



Institut d'anthropologie clinique

29 chemin des Côtes de Pech David 31400 Toulouse

Tél-Fax 05 62 17 20 86 – iac@i-ac.fr – www.i-ac.fr

REVUE DE LA LITTÉRATURE : FEMMES ET ADDICTIONS

JANVIER 2013

Auteurs

Serge ESCOTS, anthropologue,
psychothérapeute familial et Directeur de
l'IAC

Guillaume SUDERIE, anthropologue,
coordinateur du programme TREND à
Toulouse pour l'OFDT



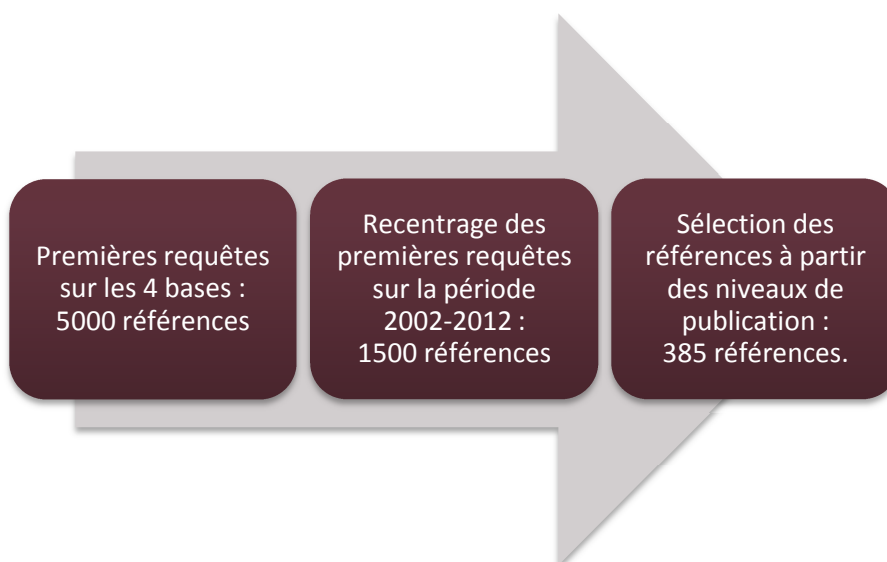
1	Introduction et méthodologie	3
2	Etre une femme, est-ce une spécificité face aux psychotropes ?	4
3	Usages, comportements et spécificité féminine	8
3.1	Les différences physiologiques	8
3.2	Les différences en termes de santé mentale et de comorbidités psychiatriques....	9
3.3	Les différences selon les conditions de vie.....	10
4	Existe-t-il une spécificité de genre en matière de traitements ?.....	10
5	Interventions focalisées sur des facteurs de vulnérabilité ou des ressources spécifiques..	15
5.1	Obstacles et stratégies d'accès aux soins	16
5.2	Interventions auprès des réseaux familiaux et sociaux	16
5.3	Périnatalité, parentalité, protection de l'enfance et addictions : quelles articulations ?.....	17
5.4	Dispositif d'intervention et accompagnement des comorbidités psychiatriques ..	22
5.4.1	Troubles de stress post-traumatique (PTSD)	22
5.4.2	Troubles dépressifs et addictions	23
5.4.3	Troubles des conduites alimentaires associés	24
5.5	Interventions et précarités	24
5.6	Interventions auprès de femmes en situation de violence	25
5.7	Contextes judiciaires d'intervention	26
5.8	Autres types d'intervention.....	27
5.9	RDR et Prévention.....	28
6	Traitements spécifiques.....	28
6.1	Pharmacothérapies.....	28
6.2	Psychothérapies	31
6.2.1	Interventions psychothérapeutiques dans le cadre de la périnatalité	33
6.2.2	Thérapie de couple.....	33
6.2.3	Dispositifs de groupe	34
7	Conclusions	35
8	Bibliographie	36

1 Introduction et méthodologie

Dans le cadre du projet « *Femmes et Addictions* », la Fédération Addiction a demandé à l'Institut d'Anthropologie Clinique de réaliser une revue internationale de la littérature sur les pratiques (prise en charge, accompagnement, prévention et réduction des dommages) concernant les femmes qui présentent un usage problématique de substances psychoactives. Porter un intérêt aux pratiques destinées spécifiquement aux femmes suppose de penser qu'il existe une spécificité des femmes face aux substances psychoactives. L'examen de la question de la spécificité dans ses différentes dimensions constituera le préalable qui ouvrira l'examen portant sur les pratiques.

Le corpus établi pour la réalisation de cette revue de la littérature s'articule autour de l'interrogation de quatre de bases de données (PubMed, Jstor, OFDT, BDSP) par différents mots-clés : « *Femme* », « *women* », « *mujer* », « *addiction* », « *adicción* » « *prise en charge* », « *care* », « *atención* », « *traitements* », « *treatment* », « *tratamiento* », « *réduction des risques* », « *risk* », « *reduction* », « *reducción de riesgos* », « *réductions des dommages* », « *reducción de daños* », « *harm reduction* », « *périnatalité* », « *perinatal* », « *parentalité* », « *parenting* », « *parentalidad* », « *grossesse* », « *pregnancy* », « *embarazo* ». La revue se construit sur la période de publication 2002-2012¹.

Nous avons privilégié les méta-analyses et les études épidémiologiques de grande ampleur, les études randomisées, ainsi que des études qualitatives lorsqu'elles apportaient un éclairage nouveau, même si leurs niveaux de preuves étaient moindres. Cette méthode permet d'obtenir une approche pluridisciplinaire associant des données issues des sciences médicales, des sciences humaines et sociales internationales mais aussi de la littérature grise² française. L'objet de ce travail est de multiplier les axes de recherche permettant de mettre en perspective les éléments de la littérature internationale et les réflexions locales sur le thème. Le schéma suivant illustre le processus d'élaboration du corpus.



¹ Le premier tri portait sur 1995-2012. Une vérification a été effectuée sans date pour identifier les premières publications.

² La littérature grise est, selon l'AFNOR, tout « document dactylographié ou imprimé, produit à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion et en marge des dispositifs de contrôle bibliographiques ». Exemples de littérature grise : rapports d'études ou de recherches, actes de congrès, thèses, brevets, etc.

2 Être une femme, est-ce une spécificité face aux psychotropes ?

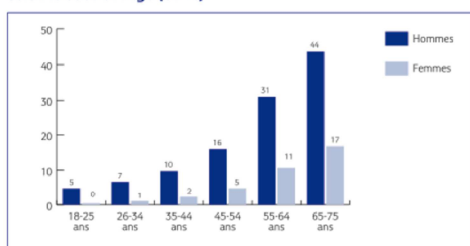
Les usages de drogues sont déterminés par de multiples facteurs. Des déterminants sociaux et culturels, mais aussi biologiques, sont à l'origine des facteurs de vulnérabilité et de protection à l'usage et à la dépendance des individus face aux psychotropes.

En s'intéressant à la question du genre, il apparaît clairement que les données de consommation indiquent une réelle différence en termes de comportements entre hommes et femmes. Pour autant, les approches prenant en compte le genre se révèlent limitées en France par rapport aux pays anglo-saxons, à la Suisse ou au Canada (BECK et al., 2008). De manière systématique, toutes les enquêtes indiquent une prévalence de consommation plus importante chez les hommes que chez les femmes, tous psychotropes confondus.

Nous excluons ici la question des médicaments psychotropes qui mériterait une étude à elle seule. Sur ce point, BECK (BECK et al., 2010) indique que la consommation de médicaments psychotropes constitue une catégorie à part compte tenu de leur usage majoritairement médicalisé, soulignant que cet usage est majoritairement féminin et varie avec le niveau d'instruction scolaire, le statut et la catégorie d'emploi. Le niveau d'étude modifie faiblement à la baisse la prise de psychotropes, le chômage l'augmente nettement. Ces mêmes auteurs rappellent que la surconsommation féminine de médicaments psychotropes n'est pas une spécificité française. Des études suggèrent qu'elle est fortement induite par une approche sexuée des problèmes de santé. Entre hommes et femmes, les troubles et les diagnostics diffèrent en effet fortement. Des représentations sexuellement différenciées peuvent aussi expliquer cet écart : les médecins ont plus volontiers tendance à diagnostiquer chez les femmes une origine psychologique à certains désordres physiques, de même que les femmes investissent plus aisément le rôle de patient, là où les hommes tenteraient volontiers de nier une souffrance psychologique ou de la gérer différemment, souvent en ayant recours à d'autres substances.

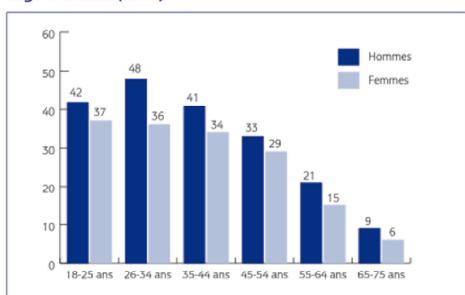
À titre d'exemple et pour illustrer la récurrence de la surdétermination des usages chez les hommes, nous présenterons ici la dernière enquête en population générale adulte menée en France qui illustre ce constat (BECK et al., 2011a).

Figure 2 - Usage quotidien d'alcool au cours de l'année 2010, selon le sexe et l'âge (en %)



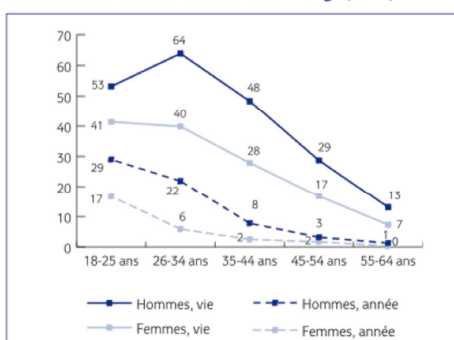
Source : Baromètre santé 2010, INPES

Figure 5 - Proportions de fumeurs quotidiens de tabac, suivant l'âge et le sexe (en %)



Source : Baromètre santé 2010, INPES

Figure 7 - Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année suivant le sexe et l'âge (en %)



Source : Baromètre santé 2010, INPES

Tableau 3 - Usages au cours de l'année de drogues illicites autres que le cannabis suivant l'âge des personnes interrogées parmi les 18-64 ans (en %)

	Ensemble n=21818	18-25 ans n=2899	26-34 ans n=3872	35-44 ans n=5368	45-54 ans n=4637	55-64 ans n=5042	Hommes n=9866	Femmes n=11952
Poppers	0,8	2,9	1,0	0,3	0,4	0,1	1,1	0,5
Cocaine	0,9	2,5	1,8	0,6	0,2	0,0	1,4	0,4
Champ. hall.	0,2	0,9	0,3	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1
Ecstasy/MDMA	0,3	1,1	0,6	0,2	0,0	0,0	0,5	0,2
Colles et solvants	0,4	1,3	0,5	0,2	0,1	0,1	0,6	0,2
LSD	0,2	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Amphétamines	0,2	0,7	0,3	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1
Héroïne	0,2	0,6	0,5	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1

Source : Baromètre santé 2010, INPES

Que ce soit concernant les grands phénomènes à dimension épidémiologique (tabac, alcool, cannabis) ou sur des phénomènes plus restreints (cocaïne, héroïne...), le principe est le même : les hommes déclarent consommer plus de « drogues » que les femmes. La difficulté est alors de déterminer ce qui relève du genre de ce qui relève d'autres dimensions. Notons par exemple que ces différences sont moins marquées à l'adolescence concernant les consommations de tabac qu'elles ne peuvent l'être pour l'usage de drogues illicites tous âges confondus (SPILKA et al., 2012 ; BECK et al., 2011a). En d'autres termes, la ligne de césure entre hommes et femmes est plus complexe qu'il n'y paraît. Selon le statut social, selon le produit consommé, selon l'âge, les hommes et les femmes peuvent avoir des comportements de consommation très proches ou très différenciés.

En France, à l'exception de quelques publications, l'analyse des différences selon le genre ne fut pas la préoccupation principale des chercheurs (SIMMAT-DURAND, 2009). Il faut attendre les années 2000 pour que des analyses soient menées sur cette question. C'est durant cette période que des publications spécifiques à partir des bases de données épidémiologiques concernant les adolescents et les adultes ont permis d'aller au-delà du simple constat de spécificité de prévalence (BECK et al., 2008 ; LEGLEYE et al., 2008 ; LEGLEYE et al., 2009 ; LEGLEYE et al., 2011).

L'ensemble de ces travaux considère que les écarts entre hommes et femmes du point de vue des consommations de produits psychoactifs varient suivant le milieu social considéré. En d'autres termes, au sein des ouvriers ou des cadres, les disparités de consommation selon le genre ne sont pas les mêmes, même si elles perdurent. De même, ces travaux indiquent que les niveaux de diplôme, plus que les « pouvoirs d'achat », impactent les différences hommes/femmes.

Pour observer ces écarts, LEGLEYE (LEGLEYE et al., 2011) insiste sur le fait qu'il est nécessaire de comparer les consommations des hommes à celles des femmes, dans des analyses multivariées toutes choses égales par ailleurs. Cet auteur prend l'exemple des modalités de consommation d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes actuels pour faire état de la complexité des différences de genre, qui ne peut se comprendre que dans l'analyse des modes de socialisation de la jeunesse contemporaine. La question de la consommation de tabac est aussi très intéressante à étudier autour de la problématique de genre. LEGLEYE (LEGLEYE et al., 2011) souligne l'importance de la consommation féminine dans différents pays et son lien très fort avec l'égalité des sexes. Il cite ici les travaux de 1999 de GRAHAM et DER et ceux, plus récents, de HITCHMAN et FONG en 2011 (GRAHAM et DER, 1999 ; GRAHAM et DER, 1999 ; HITCHMAN et FONG, 2011).

Bien que l'analyse de BECK, CHAKER et LEGLEYE de 2005 repose sur des données datant de 2002, ce travail apparaît très important à souligner, car il va au-delà de la simple description des comportements (BECK et al., 2005). Ces auteurs indiquent que, dissemblables par leurs usages de produits psychoactifs, hommes et femmes se distinguent également par leurs opinions sur ces produits, leurs dangers ou les politiques publiques qui les concernent. En 2002, à la question « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », seuls 3,7 % des personnes de 15-75 ans interrogées disent ne connaître aucun produit. Les hommes citent en moyenne significativement plus de produits que les femmes (4,2 contre 3,5, $p < 0,001$), ce qui tend à montrer une meilleure connaissance ou un plus grand intérêt pour le sujet. Les femmes semblent toutefois plus sensibles que les hommes à la dangerosité estimée des produits. En matière de produits illicites, le cannabis est emblématique. Ainsi, 58 % des femmes pensent que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye, contre 43 % des hommes, alors qu'à l'inverse, 37 % de ceux-ci pensent qu'il est dangereux seulement quand on en fume tous les jours, contre 29 % des femmes. De même, les femmes sont également plus nombreuses à déclarer être d'accord avec l'idée selon laquelle fumer du cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux (75 % vs 64 %). Pour elles, assez logiquement, l'interdiction de fumer du cannabis est donc moins souvent une atteinte à la

liberté individuelle que pour les hommes (34 % vs 28 %), et elles sont moins souvent favorables à la possibilité d'autoriser la consommation de cannabis sous certaines conditions. Pour toutes ces opinions, des résultats similaires sont observables pour l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne, bien que les différences soient plus faibles. En revanche, les opinions concernant la dangerosité de l'alcool et du tabac sont nettement plus partagées, hommes et femmes proposant par exemple des seuils quotidiens en nombre de verres pour l'alcool ou en nombre de cigarettes qui sont très proches (respectivement 3 verres et 10 cigarettes par jour). Sans doute les campagnes de santé publique ont-elles porté leurs fruits sur ces produits, mais leur diffusion plus grande y contribue probablement aussi pour une grande part. Si les opinions concernant les produits apparaissent nettement sexuées, il faut nuancer ce jugement suivant d'autres paramètres. Tout d'abord les produits considérés : les jugements des deux sexes sont très proches pour les produits réputés les plus dangereux, tels que l'héroïne, et convergent lorsque l'on observe des personnes ayant la même proximité avec le produit (qu'elles soient usagères ou aient déjà essayé, ou bien seulement qu'elles aient connaissance d'usagers). Mais globalement, si les femmes apparaissent plus enclines à les juger plus durement, c'est notamment parce qu'elles sont nettement moins nombreuses que les hommes à en consommer. Enfin, ces auteurs notent que le milieu social d'appartenance joue également un grand rôle, l'élévation de la catégorie sociale de la personne de référence du ménage rapprochant les opinions des deux sexes au même titre que l'usage.

À ce stade, il apparaît important de s'intéresser aux différences de comportements sexués selon les psychotropes. Une approche par produit, insatisfaisante pour décrire la réalité des polyconsommations, permet toutefois d'identifier la permanence des différences hommes/femmes malgré leurs complexités.

Concernant le **tabac**, BECK (BECK et al., 2011b) souligne la hausse récente des consommations de tabac chez les femmes, et plus particulièrement au-delà de 40 ans. Cet auteur rappelle que cette hausse est en lien avec une réalité générationnelle particulière. L'histoire du tabagisme féminin est décalée de vingt ans par rapport au tabagisme masculin. La génération née entre 1945 et 1965, celle de l'émancipation féminine est aussi celle qui a fait entrer les femmes françaises dans le tabagisme. Jusqu'alors stigmatisé pour les femmes, fumer des cigarettes devient à cette période la norme sociale. Ces femmes s'inscrivent donc aujourd'hui dans des consommations de tabac que d'autres générations avant elles n'ont pas connues. Une étude australienne (MORLEY et HALL, 2008) indique cette même tendance à la disparition entre les sexes de différences de comportement avec le tabac. Dans une autre étude, BECK (BECK et al., 2010) souligne que le tabagisme quotidien est plus fréquent dans les milieux populaires ou défavorisés. Il est plus courant parmi les ouvriers que dans les autres catégories d'emploi. Toutefois, la catégorie sociale module différemment la consommation de tabac des hommes et des femmes : si les hommes de toutes les catégories sociales déclarent des consommations inférieures à celles des ouvriers, les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise consomment autant que les ouvrières. Au total, la consommation de tabac des catégories sociales les plus favorisées est donc à la fois faible et unisexe alors que celle des catégories sociales les moins favorisées est plus forte et plus masculine. En d'autres termes, concernant le tabac, plus les populations sont socialement favorisées et moins elles fument. Pour autant, et c'est ce qui nous intéresse, les écarts entre hommes et femmes diminuent. Au-delà de ces analyses, d'autres études identifient les différences de comportement des hommes et des femmes face au tabac (BECK et al., 2005 ; LAMY et THIBAUT, 2010 ; LOWENSTEIN et ROUCH, 2007 ; BECK et al., 2010 ; LEGLEYE et al., 2011 ; BECK et al., 2009 ; LEGLEYE et al., 2008).

Concernant l'**alcool**, une analyse des données épidémiologiques de 35 pays³ (WILSNACK et al., 2009) constate que les différences de genre dans la consommation d'alcool

³ Les données pour ce document viennent des enquêtes de population globale dans 35 pays : Argentine, Australie, Belize, Brésil, Canada, Costa Rica, République Tchèque, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grande-Bretagne, Hongrie,

demeurent universelles et ce, quelles que soient les modalités d'usage de l'alcool (usages, usages réguliers ou ivresse). Les auteurs indiquent que les hommes sont plus concernés par les usages et les usages à problèmes alors que symétriquement, les femmes arrivent plus facilement à s'inscrire dans la modération d'usage ou l'abstinence un peu partout dans le monde. Sans sous-estimer la dimension culturelle, cette étude internationale invite donc à envisager la place de la dimension biologique dans la différence de consommation d'alcool entre hommes et femmes. Au-delà de cette étude, d'autres identifient les différences de comportements des hommes et des femmes face à l'alcool (BECK et al., 2005 ; LAMY et THIBAUT, 2010 ; NADEAU et BERTRAND, 2004 ; LOWENSTEIN et ROUCH, 2007 ; BECK et al., 2010 ; LEGLEYE et al., 2011 ; LEGLEYE et al., 2009 ; BECK et al., 2006 ; BECK et BROSSARD, 2004 ; BECK et al., 2009 ; COUSTEAUX et PAN KEN SHON, 2008 ; BECK et al., 2008 ; LEGLEYE et al., 2008 ; 2008 ; CORMIER, DELL et POOLE, 2004 ; POOLE et DELL, 2005).

En détaillant les dernières études épidémiologiques, c'est le changement des modes de consommation d'alcool chez les moins de 35 ans qui est le phénomène le plus remarquable. Notons que la baisse de l'usage régulier est à mettre en perspective avec un niveau élevé des ivresses répétées (6 % en 2005 contre 9 % en 2010, en France) et plus particulièrement chez les hommes (plus de 20 % chez les hommes de moins de 35 ans). Très documentés jusqu'alors chez les adolescents grâce aux enquêtes ESCAPAD⁴, le Baromètre Santé de 2010 indique que les épisodes d'ivresse au cours de l'année augmentent globalement (de 15 % en 2005 à 19 % en 2010), et ce dans toutes les classes d'âge et quel que soit le genre. Cependant, l'ampleur de la hausse a été plus importante chez les jeunes de 18 à 34 ans, et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, pour qui les niveaux ont le plus nettement augmenté : la consommation ponctuelle des jeunes femmes de quantités importantes est passée de 30 à 42 % entre 2005 et 2010, et l'ivresse au cours de l'année de 20 à 34 %⁵.

