



Recourir aux institutions médicosociales de l'addiction : une enquête sur les publics féminins en France hexagonale et en Guyane

Estelle Filipe

► To cite this version:

Estelle Filipe. Recourir aux institutions médicosociales de l'addiction : une enquête sur les publics féminins en France hexagonale et en Guyane. Sociologie. École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), 2025. Français. <NNT : >. <tel-05527536>

HAL Id: tel-05527536

<https://hal.science/tel-05527536v1>

Submitted on 25 Feb 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

Estelle Filipe

Recourir aux institutions médicosociales de l'addiction

Une enquête sur les publics féminins en France hexagonale et en Guyane

Thèse dirigée par : Marie Jauffret-Roustide

Date de soutenance : 27 novembre 2025

Jury

- 1 **Philippe Bataille**, Directeur d'études, EHESS
- 2 **Stéphanie Guyon**, Professeure des universités, Université de Picardie Jules Verne
- 3 **Marie Jauffret-Roustide**, Chargée de recherche, HDR, Inserm
- 4 **Marie Loison-Leruste**, Maîtresse de conférence, HDR, Université Sorbonne Paris Nord (rapporteuse)
- 5 **Patrick Peretti-Watel**, Directeur de recherche, Inserm (rapporteur)

Résumé et mots-clés

Recourir aux institutions médicosociales de l'addiction : une enquête sur les publics féminins en France hexagonale et en Guyane

Résumé

Les institutions du secteur médicosocial de l'addiction qui incluent principalement les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues (CAARUD) et les centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) accueillent en France un public majoritairement masculin. Depuis vingt ans, les femmes représentent seulement 20 à 25 % des bénéficiaires et demeurent, selon les professionnel·les de santé, largement invisibilisées au sein des institutions. Cette thèse appréhende ce phénomène comme un problème public qui articule non-recours aux soins et inégalités de genre. Ce problème a été formulé par des acteur·rices du champ de l'addiction, des responsabilités y ont été imputées (stigmatisation et violences subies par les usagères) et des organismes publics l'ont publicisé et inscrit à l'agenda politique. Le cadrage genré du problème public rend visible les difficultés rencontrées par les professionnel·les dans la prise en charge des femmes en addictologie. Toutefois, il tend à homogénéiser les expériences des usagères et à privilégier le point de vue des institutions et de leurs représentant·es. En déplaçant la focale de la « prise en charge » vers le « recours » et en adoptant une approche biographique centrée sur les expériences des bénéficiaires, cette recherche interroge les conditions de possibilité du recours, dans un contexte marqué par d'importants obstacles genrés. L'enquête « par le bas », fondée sur une méthodologie mixte (entretiens, observations, statistiques) en France hexagonale et en Guyane, articule plusieurs niveaux d'analyse. Dans un premier temps, une typologie statistique met en évidence la forte hétérogénéité des usagères de CAARUD et de CSAPA, réparties en quatre *clusters* aux profils distincts qui ne mobilisent pas les mêmes prestations institutionnelles : des femmes consommatrices d'alcool et de cannabis vivant dans des conditions stables et médicalement encadrées ; des femmes consommatrices de médicaments vulnérables, mais bien suivies ; des femmes consommatrices d'héroïne en situation de précarité et peu visibles ; des femmes consommatrices de crack en situation de grande précarité et de marginalité. Le type de consommation de drogues et les conditions de vie façonnent des formes variées de recours institutionnel, mais ne suffisent pas à les expliquer. La thèse examine ensuite les logiques

institutionnelles et territoriales et les acteur·rices intermédiaires qui facilitent ou obstruent l'accès aux institutions. Les usagères franciliennes et guyanaïses ne font pas face aux mêmes contraintes institutionnelles et territoriales dans leurs recours aux soins et à l'assistance sociale (systèmes et organisations médicosociales, normes bureaucratiques). Trois types d'intermédiaires structurent le recours : les administrateur·rices (médecin, justice), les aidant·es du recours (proche, travailleur·ses du social) et les acteur·rices qui le contraignent (homme usager, personne disqualifiant le recours, etc.). Enfin, la recherche analyse comment les dispositions, les représentations et les discours des usagères vis-à-vis du soin et de l'addiction peuvent favoriser ou freiner la mobilisation des institutions. Le recours des femmes en addictologie est le produit d'une rencontre située entre des parcours socialement différenciés, des normes institutionnelles, des territoires et des subjectivités. La thèse éclaire ainsi la manière dont les rapports sociaux, les rapports aux institutions et les parcours de vie travaillent les conditions d'accès aux soins en addictologie pour les femmes usagères, et propose un regard renouvelé sur le problème public de non-recours.

Mots-clés

Recours ; addiction ; genre ; Guyane ; santé ; institutions ; méthodes mixtes

Abstract and keywords

Accessing Addiction Care Institutions: A Study of Female Populations in Mainland France and French Guiana

Abstract

Institutions in the medical and social sector dealing with addiction, which mainly include centres providing support and harm reduction services for drug users (CAARUD) and centres providing care, support and prevention services in the field of addiction (CSAPA), cater primarily to a male clientele in France. For the past twenty years, women have accounted for only 20 to 25% of beneficiaries and, according to health professionals, remain largely invisible within these institutions. This thesis tackles this phenomenon as a public problem that links non-use of healthcare and gender inequality. This problem has been identified by actors in the field of addiction, responsibilities have been attributed (stigmatisation and violence suffered by female users), and public institutions have publicised it and placed it on the political agenda. The gendered framing of the public problem highlights the difficulties encountered by professionals in treating women with addiction. However, it tends to homogenise the experiences of female users and to favour the point of view of institutions and their representatives. By shifting the focus from ‘care’ to ‘recourse’ and adopting a biographical approach centred on the experiences of beneficiaries, this research questions the conditions of possibility of recourse in a context marked by significant gendered obstacles. The ‘bottom-up’ research, based on a mixed methodology (interviews, observations, statistics) in mainland France and French Guiana, combines several levels of analysis. First, a statistical typology highlights the high degree of heterogeneity among CAARUD and CSAPA users, divided into four clusters with distinct profiles that do not mobilise the same institutional services: women who consume alcohol and cannabis, living in stable conditions and under medical supervision; vulnerable women who consume drugs but are well monitored; women who use heroin, who are in precarious situations and not very visible; women who use crack cocaine, who are in very precarious situations and marginalised. The type of drug use and living conditions shape various forms of institutional recourse, but are not sufficient to explain them. The thesis then examines the institutional and territorial logics and the intermediary actors who facilitate or obstruct access to institutions. Female users in the Paris region and French Guiana do not face the same institutional and territorial constraints in their access to healthcare and social assistance (medical-social systems and organisations, bureaucratic norms). Three types of intermediaries

are conditioning the recourse: administrators (doctors, the justice system), recourse assistants (relatives, social workers) and actors who constrain it (male users, people who disqualify recourse, etc.). Finally, the research analyses how users' attitudes, representations and discourse regarding care and addiction can promote or hinder the mobilisation of institutions. Women's recourse to addiction treatment is the product of an encounter between socially differentiated trajectories, institutional norms, territories and subjectivities. The thesis thus sheds light on how social relations, relationships with institutions and life trajectories influence the conditions of access to addiction treatment for female users, and offers a fresh perspective on the public problem of non-use.

Keywords

Care-seeking ; Addiction ; Gender ; French Guiana ; Health ; Institutions ; Mixed methods

Remerciements

J'adresse en premier lieu mes très sincères et chaleureux remerciements à ma directrice de thèse Marie Jauffret-Roustide pour l'accompagnement qu'elle m'a apporté ces dernières années, depuis l'évaluation de mon mémoire jusqu'à la soutenance de cette thèse. Je la remercie pour ses conseils scientifiques, ses encouragements, son attention particulière aux conditions de travail et son enthousiasme. Elle a su me guider dans le cadre de ce travail de thèse, mais aussi plus globalement en favorisant mon insertion dans différents collectifs de travail. Merci Marie.

Je tiens ensuite à remercier les membres de mon comité de suivi de thèse Stéphanie Guyon et Anne Gosselin d'avoir pris le temps de me donner leur avis sur ce travail encore en chantier. Merci également à Philippe Bataille, à Stéphanie Guyon, à Marie Loison-Leruste et à Patrick Peretti-Watel, d'avoir accepté de lire et d'évaluer ce manuscrit.

Cette thèse a pu être confortablement menée grâce aux soutiens financiers qui m'ont été octroyés. Je remercie l'Institut de Recherche pour la Santé Publique (IReSP)¹ et l'Institut National du Cancer (INCa) d'avoir soutenu ce projet pendant trois années. Merci au Labex Tepsis et au programme gradué en sciences sociales de l'Université PSL pour le financement de mes deux séjours en Guyane. Merci à l'université PSL de m'avoir permis de profiter d'une résidence d'écriture lors de ma dernière année de thèse. Merci au Centre d'Étude des Mouvements Sociaux d'avoir financé mes déplacements, lors d'événements scientifiques ou sur le terrain. Merci à Marie Jauffret-Roustide de m'avoir fait bénéficier d'un financement pour mon premier terrain guyanais.

Le Centre d'Étude des Mouvements Sociaux m'a offert d'excellentes conditions de travail pendant ces années et c'est un lieu où j'ai rencontré de formidables collègues. Merci tout d'abord à l'équipe de gestion Joëlle Caugnon-Sossine, Nawal Khalil, Favouzia Mouhamad et Zouhour Ben Salah pour leur accompagnement administratif. Merci ensuite à mes collègues doctorant·es pour les discussions et les bons moments : Anna Berrard, Marguerite Teulade, Marion Serot, Romane Prat, Jeanne du Roure, Aude Franklin, Mounaim Fanidi, Leia Duval-Valachs, Hélène Hermann, Louis Pastor, Jeanne Leblay. Un merci particulier à Marion Serot pour ses encouragements, son humour et ses foisonnements d'idées, et à Marguerite Teulade pour sa luminosité et pour son éclairage sur la sociologie des problèmes publics. Je tiens à remercier particulièrement Anna Berrard, mon binôme de rédaction, pour ses conseils précieux tout au long de cette recherche. Nos échanges ont été d'une aide inestimable, dénouant bien des nœuds. Quelle chance j'ai eu que l'on écrive nos thèses ensemble, que l'on se motive ensemble et que l'on rit ensemble. Merci Anna.

Dans le cadre de cette thèse j'ai eu la chance de rencontrer différents collectifs avec qui j'ai travaillé et qui m'ont beaucoup apporté.

Je tiens à remercier l'université de Guyane et le laboratoire MINEA de m'avoir accueillie lors d'un séjour de recherche, merci en particulier à Mylène Dangles, Carole Hassoun, Isabel Retracedo Robledo, Hugues Domingo, Deelan Minfir et Debenscer Edouard.

Merci également aux chercheur·ses du projet Gender-ARP avec qui j'ai eu la chance de travailler avant et pendant ma thèse pour les éclairages scientifiques interdisciplinaires sur les drogues et la prise en charge : Karine Bertrand, Maxime Blanchette, Myriam Beaulieu, Abdelhakim Missoun, Élise Cournoyer Lemaire, Manon Bollé.

¹ Cette recherche a bénéficié du soutien de l'IReSP et de l'INCa dans le cadre de l'appel à candidatures pour subventions doctorales lancé en 2021. Numéro de référence projet : AAC21-SPA-03.

Merci enfin aux doctorant·es du groupe de travail « Drogues & Institutions » pour les réflexions lors de nos séances de travail, merci en particulier à Marion Serot, Agathe Roux-Lafay, Silvia Rochet et Salomé Gilles.

Un immense merci à toutes les personnes qui ont accepté et pris le temps de lire des parties de ce manuscrit : Marion Serot, Iris Condamine-Ducreux, Gwénaëlle Mainsant, Florence Maillochon, Florentin Piron, Arno Muller, Mathieu Sigal, Lucie Wicky et Anna Berrard. Merci également à Nato Tardieu pour la carte.

Le matériau empirique de cette thèse repose sur une enquête quantitative qui n'aurait pu exister sans le travail considérable réalisé par Marie Jauffret-Roustide, Mireille Le Breton, Sébastien de Dinechin, Candy Jangal, merci à elles et eux. Merci également à Martin Audran d'avoir toujours été disponible pour répondre à mes questions sur la base de données.

Merci aux professionnel·les sociaux et de santé et aux chef·fes de service d'avoir accepté ma présence dans leurs institutions en Île-de-France et en Guyane. En raison de l'anonymisation je ne peux dire vos noms, mais je vous témoigne toute mon admiration pour le travail difficile et indispensable que vous menez.

J'adresse mes plus sincères et respectueux remerciements aux usagères rencontrées dans les institutions médicosociales de réduction des risques et d'addictologie, sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Je leur suis profondément reconnaissante pour le temps – précieux – qu'elles m'ont accordé, ainsi que pour le courage avec lequel elles m'ont confié leurs parcours de vie. J'ai été honorée de rencontrer des personnes à la fois passionnantes et touchantes, malgré les invectives et la stigmatisation auxquelles elles sont trop souvent confrontées. Un immense merci pour leur confiance. J'espère que ce travail saura retranscrire avec justesse leurs histoires et leurs expériences de prise en charge.

Je tiens finalement à exprimer ma profonde gratitude envers mes proches qui m'ont accompagnée tout au long de ces années de thèse. Merci à mes ami·es parisien·nes et à mes amies nîmoises pour leurs présences et leurs encouragements. Merci à mon chat Tamo et à mon chien Chucho pour leur réconfort pendant la rédaction. Merci à ma grand-mère pour son soutien et son affection indéfectible. Merci à mon Jo, pour ses conseils toujours adaptés qui m'ont souvent redonné courage. Merci d'avoir été présent, drôle et aimant.

Enfin, je remercie ma mère Magali Filipe pour son soutien inconditionnel. Merci maman d'être une leçon de résilience, d'optimisme, de ténacité, d'empathie et d'humilité. Ton exemple a contribué je le sais, à l'aboutissement de ce travail.

Sommaire

RESUME ET MOTS-CLES	3
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	5
REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE.....	9
TABLE DES TABLEAUX.....	10
TABLE DES FIGURES	12
TABLE DES ENCADRES	13
SIGLES PRINCIPAUX	14
INTRODUCTION GENERALE.....	16
PARTIE I. PROBLEME PUBLIC ET ENQUETE	42
CHAPITRE 1. PARTIR D’UN PROBLEME PUBLIC, REPENSER SON CADRAGE.....	45
CHAPITRE 2. ENQUETER LES USAGERES DES CAARUD ET DES CSAPA : ENJEUX METHODOLOGIQUES, ETHIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES	106
PARTIE II. SAISIR L’HETEROGENEITE DES RECOURS INSTITUTIONNELS DES USAGERES : TROIS AXES DE COMPREHENSION	167
CHAPITRE 3. OBJECTIVER L’HETEROGENEITE DES PUBLICS FEMININS EN QUESTION ET LEURS RECOURS.....	170
CHAPITRE 4. DES RECOURS ENCADRES : TERRITOIRES, INSTITUTIONS ET ACTEUR·RICES INTERMEDIAIRES.....	256
CHAPITRE 5. LES FACTEURS INDIVIDUELS DU RECOURS : DISPOSITIONS, REPRESENTATIONS, DISCOURS	326
CONCLUSION GENERALE.....	374
BIBLIOGRAPHIE	382
ANNEXES	411
TABLE DES MATIERES	421

Table des tableaux

Tableau 1 - Région et lieu de recrutement des usagères.....	112
Tableau 2 - Caractéristiques sociodémographiques des usagères	113
Tableau 3 - Région d'origine des usagères de nationalité étrangère (n).....	113
Tableau 4 - Régions de naissance du père et de la mère.....	114
Tableau 5 - Présentation des institutions enquêtées dans les deux régions	120
Tableau 6 - Présentation des enquêtées du corpus d'entretiens	124
Tableau 7 - Méthodes et niveaux d'analyse	137
Tableau 8 - Glossaire de l'ACM n°1 sur les prestations des CAARUD et des CSAPA sollicitées par les usagères.....	181
Tableau 9 - Lien entre l'usage de drogues et le recours à la distribution de pipes à crack en CAARUD ou en CSAPA.....	199
Tableau 10 - Lien entre l'usage de drogues et le recours aux traitements de l'addiction	200
Tableau 11 - Environnement familial au cours de l'enfance et de l'adolescence (avant 18 ans)	210
Tableau 12 - Caractéristiques des <i>recourantes</i> aux traitements de l'addiction.....	212
Tableau 13 - Régression logistique sur la variable binaire (oui/non) : consommation de crack	214
Tableau 14 - Glossaire de l'ACM n°2 sur l'espace social des publics féminins.....	217
Tableau 15 - Proportion des individus par <i>clusters</i> en % (n)	221
Tableau 16 - Description des <i>clusters</i> à partir des variables de consommation de drogues les plus significatives de la CAH en % (n).....	224
Tableau 17 - Description des <i>clusters</i> à partir des variables de recours aux prestations médicosociales les plus significatives de la CAH en % (n).....	225
Tableau 18 - Description des <i>clusters</i> à partir des variables de santé de la CAH en % (n)	226
Tableau 19 - Description des <i>clusters</i> à partir des variables de précarité de la CAH en % (n)	227
Tableau 20 - Description des <i>clusters</i> à partir des variables supplémentaires de la CAH en % (n)	228
Tableau 21 - Tri croisé : maladies infectieuses (VHC, VHB, VIH) et <i>clusters</i> de la CAH	247
Tableau 22 - Tri croisé : score de santé et mentale et <i>clusters</i> de la CAH	252
Tableau 23 - Prévalence des violences au cours de la vie et de la dernière année.....	309
Tableau 24 - Refus de prise en charge dans le système médical ou médicosocial au cours de la vie déclarés par les usagères (%).....	315

Tableau 25 - Tri croisé : refus de prise en charge déclaré et cluster de la CAH.....	318
Tableau 26 - Expérience de refus de prise en charge : analyse toutes choses égales par ailleurs	319
Tableau 27 - Corrélation entre le recours au traitement de l'addiction et le niveau de diplôme	337
Tableau 28 - Régression logistique sur une variable binaire (oui/non) : recours au traitement de l'addiction.....	342
Tableau 29 - Capital institutionnel, ressources et recours aux soins	348
Tableau 30 - Rapport au recours en fonction des représentations de l'addiction et des positions sociales.....	364

Table des figures

Figure 1 - Photo de pipe à crack distribuée dans un CAARUD.....	57
Figure 2 - Photos de devantures de deux CAARUD : francilien (1) et guyanais (2).....	57
Figure 3 - Exemple de ligne du temps utilisé durant les entretiens	129
Figure 4 - Carte de la Guyane.....	143
Figure 5 - Prévalence des types de prestations sollicitées par les usagères dans le dernier mois	176
Figure 6 - Prévalence des types des prestations sollicitées par les usagères en Hexagone et en Guyane.....	178
Figure 7 - Distribution du score d'accès aux services (nombre de services utilisés)	179
Figure 8 - Analyse des correspondantes multiples des services sollicités par les usagères (axe 1 et 2)	182
Figure 9 - Consommation de drogues au cours de la vie	186
Figure 10 - Fréquence de la consommation dans la vie par produit	189
Figure 11 - Nombre de produits consommés dans la vie	190
Figure 12 - Fréquence de consommation dans le mois par produit.....	192
Figure 13 - Nombre de produits consommés au cours du dernier mois	192
Figure 14 - Produit problématique pour la personne dans la vie quotidienne	194
Figure 15 - Consommation de crack en fonction de la région d'appartenance des usagères ..	196
Figure 16 - Type d'habitation actuelle en fonction de la région d'appartenance des usagères	207
Figure 17 - Croisement entre le type d'habitation actuelle et la consommation de crack	213
Figure 18 - Analyse des correspondances multiples : un espace social des publics féminins..	219
Figure 19 - Dendrogramme de la CAH et visualisation des <i>clusters</i>	220
Figure 20 - État de santé perçue selon les <i>clusters</i> de la CAH.....	245
Figure 21 - Situation vis-à-vis de la santé mentale au sein des publics féminins des CAARUD et des CSAPA.....	250
Figure 22 - Distribution du score de santé mentale (en effectifs)	251
Figure 23 - Recours des usagères franciliennes et guyanaises aux prestations proposées par les institutions médicosociales de l'addiction dans le dernier mois.....	264
Figure 24 - Refus de prise en charge déclaré selon les propriétés sociales, les expériences de santé et de précarité des usagères	317
Figure 25 - Synthèse graphique des principales dimensions du recours des usagères explorées dans la thèse	378

Table des encadrés

Encadré 1 - Le genre dans les Suds : le cas de la Guyane	21
Encadré 2 - Les drogues, de quoi parle-t-on ?	22
Encadré 3 - Toxicomane, drogué·e, usager·e... Les termes pour parler des enquêtées	30
Encadré 4 - Structure, dispositif, établissement, institution... Précisions sémantiques concernant la dénomination des CAARUD et des CSAPA	33
Encadré 5 - L'histoire de la réduction des risques à écrire pour les territoires ultramarins.....	58
Encadré 6 - La première communauté thérapeutique française exclusivement pour femmes et enfants se trouve en Guyane	81
Encadré 7 - Pourquoi les femmes consomment moins de drogues que les hommes ?.....	89
Encadré 8 - Exemple de portrait réalisé à partir de l'enquête ANRS-Coquelicot.....	116
Encadré 9 - Des entretiens sous contraintes : le cas de Silvia.....	126
Encadré 10 - Les variables utilisées pour décrire les recours aux prestations des CAARUD et des CSAPA.....	174
Encadré 11 - Enjeux et contours des catégories non-stabilisées « inséré » <i>versus</i> « précaire » .	202
Encadré 12 - Précision concernant la variable « traumatisme ».....	226
Encadré 13 - Précision concernant la variable « santé perçue ».....	244
Encadré 14 - Variables de l'enquête ANRS-Coquelicot utilisées pour analyser l'état de santé mentale des usagères	249
Encadré 15 - Les violences vécues par les usagères au cours de la vie, au-delà des institutions	309
Encadré 16 - Questions sur le refus de prise en charge présentes dans le questionnaire ANRS-Coquelicot	314
Encadré 17 - Lien entre représentation de l'addiction et représentation de soi : se définir comme « forte », valoriser la dureté et l'autonomie.....	355

Sigles principaux

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACM	Analyse des correspondances multiples
AME	Aide médicale d'état
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ARS	Agences régionales de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CER	Comité d'Éthique de la Recherche
CMU	Couverture maladie universelle
CMP	Centre médico-psychologique
CPP	Comité de Protection des Personnes
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CT	Communauté thérapeutique
DROM	Départements et régions d'outre-mer
DSM	Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux
EUDA	<i>European union drugs addiction</i>
INCa	Institut national du cancer
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IReSP	Institut pour la recherche en santé publique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
RdR	Réduction des risques
RSA	Revenu de solidarité active
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
TAPAJ	Travail alternatif payé à la journée
TROD	Test rapide d'orientation et de dépistage
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction générale

Décembre 2022, je rencontre Corine² dans un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en Île-de-France. Elle a 51 ans, cheveux longs et bruns, blanche, mince. Je remarque quelques signes de fatigue et de précarité (visage cerné, un peu débraillée, attitude de retrait). Je la vois attendre près du bureau d'accueil tenant à la main une enveloppe marquée du logo de la République française. J'apprends plus tard qu'elle tente de refaire sa carte d'identité. Après son échange avec l'agent d'accueil, je l'aborde, lui propose de réaliser un entretien avec moi, et mentionne la rétribution (15€) que je lui verserai en fin d'entretien. Elle accepte. Nous nous installons dans le bureau d'une psychologue de l'établissement, absente ce jour-là. Durant 1 h 30, Corine me raconte sans détour son parcours, les relations qu'elle entretient avec ses filles, le crack, la rue, les violences, sa « décadence » depuis l'épidémie de Covid-19. Elle vit dans une tente dans le Nord-Est parisien, vend et consomme du crack. Je ne la reverrai plus dans l'établissement après cet entretien. Quelques mois plus tard, je la reconnais sur un quai du métro de la ligne 4, entourée de ses partenaires de consommation. Trois hommes de part et d'autre de son siège, qui parlent fort et sont visiblement alcoolisés. Depuis ma rame, je l'observe fumer du crack, dissimulant son geste des usager·es du métro. Elle ne se doute pas que je la regarde, moi qui l'ai rencontrée quelques mois auparavant et qui connais ses diplômes, le prénom de ses filles, son parcours conjugal ou encore sa passion pour l'astrologie. Je la reverrai plusieurs soirs. Figure repoussoir pour beaucoup, Corine me rappelle que l'on ignore tout de l'histoire de ces femmes.

Ces personnes, que côtoient beaucoup d'usager·es³ du métro du Nord-Parisien, sont perçues comme des figures de la marginalité. On ne sait pas vraiment qui elles sont, comment elles en sont arrivées là, si elles sont complètement désaffiliées ou si, au contraire, elles sont soutenues et accompagnées par leurs proches ou des équipes associatives, sociales, médicales. Ce court récit proposé en préambule permet de poser cette question : qui est cette femme, sur les quais du métro, qui fume du crack ? En l'occurrence ici, c'est Corine, qui cinq ans auparavant était cheffe d'entreprise, locataire d'un appartement et chargée de l'éducation de ses filles. Cette thèse ne porte pas uniquement sur ces profils très marginalisés, mais sur les femmes qui, comme Corine, fréquentent des institutions médicosociales spécialisées dans la prise en charge des addictions, c'est-à-dire les centres de soin de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues (CAARUD).

² L'ensemble des prénoms des personnes enquêtées sont anonymisés. Les choix concernant l'anonymisation sont détaillés dans le chapitre 2.

³ Cette thèse utilise les règles de l'écriture épiciène, inclusive ou non-sexiste, en utilisant notamment l'utilisation du point médian lorsqu'il est question de groupe mixte (exemple : usager·e, professionnel·le, acteur·rice) et la formulation épiciène ou neutre (exemple : personne ou individu).

Ces femmes, qui consomment des drogues, sont minoritaires et sous-représentées au sein de ces institutions, mais aussi dans l'espace public et dans les consommations de drogues. Ma recherche prend pour point de départ un problème (formulé comme un problème public) : celui du non-recours temporaire ou permanent des femmes aux CAARUD et aux CSAPA. Ce problème⁴ soulève des enjeux de santé publique et d'inégalités de genre importants, dans un secteur où les hommes représentent 80 % des usagers des CAARUD et des CSAPA, et cela depuis 20 ans. Cette thèse traite aussi d'une exception en sociologie de la santé. Alors que les femmes sont majoritairement celles qui prennent soin, dans une logique de *care*, qu'elles sont plus sensibles aux questions de santé, qu'elles détiennent de plus grandes dispositions à percevoir des symptômes ou des maladies, qu'elles sont plus nombreuses que les hommes à se soigner, elles demeurent minoritaires à recourir au secteur de la prise en charge des addictions.

Cet objet de recherche est borné initialement par deux cadres théoriques principaux qu'il est important de décrire dans cette introduction. Le premier porte sur le concept de genre, mis en relation avec la consommation de drogues et les enjeux de santé. Commencer par le genre soutient un choix fort de l'enquête : enquêter uniquement sur les femmes, sans comparaison systématique avec les hommes. Le second a trait aux rapports entre individus et institutions. Après avoir présenté les deux institutions à partir desquelles s'ouvrent l'enquête, je justifie le choix qui m'a conduit à déplacer la focale de la « prise en charge » vers le « recours », pour finalement annoncer la problématique générale de la thèse. Cette introduction générale se poursuit par une brève présentation de l'enquête qui se décline en deux volets. Le premier concerne son ancrage territorial. Elle a été menée sur deux terrains, la France hexagonale et la Guyane pour interroger comment les recours se déclinent dans des contextes sociaux et territoriaux *a priori* différents. Le second volet porte sur le protocole d'enquête, qui précise la démarche méthodologique adoptée. Enfin, cette introduction se conclut par l'organisation de la thèse et la présentation de ses principales limites.

1. Une entrée par le genre

Cette recherche prend comme point de départ une problématique de genre : c'est parce qu'elles sont des femmes que les usagères des CAARUD et des CSAPA en France hexagonale et en Guyane sont sous-représentées et minoritaires. C'est aussi en tant que femmes qu'elles vivent leur rapport aux drogues, leur expérience de la précarité, leur relation aux institutions de

⁴ La construction du problème public (formulation du problème, responsabilités imputées au problème et publicisation du problème) est développée dans le chapitre 1.

soin ou de réduction des risques et aux professionnel·les médicosociaux. Dès lors, la sociologie du genre s’est imposée comme un cadrage central et nécessaire. Pour justifier le choix d’un échantillon exclusivement féminin, je reviens d’abord sur le concept de genre, puis sur les liens entre genre et usages de drogues d’une part, et entre genre, santé et accès aux soins d’autre part.

1.1 Le genre comme point de départ

Le genre est à la fois un concept scientifique et un outil politique. Il fait l’objet d’une littérature très abondante en France et à l’international, mais reste encore aujourd’hui un concept sous tension. En effet « sa légitimité est toujours questionnée au travers de son double statut, politique et scientifique » (Paliarne, 2023 : 42). Sans refaire l’histoire du concept (Delphy, 2001) et sans expliciter toutes ses dimensions et les débats qu’il suscite⁵, il importe de souligner son apport et la manière dont il est utilisé dans la présente thèse.

Le genre n’est pas simplement une caractéristique descriptive individuelle, mais un système inégal (entre hommes et femmes) qui s’opère de façon relationnelle (Revillard, 2014). De nombreuses définitions et usages entourent le concept. On peut citer la définition proposée par Cecilia Ridgeway, qui envisage le genre comme un « système de pratiques sociales [...] qui constitue des catégories sexuées distinctes et différenciées, classe les gens dans ces deux catégories et organise les relations entre eux sur la base de différences définies à partir de leur catégorie de sexe » (Ridgeway, 2011 : 9). Ou celle d’Eleni Varikas : « Le genre n'est pas seulement un principe d'ordre, fondé sur une division sociale des tâches et des fonctions différenciées ; c'est également une grille de lecture, une manière de penser le monde et le politique à travers le prisme de la différence des sexes » (Varikas, 2006 : 17). Ou encore, celles de Laure Bereni et ses collègues qui définissent le genre comme un « système de bi-catégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculine/féminin). » (Bereni *et al.*, 2012 : 10). En somme, les définitions et les usages du concept sont divers. Ces définitions insistent néanmoins sur deux points : la dimension normative des rôles, des valeurs (« masculin » *versus* « féminin ») qui se trouvent hiérarchisées (Bereni *et al.*, 2012) ; et la dimension relationnelle : le genre s’exprime dans les rapports de pouvoir entre les sexes. Pour Joan Scott, le concept de genre ne doit pas se limiter à l’analyse des rôles attribués aux hommes et aux femmes, mais être mobilisé de façon plus large pour «

⁵ Ces éléments sont particulièrement détaillés dans la récente thèse de Nicolas Paliarne intitulée « Pour une sociologie de l’alcoolisme sous le prisme du genre », EHESS, 2023. Il est possible de s’y référer concernant les débats autour du concept de genre.

examiner les formes spécifiques prises par l'organisation sociale de la différence sexuelle. » (Scott, 1988, cité par Palierne, 2023 : 54).

Les études de genre sont composées de plusieurs vagues historiques. En premier lieu, les *Women's Studies* (dans les années 1960-1970) qui mettent en visibilité des expériences féminines et critiquent l'androcentrisme académique. Ensuite, les *Feminist Studies* (fin des années 1970-1980), qui revendiquent un savoir féministe, en incluant une dimension politique (Chabaud-Rychter *et al.*, 2010). Enfin, les *Gender Studies* (années 1980-1990) élargissent les questionnements aux masculinités, aux identités de genre et aux performances sociales du genre. Ces approches ont fait du genre un outil d'analyse permettant de « remettre en cause le masculin comme norme » (Scott, 1988), mais aussi le développement de recherche autour des masculinités et des *Men's studies* (dans la fin des années 1980-1990) (Connel, 2014).

Il existe différentes approches du genre, qui incluent entre autres les approches matérialistes, *queer* et intersectionnelles que nous allons décrire brièvement. Les approches matérialistes apparaissent dans le sillage du marxisme et des luttes féministes radicales des années 1970. Portées par des figures françaises comme Christine Delphy, Colette Guillaumin ou Nicole-Claude Mathieu, elles mettent au cœur de l'analyse le travail des femmes. Le féminisme matérialiste conçoit les rapports de sexe comme une relation de domination matérielle analogue à une lutte de classes, où la « classe » des hommes exploite celle des femmes aussi bien dans le travail rémunéré que dans la sphère domestique non rémunérée (Delphy, 1975). Cette approche insiste sur le travail domestique et familial comme source de plus-value non reconnue, et sur le fait que le patriarcat produit et entretient ces inégalités. Colette Guillaumin étend ce concept au « sexage », soulignant que l'appropriation masculine porte non seulement sur le travail des femmes, mais aussi sur leurs corps (Guillaumin, 1978). Nicole-Claude Mathieu, quant à elle, critique la notion de consentement : l'apparente acceptation de l'oppression ne présume pas un accord véritable, tant les contraintes structurelles et l'isolement empêchent toute révolte collective (Mathieu, 1991). Les matérialistes préfèrent parler de rapports sociaux de sexe plutôt que de genre, craignant que ce dernier terme ne réduise l'analyse à l'identité subjective et n'introduise une fluidité conceptuelle. Elles décrivent ces rapports comme : antagonistes (hommes vs femmes), transversaux (présents dans toutes les sphères sociales), dynamiques (en constante reconfiguration) et productifs (ils engendrent les catégories de sexe qu'ils opposent). Selon elles, c'est le rapport social qui précède et construit le « sexe » biologique.

