigmatisation des CSAPA/CAARUD et d'intégrer les difficultés matérielles d'accès aux soins des femmes toxicodépendantes, qui plus est lorsqu'elles ont la charge de leurs enfants. Les visites à domiciles sont facilitées pour les femmes hébergées en appartements thérapeutiques.

A cela s'ajoute un réel besoin de réactivité des équipes qui peuvent être fréquemment sollicitées pour une intervention en urgence face à des situations de crise.

Soutien de la part des conjoints

Les offres et services de l'accueil « femmes » ont d'autant plus de succès qu'elles suscitent l'intérêt des hommes proches de ces femmes (conjoints ou autres) et remportent ainsi leur adhésion (cf. section « Dans l'ombre des hommes »). L'explication des difficultés d'accès aux soins accrues chez les femmes et du bénéfice à attendre d'un accueil et de services particuliers peut suffire à obtenir leur appui. La contraception, la protection contre les IST (Infections sexuellement transmissibles), grâce aux préservatifs et aux informations fournis par les structures, sont des arguments que les proxénètes peuvent entendre autant, si ce n'est davantage, pour une question de profits que par souci des femmes prostituées.

« On a commencé à travailler sur les arguments d'un accueil spécifique aux femmes. La tendance s'est presque renversée aujourd'hui. On a des hommes qui insistent pour faire venir leur compagne. D'autres dont la compagne est venue une ou deux fois et, au vu des bénéfices qu'ils ont vus chez elle, qui l'incitent à revenir. Chez nous, cela a évolué positivement dans le sens d'inclure les hommes dans le soin que l'on peut apporter aux femmes. On a déjà affiché une réponse parce qu'on avait cette interpellation un petit peu tous azimuts en boutique. On a été assez proactifs. » (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Nous proposons des colis alimentaires tous les quinze jours, ce qui marche super bien, pour le coup elles viennent et elles viennent avec leurs enfants. Par la banque alimentaire. Ça répond vraiment à un besoin et on a aussi l'alliance des hommes derrière qui y voient un intérêt : ça ramène à manger à la maison. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Bouche-à-oreille et cooptation

Évidemment le bouche-à-oreille et le « parrainage » organisés par les femmes qui ont déjà eu recours à l'accueil spécifique et en ont vu le bénéfice demeurent l'un des meilleurs moyens de promotion de ce type de service. Ce canal contribue également au travail sur les liens sociaux : les utilisatrices en parlent à leur entourage et « viennent avec des copines ». La communication auprès de la file active et des partenaires est donc cruciale.

BESOINS IDENTIFIÉS DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉVELOPPEMENT

Trois grands types de besoins se révèlent, parfois se croisent, lorsque par les structures d'accueil féminin se placent dans une perspective de développement de cette activité :

- la sensibilisation des publics et partenaires professionnels
- le transfert de compétences
- l'adaptation de réponses professionnelles.

Ces besoins sont détaillés, dans cet ordre ci-après.

Continuité d'une sensibilisation pertinente

« Dé-stigmatiser » aux yeux des usagères et des professionnels sociaux et de santé

Le travail d'information, de sensibilisation, doit être sans cesse renouvelé pour qu'il se traduise dans les pratiques, mais aussi du fait d'un important roulement des personnels qui peut grandement déstabiliser les équipes. L'objet est de réduire la stigmatisation des CSAPA/CAARUD, de peser sur les représentations afin de pouvoir davantage mobiliser les services la maternité, professionnels de la périnatalité et acteurs de la petite enfance dans la collaboration et l'orientation et vers les structures d'accueil féminin.

L'accès des femmes enceintes à l'information sur les risques, les effets de la consommation de produit sur le fœtus doit être facilité. Le travail sur les représentations doit pouvoir être tourné également vers les femmes usagères elles-mêmes pour les inciter à pousser la porte des structures d'accueil.

Créer des supports d'information adaptés aux femmes

La grande majorité des supports existants, brochure ou flyers, etc., s'avèrent très connotés comme masculins et des témoignages de femmes usagères révèlent qu'elles se sentent peu concernées par ces documents qui ne « leur parlent pas ». Les professionnels de l'accueil féminin font le constat du peu de publications « ciblées » vers les femmes et de l'utilité d'une communication plus régulière, par exemple par campagne d'affichage, sur des questions plus spécifiques aux femmes, comme celles liées aux risques réels et aux idées reçues sur les consommations pendant la grossesse.

Surmonter les barrières linguistiques

La question de la barrière linguistique est fréquemment soulignée comme un frein à la communication avec les femmes, ce d'autant plus pour les centres en contact avec les prostituées, ou ceux implantés dans les métropoles, les zones frontalières ou accueillant de nombreux travailleurs saisonniers. Pour les supports de communication, le recours au visuel (images et pictogrammes) permet de contourner en partie le problème de la langue.