Les études en Europe indiquent que de manière générale, les hommes des catégories sociales les moins favorisées déclarent plus d'ivresses que les hommes des classes sociales supérieures.

En France, les travaux de BECK⁶ indiquent que les femmes des positions socioéconomiques élevées tendent à boire plus que les femmes occupant des positions moins favorisées. Les femmes les plus « éduquées » apparaissent également plus souvent concernées que les autres par des consommations régulières. Notons toutefois que l'ivresse reste plus souvent le fait de femmes moins « éduquées ».

Ces deux phénomènes conduisent à une réduction des écarts entre sexes concernant l'alcool dans les milieux les plus favorisés.

De même, une multitude d'études mettent en avant les différences hommes/femmes concernant les consommations de **cannabis** (GRANT et al., 2006 ; BECK et al., 2005 ; LEGLEYE et al., 2008 ; BECK et al., 2008 ; BECK et al., 2009 ; OBRADOVIC, 2010 ; BECK et al., 2010 ; LAMY et THIBAUT, 2010), de **cocaïne** (NAJAVITS et LESTER, 2008 ; LI et al., 2005), (HYMAN et al., 2005 ; QUIÑONES-JENAB, 2006) et d'**héroïne** (GRELLA et LOVINGER, 2011 ; JIMENEZ-TREVIÑO et al., 2011 ; FADARDI et ZIAEE, 2010).

Islande, Inde, Irlande, Île de l'Homme, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Mexique, Pays Bas, Nouvelle Zélande, Nicaragua, Nigéria, Norvège, Pérou, Espagne, Sri Lanka, Suède, Suisse, Ouganda, États-Unis, et Uruguay. Dans un pays (Grande-Bretagne) des parties de deux aperçus ont été employées pour permettre une mesure plus complète des variables potables.

⁴ *Tendances* n° 66, juin 2009, OFDT, Saint-Denis & *Tendances* n° 79, février 2012, OFDT, Saint-Denis.

⁵ *Tendances* n° 76, juin 2011, OFDT, Saint-Denis.

⁶ BECK F., LEGLEYE S., MAILLOCHON F., DE PERETTI G., 2008b. « Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes ». In: Insee France portrait social, Regards sur la parité. p. 65-82.

Ainsi, quels que soient les modes d'analyse, les produits étudiés, les niveaux de problèmes considérés, il apparaît clairement qu'hommes et femmes ne se comportent pas de la même manière face aux substances psychoactives. Dès l'adolescence, des différences s'opèrent via des modes de socialisation masculins et féminins différents. L'usage de substances psychoactives est un usage social et de ce fait ne peut être expurgé des codes sociaux de genre de nos sociétés contemporaines. Nier la spécificité du genre dans la relation des humains avec les substances psychoactives, c'est nier les rapports sociaux de sexes et les représentations qu'ils véhiculent.

3 Usages, comportements et spécificité féminine

Si les usages et le comportement de consommations apparaissent différenciés entre hommes et femmes, est-ce qu'être une femme est un facteur de risque à l'usage, l'usage problématique, la dépendance et/ou la toxicomanie ? Au sein de notre corpus nous pouvons identifier une multitude d'études qui abordent cette question, soit au travers du prisme physiologique, soit selon les rôles sociaux, soit de manière globale.

Différentes publications mettent en lumière un risque accru des femmes à s'inscrire dans des usages problématiques (GREENFIELD et al., 2010), voire que l'usage génère des problèmes plus importants (KAY et al., 2010).

Notre objet ici est de comprendre la spécificité d'être une femme face aux psychotropes. Est-ce un facteur de risque à l'entrée dans l'usage ? Au passage de l'usage à l'usage problématique, la dépendance, voire la toxicomanie ?

3.1 Les différences physiologiques

Les travaux de BECKER (BECKER et al., 2012) partent du postulat que les hommes et les femmes ont des comportements avec les drogues différenciés. Ils étudient la part de la dimension physiologique dans ces différences. Ces travaux proposent d'envisager l'organisation des systèmes neuronaux comme un des facteurs différenciant hommes et femmes en termes d'usages.

Les travaux de FATTORE (FATTORE et al., 2008) concernent l'impact des hormones féminines dans les problématiques de dépendance aux psychotropes. Pour ces auteurs, les facteurs neurobiologiques sont à la base de différences de genre dans la vulnérabilité à la toxicomanie. Ils étudient ici les questions de morphologie et de neurotransmission, pour conclure à la nécessité de spécifier les traitements pour le sevrage. Concernant le cannabis, leurs études indiquent une différence de pharmacocinétique entre les hommes et les femmes (FATTORE et FRATTA, 2010).

L'étude du rôle des œstrogènes concerne aussi le *craving* de cocaïne et d'amphétamines. Les auteurs, là encore, identifieraient une spécificité féminine. En effet, ANKER (ANKER et CARROLL, 2011) indique que les données neurobiologiques suggèrent que les œstrogènes auraient un impact sur la prise de drogues par l'interaction avec les systèmes de récompense. Ces auteurs soulignent que la recherche animale portant sur la cocaïne a déjà démontré que l'administration d'œstrogènes augmente la prise de drogues.

Les travaux de RAVAL sur le tabac (RAVAL, 2011), de MANN concernant l'alcool (MANN et al., 2005) et de RAHMAN sur la cocaïne (RAHMAN et CLARKE, 2005) vont aussi dans le sens d'une spécificité physiologique féminine et ce, quel que soit le psychotrope.

Dans sa revue de la littérature, SIMMAT-DURAND (SIMMAT-DURAND, 2009) cite des travaux qui spécifieraient la situation des femmes selon un volume de liquide corporel plus faible, générant un métabolisme de l'alcool différent (AVILA ESCRIBANO et GONZALEZ PARRA, 2007 ; CORMIER et al., 2004a) mais aussi selon un écart plus faible entre expérimentation et dépendance (ANGLIN et al., 1987 ; WAGNER et ANTHONY, 2007).

3.2 Les différences en termes de santé mentale et de comorbidités psychiatriques

En 2003, une revue systématique de littérature a établi que les femmes qui présentent des usages problématiques d'alcool et d'autres substances psychoactives présentent des niveaux de comorbidités psychiatriques supérieurs aux hommes, en particulier des troubles de l'humeur et des troubles anxio-dépressifs. D'ailleurs, le diagnostic de la dépression est plus souvent primaire chez les femmes, alors que chez les hommes la comorbidité est plus souvent secondaire au diagnostic de toxicomanie (ZILBERMAN, TAVARES, BLUME, et EL-GUEBALY, 2003). D'autres études font état d'une importance accrue de comorbidité psychiatrique chez les femmes usagères de drogues (HARROP et MARLATT, 2010 ; CHANDER et MCCAUL, 2003).

Une analyse des données de l'Étude 2001-2002 Épidémiologique Nationale sur l'alcool et les problèmes associés (N=43093) met en évidence que les femmes qui font un mésusage de médicaments opiacés délivrés sur ordonnance se caractérisent par des fréquences élevées de troubles de l'humeur et de l'anxiété. Si les femmes et les hommes ont des usages problématiques de substances psychoactives similaires, les femmes présentent principalement des troubles dépressifs et des problèmes dans le domaine de la santé mentale (WU et al., 2010).

Les études de GRELLA (GRELLA et al., 2005) et ENGSTORM (ENGSTROM et al., 2012) indiquent une réelle coexistence entre troubles mentaux et abus de substances, particulièrement chez les femmes qui ont subi des violences durant l'enfance. Les études de SORDO (SORDO et al., 2012) et CONNER (CONNER et al., 2008) indiquent une surdétermination de troubles dépressifs chez les usagères de drogues.

Une multitude d'études envisage une surdétermination du syndrome post-traumatique chez les femmes usagères de drogues (PEIRCE et al., 2012 ; HEFFNER et al., 2011 ; LERAY et al., 2011 ; FOX et SINHA, 2009 ; JOHNSON et al., 2010 ; HYMAN et al., 2008 ; PEIRCE et al., 2008 ; VAIVA et al., 2008 ; HYMAN et al., 2005 ; BACK et al., 2005). Des traumatismes durant l'enfance seraient à l'origine des carrières de consommation de ces femmes. Ces profils seraient aussi, et de manière significative, plus importants chez les femmes que chez les hommes.

Les différences entre les hommes et les femmes concernant les problèmes de santé mentale et les traumatismes dans l'enfance et à l'âge adulte indiquent différentes voies possibles pour la dépendance à l'héroïne et des besoins différents dans les modalités de traitements (SHAND et al., 2011).

Aux États-Unis, il existe un manque de recherche concernant l'ampleur des problèmes psychiatriques chez les usagers de drogues d'origine européenne. De plus, il y a besoin d'obtenir plus de données sur les différences de genre concernant les comorbidités dans cette population. Afin d'essayer de répondre à ces constats, une étude s'est fixée pour objectif d'explorer la prévalence des troubles affectifs en se concentrant sur des différences entre les sexes et en utilisant l'ASI (*Addiction Severity Index*) et le SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) pour mesurer les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Dans cette étude, neuf sur dix des usagers traités ont des troubles affectifs. Différences majeures entre les sexes, l'étude observe, pour deux troubles d'anxiété, que les hommes présentent plus fréquemment des troubles obsessionnels et les femmes des troubles post-traumatiques (PTSD). L'étude conclut que le genre, l'origine ethnique et les caractéristiques psychopathologiques des patients devraient être pris en considération dans l'organisation des soins pour les problèmes d'addiction (DE WILDE et al., 2007).

Les comorbidités psychiatriques sont souvent envisagées comme un obstacle et un pronostic défavorable à l'entrée en traitement et aux résultats positifs aux soins des addictions pour les femmes dépendantes ou toxicomanes. Paradoxalement, une étude réalisée au Massachusetts entre 1996 et 2001 a montré que parmi les femmes injectrices

de drogues (n=7776), celles qui auparavant avaient eu une histoire avec des services de santé mentale avaient deux tiers de plus de probabilités de s'engager dans un programme de soin (post-sevrage, substitution, *counselling*, prise en charge résidentielle de moyen ou long séjour) de manière plus longue et plus intensive que les injectrices qui n'avaient pas eu de contact avec des services de santé mentale. Ces dernières s'en tenaient plus souvent au seul programme de désintoxication.

3.3 Les différences selon les conditions de vie

Ici, nous étudions des sous-populations spécifiques qui paradoxalement sont les plus visibles par les acteurs de la prise en charge. En effet, les femmes vivant à la rue et les femmes en situation de prostitution sont régulièrement décrites par les acteurs de la prise en charge sociale, mais aussi addictologique. Les CSAPA et plus particulièrement les CAARUD rencontrent ces populations spécifiques à la fois du fait de leur situation de vie, mais aussi du fait de leur statut de femmes dans ces conditions de vie.

L'étude américaine de EDENS (EDENS et al., 2011) s'intéresse à la situation des femmes sans-abri aux États-Unis. Les femmes constituent, là-bas, un adulte sur quatre à la rue, et représentent un groupe particulièrement vulnérable, mais très peu étudié. Pour identifier les besoins potentiels de ces femmes, une étude sur deux ans concernant plus de 700 « sans-abri » indique qu'il n'y a pas de différence de genre en termes de santé mentale et de toxicomanie chez les personnes vivant à la rue. Cette étude souligne que l'ampleur des problèmes est telle sur ces deux points pour ces populations, qu'ils ne peuvent être comparés au reste de la population. Cette étude confirme les conclusions de l'étude de ARANGUA en 2005 (ARANGUA et al., 2005).

Les enquêtes ANRS-Coquelicot (JAUFFRET-ROUSTIDE et al., 2008) et ENA-CAARUD (OFDT) décrivent la réalité de ces femmes en situation de grande précarité en France. Elles adoptent globalement plus de comportements à risque que les hommes et ont davantage recours à la prostitution. Ainsi, ces femmes ont des trajectoires encore plus chaotiques que celles des hommes. Elles sont confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC, liée au contexte de leur consommation de drogues et de leur sexualité.

Si les études épidémiologiques montrent clairement une différence entre les hommes et les femmes en termes de consommations de psychotropes, la revue de la littérature indique que les spécificités à l'origine de ces différences s'articulent selon les dimensions biologiques, psychiques et sociales. La physiologie féminine, la surdétermination de certaines formes de souffrance psychiatrique chez les femmes usagères de drogues et/ou certaines conditions de vie rendent les femmes plus vulnérables à l'usage ou l'usage problématique de psychotropes.

4 Existe-t-il une spécificité de genre en matière de traitements ?

Depuis plusieurs années, la recherche a montré que les femmes et les hommes diffèrent quant aux facteurs étiologiques d'abus de substances, d'évolution de l'addiction et d'accès au traitement. À partir de ces constats, des traitements des addictions aux substances psychoactives spécifiquement conçus pour des femmes, ont été recommandés et expérimentés comme possibilités de réponse à leurs besoins propres (ASHLEY et al., 2003 ; WINHUSEN et KROPP, 2003 ; RAPPORT DES NATIONS-UNIES, 2004 ; CORMIER et al., 2004b ; MESSINA et al., 2006 ; GREENFIELD et al., 2007a ; MITTAG et GRANDE, 2008 ; GREENFIELD et GRELLA, 2009 ; TUCHMAN, 2010a ; PRENDERGAST et al., 2011).

Au début des années 70, le NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) a développé un programme limité de traitement de la toxicomanie, dédié uniquement aux femmes. Ce type de programme a tardé à se développer et il a fallu attendre l'extension des problèmes liés à la consommation du crack dans les années 80, pour qu'une attention plus grande soit portée sur les femmes dépendantes à la cocaïne base, ainsi que sur leurs enfants. À la fin des années 80 aux États-Unis, des subventions ont été allouées pour des programmes spécifiques de traitement des femmes toxicomanes (HULL et al., 2010). Des recherches sur ces programmes ont mis en évidence des besoins différents chez les femmes en matière d'intervention thérapeutique. Au début des années 2000, malgré les constats qui établissent des différences de genre, peu d'études sur les traitements qui les prennent en compte sont disponibles (DAVIS et al., 2002).

Une revue de la littérature examine la question des différences hommes/femmes dans le cas d'addiction ou d'usage problématique de méthamphétamine et conclut également à la nécessité de programmes de prévention et de traitement qui prennent en charge les besoins spécifiques des hommes et des femmes (DLUZEN et LIU, 2008).

Une récente étude suédoise, qui compare des données de traitement d'hommes et de femmes présentant des problèmes liés à l'usage d'alcool et de drogues aux États-Unis et en Suède, conclut aussi à des différences de genre (WITBRODT et ROMELSJO, 2010). Les femmes et les hommes ont des trajectoires et des narrations de leur histoire de consommation différentes lorsqu'ils en font la présentation et notamment quand elle se fait en groupe (BRIGHT et al., 2011).

À l'entrée dans les programmes, les situations entre les hommes et les femmes se distinguent sur le plan de la détresse psychologique, de la sévérité des problèmes médicaux, de la précarité sociale, des problèmes familiaux et des situations judiciaires (GRELLA et al., 2003 ; NIV et HSER, 2007 ; HECKSHER et HESSE, 2009 ; WITBRODT et ROMELSJO, 2010), mais aussi sur la motivation à entrer en traitement (WITBRODT et ROMELSJO, 2010).

Aux États-Unis, globalement, les femmes initient leurs traitements pour les problèmes d'addiction à l'alcool ou aux autres substances psychoactives à partir de problèmes de santé mentale ou liés à la protection de l'enfance, alors que pour les hommes la confrontation à la justice est plus souvent ce qui constitue le mode d'entrée en soins (SCHMIDT et WEISNER, 1995). Les femmes ont recours aux soins plus tôt dans leurs trajectoires, mais avec des profils plus sévères (GRELLA et al., 2003 ; GRELLA et al., 2008). De plus, les femmes se confrontent à plus d'obstacles que les hommes pour accéder aux soins (GREEN, 2006), notamment les plus précaires d'entre elles (BUTTERS et ERICKSON, 2003). Ce sont autant de facteurs prédictifs pour le traitement qui invitent à penser des modalités d'accompagnement et de prise en charge prenant en compte les besoins spécifiques des hommes et des femmes. Pour certains auteurs, la non prise en compte de ces facteurs fait courir le risque d'une moindre efficacité pour aider les femmes dépendantes (COVINGTON, 2008).

Toutefois les travaux sur l'évaluation de l'efficacité de ces programmes restent peu nombreux. C'est précisément à quoi s'est attachée une méta-analyse portant sur les programmes de traitement de la toxicomanie pour les femmes : « *Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review* » (ASHLEY et al., 2003).

Il n'existe pas de définition largement acceptée de ce qu'est un programme de traitement de la toxicomanie spécifique pour les femmes. Les auteurs ont pris en compte deux critères pour considérer le caractère spécifique des programmes : l'offre de prestations aptes à lever des obstacles à l'accès aux soins et ceux qui répondent aux femmes seulement. Plusieurs axes d'intervention sont identifiés par les chercheurs :

- 1) Des services auxiliaires sociaux ou médicaux destinés à augmenter l'accès aux soins (soins des enfants, transports).

- 2) Des services visant à répondre à des besoins particuliers des femmes (soins prénataux, éducation psychosociale, prévention HIV spécifique, programmes dédiés en santé mentale).
- 3) Des programmes ou services ouverts seulement aux femmes afin de créer un environnement de traitement plus « confortable » et adapté pour aborder entre elles des questions et des problématiques sensibles ou douloureuses.
- 4) Des modalités d'intervention qui prennent en compte des caractéristiques spécifiques aux femmes dans la phase de consolidation comme l'appui thérapeutique de groupe de pairs, une priorité au renforcement de l'estime de soi, des traitements qui analysent les multiples rôles que tiennent les femmes (mère, compagne, amie...).

Les programmes ou services peuvent combiner ou non plusieurs de ces axes. 38 études centrées sur l'évaluation des résultats de programme de traitements en toxicomanie pour les femmes, dont 7 randomisées, ont été incluses dans l'analyse. Ces études ont été menées aux États-Unis principalement, ainsi qu'en Suède et en Australie. Les substances qui motivent le traitement peuvent être l'alcool, la cocaïne, des opiacés ; principalement ou associées, elles peuvent être injectées ; les prises en charge peuvent être résidentielles ou ambulatoires ; elles peuvent proposer ou pas des soins périnataux ; une ou plusieurs modalités de traitements peuvent être combinées comme des groupes thérapeutiques, du *counselling*, des thérapies individuelles, de couple ou des thérapies familiales, des pharmacothérapies substitutives. Pour certains sites d'études, des hommes ont pu utiliser également les programmes proposés, néanmoins les résultats ne concernent que les femmes.

Cette méta-analyse met en avant un avantage global pour les programmes de traitement de la toxicomanie pour les femmes. L'étude apporte quelques preuves d'efficacité concernant les différents axes qui constituent les programmes spécifiques de traitement de la toxicomanie pour les femmes comme les soins aux enfants, les soins périnataux, la santé mentale, les services et ateliers complémentaires centrés sur les besoins spécifiques des femmes, les programmes complets de soins en toxicomanie. Pour une grande majorité des études considérées, des résultats favorables apparaissent, qu'il s'agisse de réduction des problèmes liés à la toxicomanie, de problèmes psychiatriques (dépression, post-traumatisme), de la santé des enfants, des relations mère-enfants ou des relations au sein de la famille. Toutefois, la disparité des programmes, des populations et les périodes considérées ne permettent pas une généralisation des résultats (ASHLEY et al., 2003). C'est à la fois l'intérêt et la limite de cette recherche.

Aux États-Unis, la plupart des programmes de soins pour les usagers de drogues sont mixtes. Des études montrent que, dans les programmes mixtes, les améliorations sont moindres pour les femmes que pour les hommes, pour un coût plus important dans la période postérieure au traitement (YEOM et SHEPARD, 2007).

En 2007, une revue de la littérature sur les résultats des traitements chez les femmes présentant des usages problématiques de substances psychoactives (GREENFIELD et al., 2007a) propose des résultats en partie divergeant avec l'étude de Ashley en 2003 (Ashley et al., 2003). En utilisant des bases de données de Medline et de PsycInfo sur la période de 1975 à 2005, les auteurs ont trouvé 280 articles pertinents. Quatre-vingt-dix pour cent de ces études prenant en compte des différences de genre chez les usagers ont été publiées depuis 1990 et plus de 40 % depuis l'an 2000. Seulement 11,8 % de ces études étaient des tests cliniques randomisés. Une convergence des preuves suggère que les femmes qui présentent des usages problématiques de substances psychoactives ont moins de probabilité à entrer en traitement au cours de la vie, comparé à leurs homologues hommes. Cependant, une fois en traitement, le genre n'est pas un facteur prédictif significatif de rétention et d'achèvement ou de résultats du traitement. Toutefois, des facteurs prédictifs des résultats spécifiques au sexe existent. Ils dépendent des

caractéristiques individuelles et des approches des traitements proposés. Dans cette étude, le traitement réservé aux femmes n'est pas nécessairement plus pertinent que le traitement mixte homme/femme. Lorsqu'on observe une plus grande efficacité, celle-ci s'explique par des traitements qui s'adressent à des femmes qui rencontrent des problèmes plus communs aux femmes toxicomanes ou qui sont conçus pour des sous-groupes spécifiques de cette population.