Les approches *queers*, terme issu d'une insulte homophobe que les communautés gays et lesbiennes des années 1990 se sont réappropriée, désignent un champ d'études centré sur les

marges du genre et de la sexualité. À la différence du féminisme matérialiste, qui articule genre et travail, l'approche *queer* pense le genre en lien avec les sexualités : il s'agit non pas d'opposer un « centre » à une « marge », mais de comprendre comment les normes et leurs transgressions communiquent (Foucault, 1976) et se construisent mutuellement. Ce courant montre que toute norme inclut une part de déviance. Judith Butler illustre cette dialectique en analysant la drag *queen* comme performeur·se de genre : le genre se réalise par la répétition d'actes et de pratiques, sous un contrôle normatif qui n'en exclut pas la subversion (Butler, 2005). Là où les matérialistes postulent des frontières étanches, les approches *queer* postulent des frontières poreuses : on est simultanément « dans » et « hors » de la norme. Ainsi, l'approche *queer* enrichit la sociologie du genre en révélant la porosité des frontières normatives et en réévaluant le pouvoir d'action des dominé·es dans leur résistance aux rapports sociaux de sexe.

Enfin, le féminisme intersectionnel postule que les rapports sociaux de sexe, de classe et de race forment un nœud indissociable plutôt qu'une simple addition d'oppressions. Il s'agit d'un courant plus récent, mais qui s'enracine dans des mobilisations plus anciennes. C'est ce que Danièle Kergoat mettait déjà en lumière en 1978 dans l'article « Ouvriers = ouvrières ? Propositions pour une articulation théorique des deux variables : sexe et classes sociales », en montrant que l'expérience de la classe ouvrière diffère selon le sexe. Dans les « usines de femmes », les cadences supérieures sont présentées comme la preuve d'une dextérité naturelle, tandis que les hommes bénéficient de postes plus qualifiés et valorisés. Kergoat développe ici le concept de consubstantialité : les rapports de sexe et de classe s'enchâssent dans les mêmes relations de production, sans que le travail salarié constitue le principal investissement identitaire des femmes, pour qui le travail domestique et familial conserve une valeur majeure (Kergoat, 2009). Aux États-Unis, les militantes du *Black Feminism* ont cristallisé ces enjeux. Les suffragettes blanches excluant les femmes noires pour préserver une image « respectable », les femmes racisées ne se sont trouvées ni dans les mouvements antiracistes (perçus comme masculins) ni dans les mouvements féministes (dominés par les femmes blanches, « *All the women are white, all the blacks are men* ») (Hull *et al.*, 1982). Kimberlé Crenshaw a formulé le concept d'intersectionnalité comme une imbrication de rapports sociaux qui ne se résume pas à une addition d'inégalités (Crenshaw et Bonis, 2005). Les violences conjugales, par exemple, touchent différemment les femmes racisées qui, en plus de la difficulté à porter plainte, peuvent considérer leur foyer comme un refuge contre le racisme. Enfin, Angela Davis a souligné que l'esclavage aux États-Unis soumettait les femmes esclaves à une double exploitation : comme « hommes » pour le travail et comme « femmes » pour la reproduction (Davis, 1983). Ces analyses montrent que les frontières entre sexe, race et classe sont à la fois mobiles et imbriquées,

ni totalement poreuses, ni strictement étanches, mais consubstantiellement liées au cœur même des rapports de pouvoir.

Si le genre est au cœur de cette enquête, puisqu'il permet de repenser l'androcentrisme et remettre en cause le masculin comme norme naturelle et neutre, il ne peut être envisagé en vase clos. Les parcours des femmes qui consomment des drogues prises en charge en CAARUD et en CSAPA sont également façonnés par la classe sociale, la race, l'âge, la précarité, etc. C'est pourquoi cette thèse adopte un cadrage intersectionnel (détaillé dans le chapitre 1) afin de rendre visibles les croisements de facteurs expliquant le (non -) recours institutionnel et la diversité des parcours des usagères.

Encadré 1 - Le genre dans les Suds : le cas de la Guyane

Le genre est conceptualisé majoritairement depuis les pays du Nord occidentalisés. Pour analyser les rapports de genre dans les Suds et les Outre-mer, les *postcolonial studies* et les *subaltern studies* invitent à prendre en compte la diversité des configurations locales et à se méfier des lectures universalistes du patriarcat (Nicolas et Noûs, 2020). Elles insistent sur la nécessité d'éviter les écueils de l'ethnocentrisme et de ne pas projeter sur d'autres contextes les catégories élaborées depuis les Nords. L'exemple des îles Tonga, étudié par Françoise Douaire-Marsaudon, illustre bien cette pluralité : les relations de genre y sont pensées à travers le modèle frère-sœur, au sein duquel les sœurs sont considérées comme supérieures à leurs frères (Douaire-Marsaudon, 1996). Les féminismes noirs et décoloniaux prolongent cette critique en soulignant les biais persistants de certaines analyses. Ils mettent en garde contre l'idée d'un système de genre universel ou d'une homogénéisation abusive des expériences féminines (Nicolas et Noûs, 2020 ; Mohanty, 1984). Chandra Talpade Mohanty souligne l'importance de replacer les analyses dans leur contexte et de se garder d'opposer artificiellement des femmes du Sud, perçues comme victimes, à des femmes occidentales, perçues comme libres (Mohanty, 1984). En Guyane, comme dans d'autres territoires ultramarins et/ou caribéens, les recherches sur le genre restent limitées, mais elles ont surtout mis en avant certaines thématiques. Elles portent notamment sur la famille et le modèle matrifocal (Mulot, 2000 ; Guillemaut, 2013), sur l'indépendance et la force féminine (*potomitan*) (Gbogbohondada, 2025), sur la valorisation de la maternité et du désir d'enfant (Carde, 2011 ; Gracchus, 1980), ainsi que sur les rapports de couple, la sexualité et les violences de genre (Condon *et al.*, 2019), avec par exemple l'exposition accrue des femmes au VIH face au refus masculin du préservatif (Carde, 2011). D'autres travaux se sont intéressés aux masculinités et féminités locales guyanaises, comme ceux d'Isabelle Hidair sur les dresseurs de *pikolèt* (des

oiseaux) (2012). Elle étudie les formes de masculinité « de la domestication des “*Pikolèl*” à l’éducation des enfants », ou encore la figure de la « femme *djok* » créole et les identités féminines en Guyane (Hidair, 2008). Ces recherches mettent également en lumière l’imbrication des rapports de genre avec les ordres coloniaux et raciaux (Guyon, 2011 ; Stoler, 1989) qui structurent des hiérarchies entre Créoles, Amérindien·nes, Marron·nes, et Métropolitain·es.

Aussi, pour comprendre comment le genre structure mon enquête, il est utile de retenir les quatre dimensions du genre mises en évidence par Laure Bereni et ses collègues. Le genre est un rapport de pouvoir qui induit des inégalités structurelles (salaires, accès aux soins, prise de parole). Le genre est une relation sociale qui renvoie à des normes et attentes conformes aux prescriptions « féminines » ou « masculines ». Le genre est une construction sociale qui s’attache à des représentations et stéréotypes véhiculés par la culture et les discours. Et enfin, le genre est une configuration intersectionnelle qui s’articule à d’autres vécus de la domination (classe, race, handicap...) qui modifie l’expérience genrée (Bereni *et al.*, 2012).

1.2 Genre et usage de drogues

Une première configuration intersectionnelle consiste à croiser le genre⁶ avec un autre rapport social, l’usage de drogues, puisque l’enquête porte sur des femmes qui consomment (ou ont consommé) des drogues. Le genre et les drogues sont abordés dans deux sociologies principales, la sociologie de la déviance et la sociologie de la santé (principalement associés à l’addiction à l’alcool et à la santé mentale).

Encadré 2 - Les drogues, de quoi parle-t-on ?

Les drogues⁷ sont le miroir du fonctionnement de la société. Les relations qu’entretiennent les individus avec les produits sont intimement liées à des relations sociales. Comme l’évoquent Marie Jauffret-Roustide et Jean-Maxence Granier : « De tout temps et dans toutes les sociétés, les Hommes ont eu recours à des drogues : pour éprouver du plaisir, expérimenter de nouvelles sensations, mais également pour atténuer leurs souffrances ou soigner leurs douleurs ou leur mal-être. » (Jauffret-Roustide et Granier, 2017). La drogue en elle-même est une notion polysémique qui recouvre différentes définitions. Dans cette recherche, les drogues font

⁶ Il est principalement question ici des travaux portant sur les femmes et les drogues.

⁷ Par commodité de langage, les termes « drogues », « produits » ou plus rarement « substances » sont utilisés comme des synonymes.

référence à des produits psychoactifs qu'ils soient légaux ou illégaux⁸, naturels ou synthétiques, à visée récréative, magique, antalgique, etc. Cela inclue : le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, antalgiques, etc.), les opiacés/opioïdes, la cocaïne en poudre, le crack, et l'ensemble des produits associés à une consommation festive, mais qui ne s'y limite pas (MDMA, ecstasy, kétamine, LSD, etc.). Au-delà de leur statut juridique (licite ou illicite), tout produit psychoactif est considéré comme une drogue. Ce choix repose sur l'évolution des connaissances scientifiques autour des questions de drogues et des problèmes qu'elles suscitent. En effet, « sous l'influence des rapports du neurobiologiste Bernard Roques en France et du psychiatre David Nutt au Royaume-Uni, des produits licites tels que les médicaments, le tabac et l'alcool sont entrés dans la catégorie drogues au même titre que les drogues illicites telles que le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. Cette évolution sémantique est une révolution épistémologique dans la mesure où elle opère un déplacement du regard moral porté sur les drogues illicites vers une attention accrue accordée aux données scientifiques relatives aux produits et à leurs propriétés pharmacologiques, aux conséquences sociales, et à l'expérience personnelle de chaque individu à l'égard des drogues. » (*Ibid.*). Tout comme il existe une diversité de drogues (et de termes pour en parler), il existe également une diversité d'usage et de termes associés. Howard Becker s'interroge déjà dans son ouvrage *Outsiders, études de sociologie de la déviance* : « Faut-il parler d'addiction ou d'usage ? Le cannabis intoxique-t-il ou fait-il planer ? » (Becker, 1985). Dans ce travail, les termes « usage » et « consommation » sont mobilisés pour parler des pratiques des enquêtées⁹.

Les travaux de sociologie de la déviance sont une première étape nécessaire pour aborder la question des femmes qui consomment des drogues et les mécanismes associés à cette transgression de l'ordre du genre. Il faut néanmoins rappeler que les travaux qui croisent genre et drogues en sociologie de la déviance sont tardifs. La prise en compte du genre dans les comportements déviants renvoie à des tabous, des « non-dits » (Clair, 2010). Les sociologues interactionnistes de l'école de Chicago abordent les questions de drogues sans faire état des propriétés sociales de leurs enquêtées et notamment de leur genre. Pour ne citer qu'eux, on peut notamment parler du travail d'Alfred Lindesmith, de la première école de Chicago. Il développe une théorie sociologique de l'addiction aux drogues (Lindesmith 1938) qui aboutit au livre *Opiate addictions* (Lindesmith, 1947) dans lequel il s'interroge sur les facteurs qui conduisent ou non à la dépendance et sur l'efficacité du sevrage chez des usager·es d'héroïne avec qui il a

⁸ Le cadre juridique entourant l'usage et la vente de drogues en France est précisé dans le chapitre 1.

⁹ Les types d'usage (expérimentation, usager régulier, usage quotidien, etc.) sont développés dans le chapitre 3.

réalisé des entretiens. Il montre que l'origine de la dépendance est multifactorielle et résulte d'un processus d'apprentissage. S'il n'était pas le premier à envisager l'usage de drogues en sociologie (Brown, 1931 ; Dai, 1937), son étude a eu beaucoup de succès. On peut également citer le travail d'Howard Becker dans son ouvrage *Outsiders, études de sociologie de la déviance* publié pour la première fois en 1963. À partir d'une enquête ethnographique, il conceptualise le processus de déviance chez les fumeurs¹⁰ de *marijuana* et les musiciens de jazz (Becker, 1985). Dans son livre il prend en compte à la fois le point de vue des déviants (les fumeurs) et celui des « entrepreneurs de morale » pour mettre en évidence une « théorie de l'étiquetage » selon laquelle la déviance ne trouve pas son origine chez la personne déviante. Elle résulte plutôt d'une catégorisation construite au cours des interactions entre groupes déviants et entrepreneurs de morale. Si ces recherches ont profondément marqué la sociologie des carrières déviantes et des usages de drogues, elles ne portent pas précisément sur les contextes sociaux des usages et sur les rapports sociaux¹¹ qui les structurent.

La sociologie de la déviance et du genre met donc au cœur de son propos les transgressions de normes (sociales et de genre) par les femmes autour de sujets diversifiés, comme la violence des femmes (Cardi et Pruvost, 2012) ou la criminalité vis-à-vis de la vente de drogues (Barbier, 2016). Concernant la criminalité des femmes, Sarah Perrin, qui a réalisé une thèse sur les femmes usagères et revendeuses de drogues dites « insérées socialement », fait un état de l'art sur la question :

« Au XIX^e siècle, Lombroso et Ferrero (1896) estimaient ainsi que la criminalité féminine était inférieure à la criminalité masculine parce que l'instinct maternel éloignait les femmes de la tentation de la déviance. La femme délinquante a donc longtemps constitué un impensé des sciences sociales, et plus largement dans notre société (Lelièvre et Thomas *in* Cardi et Pruvost, 2012). Si une femme s'égarait à devenir criminelle, c'était du fait de ses menstruations (Le Bon, 1895) ou d'un érotisme exagéré et anormal (Ferrero, 1894). Il était inconcevable qu'une femme puisse aller à l'encontre des normes sociales : si elle le faisait, son comportement était considéré comme pathologique. Durant des siècles, des femmes ont ainsi été catégorisées comme des « hystériques » (Showalter, 1998), terme fourre-tout qui permettait de naturaliser tous les comportements féminins jugés inconvenants, tels que les usages de drogues féminins. La femme délibérément déviante constituait un impensé épistémologique (Campbell, 2000). » (Perrin, 2022 : 10)

Isabelle Clair montre également que la déviance n'implique pas nécessairement une transgression de la norme. Elle précise que la déviance des femmes « se fonde sur le fait

¹⁰ *A priori*, cela concerne des hommes uniquement.

¹¹ Une critique mise en évidence par Isabelle Clair en 2010 dans l'ouvrage *Sous les sciences sociales, le genre*, à propos du travail d'Howard Becker.

d'appartenir au groupe des filles/femmes (groupe stigmatisé, par "nature") » (Clair 2010 : 299). Concernant l'usage de drogues et le genre, la majorité des travaux en sociologie des drogues se focalise sur des publics masculins, la consommation de drogues étant encore largement perçue comme un fait « naturellement » masculin (Duprez et Kokoreff, 2000 ; Fernandez, 2010). Par ailleurs, plusieurs enquêtes soulignent une répartition genrée du choix des substances : le cannabis – perçu comme « masculin » – serait consommé plus régulièrement par les hommes, tandis que les médicaments psychotropes apparaîtraient essentiellement féminins (Kokoreff, 2010).

En conséquence, les femmes demeurent peu représentées, tant dans les échantillons statistiques que dans les analyses qualitatives (Neff, 2018). Maïa Neff montre que l'invisibilité des femmes qui consomment des drogues dans le champ de la sociologie de la déviance s'explique par plusieurs facteurs. Elle cite notamment leur invisibilité dans l'espace public, le poids des stéréotypes qui mènent à considérer les femmes comme fragiles et ce faisant à ignorer leurs pratiques déviantes et l'androcentrisme du travail scientifique (*Ibid.*). La question des consommations de drogues chez les femmes a également été un impensé des luttes féministes : « au sein des mouvements féministes, les usages de drogues féminins ont longtemps été déconsidérés et ignorés (Ettorre, 2015), ce qui a pu contribuer à leur occultation. » (Perrin, 2022 : 10). Pourtant, bien que moins nombreuses et souvent moins visibles que les hommes dans l'espace public, les consommatrices s'engagent tout autant dans des usages de drogues (Measham, 2002 ; Fernandez, 2010 ; Barbier, 2016). La majorité des études consacrées aux femmes qui consomment des drogues s'inscrit d'abord dans une perspective de santé publique, axée sur des thématiques jugées « féminines » : maternité, VIH/Sida, etc. (Murphy et Rosenbaum, 1999). Des études proprement sociologiques sont menées dès les années 1970 à l'international « par des femmes ethnographes telles que Patricia Morningstar ou Jennifer James (Page et Singer, 2010). Leurs recherches portent notamment sur les femmes chamanes (Morningstar, 1983), les liens entre criminalité féminine et usages de drogues (James, Goshö et Wohl, 1979) et l'influence des stéréotypes de genre sur l'expérience des drogues (Morningstar, 1987). » (Perrin, 2022 : 10). En France, dans une perspective historique, Anne Coppel montre dans les années 1980 que les femmes ont construit l'histoire des drogues à travers la figure de la « morphinée », et qu'aujourd'hui encore les drogues accompagnent le travail du genre (Coppel, 2004). Au début des années 2000, Laurence Simmat-Durand, travaille en particulier sur les mères qui consomment des drogues et les femmes enceintes (Simmat-Durand, 2002, 2006, 2007) et Marie Jauffret-Roustide mène des travaux sur les femmes usagères de drogues dans une

perspective sociologique autour de leurs vulnérabilités face aux maladies infectieuses (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008).

Cette faible visibilité des femmes s'explique en grande partie par la transgression des normes de genre qu'implique leur consommation : normes pénales et médicales, mais surtout des normes sociales fortement genrées (Boyd, 2004 ; Cardi, 2007 ; Simmat-Durand, 2007). À la double stigmatisation institutionnelle s'ajoute une autostigmatisation : les usagères internalisent un jugement moral plus sévère que leurs homologues masculins (Link et Phelan, 2001).

Ce n'est que récemment que des thèses ont été menées en France sur cette question. Sarah Perrin a réalisé une thèse sur les femmes insérées, usagères et revendeuses de drogues (Perrin, 2022). Maïa Neff conduit une thèse sur l'accompagnement médicosocial des femmes avec une entrée par les professionnel·les des centres de réduction des risques et d'addictologie¹². Florent Schmitt consacre une partie de sa recherche sur les CAARUD, sur les expériences genrées des usager·es, et sur l'invisibilité des femmes dans ces institutions appréhendée comme une « discrimination négative indirecte » (Schmitt, 2022). Enfin, Nicolas Palierne a étudié dans sa thèse l'alcoolisme au prisme du genre (Palierne, 2023).

En somme, il existe aujourd'hui une riche littérature sur le genre et les drogues¹³, bien qu'elle porte souvent sur des segments particuliers de la population féminine. En effet, les consommations dites « féminines » sont en grande partie abordées sous des angles sanitaires analysant l'exposition aux risques infectieux (VIH, hépatites) ou le recours au travail du sexe (Goldsmith et Friedman, 1991 ; Caldentey *et al.*, 2017). De plus, la figure de la « mère toxicomane » a prévalu pendant longtemps dans les recherches. Les questions de maternité, de parentalité et des conséquences de la consommation chez les enfants étaient au cœur de ces travaux (Murphy et Rosenbaum, 1999 ; Simmat-Durand, 2013). L'objectif de cette thèse est de ne présupposer une catégorie de femmes ou un type de substance mais de prendre en compte l'ensemble des femmes qui consomment des drogues par le biais des CAARUD et des CSAPA. Cela implique en retour d'exclure de l'enquête toutes les femmes qui ne fréquentent pas ces canaux. Un autre champ de la sociologie est constitutif de l'objet de recherche, celui du lien entre genre et santé puisque les femmes enquêtées font appel à des institutions médicosociales qui visent à les accompagner dans leur démarche sociale et sanitaire.

¹² Thèse en cours.

¹³ Les travaux entourant les masculinités et l'usage de drogues ne sont pas abordés ici, et restent aujourd'hui minoritaires en sociologie des drogues. Il est néanmoins possible de se référer aux travaux de Laurent Gaissad sur la communauté gay (2013, 2017), au travail de Romain Amaro (Amaro, 2016) ou à la thèse en cours de Marion Serot « Parcours de vie, pratiques et prise en charge des chemsexers sur le territoire parisien et séquanodionysien. » (EHESS).

1.3 Genre, santé, accès aux soins

La santé des femmes est au cœur de l'objet de recherche puisque l'usage de drogues, s'il ne s'y limite pas, peut être appréhendé comme un problème de santé. De plus, l'enquête est réalisée dans des institutions qui prennent en charge les addictions. Les usages de drogues qui n'impliquent pas d'enjeux sanitaires sont donc très minoritaires dans mon enquête. La santé des femmes a fait l'objet de nombreux travaux scientifiques. Cependant, comme pour les études sur les usages de drogues féminins, ces travaux ont été tardifs en raison de l'androcentrisme du champ. Différents mouvements ont contribué à visibiliser les liens entre genre et santé, comme le rappellent les sociologues Kate Hunt et Sally Macintyre :

« Depuis la Seconde Guerre mondiale, de nombreuses recherches sur “genre et santé” ont été en réalité menées sur “femmes et santé” [Annandale et Hunt, 1990 ; Hunt et Annandale, 1999]. Les premiers objectifs du mouvement des femmes dans les années soixante-dix étaient, en grande partie, de mettre en lumière les différences entre la vie des hommes et des femmes, ainsi que de donner une légitimité aux femmes en tant que sujets de recherche en sciences sociales ou médicales, en explorant des domaines considérés comme étant leurs domaines propres, sur le plan biologique ou social : la grossesse, l'accouchement, la maternité, le travail domestique, les problèmes gynécologiques, la violence exercée par les hommes. De nombreuses recherches sociologiques féministes de cette période se sont concentrées sur la place marginale des femmes dans la vie publique et leur cantonnement dans la vie domestique et privée [Gavron, 1966 ; Oakley, 1974], ou encore sur la médicalisation de leur corps par le contrôle de la reproduction [Scully et Bart, 1978 ; Ehrenreich et English, 1979 ; Clarke, 1983]. » (Hunt et Macintyre, 2000 : 364)

Les travaux sociologiques dans le champ de la santé, portent dans les années 1970-1980 sur des sujets étiquetés comme féminins (grossesse, contraception, accouchement) faisant passer la santé des femmes « de l'oubli à la particularisation » (Palierne, 2023 : 77). S'en suit alors une phase critique : « dans les années 90, certaines féministes ont pointé les limites d'une telle approche considérée comme coupable de reproduire ce qui avait été reproché au corps médical, à savoir réduire la santé des femmes à leur seule santé génésique » (Vuille *et al.*, 2006, cité par Palierne, 2023 : 70). Il est alors question de pointer les limites de l'étude de ces phénomènes en étudiant la santé des femmes par d'autres prismes (Membrado, 2006), et notamment par celui le travail domestique de santé (Cresson, 2000), de l'amélioration de la prise en charge médicale des femmes et de la réappropriation des savoirs thérapeutiques.

Les liens entre genre et santé sont aussi marqués par l'étude des inégalités sociales de santé entre femme et homme. À ce propos, Pierre Aïach, énonce notamment :

« L'inégalité entre les hommes et les femmes en matière de santé est un cas à la fois troublant et intéressant de deux groupes sociaux entre lesquels existe un rapport de domination des hommes sur les femmes alors qu'on observe face à la mort une différence considérable à l'avantage des femmes, avec une longévité supérieure de plus de huit en France. Cela bouleverse à la fois l'ordre hiérarchique habituellement observé et surtout l'analyse que l'on peut faire sur les déterminants de l'inégalité de santé » (Aïach, 2000 : 85).

Les inégalités de genre dans le champ de la santé sont particulièrement importantes à objectiver dans la mesure où elles ne concernent pas uniquement une réalité symbolique, mais aussi une réalité physique, conduisant parfois à la mort (Palierne, 2023). Ces inégalités sont aussi différentes dans la mesure où du point de vue de la santé, les femmes pourraient bénéficier de « privilèges » au regard de la surmortalité masculine actuelle (*Ibid.*). Ce paradoxe souligne la nécessité d'un angle d'analyse genré.

1.4 Une recherche uniquement sur les femmes

Cette thèse ne s'intéresse pas uniquement aux femmes qui fument du cannabis quotidiennement, ou à celles qui injectent de l'héroïne, ou aux mères qui boivent de l'alcool, ou aux prostituées¹⁴ qui consomment de la cocaïne, ou aux femmes sous antidépresseurs et anxiolytiques, ou aux femmes qui suite à une opération/douleur consomment quotidiennement des antalgiques opioïdes, ou aux consommatrices de crack du métro parisien, mais à l'ensemble¹⁵ des femmes qui ont recours à des institutions de prise en charge médicosociales des addictions et qui constitue l'étendue de ces différents profils. Les seules dimensions qui rassemblent toutes ces personnes sont le fait qu'elles soient des femmes et qu'elles soient accompagnées par des équipes médicosociales dans des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues (CAARUD) et/ou dans des centres de soin, de prévention, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Si les institutions les envisagent comme un groupe homogène¹⁶, les publics féminins des CAARUD et des CSAPA sont bien hétérogènes. Les récits de vie que j'ai menés font émerger l'extrême diversité des expériences vis-à-vis de la consommation de drogues et de sa prise en charge : certaines veulent être complètement abstinentes, certaines veulent arrêter le crack, mais pas le cannabis, certaines

¹⁴ Le terme « prostituée » est ici utilisé en raison de sa prégnance dans les matériaux empiriques recueillis auprès des usagères au cours de l'enquête. Je suis néanmoins consciente de la dimension stigmatisante de cette appellation et, lorsque cela est pertinent, je mobilise également l'expression « travailleuse du sexe », qui renvoie à une approche militante et politique visant à reconnaître une activité et à revendiquer des droits.

¹⁵ Ces profils correspondent aux femmes rencontrées lors de l'enquête. Ils sont détaillés dans le chapitre 3.

¹⁶ J'explique ce point dans le chapitre 1.

veulent soigner des problèmes de santé mentale avant d’arrêter les drogues, certaines ne veulent pas arrêter et considèrent la consommation de drogues comme une automédication... En bref, les profils des femmes qui consomment des drogues et le type d’accompagnement qu’elles sollicitent sont pluriels.

Les choix qui justifient une enquête réalisée uniquement auprès des femmes, dans un environnement majoritairement masculin, sont les suivants :

Premièrement, il importe de sortir de la comparaison femme/homme. Dans les travaux de sociologie de la santé, « Les hommes et les femmes [sont] dans la plupart des recherches comparés globalement, ce qui [masque] les différenciations qui [existent] parmi l’ensemble des hommes et parmi l’ensemble des femmes. La présentation statistique à travers deux colonnes, “hommes/femmes”, [induit] une “fausse symétrie”, comme si les relations de chacun des deux sexes à la maladie ou à la santé étaient en position soit d’équivalence culturelle, soit de particularisme “féminin localisé” (Nahoum-Grappe, 2004 : 15) » (Palierne, 2023 : 186). Sortir d’une comparaison femme/homme permet également d’analyser les parcours et les recours proprement féminins, et de ne pas considérer les situations masculines comme la norme. Étudier le genre c’est aussi étudier ce système au sein même d’un groupe (différentes féminités, différents parcours), et prendre en compte le caractère transversal du genre, qui n’est pas figé et se caractérise de différentes manières selon les contextes et les relations. Ce choix s’inscrit dans une approche *gender transformative*¹⁷, qui met en avant l’importance de faire des recherches centrées sur les femmes (*women centred*) qui permettent l’empouvoirement des femmes (*empowerment women*) (Pederson *et al.*, 2015).

Deuxièmement, l’enjeu est d’étudier un aspect de la santé des femmes qui n’est pas associé proprement au féminin (maternité, périnatalité, contraception), celui de l’usage de drogues et sa prise en charge, qui s’apparente plutôt à un objet masculin. De nombreuses recherches ont adopté cette focale dans des champs sociologiques très divers comme les travaux de Geneviève Pruvost sur les policières (Pruvost, 2008), ceux d’Elsa Favier sur les femmes énarques (Favier, 2020), ou ceux de Marie Loison sur les femmes sans domicile (Loison, 2023).

Troisièmement, ce choix permet de prendre le genre comme point de départ et d’analyser son articulation avec d’autres rapports sociaux. Comme l’ont montré les travaux sur les usages de drogues en population générale, le genre est à lui seul insuffisant pour comprendre les parcours et les recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA. Empruntant à la démarche

¹⁷ Cette approche est utilisée par tous les travaux associés au projet de recherche international Gender-ARP dont cette thèse fait partie. Ce projet est davantage mentionné dans le chapitre 2.

intersectionnelle (Hull *et al.*, 1982 ; Crenshaw et Bonis, 2005), il s'agit d'interroger la manière dont les consommations de drogues varient en fonction de l'ethnicité, du milieu social, de la génération, du statut scolaire et professionnel, ou encore des conditions de travail (Peretti-Watel *et al.*, 2007 ; Legleye, 2011).

2. Une entrée par les institutions

2.1 Les CAARUD et les CSAPA : institutions médicosociales de l'addictologie et de la réduction des risques¹⁸

Cette thèse ne porte pas en soi sur les usages de drogues (sur cette question la littérature scientifique biomédicale et en sciences sociales est foisonnante), mais sur la prise en charge médicosociale des usagères, et des addictions par le biais de deux institutions : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues (CAARUD) et les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)¹⁹. Si le cadre institutionnel ne faisait pas l'objet principal de la recherche lorsque j'ai commencé la thèse, il constitue un axe fondamental de l'analyse aujourd'hui. Cela pour une raison simple : c'est par ce biais que j'ai rencontré les usagères.

Encadré 3 - Toxicomane, drogué·e, usager·e... Les termes pour parler des enquêtées

Les termes renvoient à des représentations et des catégories en sociologie. Enquêter sur les personnes qui consomment des drogues nécessite de s'arrêter sur les termes utilisés et sur l'histoire de l'évolution sémantique entourant la qualification de ceux et de celles qui consomment des drogues. Durant longtemps (aujourd'hui encore en dehors du champ académique), ils et elles sont désignées comme des toxicomanes. Mettant en avant l'aspect stigmatisant de ce terme, une évolution sémantique a suivi le « changement en cours des pratiques et des catégories légitimes » (Jauffret-Roustide, 2009). Cependant, ce terme « reste encore aujourd'hui un enjeu de lutte de légitimité, les deux types de catégorisations toxicomane et usager de drogues pouvant coexister actuellement. » (*Ibid.*). « Toxicomane » est encore un terme utilisé dans le champ judiciaire ou psychiatrique alors que celui d'« usager·e de drogues »

¹⁸ Par économie de langage, j'utiliserai le plus souvent l'expression « institutions médicosociales de l'addiction » pour évoquer les CAARUD et les CSAPA.

¹⁹ Les missions de chaque institution, les politiques publiques associées et le secteur médicosocial sont abordés dans le chapitre 1.

est préféré dans les recherches scientifiques et dans le champ de la réduction des risques. Comme l'explique Patrick Peretti-Watel : « L'usage regroupe ainsi des situations allant de l'expérimentation à la dépendance et à l'usage nocif. Cette sémantique tranche singulièrement avec le terme toxicomane, qui confère à l'usager le statut de délinquant et de malade, qu'il faut surveiller, punir et soigner. En outre, s'il y a usage, il y a nécessairement aussi usagers. Le vocabulaire utilisé ici traduit donc un parti pris sociologique, qui suppose que les individus usent des drogues – autrement dit, qu'ils en ont une certaine maîtrise. Ce parti pris rompt avec l'opinion encore très répandue selon laquelle “la drogue use du drogué et non l'inverse”, et il est nécessaire pour mettre en évidence et étudier les aspects sociaux des usages de drogues. » (Peretti-Watel *et al.*, 2007).

Les évolutions terminologiques concernent de nombreux domaines de la vie sociale. Dans le champ du handicap psychique, un « zapping terminologique » a également eu lieu comme l'explique Axelle Brodriez-Dolino : « Il n'est que de rappeler, pour le champ du handicap physique, comment les “infirmes et incurables” de la fin XIX^e—début XX^e siècle ont été remplacés par les “paralysés” (ainsi la naissance, en 1933, de l'Association des paralysés de France) et, depuis 1945, par les “infirmes moteurs” puis les “handicapés moteurs”. Comment les handicapés mentaux ont été successivement des “fous” sous l'Ancien Régime, des “aliénés” au XIX^e siècle, puis des “anormaux”, des “imbéciles”, des “débiles”, des “idiots” ou des “arriérés” ; et, à partir de 1945, des “malades mentaux” ou des “handicapés mentaux”. (Brodriez-Dolino, 2016). On observe également la même dynamique dans les travaux sociologiques sur le cancer, où les personnes atteintes de cancer peuvent être dénommées comme des « “malades”, “patients”, “survivants”, “clients”, “usagers”, “profanes”, “cancéreux”, etc. » (Braverman, 2017 : 19). À ce titre, Philippe Bataille, introduit d'ailleurs un nouveau terme, celui de « soigné » (Bataille, 2003)

Dans notre enquête, le terme « usager·e » (encore source de débat et de controverses) a ici un double sens : usager·e de drogues et usager·e des institutions. Comme l'écrit Philippe Warin, « l'usager est construit par les politiques publiques » (Warin, 2020). C'est principalement dans son acception institutionnelle que le terme usager·e (« usagère de CAARUD ou de CSAPA ») est utilisé dans cette recherche. Lorsqu'il est question des usages de drogues, l'expression « personne qui consomme des drogues » est préférée. Expression qui sous-tend l'idée de ne pas définir les personnes par leurs pratiques, si elles ne le font pas elles-mêmes²⁰

²⁰ J'adhère à l'idée de Muriel Darmon concernant l'utilisation d'étiquette à propos des enquêtées : « On ne souhaitant pas employer l'expression “les anorexiques” qui généralise les propos tenus à une “classe de personnes” alors que les matériaux recueillis l'ont été de manière située. De plus, cette généralisation aurait également eu pour conséquence de naturaliser une étiquette. Mais il ne s'agissait pas non plus de faire disparaître cette étiquette dont on montrera justement les effets structurants. De ce point de vue, les travaux de sciences sociales, les plus dé-

(certaines usagères peuvent d'ailleurs se considérer comme « tox » ou « usagère »). Les termes « patientes », « soignées », « accompagnées » ne sont pas mobilisés dans la mesure où de nombreuses femmes ne fréquentent pas le soin institutionnalisé, mais uniquement les services de réduction des risques. À ce titre, il ne serait pas pertinent de les considérer comme des patientes dans le système de soin, elles sont davantage des usagères des institutions.