Renforcement du transfert de connaissances et de compétences

Développer la formation et un réseau d'échange

Les structures d'accueil soulignent le besoin en formation tant au sein des équipes de CSAPA/CAARUD qu'auprès des professionnels en contacts avec les femmes toxicodépendantes notamment lors de la grossesse.

En ce qui concerne les équipes d'accueil même, les besoins de formation qui se dégagent plus particulièrement portent sur :

- le développement de l'enfant et la petite enfance– afin d'améliorer la capacité des équipes à prendre en compte les enfants d'usagers ;
- l'accueil des publics immigrés ou réfugiés en France et l'appréhension de langues et de codes différents.

Néanmoins les formations demeurent un vecteur difficilement mobilisable compte-tenu des moyens limités pour y participer, y compris en temps du fait de la concentration des formations en région parisienne.

D'autres modes de transferts de compétences sont par conséquent avancés, notamment la construction d'un réseau à même d'offrir des temps d'échange et de construction clinique entre équipes françaises mais aussi avec des équipes européennes travaillant sur les mêmes questions (Belgique, Luxembourg, Suisse, pour les francophones). Le périmètre pourrait être étendu à d'autres secteurs professionnels travaillant sur les phénomènes d'emprise afin d'enrichir une réflexion globale et de façonner une compréhension élargie de la dépendance.

Mieux connaître l'étiologie de la toxicomanie féminine

Pour de nombreuses structures, la population des femmes toxicodépendantes n'est abordée en tant que « public spécifique » que depuis relativement peu de temps. Aussi les structures peinent-elles encore à en percevoir les particularismes y compris au plan des usages et des tendances de consommations. Mieux connaître les contours de cette population, caractériser l'étiologie des dépendances féminines, sont de réels enjeux pour ces professionnels qui se désignent eux-mêmes en situation de tâtonnement... Comme aux premières heures de la réduction des risques.

« (...) je sais dire les tendances dans ma file active, mais chez les femmes pas encore. C'est une population que j'aborde seulement et puis il faut qu'on aille les chercher. J'ai le sentiment, avec l'accueil femmes, que l'on est revenus au temps de la réduction des risques d'il y a quinze ans quand les paris étaient : « allons vers », quel est le contour de cette population ? Où ils sont ? Combien ils sont ? Que consomment-ils ? En gros, c'était un peu ça. Aujourd'hui, on a ce même questionnement avec les femmes : où elles sont-elles ? Quelles sont leurs problématiques réelles ? Comment les faire venir ? Comment aller vers elles ? Ce sont ces questions qui sont en jeu aujourd'hui. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

La difficulté d'accéder à de nouveaux savoirs sur le public particulier des femmes dépendantes, amène naturellement à s'interroger sur les expériences et avancées étrangères.

Quelques sources et publications sur l'accueil de femmes toxicodépendantes à l'international

(voir bibliographie).

- « Au féminin s'il vous plaît ! La pratique » [6]
- A focus on women, OMS (en anglais uniquement) [7]
- Women's voices , EMCDDA (en anglais uniquement) [8].

Adaptation des pratiques et de l'organisation des services

Améliorer le repérage précoce et la capacité d'accueil en milieu hospitalier

Alors qu'un travail dès la grossesse permet une meilleure prise en charge de la mère et du nourrisson, l'insuffisance des lits pour hospitalisation psychiatrique mère-enfants ou des lits en unités Mère-enfants est dénoncée. La nécessité de dispositifs dans l'hospitalisation accueillant les pères. Est également pointée.

La nécessité de développer le repérage précoce de ces grossesses à risque est soulignée. A ce titre, l'évocation d'une sage-femme « référente addiction » dans les services est revenue à plusieurs reprises.

L'intervention d'une sage-femme dans les CSAPA permettrait également une information plus directe auprès des femmes sur leur corps, les effets des consommations sur leur fœtus, etc.

Améliorer la capacité d'accueil des enfants

De nombreuses structures expriment leur besoin de temps supplémentaire de professionnels en mesure d'accueillir les enfants, de réaliser une observation ou d'intervenir en matière de parentalité est souhaitable. (éducateur de jeunes enfants, sage-femme...). Il s'agit pouvoir aller vers une proposition de soins familiaux. Les situations de détresse dont témoignent certains comportements des enfants appellent à un travail censément long, ne serait-ce que dans la réflexion à mener auprès des mères sur ces phénomènes.

Les structures engagées depuis plus longtemps (ex : le centre Horizon en région parisienne) la question est aussi désormais de savoir comment appréhender l'accueil et l'accompagnement des adolescents des parents toxicodépendants, adolescents qui sont parfois connus des structures depuis leur plus jeune âge. Quel accompagnement offrir à ces jeunes lorsqu'ils atteignent cette période de la vie si déterminante quant à l'installation des consommations ?