Pour les chercheurs, il y a besoin de déterminer et de développer les traitements pertinents pour les sous-groupes spécifiques, comme par exemple les femmes qui ont une toxicomanie plus ancienne, ou celles présentant des comorbidités psychiatriques. L'étude conclut à l'intérêt, pour les recherches à venir sur l'efficacité et la rentabilité des traitements mixtes versus spécifiques hommes/femmes, d'identifier les caractéristiques des femmes et des hommes qui peuvent tirer bénéfice de l'une ou de l'autre de ces deux approches.

En 2005, une étude californienne a comparé les résultats et les coûts de traitement à partir d'une étude clinique randomisée de 122 patientes dépendantes à des substances psychoactives, réparties entre un programme communautaire de femmes uniquement versus deux programmes communautaires mixtes et un programme de jour hospitalier mixte. L'évaluation portait sur l'usage de substance et les problèmes psychiatriques et sociaux. Si le recrutement et la taille de l'échantillon ne permettent guère de conclusion et encore moins d'extrapolation, les résultats de l'étude sont néanmoins instructifs : il n'y a aucune différence importante entre le programme des femmes et les programmes mixtes. Les deux types de programmes peuvent traiter effectivement les femmes dépendantes. « *Cependant, le coût moyen d'un épisode de traitement était sensiblement plus haut au programme d'hôpital qu'au programme communautaire des femmes (1212 dollars US contre 543 dollars US).* » (KASKUTAS et al., 2005).

En suivant, deux études comparent la situation de femmes admises dans des programmes mixtes et spécifiques (HSER et NIV, 2006 ; NIV et HSER, 2007). Le même type de comparaison aboutit, avec un corpus bien plus large, à des conclusions différentes. Ainsi, l'étude longitudinale, comparant 189 femmes suivies dans des programmes réservés aux femmes et 871 femmes suivies dans des programmes mixtes, conclut que la plus grande sévérité des problèmes traités dans des programmes réservés aux femmes et leurs meilleurs résultats en matière d'usage de drogue et de problèmes judiciaires « *suggèrent que ces services spécialisés comblent une lacune importante* » dans l'offre de services pour les traitements de la dépendance (NIV et HSER, 2007).

Plus récemment, une étude a comparé les deux configurations de traitements, mixte et spécifique (PRENDERGAST et al., 2011). En reprenant sous forme d'une méta-analyse les données disponibles sur l'efficacité des programmes, l'étude détermine 4 hypothèses discriminantes testées sur 12 mois aux termes desquels il s'agira d'observer :

- Une moindre utilisation de l'alcool ou de substances illicites.
- Une réduction de l'activité criminelle.
- Une diminution du nombre d'arrestations.
- Une amélioration de la situation de l'emploi.

Puis, à partir de l'inclusion de 291 femmes volontaires, réparties dans les deux types de programmes proposés par différentes structures de l'État de Californie, les chercheurs ont recueilli les données de façon standardisée. La comparaison des résultats entre les deux types de configuration donne des résultats mitigés. Une année après l'entrée en traitement, les femmes qui ont participé au traitement spécifique pour les femmes ont enregistré de manière significative une moindre utilisation de substances psychoactives et une réduction de l'activité criminelle en comparaison de celles qui ont suivi le traitement standard mixte homme/femme. En revanche, elles n'étaient pas moins nombreuses à être arrêtées ou à avoir amélioré leur situation au regard de l'emploi en comparaison de celles

incluses dans le traitement standard mixte homme/femme.

Les résultats de cette étude comportent plusieurs limitations. D'abord, les femmes n'ont pas été aléatoirement affectées pour participer aux deux types de programmes. Ensuite, la dimension de l'échantillon pour les modèles de régression n'a pas eu la puissance suffisante pour détecter des effets cliniques ou politiques (activité délinquante, chômage...). Enfin, l'étude a recruté des femmes d'une grande zone urbaine où les méthamphétamines et la cocaïne sont les drogues prédominantes ; par conséquent les résultats ne peuvent pas être généralisables à d'autres zones. De plus, l'étude est limitée dans les hypothèses envisagées : consommation, délinquance, insertion professionnelle.

Pour autant, un examen assez large de la littérature tend à montrer que l'identification de facteurs de risques spécifiques aux sexes des patient(e)s, et la mise en place d'interventions spécifiques, favorisent l'initiation et la poursuite des traitements (ZILBERMAN et al., 2003 ; GREEN, 2006). Une étude de 2007 compare la situation de 1570 femmes prises en charge dans des programmes standards (mixtes homme/femme) ou dans des programmes spécifiques pour femmes et montre une meilleure continuité du traitement dans les programmes spécifiques (37 % vs 14 %) (CLAUS et al., 2007). Or, la durée du traitement est un important facteur d'efficacité dans le traitement en général (GRELLA et al., 2003), des femmes en particulier, et notamment en milieu résidentiel (GREENFIELD et al., 2004). Des effets positifs sont observables en matière de santé mentale et d'usage de substances, lorsque des programmes intègrent des interventions spécifiques (NAJAVITS et al., 2007), notamment sur les facteurs psychiatriques et traumatiques spécifiques aux femmes (GILBERT et al., 2011). Ces effets sont partiellement atténués par des variables au niveau de la personne (MORRISSEY et al., 2005).

En 2004, un rapport des Nations-Unies sur le « *Traitement et suivi des femmes pour abus de substances* » constatait que dans le monde, les services de traitement qui offrent des services d'accueil qui permettent aux femmes de se libérer des obligations familiales pour suivre un traitement sont rares. Ce rapport recommande des programmes qui, par leurs conceptions et leurs modalités de mise en œuvre, prennent en compte les besoins des femmes. S'appuyant sur plusieurs études qui ont constaté qu'une « *programmation globale ou renforcée, qui prévoit des composantes comme la constitution de groupes exclusivement composés de femmes, l'accueil des enfants, le suivi prénatal, l'échange verbal sur des sujets concernant directement les femmes et la programmation du suivi de la santé mentale par exemple, donne de meilleurs résultats pour les femmes par comparaison avec les programmes mixtes traditionnels.* » (RAPPORT DES NATIONS-UNIES, 2004).

Signe que les pratiques changent, on voit désormais apparaître des articles qui proposent des outils pour organiser les premiers soins et pour comprendre certaines barrières empêchant l'accès aux soins des femmes. À l'instar de cet article qui prévoit également des conseils sur la pharmacothérapie et les interventions psychologiques qui peuvent être employées pour aider des femmes à sortir de leur dépendance (AIT-DAOUD et BASHIR, 2011). Et une étude récente propose, pour aider à faire évoluer les pratiques, de mesurer la prise en compte des différences sexuelles dans les programmes de traitements mixtes qui constituent l'offre la plus répandue pour les femmes (TANG et al., 2012).

Cependant, les études qui sont conduites pour évaluer comportent des limitations (LESTER et TWOMEY, 2008). Pour faire avancer les pratiques et les initiatives politiques consacrées à l'amélioration du traitement de l'usage problématique de substances psychoactives spécifiquement dédiées aux femmes, il est indispensable de développer des critères de mesures d'évaluation validés et de conduire des recherches empiriques rigoureuses et des études randomisées sur les résultats et l'efficacité cliniques des traitements, ainsi que sur la rentabilité et l'optimisation des prestations de service (SUN, 2006 ; GREENFIELD et GRELLA, 2009 ; PRENDERGAST et al., 2011).

Les programmes qui ne prennent pas en compte les différences de genre au niveau des besoins ou des modalités d'interventions spécifiques sont largement majoritaires. Les études s'accordent à montrer des spécificités dans les facteurs de vulnérabilité, de l'usage, de l'usage problématique, de l'accès aux soins, ainsi que dans les facteurs familiaux, sociaux, judiciaires et des comorbidités psychiatriques susceptibles d'affecter l'issue du traitement. Les évaluations montrent que lorsque le traitement ne fait aucune distinction de genre, les résultats sont sensiblement équivalents ou moins bénéfiques pour les femmes que pour les hommes. Les distinctions entre programme mixte ou uniquement réservé aux femmes donnent des résultats mitigés selon les études. En revanche, des résultats positifs significatifs s'observent lorsque les programmes prennent en compte les besoins et les vulnérabilités spécifiques des sous-groupes de femmes à qui ils s'adressent en proposant des réponses adaptées et des modalités d'intervention focalisées.

5 Interventions focalisées sur des facteurs de vulnérabilité ou des ressources spécifiques

Les programmes de soins spécifiques aux femmes, qu'ils soient uniquement dédiés ou qu'ils s'envisagent comme des approches complémentaires et intégrées à des programmes standards mixtes, se sont développés à partir de deux composantes essentielles : le développement des théories et des interventions féministes en sciences humaines et sociales et celui des approches cognitives et comportementales comme cadre épistémologique et méthodologique en psychologie et en psychiatrie. L'expérience canadienne est un bon exemple, pour comprendre à la fois comment s'est développé ce type d'intervention dans les pays anglo-saxons, et en creux, pourquoi inversement en France, cette approche spécifique est restée jusqu'à récemment encore peu utilisée. Comme l'explique Louise Nadeau, « *dans cette thérapie avec les femmes, on a jugé prioritaire d'intervenir relativement : aux rôles traditionnels, perçus comme un facteur déterminant dans le phénomène d'automédication ; aux agressions sexuelles, perçues comme un exercice du pouvoir masculin ; au développement des habiletés sociales perçues comme facteur clé dans la rémission ; à la solidarité avec les autres femmes perçues comme une prophylaxie. Au Québec, ce type d'intervention a pu être mis en place parce que les intervenants psychosociaux – psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs – avaient reçu, dès les années 1970, une formation cognitive comportementale facilitant la mise en application de ces idées nouvelles. Autrement dit, leur formation les avait amenés à penser que les aspects sociaux avaient plus d'importance que les aspects inconscients dans la détermination de la conduite.* » (NADEAU, 2004). Cette situation nord-américaine des années 80 a évolué. Les connaissances scientifiques sur les différences sexuelles dans les déterminations factorielles (neurophysiologique, psychopathologique, socio-familiale et culturelle) et les données épidémiologiques de genre sont plus amplement disponibles. L'influence des théories féministes chez les intervenants n'est plus aussi importante. En revanche, cette meilleure connaissance des facteurs de fragilité et de ressources chez les femmes qui présentent des usages problématiques de substances psychoactives oriente et légitime des méthodologies d'intervention à la fois globale (multiservices) et focalisée (facteurs de vulnérabilité ou compétences), déployant une pluralité d'approches et de dispositifs combinés. Comme le souligne la psychologue québécoise, « *la thérapie féministe des années 1980 sous-estimait l'importance de la perspective phénoménologique : ce sont les clientes elles-mêmes qui doivent adhérer à l'idée que les femmes ne sont pas nées pour se soumettre [et] combien la détresse psychologique rend difficile la motivation au changement et combien il est souvent difficile de modifier un réseau social dysfonctionnel* » ou simplement d'en changer (NADEAU, 2004).

En Nouvelle-Zélande, une enquête sur les croyances et pratiques de 217 cliniciens qui interviennent en alcoologie et en toxicomanie indique que 78 % d'entre eux pensent que

les besoins des femmes diffèrent de ceux des hommes en matière de traitement (COWAN et al., 2003). Dans la perspective d'une évolution des pratiques à destination des femmes, il serait intéressant de disposer de données françaises sur cette question.

5.1 Obstacles et stratégies d'accès aux soins

Dans beaucoup de pays, même lorsqu'elles cherchent à entrer dans des programmes de soins, les femmes doivent faire face à des obstacles pratiques et financiers pour accéder au traitement. Pour celles qui entrent en traitement, les résultats sont généralement comparables à ceux des hommes, suggérant ainsi que l'accès au soin est un enjeu central pour les femmes dépendantes (HECKSHER et HESSE, 2009).

En matière d'accès aux traitements, les femmes ont souvent des difficultés à reconnaître leurs usages problématiques de substances et les professionnels sanitaires et sociaux non spécialisés en addictologie sont peu disposés à interroger des femmes au sujet de l'utilisation de drogues ou d'alcool (HECKSHER et HESSE, 2009). Le stigmate social et la crainte des conséquences juridiques continuent à encourager, par exemple les femmes enceintes consommatrices de cocaïne, à dissimuler leur consommation et à éviter les soins prénataux (HULL et al., 2010).

Une étude a examiné, à partir d'un modèle de services de santé, les facteurs prédictifs d'entrée en traitement parmi un grand groupe de femmes délinquantes et dépendantes à la cocaïne (N=659). Des entretiens ont été menés auprès de femmes qui étaient en traitement et d'autres qui ne l'étaient pas pour examiner quels facteurs ont empêché ou facilité l'accès aux soins. Par-delà les caractéristiques ethniques ou d'éducation, ainsi que l'usage problématique d'alcool et les multiples problèmes de santé qui jouent un rôle dans l'accès aux soins, globalement, des facteurs tels qu'avoir un emploi légal, bénéficier d'une couverture sociale, avoir la possibilité de faire garder ses enfants et savoir où et comment accéder à un traitement semblent être les facteurs les plus influents. Les implications de cette recherche suggèrent d'utiliser des stratégies multiples pour augmenter la probabilité d'accès au soin, telles que redoubler d'effort dans le travail de proximité à bas seuil d'exigence (*outreach*) focalisé sur les femmes à risque les plus désaffiliées (SAUM et al., 2007).

La prostitution de rue peut constituer un obstacle à l'accès aux soins pour les femmes usagères de drogues. Pour examiner ces obstacles au traitement, une étude qualitative à partir de 9 entretiens approfondis auprès de femmes impliquées dans la prostitution de rue a été menée au Royaume-Uni. Les thématiques qui constituent des obstacles à l'accès au soin mises en évidence par les résultats sont un sentiment faible de l'estime de soi, un manque de confiance dans le traitement et l'absence de réponse complète et cohérente dans l'offre de traitement (SMITH et MARSHALL, 2007). L'amélioration de l'accès au soin des femmes les plus précarisées, et notamment celles impliquées dans la prostitution de rue, passe par un travail sur les représentations de soi et des traitements chez les usagères, et par la structuration d'une offre globale et cohérente dans le dispositif de soin et de première ligne.

5.2 Interventions auprès des réseaux familiaux et sociaux

La place du soutien social et des réseaux sociaux dans la recherche d'abstinence ou de la sortie de la toxicomanie est importante, mais joue un rôle différent chez les femmes. Notamment pour implanter dans la durée, chez les femmes, un sentiment d'efficacité personnelle quant à rester abstinentes (DAVIS et JASON, 2005).

Une étude a évalué comment les perceptions par les femmes du soutien social dont elles bénéficient affectent leur démarche de soins en toxicomanie en structure résidentielle. Cette étude fait l'hypothèse que les perceptions des femmes du soutien social qu'elles reçoivent de la famille, des amis, de leurs partenaires, des intervenants en addictologie,

de protection de l'enfance ou des services sociaux affecteront leur traitement. Des données ont été recueillies à partir de 117 femmes inscrites dans un programme thérapeutique résidentiel. Pour les chercheurs, la qualité perçue du soutien social a des effets sur la continuité du traitement (LEWANDOWSKI et HILL, 2009).

Une étude a regardé, chez des femmes toxicomanes enceintes ou mères avec des enfants, l'influence du fonctionnement de la famille, des activités, des amis, de la toxicomanie des conjoints ou d'autres personnes significatives, sur la reprise de leur toxicomanie dans les 6 mois qui suivent leur traitement en centre résidentiel. À l'admission en traitement, 1758 femmes ont été interviewées et 1181 suivies pendant 6 mois après avoir cessé le traitement. La rechute a été définie en tant qu'utilisation de n'importe quelle substance autre que le tabac. Les activités positives au cours de la période postérieure à la prise en charge résidentielle, telles que des familles qui vivent ensemble et s'entraident mutuellement, ont diminué de manière significative la probabilité de la rechute. Alors que les activités négatives, telles que les conflits familiaux et l'usage de drogue ou la délinquance chez des proches, augmentaient la probabilité de la rechute. La consommation abusive d'alcool ou toute autre forme de toxicomanie chez les conjoints ou chez toutes autres personnes significatives durant la période post-traitement ont également augmenté de manière significative la probabilité de la rechute (ELLIS et al., 2004). Par conséquent, le travail auprès du réseau familial et social pendant et après le traitement résidentiel est un élément favorable à la consolidation de résultats positifs chez les femmes usagères de substances psychoactives.

L'utilisation du réseau social comme ressource dans le traitement est assez ancienne en Amérique du nord. Plusieurs études montrent l'intérêt de la prise en compte des réseaux sociaux dans l'accompagnement des femmes usagères de substances psychoactives (FALKIN et STRAUSS, 2003 ; TRACY et al., 2012). Une étude récente a testé la combinaison des 4 étapes du traitement (engagement, persuasion, traitement actif, prévention de la rechute) inspirées du modèle transthéorique de changement de PROCHASKA et DICLEMENTE (PROCHASKA et DICLEMENTE, 1992), avec la composition, le soutien social, et les caractéristiques structurelles des réseaux personnels des patientes. Les résultats de l'étude portant sur 242 femmes, diagnostiquées dépendantes à une substance psychoactive, et interviewées dans leur premier mois de traitement ambulatoire intensif, suggèrent que le contexte social, en particulier comment les contacts sociaux sont organisés autour des patientes, devrait être intégré aux programmes thérapeutiques, quel que soit le milieu démographique (TRACY et al., 2012).

5.3 Périnatalité, parentalité, protection de l'enfance et addictions : quelles articulations ?

Les travaux sur les prises en charge ou l'accompagnement des femmes enceintes ou des mères qui présentent des usages problématiques ou des troubles addictifs à des substances psychoactives en France sont relativement nombreux. Nous renvoyons à une sélection bibliographique récente sur le sujet (WELLENSTEIN, 2010). Dans cette recension, WELLENSTEIN aborde les représentations des soignants, l'évolution des prises en charge, les centres spécialisés et différentes approches spécifiques (communautés thérapeutiques, groupes, réseau, suivi à domicile...). Dans cette partie, nous nous centrerons sur les travaux internationaux qui traitent des programmes thérapeutiques intégrés pour les femmes enceintes ou mères en difficulté avec des substances psychoactives pour les mettre en perspective avec la situation en France.

Depuis plusieurs années, il existe des programmes thérapeutiques intégrés pour des mères usagères de substances psychoactives, c'est-à-dire qui permettent la prise en charge de la patiente pendant la grossesse, l'accompagnement à la parentalité, ou qui offrent des services de prise en charge ou d'accompagnement de l'enfant dans un cadre de soins des dépendances.

Une vaste étude par questionnaires prénataux, menée auprès de 49 985 femmes aux États-Unis du 1^{er} janvier 1999 au 30 juin 2003, montre, à partir d'une typologie construite selon les résultats d'analyses toxicologiques réalisées auprès des mères et des nourrissons, que le traitement de la toxicomanie intégré avec des visites prénatales est significativement associé à des conséquences positives sur la santé maternelle et celle du nouveau-né (GOLER et al., 2008). Aux États-Unis, en alternative aux approches politiques punitives, le développement de programmes thérapeutiques qui prennent en compte les complexités psychosociales de cette population, les comorbidités et les besoins psychologiques de leurs enfants, a ouvert des perspectives plus optimistes pour les femmes usagères de substances psychoactives (LESTER et TWOMEY, 2008).

Peu de structures intégrées existent en France et peu d'évaluations de leurs résultats sont disponibles. Le centre Horizons est un centre d'accueil pour parents toxicomanes et leurs enfants à Paris, qui correspond à ce type de programmes intégrés. En France, peu d'études portent sur le développement de l'enfant de parents usagers de substances psychoactives ou sur les effets de la maternité sur les parcours de consommation. En 2001, Jean EBERT a dirigé une étude exploratoire sur les interactions mère-enfants pour des patientes toxicomanes, qui met en évidence l'importance d'un accompagnement et d'un soutien pendant la grossesse et autour des premières relations mère-enfant (EBERT et al, 2001). Or, la question de l'accompagnement trouve, pour ces mères usagères de drogues, les limites de la possibilité de pouvoir se soigner sans avoir à se séparer de leur enfant.

Plutôt que des programmes de soins intégrés pour les mères usagères de drogues, la France a développé des réseaux d'accompagnement ou de prise en charge maternité/toxicomanie ou périnatalité/addictologie, qui associent, de façon pluridisciplinaire, différents partenaires aux compétences complémentaires (LEJEUNE, 2002). Le contexte institutionnel impulsé à partir de la mise en place de la politique de réduction des risques et le peu de moyens octroyés pour ouvrir des places spécialisées de soins, combinés au développement des réseaux ville/hôpital, ont favorisé, à partir du milieu des années 1990, la recherche de l'amélioration du travail de coordination autour des différentes prises en charge des usagers de drogues en général, et des mères toxicomanes en particulier. Il s'agit dans ces dispositifs de travailler des relais de manière personnalisée, de changer les représentations des personnels soignants, et de favoriser l'articulation des prises en charge et des accompagnements en périnatalité, du côté de l'enfant et du soin des dépendances (MOLENAT, 2000). Dans cet esprit, en 1997 à Montpellier, est créée une « cellule parentalité et usage de drogue » (CPUD) qui a pour objectifs « *d'accueillir la future mère [...] avec bienveillance et sans jugement le plus tôt possible pendant la grossesse ; [de] réduire les risques médicaux et sociaux de la toxicomanie sur la grossesse, [de] développer l'accès aux soins ; [de] créer les conditions favorables à l'épanouissement du lien mère-enfant dans la continuité [...] ; [de] soutenir la place du futur père ; [de] soutenir les parents dans la prise en charge de leur toxicomanie auprès des professionnels spécialisés* » (MOLENAT, 2000). Ce type d'initiative illustre l'esprit des prises en charge en réseaux qui se sont développées en France à partir du milieu des années 1990. L'intérêt de proposer des équipes cohérentes dans leur attitude de non jugement est évident pour favoriser l'accès et le maintien en soins, c'est un des intérêts des réseaux périnatalité/addiction (REICHERT et al., 2010). En effet, il est trivial de rappeler que le vécu des femmes vis-à-vis des équipes soignantes est un facteur déterminant de la qualité et des résultats des prises en charge (LEFEBVRE et al., 2010).