Les personnes qui consomment des drogues aujourd'hui et qui souhaitent engager des démarches sociales et sanitaires en lien avec leur consommation ou d'autres problèmes sociaux peuvent faire appel à trois secteurs : le secteur hospitalier, la médecine de ville ou le secteur médicosocial spécialisé (Couteron et Lacoste, 2012). Dans le secteur médicosocial, les usager·es peuvent recourir à plusieurs prestations de santé comme les traitements de substitution aux opiacés ou les psychothérapies, des prestations sociales telles que l'accompagnement dans l'accès aux droits, au logement, l'insertion professionnelle, et des prestations de réduction des risques comme l'accès à du matériel de consommation stérile (seringue, pipe à crack) ou à l'éducation thérapeutique concernant certaines pratiques telles que l'injection.

Ces prestations sont délivrées par des professionnel·les du social (éducateur·rice, médiateur·rice, etc.) et de santé (médecins, infirmier·e, psychologue, etc.). Dans l'enquête, le terme « professionnel·le » est utilisé pour désigner ces personnes. Il renvoie à une catégorie commune pour qualifier les rapports médicosociaux entre professionnel·les et usagères. Si le type de profession est parfois évoqué, notamment lorsqu'il est question des effets de ces professionnel·les sur le recours des femmes au CAARUD et aux CSAPA, il est souvent aussi utilisé sans préciser le type de profession. S'il uniformise le groupe social des professionnel·les des CAARUD et des CSAPA, il permet aussi de centrer le regard sur les usagères et de visibiliser la frontière sociale entre usagères et professionnel·les, quels qu'ils ou elles soient. Le terme « professionnel·le » est utilisé au sens de la sociologie des professions. Une profession se définit comme un ensemble de pratiques spécialisées fondées sur un savoir appliqué et légitimé, exerçant un contrôle social sur l'accès à ces compétences et sur la régulation interne de la pratique. Selon Eliot Freidson, la profession médicale illustre ce modèle : les médecins détiennent un monopole de compétence validé par des instances collégiales et universitaires qui garantissent le caractère exclusif et autorisé de leur savoir-faire (Freidson, 1984). Florent

constructionnistes apparaissent un peu angélistes. J. Hepworth, par exemple, parle de "jeunes filles" et de "femmes" en reprochant à d'autres écrits féministes l'usage de la catégorie "les anorexiques" comme une reproduction de la domination psychiatrique et de l'hégémonie médicale. Mais une approche sociologique de l'anorexie ne saurait ainsi passer sous silence la présence et l'imposition d'un diagnostic qui a des effets réels dans sa construction même. Au résultat de ce double refus, de la naturalisation et de l'angélisme, l'expression "les interviewées en tant qu'anorexiques" nous a semblée pertinente. » (Darmon, 2008 :103).

Champy (2009) étend cette analyse à l'ensemble des corps de métiers. Une profession se caractérise par un noyau de connaissances techniques ou scientifiques transmises via des cursus formels et des réseaux disciplinaires ; une autonomie relative dans l'organisation du travail ; un lien client·e-usager·e fondé sur la confiance dans l'expertise professionnelle ; des mécanismes de contrôle (ordre professionnel, codes de déontologie, certification) qui distinguent les membres légitimes de ceux qui ne le sont pas (Champy, 2009). En somme, la catégorie « professionnel·le » renvoie à un rapport de pouvoir entre un groupe social et la société qui lui délègue la gestion de compétences. Cela rappelle également la distinction entre expertise ou savoir « profane » et « expert », qui sont parfois combinés dans des formes de coopérations « comme relevant de l' "exercice d'une intelligence collective, organisée et distribuée" » (Follett, 1924 ; Dewey, 1927 [2010]). [...] On voit dans ce cas se confronter et se combiner deux types d'expertise, une "expertise professionnelle", celle des professions établies, en premier médicosociales, et une "expertise profane" (*lay expertise*) (ou "expertise expérientielle"), portée par des associations de patients ou d'usagers (Epstein, 1995 ; Akrich et Rabeharisoa, 2012) » (Céfal, 2025 : 188). Si ces coopérations peuvent avoir lieu, « la légitimité de l'expertise profane est presque toujours niée par l'expertise scientifique, donc la sociologie des professions a montré le "travail de délimitation des frontières (*boundary work*)" requis pour qu'elle préserve sa juridiction » (*Ibid.*).

Encadré 4 - Structure, dispositif, établissement, institution... Précisions sémantiques concernant la dénomination des CAARUD et des CSAPA

Les termes « centre », « structure », « établissement », « dispositif » ou « institution » sont fréquemment employés de manière interchangeable pour désigner les CAARUD et les CSAPA. Pourtant, ces termes ne sont pas équivalents du point de vue sociologique. Ils mobilisent des cadres d'analyse distincts, qui traduisent des représentations différenciées de ces espaces d'intervention. Parler de « centre » ou de « structure » revient à insister sur la dimension spatiale ou organisationnelle des lieux, dans une logique gestionnaire ou administrative, comme en témoigne leur usage massif dans les discours institutionnels (Ministère de la Santé, Assurance Maladie, etc.). Ces termes, bien qu'opérationnels, tendent à neutraliser les rapports de pouvoir, les normes et les effets sociaux qui s'y jouent. À l'inverse, désigner les CAARUD et les CSAPA comme des institutions ou des dispositifs engage une lecture plus analytique et critique. Ces notions permettent de penser ces lieux comme des espaces régulés par des normes, où se jouent des rapports sociaux structurants. En tant qu'institutions, ces espaces ne sont pas neutres : ils prescrivent des comportements, façonnent des subjectivités, imposent des catégories et

modèlent les parcours des usager·es. Dans cette optique, qualifier ces lieux d'institutions revient à souligner leur rôle dans la production et la stabilisation d'interactions, dans lesquelles les usager·es ne sont pas de simples bénéficiaires, mais des acteur·rices en tension avec les normes et les attentes qui leur sont adressées. Comme le rappellent Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès : « L'institution renvoie à l'idée d'interactions relativement stabilisées au sein d'un groupe, à une reproduction, à des normes partagées, des usages, des valeurs, des anticipations et des sanctions » (2018). C'est donc à partir de ce cadre que j'opère un déplacement par rapport à la terminologie profane : en parlant d'institution, il s'agit de mettre en lumière les rapports dialectiques que les usager·es entretiennent avec ces espaces, entre contrainte et ressource.

Les travaux de sociologie qui abordent les rapports entre individu et institution sont dominés par l'étude des rapports de classe qui séparent les usager·es des institutions (Dubois, 2008 ; Spire, 2008). Peu de travaux portent sur les rapports des femmes aux institutions, que ce soit dans la sociologie du guichet ou du non-recours. Cette question sera plus précisément développée dans la suite de cette thèse qui contribue à la compréhension des rapports que les femmes entretiennent avec les institutions de soins et d'assistance sociale.

2.2 De la prise en charge au recours : déplacer la focale

L'entrée théorique et méthodologique par les institutions, en l'occurrence les CAARUD et les CSAPA, permet une double perspective analytique : d'un côté, le point de vue des institutions sur les publics qu'elles accueillent ; de l'autre, celui des usager·es sur ces institutions. Ces deux perspectives s'adosent à deux focales complémentaires, mais asymétriques. La première, dominante dans la littérature sur les politiques publiques, mobilise la notion de « prise en charge », centrée sur l'offre institutionnelle, les logiques d'intervention et les modalités d'encadrement des publics. Elle suppose un regard descendant, du haut de l'institution vers les individus.

À rebours de cette approche *top-down*, la focale du « recours »²¹ permet d'appréhender les institutions depuis les parcours et les expériences des usager·es. Elle déplace l'attention vers les logiques d'action des individus, leurs stratégies d'accès, leurs attentes et leurs résistances. En ce sens, elle permet de réintroduire la part active des publics dans la prise en charge. Les usagères ne sont pas seulement les destinataires d'une politique publique, elles en sont aussi les actrices et façonnent en retour les institutions.

²¹ La sociologie du (non-)recours est développée dans le chapitre 1.

2.3 Problématique

Cette thèse s'intéresse à la construction d'un problème public autour de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans les CAARUD et les CSAPA et à son cadrage institutionnel genré. Ce phénomène est généralement expliqué, tant par les professionnel·les que par les pouvoirs publics, par une chaîne causale forte : des structures historiquement pensées pour des usagers masculins, une stigmatisation plus marquée des femmes qui consomment des drogues, des violences de genre au sein de ces espaces.

Plutôt que de prétendre apporter une réponse définitive à la question posée par ce problème public (« pourquoi les femmes ne viennent pas ? pourquoi ne les voit-on pas ? »), ou de le considérer comme une fiction, cette thèse propose de déplacer le regard. Il s'agit d'adopter un cadrage alternatif fondé sur deux orientations complémentaires : (1) prendre au sérieux et objectiver l'hétérogénéité des profils de femmes qui consomment des drogues, afin de rendre compte de la diversité de leurs usages et des modalités différenciées de recours aux institutions ; (2) repartir de leurs expériences, en se décentrant des discours institutionnels dominants, pour mener une enquête « par le bas ».

À travers ce prisme, je propose d'analyser ce problème à l'aune d'un cadrage intersectionnel et biographique, en m'attachant à comprendre pourquoi, malgré des freins bien documentés, certaines femmes recourent tout de même aux institutions médicosociales de l'addiction. Il s'agit d'explorer les raisons et les modalités différenciées du recours, et les expériences de ces femmes au sein de ces institutions, en lien avec leur profil sociodémographique et leur parcours de vie. Cette thèse vise à expliquer différentes dimensions du recours de certaines femmes, mais elle éclaire aussi *in fine* les raisons qui induisent le non-recours de certaines autres. Si l'accès aux CAARUD et aux CSAPA peut apparaître facile, cette thèse vise à saisir et à expliciter les conditions sociales particulières qui conduisent certaines femmes à recourir (ou non) aux institutions. Cette démarche s'inscrit dans une lignée de travaux sociologiques sur les usages différenciés du droit et des institutions (Contamin *et al.*, 2008).

3. Brève présentation de l'enquête : saisir empiriquement la diversité des recours institutionnels

Afin de fournir une première vue d'ensemble de cette recherche²², voici une présentation brève du protocole d'enquête mis en œuvre. Cette recherche repose sur une double démarche : une approche comparative en France hexagonale et en Guyane²³ et une approche méthodologique mixte (entretiens, observations, statistiques).

3.1 L'ancrage territorial

Cette recherche s'ancre dans deux réalités territoriales distinctes : la France hexagonale et la Guyane (le contexte guyanais est présenté dans le chapitre 2). C'est précisément de la comparaison entre ces deux espaces qu'est née la problématique générale de la thèse²⁴. Ce choix permet d'interroger la manière dont les dynamiques institutionnelles et les pratiques de recours des usagers de CAARUD et de CSAPA se configurent dans des contextes à la fois communs (du fait de leur inscription dans l'espace national français) et différenciés (en raison de leurs réalités sociales, historiques et politiques).

Pour l'analyse statistique, il est fait référence à la France hexagonale et à la Guyane ; pour l'analyse qualitative, seules deux régions ont été retenues, l'Île-de-France et la Guyane, où s'est déroulée l'enquête de terrain qualitative. Par souci de confidentialité, les villes dans lesquelles s'est déroulée l'enquête dans les deux régions ne sont pas mentionnées. Ce choix, bien qu'il limite l'analyse de l'approche territoriale, garantit l'anonymat des enquêtées. Par ailleurs, les analyses statistiques ne pouvaient être conduites qu'au niveau régional, et non à l'échelle communale.

3.2 Le protocole d'enquête

Le volet qualitatif de l'enquête repose principalement sur trente entretiens de type récits de vie menés avec des femmes ayant recours aux institutions d'addictologie (CAARUD, CSAPA, et autres dispositifs apparentés). Ces entretiens constituent le cœur du matériau

²² L'enquête est présentée de manière plus détaillée dans le chapitre 2.

²³ Le choix des terrains et le statut de la comparaison entre les deux régions (apports et limites) sont aussi explicités dans le chapitre 2.

²⁴ Voir la section 2 du chapitre 1 sur la construction de l'objet de recherche.

empirique. Ils sont complétés par quelques observations exploratoires (notamment en début de terrain) et par des échanges informels avec des professionnel·les, qui ont contribué à affiner la problématique et à contextualiser les données recueillies. Ces matériaux complémentaires sont mobilisés de manière ponctuelle dans l'analyse. En Île-de-France, la première phase de terrain a été menée au sein de deux CAARUD (5 entretiens avec des usagères) et de quatre CSAPA (15 entretiens). En Guyane, le terrain s'est révélé plus restreint, en raison d'un séjour plus court : j'ai mené 7 entretiens au sein d'un CAARUD, 2 entretiens dans une association de réduction des risques (avec laquelle j'ai également participé à des maraudes), ainsi qu'un entretien dans une communauté thérapeutique²⁵ (CSAPA résidentiel). J'ai pu échanger avec des professionnel·les d'un CSAPA, sans toutefois parvenir à recruter d'usagères dans ce cadre.

Ce travail s'appuie également sur l'analyse secondaire de l'enquête quantitative ANRS-Coquelicot. Cette base de données porte sur l'état de santé et les parcours de vie des personnes prises en charge dans le secteur médicosocial des addictions en France hexagonale et en Guyane. Elle constitue un matériau représentatif des publics des CAARUD et des CSAPA à l'échelle nationale. C'est d'ailleurs pour cette raison que le titre de la thèse fait référence à la « France hexagonale et à la Guyane », et non uniquement aux régions Île-de-France et Guyane. En effet, si le travail de terrain qualitatif s'est concentré sur ces deux régions, les analyses statistiques mobilisées reposent sur des données couvrant l'ensemble du territoire français, en raison notamment des effectifs trop faibles pour permettre certaines analyses statistiques régionalisées. Le croisement des méthodes quantitatives et qualitatives est particulièrement efficace pour appréhender le recours aux soins et les phénomènes de santé :

« Les enquêtes quantitatives permettent la mise en évidence de corrélations statistiques entre des *outcomes* sanitaires et des caractéristiques individuelles, et/ou collectives, constituant des “facteurs de risque” ou “de protection”. Mais elles ne permettent pas de comprendre les logiques d'action sous-jacentes. [...] Les recherches qualitatives, en revanche, constituent des outils privilégiés pour appréhender les comportements de façon plus globale, en s'attachant aux dimensions subjectives des situations et des actions. [...] le développement de recherches pluridisciplinaires et associant plusieurs types de méthodes constitue sans doute un atout pour répondre au défi délicat, mais essentiel de la mise en relation entre, d'une part, des “logiques subjectives” des individus, considérés comme sujets de leurs parcours et, d'autre part, des “trajectoires typiques objectivement identifiées” à partir des régularités statistiques repérées dans les enquêtes quantitatives. » (Chauvin et Parizot, 2005 : 9-10).

²⁵ Voir chapitre 2.

4. Organisation de la thèse

« Ni dissertation sur l'état du monde, ni synthèse de connaissances factuelles et théoriques, un texte sociologique se doit être avant tout l'exposition des différentes étapes d'une enquête dont l'objectif est de répondre à une question. » (Lemieux, 2012 : 393)

4.1 Problème public et enquête

Cette thèse est composée de deux parties. La première, « problème public et enquête », est le premier jalon de la démonstration et apporte les éléments contextuels et méthodologiques de la thèse. Il y est question du problème public de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction. Le premier chapitre porte sur la formulation de ce problème, les causes qui y sont imputées et les réponses de l'action publique pour le résoudre. Ce problème public, résumé par une phrase entendue à de nombreuses reprises sur le terrain « pourquoi les femmes ne viennent pas ? » est construit de telle manière que l'on peut observer certaines limites qui engagent la nécessité de répondre à d'autres questions, et en particulier à celle-ci, qui constitue la question principale de la thèse : pourquoi, malgré les obstacles genrés, les femmes viennent ? Je propose alors un autre cadrage pour penser ce problème.

Je décris ensuite dans le chapitre 2, les outils utilisés dans cette thèse pour comprendre ce nouveau cadrage et les enjeux qu'ils soulèvent. Il s'agit d'un chapitre méthodologique qui décrit les différents matériaux utilisés dans cette thèse pour répondre à la question, les choix réalisés et les enjeux soulevés. Ils sont de deux ordres. Le premier est éthique et a trait à la réalisation d'enquête auprès de populations vulnérables en contexte médicosocial. Le second est épistémologique, il interroge la production de connaissance dans un champ marqué par la stigmatisation des personnes et en partie dans un terrain post-colonisé, la Guyane.

4.2 Saisir l'hétérogénéité des recours institutionnels des usagères : trois axes de compréhension

La seconde partie « saisir l'hétérogénéité des recours institutionnels : trois axes de compréhension » est composée de trois chapitres qui éclairent différents points de vue du recours institutionnel des femmes. Le chapitre 3 porte sur l'hétérogénéité du public féminin en question. L'hypothèse principale de ce travail consiste à dire que le genre n'est pas un rapport

social suffisant pour comprendre les expériences des usagères et leurs recours (moindre ou total) aux institutions médicosociales de l'addiction, les CAARUD et les CSAPA. À travers des matériaux quantitatifs et qualitatifs, je mets en évidence d'une part les diverses caractéristiques socioéconomiques des usagères, d'autre part la diversité des parcours de vie et des types de prise en charge (autour de situation particulière : précarité, état de santé, type de prestations institutionnelles sollicitées, etc.). L'objectif de ce chapitre est de saisir les recours institutionnels en fonction des rapports sociaux et des parcours de vie.

Le chapitre 4 aborde les conditions institutionnelles, territoriales et relationnelles du recours institutionnel des usagères. Il s'agit d'étudier certaines conditions macro et mésosociologiques du recours. Il est aussi question des effets des acteur·rices intermédiaires (professionnel·les, proches, usager·es, etc.) dans le recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA.

Enfin, le chapitre 5, aborde les éléments microsociologiques du recours. Il est question de la socialisation des usagères à la santé et aux institutions ; à leurs représentations associées à l'addiction ; et aux discours qu'elles produisent sur leurs propres recours. Ce chapitre vient clore la compréhension du recours : toutes les femmes ne recourent pas de la même manière en fonction de qui elles sont, de leurs dispositions et de leurs représentations de la santé.

5. Limites de la thèse

Il importe de formuler d'emblée un certain nombre de limites de l'enquête²⁶, que l'on peut regrouper en deux dimensions distinctes : (1) la portée analytique des rapports sociaux mobilisés dans l'étude ; (2) le traitement différencié des matériaux issus du terrain guyanais dans le dispositif comparatif.

S'agissant des rapports sociaux, plusieurs restrictions doivent être signalées. Tout d'abord, les rapports sociaux de genre ne sont pas systématiquement analysés dans l'ensemble du manuscrit. Hormis dans les situations d'interaction observables (notamment entre professionnel·les et usagères), il demeure difficile d'inférer des effets genrés à partir de récits ou à partir du contexte. Ensuite, tous les rapports sociaux ne sont pas mobilisés de manière équivalente. Ainsi, les dimensions ethnoraciales des recours des usagères – particulièrement en Guyane – sont peu abordées, du fait d'un déficit de données empiriques disponibles. Enfin, les

²⁶ D'autres limites de la thèse sont mentionnées dans le manuscrit.

recours masculins et les comparaisons femme/homme, bien que présents dans la littérature, ont été peu intégrés aux analyses, ce qui restreint les possibilités d'analyse différentielle selon le genre.

Concernant la Guyane, la mise en parallèle systématique avec l'Île-de-France n'a pu être opérée que de manière partielle. D'un point de vue méthodologique, le volume de matériaux recueillis en Guyane (tant qualitatifs que quantitatifs) est sensiblement moindre, ce qui limite la conduite d'analyses approfondies sur certains aspects du recours. En particulier, les effectifs réduits du sous-échantillon guyanais dans la base ANRS-Coquelicot n'autorisent pas certains traitements statistiques. D'un point de vue analytique, la comparaison entre les deux territoires n'a pas toujours révélé de différences marquantes dans certaines dimensions du recours, ce qui limite l'intérêt d'une mise en parallèle systématique.

Partie I. Problème public et enquête

Cette première partie porte sur le contexte de la recherche, en présentant d'une part le problème public étudié et la construction de l'objet de recherche, et d'autre part les outils méthodologiques mobilisés dans le cadre de l'enquête et les enjeux éthiques et épistémologiques associés.

Dans un premier temps (chapitre 1), je traite du problème public de non-recours des femmes dans les institutions médicosociales de l'addiction, à savoir les CAARUD et les CSAPA. À partir d'observations dans les institutions, d'échanges avec des professionnel·les et de sources scientifiques et institutionnelles, je décline les différentes phases du problème associé à la sous-représentation et à l'invisibilité des femmes dans les institutions. Tout d'abord, je présente les institutions étudiées et les politiques publiques associées, notamment la politique de réduction des risques qui voit le jour dans les années 1980 pendant l'épidémie de VIH/Sida, et l'addictologie médicosociale qui a connu différentes évolutions depuis le 20^e siècle. Je m'intéresse ensuite à la formulation du problème autour de deux points : la sous-représentation statistique des femmes, et leur invisibilité institutionnelle. Cela conduit à deux enjeux problématiques : un enjeu de santé publique de non-recours et un enjeu d'inégalités de genre. La seconde phase de l'étude du problème public repose sur l'étude des responsabilités imputées au problème. Les données empiriques et les travaux existants permettent de dégager deux grandes lignes de responsabilité : d'une part, le caractère androcentré et insuffisamment adapté des institutions ; d'autre part, la stigmatisation des femmes qui freine leur recours aux institutions. L'analyse se conclut par un examen de la publicisation et de la mise à l'agenda politique du problème public, qui a fait l'objet de diverses réponses gouvernementales et institutionnelles. Si le cadrage institutionnel souligne l'importance de la dimension de genre dans l'accès aux soins en addictologie et dans les pratiques de réduction des risques, une question demeure : un phénomène aussi complexe que le recours aux soins peut-il être appréhendé uniquement à travers les rapports et normes de genre ? Cette question est au cœur de la deuxième section du chapitre qui porte sur la construction de l'objet de recherche et sur l'adoption, dans la thèse, d'un nouveau cadrage pour penser le recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA. Premièrement, je propose de repenser la sous-représentation statistique des femmes à travers trois éléments : les limites de la comparaison statistique femme/homme, le rapport qu'entretiennent les femmes à l'usage de drogues et les facteurs favorisant le recours aux soins pour ces dernières. Deuxièmement, je traite de l'invisibilité (et de

l'invisibilisation) des femmes dans ces institutions à travers des observations et différentes conceptualisations sociologiques de la visibilité. L'enquête met en évidence des formes de visibilité « situées » qui varient selon les contextes, et qui invitent à interroger le « tournant visuel » des phénomènes sociaux. Cette perspective conduit à redéployer le cadrage du problème public autour de deux axes : d'une part, l'adoption d'une approche intersectionnelle, considérant que les femmes ne sauraient être appréhendées uniquement comme « femmes » ; d'autre part, une démarche partant des expériences vécues des usagères, en proposant un cadrage « par le bas ». Ce déplacement analytique conduit à formuler la problématique centrale de la recherche en ces termes : « Pourquoi et comment, malgré les obstacles genrés, les usagères recourent-elles aux CAARUD et aux CSAPA ? ». Ce premier chapitre se conclut par la présentation des différents champs sociologiques mobilisés dans cette recherche : la sociologie du (non-)recours, l'approche biographique et la sociologie des rapports sociaux.

Dans un second temps (chapitre 2), j'expose l'enquête réalisée et les enjeux éthiques et épistémologiques qu'elle soulève. Si ce chapitre conserve une visée principalement descriptive, il comporte également des éléments analytiques relatifs aux modalités de mise en récit des usagères et aux caractéristiques de l'échantillon étudié. Ce chapitre se fonde sur les entretiens récoltés et sur des statistiques. Dans un premier temps, je reviens sur les matériaux issus de deux enquêtes distinctes : une enquête qualitative et une enquête quantitative. La première est composée principalement d'un corpus d'entretiens (n=30) enrichie des observations et des discussions informelles avec les professionnel·les. J'explique comment j'ai construit ce corpus en sélectionnant les institutions et les enquêtées, de manière individuelle ou de manière collective en collaboration avec les professionnel·les des institutions. J'analyse brièvement la manière dont les récits de vie sont situés en fonction des normes de genre et de précarité et de ma position dans l'enquête. La seconde section porte sur l'investigation empirique plurielle menée au service de la compréhension d'un problème autour de deux enjeux : l'articulation des données qualitatives et quantitatives et l'approche comparative de la thèse entre la France hexagonale et la Guyane. Enfin, la dernière section porte sur différents enjeux éthiques et épistémologiques. Je reviens sur les contraintes éthiques liées à un terrain en contexte médicosocial, notamment sur les questions de confidentialité et de consentement. J'évoque aussi la question de la rétribution financière des participantes dans l'enquête. Le deuxième élément concerne les enjeux épistémologiques : je traite de ma positionnalité dans l'enquête et de la production de savoir sur la Guyane depuis l'Hexagone et auprès de personnes stigmatisées et marginalisées.

En somme, cette première partie dresse les bases théoriques et empiriques de cette recherche.

Chapitre 1. Partir d'un problème public, repenser son cadrage

« Il faut des femmes. Malheureusement, c'est ça, le problème des femmes, c'est que dans les structures, il y a pas de femmes, il y a pas de femmes qui travaillent. Ça fait que t'as du mal, les femmes d'extérieur à venir. C'est vrai, c'est logique. C'est comme là-bas, il y a deux femmes qui y vont. Donc, c'est bien déjà. Mais c'est pas assez. Il y a trop d'hommes. »
[Imène, CSAPA, Île-de-France]

« Il y a une structure pour prendre des repas aux sans-abri et j'ai vu des femmes toxicomanes. T'en avais une, elle avait pas la tête de quelqu'un qui allait fumer du crack ou quoi que ce soit. J'étais avec un copain, on fumait une clope devant, à l'entrée. On s'est regardé, on s'est dit : mais qu'est-ce qu'elle fait là, la meuf ? »
[Cassandra, CT, Guyane]

Résumé du chapitre

Ce chapitre traite de la construction de l'objet sociologique étudié dans cette thèse, c'est-à-dire du processus de problématisation à partir d'un problème public et de son cadrage par les institutions et les pouvoirs publics. Dans un premier temps, j'explore, à l'aide de sources secondaires, d'observations et de discussions avec des professionnel·les de la réduction des risques et du soin en addictologie, la formulation, les responsabilités et la mise en visibilité d'un problème qui sera le point de départ de l'enquête : celui de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans les institutions médicosociales de l'addiction, c'est-à-dire les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues (CAARUD) et les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ensuite, je montre que ce problème, qui émerge par les acteur·rices des institutions peut être pensé différemment (sans supposer qu'il s'agit d'une fiction) en questionnant notamment l'utilisation des statistiques et la bicatégorisation de genre, qui peuvent homogénéiser et masquer des réalités et des rapports aux institutions extrêmement divers au sein du public féminin. Il semble alors nécessaire de dépasser ces catégories et le cadrage institutionnel du problème public pour le penser par les usagères des institutions. Après avoir exposé ma problématique, je propose finalement plusieurs entrées théoriques pour ancrer mon propos : une sociologie du (non-)recours, une sociologie des rapports sociaux et du parcours de vie. En somme, ce premier chapitre constitue la première étape de l'enquête, c'est-à-dire la formulation du problème et les pistes choisies pour y répondre.

Introduction du chapitre

« Pourquoi les femmes ne viennent pas ? ». C'est une interrogation que les professionnel·les du secteur médicosocial de l'addiction répètent à de nombreuses reprises lorsque je suis parmi eux et elles dans les institutions. Avant de commencer mon terrain, j'ai moi aussi cette idée en tête : les publics des CAARUD et des CSAPA sont massivement masculins, les femmes sont moins nombreuses à s'y rendre et sont peu visibles. C'est d'ailleurs cela qui m'a conduite à entreprendre une recherche sur ces publics. Je me pose alors ces questions : qu'est-ce qui explique la sous-représentation et l'invisibilité des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction ? Comment se fait-il que cette idée fasse consensus à la fois dans la recherche, dans le champ institutionnel et professionnel des addictions ?

Mon ancrage au Centre d'étude des mouvements sociaux, laboratoire de sciences sociales connu pour les travaux de ses membres sur les problèmes publics et les mobilisations collectives me donne un élan et une inspiration intellectuelle : j'aborde alors le problème de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes en CAARUD et en CSAPA par le biais de la sociologie des problèmes publics (Gusfield, 1981 ; Cefaï, 1996). L'entrée théorique par les problèmes publics est commune dans les travaux sur les drogues, les addictions et la déviance, puisque du fait de leur illégalité, les drogues (licites et illicites) sont un problème dans notre société. Il y a, en France, le travail de Nicolas Fortané, qui retrace la carrière des « addictions » envisageant la notion comme un « problème public, [un] concept scientifique, et [une] catégorie d'État » (Fortané, 2010). Celui de Marie Jauffret-Roustide et ses collègues qui porte sur le crack comme un problème de santé publique et d'écologie urbaine (Jauffret-Roustide *et al.*, 2023). Celui de Julie Costa et de Dimitri Wawrzyniak sur les « scènes ouvertes » de consommation de crack dans le Nord-Est parisien (Costa et Wawrzyniak, 2024). À l'international, le travail pionnier du sociologue des problèmes publics Joseph R. Gusfield portait déjà sur la consommation d'alcool au volant dans le livre précurseur *La culture des problèmes publics* (1981). Mon travail de thèse s'insère dans la continuité de ces travaux portant sur les drogues en prenant pour problème celui de la sous-représentation et l'invisibilité des femmes dans les institutions de l'addiction. Il n'est pas uniquement question d'addiction ou de déviance, mais aussi de genre. Je tente – à petite échelle, car le problème public n'est que le point de départ de mon enquête – de décliner les différentes séquences du problème : formulation, responsabilités, publicisation, mise à l'agenda.

Le cadrage institutionnel du problème public me conduit à envisager d'autres questions que ma thèse tente de résoudre. Je propose donc, dans la deuxième partie du chapitre, une

problématique qui découle de ce problème et une contre-enquête pour l'envisager à travers un autre cadrage. Au cœur de mon processus de problématisation, je m'intéresse moins au problème public qu'au décalage qui existe entre sa formulation et les réalités que j'observe. Je fais donc un pas de côté en étudiant les écarts que j'ai observés du point de vue de l'utilisation statistique des chiffres pour parler de la sous-représentation, des catégories (de genre notamment) utilisées par l'action publique ou encore de la manière dont est pensée « l'invisibilité ». Je présente les réflexions et les observations de terrain qui mènent à une nouvelle manière d'appréhender le problème, et qui débouchent sur la présentation de la problématique. Il n'est pas question de savoir si ce problème public est une fiction (ou non), ce n'est pas non plus une revendication théorique, mais plutôt un autre prisme pour le penser. Cette forme de démonstration qui consiste à comparer la construction d'un problème à ses réalités objectives n'est pas nouvelle (Archat, 2022) :

« C'est par exemple le cas de Laurent Mucchielli (2005) lorsqu'il analyse la construction médiatique du problème des "tournantes" avant de proposer une "contre-enquête sociologique" pour mettre en valeur les "contradictions [...] entre l'interprétation résultant du traitement médiatique et les résultats de l'enquête sociologique" (p. 10), ou de Christelle Hamel (2003) lorsqu'elle analyse les discours médiatiques et politiques sur ces viols collectifs "en les confrontant aux résultats de l'enquête [...] Enveff [...] et aux données ethnographiques qu'[elle a] recueillies" (p. 85). C'est également la perspective empruntée par Alice Debauche (2011) qui, après avoir étudié la construction sociale de certains groupes comme responsables des violences sexuelles, "compare les faits statistiques avec les représentations sociales" pour "montr[er] la distance qui les sépare". » (*Ibid.* : 29).

Cette « contre-enquête sociologique » qui envisage le problème par un autre cadrage que celui du genre a deux objectifs : mettre en évidence l'hétérogénéité des publics féminins des CAARUD et des CSAPA et repartir des expériences individuelles des usagères. La troisième partie de ce chapitre décrit les entrées théoriques mobilisées dans la suite de la thèse. J'aborde notamment la sociologie du recours, l'approche biographique et la sociologie des rapports sociaux.

Ce premier chapitre qui s'inscrit dans la sociologie des problèmes publics est considéré comme la première phase de l'enquête. Il repose sur l'analyse de sources primaires (rapports institutionnels), de sources secondaires (travaux scientifiques de sociologie ou de santé publique), et de données empiriques (observations réalisées au sein des CAARUD et des CSAPA et conversations avec des professionnel·les du champ).

1. La construction du problème public : la sous-représentation et l'invisibilité des femmes en CAARUD et en CSAPA

Cette première partie est composée de quatre sous-parties. La première porte sur les institutions et les politiques en jeu dans le problème public de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans le secteur de l'addiction. La seconde porte sur les raisons et la manière dont ce problème a été formulé. La troisième sous-partie expose les responsabilités qui sont imputées au problème par les professionnel·les du champ et les chercheur·ses. Enfin, la dernière sous-partie aborde la publicisation de ce problème et sa mise à l'agenda auprès des pouvoirs publics.