Développer des alternatives au placement des enfants tel qu'il existe aujourd'hui

Les structures d'accueil féminin évoquent le besoin de solutions alternatives au placement au mécanisme actuel des mineurs, afin de mieux intégrer la situation de l'enfant dans les réponses apportées. Ainsi, selon elles, des places d'hébergement spécifiques pour l'accueil de mères avec nourrissons à la sortie de la maternité, des placements séquentiels ou à domicile, ou encore des places accessibles rapidement pour les femmes dépendantes, seraient également à envisager. En effet, la crainte du placement des enfants à naître de la part de la future mère expliquent en partie le peu de suivis de grossesses ou le fait qu'elles n'abordent pas la question de leurs addictions. Des réponses nouvelles et concrètes d'hébergement et de relogement, d'évolution des accueils proposés par l'ASE (Aide sociale à l'enfance) sont vues comme une réponse pertinente à ce type de blocage, notamment des réponses séquentielles, d'ouverture de structures spécifiques dans l'accueil des familles en difficulté avec un regard pluridisciplinaire.

Inscrire les expériences d'accueil féminin dans le temps

L'adaptation du système de soins à l'évolution des usages et de la connaissance relative aux usages et aux publics est un parcours logique, qui en matière d'addictologie, a déjà connu de grands tournants avec l'introduction de la réduction des risques et de la substitution. Aujourd'hui, l'offre de soins spécifiques aux femmes toxicodépendantes figure comme un autre de ces changements majeurs et les interrogations soulevées rappellent les tâtonnements à l'avènement du bas-seuil.

Le temps s'avère plus que jamais un atout pour la consolidation des partenariats et l'affinage des pratiques et savoir-faire. Il est également nécessaire au travail thérapeutique qui requiert une certaine continuité de prise en charge face à un public souvent inscrit dans la discontinuité, les ruptures, la violence, les « hachures ».

On a l'impression qu'elle est gentille l'éducatrice, ça fait trois heures qu'elle tricote avec la nana, sauf que la nana est psychotique et que pour rester trois heures assise et réussir à discuter avec elle il a fallu six mois pour y arriver. C'est quelque chose qui est difficile à faire ressortir dans les enquêtes. (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Travailler à l'intégration des hommes et pères dans les réponses développées

A l'instar de la population générale, la proportion des pères toxicodépendants en charge de leurs enfants, voire seuls en charge, tend à croître, bien que minoritaire. Ces hommes sont confrontés aux mêmes problématiques que tous parents isolés avec cette complication additionnelle qu'ils constituent un public peu habituel, dont les besoins en tant que parents sont moins bien identifiés et pris en compte que pour les mères toxicodépendantes.

Certaines structures s'emploient d'ores et déjà à orienter leur approche davantage vers la parentalité au sens large (plutôt que le seul sujet de la maternité), afin d'intégrer aussi la question de ces pères.

La problématique de ces pères toxicodépendants a été évoquée dans le cadre de cette étude sans toutefois avoir été approfondie.

QUESTIONNEMENTS SUR LA PRATIQUE

Au-delà des préoccupations exprimées quant au renforcement de l'accueil spécifique, d'autres questions de fond traversent le débat sur l'avenir de ces mesures. Ces interrogations sont d'ordre épistémologique, une partie des professionnels partageant le sentiment de créer une nouvelle clinique.

Quelle responsabilité vis-à-vis de l'enfant ?

La place accordée à ces enfants dans le processus de prise en charge des mères et l'accompagnement offerts proprement à ces enfants sont probablement les sujets qui soulèvent aujourd'hui le plus d'interrogations sur l'accueil féminin pour ces intervenants en toxicomanie. Au-delà d'un problème pratique, l'accueil des enfants soulève des questions de fond :

Un CSAPA est-il un lieu où accueillir des enfants de manière instituée ?

« Le centre rencontre des enfants en grande souffrance qui ont un grand besoin de consultation. Il n'y a pas toujours dans les CSAPA une psychologue dédiée à un travail avec les enfants. (...) En plus, il s'agit un centre pour adulte pas pour enfant ce qui pose une problématique supplémentaire. » (Centre Horizons)

Quelle place accorder à l'enfant accompagnant sa mère dans les CSAPA/CAARUD ? S'agit-il de l'accueillir ou simplement de le recevoir ?

Et puis même si on prend la position de dire : OK, cette maman va pouvoir aller boire son café pendant vingt minutes, tant mieux pour elle ; qu'est-ce qu'on offre à l'enfant pendant ce temps-là ? Être sur nos genoux pendant qu'on fait un travail à l'informatique ? Qu'est-ce qu'on pense de lui ? Comment on le considère ? Comme un paquet de plus ? (Centre Horizons)

Questions d'autant plus prégnantes que les équipes sont souvent témoins de situations inquiétantes.