Une étude prospective et descriptive, menée de mars 1997 à décembre 2002 sur 114 femmes suivies dans le cadre de la Cellule Parentalité et Usage de Drogues (CPUD) de Montpellier, a montré que même lorsque le dispositif de prescription des traitements de substitution est peu encadré, la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes par une équipe multidisciplinaire permet de réduire les risques sociaux et médicaux. La consommation d'héroïne au cours du suivi a diminué significativement ($p < 0,01$). Le terme moyen d'accouchement était de 38,5 semaines d'aménorrhée. Un syndrome de sevrage

néonatal touchait 89 sur 103 enfants. Il n'y a eu aucun abandon de l'enfant pendant la période d'observation (BRULET et al., 2007).

Au Québec, des expériences sont menées depuis plusieurs années (COMITE REGIONAL MATERNITE ET TOXICOMANIE, 1999), qui intègrent la prise en charge de la maternité aux programmes de soins pour toxicomanes (APRIL, 2004). À titre d'exemple, les objectifs d'un de ces projets pilotes sont les suivants : améliorer la santé physique et mentale de la femme toxicomane en période périnatale ; assurer le développement optimal de l'enfant de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans ; accroître l'autonomie sociale et économique de la famille ; assurer l'accessibilité et la qualité des services pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant ; favoriser la complémentarité et la continuité des services dans le réseau de santé et des services sociaux ; développer des liens entre les secteurs socio-sanitaire, judiciaire, de la formation et de l'emploi, et de la sécurité du revenu (REGION QUEBEC, 2001).

Aux États-Unis, il existe de nombreux programmes intégrés qui associent le traitement de l'usage de substances et la grossesse, la parentalité, ou les services aux bénéficiaires de l'enfant. Ils ont été développés pour répondre spécifiquement aux besoins des femmes enceintes, ou en lien à des problèmes de parentalité en situation d'usages problématiques de substances. Ce type de programme est aussi proposé à des mères toxicomanes incarcérées (LORENZEN et BRACY, 2011). Les services intégrés ne représentent ni la seule possibilité, ni l'offre la plus disponible pour répondre aux besoins des femmes usagères de drogues ou présentant des problèmes alcooliques. Un premier examen quantitatif systématique des études évaluant l'incidence spécifique des programmes thérapeutiques intégrés sur l'utilisation de substances psychoactives par les mères a été réalisé en 2010 par MILLIGAN. Cette méta-analyse comprenait 21 études (sur un panel de départ de 327 études éligibles) comparant des dispositifs intégrés à ceux qui ne le sont pas. Les résultats suggèrent que les programmes intégrés réduisent de façon significative l'usage de substances. Mais ils ne montrent pas de différences très significatives en comparaison des programmes non intégrés. Toutefois, les auteurs observent un certain nombre de limitations importantes sur ce point de l'analyse, étant donné le peu de groupes de comparaison étudiés et les niveaux de qualité relativement bas des études utilisées (MILLIGAN et al., 2010).

Un autre article de 2012, de méthodologie équivalente, rapporte l'examen systématique d'études portant sur les programmes intégrés de soins aux mères usagères de substances psychoactives et à leurs enfants à partir de 862 études en langue anglaise, publiées entre 1990 et 2011. L'examen a retenu 2 études randomisées, 3 études expérimentales et 8 études de cohortes, concernant au total 775 enfants (NICCOLS et al., 2012). Ces études concernaient des programmes thérapeutiques proposant au moins 1 traitement spécifique des addictions combiné à au moins 1 service ciblé sur la parentalité, ou 1 service de traitement de l'enfant. Toutes les participantes étaient des mères avec des problèmes de toxicomanie. Le recueil disposait de données quantitatives sur les résultats concernant les enfants. L'évaluation des programmes se fonde sur la synthèse des données sur la croissance, le développement et les résultats émotionnels et comportementaux de l'enfant. Dans la plupart des études qui comparent les situations avant-après, on observe des améliorations sur le développement de l'enfant ($ds=0,007$ à $1,132$ selon les études) et sur le fonctionnement émotionnel et comportemental ($ds=0,652$ à $1,132$). Les études qui comparent les programmes intégrés aux programmes non-intégrés montrent, pour la plupart d'entre elles, des améliorations du fonctionnement émotionnel et comportemental des enfants plus importantes dans les programmes intégrés ($ds=0,22$ à $0,45$). Pour les auteurs, les preuves disponibles sont en faveur des programmes intégrés, car les résultats suggèrent qu'ils sont associés aux améliorations concernant le développement de l'enfant, la croissance et le fonctionnement émotionnel et comportemental. Ce type de résultats est important pour les programmes de traitement des mères usagères de drogues du point de vue des bénéficiaires pour les enfants. Pour autant, les conclusions ne renseignent pas les

résultats du côté de l'usage problématique des substances psychoactives. Une fois de plus, se confirme le besoin d'études qui comparent programmes intégrés et non-intégrés, évaluant les résultats tant pour le parent sur des critères d'usages de substances, de santé mentale, de fonctionnement familial, de qualité de vie sociale et de problèmes judiciaires, que pour l'enfant, sa santé et son développement, et que pour la qualité de la relation parent-enfant. Cet examen met en valeur le besoin d'amélioration des méthodologies et de la qualité des études, afin de comprendre comment mieux répondre aux besoins des enfants des mères usagères de substances psychoactives.

Dans le cadre des programmes intégrés, les interventions psychosociales constituent un élément important, support de nombreuses modalités d'accompagnement. Les besoins d'évaluation de leurs résultats restent toujours à améliorer. C'est le cas pour l'utilisation excessive d'alcool pendant la grossesse associée aux effets défavorables, tant pour la mère que pour l'enfant. Il est donc important de développer et d'évaluer des interventions pertinentes pendant la grossesse. En 2008, il n'existait aucun examen systématique des études randomisées de contrôle (RCT) dans cette population.

Une étude s'est donnée pour objectif d'évaluer l'efficacité des interventions psychosociales chez les femmes enceintes qui présentent un usage problématique d'alcool, inscrites dans des programmes thérapeutiques pour améliorer la naissance et les résultats néonataux, l'abstinence maternelle et la continuité de traitement, en utilisant la méthode de la revue systématique des études consultables sur les bases de données Cochrane (décembre 2007), MEDLINE (1950-2007), PsycINFO (1806-2007), EMBASE (1974-2007) et CINAHL (1982-2007).

Les auteurs ont cherché à inclure des études randomisées ou quasi-randomisées comparant n'importe quelle intervention psychosociale à des interventions pharmacologiques, ou un placebo, ou à l'absence d'intervention, ou à une intervention psychosociale différente pour traiter la dépendance à l'alcool durant la grossesse. La stratégie de recherche a identifié 958 citations qui ont donné un total de 26 articles. Mais après analyse aucun article n'a répondu aux critères d'inclusion. L'estimation de la qualité méthodologique n'était pas possible. L'examen de la question demeure toujours sans réponse car aucune étude randomisée n'a pu être trouvée concernant ce sujet. Afin de déterminer l'efficacité des interventions psychosociales auprès des femmes enceintes qui présentent un usage problématique d'alcool, inscrites dans des programmes thérapeutiques, il y a toujours besoin de réaliser des études randomisées de haute qualité (LUI et al., 2008).

Une revue empirique de la littérature récente a montré une amélioration de l'utilisation des services d'aide et de soin et de meilleurs résultats pour les mères usagères de drogues et leurs enfants lorsque système de protection de l'enfance et soins aux addictions sont intégrés (MARSH et SMITH, 2011). L'article analyse les difficultés posées par cette double problématique et montre à la fois l'évolution des dispositifs et les résultats obtenus. Son intérêt réside dans la compréhension des problèmes et la mise à jour des réponses qui se sont construites à partir de la fin des années 1990, dont on commence à évaluer les résultats. Si les cadres administratifs et réglementaires de la protection de l'enfance et des soins aux addictions diffèrent aux États-Unis et en France, on constate des points structurels de convergences qui méritent d'être analysés.

Ainsi, en France comme aux États-Unis, les services publics de soins aux addictions et de protection de l'enfance ont chacun été développés dans des structures législatives, administratives et de financement distinctes. Développés à partir des années 1970, les systèmes de soins aux toxicomanes ont de part et d'autre de l'Atlantique été créés pour faire face au souci croissant lié à l'usage de drogues, et pour répondre aux problèmes de stigmatisation des usagers. Les femmes étaient concernées du fait des effets potentiellement délétères de leur toxicomanie sur leurs enfants (MARSH et SMITH, 2011). Le système public de protection de l'enfance s'est développé en réponse à une série de mandats législatifs concernés par la sécurité, la permanence et le bien-être des enfants.

L'existence de systèmes de services distincts a créé des barrières à l'accès aux soins pour les mères dans le système de protection de l'enfance (MARSH et SMITH, 2011).

Cette étude met en évidence au moins quatre aspects des systèmes de service de protection de l'enfance et de soins aux addictions qui, aux États-Unis, créent des difficultés dans les programmes d'aide pour sortir de la toxicomanie dans des configurations qui impliquent la protection de l'enfance :

- les environnements réglementaires et les structures administratives des deux systèmes qui ne favorisent pas la communication entre services, les autorisations administratives, etc. ;
- les buts et philosophies de traitement qui diffèrent dans les deux systèmes ;
- les stratégies d'évaluation qui ne se sont pas partagées ;
- les différences de normes dans l'appréciation du succès et de l'échec (MARSH et SMITH, 2011).

Localement, il existe en France le cas de CSAPA qui peuvent bénéficier de subventions complémentaires relevant de la protection de l'enfance (ASSOCIATION CLEMENCE ISAURE, 1992). On retrouve alors les problèmes identifiés par Marsh concernant les différences de buts thérapeutiques, de stratégies d'évaluation et de normes d'appréciation des résultats des prises en charge. En l'absence de politiques concertées au niveau institutionnel, la qualité d'articulation nécessaire à la réussite des prises en charge est renvoyée au niveau du terrain et aux pratiques propres aux unités et aux professionnels de la protection de l'enfance qui accompagnent les parents et les enfants accueillis dans le CSAPA. Des améliorations sont nécessaires pour faire évoluer ces dispositifs dans le sens d'une meilleure intégration des programmes de soins aux addictions et ceux développés dans le cadre de la protection de l'enfance.

Depuis la fin des années 1990, en France comme aux États-Unis, des stratégies d'articulation des systèmes et de création de service spécifiques ont été développées pour coordonner et intégrer les prestations des services en addictologie et de protection de l'enfance de manière telle que les femmes restent plus longtemps en traitement, réduisent leurs usages problématiques de substances, et soient moins séparées de leurs enfants. La présence des enfants dans le programme thérapeutique motive fortement les mères et facilite le développement des compétences parentales et le rétablissement des relations mère-enfant. Une étude réalisée dans l'État du Massachusetts sur une période de quatre ans s'est intéressée au lien entre la situation parentale de 9018 femmes adultes usagères de drogues par voie veineuse (UDIV) et l'entrée dans des programmes méthadone. Les conclusions de l'étude indiquent que celles qui ont résidé avec leur(s) enfant(s) étaient significativement plus nombreuses à s'inscrire dans ce type de programme que les mères qui ne résidaient pas avec leur(s) enfant(s) (LUNDGREN et al., 2003).

Les pratiques de parentalité positives et l'amélioration des liens parents-enfants, ainsi que les résultats positifs pour les enfants, modifient les facteurs de vulnérabilité qui favorisent les comportements à risques d'usages problématiques, jouant de ce fait un rôle important pour sortir du cycle de la dépendance et de la parentalité dysfonctionnelle (SWORD et al., 2009). De la même manière, on sait que le renforcement de l'identité maternelle (*maternal self concept*) durant la grossesse est un facteur d'augmentation de la motivation à arrêter les consommations de substances psychoactives (MASSEY et al., 2012 ; RADCLIFFE, 2011).

Pour autant, le besoin de poursuivre le développement de dispositifs pertinents et appropriés pour les femmes demeure. Car en dépit des preuves que l'accès à la santé et aux services sociaux augmente les opportunités de soins des addictions, améliore l'état global de la santé et la santé mentale, favorise des résultats positifs en matière de protection de l'enfance, les études aux États-Unis ont constaté une diminution pour les femmes de la disponibilité des services de prises en charge et d'accompagnement qui envisagent la globalité de la situation, laissant des parents, dans le système de protection

de l'enfance, face à des réponses aléatoires vis-à-vis de leurs besoins (MARSH et SMITH, 2011).

En France, les problèmes liés à la maternité des toxicomanes ont longtemps été sous-évalués. Une enquête multicentrique menée auprès d'un échantillon représentatif de mères toxicomanes suivies en CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) portant sur 171 mères et leurs 302 enfants, confirme la gravité du problème. Les traitements de substitution et le travail en réseau ont amélioré la situation en ce qui concerne la grossesse et la période néonatale, mais le pronostic à moyen et à long terme reste médiocre avec une importante fréquence des séparations mère-enfant, et des placements qui traduisent la sévérité des dysfonctionnements familiaux. Cette enquête invite à développer des réponses globales, en réseau, pour soutenir ces mères et réduire les risques menaçant leurs enfants (CASSEN et al., 2004).

Cependant, si nous avons quelques éléments sur les prises en charge des parents usagers de drogues à partir du dispositif de soins aux addictions, nous ne disposons pas en France d'études comparables aux travaux nord-américains qui nous permettraient d'évaluer le niveau et la qualité des réponses mises en œuvre pour les mères usagères de drogues, lorsque leurs situations impliquent une intervention de la protection de l'enfance.

5.4 Dispositif d'intervention et accompagnement des comorbidités psychiatriques

5.4.1 Troubles de stress post-traumatique (PTSD)

Un nombre considérable de femmes qui entrent en traitement pour la dépendance aux substances psychoactives répondent à des critères pour les troubles de stress post-traumatique (PTSD). Plusieurs articles de langue anglaise font état de la recherche très active sur cette question (COVINGTON, 2008).

Depuis que le diagnostic d'« état de stress post-traumatique » (PTSD) a été introduit dans le DSM-III en 1980, une diversité d'approches psychothérapeutiques se sont développées. L'efficacité des approches pharmacologiques et psychothérapeutiques dans le traitement du PTSD a été démontrée empiriquement depuis plusieurs années (SCHNYDER, 2005).

Certains auteurs suggèrent de proposer des traitements spécifiques et intégrés qui reposent sur une triple approche théorique fondamentale : théorie du genre, théorie des addictions et théorie du traumatisme (COVINGTON, 2008).

Des études sur la mise en place de traitements focalisés sur le PTSD intégrés à des programmes de soins pour la dépendance tentent de montrer l'intérêt de cette approche (MORRISSEY et al., 2005). Souvent, ce type d'approche focalisée sur le traitement du PTSD est comparée à des interventions « classiques » de psycho-éducation en matière d'usage problématique de substances (HIEN et al., 2012). Si ce type de stratégie ne présente pas d'inconvénients thérapeutiques, plus de recherches sur leur efficacité sont nécessaires pour en améliorer les résultats (KILLEEN et al., 2008).

Des conclusions similaires sur l'importance d'adapter des modèles de traitement de la toxicomanie pour aborder simultanément les questions liées à l'histoire traumatique ont été aussi montrées dans une étude menée en centre résidentiel (SACKS et al., 2008), avec les mêmes attentes concernant la nécessité de recherches supplémentaires pour identifier les approches intégrées de traitements, pertinentes pour cette population.

Les traitements spécifiques des PTSD peuvent présenter un intérêt pour les femmes dépendantes comorbides sur le plan de la prévention des pathologies infectieuses, par la réduction des comportements sexuels à risque. Une étude randomisée a comparé deux types de thérapies de groupe visant à réduire les comportements sexuels non protecteurs : un programme de thérapie cognitivo-comportementale *seeking safety* versus un

programme comportemental d'éducation à la santé sur les risques sexuels. L'étude a été menée auprès de 346 femmes usagères de drogues avec des PTSD comorbides, participant à des traitements communautaires pour leur addiction et présentant des comportements sexuels à risque. Le suivi de contrôle, un an après le traitement, montre que les femmes qui avaient les comportements à risque les plus élevés et qui ont bénéficié du traitement spécifique pour leur trouble PTSD sont celles qui ont réduit le plus significativement les comportements sexuels à risque (HIEN et al., 2010).

La fréquence élevée de syndrome de stress post-traumatique (PTSD) chez les femmes qui présentent des usages problématiques de substances psychoactives conduit de nombreux auteurs à recommander en pratique des programmes intégrés qui visent à la fois les PTSD et les addictions aux substances psychoactives. Pour mettre effectivement en application de tels traitements, les instruments précis et fiables de diagnostic du PTSD sont nécessaires. Une enquête s'était fixée pour objectif d'examiner l'utilité de deux mesures psychométriques du PTSD afin d'optimiser le nombre de patientes correctement identifiées comme répondant aux critères diagnostiques du PTSD. Des entretiens cliniques à visée diagnostique du PTSD ont été passés auprès de 44 femmes en traitement résidentiel pour addiction de substances, complétées par des questionnaires concernant l'exposition à des traumatismes et la symptomatologie. Dans ce groupe, 38,6 % des participantes ont répondu à des critères diagnostiques du PTSD. Les résultats indiquent qu'un score de 38 et plus sur l'échelle d'auto-évaluation standardisée du PTSD dans la version civile (*PTSD Checklist Civilian Version*) et un score de 25 et plus dans l'inventaire de Penn (*Penn inventory for post-traumatic stress disorder*) maximalisent de façon optimale le nombre de femmes avec PTSD identifiée en réduisant au minimum la fréquence de faux négatifs et de faux positifs (HARRINGTON et NEWMAN, 2007).

Un dispositif de soins aux usagers de drogues propose, en plus de son offre ambulatoire et résidentiel de traitement par méthadone, la thérapie personnelle, la thérapie de groupe, la thérapie de couple, la thérapie familiale, des groupes de spiritualité, un volet dédié aux besoins spécifiques des femmes comme les services sociaux et médicaux de base, le logement, le transport, le soin aux enfants et le soutien à la parentalité. En plus d'offrir ces services fondamentaux, ce centre de soins utilise des stratégies distinctes de traitement avec les patientes femmes, afin de prendre en compte leurs expériences traumatiques et les réponses qui privilégient l'importance des relations interpersonnelles. Dans un article publié en 2002, le CODA décrit ses programmes de traitement spécifiques et présente les résultats empiriquement obtenus (UHLER et PARKER, 2002). Pour les auteurs, l'amélioration de leurs résultats auprès des femmes, en matière de maintien et d'engagement dans la démarche thérapeutique, est lié à cet ensemble de réponses à la fois spécifiques, complètes et focalisées sur le traitement du traumatisme. Le programme du CODA met en œuvre des thérapies actives comme l'utilisation des techniques d'expression dramatique, du psychodrame ou des jeux de rôle. L'évaluation interne du dispositif montre sur une quinzaine d'années que le programme donne des résultats aussi réussis chez les femmes que les hommes. Ce qui n'était pas le cas au début de la mise en place du programme spécifique pour les femmes. Ainsi, 70 % des traitements résidentiels des femmes parviennent à leur terme, si elles restent au-delà des 2 premières semaines dans le programme. Pour les auteurs, la mise en place du traitement spécialisé du traumatisme a augmenté la fréquence d'achèvement dans le programme résidentiel pour 87 % des femmes (UHLER et PARKER, 2002).

5.4.2 Troubles dépressifs et addictions

Ces dernières années, beaucoup de travaux ont été réalisés autour de la comorbidité dépression et usages problématiques de substances psychoactives chez les femmes (ZILBERMAN, TAVARES, BLUME, et EL-GUEBALY, 2003 ; SORDO et al., 2012). Différents travaux conclus dans le sens de l'existence pour certaines patientes alcooliques ou toxicomanes d'une symptomatologie dépressive préalable à l'usage problématique de substance, et qui

a perduré après un arrêt soutenu des consommations, démontrent tout l'intérêt qu'il y a pour ces patientes à pouvoir bénéficier d'une prise en charge ou d'un accompagnement pour leurs troubles dépressifs, conjointement aux soins aux addictions. À contrario, ils rendent visibles les conséquences néfastes de l'absence d'articulation des prises en charge en santé mentale et en addictologie (AMBROGNE, 2007).