1.1 Les politiques et les institutions de l'addiction

Le problème public des femmes usagères dans le champ médicosocial de l'addiction est intrinsèquement lié aux politiques et aux institutions de prises en charge. Le champ s'organise autour de deux politiques sociales et de santé principales : l'addictologie médicosociale et la politique de réduction des risques. Ce sont particulièrement les institutions (CAARUD et CSAPA) qui ont découlé de ces politiques qui nous intéressent, car « les politiques publiques sont surtout structurées par des institutions, des normes, des budgets. » (Lascoumes et Le Galès, 2018). Les CAARUD et les CSAPA sont envisagés ici comme des institutions, et non comme des « dispositifs » (faisant référence au concept pragmatiste). L'institution est un terme polysémique. François Buton fait un état des lieux des luttes de définition entourant ce concept, il en expose trois principalement distinguées dans la littérature en sciences sociales :

« La première, qu'on pourrait dire wébérienne, considère comme institutions les seules organisations à prétention universelle (États, Églises, voire institutions politiques) [...]. La deuxième définition, proche de la première, supprime la dimension universelle pour qualifier d'institution toute organisation fonctionnant de façon régulière dans la société, selon des règles explicites (notamment juridiques), mais aussi implicites, et sur un ressort précis. École, hôpital, asile, prison, etc., on retrouve les organisations que Erving Goffman, Pierre Bourdieu, Michel Foucault, et bien d'autres après eux, ont étudiées et critiquées comme instruments de domination, d'oppression et/ou de reproduction sociale. La troisième définition, enfin, supprime le critère de l'objectivation organisationnelle de l'institution, tout en situant son domaine de validité dans une société donnée (ou dans l'une de ses parties). L'anthropologie anglo-saxonne, de Bronislaw Malinowski à Mary Douglas, désigne ainsi par institution toute forme sociale régulière qui lie des normes et des valeurs, des modèles de relations sociales et des rôles, des manières d'être ou "comportements stéréotypés". » (Buton, 2010).

Définir une institution « relève quasiment de l'impossible » (Fossier et Monnet, 2009) tant ce concept a été mobilisé dans la littérature en sciences sociales, Émile Durkheim définit d'ailleurs la sociologie comme la « science des institutions » (Durkheim, [1895], 2013). La notion d'« institution » est intéressante pour mon objet, car elle permet de proposer une diversité d'analyses autour des contraintes institutionnelles, des usages de l'institution, de l'emprise des institué·es, des évolutions et des transformations des institutions par leurs usager·es, de culture institutionnelle, etc. Aborder les CAARUD et les CSAPA comme des institutions permet aussi de « s'interroger, empiriquement autant que théoriquement, sur la socialisation, les mécanismes de domination, l'identité sociale, les normes, et ainsi de suite... Rien d'étonnant à cela, si l'on veut bien admettre que l'être social est – par définition – un être d'institutions. » (Lagroye et Offerlé, 2011 : 24). L'institution n'est pas uniquement une structure sociale figée, mais est en mouvement, transformée par les individus qui la constituent. Car sans les individus les institutions ne veulent rien dire : « La forme grammaticale qu'avait choisie Yan Thomas pour le titre de plusieurs de ses articles, comme “L'institution juridique de la nature” ou “L'institution civile de la cité”, est sur ce point tout à fait révélatrice : sans adjectif et génitif, l'“institution” est un mot vide. » (Fossier et Monnet, 2009). Ainsi, je parle d'institutions « médicosociales », dans le champ de l'addiction. L'apport heuristique et malléable qu'apporte la notion est adapté aux analyses proposées par la suite.

Le secteur médicosocial de l'addiction

Ces deux institutions (CAARUD et CSAPA) appartiennent au même secteur, le secteur médicosocial. Celui-ci inclut une large offre de structures à destination de « publics dits “fragiles”, âgés ou handicapés » selon le ministère de la Santé²⁷. Il propose aux personnes une prise en charge globale (la santé et le social sont appréhendés conjointement). Il se différencie du système de santé hospitalier ou de ville, et du secteur social. Nicolas Henckes et Cyril Desjeux se demandent si le terme « médicosocial » relève d'une catégorie et à quoi il fait référence, puisqu'il peut recouvrir différentes définitions. Selon eux, les acteur·rices définissent le secteur à l'aune des sources de financement dont ils et elles disposent. Il s'agit des structures « relevant des financements de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie médicosociale (Ondam médicosocial) et de la compétence administrative (exclusive ou conjointe) des agences régionales de santé (ARS). »

²⁷ Système de santé, médicosocial et social. Pour une prise en charge globale de la personne. Site : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

(Desjeux et Henckes, 2024). Pour autant la CNSA chargée de la gestion des financements dans le secteur, et créée en 2003 n'intègre pas les institutions de l'addiction et de la grande précarité. Le secteur médicosocial ne peut donc pas être défini uniquement par ses guichets de financements, ce qu'explicitent les auteurs en mentionnant que la « lecture strictement économique » dans la définition du secteur est « réductrice ». Ils montrent que le terme « médicosocial » est souvent peu délimité, sinon qu'il « renvoie à l'association de deux perspectives médicale et sociale ». Pour autant, cette association peut s'exprimer de manières très diverses :

« Dans certains cas, il [le médicosocial] correspond effectivement à l'association d'interventions sociales et médicales au sein d'une même organisation ou bien dans le cadre d'un même accompagnement. Mais dans d'autres situations, le médicosocial caractérise la prise en compte de la dimension sociale au sein d'une approche globalement médicale, comme les Ssiad²⁸, ou inversement, comme dans le cas de certains hébergements dans le champ de la grande précarité. Dans d'autres cas encore, il désigne une approche sociale destinée à des populations qualifiées en termes médicaux. » (*Ibid.*).

Autrement dit, « le médicosocial traduit ainsi d'abord, pour reprendre l'expression du sociologue Thomas Gieryn (1983), le “travail de frontière” développé par différents acteurs, politiques, administratifs et professionnels » (*Ibid.*). Ce secteur est régi par le Code de l'action sociale et des familles. D'après l'article L.312-1 de celui-ci, et au sens de l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique et l'article L. 313-3 du Code de l'action sociale et des familles, il intègre les CAARUD et les CSAPA :

« Sont des établissements et services sociaux et médicosociaux [...] : 9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques [...] dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [Csapa], les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue [Caarud] ».

Dans le champ de l'addiction, le secteur médicosocial est depuis longtemps considéré comme le champ spécialisé²⁹. Comme l'expliquent les professionnel·les du médicosocial Jean-

²⁸ Services de soins infirmiers à domicile.

²⁹ Au-delà des CAARUD et des CSAPA qui sont les deux structures majoritairement fréquentées par les consommateur·rices de drogues, d'autres structures médicosociales peuvent prendre en charge les addictions. On peut notamment citer les consultations jeunes consommateurs (CJC) qui sont des structures ambulatoires qui accueillent souvent des jeunes usager·es de cannabis ; les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), les communautés thérapeutiques (CT) et les centres d'accueil d'urgence et de transition (CAUT) qui sont des structures résidentielles collectives ; ou des appartements thérapeutiques, de familles d'accueil ou d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui sont des structures résidentielles individuelles. Cela témoigne du maillage conséquent mis en place par l'action publique dans la prise en charge des addictions.

Pierre Couteron et Martine Lacoste³⁰, ce champ est issu des « évolutions de l'hôpital et des pratiques d'action sociale du XIXe siècle », il s'institue et devient « législativement en 1975 un secteur à part entière. Il va associer les réponses médicales à l'action sociale, en direction des publics les plus fragilisés » (Couteron et Lacoste, 2012 : 73). Le champ de la prise en charge sociale et sanitaire de l'addiction ne se réduit pas au secteur médicosocial, il est structuré par le « plan addiction 2008-2011 » par deux autres pôles, incluant le secteur hospitalier et celui de la médecine de ville (*Ibid.*). Plus précisément, ces trois pôles sont constitués :

- ⇒ Du secteur médicosocial spécialisé ;
- ⇒ Des acteur·rices de la ville dont les médecins généralistes, les médecins du travail, les psychiatres, les psychologues, les pharmaciens·nes, ils et elles « offrent un autre recours de proximité, avec une large accessibilité, mais pour des réponses essentiellement ambulatoires et peu ou pas spécialisées. » (*Ibid.* : 73) ;
- ⇒ Et enfin de l'hôpital qui « assure une réponse médicalisée, légitimement centrée sur l'aspect “maladie” des conduites addictives ou sur les complications induites. » (*Ibid.* : 73). Dans ce cadre des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA), se déplacent afin de voir les patient·es et les suivre dans leurs démarches. Les ELSA ont été créées en 1996, il s'agit d'une « équipe pluridisciplinaire qui travaille au sein d'un hôpital (général ou spécialisé) en appui à d'autres équipes de soins, en apportant un regard et “une expertise” spécifiques pour l'accompagnement des personnes ayant des addictions. [...] Elles ont été pensées pour que les personnes puissent bénéficier d'information durant leur temps d'hospitalisation. » (Berne, 2024).

Il est nécessaire d'avoir en tête la structuration de la prise en charge des addictions par ces trois branches : ville, hôpital, médicosociale³¹. D'une part, car elle permet d'analyser la diversité des recours institutionnels des femmes concernées par les addictions, d'autre part car il peut y avoir une coordination de soin dans l'addiction (qui peut être considérée comme une maladie chronique) :

« La coordination devient une préoccupation centrale dans un système de soins de plus en plus complexe où beaucoup de malades, par choix ou par nécessité, reçoivent leurs

³⁰ Je m'appuie ici sur les écrits des acteur·rices du champ car je n'ai pas fait d'entretiens avec elles et eux durant mon enquête.

³¹ Il existe également d'autres entrées (non-spécialisées) pour la prise en charge des addictions ou de la réduction des risques qui peuvent être utilisées : les centres médico-psychologique (CMP) ou les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les collectifs d'entraide (associatifs ou non) comme les programmes en 12 étapes (Narcotiques et Alcooliques anonymes), les associations d'auto-support antiprohibitionnistes tels qu'ASUD ou Techno-Plus, les espaces en ligne (dont des forums tels que PsychoACTIF ou Psychonaut) (Gilles, 2024) et l'accompagnement par téléphone (Tabac Info Service, Alcool Info Service, Drogues Info Service, Écoute Cannabis, Joueurs Info Service).

soins de sources multiples, surtout s'ils sont atteints d'affections chroniques. » (Lombrail, 2000 : 405).

Aussi, au-delà du secteur médicosocial de l'addiction, les usagers peuvent recourir au secteur de la santé mentale et du handicap³², les secteurs sont poreux, comme Desjeux et Henckes le soulignent « il s'établit des continuités entre des catégories voisines » (Desjeux et Henckes, 2024), et les personnes peuvent traverser, selon leurs besoins, ces différentes catégories ou branches au cours de leur parcours institutionnel médicosocial. Je décline maintenant les deux types de politiques (et les institutions rattachées) qui nous intéressent dans ce secteur.

La politique de réduction des risques et son institutionnalisation via les CAARUD

La politique de réduction des risques³³ (RdR) a vu le jour dans les années 1980 en France hexagonale durant l'épidémie de VIH/Sida par les approches communautaires (via les collectifs « Limiter la casse » et « Autosupport des usagers de drogues » notamment) :

« Les groupes d'intérêt d'usagers de drogues se constituent dans le sillage des associations issues de la lutte contre le sida, autour du modèle du "malade réformateur", de la mise à disposition de produits de substitution pour les usagers de drogues et du bouleversement des politiques publiques en matière de toxicomanie. En effet, après l'apparition du sida, le champ de la toxicomanie est soumis à un changement paradigmatique fondamental : le champ autrefois régi par le sevrage et la psychothérapie est alors dominé par un nouveau concept, celui de la réduction des risques, qui se construit en France autour de l'accès aux seringues, à la substitution et aux soins pour les usagers de drogues, et qui postule la participation des acteurs concernés, en l'occurrence les usagers de drogues, à la définition des politiques publiques. » (Broqua et Jauffret-Roustide, 2004).

Cette politique met à distance les cadres légaux et moraux entourant l'usage de drogues. Elle vise à limiter les risques sociaux et sanitaires de l'usage, notamment la transmission du VIH et des hépatites (Jauffret-Roustide, 2016). Alors que la RdR est initialement un champ de lutte citoyen et associatif, elle devient progressivement un champ professionnel avec la naissance de l'addictologie. Les personnes qui consomment des drogues sont alors envisagées comme étant

³² Il est difficile de classer les approches (handicap, précarité, addiction, etc.) dans le vaste secteur médicosocial, on peut dire que celles-ci relèvent soit d'une approche par problème (dans notre cas celui des addictions), soit d'une approche destinée à une population spécifique (personnes handicapées ou personnes âgées dépendantes).

³³ Elle peut aussi être appelée politique de « réduction des risques et des dommages » (RdRD) et *harm reduction* en anglais. Il existe plusieurs modèles de réduction des risques. En France, le modèle médicalisé « neutre et intégrationniste » est la référence. Ce modèle est centré sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, au matériel de réduction des risques et à la prise en compte de « l'environnement social et politique du risque » (Jauffret-Roustide, 2016).

capables de prendre soin de leur santé (Jauffret-Roustide, 2004). Néanmoins, il est important de rappeler que cette politique se déploie dans un contexte prohibitionniste rendu possible avec la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 qui criminalise l'usage et la vente de drogues. Le travail fondateur d'Henri Bergeron et son ouvrage *L'état et la Toxicomanie. Histoire d'une singularité française* (1999), porte sur le domaine d'application de la loi de 1970. Il met en évidence la tension qu'il existe (aujourd'hui encore) entre la répression de l'usage de drogues (et de la vente de drogues) et le traitement sanitaire des usages. Les questions relatives aux drogues naviguent souvent entre une gestion par le ministère de l'Intérieur et celui du ministère de la Santé. Ce que développent également Marie Jauffret-Roustide et Jean-Maxence Granier :

« En France, l'encadrement juridique de l'usage de drogues est régi par la loi du 31 décembre 1970. Votée dans un contexte politique particulier, deux ans après la révolte de mai 1968, cette loi a permis de créer un dispositif spécialisé de prise en charge des “toxicomanes”, construit autour du sevrage et de la psychothérapie. Mais son caractère particulièrement répressif (l'usage simple de drogues pouvant donner lieu à des peines de prison) a pu être interprété comme une volonté de normaliser les comportements et de contrôler la jeunesse contestataire assimilée à cet usage. L'arrivée du sida, dans les années 1980, a alors marqué un véritable tournant : l'urgence vitale devenait moins de lutter contre l'usage de drogues que de réduire les risques associés à cet usage (le partage de seringues étant l'un des principaux vecteurs de transmission du virus du sida). Aujourd'hui encore, la France est l'un des pays les plus répressifs d'Europe vis-à-vis de l'usage de drogues. [...] Les certitudes sur l'intérêt de l'interdit et de la répression pour limiter la diffusion des drogues ont été totalement mises en cause par l'épreuve des faits, comme le montre ici Dan Werb. Au niveau international, la guerre à la drogue lancée par Richard Nixon dans les années 1960, qui visait à imposer l'abstinence forcée aux individus et la prohibition comme modèle de régulation politique, s'est soldée par un échec. Non seulement elle n'a pas permis d'éradiquer les drogues, mais elle a contribué à enrichir les narcotrafiquants, à marginaliser socialement les usagers de drogues et à les stigmatiser, à détériorer leur état de santé en favorisant la diffusion de l'épidémie de sida et des hépatites, et à remplir les prisons aux frais de l'État. » (Jauffret-Roustide et Granier, 2017)

Pour les professionnel·les du champ de la réduction des risques et de l'addictologie, si la politique de réduction des risques a « changé radicalement les conceptions des acteurs du soin, [elle a] à peine ébranlé le système de représentations et les croyances toujours prédominantes en la “lutte contre la drogue”. La stratégie politique est toujours celle de la guerre à la drogue³⁴, c'est-à-dire peu ou prou de la guerre aux usagers » (Couteron et Lacoste, 2012). Malgré ce contexte, la politique de RdR a permis de suspendre « le jugement moral et médical sur la consommation de drogues et d'avoir considéré que l'utilisateur était en capacité de faire des choix

³⁴ Voir Dan Werb, *A world war on drugs*, Esprit, 2017 et Fabrice Olivet, Samuel Roberts, *Guerre à la drogue, guerre raciale ?*, Esprit 2017.

rationnels face à certaines dimensions de son usage. » (Jauffret-Roustide et Granier, 2017). La politique de réduction des risques comprend donc plusieurs mesures phares, dont l'accès et la vente de seringues stériles pour les usager·es qui pratiquent l'injection en 1987, les programmes d'échange de seringues, la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO) tels que la méthadone et la buprénorphine entre 1995 et 1996, ou encore la naissance des boutiques d'accueil. Ces dernières peuvent être considérées comme les ancêtres des CAARUD. Jean-Pierre Couteron et Martine Lacoste, acteur·rices de cette politique et professionnel·es exerçant dans le domaine de l'addictologie retracent l'arrivée de ces dispositifs :

« En mars 1992, la DGS [direction générale de la santé] recentre dans une nouvelle circulaire le dispositif de soins spécialisés sur la prise en charge en même temps qu'elle l'encourage à expérimenter des initiatives "visant à aller au-devant des toxicomanes très marginalisés". [...] Cette première expérience inspirera les structures comparables qui ouvriront les années suivantes, formant le modèle futur des CAARUD. L'expérience de ces structures permet de préciser les prestations et services de références à fournir, qu'officialisera une nouvelle circulaire en 1995 : "Ces lieux ouverts et chaleureux offrent des prestations diverses : petite restauration, soins infirmiers de première urgence, possibilité de se doucher, de laver son linge, de distribuer du matériel de prévention des risques infectieux, voire de disposer de quelques places d'hébergement en urgence. Ces lieux ne doivent pas viser à une prise en charge des problèmes de dépendance et ne sont pas, à ce titre, à confondre avec les centres de soins en ambulatoire. Ils constituent davantage une aide à la vie quotidienne de toxicomanes actifs dans des aires géographiques de concentration de cette population". » (Couteron et Lacoste, 2012)

Les CAARUD, établissements entièrement destinés à la réduction des risques, tels qu'on les connaît aujourd'hui, verront le jour en 2006, quatre ans après la création des CSAPA qu'ils viennent compléter (*Ibid.*). Ce sont des établissements médicosociaux dits à bas-seuil d'exigence, lié à ce qui est appelé le « travail de proximité » (*outreach work* en anglais). Il peut désigner « dans une définition étymologique et stricte du terme, l'ensemble des activités destinées à atteindre les individus difficiles à rejoindre » (Jauffret-Roustide et Chappard, 2012 : 40). Les CAARUD accueillent collectivement et individuellement des personnes et leur prodiguent des conseils personnalisés concernant leur usage de drogues, sans contraintes de sevrage, d'abstinence ou de démarches de soins. Ces structures sont le plus souvent ambulatoires, mais peuvent aussi proposer des hébergements pour leurs bénéficiaires. Leurs objectifs et missions actuels sont renseignés dans l'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) (Duplessy et Chappard, 2012 : 88) :

- L'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usager·es (voir figure 2);
- L'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles) ;

- Le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour automate) (voir figure 1) ;
- L'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usager·es ;
- Le développement d'actions de médiation sociale.

Figure 1 - Photo de pipe à crack distribuée dans un CAARUD



Source : photographie personnelle, 2023.

Note : Il y a trois éléments dans le kit : un doseur en verre, un embout en plastique (ou en caoutchouc) et un filtre (en fer). On peut lire en bas de la notice « la loi de 1970 interdit tout usage, incitation à l'usage et détention de drogues illicites ».

Figure 2 - Photos de devantures de deux CAARUD : francilien (1) et guyanais (2)



(1)



(2)

Sources :

- (1) Radio France - Mathieu Laurent
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/grand-reportage/grand-reportage-direct-du-vendredi-17-juin-2022-9563484>
- (2) Article de France-Guyane

Les professionnel·les qui composent les CAARUD sont principalement des travailleur·ses du social incluant des éducateur·trices spécialisé·es, des animateur·rices ou des médiateur·rices (culturel·les, de santé, du social). Du personnel infirmier ou des médecins peuvent également intervenir ou être salarié·es dans l'institution. Les CAARUD doivent également assurer des missions de médiation dans l'espace public par le biais de maraudes afin d'établir un contact avec les personnes qui en ont besoin, mais aussi dans l'espace festif³⁵ (*rave, free party, club*) par le biais de stands de prévention par exemple. Les CAARUD représentent l'institutionnalisation de la politique de RdR. Celle-ci repose sur un processus « par lesquelles les règles et les procédures sont élaborées, se développent pour structurer un espace social et produire les comportements des acteurs qui les ont générés et/ou intégrés. De manière plus précise, le processus d'institutionnalisation s'observe lorsque des règles et des procédures se multiplient et se stabilisent, gagnent en précision et deviennent concrètement prescriptives. » (Lascoumes et Le Galès, 2018). Ils concrétisent le passage de « boutiques » peu institutionnalisées à des lieux fixes, plus nombreux, plus formalisés avec un cahier des charges, des missions, et davantage financés (Jaufret-Roustide, 2004). Si les CAARUD sont les représentants institutionnels de la RdR, il existe une diversité de dispositifs, d'outils et d'espaces non institutionnels où se déploie la RdR (qui ne sont pas étudiés dans la thèse³⁶) comme les associations, les forums internet, les groupes d'entraide ou les collectifs militants.

Encadré 5 - L'histoire de la réduction des risques à écrire pour les territoires ultramarins

L'ensemble des travaux qui ont porté sur l'émergence, la mise en place ou les conflits entourant la politique de RdR concernent l'histoire de la France hexagonale. Dans ces travaux, les auteur·rices omettent de préciser la situation géographique depuis laquelle ils et elles parlent. Il s'agit d'une histoire centrée et située depuis l'Hexagone, et les réalités ultramarines sont bien distinctes. En Guyane par exemple, les pratiques d'injection actuellement et dans le passé sont anecdotiques, et concernent presque exclusivement des usager·es de métropole (Obradovic, 2020 ; Longuet et Vassaux, 2025). On peut donc en déduire que ce n'est pas par ce biais (c'est-à-dire les risques de transmission de maladies infectieuses par injection) que la politique de RdR s'est déployée. Au-delà de l'injection, l'histoire de la Guyane vis-à-vis de l'usage de drogues, sa

³⁵ Le volet festif (préventif) de la politique de réduction des risques n'est pas étudié dans la thèse car les publics qui y ont recours fréquentent très peu les CAARUD et les CSAPA fixes.

³⁶ Sur ce point, voir les thèses en cours d'Agathe Roux-Lafay « Penser la relation d'aide en addictologie. Les enjeux politiques d'un *care* co-construit et collectivisé au sein d'espaces communautaires. » (EHESS) et de Salomé Gilles « De la culture psychotropique à la pharmacologisation : trajectoires de jeunes membres de communautés virtuelles d'usagers de drogues. » (EHESS).

population et ses pratiques sont différentes. Il est possible de soumettre plusieurs hypothèses quant à l'implantation de la RdR dans ce territoire, bien qu'un travail d'enquête approfondie soit nécessaire. La première est qu'elle s'est développée non pas en lien avec des pratiques d'injection, mais avec l'arrivée et la massification de l'usage de crack, apparu dans les territoires ultramarins français en 1982-1983 (Charles-Nicolas, 1997 ; Jauffret-Roustide, 2024). Aussi, elle a pu s'implanter par le biais de la circulation des professionnel·les et des normes de l'Hexagone, ou encore par des questions légales lorsque les CAARUD et les CSAPA ont vu le jour en Hexagone. Il est possible que la RdR se soit développée par le biais de l'institutionnalisation du secteur médicosocial, et non par l'aspect communautaire ou militant. Concernant les premières traces de RdR (institutionnalisée ou non) en Guyane, il n'est pas possible en l'état de les dater. Il est donc nécessaire d'écrire cette histoire.

L'addictologie médicosociale et les CSAPA

L'histoire des CSAPA est différente de celle des CAARUD. Celle-ci est moins marquée par les changements de paradigmes politiques autour de l'usage de drogues dans les années 1980. Avant l'existence des CSAPA, plusieurs dispositifs existent pour prendre en charge les addictions, ils se transforment pour donner lieu aux CSAPA (Protais et Milhet, 2025). Jean-Pierre Couteron et Martine Lacoste décrivent ce processus de la façon suivante :

« Les Centres d'Hygiène Alimentaire, portés et souvent fondés par des médecins généralistes, vont devenir des CCAA (Centres de Consultation Ambulatoire en Addictologie) et, avec les centres d'accueil pour toxicomanes, devenus des CSST, Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes, seront les précurseurs de l'addictologie médicosociale. » (Couteron et Lacoste, 2012 : 73).

C'est avec la loi du 2 janvier 2002 que ces structures « intégreront officiellement ce secteur en étant réunis sous un statut unique d'établissements : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) » (*Ibid.*). Les CSAPA proposent « une “réponse addictologique” complète, de premiers recours autant que d'accompagnement de longue durée, de prévention autant que de réduction des risques, ambulatoire ou résidentielle. Composés d'équipes aux compétences diversifiées, médicales, sociales, éducatives et thérapeutiques, leur particularité est de les associer dans des pratiques transdisciplinaires » (*Ibid.*). Ils sont décrits comme étant à plus haut-seuil d'exigence, d'où la présence de médecins tels que des addictologues ou des psychiatres (ce qui n'est presque jamais le cas en CAARUD), mais aussi des psychologues, du personnel infirmier et des éducateur·rices spécialisé·es. Si les CSAPA

proposent un accompagnement médical, ils se distinguent des hôpitaux. Avant la naissance et le développement de l'addictologie comme une discipline dont « l'objet est l'étude des aspects théoriques, cliniques et thérapeutiques des pathologies addictives » (Raynaud, 2006), ce sont principalement les hôpitaux qui prenaient en charge les consommateur·rices de drogues. Cela a évolué comme le retrace Emmanuel Langlois dans une partie de ses travaux qu'il consacre à la prise en charge hospitalière des usager·es de drogues en France. Il déclare, à propos de la moindre prise en charge actuelle des usager·es en hôpitaux :

« Depuis, le nombre d'usagers a explosé, et les relations avec l'hôpital sont restées rares et surtout marquées par une grande défiance mutuelle en lien avec un nouveau corpus de pratiques et de savoirs sur les toxicodépendances : l'addictologie. [...] l'addictologie s'est diffusée largement parmi les intervenants en toxicomanie et prône globalement des méthodes ne faisant pas de l'hospitalisation des usagers une nécessité. En outre, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, la politique française des drogues a connu un tournant net vers les principes de réduction des risques qui s'orientent plutôt vers une approche ambulatoire et préventive. Enfin, le contexte sanitaire français a été marqué au cours des dernières décennies par d'importantes restructurations de l'hôpital qui ont conduit notamment à réduire les durées d'hospitalisation et le nombre de lits, à resserrer celles-ci sur les phases techniques ou encore à pousser les établissements à travailler ensemble au sein de réseau de santé. L'hôpital français serait ainsi tendanciellement amené à sortir de ses murs en réponse à certains espoirs, mais aussi sous le coup de nombreuses contraintes. » (Langlois, 2014).

Ainsi, « une infime proportion de consommateurs de drogue est traitée dans les hôpitaux » (Langlois, 2014), la plupart des personnes souhaitant initier une prise en charge médicale ou sanitaire liée aux consommations de drogues passent donc majoritairement par les CSAPA. Elles peuvent alors bénéficier d'un suivi médical, psychologique et social comme la délivrance de traitements de substitution aux opiacés (TSO), la psychothérapie, l'accès aux droits sociaux ou l'aide à l'insertion professionnelle. Les CSAPA disposent, en outre, d'un volet de RdR (avec la distribution de matériel de consommation par exemple) et peuvent renvoyer vers un ou plusieurs CAARUD (faisant partie d'un même hôpital ou d'une même association).

Des institutions distinctes ou complémentaires ?

Les CAARUD et les CSAPA sont les deux institutions principales de l'accompagnement en addictologie (Protais et Milhet, 2025). Quels liens y a-t-il entre elles ? De prime abord, on peut considérer les CAARUD et les CSAPA de manière distincte puisqu'elles ciblent *a priori* des publics différents (des publics en situation de précarité pour les CAARUD et des publics

d'avantage stables pour les CSAPA³⁷). Il est aussi possible de les penser de manière distincte puisque la politique de RdR via les CAARUD est une fin en soi. D'une part, car elle connaît un processus d'autonomisation vis-à-vis du médical, d'autre part, car l'usage de drogues ne nécessite pas toujours un recours aux soins. C'est même plutôt l'inverse, peu d'usages de drogues sont problématiques en population générale³⁸.

Ces institutions peuvent aussi être envisagées de manière complémentaire dans un modèle en escalier, car elles partagent des missions similaires de soin. Comme le montre Chloé Bussi dans sa thèse consacrée à la prise en charge sanitaire des sans-abri dans les centres d'hébergement français, il y a dans la prise en charge et la réinsertion des populations vulnérables un modèle en « escalier ». Dans le cas des sans-abri, cela signifie que la situation de rue implique d'abord de trouver une place dans un centre d'hébergement d'urgence, puis d'être orienté vers un centre de réinsertion, puis enfin d'acquérir un logement individuel et autonome (Bussi, 2023). Ce modèle en escalier peut aussi s'appliquer à la prise en charge médicosociale des usager·es du secteur médicosocial de l'addiction. L'accès au CAARUD peut être envisagé comme un moyen d'accès au CSAPA (ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le sens inverse bien que cela puisse exister). Ce modèle suppose une gradation des réponses apportées aux besoins de l'individu, « une intentionnalité progressive qui respecte les motivations de l'utilisateur, un continuum des réponses qui dépasse la segmentation des dispositifs » (Couteron et Lacoste, 2012 : 72). Il est donc commun de voir une personne initier une prise en charge en CSAPA parce qu'elle a été orientée par le CAARUD qu'elle fréquente. Ce modèle en escalier, qui place le soin sur la dernière marche, s'explique par une porosité contemporaine importante entre les frontières du social et de la santé. Michel Joubert et ses collègues abordent les liens entre santé et social et traitent de la sanitisation de la question sociale dès les années 1990-2000 (Joubert *et al.*, 1998). Dans l'ouvrage *Les figures urbaines de la santé publique* (1998) dirigé par Didier Fassin, il est question de diverses expériences locales de santé publique, et la santé est envisagée par Fassin comme le « dernier langage du social ». Claudine Herzlich met également en avant, en 2003, la porosité entre la santé et le social à travers la progression de l'épidémiologie sociale « et l'intérêt porté en santé publique à des notions empruntées aux sciences sociales » (Herzlich, 2003, cité par Peretti-Watel, 2006). Plus récemment, Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat se saisissent de la question avec leur concept de « santé sociale », les auteur·rices montrent, comme leurs prédécesseur·ses, que la santé et le social deviennent de plus en plus interdépendants

³⁷ Ce point est abordé plus en détail dans la section suivante.

³⁸ Il n'existe actuellement pas de consensus scientifique permettant d'affirmer que l'addiction est une maladie. De ce fait, la médicalisation de l'usage de drogues peut être discutée. Voir : « L'addiction n'est pas gravée dans notre cerveau », Entretien avec le neuro-addictologue Serge Ahmed dans Le Journal CNRS, 23 octobre 2023.

(Duvoux et Vézinat, 2022). Avec ce concept, celui de sanitatisation est utile puisqu'il met en avant une vision élargie de la santé, allant de petits actes médicaux à la prise en compte du bien-être global (Bussi, 2023). Cette sanitatisation se différencie de la médicalisation qui conçoit le processus uniquement à travers les actes médicaux (Conrad, 2007), là où la sanitatisation prend en compte différents actes de *care* qui ne sont pas nécessairement médicaux, mais relèvent du prendre soin (*Ibid.*). L'addictologie est par ailleurs le résultat du processus de sanitatisation de la politique des drogues en France (Bergeron, 2005). Enfin, les deux institutions sont pensées ensemble parce que les CAARUD et les CSAPA partagent les mêmes missions de réduction des risques³⁹, bien que l'interprétation, la mise en place et l'appropriation des missions peuvent être diverses selon les institutions et les professionnel·les (Protais et Milhet, 2025). La segmentation est aujourd'hui moins forte entre les deux institutions dans une vision élargie du soin. On l'observe notamment avec les « Haltes Soins Addictions » (anciennement les salles de consommation à moindres risques, ou « salles de shoot ») qui sont des CAARUD un peu particuliers, et qui portent dans leur dénomination même le terme « soin ». La RdR en CAARUD peut donc aussi être envisagée comme du soin au même titre qu'un accompagnement en CSAPA.

Ainsi, de manière complémentaire, les CAARUD et les CSAPA prennent en charge les addictions, et cela à travers deux temporalités dans l'histoire : « une première période, des années 1970 jusqu'à la fin des années 1980 s'est caractérisée par un référentiel quasi exclusivement axé sur le sevrage et la psychothérapie visant à soigner les "toxicomanes" et à les aider à mettre à distance leur assuétude aux drogues ; suivie d'une deuxième période de contestation puis de transformation de ce référentiel, avec l'arrivée du sida dans les années 1980. » (Jauffret-Roustide *et al.*, 2025).

Cette première sous-partie, très contextuelle, qui porte sur les politiques et les institutions médicosociales dans le secteur de l'addiction, amène une question essentielle non traitée : à qui sont destinées ces institutions, et surtout, qui est concrètement pris en charge ?

³⁹ Elles partagent également une mission de prévention des conduites à risque qui ne sont pas étudiées ici.

1.2 La formulation du problème

La sociologie des problèmes publics cherche à comprendre comment les acteur·rices en arrivent à qualifier une situation, un évènement, une expérience comme problématique, comment un fait devient un problème. Je ne tente pas ici de montrer comment la question des femmes a été problématisée dans l'addictologie, mais plutôt de mettre en évidence les raisons et les acteur·rices qui l'ont fait émerger et qui ont été évoquées sur mon terrain, mais aussi dans la littérature scientifique. En effet, « la phase de construction d'un problème public est certainement l'une des séquences de l'action publique où la participation d'acteurs issus de la société civile est la plus visible » (Boussaguet, 2013 : 57).