Comment travailler avec les enfants paraissant en grande souffrance, alors même qu'intervenir dans l'intérêt de l'enfant peut fragiliser le contrat social et thérapeutique passé avec la mère ?

Quel est le rôle de la structure face aux situations de souffrance de l'enfant ?

La posture face à l'enfant se révèle un sujet clivant au sein des structures d'accueil, voire entre les équipes et leurs partenaires extérieurs. Afin que les équipes ne sortent pas meurtries et divisées de ces situations éprouvantes, il est important que les équipes clarifient au préalable le cadre de travail à l'égard des enfants et désignent en leur sein des membres qui défendent l'intérêt de l'enfant (Centre Horizons).

Quels sont l'implication et l'engagement des accueillants vis-à-vis de l'enfant ?

Sa présence met l'institution en position de « témoin » d'éventuels dysfonctionnements, y compris la non scolarisation ou déscolarisation des enfants. D'où des questions liées à la responsabilité de l'intervenant quant à la protection de l'enfant qui rentre en conflit avec la loyauté due au patient qui, le plus souvent dans un CSAPA, est portée à l'adulte.

« C'est problématique parce que qu'est-ce que vous faites avec les enfants qui sont censés être scolarisés ? On est toujours dans des situations où, si l'on veut que les femmes viennent, il ne faut pas que l'on remette en cause leur droit de parents et, en même temps, on ne peut pas non plus faire comme s'il n'y avait pas de problème. On est en difficulté pour trouver le juste milieu. C'est compliqué avec les enfants. » (CSAPA de l'AIDeA11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« Nous, on a choisi de ne pas utiliser le mercredi pour ne pas faire un « appel » ou que ce soit un lieu halte-garderie, on a imaginé ça. Mais, oui, on a des enfants de plus de six ans qui viennent le mardi matin, ce qui est interpelant. » (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

« On l'avait mis le mercredi matin et les femmes nous ont renvoyé que cela ne les intéressait pas le mercredi matin, en tout cas celles du CAARUD, moins celles du CSAPA, parce que c'est le jour du marché

où elles vont faire la manche avec le gamin parce que ça rapporte plus d'argent. Donc elles nous ont demandé de changer le jour. » (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Comment renforcer le lien entre CSAPA et CAARUD ?

Comment renforcer les passerelles entre les CSAPA, axés sur le projet thérapeutique, et les CAARUD qui sont au plus près de ce que vivent les gens dans leurs consommations quotidiennes ? Le rapprochement entre ces types de services serait souhaitable, les seconds constituant un observatoire privilégié des tendances de consommations chez les usagers. Les structures de bas seuil déplorent la défiance, encore répandue, à leur égard, y compris parmi les professionnels de l'addictologie. Défiance qui cristallise l'univocité des orientations du bas seuil vers le soin, alors qu'il n'est pas rare que les parcours thérapeutiques (TSO) soient ponctués de rechutes, au regard desquelles une orientation momentanée vers les structures de réduction des risques pourrait être bénéfique. Or, aujourd'hui, si un patient sous TSO a une consommation de drogue(s) en parallèle, les thérapeutes tendent davantage à remettre en cause son traitement qu'à accepter, dans une démarche de réduction de risques, qu'il recoure, à un moment donné de son parcours, à des produits « qu'il n'a pas envie de lâcher ».

« Comme je le disais, c'est peut-être une question de culture. Sans porter de jugement, j'ai l'impression que le CSAPA est très dans le soin, avec des contrôles urinaires, dans la non-acceptation que l'utilisateur à un moment de son parcours puisse rechuter ou continuer à consommer certains produits, que même s'il est sous traitement de substitution il y a d'autres produits qu'il n'a pas envie de lâcher, etc. J'ai l'impression qu'il y a une incompréhension des personnels de CSAPA sur cette question qui « empêche » le lien avec un CAARUD. Ou si la personne est contrôlée positive, on va très rapidement mettre fin à son traitement et ce sera : « soit tu vas au CAARUD parce que tu es dans une phase de consommation, soit tu vas au CSAPA et tu es décidé à te faire soigner ». Je caricature mais c'est un peu ça, quand même ». (CAARUD ASCODE, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Certains concèdent que ces clivages entre acteurs de l'addictologie puissent être utiles à certains moments, mais conviennent qu'il y aurait fort à gagner à mieux se (re)connaître et à travailler plus en confiance. Et de renchérir sur le nécessaire travail sur les représentations, sur la communication, lorsqu'on vient à conclure que « on ne connaît pas assez bien notre propre histoire depuis les années 1970 jusqu'à nos jours ».

Comment aborder la question de la coordination ?

Les structures mettant en œuvre un accueil spécifique pour les femmes toxicodépendantes sont amenées à se placer comme médiateur entre les partenaires du champ sociosanitaire, que la coordination soit formellement au rang de leur mission (s'agissant des équipes mobiles mère-enfants) ou non.