5.4.3 Troubles des conduites alimentaires associés

L'usage problématique de substances psychoactives peut-être assez fréquemment associé à des troubles des conduites alimentaires (BONFA et al., 2008). Des troubles de l'image ou de l'estime de soi impactent de façon croisée les conduites alimentaires et de consommation de substances dans des stratégies de perte ou de contrôle problématique du poids. Certains auteurs proposent d'inclure ces variables comme cibles thérapeutiques dans les programmes de soins en toxicomanie (LINDSAY et al., 2012 ; BONFA et al., 2008). Une étude récente a testé l'efficacité d'un programme de santé complémentaire appelé *Healthy Steps to Freedom* (HSF) conçu pour les femmes usagères de drogues qui présentent des troubles de l'image du corps et des problèmes de poids. À partir de données de 124 femmes adultes, recrutées dans des équipements de soins en toxicomanie du sud du Nevada, l'étude évaluait l'utilisation de substances, un rapport au corps insatisfaisant, des troubles des conduites alimentaires, l'intériorisation d'idéaux corporels de minceur rigides et normatifs et la connaissance de comportements de santé avant et après la participation au programme de 12 semaines HSF. Les résultats ont indiqué une diminution significative des variables problématiques et une augmentation des connaissances et des comportements positifs en matière de santé. Pour les auteurs, ces résultats suggèrent que l'inclusion du programme de HSF dans les dispositifs de soins en toxicomanie améliore les questions liées au poids pour les femmes usagères de drogues. Si l'intérêt de ce type de dispositif en matière de comportements alimentaires, et plus globalement sur la santé, est mis en avant par les chercheurs, aucun élément sur la réduction ou la modification significatives des comportements d'usages n'apparaît dans les conclusions de l'étude (LINDSAY et al., 2012).

5.5 Interventions et précarités

Parmi les femmes présentant des usages problématiques d'alcool ou d'autres substances psychoactives, un sous-groupe est fortement précarisé. Les nombreux facteurs de risque auxquels doit faire face cette population exigent une focalisation sur le contexte social de l'usage problématique de substances des femmes sans-abri (WENZEL et al., 2009). Une étude portant sur 445 femmes sans-abri, aléatoirement échantillonnées et interviewées, met en évidence des consommations abusives d'alcool, l'usage de cannabis, de crack, de cocaïne et de méthamphétamine ou d'autres amphétamines, pendant les 6 derniers mois (WENZEL et al., 2009). Ces résultats suggèrent l'importance des réponses structurelles ciblées sur l'usage problématique d'alcool et des autres drogues pour les femmes sans-abri, y compris en favorisant l'accès aux traitements et aux dispositifs d'accompagnement en addictologie aussi bien qu'en santé mentale (WENZEL et al., 2009).

Au début des années 2000, une première description de programme spécifiquement dédié aux femmes toxicomanes sans-abri a été réalisée aux États-Unis (BRIDE et REAL, 2003). L'article montre l'intérêt d'une approche focalisée sur le genre, qui propose de multiples services médicaux et d'éducation à l'intérieur d'un même programme de soins, pour un sous-groupe de femmes dépendantes fortement précarisées et touchées par le VIH.

Une méta-analyse récente a cherché à identifier les moyens les plus efficaces pour aider les femmes sans-abri avec des problèmes de toxicomanie à améliorer leur bien-être et à accéder à un logement stable. Les distorsions de l'image de soi et de ses compétences construites dans des contextes relationnels dysfonctionnant et les problèmes de santé mentale constituent des facteurs majeurs auxquelles les femmes toxicomanes sans-abri sont confrontées lorsqu'elles veulent « s'en sortir ». Cette étude propose des axes pour

des stratégies thérapeutiques d'approche de ces femmes, notamment le soin qu'il convient d'apporter à l'évaluation des situations, à la bienveillance, à la construction maîtrisée de relations d'aide personnalisées, au développement de la confiance interpersonnelle, au maintien de l'espoir, et à l'utilisation des intervenants et de la consultation psychothérapeutique de manière ciblée. Pour les chercheurs, l'élaboration des soins pour les femmes sans-abri, qui repose sur la reconnaissance et le développement de leurs compétences, offre une nouvelle voie de compréhension et des interventions plus efficaces (FINFGELD-CONNETT et al., 2012).

Un projet canadien s'est donné pour but de dégager des lignes directrices pour de meilleures pratiques destinées aux femmes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues, afin de les mettre à la disposition des décideurs et des acteurs. Ce projet fait l'objet d'un rapport construit à partir d'une analyse critique des recherches sur l'intervention précoce, les services de première ligne et les liens communautaires à l'intention des femmes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues ; ainsi que sur des entrevues avec des experts clés et des groupes de discussion de femmes qui mettent en avant leurs points de vue (HEALTH CANADA, 2006). Les recommandations portent sur : le renforcement des orientations de prestations de services ; les considérations axées sur le client ; les processus de dépistage ; l'intervention précoce ; les questions liées à l'approche des populations ; les moyens de soutien communautaires pertinents ; la coordination et l'intégration des approches communautaires. Le document très détaillé donne un cadre pour penser et concevoir des interventions en proposant des outils conceptuels et pratiques.

5.6 Interventions auprès de femmes en situations de violence

Une étude a examiné l'incidence des services globaux sur l'usage de substances après traitement chez des femmes qui présentent une histoire de violence conjugale. L'échantillon inclut 1123 femmes prises en charge dans 50 équipements qui participent au dispositif national d'évaluation des traitements (*National Treatment Improvement Evaluation Study*). Il s'agissait de déterminer si une histoire de violence conjugale réduit le lien entre la façon dont les patientes reçoivent le service proposé et l'utilisation de substances après traitement. Des corrélations significatives ont été trouvées entre l'histoire de la violence conjugale ($p=0,016$) et les services familiaux ($p=0,023$) comme indicateur probable de l'usage de substances à la sortie du traitement (ANDREWS et al., 2011).

Bien que les fréquences excessivement élevées de violence parmi des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) soient connues, en revanche, ce qui concerne les différences liées au sexe reste peu étudié parmi cette population. À partir de l'identification d'un environnement considéré comme « à risque », une étude s'est attachée à l'analyse des facteurs liés au vécu de la violence parmi les participants d'une cohorte 1114 personnes UDVI suivies entre 1996-2005 au Canada. Parmi elles, 291 femmes (66 %) et 470 hommes (70 %) ont déclaré avoir vécu de la violence au cours de la période d'étude. Dans les analyses multivariées qui ont été effectuées, la maladie mentale, l'utilisation fréquente d'alcool, de crack, le fait d'être sans-abri, l'implantation éloignée du centre-ville, et le besoin d'aide pour s'injecter, ont été significativement associés au vécu de la violence pour les deux sexes ($p<0,05$). Pour les femmes, le trafic (AOR=1,30) et l'abus de substance (AOR=1,42) ont été franchement associés à la violence, alors qu'un âge plus jeune (AOR=1,02), une injection fréquente d'héroïne (AOR=1,24), et l'incarcération (AOR=1,50) étaient significatifs pour les hommes. Les femmes étaient victimes d'agression par des connaissances, des conjoints, et des clients du commerce sexuel, alors que les hommes l'étaient par des étrangers et la police. Ces résultats indiquent que la prédisposition à la violence parmi les UDVI est structurée par des facteurs environnementaux tels que le fait d'être sans-abri, la participation à l'économie de la drogue et l'utilisation fréquente d'alcool. En outre, on observe des différences importantes entre les sexes en ce qui

concerne les facteurs prédictifs et les caractéristiques des agressions violentes. Selon les auteurs, les résultats suggèrent de développer des programmes globaux et des interventions focalisées dont l'approche prend en compte les différences de genre liées à la violence parmi les UDVI (MARSHALL et al., 2008).

Une étude de 2002 a examiné les relations entre l'usage de substances psychoactives et les mauvais traitements infligés par un partenaire, parmi les femmes (N=1025) qui ont suivi un traitement dans les systèmes de justice pénale à New York City et à Portland (Orégon). Les résultats indiquent qu'il est utile pour les intervenants de comprendre les histoires de victimisation de leurs patientes et les relations entre violence conjugale et usage de substances afin de les aider à s'engager dans le processus de traitement et à apprendre à éviter de s'inscrire dans des processus de répétitions relationnelles (WILSON-COHN et al., 2002).

La violence conjugale a émergé comme un problème sérieux chez les femmes en soins pour les addictions. Une recherche par entretiens structurés a été conduite auprès de 416 femmes sous méthadone aléatoirement choisies. Les résultats mettent en évidence que la prédominance de la violence conjugale physique et/ou sexuelle est préjudiciable au soin. Un faible soutien social est sensiblement associé à l'agression physique ($p=0,0001$) et aux agressions sexuelles ($p=0,003$). Pour les chercheurs, les interventions auprès de ces femmes devraient se concentrer sur le renforcement des réseaux sociaux de soutien qui mobilisent la demande d'aide pour la violence conjugale et les problèmes de toxicomanie (PANCHANADESWARAN et al., 2008).

5.7 Contextes judiciaires d'intervention

Il n'est pas surprenant que parmi la population de femmes usagères de drogues incarcérées, la fréquence de comorbidités psychiatriques soit importante. C'est ce que montrent les recherches sur ce sous-groupe de femmes (LEWIS, 2006). Les femmes incarcérées ont des besoins complexes en matière de santé et particulièrement de santé mentale. Elles sont donc susceptibles d'être des utilisatrices des services de soins dans le système judiciaire. Un article souligne que des différences entre les sexes doivent être appréciées, et que l'offre de service aux hommes et aux femmes détenus doit être structurée en ayant à l'esprit ces différences. Il s'agit pour les auteurs de l'article de développer des services pour les femmes incarcérées qui déterminent la configuration des dispositifs et les modalités de traitement en prenant en compte le genre, les dimensions interculturelles et la psychopathologie (LEWIS, 2006).

Le taux de récidive et de rechute assez élevé chez les usagères de drogues rencontrées dans le système judiciaire et le peu de places disponibles dans des programmes de soins spécifiques à l'intérieur du circuit pénal conduit à rechercher d'en augmenter l'efficacité (FINFGELD-CONNETT et JOHNSON, 2011). De façon générale, les femmes incarcérées bénéficient de moins de services que les hommes (OSER et al., 2009). Une revue systématique d'études qualitatives a récemment dégagé des constats et préconisé des axes de travail pour améliorer leurs prises en charge. Le premier constat porte sur la faible motivation à s'engager dans une démarche de soins chez les usagères de drogues rencontrées dans le système pénal. Le second rejoint les autres travaux sur les femmes qui mettent en avant la présence significative de comorbidités psychiatriques comme les troubles anxio-dépressifs et les histoires traumatiques, de la violence physique et des abus sexuels. Par conséquent, les auteurs recommandent des services qui proposent une palette complète d'interventions qui prennent en compte la spécificité des situations féminines (accessibilité, soutien social, addictologie, santé mentale, parentalité, justice) des approches qui travaillent dans une individualisation des accompagnements de façon focalisée sur la motivation (notamment au début du programme) et la levée des ambivalences (FINFGELD-CONNETT et JOHNSON, 2011).

Les études randomisées portant sur des interventions en contexte de liberté conditionnelle et examinant des effets de genre sont rares. Une étude a examiné les principaux effets de genre et les interactions croisées de traitement et de genre dans un essai randomisé multisite (N=431) comparant une nouvelle forme de surveillance correctionnelle (gestion comportementale de collaboration [CBM]) à la liberté conditionnelle standard pour des usagers condamnés pour une infraction à la législation sur les substances illicites. Les résultats ont inclus des mesures répétées de l'usage de drogue, de l'utilisation d'alcool, et de la récidive jusqu'à 9 mois après. Aucune différence en fonction du sexe en ce qui concerne la récidive n'a été observée. Le genre a interagi avec les traitements pour prévoir l'utilisation d'alcool. Ainsi, les femmes qui ont bénéficié du traitement CBM ont enregistré de meilleurs résultats avec l'alcool. Les chercheurs concluent que, parmi les facteurs positifs particulièrement importants pour les femmes en liberté conditionnelle, on retrouve des attentes claires, le renforcement positif, la valorisation des résultats positifs, l'équité, autant de points d'appui du programme CBM (JOHNSON et al., 2011).

5.8 Autres types d'intervention

Aux États-Unis, il existe des programmes d'intervention à domicile pour réduire l'utilisation de substances ciblées sur des femmes usagères de drogues à haut risque et en âge de procréer. L'intervention est de type gestion intensive de cas multifocalisée sur six domaines : santé mentale, support social, fonctionnement familial, sentiment d'efficacité personnelle, de bien-être global, consommations d'alcool, de tabac et de toute autre substance. Un article sur l'évaluation d'un programme montre que les améliorations étaient statistiquement significatives et suggère que l'approche est pertinente (LOUDENBURG et LEONARDSON, 2003). Dans une autre étude randomisée, 302 femmes dépendantes sans traitement ont été affectées aléatoirement à un dispositif de soin habituel ou à la gestion intensive de cas, pour un traitement de 12 semaines avec un suivi pendant 15 mois après traitement. Les mesures de résultats ont été effectuées à différentes étapes, avant et pendant le traitement et durant les 15 mois suivants par des entretiens et des mesures biologiques. Les participantes au programme de gestion intensive de cas ont eu plus de contacts avec leurs référents, un meilleur engagement dans le traitement et on fait preuve de plus d'autonomie face aux difficultés que ne l'ont fait celles qui bénéficiaient des soins usuels. Contrairement à ce qui était prévu, des facteurs psychopathologiques et environnementaux plus sévères n'ont pas affecté les résultats. Pour les auteurs la gestion intensive de cas est une méthode valide pour le traitement de la toxicomanie (MORGENSTERN et al., 2008) et notamment auprès des publics précaires (MORGENSTERN et al., 2009).

Les médecins généralistes peuvent aussi prendre en compte la spécificité des femmes qui rencontrent un usage problématique de substances psychoactives illicites dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire. Une étude qualitative approfondie menée au Canada a identifié deux phases dans les relations patient-médecin auprès des femmes usagères de drogues : les phases d'engagement et de maintenance. Les résultats de l'étude proposent des stratégies pour soutenir les relations patient-médecin pendant chacune de ces phases qui ont des implications pour améliorer la santé de ces femmes (WOOLHOUSE et al., 2011).

Depuis plusieurs années, des services téléphoniques ou en ligne viennent en appui des dispositifs d'accompagnement ambulatoire. Plus particulièrement en ce qui concerne le tabac et l'alcool. En 2010, une revue de la littérature sur l'efficacité des services d'aide en ligne pour les problèmes liés à la consommation d'alcool conclut que, si dans l'état actuel des études disponibles, les preuves d'efficacité sont réduites de façon générale, les femmes font parties des sous-groupes susceptibles de bénéficier de ce type de soutien (WHITE et al., 2010).

5.9 RDR et Prévention

Cette revue de la littérature repère peu de publications concernant la prévention des conduites addictives, qu'elle soit primaire ou secondaire ou qu'elle relève de la réduction des risques (LUMLEY et al., 2009 ; MEYER-LEU, 2003 ; OSADCHY et al., 2009 ; FANG et al., 2004 ; TUTEN et al., 2012 ; LEJEUNE, 2003 ; FLOYD et al., 2006).

Les publications portant sur le tabac et l'alcool concernent les actions spécifiques auprès de femmes enceintes.

Les publications concernant les actions de réduction des risques spécifiques auprès des femmes en France sont quasi inexistantes dans la revue de la littérature ici établie. Ceci est paradoxal, car il apparaît que des actions existent sans aucune valorisation dans la littérature.

L'article de JAUFFRET-ROUSTIDE en 2011 (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2011) observe que la politique de réduction des risques en France a fait la preuve de son efficacité dans le domaine de la santé publique, même si les pratiques d'exposition au risque infectieux persistent, en particulier parmi les groupes les plus vulnérables, tels que les femmes usagères de drogues, ou dans certains contextes, tels que l'initiation.

Notons que les rares publications françaises ou anglo-saxonnes sur le sujet concernent essentiellement des sous-populations féminines, comme les femmes prostituées dans l'espace public (SHANNON et al., 2008 ; BOWSER et al., 2008), les femmes séropositives (PINKHAM et MALINOWSKA-SEMPRUCH, 2008), les femmes détenues (ESTEBANEZ et al., 2002), les usagères de crack (BONNIN, 2005) ou les femmes à la rue (FINFGELD-CONNETT et al., 2012).

Pour lever les obstacles spécifiques que rencontrent les femmes dans l'accès aux soins, des études montrent l'intérêt de stratégies multifocales et intensives qui visent à contrecarrer les effets des stigmates sociaux, à lever les craintes vis-à-vis du placement de leur enfant, à favoriser l'accès à la santé, au droit, à l'emploi, à des possibilités de transport et de mode de garde d'enfant. De façon générale, une offre globale de soins cohérente et articulée au travail de première ligne augmente l'accès aux soins des femmes. Des études montrent que la prise en compte et l'implication des conjoints, de la famille et des réseaux sociaux ou communautaires des femmes dépendantes est un facteur positif dans la prise en charge et la prévention de la rechute.

La prise en charge des mères usagères de drogues avec leurs enfants et les mesures d'accompagnement de la parentalité montrent des résultats positifs tant en matière d'addiction que de développement des enfants, soit dans le cadre de dispositifs intégrés (addictologie, psychiatrie, prise en charge de l'enfant, accompagnement des liens parents-enfants) que dans des réseaux périnatalité/addictologie. Des études montrent l'intérêt dans le cadre d'accompagnement en addictologie, pour des interventions focalisées sur les troubles psychiatriques associés (PTSD, troubles anxio-dépressifs ou des conduites alimentaires), ainsi que les problèmes de violence souvent liés à l'environnement familial et social. Ces interventions sur les comorbidités psychiatriques, les troubles des conduites ou les problèmes relationnels, conjointes à l'accompagnement en addictologie, améliorent les pronostics.

6 Traitements spécifiques

6.1 Pharmacothérapies

En dehors de la France et de quelques autres situations locales particulières, la méthadone reste le traitement de substitution le plus largement répandu pour la dépendance aux opiacés. En Amérique du Nord, les femmes représentent approximativement 40 % des

patients actuellement traités dans des programmes de maintenance à la méthadone (MMT). Comparativement, peu de recherches spécifiquement adaptées à ce groupe ont été publiées. Un article a entrepris de faire le point sur cette question. Après avoir donné un aperçu sur les études neurobiologiques concernant la dépendance aux opiacés incluant l'examen des différences entre les sexes, ainsi qu'un examen de la pharmacologie de la méthadone, les auteurs examinent les différences et les besoins particuliers des femmes traitées par méthadone. L'article examine les problèmes de polydépendance à d'autres substances, les problèmes de santé des femmes, et les besoins psychosociaux qui leur sont spécifiques. La recherche prouve que les femmes ont des besoins de traitement différents par rapport à leurs homologues masculins (OSADCHY et al., 2009).

Face aux problèmes multiples que rencontrent les femmes enceintes dépendantes des opiacés et aux risques pour leur santé et celles de leurs enfants, il est établi depuis plusieurs années que les traitements de substitution qui utilisent les agonistes des récepteurs opiacés constituent la meilleure option thérapeutique (KREEK et al., 2010). En 2004, la Fédération Française d'Addictologie organise avec la participation de l'ANAES une conférence de consensus sur les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés. Les conclusions considèrent que la dépendance aux opiacés implique une grossesse à risque et que les médicaments de substitution aux opiacés (MSO, méthadone, BHD) « *sont une excellente indication chez une femme dépendante des opiacés* » (UNGER et al., 2012). D'ailleurs les traitements de substitution aux opiacés présentent un bilan positif chez les femmes enceintes dépendantes, comme le montre l'enquête du Groupe d'étude Grossesse et Addictions (GEGA), menée dans 35 unités de soins périnataux, auprès de 259 femmes recevant un traitement de substitution, buprénorphine haut dosage ou méthadone. « *Correctement pris en charge, de façon pluridisciplinaire, les antécédents d'héroïnomanie n'aggravent pas spécifiquement le pronostic des grossesses* » (CONFERENCE DE CONSENSUS FFA ET ANAES, 2004). Une étude de 2005 du *National Survey Found* indique que la méthadone est un traitement recommandé pour les femmes enceintes souhaitant interrompre leur consommation d'héroïne (LEJEUNE et al., 2003).

Qu'il s'agisse de buprénorphine ou de méthadone l'exposition fœtale induit à la naissance un syndrome de sevrage pour le nourrisson (GOFF et O'CONNOR, 2007) dont l'importance peut conduire parfois à des hospitalisations (BLANDTHORN et al., 2011).

Des recherches sont menées sur les pharmacothérapies de la femme enceinte dépendante aux opiacés, dont certaines examinent la possibilité de la naltrexone. L'efficacité de la naltrexone injectable face au placebo, son blocage des effets euphoriques agonistes, l'absence de risque d'abus et de développement de phénomène de tolérance, son profil d'effet antagoniste réduit, en font un médicament potentiel pour les femmes enceintes dépendantes aux opiacés. Cependant, il n'est pas sans présenter de potentiels inconvénients sérieux. Comme l'induction d'autres substances problématiques qui peuvent mener à des vulnérabilités en ce qui concerne la rechute, le rétablissement physique de la dépendance, les comportements accrus de risque, l'abandon du traitement et l'overdose d'opiacé. Avant de s'engager sur de futures recherches sur ce médicament, il conviendra de peser soigneusement les avantages et les risques pour la mère, l'embryon, le fœtus et l'enfant (HYTINANTTI et al., 2008).