Penser ce problème public m'amène à le définir dans une « opération de construction [...] comme un problème de société » (Gusfield, 2009 : 3). Puisque les problèmes sociaux sont « les produits d'un processus de définition collective » (Blumer, [1971], 2001 : 189), dans mon cas des définitions produites par les professionnel·les de la RdR et de l'addictologie et les pouvoirs publics tels que les institutions d'état (ARS⁴⁰, MILDECA⁴¹, OFDT⁴²). Répondre à la question « qui a recours aux CAARUD et aux CSAPA ? » fait immédiatement apparaître un problème, celui de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes au sein de ces institutions, puisque ces lieux sont majoritairement fréquentés par des hommes (entre 75 et 80 %) et cela depuis le début de l'existence de ces institutions. Pour pouvoir penser ce problème, il est important de pouvoir le nommer. Joseph Gusfield aborde cette difficulté à nommer un problème dans son étude sur l'alcool au volant, il déclare « pour commencer, j'ai eu le problème de nommer le problème. Parler du problème de l'"alcool au volant", c'est déjà présumer le caractère du phénomène (sécurité routière) et le définir comme doté de telle ou telle forme » (Gusfield, 2009 : 3 ; cité par Archat, 2022). Dans mon enquête le problème de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans les CAARUD et CSAPA est fortement mis en avant par les professionnel·les et, dans une moindre mesure, par les usagères elles-mêmes, mais aucune expression n'est véritablement utilisée pour parler de cela si ce n'est une interrogation du type « pourquoi ne voit-on pas les femmes ? ». Cette interrogation renvoie également à un problème de non-recours, comme problème de santé publique lié à des inégalités d'accès aux soins et à l'efficacité du système de santé (Rode, 2010).

⁴⁰ Agences régionales de santé.

⁴¹ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

⁴² Observatoire français des drogues et des tendances addictives. L'OFDT est un organisme étatique et scientifique spécialisé dans les études sur les drogues.

La sous-représentation statistique

Afin d'obtenir des informations concernant les publics des CAARUD et des CSAPA, j'utilise deux enquêtes mises en place par l'OFDT :

- L'enquête RECAP : recueil commun sur les addictions et les prises en charge mise en place en 2005. Elle concerne uniquement les CSAPA ;
- L'enquête Ena-CAARUD : enquête nationale auprès des usager·es des CAARUD mise en place en 2006.

Les résultats de l'enquête RECAP nous apprennent qu'en 2021, les hommes représentent 76 % des files actives⁴³ des CSAPA français et l'âge médian des patient·es est de 40 ans (Véron, 2024). Concernant les produits consommés, « plus de la moitié des patients consultent en raison de leur consommation d'alcool et/ou de tabac, 17 % des patients consultent pour leur consommation au cannabis (soit près de 27 000), et 26 % des patients consultent pour des substances illicites autres que le cannabis (soit environ 41 000 patients) » (*Ibid.*). Les personnes prises en charge pour une addiction sans produits (principalement jeux d'argent et de hasard, ou cyberaddictions) représentent 3,6 % des files actives. Concernant la distribution femme/homme, les proportions sont presque les mêmes en 2020, les hommes représentent 77 % des files actives des CSAPA et l'âge médian est de 40 ans (Bouthier, 2023). En 2019, on observe la même proportion, 77 % d'hommes dans les files actives des CSAPA. Comme le déclare l'auteur : « ce pourcentage est inchangé depuis les années 2000. » (Palle, 2021). À l'échelle globale, ce chiffre n'évolue pas depuis plus de vingt ans, mais à l'échelle des produits, il y a de légères variations entre les consommations de cannabis, d'alcool et de tabac, d'autres produits illicites et les addictions sans produit (comportementales). Aussi, les femmes sont majoritaires (85 %) pour les problèmes d'addiction alimentaire (*Ibid.*) et la consommation de médicaments.

Concernant les CAARUD, le constat est le même. Actuellement, les personnes les plus nombreuses à les fréquenter sont des hommes. En 2019, les femmes représentent 20 % des usager·es de CAARUD (Cadet-Tairou *et al.*, 2020). Dans le dernier rapport de l'enquête Ena-CAARUD, il est écrit que : « la répartition de la population enquêtée selon le sexe est stable depuis les premières éditions de l'enquête, avec environ quatre hommes pour une femme. Les femmes restent plus jeunes que les hommes, l'âge médian étant de 40 ans pour les hommes contre 38 pour les femmes. » (*Ibid.*). Depuis la première enquête Ena-CAARUD mise en place en 2006 jusqu'à aujourd'hui, la répartition n'a pas changé. Les résultats de l'enquête Ena-CAARUD en 2008 mettent en avant que : « la part des hommes varie peu au cours des ans,

⁴³ Nombre de patient·es différent·es vu·es en consultation au moins une fois dans l'année.

restant proche de 80 % (78,3 %) » (Cadet-Taiou *et al.*, 2010). Deux ans en amont, les conclusions sont les mêmes : « le sexe ratio est d'une femme pour quatre hommes (21,3 % vs 78,7 %) » (Toufik *et al.*, 2008). Plus précisément on observe des variations d'âge, avec des jeunes femmes plus nombreuses que les femmes âgées (mais toujours minoritaires par rapport aux hommes), et des femmes plus jeunes en 2006 qu'en 2019. Le public des CAARUD, quel que soit le sexe est un public vieillissant. Il est possible de corroborer ces constats concernant la distribution femme/homme avec les résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot réalisée en 2004 (la seule enquête statistique représentative de usager·es du système médicosocial en addictologie), qui met en avant une présence majoritairement masculine (74 %) dans les espaces de prises en charge des usager·es de drogues qui incluent les CAARUD et les CSAPA, mais qui ne s'y limitent pas (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006). En effet, l'enquête ANRS-Coquelicot a été menée dans l'ensemble de « la chaîne thérapeutique spécifique⁴⁴ [...] et dans des cabinets de médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés. » (*Ibid.*). La sous-représentation statistique des femmes (un quart pour trois quarts d'hommes) est donc aussi présente au-delà des CAARUD et des CSAPA (en médecine de ville et dans les institutions résidentielles), et n'a pas évolué depuis le début des années 2000⁴⁵. Elles sont aussi minoritaires dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie (CSSRA) (Palierne, 2023). Ce constat est partagé dans le champ de l'addictologie en France, mais aussi à l'échelle européenne et internationale (Mutatayi *et al.*, 2022).

L'invisibilité institutionnelle et scientifique des femmes

Le problème de la sous-représentation statistique des femmes dans les institutions médicosociales de l'addiction s'accompagne de celui de leur invisibilité. L'invisibilité des femmes a été, et est encore actuellement, mise en évidence par les professionnel·les du champ (et par les recherches). Ces dernier·es font face à des difficultés particulières pour atteindre le public féminin, mais aussi pour le suivre au long cours. Lorsque j'ai commencé mon travail de terrain⁴⁶, j'ai présenté aux professionnel·les mon projet de thèse comme un travail portant sur les parcours de vie et de prise en charge des femmes dans les CAARUD et les CSAPA. Cela a suscité différentes réactions. La première a été une approbation optimiste du fait de s'emparer de la « problématique des femmes » dans les CAARUD et les CSAPA, avec des discours assez normatifs du type « C'est bien de s'intéresser à ça, de s'intéresser aux femmes ». La seconde

⁴⁴ Cette chaîne inclut les CAARUD, les CSAPA ambulatoires et résidentiels, les équipes de rue, les postcures...

⁴⁵ Ce constat est questionné dans la section 2 du chapitre.

⁴⁶ Je fais une présentation exhaustive de l'enquête dans le chapitre 2.

réaction a été une préoccupation directe pour le problème. J'ai pu entendre des phrases telles que « Nous, on n'arrive pas à les faire venir », « On a du mal avec elles, on essaie de les joindre, mais c'est compliqué ». Le projet apparaît alors comme une manière d'analyser cette situation et d'y apporter des réponses : ma thèse était pour les professionnel·les rencontré·es une manière d'expertiser ce problème⁴⁷. Les professionnel·les sont nombreux·ses à faire ce constat : les femmes sont présentes, mais ils et elles les voient rarement. Dans le rapport de la Fédération Addiction (un réseau d'association et de professionnel·les de l'addictologie en France) « Femmes & addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD » publié en 2016, et à destination des professionnel·les des CAARUD et des CSAPA, il est écrit dès l'introduction « Historiquement, les centres d'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives sont beaucoup plus fréquentés par les hommes que par les femmes [...]. Les professionnels s'interrogent donc sur les raisons de cette faible proportion de femmes dans les files actives » (p.5). Si la formulation et la mise en visibilité de ce problème sont globalement issues des acteur·rices de terrain (dans les discours et les rapports), les usagères y participent aussi à travers les approches narcoféministes qui mettent en lumière les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes les femmes qui consomment des drogues dans la société et les institutions. Le narcoféminisme envisage l'usage de drogue comme une pratique féministe, une forme d'*empowerment* où les capacités⁴⁸ des femmes sont au centre de l'analyse comme le plaisir lié à l'usage (ce qui n'est pas le cas dans la majeure partie des travaux où elles sont présentées comme vulnérables). Pour les narcoféministes, c'est une manière de sortir de la stigmatisation dont les consommatrices de drogues font l'objet en lien avec la prohibition et le cadre biomédical de l'addiction :

« En raison de la criminalisation, des politiques punitives, de la stigmatisation et de la discrimination, les femmes qui consomment des drogues sont deux à cinq fois plus susceptibles de subir des violences fondées sur le sexe et des violences entre partenaires intimes que les femmes qui ne consomment pas de drogues [...] Nos droits en matière de santé sexuelle et reproductive sont suspendus, et nous sommes parfois soumises à des avortements et à des stérilisations forcés, nous nous voyons régulièrement refuser le droit de garde des enfants, nous sommes refoulées des services de santé et nous sommes traitées comme des citoyennes de seconde zone. [...] Dans de nombreuses régions du monde, les femmes qui consomment des drogues sont plus susceptibles que les hommes d'être incarcérées pour le même délit ou d'être condamnées à des peines plus lourdes.

⁴⁷ Ma thèse s'inscrit dans le projet international Gender-ARP (plus de détails dans le chapitre 2) qui s'intéresse entre autres à la manière dont les institutions peuvent être plus inclusives pour les minorités sexuelles et de genre. Cela a eu un impact dans l'appréhension de mon projet par les professionnel·les.

⁴⁸ La capacité est un concept élaboré par Amartya Sen dans le cadre de l'« approche par les capacités » (*capability approach*), qui désigne l'ensemble des possibilités réelles dont dispose un individu pour être et agir selon ses aspirations. Elle ne se réduit pas aux ressources matérielles possédées ni aux droits garantis, mais renvoie aux libertés effectives qu'a une personne de choisir parmi différentes manières de vivre.

[...] Compte tenu de tout cela, il est troublant de constater que de nombreuses féministes traditionnelles n'ont pas établi de liens de solidarité avec les femmes qui consomment des drogues. » (Chang, 2019 : 6-7⁴⁹)

Inclure les usagères de drogues dans les revendications féministes et faire de la recherche avec elles (« *rien sur nous, sans nous* ») est une nouvelle étape dans la conception sociologique associant genre et drogues (Dennis *et al.*, 2023 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2025). L'approche communautaire et collaborative dans la recherche est par ailleurs un prérequis.

L'invisibilité des femmes dans les institutions a également été mise en évidence par les recherches en sciences sociales. C'est, par exemple, un des constats mis en avant par la récente thèse de Sarah Perrin, qui montre que les femmes usagères de drogues, d'autant plus lorsqu'elles sont « insérées socialement » (de classes moyennes et supérieures) sont invisibles dans le monde des drogues (institutionnel ou non) (Perrin, 2022).

L'invisibilité des usagères dans le secteur médicosocial de l'addiction et l'émergence de cette question peut être mise en lien avec l'invisibilité des femmes consommatrices de drogues dans la recherche. L'invisibilité des femmes dans le champ scientifique de la déviance ou de l'usage de drogues a fait l'objet de travaux sociologiques tardifs (Neff, 2018 ; Cardi et Pruvost, 2012). Arthur Vuattoux, qui consacre son travail de thèse au traitement institutionnel des déviances adolescentes, fait un état de lieux à partir des travaux de Coline Cardi sur les difficultés à penser la déviance des femmes :

« Comme le remarquent Douglas Smith et Raymond Paternoster (Smith & Paternoster, 1987 : 140-141), le modèle dominant des études sur la déviance (en sociologie comme en criminologie) est celui du comportement masculin, laissant pour une large part les filles et les femmes à la périphérie de la recherche. De fait, une exploration bibliographique des recherches sociologiques sur la déviance ne peut qu'inviter à un tel constat, surtout dans le contexte français. Coline Cardi, [...] fait le constat d'un « silence » de la sociologie française à propos des enjeux de genre dans le domaine de la déviance et du contrôle social (Cardi, 2008a : 14 *et al.*). Elle donne trois raisons à ce silence, qui seront toutes développées ici, car toujours aussi actuelles : la sous- représentation statistique des femmes dans les institutions pénales, tendant à en invisibiliser la présence ; la difficulté à penser leur déviance (et notamment la violence qu'elles mettent parfois en œuvre dans leur trajectoire de déviance) ; et une acceptation restrictive du contrôle social, qui, en se centrant sur les institutions pénales, ne rend principalement compte que des expériences masculines. » (Vuattoux, 2016).

Le problème de l'invisibilité des usagères de drogues dans le « monde des drogues » (Duprez et Kokoreff, 2000) et dans les institutions de prise en charge de l'addiction est

⁴⁹ Traduction personnelle.

finalement proche de celui des déviances adolescentes et de leur traitement pénal. À la différence que le problème dans le champ de l'addiction peut être plus publicisé puisqu'il renvoie à un problème de santé publique, alors que celui de l'invisibilité des femmes délinquantes et criminelles n'est pas un problème pour les pouvoirs publics. Ce « silence » des recherches, comme le nomme Coline Cardì, et des politiques publiques concernant les usages de drogues féminins et les femmes en situation de précarité, n'est pas surprenant, il est même logique au vu de l'inscription générale des travaux scientifiques et de l'action publique omettant les questions de genre. Il s'inscrit dans une invisibilité générale des femmes dans la recherche et l'action publique.

Néanmoins, dans le champ des usages de drogues féminin, certains travaux nord-américains ont ouvert la brèche. Les premiers travaux sociologiques portant sur l'usage de drogues et les rapports de genre sont menés dès les années 1970 à l'international (Neff, 2018). La première étude « Women on Heroin » (1981) réalisée par l'ethnographe féministe Marsha Rosenbaum, porte sur les carrières de femmes consommatrices d'héroïne. On peut également citer le travail anthropologique d'Elizabeth Ettore « Women and Substance use » en 1992 qui ouvre « la voie à une floraison d'études féministes dans les années 1990 et 2000 » sur l'usage de drogues féminin (Campbell et Herzberg, 2017). En France, c'est le travail de Michel Kokoreff et Dominique Duprez qui met en avant les premières carrières de consommatrices de drogues (Duprez et Kokoreff, 2000). Suite à cela, les consommations dites « féminines » ont alors été en grande partie abordées sous des angles sanitaires incluant l'exposition aux risques infectieux (tels que le VIH ou les hépatites) (Murphy et Rosenbaum, 1999) ou la prostitution (Goldsmith et Friedman, 1991 ; Coppel, 2004). De plus, la figure de la « mère toxicomane » a prévalu pendant longtemps dans les recherches, les questions de maternité et de parentalité étaient au cœur des travaux comme celles des conséquences de la consommation de drogues chez les enfants (Simmat-Durand *et al.*, 2013). Cependant, les études féministes anglophones ont contribué à décentrer les analyses jusque-là proposées, en déliant certains stigmates et en repensant les représentations sociales généralement associées aux femmes usagères de drogues (victime, mère ou prostituée) (Boyd, 2004).

Malgré l'existence récente du cadrage narcoféministe, on peut voir dans la majorité des travaux scientifiques (au-delà des sciences sociales) trois axes qui se dégagent dans les recherches sur les femmes usagères de drogues, le premier est celui de la grossesse pour les sciences médicales, le seconde celui de la maternité et des conséquences pour l'enfant dans les « sciences du psychisme » et le dernier est celui des « normes sociales et professionnelles auxquelles sont confrontées les femmes enceintes usagères de substances pour les sciences sociales. » (Monge,

2020). Les thèmes de la maternité et des risques sont prégnants dans les travaux sur l'usage féminin de drogues, en lien avec la forte présence des sciences médicales sur le sujet (Neff, 2018). Au-delà de la recherche, peu de politiques publiques ont pris pour cible le public féminin, dans une optique universaliste de la prise en charge des publics. De manière générale, les femmes usagères de drogues connaissent peu ou prou la même situation que les femmes sans domicile : « Moins nombreuses que les hommes sans domicile, moins perceptibles dans l'espace public car très peu souvent sans-abri, moins repérables dans les représentations sociales et moins étudiées par la recherche, les femmes sans domicile n'ont donc pas été, jusqu'à récemment, la cible des politiques d'action publique, les laissant à la lisière des dispositifs. » (Braud et Loison, 2022).

Les conséquences : non-recours et inégalités

Mon expérience sur le terrain, les discussions avec les professionnel·les et les séminaires ou réunions d'équipe auxquels j'ai assisté, montrent qu'au-delà d'être pensé par les professionnel·les comme une simple différence de fréquentation, la distribution par sexe de l'usage de ces institutions est bien, pour eux et elles, le reflet d'inégalités de genre et d'inégalités de prise en charge, ce qui en fait un grave problème. Pour ces professionnel·les, c'est un constat très problématique puisqu'il révèle l'inefficacité des institutions et des services qu'ils et elles proposent, et conduit à des inégalités de non-recours. Le non-recours peut être de différents ordres. L'Observatoire des non-recours aux droits et service (Odenore) offre une typologie du non-recours qui se décline sous trois formes : « la non-connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue ; la non-demande, quand elle est connue mais pas demandée ; la non-réception, lorsqu'elle est connue, demandée, mais pas obtenue. » (Warin, 2010). Dans le cas du non-recours aux prestations sociales, les institutions sont soucieuses de savoir s'il est dû aux allocataires qui ne demandent pas les prestations ou « ne se rendent pas éligibles », ou s'il est dû aux traitements institutionnels des demandes (Warin, 2017). Globalement, la question est de savoir si le non-recours est le résultat du comportement des individus, des institutions ou des deux. La CNAF⁵⁰ par exemple a essayé de comprendre pourquoi certains individus n'avaient pas recours aux prestations familiales en faisant une typologie permettant de comprendre si le non-recours était dû aux traitements institutionnels des demandes ou aux allocataires. Je m'approprie ce raisonnement pour questionner le recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA dans la suite de la thèse : le problème est-il dû aux (dys)fonctionnements des CAARUD et des CSAPA ? Aux comportements des femmes usagères ? Ou bien à la combinaison des deux ?

⁵⁰ Caisse nationale des allocations familiales.

Le problème, appréhendé par les professionnel·les et les institutions, est préoccupant puisqu'il ne répond pas à un de ses objectifs principaux à savoir un accueil et une prise en charge ouverts et à destination de tous et toutes. L'objectif de ces institutions n'est pas atteint, puisqu'il ne rend pas service à un public spécifique, les femmes, qui sont, de surcroît, représentées comme particulièrement vulnérables et stigmatisées. Comme le rappelle la Fédération Addiction « les femmes rencontrées par les CSAPA et les CAARUD ont tendance à cumuler les vulnérabilités (précarité économique, sociale, affective, psychique...) » (Fédération Addiction, 2016). Les femmes sont particulièrement concernées par les troubles de santé mentale, le niveau de dépression est plus élevé chez les femmes usagères de drogues que chez les hommes usagers (Simmat-Durand, 2009). Elles sont plus à risque de développer un usage problématique de produit, la durée est plus courte entre l'expérimentation d'un produit et la dépendance (*Ibid.* ; Palle, 2021). Elles sont plus nombreuses à connaître des problèmes émotionnels, relationnels, financiers et la prévalence des violences vécues (sexuelles particulièrement) est considérable, dans la sphère familiale ou conjugale (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008). Elles sont aussi concernées par une vulnérabilité biologique : la transmission du VIH est « 7 à 9 fois plus fréquent dans le cadre de l'exposition homme-femme que femme-homme » (*Ibid.*). D'autres risques et vulnérabilités spécifiquement féminins ont été mis en avant dans la littérature scientifique, puisque le stéréotype de la femme consommatrice de drogues s'est « organisé autour de la notion de vulnérabilité, qui s'ancre dans une réalité physiologique et une réalité sociale des rapports de genre. » (Hoareau, 2012).

Le problème a donc fait l'objet d'attention de la part du champ scientifique, institutionnel et professionnel. Les questions de genre sont prises en compte dans le travail social et le soin, au moins dans les discours, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années (Bessin, 2013), où le genre était « un impensé dans le travail social » marqué par l'universalisme (Loison et Perrier, 2019). Cela est possible grâce au rôle déterminant des professionnel·les favorables à la prise en compte du problème et qui le font émerger. Leur implication sur ce sujet peut être liée à plusieurs facteurs : leurs formations professionnelles, les publics qu'ils et elles accompagnent, leur expertise de vécu, leur orientation politique, et leur activité militante marquée par le partage de valeurs progressistes socialement et culturellement dominantes dans ce champ professionnel. Ce problème est formulé, car il cible une population importante de l'action publique : des femmes vulnérables. Les usagères des CAARUD et de CSAPA cumulent des facteurs d'attention (genre, vulnérabilité). En plus d'être des femmes, elles sont présentées comme particulièrement vulnérables. Or la vulnérabilité est une catégorie de l'action publique singulièrement mise en avant ces dernières années :

« Le recours au concept de vulnérabilité est aujourd'hui généralisé au point que celle-ci est devenue une catégorie analytique à part entière : elle sert à désigner les publics cibles de l'action sanitaire et sociale comme les formes de pauvreté et de précarité et est indissociable de leur traitement par l'action publique, quand elle ne qualifie pas cette dernière. » (Brodiez-Dolino, 2015)

En définitive, le problème de non-recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA s'apparente à celui du non-recours aux soins des personnes en situation de précarité étudié par Antoine Rode qui résume bien la question des causes de l'émergence de ce problème :

« L'une des raisons de l'émergence du non-recours aux soins, en France, tient aux craintes quant à l'effectivité du droit à la santé, entendu comme droit aux soins et reconnu comme tel dans plusieurs textes législatifs. Le contexte marqué par un développement des « droits à », puis par les revendications à la garantie de leur effectivité, favorise un intérêt, de la part des chercheurs en sciences sociales et des acteurs associatifs, pour cette question. Il ne s'agit plus seulement de s'inquiéter de conséquences sanitaires potentiellement induites par les comportements décalés à l'égard du système de soins. Ce qui retient l'attention des différents acteurs, ce sont les conséquences sociales et politiques du non-recours. Il vient en effet requestionner la réalité de la citoyenneté sociale, de même qu'il sert de baromètre de la question sociale. La figure de la précarité contemporaine est celle d'un individu qui se voit privé de - ou qui n'est pas en mesure de les faire valoir - ses droits, civils et politiques, mais également sociaux » (Rode, 2010 : 175)

Les sources secondaires étudiées, telles que les rapports de l'OFDT ou les discussions avec les professionnel·les de CSAPA et de CAARUD, soutiennent le besoin d'inclure les femmes usagères de drogues dans les politiques de prévention, de RdR et de soins puisqu'elles sont minoritaires numériquement et invisibles dans les institutions. Nous allons voir à présent quelles sont les causes du problème mis en avant par la recherche. Pourquoi les femmes sont sous-représentées et invisibles dans les CSAPA et les CAARUD d'après les recherches et les professionnel·les ? La deuxième phase de la construction du problème est d'y imputer des responsabilités, c'est-à-dire d'assigner « les causes collectives du problème » (Hassenteufel, 2010).

1.3 Les responsabilités imputées au problème

Les causes de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes vont de pair, mais selon les acteur·rices, il peut y avoir une imputation des responsabilités différentes. Les professionnel·les de la RdR et de l'addictologie ne m'ont pas fait part de leurs idées concernant les causes de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes, si ce n'est que la majorité

numérique des hommes pouvaient dissuader les femmes d'accéder aux CAARUD et aux CSAPA. Ils et elles attendaient plutôt que je trouve des réponses sur les causes de ce problème. C'est plutôt vers les recherches et les rapports institutionnels (qui sont convergents sur les causes du problème) que je me suis tournée pour trouver des réponses. Je m'appuie donc ici sur les recherches spécialisées dans le champ des drogues, mais aussi sur des travaux dans des champs similaires (précarité, espace public et genre).

Des institutions androcentrées et inadaptées

En premier lieu, on peut considérer que les femmes sont moins nombreuses dans les CAARUD et des CSAPA à cause de la manière dont les institutions sont pensées et leur mode de fonctionnement. Les travaux dans le champ de l'addiction et de la grande précarité montrent que les institutions sont inadaptées aux publics minoritaires. En effet, les dispositifs « sont souvent pensés sur le modèle masculin, dans une optique universaliste qui nie [aux femmes] leurs spécificités et leurs caractéristiques » (Braud et Loison, 2022). Selon Braud et Loison, la prise en compte tardive des besoins féminins et le prisme androcentré qui a guidé les politiques, les institutions et les recherches jusqu'à récemment conduisent aujourd'hui « à l'inadaptation des dispositifs d'urgence leur étant désormais dédiées [aux femmes] » (*Ibid.*). Les CAARUD et les CSAPA sont inadaptés, du point de vue de l'architecture (petite pièce⁵¹, mur vitré⁵²), des horaires (les femmes ont des emplois du temps plus chargés que les hommes assurant des activités professionnelles, éducatives et domestiques qui ne leur permettent pas toujours de prendre rendez-vous aux horaires proposés) ou la répartition des espaces. Comme l'espace public urbain hostile et dangereux pour les femmes (Lieber, 2002), les institutions et les politiques reproduisent ces discriminations en appliquant un regard « neutre » et « non-genré » qui est en fait non-neutre puisqu'androcentré, un constat qu'il est possible de souligner uniquement en adoptant un regard genré sur l'action publique (Perrier, 2013 ; Perrier et Engeli, 2015). En effet, « la division sociosexuée de l'espace [Pain, 1997] exerce un certain nombre de contraintes sur les femmes qui se sentent moins légitimes que les hommes à fréquenter certains lieux, à certains moments, la nuit par exemple [Condon, Lieber et Maillochon, 2005]. » (Braud et Loison, 2022). Les femmes usagères de drogues pourraient, de la même manière que les femmes sans domicile se rendre invisibles à la rue, mais aussi dans l'assistance alors même qu'elles peuvent avoir plus de facilités que les hommes à être prises en charge (Maurin, 2017). Ces espaces,

⁵¹ Cela suppose de partager l'espace avec d'autres usagers.

⁵² Cela ne garantit pas toujours la confidentialité.

majoritairement fréquentés par des hommes, sont aussi des lieux où les femmes peuvent être victimes de violences sexistes et sexuelles (Mutatayi, 2014). En clair, les recherches ont montré que : « les systèmes de soins dans beaucoup de pays peinent à répondre aux besoins spécifiques des femmes usagères de drogues. » (Terplan *et al.*, 2012).

La stigmatisation

Le recours à ces institutions peut être envisagé comme une épreuve morale, comme dans le recours à d'autres aides sociales. Le sentiment de honte et de culpabilité des bénéficiaires peut suffire à les détourner du recours, avant d'arriver au guichet autant renoncer pour ne pas subir de regard soupçonneux. Pour Philippe Warin, la stigmatisation n'est pas uniquement « une conséquence [du ciblage, mais est] consubstantielle à la construction même des programmes sociaux au travers des modalités formelles d'exposition publique qui agissent pour limiter les demandes et le recours aux dispositifs » (Warin, 2017 : 82). Les institutions renforcent la visibilité publique de la demande, et sélectionnent par l'abandon les usager·es les plus sensibles au stigmat. D'où un paradoxe central : plus une aide est finement ciblée et conditionnée, moins elle atteint ceux et celles à qui elle est destinée ; les taux élevés de non-recours au RSA ou à certains programmes d'assistance américains l'illustrent clairement : la stigmatisation constitue l'un des déterminants majeurs de ce phénomène, car elle crée un filtre psychologique et social qui bloque l'accès avant même que la question de l'information ou de la complexité administrative n'entre réellement en jeu (*Ibid.*). Les femmes qui souhaitent fréquenter les institutions qui prennent en charge les addictions sont doublement concernées par cela : ce sont des bénéficiaires qui demandent une aide et ce sont des femmes consommatrices de drogues. L'usage de drogues, d'autant plus lorsqu'il est régulier et problématique induit une stigmatisation caractérisée par des rapports de pouvoir (Link et Phelan, 2001), « autrement dit “il faut du pouvoir pour stigmatiser” (Weitz, 1990, p. 375) ou, inversement, pour résister au stigmat. » (Tarantini et Peretti-Watel, 2017).

Le stigmat est d'autant plus pesant pour les femmes puisqu'en consommant, elles transgressent des normes sociales, médicales, pénales et de genre qui entraînent une stigmatisation forte (Simmat-Durand, 2007). Cette stigmatisation est plus forte lorsque les femmes sont mères, puisqu'elles transgressent le stéréotype de la « bonne mère ». Recourir à une institution peut induire pour elles une prise de risque vis-à-vis du repérage des services sociaux, ce qui pourrait engendrer une perte de la garde des enfants ou leur placement (Simmat-Durand, 2009). Les professionnel·les témoignent du fait qu'il existe « un sentiment de crainte fréquent

chez les femmes toxicodépendantes envers les institutions de soins spécialisés. Beaucoup redoutent d'être stigmatisées, voire sanctionnées par une décision judiciaire de placement de leurs enfants, du fait de leur addiction. La plupart ont, de fait, elles-mêmes vécu une expérience de placement durant leur enfance. » (Mutatayi, 2014). Cette situation ne concerne pas uniquement les femmes qui consomment des drogues, mais aussi les mères en situation de précarité qui sont considérées (par les professionnel·les de la prise en charge des familles) à la fois comme les responsables de l'éducation des enfants que les pouvoirs publics doivent aider, et comme les responsables des difficultés des enfants, qu'il faut discipliner (Cardi, 2010).

La stigmatisation des usagères induit un effet d'exclusion et d'invisibilisation⁵³, avec un éloignement de leur part des institutions de santé (Beck *et al.*, 2017). Au-delà de la fréquentation de CAARUD et de CSAPA, la stigmatisation liée à l'usage de drogue a un impact sur le recours général aux soins. En effet « 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) » (Escots et Suderie, 2013). Sarah Perrin, fait un détour historique sur les représentations des femmes usagères de drogues, la stigmatisation dont elles font l'objet, et son effet sur la prise en charge :

« La stigmatisation des femmes usagères de drogues est aussi un obstacle majeur au soin (Becker, McClellan et Reed, 2017). Cette stigmatisation est historique et en lien avec des normes de genre inégalitaires. Ces normes de genre se sont par exemple manifestées quand, au XVII^e siècle, les autorités religieuses et laïques ont visé les consommatrices de gin : il fallait empêcher les femmes de boire cet alcool devenu accessible aux classes populaires, sous peine de les voir oublier leurs devoirs maternels (Boyd, 2004). Au XIX^e siècle, les morphinées ont été considérées comme des hystériques vicieuses et sensuelles (Yvarel, 1992), qui contrariaient les normes de genre en s'administrant volontairement une substance portant atteinte à leur corps féminin sacré destiné à la procréation. [...] Les consommatrices de drogues étaient considérées comme folles ou mauvaises (Measham, 2002), comme de mauvaises mères et des personnes peu respectables (Coscas, Karila et Benyamina, 2022 ; Campbell, 2015), des femmes anormales mentalement, moralement, sexuellement. Ces stéréotypes sont encore présents dans nos sociétés actuelles et éloignent les consommatrices de la prise en charge. » (Perrin, 2022).

D'autres causes sont imputées au problème comme la prostitution qui rend difficile l'accès aux soins (double stigmatisation, horaires des institutions non adaptés au travail de nuit) (Smith et Marshall, 2007), les relations de couple hétérosexuelles souvent dysfonctionnelles (des femmes ont besoin d'obtenir un accord du conjoint pour suivre un traitement, ou ont peur d'être abandonnées) (Simmat-Durand, 2009), la peur du syndrome de sevrage (*Ibid.*), ou encore

⁵³ Notion explicitée dans la section 2.

la peur de croiser des ex-compagnons dans les institutions peuvent conduire à un non-recours (Benoît *et al.*, 2015).

Les principales causes de ce problème sont l'inadaptabilité des dispositifs et la stigmatisation. Il existe des obstacles institutionnels spécifiquement féminins et des violences de genre (Green, 2006 ; Mutatayi, 2019), particulièrement pour les femmes en situation de précarité (Butters et Erickson, 2003). Ce problème pourrait être considéré comme un fait social comme Durkheim l'entend, c'est-à-dire la présence d'une « constance quand la société (pays, religion, classe sociale, famille) ne change pas ; [une] variation réglée et définie quand plusieurs grandeurs sociales varient simultanément » (Baudelot et Estabiet, 1990, cité par Darmon, 2008 : 11). Dans notre cas, il y a une sous-représentation des femmes en CAARUD et en CSAPA identique depuis plus de vingt ans, il s'agit d'un problème national, européen et international, alors même que les usages de drogues en population générale varient d'année en année (Beck *et al.*, 2017).

Quelle différence y a-t-il entre un fait social et un problème public ? Alors que le premier ne fait pas l'objet d'un saisissement et d'un intéressement par les pouvoirs publics, c'est le cas du second : « Tous les faits objectifs et les phénomènes sociaux ne sont pas des problèmes publics ; c'est leur publicisation et leur inscription à l'agenda qui permet de les qualifier ainsi – ils changent alors de statut et passent de la sphère privée à la sphère publique. » (Boussaguet, 2013 : 63). La dernière phase du problème est celle de sa publicisation et des réponses apportées par les pouvoirs publics.