Le DAPSA (dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires), implanté en région parisienne, met en exergue cependant les réserves que peut susciter l'annonce d'une mission de coordination, du fait d'une perception erronée de l'intentionnalité. Sans argumentation préalable, le terme de « coordination » peut suggérer qu'il y ait une volonté d'articuler les réponses de tous les acteurs en jeu au travers d'une entité unique, un « coordinateur ». Dans le cas des services d'accueil féminin dont il est question ici, cette interprétation est erronée mais s'impose de prime abord aux partenaires extérieurs. Or elle soulève une question de légitimité, non seulement sous le rapport de la représentativité des structures, mais aussi au regard des instances intervenant de jure sur le plan de la coordination (Juge des enfants, l'Aide sociale à l'enfance, etc.). La clarification des périmètres est donc primordiale.

Le statut des structures travaillant à la coordination peut s'avérer déterminant. Le cas du DAPSA illustre le propos, son extériorité étant un facteur central de sa légitimité :

- réseau de santé, le DAPSA n'est pas une structure de soins (et n'est donc pas tenue par un contrat moral envers le patient dépendant) et n'est pas rattaché, ni perçu comme rattaché, à un secteur en particulier ;
- la personne qui travaille à la « coordination » ou la « concertation » avec les différents partenaires présents auprès d'une famille ne connaît pas la famille et n'a aucun lien avec elle ;
- cette personne est entièrement dédiée à l'écoute des partenaires et de leurs différents points de vue.

Cette distanciation cautionne l'intervention du DAPSA, ce qui ne signifie pas pour autant que la tâche soit aisée.

Points divers

Comment proposer des ateliers, des activités, sans se substituer à ce qui existe ailleurs, en maternité, dans les centres sociaux etc. ? Comment élargir le panel de l'accompagnement sans basculer vers un autre métier (CAARUD Oxygène, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD) ? Qui sont ces professionnels des soins spécialisés qui s'emparent conjointement de problématiques externes aux addictions, telle que la parentalité (Centre Horizons) ?

Lorsqu'on fait appel à des partenaires hors du CSAPA/CAARUD, comment gérer l'anonymat et la gratuité de la prise en charge consubstantiels des soins en addictologie ?

Face à ces femmes qui, pour beaucoup, ont développé un rapport conflictuel ou de soumission vis-à-vis du genre masculin, les accueillants devraient-ils être exclusivement des femmes ? Ou est-ce qu'une équipe mixte est plus à même d'accompagner un travail sur la relation et les représentations quant au sexe opposé ? (CSAPA Liberté, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

Faut-il assumer parfois la garde ponctuelle de l'enfant afin d'accorder à la mère une parenthèse permettant de travailler avec elle de façon plus apaisée ? Ou bien faut-il signifier à la mère, au titre de l'aide à la parentalité, que c'est à elle de s'occuper de son enfant et d'intégrer ses besoins, sa temporalité, ses attentes ? (CSAPA de l'AIDea11, Accueil spécifique en CSAPA ambulatoire ou CAARUD)

L'organisation des visites à domicile permet-elle d'abaisser certains freins au recrutement des femmes enceintes ou des jeunes mères ?

IV - CONCLUSION

Lorsque les porteurs de projets relatent des tâtonnements dans la mise en œuvre de ces accueils ou dans la communication avec les partenaires extérieurs, lorsqu'ils évoquent les questions déontologiques, voire éthiques, parfois soulevées, eux-mêmes font volontiers le parallèle avec les premiers temps des dispositifs de réduction des risques.

Globalement, les mesures d'accueil de parents toxicodépendants n'ont pas trouvé pleinement leur assise, de nombreuses structures porteuses ayant signalé des difficultés structurelles (réorganisations internes, personnel non remplacé), des retards dans la formalisation des partenariats et des problèmes d'adhésion des partenaires ciblés.

L'accueil féminin s'appuie sur un partenariat relativement étendu dans la mesure où les femmes reçues témoignent de situations très dégradées sur de multiples plans. Néanmoins, le maintien de ces partenariats requiert un important travail de sensibilisation, à l'initiation des projets et au fil du temps, afin de surmonter les freins idéologiques, les méconnaissances et les incompréhensions, mais aussi, de façon plus triviale, le turn-over important des équipes.

Les femmes reçues témoignent pour la plupart d'une grande précarité sociale, familiale et psychologique. Malgré les améliorations notées dans le cadre de cet accueil spécifique (ouverture de droits, etc.), ces femmes se situent loin d'une insertion professionnelle telle qu'escomptée par les cahiers des charges initialement dressés. Ces conditions dictent la mise en œuvre préalable d'actions portées vers la resocialisation, l'estime de soi, le relationnel de groupes, la réinscription dans la temporalité sociale, etc. Elles requièrent concomitamment l'inscription de ce type de prise en charge dans le temps.