Pour les dépendances anciennes aux opiacés, la question de la prescription d'héroïne médicalisée par voie injectable se pose. Une étude préliminaire randomisée de phase III a été effectuée entre 2005 et 2008 à Vancouver et à Montréal, auprès d'un total de 226 personnes présentant une dépendance ancienne aux opiacés et n'ayant jamais reçu de traitement. Les patients étaient randomisés pour recevoir une prescription d'héroïne injectable (diacétylmorphine) ou de méthadone par voie orale pendant 12 mois. Tous les patients bénéficiaient d'un accompagnement psychosocial et de soins de première intention. L'évaluation portait sur l'usage de drogue illicite, la santé, l'adaptation sociale et la qualité de la vie. Au final, les résultats montrent que les taux de maintien dans le

programme sont sensiblement plus importants chez les femmes ayant reçu l'héroïne injectable que la méthadone orale (83,3 % contre 47,8 %). Les hommes ayant reçu l'héroïne injectable ont amélioré manifestement plus que les femmes leur qualité de vie relative à la santé et aux relations familiales. En revanche, les femmes ayant reçu l'héroïne injectable ont eu des améliorations sensiblement plus grandes en ce qui concerne l'usage de drogues illicites et la santé psychologique, par comparaison à celles qui ont reçu la méthadone orale. Ainsi, l'étude conclut que pour les femmes anciennement dépendantes aux opiacés qui n'ont pas suffisamment pu accéder à des traitements, la prescription d'héroïne injectable médicalisée est plus pertinente que la méthadone par voie orale (JONES et al., 2012).

Les traitements par méthadone interagissent avec plusieurs paramètres physiologiques. Les transformations liées à la ménopause font partie de ceux-là. Un article décrit les symptômes de la ménopause mis à jour parmi 135 femmes sous méthadone âgées de 40 et 55 ans. Au-delà des symptômes connus de la ménopause, des symptômes résiduels ont été enregistrés avec des étiologies inconnues (OVIEDO-JOEKES et al., 2010). Il est important de comprendre comment les femmes, à cette période de la vie, interprètent leurs symptômes, dans la mesure où ces interprétations peuvent orienter des choix de comportement de santé et de traitement. Une éducation à la compréhension des causes, du diagnostic, et du traitement réel des symptômes peut encourager ces femmes à rechercher le traitement le plus approprié. Une meilleure compréhension de ces variations symptomatiques peut être utile aux intervenants pour accompagner des femmes sous méthadone.

Différentes molécules sont utilisées dans le traitement des cocaïnomanes sans qu'aucune d'entre elles ne dispose d'une AMM dans cette indication (TUCHMAN, 2010b). Le disulfiram est l'une d'entre elles. Une étude s'est donné comme objectif d'évaluer la réponse différentielle des hommes et des femmes au traitement par disulfiram de la dépendance à la cocaïne. Deux tests cliniques randomisés mis en commun faisant participer 191 sujets cocaïne-dépendants (femmes=36 %) ont été évalués. Les résultats montrent que les hommes traités avec le disulfiram ont eu de meilleurs résultats que ceux qui ne l'étaient pas. Les femmes ont eu des résultats intermédiaires indépendamment du fait d'avoir reçu le disulfiram. Les différences de réponse sexuée au traitement par disulfiram ont des implications cliniques et théoriques importantes. Les causes de cette réponse sexuée ne sont pas claires, mais les mécanismes possibles méritent une étude de plus grande ampleur incluant l'examen des différences dans l'usage sexué de l'alcool, ainsi que les différences de neuromédiation de la dopamine en réponse à la cocaïne et au disulfiram (ESCOTS et SUDERIE, 2010).

Le stress et la cocaïne constituent un signal d'entrée qui augmente le *craving* et contribue à la rechute. Il est intéressant d'étudier les indicateurs neuraux du *craving* respectivement corrélés au stress et à la cocaïne en comparant les hommes et les femmes dépendants à la cocaïne. Une étude a employé l'IRM fonctionnel pour évaluer respectivement les réponses aux scripts individualisés de stress, au caractère de signal de la drogue ou de l'alcool et dans des conditions de repos avec des images neutres, chez 30 personnes cocaïno-dépendantes abstinences (16 femmes, 14 hommes) comparé à 36 sujets consommateurs d'alcool récréatif non dépendants (18 femmes, 18 hommes). Les résultats suggèrent que le sexe devrait être pris en considération dans la sélection des thérapies du traitement de la dépendance, en particulier celles qui visent la réduction du stress (NICH et al., 2004).

En marge, en complément ou en alternative des pharmacothérapies, l'acupuncture ou l'auriculothérapie a aussi été expérimentée pour les femmes. L'utilisation de l'acupuncture dans le cadre de traitement des dépendances (POTENZA et al., 2012) et notamment pour l'usage problématique de la cocaïne est connue (MARGOLIN, 2003 ; GIGLIO, 2001). Une étude exploratoire a évalué les avantages qu'il y a à compléter un programme thérapeutique de psycho-éducation structuré par de l'acupuncture auriculaire pour des

femmes dépendantes à des substances présentant des troubles anxieux-dépressifs. Les résultats montrent une réduction du *craving* et moins de symptômes dépressifs et d'anxiété, significativement supérieurs au groupe témoin. L'étude conclut à l'intérêt de l'acupuncture auriculaire, comme thérapie de complément à un programme thérapeutique complet de psycho-éducation pour des femmes dépendantes. Pour les auteurs, cette stratégie se montre prometteuse comme alternative pertinente aux traitements anxiolytiques (MARGOLIN et al., 2002).

Le genre peut interférer avec les traitements pharmacologiques, c'est le cas par exemple de la fluoxétine (un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) haut dosage dans le cadre du traitement des tabagiques. Une étude randomisée portant sur 989 hommes et femmes fumeurs montre des différences dans le sous-groupe de ceux qui n'adhéraient pas au traitement, les femmes rechutant plus fréquemment que les hommes (COURBASSON et al., 2007).

Une revue de la littérature a examiné les différences entre les sexes dans l'arrêt du tabagisme avec et sans traitement avec du bupropion. Il s'agissait de savoir si les femmes et les hommes ont des indices de réussite comparables pour sortir du tabagisme indépendamment du traitement, si le bupropion est pertinent pour les femmes, et si l'efficacité du bupropion diffère pour les hommes et les femmes. Les données pour 4421 participants répartis dans 12 essais randomisés d'arrêt du tabac avec bupropion contre placebo ont été examinées. Les résultats ont indiqué que le bupropion était une aide pertinente à l'arrêt de tabagisme indépendamment du sexe (OD : 2,49) ; le bupropion s'est avéré une aide pertinente pour des femmes (OD : 2,47). Mais de façon générale, indépendamment du traitement (bupropion ou placebo), les femmes ont moins de résultats positifs que des hommes pour arrêter le tabac (BORRELLI et al., 2004).

6.2 Psychothérapies

En 2004, une expertise collective INSERM portant sur l'évaluation des psychothérapies, réalisées à partir d'une analyse systématique de la littérature internationale publiée sur ce thème (plus de 1000 études en anglais), a fait apparaître l'efficacité des techniques cognitivo-comportementales sur la majorité des troubles psychiatriques (SCHARF et SHIFFMAN, 2004). L'émotion suscitée dans le milieu « psy » a conduit à de nombreuses controverses dans les années suivantes. Les critiques qui portent sur l'impossibilité même de l'évaluation de la psychothérapie ne sont pas recevables sur le plan scientifique et politique : il s'agit d'activités sociales de santé qui concernent tout un chacun et de plus en plus de citoyens, et dont les méthodologies d'évaluation disponibles sont de plus en plus pertinentes. En revanche, le déséquilibre entre les résultats présentés par les différentes approches considérées et sur lesquels se fonde l'évaluation mérite notre attention. Ainsi, les résultats étaient significativement moins étendus en ce qui concernait la psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique que les approches cognitivo-comportementales. L'approche systémique se répartissait elle-même entre la thérapie d'orientation cognitivo-comportementale, qui présentait des résultats, et une autre, plutôt psychodynamique, qui en présentait peu (EXPERTISE COLLECTIVE INSERM, 2004). Cet état actuel des recherches sur l'évaluation des psychothérapies limite les conclusions que l'on peut tirer et invite à poursuivre l'amélioration des méthodologies évaluatives et à intensifier l'effort de réalisation d'études d'évaluation. La revue que nous entreprenons ici rencontre des problèmes identiques. La quasi-totalité des publications provient de recherches réalisées auprès de dispositifs où les approches cognitivo-comportementales sont dominantes. Si cette situation ne doit pas conduire à invalider les résultats des travaux présentés, elle devrait néanmoins inviter à en pondérer les conclusions. Les approches psychothérapeutiques présentées dans cette partie correspondent uniquement à celles dont des études publiées font valoir explicitement un intérêt spécifique pour les femmes.

Parmi les thérapies cognitivo-comportementales, la thérapie comportementale dialectique de LINEHAN a pour indication privilégiée les troubles de la personnalité limite (*borderline*). Si une méta-analyse récente affiche des résultats modérés pour cette forme de thérapie (THURIN, 2011), en revanche des travaux récents suggèrent des résultats probants pour les traumatismes sexuels et la dépendance aux substances psychoactives. C'est le cas dans une étude où 27 femmes dépendantes diagnostiquées comme présentant un trouble de la personnalité *borderline* ont bénéficié de cette forme de traitement cognitivo-comportemental centrée sur la régulation des processus émotionnels. L'étude montre que le traitement a donné des résultats encourageants quant à la diminution de l'utilisation de substances (KLIEM et al., 2010). Si l'effectif restreint de cette étude invite à une poursuite des travaux d'une plus grande ampleur avant de pouvoir tirer des conclusions sur l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique, elle présente néanmoins l'intérêt d'attirer l'attention des cliniciens sur l'importance des régulations émotionnelles dans les processus addictifs et le traitement des femmes dépendantes.

Une étude, portant sur 433 hommes et 314 femmes dépendantes aux substances stupéfiantes en soins, montre que les traitements qui visent à l'identification précoce des tensions émotionnelles et à la diminution du recours à la décharge émotive, par l'utilisation de stratégies d'intervention telles que la gestion des émotions, la restructuration cognitive ou l'entretien motivationnel, encouragent à augmenter les solutions alternatives et prolongent la durée des prises en charge (AXELROD et al., 2011).

Des essais cliniques randomisés ont été effectués pour tester si des programmes basés sur la thérapie de groupe de prévention des rechutes qui utilisent une approche cognitivo-comportementale axées sur les femmes est plus efficace que le même type d'approche dans un programme classique mixte. Le *Women Recovery Group* (WRG) est un programme de thérapie de groupe de 12 séances hebdomadaires de 90 minutes, structuré par la prévention des rechutes, avec à la fois des contenus axés sur les femmes et une composition du groupe entièrement féminine. Les groupes de contrôle sont des programmes du *Counseling Drug Group* (GDC), de même format et poursuivant les mêmes objectifs, mais dont la composition est mixte, et qui n'ont pas de contenu axé spécifiquement sur les femmes. Les deux groupes insistent sur l'abstinence. Les femmes sont assignées au hasard. Une étude montre que le programme WRG spécifique aux femmes était réalisable avec un niveau de satisfaction élevé parmi les participantes. Ce type de programme est pertinent car si le programme GDC mixte réduisait l'utilisation de substances pendant la phase de traitement, l'amélioration était sensiblement plus grande dans la réduction de l'usage de drogue et d'alcool dans la phase complémentaire après traitement par comparaison au programme GDC mixte. Un programme de prévention de la rechute utilisant un traitement de groupe d'approche cognitivo-comportemental spécifique aux femmes peut améliorer les résultats cliniques à plus long terme (KOHN et al., 2002).

Ce type d'étude randomisée peut aussi comparer les thérapies focalisées sur les PTSD et celles centrées sur la prévention de la rechute. Comme dans cette étude qui a comparé l'efficacité de deux thérapies cognitivo-comportementales pour des patientes qui présentent à la fois des troubles de stress post-traumatique (PTSD) et des troubles addictifs. La première est de type « *seeking safety* » et la seconde, de type prévention de rechute, le contrôle étant effectué par un groupe témoin de soins de santé standard pour les comorbidités PTSD et d'addiction. Cent sept femmes à faibles revenus d'une population urbaine qui présentent une comorbidité PTSD et addiction ont été aléatoirement affectées pour recevoir un des deux genres de thérapie cognitivo-comportementale ou un traitement standard. Les résultats montrent une amélioration des symptômes psychiatriques et de PTSD ainsi qu'une réduction de l'usage des substances psychoactives, supérieurs aux soins standard, au terme des 3 mois de traitement, ainsi qu'à 6 et 9 mois après (GREENFIELD et al., 2007b).

6.2.1 Interventions psychothérapeutiques dans le cadre de la périnatalité

Historiquement, les programmes comportementaux de soutien à la parentalité pour des mères usagères de drogues s'occupant des enfants en bas âge ont rencontré des succès limités pour améliorer les soins maternels et l'ajustement de la dyade. L'hypothèse est avancée que les limites des programmes comportementaux est en partie due à ce qu'ils ne s'adressent pas aux processus fondamentaux d'attachement et aux déficits émotionnels et affectifs du parent et/ou de l'enfant. Une étude randomisée auprès de 47 mères en traitement pour les addictions qui s'occupent d'enfants de moins de 3 ans a comparé un programme de 12 sessions hebdomadaires de thérapie individuelle (MTP) qui vise à augmenter la capacité maternelle à exercer un fonctionnement psychique réflexif et à affaiblir l'influence de représentations mentales qui affectent de façon négative et sévère la parentalité, avec un programme d'éducation à la parentalité et de conseils développementaux standard (PE) de même intensité. À la fin du traitement, les mères qui ont bénéficié du MTP ont démontré un meilleur fonctionnement réflexif, une qualité de représentation et un comportement dans les soins maternels de meilleure qualité que ne l'ont fait les mères dans le programme éducatif comportemental. Ces résultats se confirment six semaines après traitement. Deux éléments du fonctionnement parental réflexif ont été identifiés dans l'étude : l'un focalisé sur le soi parental représentant la capacité de la mère à mentaliser ses émotions internes fortes comme la colère, la culpabilité ou la douleur, et de leur incidence sur l'enfant ; et l'autre focalisé sur l'enfant représentant la capacité de la mère à mentaliser les émotions de l'enfant et leurs incidences sur elle. Les résultats de cette étude suggèrent que :

- 1) la seule abstinence maternelle ne mène pas à l'amélioration des soins maternels à l'enfant ;
- 2) l'exploration individuelle des aspects émotionnels de la mère et des relations mère/enfant ne semble pas gêner (et peuvent favoriser) l'abstinence prolongée ;
- 3) il est possible de proposer des interventions thérapeutiques sur le lien d'attachement pour des mères qui sont activement inscrites dans le traitement de leur addiction et qui s'occupent de leur enfant en bas âge ;
- 4) l'amélioration de l'augmentation du fonctionnement psychique réflexif, de la qualité des représentations parentales, et de l'ajustement de la dyade (comportements dans les soins maternels et communication de l'enfant) peut être observée dès 12 semaines de traitement et maintenue six semaines après (HIEN et al., 2004).

6.2.2 Thérapie de couple

Dans la thérapie comportementale de couple (BCT), le patient dépendant à l'alcool est reçu avec son conjoint pour le soutenir au quotidien dans son intention de changement. Les résultats accumulés ces dernières années ont apporté de nombreuses preuves que ce type de dispositif thérapeutique produit une plus grande abstinence et une amélioration des relations au sein du couple supérieures au traitement individuel typique. Il réduit également les coûts sociaux et la violence familiale. Des avancées récentes ont élargi ces résultats aux femmes toxicomanes en affichant des avantages indirects pour les enfants du couple et l'extension vers les membres de la famille élargie, permettant d'associer la thérapie de couple et la thérapie familiale à la pharmacothérapie (SUCHMAN et al., 2011).

Ce sont aussi les conclusions d'un essai clinique randomisé où des patientes alcooliques mariées ou en couple (n=138) et leurs conjoints ne présentant pas de troubles addictifs à des substances ont été aléatoirement affectés à une des trois interventions suivantes d'un niveau d'intensité équivalent : soit une thérapie comportementale de couple avec un traitement individuel (BCT ; n=46) ; soit un traitement individuel seulement (IBT ; n=46), soit un traitement de contrôle de type psycho-éducatif (PACTE ; n=46). Les fréquences d'alcoolisation au sein du panel étaient sensiblement les mêmes avant le démarrage des interventions. Pendant le traitement, les participants qui ont bénéficié du BCT ont montré une amélioration sensiblement plus grande du fonctionnement du couple que ceux qui ont

bénéficié du IBT ou du PACTE. Au terme du traitement d'une année, comparés aux participants qui ont bénéficié de l'IBT ou du PACTE, les participants qui ont bénéficié de la BCT ont enregistré une réduction de leur consommation d'alcool ; moins de conséquences négatives liées à l'alcoolisation ; un ajustement dans le fonctionnement du couple plus élevé ; une réduction de la violence associée (O'FARRELL et FALS-STEWART, 2002).

Lorsqu'on donne le choix aux femmes qui présentent une dépendance à l'alcool entre un traitement individuel ou avec leur conjoint, toutes ne choisissent pas le traitement avec leur conjoint. C'est notamment le cas lorsqu'elles ont un niveau d'éducation plus élevé et que leurs relations à leur conjoint sont jugées par elles comme particulièrement insatisfaisantes. Une diversité dans l'offre de soins (individuel et/ou en couple) facilite l'accès aux traitements des femmes dépendantes à l'alcool (FALS-STEWART et al., 2006).

La place des pères dans des contextes périnataux d'usage de substances psychoactives a été peu étudiée. Des études sur des histoires de vie familiale permettent de mieux apprécier le rôle des pères à la fois pour le devenir des enfants et leur incidence sur la vie des mères, afin d'élaborer des recherches, des interventions et des politiques publiques plus pertinentes (MCCRADY et al., 2011).

6.2.3 Dispositifs de groupe

L'utilisation du groupe, pour les prises en charge ou l'accompagnement des personnes qui rencontrent des problèmes avec l'alcool ou les substances psychoactives illicites, est ancienne et largement répandue. Nous avons évoqué précédemment de façon indirecte leur utilisation dans différents types de contextes, d'intentions et de dispositifs. Le recours à des groupes exclusivement féminins se rencontre par exemple pour favoriser l'expression de problèmes spécifiques et réputés difficiles à exprimer du fait de leurs caractères intimes. Nous ne reviendrons pas sur ces aspects connus et généraux ; nous citerons en revanche deux travaux récents dont les démarches sont moins diffusées : le groupe de référence culturelle pour favoriser l'accès aux soins et le groupe comme support mémoriel du processus de soin.

Les femmes rencontrant des problèmes avec l'usage de substances (alcool ou substances illicites) en situation de précarité et de migration récente rencontrent de nombreuses barrières pour accéder aux soins. Des expériences de groupes de référence culturelle peuvent être utiles dans le cadre de soins primaires de santé pour engager un processus de soins (TWOMEY, 2007).

Des expériences utilisent le travail de groupe comme support dans le cadre de programme d'aide à des femmes qui sont dépendantes aux substances psychoactives, en s'appuyant sur la réalisation d'albums ou de dossiers personnels qui accompagnent et font mémoire de la démarche de soins en renforçant le sentiment d'efficacité personnelle (LEE et al., 2009).

La pharmacothérapie et la psychothérapie sont des composantes principales des traitements en addictologie. Des études ont mis en évidence des besoins différents en matière de pharmacothérapie notamment pour les opiacés, et de façon moins nette pour la cocaïne et le tabac.

L'état des recherches sur l'évaluation des psychothérapies en limite les conclusions également en ce qui concerne les femmes. Les psychothérapies spécifiques des comorbidités fréquemment rencontrées chez les femmes ainsi que les dispositifs de thérapie de couple et de famille ou focalisé sur le traitement des liens mère-enfant semblent utiles dans la prise en charge et l'accompagnement des femmes qui rencontrent des troubles addictifs.

7 Conclusions

Cette revue de la littérature internationale concernant les femmes et les addictions met pour la première fois à la disposition d'un public francophone un ensemble de travaux publiés en anglais. A partir de 1500 références publiées ces dix dernières années sur quelques unes des principales bases de données scientifiques, la revue a sélectionné et analysé 385 articles pertinents.

La question de savoir s'il existe, en dehors des problèmes liés à la périnatalité, des spécificités dans l'addiction au féminin, est encore en débat ici ou là en France. Par conséquent, le problème de la mise en œuvre d'interventions ou de dispositifs spécifiques dans l'accompagnement ou la prise en charge de femmes qui rencontrent des problèmes avec des substances psychoactives licites ou illicites reste encore peu développé dans le domaine des soins, de l'accès aux soins ou de la réduction des risques ou des dommages.

À contrepied de nombreuses idées reçues, l'examen de la littérature ne laisse aucun doute sur le fait, d'une part, qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes en termes de consommations psychotropes, mais que la physiologie, la surdétermination de certaines formes de souffrance psychiatrique et/ou certaines conditions de vie rendent les femmes plus vulnérables à l'usage ou l'usage problématique de psychotropes. D'autre part, les femmes ont à gagner à pouvoir bénéficier de réponses spécifiques, dans le cadre de dispositifs de première ligne ou d'accompagnement et de soins.