1.4 Publicisation et mise à l'agenda du problème

La troisième phase de la construction du problème est celle de sa publicisation ou de sa mise en visibilité c'est-à-dire « l'expression d'une demande auprès d'autorités publiques » (Hassenteufel, 2010). La « mise à l'agenda » est aussi étudiée, cela correspond au traitement du problème par les pouvoirs publics et au potentiel développement de décisions et de réponses apportées (Garraud, 1990 ; Gilbert et Henry, 2012). Il s'agit d'une séquence particulière de l'action publique, une étape du développement d'une politique publique (qui est suivie par la décision, la mise en œuvre, l'évaluation et la terminaison) (Jones, 1970). La mise à l'agenda nécessite aussi des arènes publiques de discussion (Céfai, 2016), cela mobilise la dimension des répertoires d'action qui est développée dans l'ensemble des étapes de la publicisation des problèmes publics. La publicisation du problème et les réponses qui y sont apportées s'inscrivent dans un référentiel partagé et orienté par les professionnel·les et les institutions. Le

référentiel correspond à « un ensemble de croyances, de valeurs et de techniques qui structurent la scène des politiques publiques. Au second niveau, le référentiel apparaît comme un ensemble de recettes, éprouvées qui sont censées permettre de répondre aux problèmes jusqu'ici irrésolus⁵⁴. » (Jobert, 1992 : 220-221).

La publicisation et la mise à l'agenda du problème de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction s'inscrivent dans une histoire plus large à propos du genre comme objet de l'agenda des pouvoirs publics et correspondent aux évolutions du féminisme comme mouvement social :

« Historiquement, il est possible de distinguer plusieurs phases dans l'inscription du genre sur l'agenda des autorités politiques qui correspondent grosso modo aux évolutions même du féminisme – pour un rappel de ces évolutions, voir Bereni *et al.*, 2012. Ainsi, lorsque les mouvements féministes émergent en Occident dans la seconde moitié du XIXe siècle, leurs premières revendications concernent la demande d'égalité juridique, civile et politique entre les sexes et l'inclusion des femmes dans les sphères publique et politique. [...] Il existe ici aussi des conditions plus ou moins favorables à l'inscription de la question de l'égalité hommes/femmes sur l'agenda des autorités politiques. Ce peut-être par exemple le poids de degré de structuration des mouvements féministes, l'importance du contexte ou le type de régime politique, comme l'indique l'histoire de la réception des revendications suffragistes (Bereni *et al.*, 2012 ; 223 et suiv.) » (Boussaguet, 2013 : 61-62).

Laurie Boussaguet, explicite alors les deux grands types de problèmes publics cadrés avec le genre, les problèmes intrinsèquement genrés « parce qu'ils ont trait à ce qui est (construit comme) spécifiquement féminin, à l'image de la maternité. Tous les enjeux reproductifs tels que la contraception, l'avortement ou la procréation médicalement assistée (PMA) » (*Ibid.* : 60) et les problèmes « neutres » « sur lesquels on choisit de porter un regard genré et/ou qui sont construits de façon genrée par les acteurs de l'émergence. » (*Ibid.*). C'est cette dernière catégorie qui correspond au problème de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction. Le regard genré porté sur un problème *a priori* neutre émerge et se développe, car les idées féministes et l'égalité de genre irriguent aussi les acteur·rices de la société civile (d'autant plus lorsqu'ils et elles travaillent dans le social). Il s'agit d'un problème neutre sur lequel les professionnel·le de la RdR et de l'addictologie ont choisi de porter un regard genré. De la même manière que les femmes sans domicile sont la « cible prioritaire d'une politique genrée et familialiste » (Braud et Loison, 2022) les femmes qui consomment des

⁵⁴ Ce référentiel, selon Jobert, comprend trois dimensions. La première est la dimension cognitive, elle « donne des éléments d'interprétation causale des problèmes à résoudre ». La seconde correspond à la dimension normative qui définirait « les valeurs dont il faudrait assurer le respect pour le traitement de ces problèmes ». La dernière dimension est instrumentale, c'est-à-dire qu'elle définit « les principes d'action qui doivent orienter l'action en fonction de ce savoir et de ces valeurs » (*Ibid.*).

drogues, usagères des CAARUD et des CSAPA font aussi l'objet de politiques sanitaires et sociales qui visent à prendre en compte et amortir le problème de non-recours, de sous-représentation et d'invisibilité.

Cette sous-partie ne vise pas à comprendre précisément comment le problème s'est publicisé et a été mis sur agenda, mais à identifier certains de ces éléments, pour pouvoir ensuite les discuter. Alors, quelles réponses institutionnelles et quelles techniques d'intervention ont été mises en place par les pouvoirs publics pour tenter de régler ce problème ? Pour répondre à cette question, et repérer la mise sur agenda, cette sous-section s'appuie sur un travail de recherche documentaire, incluant en grande partie des rapports institutionnels (Fédération Addiction, OFDT)⁵⁵.

Une priorité gouvernementale

Le problème a été rapidement pris en considération par les pouvoirs publics, en l'occurrence par la MILDECA⁵⁶, un organe étatique. L'approche par le genre avec la reconnaissance des besoins et des difficultés spécifiquement féminines s'est « généralisée depuis 2009, date à laquelle la MILDECA (ex-MILDT) a lancé un appel à projets national pour expérimenter des actions spécifiques dans les CSAPA et les CAARUD : accueils réservés aux femmes en CAARUD, consultations avancées pour les femmes en CHRS⁵⁷, équipes mobiles parentalité, centres thérapeutiques résidentiels mères-enfants... » (Fédération addiction, 2016). Quelques années plus tard en 2012-2013, c'est la Fédération Addiction⁵⁸ qui est « mandatée [par la MILDECA] pour faire un premier travail d'état des lieux et de préconisations » sur ce problème, elle a réalisé une revue de littérature sur le sujet des femmes et des addictions, un « recueil des actions spécifiques pour les femmes réalisées dans les centres » ; une « brochure méthodologique sur la mise en place d'actions spécifiques pour les femmes » et enfin la « participation à la traduction d'un guide sur la grossesse et les consommations de substances, en partenariat avec le Respadd⁵⁹ et le GEGA⁶⁰ » (*Ibid.*). Suite à ces actions, la fédération « a reçu

⁵⁵ Pour une analyse plus fine et complète de la mise sur agenda, un travail d'enquête auprès des représentant·es des institutions est nécessaire. Ce problème public n'étant que le point de départ de l'enquête, il repose uniquement sur de la recherche documentaire, aucun entretien n'a été réalisé avec des professionnel·les à ce sujet. Je ne cherche donc ni à démontrer cette mise à l'agenda, ni à rechercher ses conditions de possibilité.

⁵⁶ Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives.

⁵⁷ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

⁵⁸ La Fédération Addiction est le premier réseau professionnel d'addictologie de France. C'est un grand organisme qui n'a pas le même poids qu'une petite structure.

⁵⁹ Réseau de Prévention des Addictions.

⁶⁰ Groupe d'Étude Grossesse et Addiction.

le soutien de la Direction Générale de la Santé, de la MILDECA et de la DGCS⁶¹ pour élaborer un document de repères et de recommandations sur la thématique. » (*Ibid.*). Le problème est donc pris en main par la Fédération Addiction, la MILDECA et la DGS. Quelques années plus tard, les femmes usagères des CAARUD et des CSAPA sont à nouveau « prioritairement identifiées par les récentes stratégies gouvernementales et européennes. » (Mutatayi, 2019). Les stratégies gouvernementales dont parle l'auteurice correspondent entre autres au « Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 » de la MILDECA. Ce rapport publié en 2018 et intitulé « Mobiliser contre les addictions : une priorité de l'action publique » comprend plusieurs axes et identifie certaines priorités. Dans l'axe 1 « Une prévention pour tous et tout au long de la vie », cinq priorités sont affichées, dont l'une d'entre elles est « Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge ». Au sein de cette priorité, il y a deux objectifs : développer l'information et la prise en charge des femmes ; et améliorer le repérage et la prise en charge des enfants exposés. Les préoccupations principales concernent les risques pour l'enfant à naître et les consommations de drogues (licites et illicites) pendant la grossesse. Le seul point qui ne concerne pas directement la grossesse se retrouve dans la première partie de la phrase : « Adapter l'offre spécialisée en addictologie à l'accueil des femmes (en général) et prévoir dans le parcours de santé en addictologie la prise en charge coordonnée des femmes enceintes souffrant d'addiction ». Les difficultés d'accès ou de prise en charge des femmes qui ne sont pas enceintes ne sont ainsi quasiment pas abordées. Laurence Simmat-Durand, en France, et des chercheuses féministes nord-américaines (Murphy et Rosenbaum, 1999 ; Goldsmith et Friedman, 1991 ; Boyd, 2004 ; Anderson, 2008) ont montré que les femmes consommatrices de drogues sont toujours considérées comme des mères potentielles. Les préoccupations et inquiétudes sur les risques pour l'enfant pendant la grossesse et la maternité des femmes qui consomment des drogues ne sont pas nouvelles et « ont joué un rôle sémiotique et pratique important dans la politique des drogues.⁶² » (Campbell et Herzberg, 2017). Les risques encourus par les enfants sont les principales préoccupations de l'action publique. Les consommations passives de l'entourage (partenaire, famille) ne sont pas mentionnées, alors même qu'il a été montré que les femmes enceintes et leurs enfants sont concernées par ces usages. Les propositions reposent majoritairement sur les comportements individuels féminins et sur les professionnel·les de la prise en charge. Ce rapport met en lumière la manière dont les pouvoirs publics se saisissent du problème, à travers le prisme de la maternité. Ce prisme renvoie à un stéréotype qui associe les

⁶¹ Direction Générale de la Cohésion Sociale.

⁶² Traduction personnelle.

femmes à la maternité, mais d'autres éléments peuvent expliquer ce cadrage, notamment en termes de santé et de prise de risque. La grossesse peut constituer un moment propice dans l'accompagnement des femmes dans leurs consommations de drogues. Il est possible de considérer que cette focale émerge aussi par le biais des professionnel·les du social et du médical qui sont préoccupé·es par ces enjeux. Le prisme de la maternité renvoie au prisme du risque qui est aussi privilégié dans les recherches sur les femmes usagères du secteur médicosocial de l'addiction (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008).

Dans la lignée de ce rapport, l'OFDT⁶³ lance une enquête sur le public féminin français en addictologie. Cette enquête en ligne nommée Ad-fémina avait pour but de « dresser un tableau des dispositifs d'addictologie spécifiques aux femmes proposés en 2017, en France. » (Mutatayi, 2019). Les résultats de l'enquête dénombrent 80 accueils féminins avec des missions distinctes qui se polarisent dans deux domaines :

« Le premier est celui de l'accompagnement de la maternité et de l'aide à la parentalité, incluant les réponses délivrées dans le cadre du suivi périnatal. Dans l'effectif étudié, 31 accueils féminins ont cette orientation et sont désignés comme “accueils maternels”. Le second champ, s'il n'exclut pas le travail sur le lien mère-enfant, s'attelle surtout à traiter les vulnérabilités observées chez les femmes présentant des addictions, aux plans physique, psychologique et social, notamment les situations d'emprise, voire d'oppression, de la part de proches (conjoint, parents) et la stigmatisation fréquemment perçue par ces femmes. » (Mutatayi, 2019).

Comme l'explique l'autrice concernant le problème qui nous intéresse : « Pour certaines structures d'addictologie, l'engagement dans l'accueil féminin résulte d'une prise de conscience : la sous-représentation des femmes au sein de leur file active n'est pas le seul reflet d'une réalité épidémiologique, mais résulte aussi de freins singuliers bridant leur recours aux services d'aide. » (*Ibid.*). Les femmes sont souvent appréhendées sous un double prisme : la figure de la mère et la figure de la vulnérabilité, les femmes sans ressources et enceintes sont identifiées comme des publics prioritaires. Ces enjeux dépassent les frontières nationales puisque le Conseil de l'Europe (groupe Pompidou) propose un ouvrage récent qui a pour but de mieux intégrer les spécificités de genre en addictologie (Mutatayi *et al.*, 2025).

⁶³ L'OFDT est un organisme financé par la MILDECA. S'il ne s'y réduit pas, il peut être considéré comme un appareil statistique gouvernemental.

La mise en place et le déploiement d'institutions à destination des femmes

La mise en place et le déploiement d'institutions dédiées spécifiquement aux femmes qui consomment des drogues ont pour objectif de résoudre le problème de leur sous-fréquentation. Ces institutions ne sont pas nouvelles puisque dès la fin des années 1970 certaines structures proposaient déjà des accompagnements pour les femmes en lien avec la maternité : « vers le début des années 2010, de nouvelles formes d'accueil médicosocial en addictologie se développent, intégrant les besoins particuliers liés aux spécificités de genre afin d'améliorer l'accès aux soins de femmes et la continuité des prises en charge. » (*Ibid.*). L'« Espace Femmes », institution non mixte pionnière gérée par l'association Charonne (dans le cadre de l'association fédératrice Oppelia actuellement) est un exemple de service conçu spécifiquement pour accueillir et accompagner des femmes usagères de drogues. Anciennement une boutique, il s'agit maintenant d'un CAARUD ambulatoire pour femmes uniquement, qui prend en charge des femmes qui consomment des drogues (souvent en grande précarité) et des travailleuses du sexe. Seule institution de ce type à Paris, l'espace voit le jour au début des années 1990⁶⁴. À l'exception de ce dispositif novateur, le déploiement de ce type de structure s'est surtout accéléré ces dernières années⁶⁵. Parmi les institutions qui disposent d'accueil pour femmes aujourd'hui, il y a celles qui proposent un accueil permanent pour femmes uniquement et celles qui proposent un accueil ponctuel (sur des plages horaires dédiées, une après-midi par semaine par exemple). Ces dernières sont beaucoup plus nombreuses. Des activités spécifiques sont mises en place, comme le suivi de grossesse ou périnatal, les consultations gynécologiques, l'accompagnement psychologique, les ateliers socio-esthétiques ou sur l'alimentation, la kinésithérapie ou l'ostéopathie. Les structures permanentes pour femmes adoptent une vision genrée de la prise en charge (ce qui n'est pas le cas des autres structures qui partagent une vision plutôt universaliste et *gender blind*), elles correspondent à des dispositifs « *gender transformative* » (Pederson *et al.*, 2015).

⁶⁴Réduction des risques Espace Femmes à Paris, un centre d'accueil et d'accompagnement, LA SANTÉ EN ACTION – No 440 – Juin 2017.

⁶⁵ On peut aussi citer le dispositif du TIPI à Marseille (en non-mixité de genre) qui voit le jour dans le cadre de la lutte contre le sida et de la mobilisation des femmes qui ont des besoins spécifiques (Jauffret-Roustide *et al.*, 2025).

Encadré 6 - La première communauté thérapeutique française exclusivement pour femmes et enfants se trouve en Guyane

Les communautés thérapeutiques (CT) sont des institutions résidentielles de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues. Elles reposent sur un modèle collectif où « la communauté fait méthode » : l'entraide entre pairs, la participation active au groupe et l'accompagnement par des membres plus expérimentés sont mobilisés comme leviers de changement, avec pour objectif le retour à l'abstinence (Langlois *et al.*, 2023). Ces dernières années il y a un important engagement pris par les pouvoirs publics (des associations et hôpitaux notamment) pour la santé des femmes guyanaises, en témoigne la création de la communauté thérapeutique d'Awala-Yalimapo, ou l'engagement pris par des professionnel·les (que j'ai rencontrés en 2023) de mettre en place un groupe de parole pour femmes uniquement dans un CSAPA guyanais. La première communauté thérapeutique française pour femmes (avec ou sans enfants) a vu le jour en 2022 dans le village amérindien d'Awala-Yalimapo en Guyane (voir photos ci-dessous). Aucune structure de ce type n'existe en Hexagone (l'Espace Femmes par exemple est un CAARUD ambulatoire). La mise en place de la communauté thérapeutique « Yepi Makandra », portée par l'association AKATIJ, repose sur plusieurs constats : les vulnérabilités spécifiquement féminines (précarité, violence, grossesse, stigmatisation) et une inadéquation entre les réalités des professionnel·les de l'addictologie en Guyane et les données épidémiologiques. Dans le projet d'établissement de la communauté thérapeutique, qui m'a été transmis par la cheffe de service de l'époque, on peut lire : « Les chiffres démontrent que les consommateurs en démarche de soins ou incarcérés sont à 80 % des hommes et 20 % des femmes et très peu sont jeunes. Mais cela n'est pas en adéquation avec la réalité de la population guyanaise. Nous pouvons alors nous interroger sur la consommation des femmes et des jeunes femmes. Nos structures de soins répondent-elles et sont-elles adaptées aux attentes de ce public ? ». Le problème formulé plus haut réapparaît ici. Dans les objectifs auxquels souhaite répondre la communauté thérapeutique, on peut lire : « Des structures ont réagi et mis en place des lieux d'accueil non mixtes pour améliorer l'accompagnement des femmes et les faire échapper, pour un temps, à la violence de la rue, pourtant, toutes déplorent le manque de structures pouvant accueillir les femmes usagères de crack enceintes et leurs enfants [...] Au regard de ce constat, nous comprenons que les femmes et celles qui deviennent mères sont encore plus fragilisées face au phénomène des addictions. Elles requièrent donc une attention particulière et ce d'autant plus dans ce département où la femme est au centre de la famille. ». La question de la maternité et de la grossesse est ici aussi très présente dans l'élaboration de la

structure⁶⁶. Les femmes accompagnées dans la CT d'Awala-Yalimapo peuvent y résider 18 mois maximum. Elles participent à diverses activités : la participation aux temps collectifs (repas, groupes de parole, etc.), la cuisine, la buanderie et l'entretien du lieu de vie, les ateliers socio-éducatifs (expression, soin de soi, etc.). Elles sont accompagnées par une équipe pluriprofessionnelle. La CT est composée d'éducateur·rices, d'infirmier·es, de médiateur·rices, de psychologues, de médecins, d'agents administratifs et techniques, etc. Les missions de la CT (renseignées dans le livret d'accueil) sont l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et psychoéducative, l'inclusion sociale, l'orientation et l'accompagnement médico-psycho-social au travers d'activités de groupes.

On peut s'interroger sur les raisons de la création si tardive de ce type de structure résidentiel en France (en 2022), alors même que les dispositifs ambulatoires non mixtes pour femmes sont créés bien en amont (dans les années 1990 pour l'Espace Femmes). Il existe probablement diverses raisons institutionnelles et financières qui l'expliquent, cependant on peut aussi mettre cela en parallèle avec la prise en compte généralisée des besoins des femmes en addictologie actuellement.



Source : photographies personnelles, 2023.

L'ensemble des nouvelles institutions médicosociales qui visent l'accompagnement spécifiquement féminin peuvent être appréhendées comme des réponses de l'action publique à l'addiction et aux vulnérabilités proprement féminines mises en lumière par les professionnel·les et les recherches. Malgré tout, ce type d'intervention reste minoritaire et « peu développé dans

⁶⁶ Bien que cela puisse renvoyer comme je l'ai évoqué plus haut à une manière stéréotypée d'envisager le soin pour les femmes qui consomment des drogues, le fait que la maternité soit au centre de la prise en charge en Guyane est aussi lié au modèle familial guyanais (où la mère est placée au centre de la famille) et aux expériences de maternité très présentes puisque le taux de fécondité y est beaucoup plus élevé qu'en métropole (3,38 enfants par femmes en Guyane contre 1,76 en métropole en 2022) (Taupe, 2023).

le domaine des soins, de l'accès aux soins ou de la réduction des risques ou des dommages » (Escots et Suderie, 2013).

Au-delà du secteur médicosocial, d'autres espaces qui ont vocation à mettre en avant les expériences et les besoins féminins voient le jour de plus en plus fréquemment. Ils peuvent être associatifs, militants, mis en place spontanément par des femmes concernées ou non. Il existe par exemple des groupes en mixité choisie (avec des variations sur les conditions de participation aux groupes, certains sans hommes cisgenres, d'autres uniquement avec des femmes cisgenres). On peut par exemple citer le groupe en non-mixité choisie de l'association Polytoux à Marseille qui s'inscrit dans une approche narcoféministe (Jauffret-Roustide *et al.*, 2025) ou l'association Addict'elles à Paris, à destination des femmes consommatrices d'alcool qui s'inscrit dans une approche de prise en charge psychologique.

Autres réponses institutionnelles et publicisations scientifiques

D'autres réponses institutionnelles sont visibles, comme l'activation de réponses financières pour des projets de recherche avec une dimension genrée, tels que les appels à candidatures pour l'Institut de recherche pour la santé publique (IReSP)⁶⁷. On peut également citer un projet qui porte spécifiquement sur l'accompagnement des femmes, et qui a été financé par le fond de lutte contre les addictions. Il est porté par la Fédération Addiction et la Fédération des Acteurs de la Solidarité et a débuté en 2021. Ce projet intitulé MAAA'ELLES « Missions d'accompagnement et d'accueil – Addictions pour Elles », porte sur l'accompagnement des femmes en situation de « grande précarité et d'addictions fréquentant des accueils de jour »⁶⁸. D'autres éléments témoignent de la mobilisation des acteur·rices du champ des addictions face à ce problème, tels que les « référents femme » de la Fédération Addiction (il existe également un référent LGBT+) ou de l'OFDT. Les populations minorisées (femme, LGBT+, etc.) font donc l'objet d'une attention particulière, au même titre que les « problématiques » segmentées en addictologie (addiction avec substances, addictions comportementales...).

La publicisation du problème s'exprime aussi dans le champ scientifique, où les thématiques du genre, de la santé des femmes, des vulnérabilités féminines sont très étudiées et font l'objet de nombreuses publications⁶⁹. Un groupe européen sur le genre et les drogues,

⁶⁷ La présente thèse, financée par l'IReSP participe aussi à la publicisation de ce problème public.

⁶⁸ <https://www.federationsolidarite.org/actualites/19147-2/>

⁶⁹ Concernant la production de données scientifiques qui contribuent à cadrer le problème et à le rendre public, il est important de parler du projet GENDER-ARP dans lequel cette thèse s'inscrit. Ce projet international, financé par les agences publiques de la recherche en France, au Canada et en Belgique et dirigé par Marie Jauffret-Roustide en France, porte sur les questions de genre, d'addiction et de précarité. Ce projet vient cadrer le problème

nommé « European Group on Gender and Drugs » (EDG) et mis en place par l'OFDT⁷⁰ et l'EUDA⁷⁰, sert de réflexion à ces thématiques afin de « travailler à l'intégration de la dimension de genre dans le domaine des drogues, en Europe »⁷¹. On note également la présence lors de la conférence internationale Lisbon Addictions 2025 d'un « Symposium gender and drugs ». Ce symposium a d'ailleurs été réalisé en collaboration avec le réseau de réduction des risques féministes « Women and Harm Reduction International Network » (WHIRIN), qui vise à promouvoir la réduction des risques pour les femmes et à étendre les approches féministes dans le monde des drogues, dans une approche narcoféministe. Il y a donc une mobilisation importante dans le champ de l'addiction (scientifique, médicosociale, gouvernementale), aussi bien française qu'européenne sur cette question.

Les lectures du problème (sa formulation, ses causes présumées, sa publicisation) et les réponses qui y sont apportées (financements, modalités d'accompagnement, outils, créations de nouveaux dispositifs) sont constituées par « des valeurs dominantes dans une société donnée et à un moment donné qui expliquent sa mise sur agenda par des autorités publiques » (Hassenteufel, 2010). Ces valeurs sont celles de la prise en compte massive des questions de genre et des revendications féministes depuis les vingt dernières années, qui jusque-là étaient peu mises en avant. Ce référentiel commun tend cependant à rigidifier les catégories et à ne pas tenir compte des expériences, parcours et pratiques individuelles des usagères. En effet, la catégorie « femme » s'est stabilisée pour devenir une catégorie homogène qui renvoie à des réalités communes (vulnérabilité, stigmatisation, inégalité, etc.), sans imbrication avec d'autres rapports sociaux (comme la classe sociale, l'âge, la race, etc.). Comme l'expliquent Nicolas Henckes et Cyril Desjeux, il y a plusieurs éléments qui favorisent la création ou la stabilisation d'une catégorie dans le secteur médicosocial, tel que « la création de services spécifiques, le développement de métiers, celui de politiques publiques, ou encore de recherches. » (Desjeux et Henckes, 2024). Pourtant, tenter de comprendre le problème de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans les CAARUD et les CSAPA nécessite d'interroger cette catégorie.

Finalement, cette première partie nous a permis de formuler le problème public qui est le point de départ de cette enquête. Il peut être résumé ainsi : l'invisibilité des femmes est institutionnelle (elles sont moins visibles que les hommes dans les institutions), scientifique (elles

différemment avec l'étude de dispositifs de soins et de réduction des risques dits « *gender transformative* », qui prennent en compte les enjeux liés à la diversité de genre et à la diversité sexuelle dans la prise en charge des addictions. La manière dont ce projet a été pensé s'apparente à une nouvelle définition du cadrage, dans la mesure également où il met en relation recherche et action publique, dans un dialogue étroit avec la Fédération Addiction notamment.

⁷⁰ European Union Drugs Agency, ou OEDT : Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies.

⁷¹ <https://www.ofdt.fr/evenement/lisbon-addictions-2024-2e-symposium-gender-and-drugs-2137>

sont sous-étudiées ou étudiées à travers des prismes spécifiques), politique (elles n'ont pas fait l'objet d'attention des pouvoirs publics si ce n'est pour les risques des enfants à naître), et statistique (elles sont moins nombreuses que les hommes dans les files actives des institutions). Malgré leur invisibilité, les discours associés à ce problème sont aujourd'hui eux très visibles dans différentes arènes, institutionnelles et scientifiques. Le problème est porté en grande partie par les professionnel·les de la RdR et de l'addictologie qui s'interrogent sur l'accès et la prise en charge des femmes avec lesquelles ils et elles rencontrent des difficultés. Ce constat, institutionnel et professionnel, est corroboré par les travaux scientifiques qui mettent en avant les causes de cette sous-représentation (dysfonctionnement et inadaptabilité institutionnels, stigmatisation, etc.). Il existe des espaces de rencontre entre ces différentes sphères qui contribuent à une co-construction du problème public. L'ensemble des éléments apportés dans cette section permet de mettre en évidence le cadrage genré scientifique et institutionnel associé à ce problème :

« La prise en compte de la dimension de genre permet de souligner le caractère sexué et inégalitaire de nombreuses politiques publiques et de comprendre sur quels cadres cognitifs, matrices normatives et « récits » (Radaelli, 2000) elles reposent. Les problèmes publics inscrits à l'agenda des autorités politiques sont en effet construits d'une certaine façon, à partir de présupposés et de représentations de ce que sont ou devraient être le féminin et le masculin, la place des femmes et celle des hommes dans la société, la maternité, le public et le privé, etc. Seule une analyse intégrant une perspective de genre est alors en mesure de déconstruire ces éléments idéels et ces matrices normatives qui sous-tendent l'action publique » (Boussaguet, 2013 : 66).

Si la prise en compte de la perspective de genre est une bonne nouvelle pour les questions d'égalité, et dans notre cas pour le recours aux soins et à l'assistance sociale des femmes qui sont particulièrement importants, le cadrage par le genre uniquement n'est pas suffisant pour comprendre la complexité du phénomène, et il réifie malgré tout l'homogénéisation des catégories de genre. Le cadrage institutionnel du problème public m'a ainsi conduite à me poser des questions que ma thèse tente de résoudre. Ces éléments sont développés dans la section suivante.

2. La construction de l'objet de recherche à partir du problème public : vers un nouveau cadrage

Le problème public de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction a été construit principalement par les professionnel·les du champ. Il est construit autour de la vulnérabilité des femmes, de la stigmatisation comme facteur explicatif de leur moindre recours en comparaison avec les hommes. Cependant, les observations sur le terrain m'amènent à questionner ce problème, ses conditions et son objectivité. L'objectif de cette partie est donc de mettre en évidence différents éléments qui peuvent interroger ce consensus. Il est question de confronter les activités de construction du problème public à certaines de ces conditions (observées sur le terrain), sans présupposer de la fiction du problème, et sans considérer que la chercheuse ne participe pas au problème public, mais en proposant une autre manière de le penser. Dans un premier temps, à partir de recherche documentaire, je reviens sur deux éléments qui questionnent la sous-représentation des femmes : les statistiques utilisées (et la comparaison femme/homme) et le rapport que les femmes entretiennent avec les drogues et la santé. Ensuite, à partir d'observations dans les CAARUD et les CSAPA, je m'interroge sur la visibilité des femmes, notamment la visibilité de certaines et pas d'autres, autrement dit des « femmes invisibles » et des « femmes invisibilisées ». Enfin, je propose un nouveau cadrage pour étudier ce problème et présente ma problématique. Ce cadrage met au cœur de l'analyse l'imbrication des rapports sociaux et des parcours de vie, et la nécessité de réaliser une enquête « par le bas ».

2.1 Repenser la sous-représentation

Les limites de la quantification

Pour repenser la sous-représentation, il faut tout d'abord se mettre d'accord sur les définitions de celle-ci, ce qui n'est pas vraiment fait jusqu'alors. Je tente ici de mettre en évidence une définition différente, de mettre en exergue un conflit de définition. Je définis la sous-représentation à l'aune des taux de couverture de fréquentation dans les CAARUD et les CSAPA et plus à l'aune de la comparaison homme/femme, ce qui *in fine*, ne met pas en évidence les mêmes constats sur le problème.

L'objectivation du problème de la sous-représentation des femmes en CAARUD et en CSAPA repose sur les chiffres de l'OFDT et de l'enquête ANRS-Coquelicot, 20 à 25 % des femmes fréquentent les CAARUD et les CSAPA et ces chiffres sont stables depuis 20 ans. Ces chiffres témoignent de la sous-représentation des femmes par rapport à la répartition femme/homme dans la société (51,7 % de femmes en France en 2020 selon l'Insee⁷²). De ce point de vue, les femmes sont minoritaires dans les institutions. Cependant, pouvons-nous réellement parler de sous-représentation étant donné que la comparaison ne porte pas sur le rapport entre la part des femmes ayant un usage de drogues qui pourraient s'engager dans une démarche sociale ou de soin, et la part des femmes qui fréquentent effectivement les institutions ?

Une des causes de la sous-représentation des femmes dans les CAARUD et les CSAPA est le non-recours ou recours partiel. Celui-ci peut en fait correspondre soit aux taux de femmes concernées par un usage problématique/des troubles de l'usage présentes dans les files actives des institutions ; soit aux taux de femmes qui connaissent des ruptures dans la prise en charge et des réintégrations dans le soin. Concernant la première manière de comprendre le non-recours, la référente « femmes » de l'OFDT m'indique par courriel :

« L'OFDT dispose de données non publiées, estimées sur la base de l'enquête RECAP auprès des CSAPA et d'une méthode capture-recapture. Ainsi, en 2020, on estimait que 10,5% des femmes ayant un usage problématique de drogues étaient vues en CSAPA, ce taux de couverture s'élevant à 12,5% chez les hommes. Outre le gradient selon le sexe, ces taux de couvertures ont baissé en 10 ans. Ils étaient de 17,8% pour les femmes et de 18,2% pour les hommes en 2012. Ici l'usage problématique est défini comme la pratique de l'injection ou la consommation au cours des 30 derniers jours d'au moins un type de substance parmi les opioïdes, la cocaïne poudre ou basée ou les amphétamines (définition de la catégorie Problematic Drug Use de l'EMCDDA). ».

Si la construction de l'indicateur et la définition de l'usage problématique peuvent être questionnées⁷³, ces éléments montrent qu'en 2020, deux points d'écart séparent les hommes et les femmes dans la fréquentation des CSAPA. Ces données montrent qu'il y a un non-recours général, pas uniquement féminin.

Concernant le deuxième point lié au non-recours des femmes en lien avec les ruptures de prise en charge, la référence « femmes » de l'OFDT indique dans son courriel : « S'agissant des ruptures dans le parcours de soin, si des études étrangères ont souligné des taux d'entrée dans le traitement, de rétention et d'achèvement du traitement significativement plus faibles

⁷² Insee Références, édition 2020, Fiches – Population.

⁷³ Selon les études et les institutions, les indicateurs retenus ne sont pas nécessairement les mêmes.

chez les femmes, comparé aux hommes (Greenfield 2007 ; Babineau et Harris, 2015), cela n'a pas été vérifié en France. ». En définitive les données quantitatives disponibles ne permettent pas de savoir s'il y a réellement un non-recours. En effet, le rapport européen de l'EMCDDA de 2017 met en avant le fait que les femmes représentent 25 % des personnes qui ont un usage régulier et problématique de drogues et qu'elles représentent 20 % des personnes qui sont suivies (Arpa, 2017). Il n'y a donc pas de grand écart entre la proportion femme/homme des personnes qui pourraient bénéficier de ces institutions, et la proportion femme/homme de celles qui en bénéficient réellement. Les travaux quantitatifs sur les usages de drogues montrent que peu de femmes consomment, peu de femmes ont un usage de drogues intensif et problématique, par conséquent elles sont moins nombreuses à se rendre dans les services d'aide. Une des seules études ayant soulevé ce point est le rapport de la Fédération Addiction, on peut y lire :

« La proportion de femmes dans les files actives des établissements correspond globalement aux prévalences des usages à risques et des dépendances en population générale en France, et plus généralement à l'international. En effet, toutes les enquêtes (nationales et internationales) indiquent une prévalence de consommation plus importante chez les hommes que chez les femmes, toutes substances confondues à l'exception du tabac et des médicaments psychotropes. Au Québec par exemple, un quart des personnes dépendantes à l'alcool et un tiers des personnes dépendantes aux produits illicites sont des femmes. » (Fédération Addiction, 2016).