Les femmes enceintes sont relativement isolées face à leur problème de dépendance, du fait de l'incompréhension de leur entourage ou des professionnels de santé. Pour autant, elles demeurent minoritaires dans les dispositifs d'accueil féminin, à l'exception peut-être de ceux implantés en milieu hospitalier qui nourrissent une relation plus construite avec les équipes de maternité. Cela a pu être constaté indépendamment du fait que les secteurs de la périnatalité et de la petite enfance soient associés au projet. La méconnaissance ou le manque d'adhésion semblent des éléments explicatifs de la part relativement faible des femmes enceintes sur certains sites. Néanmoins, ils ne sont pas les seules variables de l'équation. Sont aussi invoquées :

- la réticence des femmes enceintes, car elles sont davantage dans l'introspection et la relation polarisée vers l'enfant à naître qu'attirées par le travail en collectif (ateliers, groupes de parole...) ;
- leur crainte de voir leur enfant placé du fait de leur dépendance, crainte plus ou moins partagée par l'ensemble des mères toxicodépendantes.

Aussi, certaines structures se sont beaucoup investies dans la sensibilisation auprès des partenaires extérieurs, souvent de façon fructueuse, ces derniers reconnaissant alors la spécialité et l'utilité du dispositif expérimental. L'ancrage sur le terrain et la délimitation claire de leurs champs d'intervention forgent la légitimité des structures d'accueil féminin dans la mission de coordination qui est leur dévolue ou dans le travail de médiation qui s'impose à elles. La coordination est au cœur des objectifs des équipes mobiles de prise en charge mère-enfant. Il ressort clairement des témoignages que l'implantation de tels dispositifs s'inscrit nécessairement dans le temps, compte-tenu de la sensibilisation et du travail sur les représentations qu'il est crucial d'opérer tant chez les professionnels, que chez les femmes toxicodépendantes ou encore leur entourage. Les professionnels ayant participé au recueil d'information dans le cadre de cette étude font état de plusieurs catégories de difficultés, de besoins et de leviers potentiels pour le renforcement de l'accueil par sexe en France. D'autres questions de fond traversent le débat sur le devenir de ces types de mesures. Ces points ne sont rappelés que très synthétiquement ci-dessous, aussi le lecteur est-il invité à se reporter aux sections du rapport qui en fournissent le détail.

Tableau 5 - Récapitulatif des freins, moteurs et besoins identifiés quant à l'accueil spécifique

Freins au développement de l'accueil genré
Stigmatisation des structures d'addictologie Comportement d'évitement lors de la grossesse Méconnaissance de la question grossesse-toxicomanie Repérage tardif des femmes dans le besoin Priorité faite au soin, accentuée par la méconnaissance de la réduction des risques
Éléments moteurs
Coordination des acteurs sociosanitaires Transparence et communication (travail sur les représentations) Formation sur la question grossesse-toxicomanie Mobilité et réactivité Soutien de la part des conjoints des usagères de drogues Cooptation et bouche-à-oreille entre usagères
Besoins identifiés dans une perspective de développement
Continuité de la sensibilisation des publics et des partenaires professionnels - « Dé-stigmatiser » aux yeux des usagères et des professionnels du champ sociosanitaire - Créer des supports d'information adaptés aux femmes - Surmonter les barrières linguistiques Renforcement du transfert de connaissances et de compétences entre professionnels - Développer la formation et un réseau d'échange, en élargissant si possible à d'autres terrains de vulnérabilité (dépendances mais aussi violences intrafamiliales ou conjugales, prostitution, clandestinité, ...) - Mieux connaître l'étiologie de la toxicomanie féminine Adaptation des pratiques professionnelles et des organisations - Améliorer le repérage précoce et la capacité d'accueil en milieu hospitalier - Améliorer la capacité d'accueil des enfants - Développer des alternatives au placement des enfants tel qu'il existe, vers une offre plus souple, plus réactive et des placements ponctuels, pour parer à des situations de crises - Inscrire les expériences d'accueil féminin dans le temps - Réintégrer les hommes et pères dans les réponses développées
Questionnements sur la pratique
Quelle responsabilité vis-à-vis de l'enfant ? Comment renforcer le lien entre CSAPA et CAARUD ? Comment aborder la question de la coordination ?

Incontestablement, le maintien des ressources est au cœur des préoccupations. Le rôle à tenir à l'égard des enfants « accompagnants » interroge grandement les accueillants et peut être source de grandes tensions et de dissension au sein des équipes. Les enfants d'usagers sont évoqués par la littérature scientifique comme un public à risque, mais leur parcours demeure. Ils ne font pas l'objet à ce jour de suivi épidémiologique particulier. Les équipes d'addictologie les plus anciennement investies dans la problématique mère-enfant viennent à s'interroger désormais sur les trajectoires, les situations toxicologiques, sociales, sanitaires, éducatives/professionnelles, des enfants devenus adolescents qui ont fréquenté les structures souvent depuis leur plus jeunes âges. Quel est le devenir de ces jeunes identifiés comme particulièrement vulnérables ? L'épidémiologie des femmes toxicodépendantes mêmes est au demeurant relativement peu documentée.

V - BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil de l'Union européenne, *Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012)*. 2004.
2. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. 2008, MILDT : Paris. p. 110.
3. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. 2013, MILDT : Paris. p. 121.
4. Bettendorf, C., *Femmes et addictions*. 2012, Fédération addiction : Paris. p. 6.
5. Escots, S. and G. Suderie, *Revue de la littérature : femmes et addictions*. 2013: Institut d'anthropologie clinique.
6. OFSP, *Au féminin s'il vous plaît ! La pratique*. 2005, Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP).
7. Gomel, L.K., *A focus on women*. 1997, Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization.
8. EMCDDA, *Women's voices - experiences and perceptions of women facing drug problems*, ed. T. paper. 2009, Lisbon: EMCDDA.

VI - ANNEXES

ANNEXE I- LISTES DES STRUCTURES PORTEUSES PAR TYPE DE MESURE EXPÉRIMENTALE D'ACCUEIL FÉMININ

Consultation avancée CSAPA au sein des CHRS recevant des femmes avec enfants

CSAPA ALT et ITHAQUE	STRASBOURG	Alsace
CSAPA Mas St Gilles SOS DI	NIMES	Languedoc Roussillon
CSAPA UFATT (CHU Nancy)	NANCY	Lorraine
CSAPA Centr'aide	SAINT-MIHIEL	Lorraine
AMPTA CSAPA Nationale	MARSEILLE	Provence-Alpes-Côte d'Azur
CSAPA Soléa	BESANCON	Franche Comté

Accueil de femmes avec enfants en CSAPA avec hébergement collectif

Association Suerte	SAINT ANDRE SEIGNANX	Aquitaine
Association Aurore	GAGNY	Île-de-France

Accueil spécifique pour les femmes en CSAPA ambulatoire et CAARUD

CAARUD La Case	BORDEAUX	Aquitaine
AIDES-Le Scud	PAU	Aquitaine
ANPAA 14	CAEN	Basse-Normandie
CAET Bourges	BOURGES	Centre
APS Contact	PROVINS	Haute-Normandie
CAARUD ADISSA	EVREUX	Haute-Normandie
Association La Passerelle	ELBEUF	Haute-Normandie
ANPAA 75	PARIS	Île-de-France
CSAPA clinique Liberté	BAGNEUX	Île-de-France
CSAPA Littoral	VILLENEUVE-ST-GEORGES	Île-de-France
APSA 30-CAARUD Logos	NIMES	Languedoc Roussillon
CSAPA de l'AIDe11	CARCASSONNE, NARBONNE	Languedoc Roussillon
CSAPA UTDD	MONTPELLIER	Languedoc Roussillon
CAARUD ASCODE	PERPIGNAN	Languedoc Roussillon
CAARUD Avsea	EPINAL	Lorraine
CAARUD Échange	NANCY	Lorraine
ANPAA 81 et Tarn Espoir	CASTRES	Midi Pyrénées
CAARUD Oxygène	FACHES-THUMESNIL	Nord-Pas-de-Calais
AMPTA CSAPA Nationale	MARSEILLE	Provence-Alpes-Côte d'Azur
CAARUD le Tipi	MARSEILLE	Provence-Alpes-Côte d'Azur
ANPAA 84	AVIGNON	Provence-Alpes-Côte d'Azur
ANPAA 16	ANGOULEME	Poitou-Charentes
CAARUD AIDES	ANGOULEME	Poitou-Charentes
CSAPA La Métairie et ANPAA 85	LA ROCHE-SUR-YON	Poitou-Charentes
CAARUD Pause du Diabolo	LYON	Rhône-Alpes

Équipe mobile de prise en charge mère-enfant en CSAPA

CH Perrens	BORDEAUX	Aquitaine
CSAPA Boucebci (CH Avicenne)	BOBIGNY	Île-de-France
AMPTA Le fil rouge	MARSEILLE	Provence-Alpes-Côte d'Azur

ANNEXE 2 - SIGLES

Sigle, acronymes	Signification
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAMSP	Centre d'action médicosociale précoce
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAPSA	Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires
DGS	Direction générale de la santé
EJE	Educateur de jeunes enfants
ETP	Équivalent temps plein
GEGA	Groupe d'étude grossesse et addiction
IDE	Infirmier(ière) diplômé(e) d'État
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
ONDAM	Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PMI	Protection maternelle et infantile
REAPP	Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents
SMPR	Service médico-psychologique régional hospitalier
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires

REMERCIEMENTS

Aux représentants des CSAPA et CAARUD porteurs des mesures expérimentales qui ont apporté leur témoignage dans le cadre de cette étude :

Florence OYER et Gregory LANGE (ADISSA - CAARUD 27) ; Odile Lecocq et Françoise KAUFFMANN et Monique BOUNAB (AIDeA11 - CSAPA et CAARUD) ; Karine MONSEGU-MOULIE (AIDES BEARN) ; Gaël GOURMELEN (Aides Vendée) ; Isabelle VALERY et Maud MONCET (ANPAA 81 et Association TARN ESPOIR) ; Mireille CARPENTIER et Aurélie LETOURNEUR (ANPAA14) ; Odile VITTE (APS Contact) ; Danielle DHEUR et Sonia PASQUIER (Association ASCODE) ; Danièle BADER-LEDIT et Gauthier WAECKERLE (Association ITHAQUE) ; Rébecca RATEL (Association La CASE) ; David SAINT-VINCENT et Rahima KACI (Association La Passerelle) ; Christine HAYDONT (Association le Mas Pause Diabolo) ; Jean Rolando, Pierre LAVIGNASSE (Association Suerte-CSAPA Broquedis) ; et Stéphanie DESTANDAU) ; Philippe HAFFNER et Gregory GEORGEL (CAARUD La Croisée/AVSEA) ; Aline FEUCHER (CAARUD LE TIPI) ; Nadia CERISE et Véra FON SING (CAARUD L'ECHANGE) ; Véronique DELAFORGE et Jonathan WILDENBERG (CAARUD LOGOS) ; Karine GROISIL (CAET) ; Brigitte REILLER (CEID CAARUD Planterose) ; Méline FATSEAS (CH Perrens) ; Frédérique CLAUSSE et Élisabeth GUZZO (CH Sainte-Anne Saint-Mihiel) ; Benoît TRYOEN et Delphine DEBEER (CIPD Point Accueil Oxygène) ; Anita HERCEND et Justine GUILLERAULT (CSAPA ANPAA 75 - Centre Nation) ; Danielle CASANOVA (CSAPA ANPAA Avignon) ; Aymeric REYRE, Katherine LEVY, Julien GUILLAUME et Raphaël JEANNIN (CSAPA Boucebci - Unité Parentalités et Addictions, CH Avicenne) ; Agathe BOUILLET (CSAPA Clémenceau -Unité mère/ enfant) ; Marie-Line RAYNAL (CSAPA Liberté) ; Beatrice COSSART et Jean-Claude MARYSIK (CSAPA Littoral-Verlaine) ; Hervé NUEL et Nicolas SPIEGEL (CSAPA Mas Saint-Gilles les Capitelles) ; Olivier THOMAS, Faten NAJJAR et Laura PAHOR (CSAPA Nationale-AMPTA et Le Fil Rouge - AMPTA) ; Philippe VOILLEQUIN et Dominique MORITZ (CSAPA Solea) ; Sarah VIENNET et Claudine GILLET (CSAPA UFATT - CHU Nancy) ; Dalila BENSALAH et Yves LEGLISE (CSAPA UTDD - CHRU Montpellier).

A ceux parmi ces professionnels qui ont aussi participé aux focus groups organisés en novembre et décembre 2012 :

Odile Lecocq (AIDeA11 – CSAPA et CAARUD) ; Sonia PASQUIER (Association ASCODE) ; Danièle BADER-LEDIT (Association ITHAQUE) ; Pierre LAVIGNASSE (Association Suerte-CSAPA Broquedis) ; Nadia CERISE (CAARUD L'ECHANGE) ; Méline FATSEAS (CH Perrens) ; Delphine DEBEER (CIPD Point Accueil Oxygène) ; Raphaël JEANNIN (CSAPA Boucebci - Unité Parentalités et Addictions, CH Avicenne) ; Agathe BOUILLET (CSAPA Clémenceau -Unité mère/ enfant) ; Marie-Line RAYNAL (CSAPA Liberté) ; Hervé NUEL et Nicolas SPIEGEL (CSAPA Mas Saint-Gilles les Capitelles) ; Faten NAJJAR et Laura PAHOR (CSAPA Nationale-AMPTA et Le Fil Rouge - AMPTA) ; Dominique MORITZ (CSAPA Solea) ; Sarah VIENNET (CSAPA UFATT - CHU Nancy) ; Dalila BENSALAH (CSAPA UTDD - CHRU Montpellier).

Ainsi que Pamela AVRIL-REGNARD et Brigitte DALLET (Centre Horizons), Marijo TABOADA (DAPSA), et Cécile BETTENDORF (Fédération Addiction) qui ont partagé leur expérience dans le cadre des focus groups.

Crédits photographiques

© Paolese (fotolia.com)

© Gordan Jankulov (fotolia.com)