8 Bibliographie

- AIT-DAOUD, N. et M. BASHIR, « Women and Substance Abuse: Health Considerations and Recommendations », *CNS spectrums*, 1 février 2011.
- AMBROGNE, J. A., « Managing depressive symptoms in the context of abstinence: findings from a qualitative study of women », *Perspectives in psychiatric care*, 43-2, avril 2007, p. 84-92.
- ANDREWS, C. M., D. CAO, J. C. MARSH et H.-C. SHIN, « The impact of comprehensive services in substance abuse treatment for women with a history of intimate partner violence », *Violence against women*, 17-5, mai 2011, p. 550-567.
- ANGLIN, M., Y. HSER et W. MCGLOTHIN, « Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. », *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1987; 13(1-2):59-71, 1987.
- ANKER, J. J. et M. E. CARROLL, « Females are more vulnerable to drug abuse than males: evidence from preclinical studies and the role of ovarian hormones », *Current topics in behavioral neurosciences*, 8, 2011, p. 73-96.
- APRIL, N., *Évaluation du projet passerelle*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction régionale de santé publique, 2004.
- ARANGUA, L., R. ANDERSEN et L. GELBERG, « The Health Circumstances of Homeless Women in the United States », *International Journal of Mental Health*, 34-2, juillet 2005, p. 62-92.
- ASHLEY, O. S., M. E. MARSDEN et T. M. BRADY, « Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review », *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29-1, 2003, p. 19-53.
- ASSOCIATION CLEMENCE ISAURE, « Rapport d'activité Appartement thérapeutique ».
- AVILA ESCRIBANO, J. et D. GONZALEZ PARRA, « Diferencias de género en la enfermedad alcohólica », *ADICCIONES*, vol. 19, n° 4, p. 383-392, 2007.
- AXELROD, S. R., F. PEREPLETCHIKOVA, K. HOLTZMAN et R. SINHA, « Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy », *The American journal of drug and alcohol abuse*, 37-1, janvier 2011, p. 37-42.
- BACK, S. E., J. L. JACKSON, S. SONNE et K. T. BRADY, « Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset », *Journal of substance abuse treatment*, 29-1, juillet 2005, p. 29-37.
- BECK, F. et C. BROSSARD, « L'alcoolisation des femmes en France. Typologie des contextes d'usage », *Alcoologie et Addictologie*, Tome 26, n° 1, 2004, p. 21-29.
- BECK, F., R. GUIGNARD, J. B. RICHARD, M.-L. TOVAR et S. SPILKA, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé », *Tendances n° 76, OFDT*, 6 p., juin 2011a.
- BECK, F., R. GUIGNARD, J. B. RICHARD, J. L. WILQUIN et P. PERETTI-WATEL, « Une augmentation du tabagisme confirmée en France », *Santé de l'Homme (La)*, n° 411, 2011b, p. 9-10.

BECK, F., S. LEGLEYE et G. DE PERETTI, *L'alcool donne-t-il un genre ?*, 2006.

BECK, F., S. LEGLEYE, F. MAILLOCHON et G. DE PERETTI, « Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives », *Médecine/Sciences*, vol. 26, n° 1, 2010, p. 95-97.

BECK, F., S. LEGLEYE, F. MAILLOCHON et G. DE PERETTI, *Le rôle du milieu social dans l'usage des substances psychoactives des hommes et des femmes*, Paris, La Documentation française, coll. « Insee - Références », 2008.

BECK, F., S. LEGLEYE, F. MAILLOCHON et G. DE PERETTI, « La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 10-11, 2009, p. 90-93.

BECK, F., S. CHAKER et S. LEGLEYE, *Différences de genre dans les usages de substances psychoactives*, Saint-Denis, OFDT, 2005.

BECKER, J. B., A. N. PERRY et C. WESTENBROEK, « Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis », *Biology of sex differences*, 3-1, 7 juin 2012, p. 14.

BLANDTHORN, J., D. A. FORSTER et V. LOVE, « Neonatal and maternal outcomes following maternal use of buprenorphine or methadone during pregnancy: findings of a retrospective audit », *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 24-1, mars 2011, p. 32-39.

BONFÀ, F., S. CABRINI, M. AVANZI, O. BETTINARDI, R. SPOTTI et E. UBER, « Treatment dropout in drug-addicted women: are eating disorders implicated? », *Eating and weight disorders: EWD*, 13-2, juin 2008, p. 81-86.

BONNIN, O., « Les consommatrices de crack, des "citoyennes de troisième ordre" », *Interdépendances*, 57, 2005, p. 12-14.

BORRELLI, B., G. PAPANDONATOS, B. SPRING, B. HITSMAN et R. NIAURA, « Experimenter-defined quit dates for smoking cessation: adherence improves outcomes for women but not for men », *Addiction (Abingdon, England)*, 99-3, mars 2004, p. 378-385.

BOWSER, B. P., L. RYAN, C. D. SMITH et G. LOCKETT, « Outreach-based drug treatment for sex trading women: the Cal-Pep risk-reduction demonstration project », *The International journal on drug policy*, 19-6, décembre 2008, p. 492-495.

BRIDE, B. E. et E. REAL, « Project assist: a modified therapeutic community for homeless women living with HIV/AIDS and chemical dependency », *Health & social work*, 28-2, mai 2003, p. 166-168.

BRIGHT, C. L., V. A. OSBORNE et G. L. GREIF, « One dozen considerations when working with women in substance abuse groups », *Journal of psychoactive drugs*, 43-1, mars 2011, p. 64-68.

BRULET, C., C. CHANAL, P. RAVEL, E. MAZURIER, P. BOULOT et V. FAUCHERRE, *Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes. 114 grossesses suivies en 5 ans*, 2007.

BUTTERS, J. et P. G. ERICKSON, « Meeting the health care needs of female crack users: a Canadian example », *Women & health*, 37-3, 2003, p. 1-17.

CASSEN, J. M. DELILE, P. E, F. FACY, M. VILLEZ et J. P. GACHIE, « Maternité et toxicomanies. Enquête Anit/Grrita/Inserm sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants », *Alcoologie et Addictologie*, Tome 26, n° 2, 2004, p. 87-97.

CHANDER, G. et M. E. MCCAUL, « Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions », *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 30-3, septembre 2003, p. 469-481.

CLAUS, R. E., R. G. ORWIN, W. KISSIN, A. KRUPSKI, K. CAMPBELL et K. STARK, « Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? », *Journal of substance abuse treatment*, 32-1, janvier 2007, p. 27-39.

COMITE REGIONAL MATERNITE ET TOXICOMANIE, « Maternité et toxicomanie : pour un réseau intégré de services aux femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants. Projet pilote sur le territoire du Clsc-Chsld Basse-Ville-Limoilou-Vanier », *Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec*, 1999.

CONFERENCE DE CONSENSUS FFA ET ANAES, *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*, Lyon, 2004.

CONNER, K. R., M. PINQUART et P. R. DUBERSTEIN, « Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs) », *Addiction (Abingdon, England)*, 103-4, avril 2008, p. 524-534.

CORMIER, R., A. C. DELL et N. POOLE, *Rapport de surveillance sur la santé des femmes : les femmes et les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, Ontario, Santé Canada ; Health Canada, 2004a.

CORMIER, R. A., C. A. DELL et N. POOLE, « Women and Substance Abuse Problems », *BMC women's health*, 4 Suppl 1, 25 août 2004b, p. S8.

COURBASSON, C. M. A., A. A. DE SORKIN, B. DULLERUD et L. VAN WYK, « Acupuncture treatment for women with concurrent substance use and anxiety/depression: an effective alternative therapy? », *Family & community health*, 30-2, juin 2007, p. 112-120.

COUSTEAUX, A. S. et J. L. PAN KEN SHON, « Le mal-être a-t-il un genre? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue Française de Sociologie*, vol. 49, n° 1, 2008, p. 53-92.

COVINGTON, S. S., « Women and addiction: a trauma-informed approach », *Journal of psychoactive drugs*, Suppl 5, novembre 2008, p. 377-385.

COWAN, L., D. DEERING, M. CROWE, D. SELLMAN, A. FUTTERMAN-COLLIER et S. ADAMSON, « Alcohol and drug treatment for women: clinicians' beliefs and practice », *International journal of mental health nursing*, 12-1, mars 2003, p. 48-55.

DAVIS, M. I. et L. A. JASON, « Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community », *American journal of community psychology*, 36-3-4, décembre 2005, p. 259-274.

DAVIS, T. M., K. M. CARPENTER, C. A. MALTE, M. CARNEY, S. CHAMBERS et A. J. SAXON, « Women in addictions treatment: comparing VA and community samples », *Journal of substance abuse treatment*, 23-1, juillet 2002, p. 41-48.

DE WILDE, J., E. BROEKAERT, Y. ROSSEEL, P. DELESPAUL et V. SOYEZ, « The role of gender differences and other client characteristics in the prevalence of DSM-IV affective disorders among a European therapeutic community population », *The Psychiatric quarterly*, 78-1, mars 2007, p. 39-51.

DLUZEN, D. E. et B. LIU, « Gender differences in methamphetamine use and responses: a review », *Gender medicine*, 5-1, mars 2008, p. 24-35.

EBERT, J. et AL, *Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie*, OFDT, 2001.

EDENS, E. L., A. S. MARES et R. A. ROSENHECK, « Chronically homeless women report high rates of substance use problems equivalent to chronically homeless men », *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21-5, octobre 2011, p. 383-389.

ELLIS, B., T. BERNICHON, P. YU, T. ROBERTS et J. M. HERRELL, « Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women », *Evaluation and Program Planning*, vol. 27 n° 2, 2004, p. 213-221.

ENGSTROM, M., N. EL-BASSEL et L. GILBERT, « Childhood sexual abuse characteristics, intimate partner violence exposure, and psychological distress among women in methadone treatment », *Journal of substance abuse treatment*, 21 mars 2012.

ESCOTS et SUDERIE, *Usages problématiques de cocaïne/crack Quelles interventions pour quelles demandes?*, rapport de recherche, OFDT, 2010.

ESTÉBANEZ, P., M. V. ZUNZUNEGUI, M. D. AGUILAR, N. RUSSELL, I. CIFUENTES et C. HANKINS, « The role of prisons in the HIV epidemic among female injecting drug users », *AIDS care*, 14-1, février 2002, p. 95-104.

EXPERTISE COLLECTIVE INSERM, *Psychothérapie : trois approches évaluées*, Éditions INSERM, 2004.

FADARDI, J. S. et S. S. ZIAEE, « A comparative study of drug-related attentional bias: evidence from Iran », *Experimental and clinical psychopharmacology*, 18-6, décembre 2010, p. 539-545.

FALKIN, G. P. et S. M. STRAUSS, « Social supporters and drug use enablers: a dilemma for women in recovery », *Addictive behaviors*, 28-1, février 2003, p. 141-155.

FALS-STEWART, W., M. L. KELLEY et G. R. BIRCHLER, « Learning sobriety together: a randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 74 n° 3, 2006, p. 579-591.

FANG, W. L., A. O. GOLDSTEIN, A. Y. BUTZEN, S. A. HARTSOCK, K. E. HARTMANN, M. HELTON et J. A. LOHR, « Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies », *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, 17-4, août 2004, p. 264-275.

FATTORE, L., S. ALTEA et W. FRATTA, « Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies », *Women's health (London, England)*, 4, janvier 2008, p. 51-65.

FATTORE, L. et W. FRATTA, « How important are sex differences in cannabinoid action? », *British journal of pharmacology*, 160-3, juin 2010, p. 544-548.

FINFGELD-CONNETT, D., T. L. BLOOM et E. D. JOHNSON, « Perceived competency and resolution of homelessness among women with substance abuse problems », *Qualitative health research*, 22-3, mars 2012, p. 416-427.

FINFGELD-CONNETT, D. et E. D. JOHNSON, « Substance abuse treatment for women who are under correctional supervision in the community: a systematic review of qualitative findings », *Issues in mental health nursing*, 32-10, 2011, p. 640-648.

FLOYD, R. L., M. J. O'CONNOR, J. BERTRAND et R. SOKOL, « Reducing adverse outcomes from prenatal alcohol exposure: a clinical plan of action », *Alcoholism, clinical and experimental research*, 30-8, août 2006, p. 1271-1275.

FOX, H. C. et R. SINHA, « Sex differences in drug-related stress-system changes: implications for treatment in substance-abusing women », *Harvard review of psychiatry*, 17-2, 2009, p. 103-119.

GIGLIO, J. C., « A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence: treatments vs outcomes », *Archives of internal medicine*, 161-6, 26 mars 2001.

GILBERT, A. R., J. P. MORRISSEY et M. E. DOMINO, « Service Utilization Patterns as Predictors of Response to Trauma-Informed Integrated Treatment for Women With Co-occurring Disorders », *Journal of dual diagnosis*, 7-3, 2011, p. 117-129.

GOFF, M. et M. O'CONNOR, « Perinatal care of women maintained on methadone », *Journal of midwifery & women's health*, 52-3, juin 2007, p. e23-26.

GOLER, N. C., M. A. ARMSTRONG, C. J. TAILLAC et V. M. OSEJO, « Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard », *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 28-9, septembre 2008, p. 597-603.

GRAHAM, H. et G. DER, « Patterns and predictors of tobacco consumption among women », *Health Educ Res*, 14 (5), p. 611-8., 1999.

GRAHAM, H. et G. DER, « Influences on women's smoking status. The contribution of socioeconomic status in adolescence and adulthood. », 1999, coll. « European journal of public health 9 (2), p. 137-141. »

GRANT, J. D., J. F. SCHERRER, R. J. NEUMAN, A. A. TODOROV, R. K. PRICE et K. K. BUCHOLZ, « A comparison of the latent class structure of cannabis problems among adult men and women who have used cannabis repeatedly », *Addiction (Abingdon, England)*, 101-8, août 2006, p. 1133-1142.

GREEN, C. A., « Gender and use of substance abuse treatment services », *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29-1, 2006, p. 55-62.

GREENFIELD, L., K. BURGDORF, X. CHEN, A. POROWSKI, T. ROBERTS et J. HERRELL, « Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies », *The American journal of drug and alcohol abuse*, 30-3, août 2004, p. 537-550.

GREENFIELD, S. F., S. E. BACK, K. LAWSON et K. T. BRADY, « Substance abuse in women », *The Psychiatric clinics of North America*, 33-2, juin 2010, p. 339-355.

GREENFIELD, S. F., A. J. BROOKS, S. M. GORDON, C. A. GREEN, F. KROPP, R. K. MCHUGH, M. LINCOLN, D. HIEN et G. M. MIELE, « Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature », *Drug and alcohol dependence*, 86-1, 5 janvier 2007a, p. 1-21.

GREENFIELD, S. F. et C. E. GRELLA, « What is “women-focused” treatment for substance use disorders? », *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60-7, juillet 2009, p. 880-882.

GREENFIELD, S. F., E. M. TRUCCO, R. K. MCHUGH, M. LINCOLN et R. J. GALLOP, « The Women’s Recovery Group Study: a Stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling », *Drug and alcohol dependence*, 90-1, 6 septembre 2007b, p. 39-47.

GRELLA, C. E., J. A. STEIN et L. GREENWELL, « Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 19, n° 1, 2005, p. 43-53.

GRELLA, C. E., Y.-I. HSER et S.-C. HSIEH, « Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS », *Journal of substance abuse treatment*, 25-3, octobre 2003, p. 145-154.

GRELLA, C. E. et K. LOVINGER, « 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California », *Drug and alcohol dependence*, 118-2-3, 1 novembre 2011, p. 251-258.

GRELLA, C. E., C. K. SCOTT, M. A. FOSS et M. L. DENNIS, « Gender similarities and differences in the treatment, relapse, and recovery cycle », *Evaluation review*, 32-1, février 2008, p. 113-137.

HARRINGTON, T. et E. NEWMAN, « The psychometric utility of two self-report measures of PTSD among women substance users », *Addictive behaviors*, 32-12, décembre 2007, p. 2788-2798.

HARROP, E. N. et G. A. MARLATT, « The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment », *Addictive behaviors*, 35-5, mai 2010, p. 392-398.

HEALTH CANADA, *Meilleures pratiques - Interventions précoces d’approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues*, Ottawa, Ontario, Santé Canada ; Health Canada, 2006.

HECKSHER, D. et M. HESSE, « Women and substance use disorders », *Mens sana monographs*, 7-1, janvier 2009, p. 50-62.

HEFFNER, J. L., T. J. BLOM et R. M. ANTHENELLI, « Gender differences in trauma history and symptoms as predictors of relapse to alcohol and drug use », *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 20-4, août 2011, p. 307-311.

HIEN, D. A., A. N. C. CAMPBELL, T. KILLEEN, M.-C. HU, C. HANSEN, H. JIANG, M. HATCH-MAILLETTE, G. M. MIELE, L. R. COHEN, W. GAN, S. M. RESKO, M. DIBONO, E. A. WELLS et E. V. NUNES, « The impact of trauma-focused group therapy upon HIV sexual risk behaviors in the NIDA Clinical Trials Network “Women and trauma” multi-site study », *AIDS and behavior*, 14-2, avril 2010, p. 421-430.

HIEN, D. A., L. R. COHEN, G. M. MIELE, L. C. LITT et C. CAPSTICK, « Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders », *The American journal of psychiatry*, 161-8, août 2004, p. 1426-1432.

HIEN, D. A., A. A. MORGAN-LOPEZ, A. N. C. CAMPBELL, L. M. SAAVEDRA, E. WU, L. COHEN, L. RUGLASS et E. V. NUNES, « Attendance and substance use outcomes for the Seeking Safety program: sometimes less is more », *Journal of consulting and clinical psychology*, 80-1, février 2012, p. 29-42.

HITCHMAN, S. C. et G. T. FONG, « Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. », *Bull World Health Organ*, 89 (3), p. 195-202., 2011.

HSER, Y.-I. et N. NIV, « Pregnant women in women-only and mixed-gender substance abuse treatment programs: a comparison of client characteristics and program services », *The journal of behavioral health services & research*, 33-4, octobre 2006, p. 431-442.

HULL, L., J. MAY, D. FARRELL-MOORE et D. S. SVIKIS, « Treatment of cocaine abuse during pregnancy: translating research to clinical practice », *Current psychiatry reports*, 12-5, octobre 2010, p. 454-461.

HYMAN, S. M., M. GARCIA, K. KEMP, C. M. MAZURE et R. SINHA, « A gender specific psychometric analysis of the early trauma inventory short form in cocaine dependent adults », *Addictive behaviors*, 30-4, mai 2005, p. 847-852.

HYMAN, S. M., P. PALIWAL, T. M. CHAPLIN, C. M. MAZURE, B. J. ROUNSAVILLE et R. SINHA, « Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men », *Drug and alcohol dependence*, 92-1-3, 1 janvier 2008, p. 208-216.

HYTINANTTI, T., H. KAHILA, M. RENLUND, A.-L. JÄRVENPÄÄ, E. HALMESMÄKI et S. KIVITIE-KALLIO, « Neonatal outcome of 58 infants exposed to maternal buprenorphine in utero », *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 97-8, août 2008, p. 1040-1044.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., « Réduction des risques: succès et limites du modèle à la française », *Alcoologie et Addictologie*, Tome 33, n° 2, 2011, p. 101-110.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., L. OUDAYA, M. RONDY, Y. KUDAWU, Y. LE STRAT, E. COUTURIER, J. EMMANUELLI et J. C. DESENCLOS, « Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues », *Médecine/Sciences*, vol. 24, HS n° 2, 2008, p. 111-121.

JIMENEZ-TREVIÑO, L., P. A. SAIZ, M. P. GARCÍA-PORTILLA, E. M. DÍAZ-MESA, F. SÁNCHEZ-LASHERAS, P. BURÓN, M. J. CASARES, P. MARINA, E. GUTIÉRREZ et J. BOBES, « A 25-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time: mortality and gender differences », *Addictive behaviors*, 36-12, décembre 2011, p. 1184-1190.

JOHNSON, J. E., P. D. FRIEDMANN, T. C. GREEN, M. HARRINGTON et F. S. TAXMAN, « Gender and treatment response in substance use treatment-mandated parolees », *Journal of substance abuse treatment*, 40-3, avril 2011, p. 313-321.

JOHNSON, S. D., L. B. COTTLER, C. C. O'LEARY et A. BEN ABDALLAH, « The association of trauma and PTSD with the substance use profiles of alcohol- and cocaine-dependent out-of-treatment women », *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 19-6, décembre 2010, p. 490-495.

JONES, H. E., M. S. CHISOLM, L. M. JANSSON et M. TERPLAN, « Naltrexone in the treatment of opioid-dependent pregnant women: the case for a considered and measured approach to research », *Addiction (Abingdon, England)*, 4 avril 2012.

KASKUTAS, L. A., L. ZHANG, M. T. FRENCH et J. WITBRODT, « Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study », *Addiction (Abingdon, England)*, 100-1, janvier 2005, p. 60-69.

KAY, A., T. E. TAYLOR, A. G. BARTHWELL, J. WICHELECKI et V. LEOPOLD, « Substance use and women's health », *Journal of addictive diseases*, 29-2, avril 2010, p. 139-163.

KILLEEN, T., D. HIEN, A. CAMPBELL, C. BROWN, C. HANSEN, H. JIANG, A. KRISTMAN-VALENTE, C. NEUENFELDT, N. ROCZ-DE LA LUZ, R. SAMPSON, L. SUAREZ-MORALES, E. WELLS, G. BRIGHAM et E. NUNES, « Adverse events in an integrated trauma-focused intervention for women in community substance abuse treatment », *Journal of substance abuse treatment*, 35-3, octobre 2008, p. 304-311.

KLIEM, S., C. KRÖGER et J. KOSFELDER, « Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78-6, 2010, p. 936-951.