La visibilité du problème public associé au recours partiel des femmes en addictologie est renforcée par la manière dont les chiffres sont utilisés à l'aune de la comparaison femme/homme en population générale. Il est peut-être plus pertinent de mettre en avant le taux de couverture et la proportion de femmes concernées par l'usage problématique de drogues. Malheureusement ces données sont difficiles à trouver et à produire, elles posent de véritables enjeux méthodologiques et épistémologiques : qu'est-ce qu'un usage problématique ? À partir de quand peut-on parler de rupture de soin ?

Les femmes et l'usage de drogues

Dans les causes imputées au problème de la sous-représentation des femmes, le fait que les femmes consomment moins de drogues que les hommes n'est pas du tout abordé sur mon terrain (pour les professionnel·les c'est plutôt la stigmatisation et la présence masculine dans les institutions qui expliquent le moindre recours des femmes). La critique de la comparaison statistique à l'aune des chiffres en population générale va de pair avec le fait que l'usage de drogues féminin est peu pris en compte lorsque le non-recours des femmes est abordé. Les

travaux scientifiques exposent notamment le fait que plus l'usage de drogues est régulier et problématique moins les femmes sont nombreuses. Les femmes représentent, de manière générale, une minorité dans l'usage de drogues. Comme l'expliquent le sociologue François Beck et ses collègues « plus la consommation augmente en fréquence et/ou en quantité, plus la part relative des hommes croît, quelles que soient la substance ou la conduite addictive. Parmi les consommateurs les plus problématiques, la part des femmes devient ainsi le plus souvent très minoritaire. » (Beck *et al.*, 2017). Le lien entre sous-fréquentation des institutions et prévalences des usages de drogues, et des usages de drogues problématiques particulièrement (ces usages concernent principalement les usager·es des CAARUD et CSAPA) n'est presque jamais mis en avant. Or, il semble nécessaire de mettre ces chiffres en perspective pour parler de sous-représentation : la prise en charge implique une demande des bénéficiaires, si ces dernières sont moins nombreuses, alors il semble logique qu'elles soient sous-représentées par rapport aux hommes. Dans ce cadre, la proportion de fréquentations féminines (20 à 25 %) en CAARUD et CSAPA ne semble pas si faible que cela au regard de leurs consommations.

Encadré 7 - Pourquoi les femmes consomment moins de drogues que les hommes ?

L'usage de drogues est considéré comme une pratique davantage masculine que féminine (Duprez et Kokoreff, 2000 ; Fernandez, 2010), les représentations de genre liées à l'usage de drogues jouent un rôle dans l'identification des personnes à l'usage de drogues (Perrin, 2022). En consommant, les femmes transgressent différentes normes (Boyd, 2004 ; Cardi, 2007 ; Simmat-Durand, 2007) et font l'objet de stigmates particuliers qui entraînent des formes d'auto-jugement (Link et Phelan, 2001 ; Perrin, 2022). Le rapport aux risques est également fortement marqué par les différences de genre, les femmes sont moins nombreuses à s'engager dans des pratiques à risques et à les faire évoluer (Peretti-Watel, 2000). Ceci est lié à la socialisation de genre. Les seuls produits consommés davantage par les femmes que par les hommes sont les médicaments psychotropes, prescrits, car leur usage est « majoritairement médicalisé » (Beck *et al.*, 2010). Les travaux montrent que « 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 » (Escots et Suderie, 2013). Les consommations de drogues sont alors des conséquences d'une « approche sexuée des problèmes de santé » (*Ibid.*). Cependant, les écarts de consommation entre hommes et femmes sont aussi très structurés par d'autres rapports

sociaux. Le milieu social d'origine ou le niveau scolaire jouent par exemple fortement dans le type et la fréquence de consommation de drogues (Legleye, 2011). Le tabac est davantage fumé chez les femmes de classes supérieures et chez les hommes de classes populaires (*Ibid.*). On assiste également aujourd'hui à une féminisation des usages comme dans l'expérimentation de cannabis ou de tabac : « même si les écarts sont loin d'avoir disparu, les comportements de consommation des femmes et des hommes tendent à converger. Cette évolution, qui va de pair avec une moindre différenciation des rôles sociaux selon le sexe, fait apparaître l'importance des facteurs culturels et sociaux comme déterminants des pratiques addictives. » (Beck *et al.*, 2017).

Des facteurs qui favorisent le recours aux soins

En plus du fait que les femmes consomment moins de drogues que les hommes, elles connaissent certains facteurs de protection qui peuvent les rapprocher du soin. Les travaux scientifiques montrent que les femmes peuvent aller plus facilement vers les traitements de substitution et le soin en raison de la temporalité des grossesses et de la maternité qui sont des moments d'attention particulière de la part des professionnel·les et des démarches initiées par les femmes elles-mêmes. Une fois engagées dans une prise en charge médicale, les travaux mettent en évidence qu'elles sortent aussi « plus rapidement de la dépendance que les hommes » (Escots et Suderie, 2013). De la même manière que les femmes sans domicile, les femmes usagères de drogues oscillent entre vulnérabilités et facteurs de protection. Les femmes sans domicile arrivent plus rapidement à la prise en charge que les hommes (Marpsat, 1999), elles sont mieux protégées de la désaffiliation « menant davantage les hommes aux situations d'exclusion les plus extrêmes. Des mesures de "protection" particulières sont ainsi mises en œuvre, leur évitant (en partie) les formes d'exclusion les plus sévères [Loison-Leruste et Perrier, 2019]. » (Braud et Loison, 2022).

En définitive, la prise en compte de la perception des acteur·rices du champ et la répartition homme/femme dans les files actives des institutions, ont mis de côté des données importantes : un taux de couverture des besoins presque similaire entre homme et femmes en CSAPA (je ne dispose pas des données pour les CAARUD), une imputation des responsabilités du problème qui ne prend pas en compte le rapport que les femmes entretiennent avec l'usage de drogues, enfin des éléments qui favorisent le recours aux soins des femmes peu mis en avant. L'absence de données publiées ne nous permet pas de donner raison ou tort à ce consensus (ce n'est pas l'objectif), mais nous pouvons le questionner. Au-delà du nombre de femmes qui fréquentent ces institutions et leur sous-représentation, il y a aussi la question de leur invisibilité.

2.2 Repenser l'invisibilité

Le problème public inclut le fait que les femmes sont invisibilisées dans les institutions, c'est d'ailleurs ce point qui préoccupe le plus les professionnel·les du champ (les femmes sont là, mais ne sont pas visibles), ce qui a été confirmé par les travaux scientifiques. Lorsqu'ils et elles parlent des « femmes », cela fait référence en réalité dans mon terrain aux femmes qui vivent en situation de précarité et de marginalité, les femmes de classes moyennes et supérieures ne semblent *a priori* pas concernées. Il est donc nécessaire de questionner cette invisibilité universelle. Ce constat est-il valable partout ? Qui concerne-t-il ?

(In)visibilité en contexte (Île-de-France, Guyane)

Cette question était omniprésente dans les recherches que j'ai lues avant de me rendre sur le terrain, mais également dans les discours des professionnel·les que j'ai rencontrés pour l'initier. J'ai donc entrepris dès mes premières expériences empiriques de l'observer.

Une des premières institutions dans laquelle j'ai réalisé mon terrain est un CSAPA avec un accueil collectif (de type CAARUD) en région francilienne. Tous les matins de la semaine, la structure propose un accueil où les usager·es peuvent prendre une collation, discuter, voir les professionnel·les et prendre du matériel de consommation (seringues et pipes à crack principalement). L'accueil collectif matinal a une visée de réduction des risques et de création ou de maintien de lien social. La structure accueille entre 50 à 60 personnes tous les jours. Les données dont je dispose montrent que les femmes de cette structure représentent 15 % de la file active et 5 % de l'accueil collectif matinal annuel (rapport d'activité du CSAPA, 2022). Dans cet espace, où des chaises et des tables sont disposées, mais également un ordinateur sur lequel les usagers (des hommes uniquement) se passent la main pour regarder des vidéos YouTube ou écouter de la musique. Je suis installée dans un coin. Je me lance dans un comptage artisanal des venues des femmes usagères. À savoir qu'il y a beaucoup de passage, certaines personnes restent longtemps pour boire et manger, d'autres uniquement passent en « coup de vent ». Le comptage est rapide, en une matinée, quatre femmes poussent la porte du CSAPA (je dénombre entre 30 et 40 hommes). La première est une habituée, elle vient souvent pour discuter avec les travailleur·ses du social. La seconde vient accompagnée de son frère, elle est originaire d'Europe de l'Est, parle un anglais moyen, et discute rapidement avec les professionnel·les avant de s'en aller. La troisième vient prendre une douche rapide, récupérer des protections hygiéniques et

s'en va. La dernière reste quelques minutes et part. Les discussions avec les professionnel·les lors de ces observations exploratoires confirment ce constat, les femmes sont minoritaires et invisibles, car elles sont toujours « de passage » alors que les hommes eux semblent rester (une matinée entière pour certains qui prennent le temps de manger et de discuter).

Quelques mois plus tard, je me rends en Guyane pour initier un terrain. Comme en Île-de-France, je réalise de manière exploratoire quelques observations dans les institutions, et en maraude. Dans un des CAARUD de la région, j'observe des dynamiques différentes de celles observées à Paris :

« Dans le CAARUD, je trouve qu'il y a beaucoup de femmes quand même. Tous les jours j'en vois, plus qu'en IDF. Elles viennent chercher leurs sandwiches, prendre des kits, elles restent longtemps. » [J^{T74}].

À plusieurs reprises je vois des femmes dans la structure, mais aussi dans les rues adjacentes du CAARUD. Elles sont parfois à deux ou trois et fument ensemble. Lors d'un deuxième terrain, je réalise une maraude avec une association locale de réduction des risques, le camion de maraude s'arrête dans des endroits différents pour voir les usager·es dans une logique d'aller-vers⁷⁵. Dans un des « stop » qui dénombre le plus d'usager·es, ce sont les femmes qui arrivent en premier, et qui discutent avec les professionnel·es. Sur les sept personnes présentes, je décompte trois femmes. Au-delà des chiffres, elles sont visibles et prennent l'espace d'une manière différente de ce que j'avais observé en Île-de-France.

Les quelques observations guyanaises m'amènent à formuler des hypothèses générales quant au consensus institutionnel et scientifique de l'invisibilité des usagères de CAARUD et de CSAPA. La visibilité est-elle associée aux territoires, aux contextes, aux types d'institutions (CAARUD ou CSAPA) et aux caractéristiques sociales des femmes ? Je suppose alors que l'invisibilité des femmes est en fait la visibilité de certaines et pas d'autres : en l'occurrence les femmes vivant dans des conditions précaires et issues des classes populaires sont visibles, mais invisibilisées, et les femmes de classes moyennes et supérieures ne le sont pas, elles sont invisibles. Je me demande pourquoi la visibilité des premières n'est jamais mentionnée. Il me semble alors que la réalité de ce problème est contextuelle, socialement et territorialement située.

⁷⁴ Journal de terrain.

⁷⁵ Approche proactive consistant à aller directement à la rencontre des personnes ou des publics plutôt que d'attendre qu'elles viennent vers vous.

D'autres observations en CSAPA montrent également que si les femmes de classes supérieures sont visibles en Île-de-France, elles ne le sont pas en Guyane. Cela nous donne une idée d'une première imbrication entre genre, classe sociale et territoire⁷⁶.

La mise en avant des discours institutionnels et professionnels sur ce sujet conduit à une sur-visibilité du problème alors même celui-ci n'est potentiellement pas présent en tout temps et en tout lieu, et ne concerne pas toutes les femmes. Si ces observations n'ont pas l'objectif d'être généralisées, elles permettent de questionner ce consensus et d'interroger la notion de « visibilité ». Faudrait-il plutôt parler d'invisibilité relative ? De degré de visibilité ? Ou bien encore de perceptibilité ?

Les différentes conceptualisations de la visibilité

Si elle semble entendue de manière uniforme dans les discours institutionnels, il existe en sociologie plusieurs définitions et approches théoriques de la visibilité. Sarah Perrin, qui a consacré une partie de sa thèse à ce sujet, définit à partir de différents travaux l'invisibilité comme le :

« (non-) regard porté sur l'un des membres du groupe, pourtant bien présent physiquement (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2016, 12). Rosanvallon (2014) attribue le "paradoxe de l'invisibilité sociale" à trois éléments : premièrement, la multiplication de catégories larges (comme consommateur, *dealer*...) rendant l'objet difficile à appréhender ; deuxièmement, l'hyper-visibilité de certains groupes au sein de ces catégories larges (ici des hommes précaires) ; troisièmement, des stéréotypes (la pauvreté, la marginalité, la violence...) qui achèvent de rendre invisibles certains groupes (Perrin et Reversé, 2022). » (Perrin, 2022).

Le numéro de revue « L'invisibilité sociale en question » de la revue *Terrains/Théories*, coordonné par Camille Ferey, Emmanuel Levine et Zacharias Zoubir, s'attache à montrer les diverses manières d'appréhender la visibilité, sa popularisation, ses usages et ses limites. Dans l'introduction du dossier, les auteurs mettent en avant la popularité de la notion, notamment dans les groupes et mouvements sociaux, les institutions et « les organismes gouvernementaux, comme l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, [qui] en font un concept opératoire pour décrire les inégalités et injustices sociales actuelles. » (Ferey *et al.*, 2024). Ils montrent que « ce processus de traduction des inégalités sociales dans un registre visuel est aujourd'hui tellement patent qu'on pourrait parler d'un "tournant visuel de la question

⁷⁶ Voir chapitre 3.

sociale”». » (*Ibid.*). Reste qu’il existe un flou définitionnel autour de cette notion dense et interdisciplinaire. Pour Irène Despontin Lefèvre :

« Si [la visibilité] questionne le regard (Synnott 1992), celui-ci ne doit pas être limité à ses seules dimensions physiologiques. En plus de réduire la visibilité à une définition validiste, qui ferait de la dimension visuelle la seule forme de perception et de représentation existante, une telle approche ne questionne ni les conditions de production du regard, ni ses implications, alors même que celles-ci participent à produire et construire l’acte de regarder. De même, il importe en outre d’interroger la visibilité au regard des enjeux en termes de représentation ou de reconnaissance qu’elle impliquerait. » (Despontin Lefèvre, 2024)

Bien avant cela, les interactionnistes américains Erving Goffman et Anselm Strauss se sont emparés de la notion. Strauss met en lumière la « visibilité sociale » de la déviance comme une large entreprise menée par les pouvoirs publics, les médias, mais aussi par le travail des « entrepreneurs de morale » qui vise à exposer cette visibilité (Darmon, 2008). C’est plutôt l’approche Goffmanienne qui correspond ici à nos enjeux. Goffman a pensé la visibilité autour de l’interaction et du stigmate qui créent la déviance, la visibilité du stigmate est alors « sa plus ou moins grande aptitude à produire le moyen de faire savoir qu’il est possédé par tel individu [...]. La visibilité est donc, cela va de soi, un facteur crucial [...]. Cela dit, le terme plus général de “perceptibilité” serait plus exact, et celui d’“évidence” plus encore » (Goffman, 1975⁷⁷). Dans notre cas, ceci renvoie aux pratiques de l’usage de drogues et des conduites addictives féminines. Ce qui nous intéresse pour parler de la visibilité de notre problème (au-delà du stigmate) est ce que Goffman appelle le « pouvoir de décodage », en effet « la visibilité ne fait cependant pas intervenir uniquement les attributs du stigmate [...], mais aussi les connaissances sociales du public qui suscitent un codage en termes de déviance » (*Ibid.* cité par Darmon, 2008 : 180). Ce « pouvoir » ou travail de décodage est envisagé par Goffman comme une « compétence » scientifique à voir ce que les autres ne voient pas que comme le résultat, dans certains cas, d’un travail public de décodage : « Le médecin qui croise un homme présentant une coloration rouge terne de la cornée [...] sait qu’il vient de rencontrer quelqu’un [...] qui risque fort d’être atteint de syphilis. Les autres passants, en revanche, aveugles qu’ils sont aux signes médicaux, n’y verront pas malice. Par suite, il est généralement nécessaire de préciser le pouvoir de décodage du public avant de parler du degré de visibilité » (*Ibid.*). Il est possible d’utiliser cette notion puisque le problème de l’invisibilité des femmes dans les institutions a été « décodé » uniquement par les acteur·rices du champ. Le décodage dont parle Goffman est en fait une manière de voir ici que le problème ne concerne pas en réalité toutes les femmes, que l’invisibilité

⁷⁷ Cité par Darmon, 2008 : 179.

est contextuelle puisque les réalités sont potentiellement différentes en Île-de-France et en Guyane. Le décodage permet aussi de mettre en avant le fait que la visibilité est en réalité la perceptibilité des acteur·rices du champ, et non une invisibilité générale. Parler de perceptibilité plutôt que de visibilité permet également de penser la dés-homogénéisation de la catégorie femme en mettant en avant des caractéristiques méconnues ou bien invisibilisées jusqu'alors et les effets de contexte.

Aussi, un point jusqu'alors n'a pas été pensé, c'est celui de l'expérience individuelle des bénéficiaires et de leurs perceptions de leur invisibilité. L'ensemble des propositions tendent à complexifier le problème public présenté jusqu'ici, c'est par un nouveau prisme qu'il est nécessaire de penser la question de l'invisibilité et de la sous-représentation des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction.

2.3 Penser le problème à travers un autre cadrage

Le problème public repose sur l'utilisation de catégories dans les champs professionnels et institutionnels de l'action publique. La bicatégorisation de genre femme/homme simplifie et met en visibilité le problème, en même temps qu'elle rigidifie (homogénéise ou déforme) les expériences des usagères. Aussi, ce problème est porté par des acteur·rices qui n'incluent pas les usagères, il est donc important de repartir de leurs expériences. Cette thèse a donc deux visées principales : repenser la catégorie « femme » et promouvoir les expériences individuelles des femmes. Cela s'inscrit dans une problématique d'ensemble, pensée grâce aux observations qui permettent de questionner l'invisibilité « universelle » : pourquoi, malgré les obstacles (stigmatisation, présence masculine, violence), les femmes viennent dans les CAARUD et les CSAPA ? Qui sont-elles ?

La catégorie la plus commune et diffusée pour parler du genre est la bicatégorisation femme/homme. L'utilisation de cette bicatégorisation façonne notre monde social et politique. Cependant, elle est rarement questionnée alors même qu'elle est insuffisante pour parler des enjeux de société, en l'occurrence ici des difficultés que rencontrent les femmes dans la prise en charge médicosociale de leur addiction. L'homogénéisation a conduit à penser le problème de manière unilatéral et a contribué à invisibiliser certaines bénéficiaires au profit d'autres, pourtant les femmes ne sont jamais que des femmes (comme tous les autres groupes sociaux). Dans l'action médicosociale et le travail social, le genre est appréhendé comme une catégorie monolithique (Bessin, 2013). Pourtant, l'utilisation de cette catégorisation a des limites comme l'indique Arthur Vuattoux en s'appuyant sur les travaux de Raewyn Connell :

« L'écueil principal des études de genre et surtout de leurs usages dans des politiques publiques est de s'en tenir à une conception "catégorielle" (en l'occurrence bicatégorielle) du genre, où le regard porte uniquement sur des inégalités entre des hommes et des femmes constituées en groupes homogènes (Connell, 2012 : 1675-1676). La réalité des rapports de genre, mais aussi des normes qui les constituent, implique de dépasser cette bicatégorisation. » (Vuattoux, 2016 : 42).

C'est aussi ce que mettait en avant Donna Haraway concernant les épistémologies féministes, qui sont très opérantes, mais peuvent aussi parfois envisager la catégorie « femme » de manière essentialisante sans questionner la pseudo-unité de la catégorie (Haraway, 1988). D'autres travaux montrent à l'inverse que c'est grâce à ces épistémologies qu'il est possible de « défaire la fausse homogénéité des catégories coproduites par le politique, tout en montrant à quel point le genre pouvait constituer une manière privilégiée de signifier le pouvoir (Scott, 1988) » (Achin et Bereni, 2013). Les observations réalisées dans les CAARUD et les CSAPA, mettent en avant des différences au sein du groupe des femmes et selon les territoires, le problème public nécessite donc d'être pensé en dépassant la bicatégorisation. J'étudie donc volontairement ce public comme un ensemble, tout en objectivant son absence de cohésion interne et sa grande hétérogénéité. Campbell et Herzberg signalent dans leur article portant sur les « *critical drug studies* » que pour faire des études critiques sur les drogues sous l'angle du genre il est nécessaire de « faire attention à la façon dont le genre est déployé discursivement non seulement par les autorités culturelles, mais aussi par les femmes [...] » et de « se tenir à l'écart de ces catégories homogénéisantes, y compris celles de "femmes", de "mères" ou de "consommateurs de drogues par voie intraveineuse" (Szott, 2015), même lorsque ces catégories ont été avancées dans le but compassionnel de déstigmatiser la dépendance.⁷⁸ » (Campbell et Herzberg, 2017).

Aussi, la bicatégorisation de genre comme les autres catégories ont des conséquences sur les parcours de vie et les parcours de prise en charge des usager·es des institutions, elles étiquettent et « fabriquent » des personnes, comme l'indiquent Desjeux et Henckes :

« Les catégories déterminent les interventions, traitements, accompagnements, prestations ou encore prises en charge, qui leur seront proposés ; en cela, elles contribuent à façonner les trajectoires sociales que les personnes pourront emprunter ; elles sont également assimilées aux identités personnelles et elles conditionnent des représentations collectives concernant ces personnes et les professionnels. Les catégories exercent ainsi un pouvoir considérable sur les personnes » (Desjeux et Henckes, 2024 : 23).

⁷⁸ Traduction personnelle.

Si le genre est un rapport social qui produit et hiérarchise, utiliser un autre prisme et dépasser cette catégorie implique de ne plus envisager les femmes qui la composent comme un bloc monolithique. Il faut donc éviter à la fois l'approche universaliste supposant qu'il n'existe pas de différences entre hommes et femmes (ce qui revient *in fine* à un modèle androcentrique), et l'approche essentialiste qui repose sur l'opposition binaire masculin/féminin. En clair, les femmes ne sont pas que des femmes, et comprendre leur invisibilité dans les institutions c'est comprendre l'invisibilité de certaines femmes et pas de certaines autres. En ne faisant pas ce pas de côté pour comprendre ce processus d'inclusion/exclusion, nous disposons uniquement de la vision institutionnelle, partielle et peut-être partielle. Afin de rendre compte de la complexité des liens entre sous-représentation et invisibilité féminine dans les institutions de l'addiction, il est également nécessaire d'enquêter les usagères, et plus uniquement les institutions.

La problématique de cette thèse a émergé à la suite de la mise en évidence du problème public, et du cadrage que je voulais proposer pour l'analyser (c'est-à-dire penser l'hétérogénéité du public féminin et de ses recours dans une configuration intersectionnelle). Elle s'est dévoilée par le biais d'une approche interactionniste inductive qui suppose la mise en évidence de paradoxes et d'enjeu par le biais du terrain et non par des hypothèses construites *a priori* (Glaser et Strauss, [1967], 2010). La thèse s'attache donc à expliquer le processus par lequel les femmes, malgré les obstacles structurels qu'elles rencontrent, en viennent à recourir aux institutions médicosociales de l'addiction en Île-de-France et en Guyane. Cela ne revient plus seulement à comprendre les raisons pour lesquelles les femmes ne viennent pas dans les institutions (en se demandant comment faire pour résoudre ce problème), mais plutôt à comprendre les raisons qui les poussent à les fréquenter. En même temps, l'objectif est de caractériser (à différents niveaux) les femmes qui composent le public féminin des CAARUD et des CSAPA et leurs recours, afin de mettre à l'épreuve les catégories utilisées par les acteur·rices du champ. Il s'agit ainsi de changer de point de vue, c'est-à-dire de passer du point de vue des institutions (un problème public de non-recours pensé par le haut) à celui des usagères (une étude du recours par le bas), jusque-là peu interrogées sur la question.

Pour cela, je mobilise une approche théorique à plusieurs entrées. La première est une sociologie du (non-)recours, la seconde est une approche biographique (incluant des éléments de la sociologie interactionniste des carrières et du parcours de vie), et des rapports sociaux.

3. Étudier le recours institutionnel d'un groupe minoritaire : un ancrage théorique à plusieurs entrées

Il est possible de résumer en une interrogation l'énigme présentée précédemment : « pourquoi, malgré les obstacles macrosociaux que rencontrent les femmes dans les institutions de prise en charge de l'addiction, certaines s'y rendent ? ». Pour y répondre, avec, en creux, la volonté de comprendre les conditions de possibilité de ce recours et ce que cela dit du problème public, la thèse s'inscrit au croisement de plusieurs littératures : sociologie des institutions, des problèmes publics, du recours, de la réception de l'action publique, de la santé, des drogues, de la déviance, du parcours de vie, du genre... Parmi elles, certaines constituent des ancrages théoriques forts.

La sociologie du recours est transversale à la thèse. Dans le fond, il est toujours question de comprendre les conditions et la diversité des recours institutionnels des femmes engagées dans des mondes majoritairement masculins. Je mobilise cette littérature avec la sociologie des rapports sociaux et l'approche biographique, pour plusieurs raisons :

- D'une part pour décrire et objectiver l'hétérogénéité « des » publics féminins des institutions (chapitre 3) ;
- D'autre part pour analyser les conditions institutionnelles, territoriales et politiques du recours de ces femmes, ainsi que la manière dont elles parviennent à les accepter, à les contourner ou à les refuser par le biais d'acteur·rices intermédiaires du recours (chapitre 4) ;
- Et, par ailleurs, pour étudier les effets des dispositions, des représentations et des discours comme des modalités et les ressources nécessaires pour recourir (chapitre 5).

Cette thèse combine plusieurs approches théoriques. Pragmatiste dans un premier temps, dans la mesure où elle consiste à décrire les activités et les publics en partant des contextes d'expériences des usagères. Critique dans un second temps, puisque les rapports sociaux (genre, race, classe) sont pensés comme des rapports de pouvoir entre les individus, bien qu'ils n'opèrent pas de la même manière en tout lieu et en tout temps.

3.1 Sociologie du (non-)recours

La sociologie du recours est ici appliquée au champ de la santé et de la déviance des femmes. Le recours institutionnel des usager·es (bénéficiaires, ou ressortissant·es) – c'est-à-dire la manière dont les individus font appel aux institutions, y accèdent, les mobilisent, les contestent

ou s'en éloignent – est un champ de recherche riche, à la croisée de la sociologie des institutions, de la sociologie de l'action publique et des rapports ordinaires au droit. Il existe plusieurs sociologies qui portent sur le rapport que les individus entretiennent avec les institutions, les administrations, les guichets, l'État. On peut distinguer les travaux privilégiant une approche par les institutions et les dispositifs d'action publique. Ces travaux ont permis une compréhension fine des politiques publiques, de leur élaboration à leur mise en œuvre au contact des publics, mais restent majoritairement centrés sur le point de vue des professionnel·les (Baudot et Ould-Ferhat, 2012 ; Avril *et al.*, 2005). Il existe également des travaux sur les relations administratives, ou les relations d'assistance entre les bénéficiaires et les acteur·rices intermédiaires de ces institutions, qui mobilisent une approche « par le bas ». Sur les bénéficiaires, il est important de mentionner l'ouvrage phare de Vincent Dubois *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère* (2008) qui porte sur les interactions entre allocataires et agents dans les CAF françaises. Celui d'Alexis Spire, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration* (2008), qui analyse les interactions entre usager·es étranger·es et agent·es de l'État. Ou encore celui de Yasmine Siblot, *Faire valoir ses droits au quotidien* (2006), qui porte sur les relations des habitant·es d'un quartier populaire à différents services publics. Du point de vue des acteur·rices intermédiaires, l'ouvrage *Street-Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, de Michael Lipsky (1980) analyse le rôle des agents publics dans la mise en œuvre des politiques sociales, en particulier le pouvoir discrétionnaire. Il propose la théorie fondatrice de « bureaucrate de terrain » en expliquant comment les agents de première ligne façonnent concrètement l'accès aux institutions. Les bénéficiaires adaptent leurs stratégies en conséquence. Ces champs sociologiques, très fournis, viennent éclairer les dynamiques des relations administratives et la sociologie des professions. Dans ces travaux sur les guichets, le genre n'est presque pas analysé, au profit d'une analyse en termes de classe (Revillard, 2013). Ces travaux sur les relations de services, bien que très inspirants, ne correspondent pas tout à fait à ma démarche. D'une part, car ils mobilisent des données ethnographiques (méthodologie que je n'applique pas dans mon enquête), d'autre part car mon travail ne porte pas uniquement sur les interactions entre représentant·es de l'État (des professionnel·les de la RdR et de l'addictologie) et usager·es (des CAARUD et des CSAPA). Ce travail entend plutôt comprendre l'hétérogénéité des recours institutionnels des femmes (par le biais de statistiques et de récits de vie), incluant donc les relations qu'elles entretiennent avec les professionnel·les, mais ne s'y limitant pas. Si ces travaux sont particulièrement éclairants pour comprendre les rapports individu/institution, c'est plutôt vers la sociologie du recours que je me tourne.

Philippe Warin introduit la notion centrale de « non -recours » en France et interroge les causes structurelles et symboliques de l'évitement des institutions par les ayants droit (Warin, 2017). Ce phénomène est décrit comme étant multifactoriel et « mosaïque » (Hamel et Warin, 2014). La sociologie du recours analyse les rapports différenciés des acteur·rices à l'institution, en se centrant principalement sur les publics vulnérables (classes populaires, migrant·es, etc.). La littérature française et internationale est très riche à ce sujet. On peut observer dans ce foisonnement de travaux la prégnance des enjeux de classes sociales et de précarité, mais peu qui discutent les enjeux de genre. Pour les analyses qui suivent dans les prochains chapitres, j'utilise plusieurs concepts de cette littérature : le non-recours (défiance, évitement, invisibilité...), c'est-à-dire les obstacles structurels, symboliques et interactionnels à l'accès aux institutions ; les modalités du recours (avec quels savoirs, soutiens, freins, stratégies) ; la dimension genrée du recours ; les recours contraints ; la stigmatisation du recours (des femmes sollicitées, mais stigmatisées dans leurs rapports aux guichets) ; les conditions sociales du recours (conditionné par des ressources informationnelles, relationnelles) : qui peut « recourir » sans perdre en autonomie ? Quand ? Pourquoi ? Ce cadre permet d'objectiver les conditions du recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA en tenant compte de l'hétérogénéité du public, des rapports différenciés qu'elles entretiennent avec les institutions, des stratégies d'évitement ou de contournement, etc.

Pour objectiver le recours inégal et divers des femmes aux institutions, j'analyse les facteurs structurels qui influencent la présence ou l'absence des femmes dans les CAARUD et CSAPA : classe, précarité, usage de drogues. Je m'intéresse également à la distribution sociale du recours : inégalités géographiques, statut administratif (lié notamment à la migration), entourage, etc. Ma démarche vise également à faire une sociologie par le bas, elle permet de « réhabilite[r] aussi le point de vue des profanes, leurs motivations et le discours qu'ils tiennent pour justifier leurs pratiques. Dans la perspective experte, les critères qui président à l'étiquetage "à risque" d'une conduite ne font pas intervenir l'intention de l'individu. [...] Adopter le point de vue profane implique d'examiner avec attention les raisons qui permettent à l'individu de nier le risque, sans les disqualifier d'emblée en considérant que l'individu est inconscient, ignorant ou qu'il n'a que de mauvaises raisons. Cela implique aussi de s'intéresser aux buts qu'il poursuit dans un contexte normatif donné. » (Peretti-Watel, 2005).

3.2 L'approche biographique : étudier les recours par les parcours

L'approche biographique complète utilement le cadre d'analyse puisqu'elle permet de contextualiser le moment du recours, de voir comment il fait rupture ou continuité dans un parcours marqué par la précarité et les vulnérabilités. Elle participe à l'analyse de la dés-homogénéisation de la catégorie « femme » en introduisant d'autres variables : situation dans l'enfance, violence, famille, etc. L'approche biographique permet de répondre à la problématique, mais ce n'est pas un résultat en soi. Dès la mise en place du *design* de la recherche, l'approche biographique est privilégiée, et cela pour deux raisons. La première se rapporte à l'héritage des travaux sociologiques sur la déviance, qui ont popularisé la notion de carrière dans les études sur l'usage de drogues, et qui sont d'une grande inspiration (Becker, [1963] 1985 ; Lindesmith, 1938). La seconde se rapporte à l'ensemble des travaux français et internationaux (en sociologie, mais aussi en psychologie ou en santé publique) sur les addictions qui ont montré que l'approche biographique (par le biais du parcours de vie ou des trajectoires) était heuristique pour étudier la consommation de drogues, en particulier l'addiction, une « maladie chronique » qui s'inscrit à long terme dans la vie des individus (Bertrand et Nadeau, 2006 ; Grella *et al.*, 2010).

L'approche biographique s'inscrit dans divers courants théoriques sociologiques. En sociologie générale, nous disposons de divers outils pour l'étudier, notamment les notions de « carrière », de « trajectoire » et de « parcours », qui renvoient à des épistémologies différentes. Le concept de « trajectoire » repose sur un paradigme bourdieusien. Le cadre déterministe de la notion ne me permet pas de développer aussi finement que je le souhaite les relations qu'entretiennent les femmes usagères avec les CAARUD et les CSAPA.