KOHN, C. S., J. R. MERTENS et C. M. WEISNER, « Coping among individuals seeking private chemical dependence treatment: gender differences and impact on length of stay in treatment », *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26-8, août 2002, p. 1228-1233.

KREEK, M. J., L. BORG, E. DUCAT et B. RAY, « Pharmacotherapy in the treatment of addiction: methadone », *Journal of addictive diseases*, 29-2, avril 2010, p. 200-216.

LAMY, S. et F. THIBAUT, « État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes », *Encéphale (L')*, vol. 36, n° 1, 2010, p. 33-38.

LEE, S. K., S. C. THOMPSON et D. AMORIN-WOODS, « One service, many voices: enhancing consumer participation in a primary health service for multicultural women », *Quality in primary care*, 17-1, 2009, p. 63-69.

LEFEBVRE, L., D. MIDMER, J. A. BOYD, A. ORDEAN, L. GRAVES, M. KAHAN et L. PANTEA, « Participant perception of an integrated program for substance abuse in pregnancy », *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*, 39-1, février 2010, p. 46-52.

LEGLEYE, S., M. BAUMANN, P. PERETTI-WATEL, F. BECK et N. CHAU, « Gender and age disparities in the associations of occupational factors with alcohol abuse and smoking in the French working population », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 59, n° 4, 2011, p. 223-232.

LEGLEYE, S., F. BECK, P. PERETTI-WATEL et N. CHAU, « Le rôle du statut scolaire et professionnel dans les usages de drogues des hommes et des femmes de 18 à 25 ans », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 56 n° 5, 2008, p. 345-355.

LEGLEYE, S., F. BECK, S. SPILKA et O. LE NEZET, « Genre et caractéristiques sociales des consommateurs de drogues à l'adolescence, France, 2000-2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 10-11, 2009, p. 94-96.

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

LEJEUNE, C., L. SIMMAT-DURAND, S. AUBISSON, L. GOURARIER et M. F. AEBI, *Traitements de substitution pendant la grossesse : bilan très positif*, coll. « Courrier des Addictions », n° 5, vol. 4, 2003.

LEJEUNE, C., *Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie*, Paris, Société française d'alcoologie (SFA), 2003.

LERAY, E., A. CAMARA, D. DRAPIER, F. RIOU, N. BOUGEANT, A. PELISSOLO, K. R. LLOYD, V. BELLAMY, J. L. ROELANDT et B. MILLET, « Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the "Mental Health in General Population" survey (MHGP) », *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26-6, septembre 2011, p. 339-345.

LESTER, B. M. et J. E. TWOMEY, « Treatment of substance abuse during pregnancy », *Women's health (London, England)*, 4, janvier 2008, p. 67-77.

LEWANDOWSKI, C. A. et T. J. HILL, « The impact of emotional and material social support on women's drug treatment completion », *Health & social work*, 34-3, août 2009, p. 213-221.

LEWIS, C., « Treating incarcerated women: gender matters », *The Psychiatric clinics of North America*, 29-3, septembre 2006, p. 773-789.

LI, C.-S. R., T. R. KOSTEN et R. SINHA, « Sex differences in brain activation during stress imagery in abstinent cocaine users: a functional magnetic resonance imaging study », *Biological psychiatry*, 57-5, 1 mars 2005, p. 487-494.

LINDSAY, A. R., C. S. WARREN, S. C. VELASQUEZ et M. LU, « A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The Healthy Steps to Freedom program », *Journal of substance abuse treatment*, 43-1, juillet 2012, p. 61-69.

LORENZEN, D. et K. BRACY, « MOMS Plus: A public health program for substance using pregnant inmates in an urban jail », *Journal of correctional health care: the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 17-3, juillet 2011, p. 233-240.

LOUDENBURG, R. et G. R. LEONARDSON, « A multifaceted intervention strategy for reducing substance use in high-risk women », *Neurotoxicology and teratology*, 25-6, décembre 2003, p. 737-744.

LOWENSTEIN, W. et D. ROUCH, *Femmes et dépendances. Une maladie du siècle*, Paris, Calmann-Lévy, 2007.

LUI, S., M. TERPLAN et E. J. SMITH, « Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy », *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 3, 2008, p. CD006753.

LUMLEY, J., C. CHAMBERLAIN, T. DOWSWELL, S. OLIVER, L. OAKLEY et L. WATSON, « Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy », *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 3, 2009, p. CD001055.

LUNDGREN, L. M., R. F. SCHILLING, T. FITZGERALD, K. DAVIS et M. AMODEO, « Parental status of women injection drug users and entry to methadone maintenance », *Substance use & misuse*, 38-8, juin 2003, p. 1109-1131.

MANN, K., K. ACKERMANN, B. CROISSANT, G. MUNDLE, H. NAKOVICS et A. DIEHL, « Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? », *Alcoholism, clinical and experimental research*, 29-5, mai 2005, p. 896-901.

MARGOLIN, A., « Acupuncture for substance abuse », *Current psychiatry reports*, 5-5, octobre 2003, p. 333-339.

MARGOLIN, A., H. D. KLEBER, S. K. AVANTS, J. KONEFAL, F. GAWIN, E. STARK, J. SORENSEN, E. MIDKIFF, E. WELLS, T. R. JACKSON, M. BULLOCK, P. D. CULLITON, S. BOLES et R. VAUGHAN, « Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial », *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 287-1, 2 janvier 2002, p. 55-63.

MARSH, J. C. et B. D. SMITH, « Integrated Substance Abuse and Child Welfare Services for Women: A Progress Review », *Children and youth services review*, 33-3, 1 mars 2011, p. 466-472.

MARSHALL, B. D. L., N. FAIRBAIRN, K. LI, E. WOOD et T. KERR, « Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: a gender-focused approach », *Drug and alcohol dependence*, 97-3, 1 octobre 2008, p. 237-246.

MASSEY, S. H., J. M. NEIDERHISER, D. S. SHAW, L. D. LEVE, J. M. GANIBAN et D. REISS, « Maternal self concept as a provider and cessation of substance use during pregnancy », *Addictive behaviors*, 37-8, août 2012, p. 956-961.

MCCRADY, B. S., E. E. EPSTEIN, S. COOK, N. K. JENSEN et B. O. LADD, « What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention », *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25-3, septembre 2011, p. 521-529.

MESSINA, N., W. BURDON, G. HAGOPIAN et M. PRENDERGAST, « Predictors of prison-based treatment outcomes: a comparison of men and women participants », *The American journal of drug and alcohol abuse*, 32-1, 2006, p. 7-28.

MEYER-LEU, Y., *La réceptivité des jeunes mères au message stop tabac*, 2003.

MILLIGAN, K., A. NICCOLS, W. SWORD, L. THABANE, J. HENDERSON, A. SMITH et J. LIU, « Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis », *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 5, 2010, p. 21.

MITTAG, O. et G. GRANDE, « [Patient orientation in rehabilitation--the gender perspective] », *Die Rehabilitation*, 47-2, avril 2008, p. 98-108.

MOLENAT, F., *Grossesse et toxicomanie*, Érès., 2000.

MORGENSTERN, J., K. A. BLANCHARD, C. KAHLER, K. M. BARBOSA, B. S. MCCRADY et K. H. MCVEIGH, « Testing mechanisms of action for intensive case management », *Addiction (Abingdon, England)*, 103-3, mars 2008, p. 469-477.

MORGENSTERN, J., C. J. NEIGHBORS, A. KUERBIS, A. RIORDAN, K. A. BLANCHARD, K. H. MCVEIGH, T. J. MORGAN et B. MCCRADY, « Improving 24-month abstinence and employment outcomes for

substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families with intensive case management », *American journal of public health*, 99-2, février 2009, p. 328-333.

MORLEY, K. I. et W. D. HALL, « Explaining the convergence of male and female smoking prevalence in Australia », *Addiction (Abingdon, England)*, 103-3, mars 2008, p. 487-495.

MORRISSEY, J. P., A. R. ELLIS, M. GATZ, H. AMARO, B. G. REED, A. SAVAGE, N. FINKELSTEIN, R. MAZELIS, V. BROWN, E. W. JACKSON et S. BANKS, « Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: program and person-level effects », *Journal of substance abuse treatment*, 28-2, mars 2005, p. 121-133.

NADEAU, L., *A Québec et en France : le traitement des femmes alcooliques et toxicomanes*, 2004.

NADEAU, L. et K. BERTRAND, *Femmes alcoolodépendantes et toxicomanes : une approche spécifique québécoise*, 2004.

NAJAVITS, L. M. et K. M. LESTER, « Gender differences in cocaine dependence », *Drug and alcohol dependence*, 97-1-2, 1 septembre 2008, p. 190-194.

NAJAVITS, L. M., M. ROSIER, A. L. NOLAN et M. C. FREEMAN, « A new gender-based model for women's recovery from substance abuse: results of a pilot outcome study », *The American journal of drug and alcohol abuse*, 33-1, 2007, p. 5-11.

NICCOLS, A., K. MILLIGAN, A. SMITH, W. SWORD, L. THABANE et J. HENDERSON, « Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes », *Child abuse & neglect*, 36-4, avril 2012, p. 308-322.

NICH, C., E. F. MCCANCE-KATZ, I. PETRAKIS, J. F. CUBELLS, B. J. ROUNSAVILLE et K. M. CARROLL, *Sex differences in cocaine-dependent individuals' response to disulfiram treatment*, 2004.

NIV, N. et Y.-I. HSER, « Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: service needs, utilization and outcomes », *Drug and alcohol dependence*, 87-2-3, 16 mars 2007, p. 194-201.

O'FARRELL, T. J. et W. FALS-STEWART, « Behavioral couples and family therapy for substance abusers », *Current psychiatry reports*, 4-5, octobre 2002, p. 371-376.

OBRADOVIC, I., « L'influence du genre? Les usages féminins de cannabis au sein du public des « consultations jeunes consommateurs », *Psychotropes*, vol. 16, n° 2, 2010, p. 85-105.

OSADCHY, A., A. KAZMIN et G. KOREN, « Nicotine replacement therapy during pregnancy: recommended or not recommended? », *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*, 31-8, août 2009, p. 744-747.

OSER, C., H. KNUDSEN, M. STATON-TINDALL et C. LEUKEFELD, « The adoption of wraparound services among substance abuse treatment organizations serving criminal offenders: The role of a women-specific program », *Drug and alcohol dependence*, 103 Suppl 1, 1 août 2009, p. S82-90.

OVIEDO-JOEKES, E., D. GUH, S. BRISSETTE, K. MARCHAND, D. MARSH, J. CHETTIAR, B. NOSYK, M. KRAUSZ, A. ANIS et M. T. SCHECHTER, « Effectiveness of diacetylmorphine versus methadone

for the treatment of opioid dependence in women », *Drug and alcohol dependence*, 111-1-2, 1 septembre 2010, p. 50-57.

PANCHANADESWARAN, S., N. EL-BASSEL, L. GILBERT, E. WU et M. CHANG, « An examination of the perceived social support levels of women in methadone maintenance treatment programs who experience various forms of intimate partner violence », *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 18-1, février 2008, p. 35-43.

PEIRCE, J. M., K. A. KINDBOM, M. C. WAESCHE, A. S. E. YUSCAVAGE et R. K. BROONER, « Posttraumatic stress disorder, gender, and problem profiles in substance dependent patients », *Substance use & misuse*, 43-5, 2008, p. 596-611.

PEIRCE, J. M., K. KOLODNER, R. K. BROONER et M. S. KIDORF, « Traumatic event re-exposure in injecting drug users », *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89-1, février 2012, p. 117-128.

PINKHAM, S. et K. MALINOWSKA-SEMPRUCH, « Women, harm reduction and HIV », *Reproductive health matters*, 16-31, mai 2008, p. 168-181.

POOLE, N. et C. A. DELL, *Toxicomanie au féminin*, Ottawa, Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies, 2005.

POTENZA, M. N., K. A. HONG, C. M. LACADIE, R. K. FULBRIGHT, K. L. TUIT et R. SINHA, « Neural correlates of stress-induced and cue-induced drug craving: influences of sex and cocaine dependence », *The American journal of psychiatry*, 169-4, avril 2012, p. 406-414.

PRENDERGAST, M. L., N. P. MESSINA, E. A. HALL et U. S. WARDA, « The relative effectiveness of women-only and mixed-gender treatment for substance-abusing women », *Journal of substance abuse treatment*, 40-4, juin 2011, p. 336-348.

PROCHASKA, J. O. et C. C. DICLEMENTE, « Stages of change in the modification of problem behaviors », *Progress in behavior modification*, 28, 1992, p. 183-218.

QUIÑONES-JENAB, V., « Why are women from Venus and men from Mars when they abuse cocaine? », *Brain research*, 1126-1, 18 décembre 2006, p. 200-203.

RADCLIFFE, P., « Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: the moral career of drug treatment », *Social science & medicine (1982)*, 72-6, mars 2011, p. 984-991.

RAHMAN, Q. et C. D. CLARKE, « Sex differences in neurocognitive functioning among abstinent recreational cocaine users », *Psychopharmacology*, 181-2, septembre 2005, p. 374-380.

RAPPORT DES NATIONS-UNIES, *Traitement et suivi des femmes pour abus de substances : études de cas et enseignements*, New York, United Nations / Nations Unies, coll. « Drug abuse treatment toolkit / Référentiel pour le traitement de l'abus de drogues », 2004.

RAVAL, A. P., « Nicotine addiction causes unique detrimental effects on women's brains », *Journal of addictive diseases*, 30-2, avril 2011, p. 149-158.

REGION QUEBEC, « L'innovation en toxicomanie dans la région de Québec : une question de dynamisme », n° 1, mai 2001.

REICHERT, M., M. WEIL et J. P. LANG, « Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psycho-actives en Alsace : le réseau maternité et addictions », *Psychotropes*, vol. 16, n° 3-4, 2010, p. 33-46.

SACKS, J. Y., K. MCKENDRICK et S. BANKS, « The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women », *Journal of substance abuse treatment*, 34-1, janvier 2008, p. 90-100.

SAUM, C. A., M. L. HILLER, M. E. LEIGEY, J. A. INCIARDI et H. L. SURRATT, « Predictors of substance abuse treatment entry for crime-involved, cocaine-dependent women », *Drug and alcohol dependence*, 91-2-3, 1 décembre 2007, p. 253-259.

SCHARF, D. et S. SHIFFMAN, « Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR », *Addiction (Abingdon, England)*, 99-11, novembre 2004, p. 1462-1469.

SCHMIDT, L. et C. WEISNER, « The emergence of problem-drinking women as a special population in need of treatment », *Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 12, 1995, p. 309-334.

SCHNYDER, P. U., « Psychothérapies pour les PTSD? une vue d'ensemble », *Psychothérapies*, 25-1, 2005, p. 39.

SHAND, F. L., L. DEGENHARDT, T. SLADE et E. C. NELSON, « Sex differences amongst dependent heroin users: histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence », *Addictive behaviors*, 36-1-2, février 2011, p. 27-36.

SHANNON, K., M. RUSCH, J. SHOVELLER, D. ALEXSON, K. GIBSON et M. W. TYNDALL, « Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work », *The International journal on drug policy*, 19-2, avril 2008, p. 140-147.

SIMMAT-DURAND, L., « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 10-11, 2009, p. 86-89.

SMITH, F. M. et L. A. MARSHALL, « Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: a qualitative investigation », *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 17-3, 2007, p. 163-170.

SORDO, L., M. CHAHUA, M. J. BRAVO, G. BARRIO, M. T. BRUGAL, A. DOMINGO-SALVANY, G. MOLIST et L. DE LA FUENTE, « Depression among regular heroin users: the influence of gender », *Addictive behaviors*, 37-1, janvier 2012, p. 148-152.

SPLKA, S., O. LE NEZET et M.-L. TOVAR, « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tenadances, OFDT n° 79*, février 2012.

SUCHMAN, N. E., C. DECOSTE, T. J. MCMAHON, B. ROUNSAVILLE et L. MAYES, « The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance-using women: results at 6-week follow-up in a randomized clinical pilot », *Infant mental health journal*, 32-4, 2011, p. 427-449.

SUN, A.-P., « Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: a review and critique », *Journal of substance abuse treatment*, 30-1, janvier 2006, p. 1-20.

SWORD, W., S. JACK, A. NICCOLS, K. MILLIGAN, J. HENDERSON et L. THABANE, « Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes », *Harm reduction journal*, 6, 2009, p. 32.

TANG, Z., R. E. CLAUS, R. G. ORWIN, W. B. KISSIN et C. ARIEIRA, « Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment programs », *Drug and alcohol dependence*, 123-1-3, 1 juin 2012, p. 160-166.

THURIN, J.-M., « Les nouvelles voies de la recherche en psychanalyse », *Pour la recherche Bulletin de la fédération française de psychiatrie*, 68-69, mars 2011, p. pp. 5-9.

TRACY, E. M., H. KIM, S. BROWN, M. O. MIN, M. K. JUN et C. MCCARTY, « Substance Abuse Treatment Stage and Personal Networks of Women in Substance Abuse Treatment », *Journal of the Society for Social Work and Research*, 3-2, 23 mars 2012, p. 65-79.

TUCHMAN, E., « Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research », *Journal of addictive diseases*, 29-2, avril 2010a, p. 127-138.

TUCHMAN, E., « Menopause symptom attribution among midlife women in methadone treatment », *Social work in health care*, 49-1, 2010b, p. 53-67.

TUTEN, M., H. FITZSIMONS, M. S. CHISOLM, P. A. NUZZO et H. E. JONES, « Contingent incentives reduce cigarette smoking among pregnant, methadone-maintained women: results of an initial feasibility and efficacy randomized clinical trial », *Addiction (Abingdon, England)*, 21 juin 2012.

TWOMEY, J. E., « Partners of perinatal substance users: forgotten, failing, or fit to father? », *The American journal of orthopsychiatry*, 77-4, octobre 2007, p. 563-572.

UHLER, A. S. et O. V. PARKER, « Treating women drug abusers: action therapy and trauma assessment », *Science & practice perspectives / a publication of the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health*, 1-1, juillet 2002, p. 30-35.

UNGER, A., V. METZ et G. FISCHER, « Opioid dependent and pregnant: what are the best options for mothers and neonates? », *Obstetrics and gynecology international*, 2012, 2012, p. 195954.

VAIVA, G., L. JEHEL, O. COTTENCIN, F. DUCROCQ, C. DUCHET, C. OMNES, P. GENEST, F. ROUILLON et J.-L. ROELANDT, « [Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG)] », *L'Encéphale*, 34-6, décembre 2008, p. 577-583.

WAGNER, F. et J. ANTHONY, « Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. », *Drug Alcohol Depend*, 2007 Jan 12; 86(2-3):191-8, Epub 2006 Oct 9, 2007.

WELLENSTEIN, A., « Prise en charge de la mère toxicomane. Sélection bibliographique », *Psychotropes*, vol. 16, n° 3-4, 2010, p. 67-75.

WENZEL, S. L., H. D. GREEN Jr, J. S. TUCKER, D. GOLINELLI, D. P. KENNEDY, G. RYAN et A. ZHOU, « The social context of homeless women's alcohol and drug use », *Drug and alcohol dependence*, 105-1-2, 1 novembre 2009, p. 16-23.

WHITE, A., D. KAVANAGH, H. STALLMAN, B. KLEIN, F. KAY-LAMBKIN, J. PROUDFOOT, J. DRENNAN, J. CONNOR, A. BAKER, E. HINES et R. YOUNG, « Online alcohol interventions: a systematic review », *Journal of medical Internet research*, 12-5, 2010, p. e62.

WILSNACK, R. W., S. C. WILSNACK, A. F. KRISTJANSON, N. D. VOGELTANZ-HOLM et G. GMEL, « Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project », *Addiction (Abingdon, England)*, 104-9, septembre 2009, p. 1487-1500.

WILSON-COHN, C., S. M. STRAUSS et G. P. FALKIN, *The relationship between partner abuse and substance abuse among women mandated to drug treatment*, coll. « Journal of Family Violence », vol. 17(1), 2002, .

WINHUSEN, T. M. et F. KROPP, « Psychosocial treatments for women with substance use disorders », *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 30-3, septembre 2003.

WITBRODT, J. et A. ROMELSJO, « Gender differences in mutual-help attendance one year after treatment: Swedish and U.S. samples », *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71-1, janvier 2010, p. 125-135.

WOOLHOUSE, S., J. B. BROWN et A. THIND, « “Meeting people where they’re at”: experiences of family physicians engaging women who use illicit drugs », *Annals of family medicine*, 9-3, juin 2011, p. 244-249.

WU, L.-T., G. E. WOODY, C. YANG et D. G. BLAZER, « Subtypes of nonmedical opioid users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions », *Drug and alcohol dependence*, 112-1-2, 1 novembre 2010, p. 69-80.

YEOM, H. S. et D. S. SHEPARD, « Cost-effectiveness of a mixed-gender aftercare program for substance abuse: decomposing measured and unmeasured gender differences », *The journal of mental health policy and economics*, 10-4, décembre 2007, p. 207-219.

ZILBERMAN, M. L., H. TAVARES, A. G. ANDRADE et N. EL-GUEBALY, « The impact of an outpatient program for women with substance use-related disorders on retention », *Substance use & misuse*, 38-14, décembre 2003a, p. 2109-2124.

ZILBERMAN, M. L., H. TAVARES, S. B. BLUME et N. EL-GUEBALY, « Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities », *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 48-1, février 2003b, p. 5-13.

Observatoire IREB 2008 « Les Français et l'alcool », Paris, IREB, 2008.