Dans la continuité des travaux en sociologie interactionniste de la déviance, je me suis intéressée à la sociologie des carrières, la plus répandue dans les études sur ces thématiques. Ce sont les auteurs de la deuxième école de Chicago qui ont diffusé la notion de carrière et son utilisation. On peut notamment citer les travaux d'Erving Goffman portant sur la carrière des patient·es en psychiatrie (*Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968) et ceux d'Howard Becker concernant la carrière des fumeurs de marijuana et des musiciens de jazz (*Outsiders, études de sociologie de la déviance*, [1963] 1985). La notion de carrière est un « concept utile pour construire des modèles séquentiels de divers types » (Becker, 1985). Si cette notion se révèle heuristique, certaines de ses limites dans le cadre de mon objet m'ont conduit à lui préférer celle de parcours. En effet, le concept de « carrière » s'inscrit dans une approche fondée sur l'interaction – mobilisant fréquemment une méthode ethnographique que je n'adopte pas ici – et repose sur une perspective essentiellement microsociologique, alors que mon analyse articule

les niveaux micro, méso et macrosociaux. Par ailleurs, la « carrière » suppose une dynamique de progression structurée selon des séquences ordonnées et hiérarchisées (Zimmermann, 2013), une linéarité que ne reflète ni les récits de vie recueillis ni l'analyse que j'en propose. Ces éléments plaident ainsi en faveur de l'usage de la notion de parcours de vie, plus adaptée à la complexité et à l'hétérogénéité des parcours observés.

La notion de parcours s'inscrit également dans un paradigme interactionniste, mais engage, à la différence de la carrière, certains concepts utiles dans les analyses que je développe, tels que ceux de bifurcation (Bessin *et al.*, 2009), de *turning points* (Hughes, 1971) ou d'institutionnalisation (Négroni et Bessin, 2022). Cette approche permet également d'articuler les méthodes qualitatives et quantitatives, et l'analyse multiniveau (micro, méso et macrosociologique) (*Ibid.*). C'est une approche également intéressante pour comprendre la manière dont se construisent les inégalités sociales de santé et de recours institutionnel. Dans le même temps, elle permet de saisir les conséquences des politiques publiques sur les individus, en donnant à voir les stratégies des bénéficiaires et la manière dont elles transforment les politiques à leurs échelles. La notion semble appropriée avec le cadrage du recours puisqu'elle interroge « le lien entre les dynamiques sociales et les actions individuelles en regard des institutions » (Bessin, 2022 : 27). Aussi, l'approche par les parcours semble d'autant plus adaptée que cette recherche est réalisée par le biais des institutions médicosociales qui mettent en œuvre des politiques sociales et sanitaires pour les usager·es, et « le parcours de vie peut être un précieux outil pour analyser des politiques publiques » (De Montigny Gauthier et de Montigny, 2014). Le choix de la notion de parcours de vie, plutôt que celui de carrière, se justifie également par son ancrage et sa pertinence dans le champ de la sociologie de la santé, notamment à travers les travaux sur les parcours de soins. Ce concept permet d'appréhender les expériences de santé dans leur complexité, en tenant compte des contextes sociaux, des inégalités de santé et des rapports de pouvoir (Hagège, 2016). Dans cette optique, Meoïn Hagège formule une définition du parcours de santé en le considérant comme « la succession de phases plus ou moins linéaires de recours à l'institution médicale, mais aussi de soin de soi dans le parcours de vie » (Hagège, 2016 : 92). Ce lien étroit entre parcours de soins et parcours de vie est d'autant plus central que, dans le champ de la santé comme de la santé mentale, les parcours de soins sont souvent réintégrés dans une lecture plus globale des domaines d'existence sociale des individus (Palierne, 2023). Ainsi, l'intérêt d'un tel cadre réside dans sa capacité à saisir l'hétérogénéité des expériences de recours, à rompre avec les représentations de recours médicosociaux linéaires, et à restituer la pluralité des logiques de recours dans les parcours de vie.

3.3 Sociologie des rapports sociaux

Le dernier ancrage théorique de cette thèse repose sur la sociologie des rapports sociaux, et plus spécifiquement sur l'approche intersectionnelle. Ce cadre constitue un pilier essentiel de l'analyse, dans la mesure où il permet d'interroger la différenciation des expériences institutionnelles en fonction des rapports sociaux, qu'il s'agisse de précarité ou de classe par exemple. La prise en compte de ces rapports s'avère indispensable pour répondre à la question de recherche : elle permet à la fois de mettre en lumière les inégalités d'accès et de recours parmi les femmes fréquentant les CAARUD et les CSAPA, et de comprendre l'influence de ces rapports sur les parcours de vie. En cela, l'approche intersectionnelle offre une ressource conceptuelle précieuse pour dépasser la bicatégorisation de genre souvent mobilisée dans les politiques publiques, et pour construire une typologie plus fine du public féminin concerné. Inspirée des travaux de Kimberlé Crenshaw et du *black feminism* (Crenshaw et Bonis, 2005 ; Dorlin, 2005), l'intersectionnalité repose sur l'idée que les expériences sociales sont toujours traversées par une imbrication de rapports sociaux. Elle postule que les individus ne peuvent être réduits à une seule dimension identitaire, et qu'aucun rapport social ne peut être appréhendé isolément comme déterminant principal des inégalités, notamment en matière de santé (Ussher, 1991). En ce sens, cette approche « oblige ainsi à se décentrer du seul rapport de genre, mais aussi à adopter une approche multidimensionnelle. » (Palierne, 2023 : 188), pour analyser les formes complexes d'inégalités et de recours dans les institutions d'accueil et de soin. Au-delà du triptyque désormais classique « genre, classe, race », d'autres rapports sociaux - tels que l'âge, la nationalité ou encore la précarité - sont mobilisés dans cette thèse. Leur sélection s'appuie sur les analyses empiriques développées dans les chapitres 3, 4 et 5, en tant qu'ils permettent de saisir la diversité des modalités de recours institutionnel parmi les femmes rencontrées. La pertinence des catégories analytiques est également discutée, notamment celle de la classe sociale, souvent remplacée dans les travaux sur les usages de drogues par le diptyque précaire/inséré. Toutefois, l'usage de l'intersectionnalité soulève plusieurs enjeux méthodologiques et analytiques :

« Ses exigences théoriques peuvent s'avérer si fortes qu'elles peuvent menacer et paralyser toute démarche empirique, dès lors qu'il demeure impossible de saisir l'ensemble de la complexité des vies humaines. Elle oblige alors les chercheur-e-s à expliciter et justifier leurs choix d'analyse tout en entretenant le risque de reproduire les "choix" classiques sur leurs domaines d'études (Hankicsky, 2012) [...] Le deuxième écueil est de se tenir à une simple addition ou énumération de différentes variables : cette perspective se cantonne alors à n'être qu'une superposition des approches catégorielles (Connell, 2014) » (*Ibid.*).

Malgré ces limites, cette approche demeure un outil heuristique puissant, dès lors qu'elle est mobilisée de manière réflexive, articulée à des dispositifs méthodologiques adaptés. Sur ce point, les méthodes quantitatives et qualitatives ne permettent pas les mêmes types d'analyses.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, j'ai cherché, à mettre en énigme l'objet de recherche, c'est-à-dire à visibiliser une contradiction, à partir du problème public de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans les institutions médicosociales de l'addiction. Dans un premier temps, j'ai exposé la manière dont ce problème public avait été formulé par les institutions et les professionnel·les, les responsabilités qui y ont été imputées et les réponses apportées par l'action publique. J'ai alors montré comment le recours des bénéficiaires aux CAARUD et aux CSAPA, un problème *a priori* neutre, avait été approprié par les acteur·rices du champ avec un cadrage genré. J'ai ensuite exposé les limites de la formulation de ce problème et de sa mise en visibilité en revenant sur les chiffres et les catégories utilisées. J'ai alors montré qu'il était nécessaire pour comprendre ce problème de sortir de la logique comparative entre hommes et femmes, et de s'intéresser non plus aux discours institutionnels, mais aux expériences des femmes, aux effets des politiques sociales et sanitaires sur leurs parcours et aux appropriations qu'elles en font. Il semble désormais nécessaire de s'atteler à un travail d'enquête, pour répondre à la problématique. Le chapitre suivant porte sur les modalités de l'enquête qui ont permis de répondre à cette énigme, c'est-à-dire les outils méthodologiques qui ont été utilisés et les enjeux éthiques et épistémologiques qu'ils soulèvent.

Chapitre 2. Enquêter les usagères des CAARUD et des CSAPA : enjeux méthodologiques, éthiques et épistémologiques

« Ah ! Il y a des tickets, tu m'achètes en fait ? Bon, allez s'il y a des tickets, j'ai le temps. »

[Sabrina, CSAPA, Île-de-France]

« Par contre, vous faites attention de pas raviver leurs traumas... »

Après on doit les ramasser à la petite cuillère. »

[Professionnel de CSAPA, Île-de-France]

Résumé du chapitre

Ce chapitre présente l'enquête de terrain conduite afin de répondre à la problématique générale formulée dans le chapitre précédent. Il expose les enjeux éthiques et épistémologiques inhérents à cette recherche. Le choix de déplacer la focale, en passant d'une approche centrée sur l'institution à une analyse située du point de vue des usagères, implique d'enquêter les usagères des CAARUD et des CSAPA. Je détaille ici la méthodologie adoptée (articulant approches qualitative et quantitative, ainsi qu'une perspective comparative) et les objectifs associés à ce dispositif d'enquête. L'ancrage médicosocial et institutionnel du terrain soulève par ailleurs des questionnements liés à la présence des professionnel·les, à la circulation de données sensibles ou à l'usage de l'argent. Le fait de s'adresser à des personnes en situation de précarité interroge également la construction de l'objet et la portée des résultats produits. Enfin, l'enquête menée en Guyane impose de réfléchir aux conditions de production et de circulation des savoirs, et aux rapports de pouvoir qu'elles impliquent, notamment dans le contexte des relations entre l'Hexagone et les Outre-mer.

Introduction du chapitre

Ce second chapitre prolonge la réflexion amorcée dans le précédent, dans lequel je montre comment le problème de la sous-représentation et de l'invisibilité des femmes dans les institutions médicosociales de l'addiction est formulé par le biais des acteur·rices du champ et des pouvoirs publics, les responsabilités qui lui sont imputées, sa publicisation et sa mise à l'agenda politique. En outre, le cadrage genré ainsi produit tend à homogénéiser les usages des institutions par les femmes et à invisibiliser la diversité de leurs expériences de recours aux CAARUD et aux CSAPA. Ce constat conduit à formuler une série d'interrogations : pourquoi, malgré de nombreux obstacles, certaines femmes sollicitent ces institutions ? Dans quelles conditions et selon quelles modalités ? Ce chapitre constitue ainsi une entrée approfondie dans l'outillage empirique de cette thèse, en posant les fondations méthodologiques, éthiques et épistémologiques de l'enquête menée pour répondre à ces questions. Il s'articule en trois sections.

La première, « Une diversité de matériaux et de techniques d'enquête », présente le corpus de données mobilisé. Elle revient d'abord sur l'enquête quantitative ANRS-Coquelicot, ses objectifs et ses usages dans la thèse. Ce volet quantitatif permet principalement de décrire les caractéristiques sociodémographiques, les parcours de vie, et les expériences institutionnelles des usagères. Je traite ensuite de l'approche qualitative fondée sur une trentaine d'entretiens individuels de type récits de vie réalisés avec des femmes usagères de CAARUD et/ou de CSAPA, des observations en institutions et lors de maraudes, ainsi que des échanges informels avec des professionnel·les. Cette section revient en particulier sur la relation d'enquête et les situations vécues sur le terrain en considérant le terrain comme un processus d'ajustements continus (Beaud et Weber, 2010).

La deuxième section, « Une investigation empirique plurielle au service de la compréhension d'un problème », met en lumière l'intérêt d'un dispositif méthodologique mixte – combinant approches qualitative et quantitative – adossé à une perspective comparative entre deux régions : l'Île-de-France et la Guyane. Ce choix méthodologique permet de restituer la diversité des configurations de recours tout en adoptant un point de vue centré sur les usagères plutôt que sur les professionnel·les ou les institutions. Cette section comprend également une réflexion critique sur les limites des données recueillies et leurs conditions de production.

Enfin, la troisième section, « Des enjeux éthiques et épistémologiques », met en évidence trois enjeux éthiques rencontrés pendant le déroulé de la recherche. Les mises en garde formulées par certain·es professionnel·les (concernant les effets des entretiens sur les usagères

notamment) ont contribué à renforcer une vigilance particulière dans la conduite de cette recherche menée auprès de populations vulnérables, pour lesquelles un devoir de protection s'impose. La manière dont les professionnel·les ont pu influencer le consentement des usagères à participer à l'enquête constitue également un point d'attention central. De même, le recours à une rétribution sous forme de tickets-service a eu des effets sur le recrutement, la relation d'enquête et le déroulement des entretiens. Sur le plan épistémologique, deux éléments méritent d'être soulignés. Le premier concerne ma positionnalité dans l'enquête, et plus précisément les effets de mon identité genrée, racialisée et de classe lors des interactions avec les femmes usagères. Le deuxième élément porte sur la production de connaissance sur la Guyane, un territoire post-colonisé, depuis l'Hexagone et découle sur des réflexions plus générales sur les liens entre production de savoirs et rapport de domination, en particulier entre pays du Nord et du Sud.

1. Une diversité de matériaux et de techniques d'enquête

L'approche empirique de cette thèse repose sur deux types de sources : la première est une enquête par questionnaire, la seconde est un corpus d'entretiens (complété par des observations et des discussions informelles⁷⁹ avec des professionnel·les). Ces deux sources sont disjointes « par opposition à des corpus d'entretiens constitués dans le cadre de post-enquêtes de la statistique publique, pour lesquelles les enquêtés font partie de la population interrogée dans le cadre du questionnaire fermé. » (Haddad, 2018). Ce qui signifie qu'elles recouvrent des thématiques variées, et me permettent de répondre à des questions différentes permettant l'appréhension exhaustive du problème, sans avoir été pensées ensemble *a priori*.

1.1 L'enquête par questionnaire

Le premier volet méthodologique de cette thèse porte sur l'analyse de l'enquête par questionnaire ANRS-Coquelicot. En premier lieu, cette analyse permet de produire des données de cadrage statistique sur les profils des usagères (caractéristiques socio-démographiques, conditions de vie, liens sociaux, etc.), leurs consommations de drogues (produits, expérimentation, fréquence), et leur facteurs de vulnérabilités à travers : l'état de santé, les

⁷⁹ Le terme « discussion » est employé ici, car il ne s'agissait pas d'entretiens à proprement parlé. Je ne disposais pas d'une grille d'entretien pour les professionnel·les. Ces discussions n'étaient pas systématisées pendant l'enquête. Elles avaient lieu avec des éducateur·trices, des infirmier·es, des chef·fes de service, des médiateur·trices, des bénévoles, des médecins addictologue et psychiatre, des secrétaires et agent·es d'accueil et de prévention.

violences vécues, les discriminations déclarées. Ensuite, elle permet de produire des résultats sur le type d'institutions et de prestations fréquentées dans le secteur médicosocial. Bien que l'enquête inclue les hommes, des analyses comparatives femme/homme n'ont pas été réalisées.

Présentation de l'enquête ANRS-Coquelicot

L'enquête par questionnaire ANRS-Coquelicot⁸⁰ a été réalisée en 2023 par l'Inserm sous la direction scientifique de Marie Jauffret-Roustide. Cette étude constitue la seule enquête française réalisée à partir d'un échantillon aléatoire d'usager·es des institutions médicosociales de l'addiction à l'aide d'un plan de sondage. Elle est anonyme, confidentielle et basée sur le volontariat. Il s'agit d'une étude épidémiologique et sociologique portant sur la séroprévalence du VIH et des hépatites virales, sur les profils et les pratiques des usager·es, sur leur état de santé, sur leur situation dans l'enfance et à l'adolescence, sur les violences et les discriminations vécues. Plus précisément, le questionnaire comprend les modules : situation personnelle de la personne, consommation de drogues au cours de la vie et dans le dernier mois, injection et les pratiques à risque, traitements de substitution, régulation et arrêt de la consommation, santé (maladies infectieuses, troubles de santé mentale, overdoses, etc.), sexualité, discriminations vécues et expériences avec la police, situation de vie dans l'enfance et l'adolescence, accès aux soins et à la prévention, type de structures fréquentées et satisfaction. Lors de mon expérience en tant qu'ingénieure d'étude au sein de l'équipe de l'enquête (deux ans avant le début de ma thèse), j'ai participé à la co-construction des modules situation personnelle et violences.

L'enquête a été menée dans un échantillon aléatoire d'usager·es de CAARUD et de CSAPA de 25 villes françaises (en France hexagonale et en Guyane). La représentativité de l'enquête est assurée grâce à un plan de sondage complexe. Au total, 195 services ont été enquêtés (une structure peut compter plusieurs services). L'enquête compte 2123 répondant·es, dont 384 femmes⁸¹ et 97 guyanais·es (dont 20 femmes et 77 hommes). Pour être éligible à l'enquête, les personnes devaient avoir sniffées et/ou injectées un ou des produit(s) au moins une fois dans leur vie ou fumées du crack au moins une fois dans leur vie, et fréquentées les dispositifs spécialisés de prise en charge des addictions et de réduction des risques (CAARUD ou CSAPA principalement). Elles devaient également être majeures et parler au moins l'une des cinq langues⁸² proposées dans le questionnaire. L'enquête comprenait l'administration d'un

⁸⁰ Cette enquête est financée par l'ANRS et Santé publique France. La collecte de données a été réalisée par l'institut de sondage Ipsos.

⁸¹ Voir leur caractéristique dans les tableaux 1, 2 et 3.

⁸² Le questionnaire pouvait être administré en français, en anglais, en arabe, en géorgien ou en russe. Les langues ont été choisies pour répondre aux enjeux migratoires présents en Hexagone chez les usager·es de CAARUD et de

questionnaire, qui pouvait soit être adressé en face-à-face par un·e enquêteur·rice, soit par questionnaire auto-administré. La durée moyenne de passation variait entre 1h et 1h15.

L'échantillon étudié comprend 384 femmes, dont 20 résidant en Guyane, 96 en Île-de-France et 268 dans le reste de l'Hexagone. Elles proviennent de régions diverses, les plus représentées étant l'Île-de-France (35,5 %), la région PACA (19,1 %) et, dans une moindre mesure, l'Occitanie, la Gironde, les Hauts-de-France et Rhône-Alpes. Les enquêtées ont été recrutées dans différents espaces de prise en charge, principalement en CAARUD (37,8 %) et en CSAPA (35,4 %), mais aussi via des équipes mobiles, des services hospitaliers, des structures d'hébergement, des espaces de repos et, plus marginalement, dans des associations de réduction des risques et une salle de consommation à moindre risque (SCMR)⁸³ (voir tableau 1).

CSAPA. Par exemple, l'importante visibilité des russes et des géorgiens en région parisienne nécessitait de proposer une traduction du questionnaire en ces langues. Pour la Guyane, les langues vernaculaires ou des groupes migrants n'ont pas été proposés à la traduction puisqu'elles sont parlées par des minorités (comparativement au public hexagonal).

⁸³ Des regroupements entre types d'espaces de prise en charge ont été réalisés dans la suite des analyses.

Tableau 1 - Région et lieu de recrutement des usagères

Région	%
Rhône-Alpes	8
Haute-Savoie	0,6
Île-de-France	35,5
Gironde	8,6
Hauts-de-France	8,1
Bas-Rhin	0,2
Occitanie	8,4
Haute-Garonne	2,4
Loire-Atlantique	1,5
PACA	19,1
Guyane	7,5
Lieu de recrutement	
CAARUD	37,8
Équipe mobile	12
CSAPA	35,4
Association de RdR	1,6
Service d'hospitalisation	6
Hébergement	3,2
Espace repos	3,5
SCMR	0,8

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 8 % des femmes ont été recrutées dans la région Rhône-Alpes.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Concernant les variables sociodémographiques (voir tableau 2), l'échantillon est majoritairement composé de femmes âgées de 35 à 49 ans (51 %), tandis que les 18-29 ans sont minoritaires (15 %) et que 20,6 % ont 50 ans ou plus. La moyenne d'âge des enquêtées est de 40,4 ans. Le niveau de diplôme est globalement diversifié, avec une légère surreprésentation des personnes sans diplôme ou avec un CEP (24,2 %), suivies des titulaires de CAP/BEP (22,7 %), de personnes qui ont été jusqu'au lycée (21,4 %) et d'études supérieures (20,3 %). La presque totalité des enquêtées parle français (98,4 %). Enfin, la grande majorité des usagères est française de naissance (82,7 %), 3,5 % sont françaises par acquisition ou réintégration et 13,8 % sont de nationalité étrangère. Parmi les personnes de nationalité étrangère (n=34) (voir tableau 3), 17 personnes proviennent d'Europe, 10 d'Amérique ou de la Caraïbe, les autres proviennent d'Afrique ou de Russie et d'autres pays de l'Est.

Tableau 2 - Caractéristiques sociodémographiques des usagères

Âge	%
18-24 ans	8,6
25-29 ans	6,8
30-34 ans	13,1
35-39 ans	19,8
40-44 ans	15,1
45-49 ans	16,2
50 ans et plus	20,6
Diplôme	
Études supérieures	20,3
Collège	9,6
Lycée	21,4
CAP/BEP	22,7
Pas d'étude/CEP	24,2
Non-réponses	1,8
Parler français	
Oui	98,4
Non	1,6
Nationalité	
Française de naissance	82,7
Française par acquisition ou réintégration	3,5
Étrangère	13,8

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 8,6 % des femmes ont entre 18 et 24 ans.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Tableau 3 - Région d'origine des usagères de nationalité étrangère (n)

Afrique hors Maghreb	2
Amérique/Caraiïbes (Brésil, République dominicaine, Guyana)	10
Europe	17
Maghreb	3
Russie et pays de l'Est	2
Total	34

Champ : Usagères de nationalité étrangère.

Lecture : 2 usagères sont nées sur le continent africain hors Maghreb.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Concernant l'origine des parents des enquêtées (voir tableau 4), la majorité des pères (59,3 %) et des mères (65,6 %) est née en France hexagonale. Les autres origines les plus représentées sont le Maghreb (12,7 % des pères et 8,5 % des mères), l'Europe (hors France : 8,4 % et 9,3 %), ainsi que les DROM (5,4 % pour les deux parents). Des origines plus minoritaires

apparaissent également, notamment l'Amérique/Caraïbe, l'Afrique subsaharienne, la Russie et les pays de l'Est, ainsi que le Moyen-Orient et l'Asie, chacune représentant entre 1 et 6 % des cas.

Tableau 4 - Régions de naissance du père et de la mère

Région du père	%
Moyen Orient/Asie	2,1
Russie et pays de l'Est	2,3
Afrique hors Maghreb	3,7
DROM	5,4
Amérique/Caraïbe	6,1
Europe	8,4
Maghreb	12,7
France hexagonale	59,3
Région de la mère	
Moyen Orient/Asie	1,1
Russie et pays de l'Est	2,6
Afrique hors Maghreb	2,8
DROM	5,4
Amérique/Caraïbe	4,8
Europe	9,3
Maghreb	8,5
France hexagonale	65,6

Champ : Femmes de l'enquête (n=384)

Lecture : 2,1% usagères ont un père originaire du Moyen Orient/Asie.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

L'enquête ANRS-Coquelicot présente deux atouts majeurs pour ce travail de recherche. D'une part, la richesse du questionnaire, qui comporte de nombreux modules, offre la possibilité d'explorer non seulement les dimensions de santé, mais aussi les environnements sociaux des usagères et leurs expériences institutionnelles. D'autre part, elle constitue la seule enquête représentative des usager·es de CAARUD et de CSAPA en France hexagonale et en Guyane, ce qui permet de réaliser des analyses généralisables à l'ensemble de ces publics grâce à un raisonnement inférentiel. Plus globalement, elle est la seule enquête (menée auprès de personnes qui consomment des drogues) qui est proposée en cinq langues et qui recueille des données sur les pays de naissance des parents et des grands-parents. Ce qui constitue une avancée majeure concernant l'analyse statistique des discriminations liées aux soins dans cette population.

Néanmoins, certaines limites de l'enquête doivent être signalées. En effet, les thématiques de l'enquête, qui portent sur des comportements considérés comme déviants et illégaux, induisent un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire que les individus peuvent donner

des réponses socialement désirables en rapport avec leurs usages de drogues ou leurs pratiques (de Singly, 2012). Les enquêtées adoptent des positions ou des rôles qui vont être différents selon la personne qu'elles ont en face d'elles, la situation ou le contexte (Goffman, 1973). Il est donc important d'avoir en tête que certains usages de drogues, pratiques et expériences peuvent être sous ou sur-déclarés. François Beck, qui a réalisé une thèse sur la quantification des usages de drogues en population générale par le biais d'enquêtes statistiques, montre que les enquêtés peuvent nier, minimiser ou maximiser leurs consommations (Beck, 2006). Par ailleurs, les biais ne sont pas uniquement le fait des enquêtées, ils peuvent aussi être entraînés par la formulation des questions dans le questionnaire ou le moment au cours duquel les questions sont posées (début, milieu ou fin de questionnaire) (Grémy, 1993). Cette enquête, à l'instar d'autres instruments de mesure des faits sociaux, ne peut être dissociée des dynamiques spécifiques liées au contexte historique, aux choix institutionnels et aux méthodes employées pour la produire (Desrosières, 2014). L'enquête ANRS-Coquelicot connaît quelques limites méthodologiques (Jauffret-Roustide, 2025⁸⁴). Les principales limites sont liées aux lieux d'enquête. Les personnes participant à l'enquête sont recrutées dans des institutions de soin et de réduction des risques, elle ne permet donc pas d'avoir des éléments sur les usager·es qui ne recourent jamais aux institutions. Ensuite, les questionnaires sont passés au sein de ces institutions, et même si l'enquête est passée par un·e enquêteur·rice extérieur·e, le lieu de la passation peut donner lieu à un biais de désirabilité sociale vis-à-vis des consommations déclarées, des pratiques à risque et de la satisfaction vis-à-vis des prestations des institutions. Aussi, nous n'avons pas pu recueillir d'informations sur la manière dont les personnes se définissaient elles-mêmes d'un point de vue de leurs origines ethnoraciales⁸⁵, et le questionnaire ne dispose pas de question à propos des origines ethnoculturelles des usagères guyanaises (créole, noires-marronnes, amérindiennes, métropolitaines, etc.). Ceci est particulièrement dommageable dans la mesure où la société guyanaise est ethno-stratifiée (Guyon, 2013 ; Léobal, 2017), et que les rapports ethniques et raciaux en Guyane, et dans une moindre mesure en Hexagone, sont structurants dans les rapports que les usagères entretiennent avec les institutions, et en particulier avec les professionnel·les (Carde, 2016).

Enfin, le questionnaire ne comporte plus de questions relatives à la parentalité ou au nombre d'enfants, ces questions étaient présentes lors de la première édition de l'enquête, mais

⁸⁴ Dans l'article « Monitoring HIV, HCV and HBV among people who use drugs in France. A reflective fee-back on a 25-year experiment based on mixed methods. The ANRS-Coquelicot » publié dans *International Journal of drug policy*, Marie Jauffret-Roustide revient en détails sur les différents enjeux méthodologiques de cette enquête quantitative, et de son volet socio-anthropologique (non utilisé dans cette thèse).

⁸⁵ Néanmoins, avec l'utilisation d'un *proxy* (pays de naissance des parents et grands-parents), il est possible de recréer des catégories.

elles ont été supprimées car elles réactivaient des traumatismes très importants chez les femmes interrogées, donnant lieu à des interruptions fréquentes de questionnaires. Plus largement, l'exploitation d'une base de données quantitative présente certaines limites pour l'analyse des rapports sociaux. En particulier, l'articulation entre traitements statistiques et cadre théorique intersectionnel demeure complexe (Hagège et Condon, 2020). De même, la dimension relationnelle du genre reste difficile à appréhender et ne peut être abordée qu'à travers son versant catégoriel (femme/homme).

Deux usages de la base de données

L'exploitation de l'enquête ANRS-Coquelicot s'est faite à deux niveaux. Le premier réside dans des traitements statistiques standards, les plus souvent descriptifs et exploratoires permettant d'avoir des informations sur les publics féminins des CAARUD et CSAPA en Hexagone et en Guyane. D'autres traitements statistiques multivariés ont été réalisés. Ce niveau d'analyse s'inscrit dans un raisonnement inférentiel (Small, 2009).

L'exploitation de l'enquête s'est également faite à un niveau microsociologique dans une logique qualitative en réalisant des « statistiques ethnographiques » à partir d'une enquête à visée macrosociologique (Cayouette-Remblière, 2011). L'objectif était de reconstruire des parcours sous forme de portraits, en apportant des éléments nouveaux sur les publics peu (ou pas) rencontrés durant l'enquête qualitative. En effet, même si les données et les parcours sont moins détaillés que lors d'un entretien de type récit de vie, les statistiques ethnographiques permettent de visibiliser des profils difficiles à recruter sur le terrain comme les femmes usagères de crack insérées, par exemple⁸⁶. J'ai ainsi créé plusieurs portraits par le biais d'une lecture « en ligne » de la base de données. Faire dialoguer les récits de vie avec les portraits permet également de « diversifier les points de vue » (*Ibid.*).

Encadré 8 - Exemple de portrait réalisé à partir de l'enquête ANRS-Coquelicot

Katrin est née en 1980 au Guyana (elle a 40 ans au moment de l'enquête), elle est de nationalité guyanienne. Elle est célibataire, n'a pas de diplôme. Ses parents et grands-parents sont nés au Guyana. Elle n'a pas de religion. Elle fréquente un CAARUD et n'a pas de papiers (pas de statut migratoire), elle parle français et anglais. Enfant et adolescente, elle vit chez ses deux parents, et elle ne déclare aucun problème (violence, consommation d'alcool, etc.) dans son foyer familial.

⁸⁶ Voir la section 2.5 du chapitre 3.

Elle arrive en Guyane française pour trouver un travail et améliorer sa situation professionnelle en 2004, elle est âgée de 24 ans. Arrivée en Guyane française, elle commence à consommer des drogues. Si elle n'a jamais sniffé ou injecté des drogues au cours de sa vie, elle a consommé (par voie fumée uniquement) du crack, du cannabis, de l'alcool et du tabac (jamais de produits festifs, de médicaments, de TSO ou autres). Au cours de sa vie, elle a eu des périodes où elle a consommé du crack tous les jours (c'est toujours le cas au cours du dernier mois), du cannabis et du tabac de temps en temps. Dans le dernier mois, elle a consommé du cannabis juste une fois et du tabac de temps en temps. Elle consomme du cannabis dans l'objectif de diminuer ou réguler sa consommation de crack, de soulager ses douleurs et pour mieux dormir. Elle consomme de l'alcool au moins 4 fois par semaine (5 ou 6 verres) et il lui arrive de boire 6 verres ou plus au moins une fois par semaine. Elle n'a jamais arrêté sa consommation (toutes substances confondues) et n'a jamais essayé de l'arrêter. Au cours de sa vie, elle réalise plusieurs tests de dépistage pour le VIH et le VHC, qui sont négatifs. Elle a de bonnes connaissances concernant les modes de transmission du VHC. Elle ne sait pas si elle est vaccinée pour le VHB. Elle n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie, n'a pas de troubles psychotiques, n'a jamais fait de tentative de suicide et n'a pas d'idées suicidaires, elle déclare n'avoir jamais vécu d'évènements traumatisants et n'a jamais consulté de professionnel·les pour des problèmes psychologiques, émotionnels ou nerveux. Au cours de sa vie et dans les 12 derniers mois, elle a vécu des violences verbales et psychologiques de la part d'usager·es de drogues. Elle a déjà été insultée au cours de sa vie à cause de son accent, de sa façon de parler et de sa consommation de drogues, la dernière fois cela est arrivé dans la rue. Elle n'a jamais été hébergée par une association et a dormi plusieurs fois à la rue. Elle n'a pas été contrôlée par la police au cours des cinq dernières années, mais déclare avoir été protégée des violences et rassurée par la police. Elle n'a jamais été confrontée à des refus de prise en charge de la part de médecins, de pharmacien·es, en CSAPA ou aux services d'urgences. Au cours de l'année passée, elle a eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires masculins (entre 0 et 4) qui n'ont pas le VIH et ne sont pas usagers de drogues. Elle n'a jamais eu de rapports sexuels en échange d'argent, de drogues ou de logement. Cela fait un an qu'elle vit dans un squat, elle y habite toujours aujourd'hui. Actuellement, le produit qui lui pose le plus de problèmes est le crack car dit-elle : « *ça a brisé ma famille* ». Elle obtient son matériel de consommation au CAARUD et par le biais des équipes mobiles de rue et n'a pas de difficultés à en obtenir, elle est satisfaite du service et déclare ne pas avoir besoin d'autres services. Actuellement, elle n'a pas de couverture maladie, ne travaille pas et ne déclare aucun revenu. Elle considère son état de santé comme très bon, mais se sent déprimée.

Si cette méthode ne constitue pas l'approche principale de l'enquête ANRS-Coquelicot mobilisée dans cette thèse, il me paraissait néanmoins pertinent de la présenter⁸⁷. Elle offre en effet une vision plus synthétique des parcours et permet d'élaborer des portraits exhaustifs et systématisés, contrairement aux entretiens où certaines informations ou thématiques peuvent ne pas être abordées ou développées de manière homogène. Cette enquête est adossée à un volet qualitatif que je présente ci-dessous.

1.2 L'enquête de terrain qualitative

Construction du corpus : sélection des CAARUD, des CSAPA et des enquêtées

L'enquête qualitative de ce travail prend pour point de départ le recrutement d'usagères au sein de CAARUD et de CSAPA franciliens et guyanais. Au total, dix institutions, incluant des CAARUD, des CSAPA (dont une CT) et une association de réduction des risques, ont participé à l'enquête (voir le tableau 5). Afin de sélectionner les institutions enquêtées en Île-de-France, je disposais de l'inventaire des structures de l'enquête ANRS-Coquelicot et d'informations complémentaires sur le site drogues-info-service.fr qui recense l'ensemble des CAARUD et CSAPA en Hexagone et dans les DROM. Dans l'inventaire de l'enquête ANRS-Coquelicot, des informations étaient disponibles concernant la répartition femme/homme dans les institutions ainsi que les profils majoritaires des publics accueillis. Dans un premier temps en Île-de-France, j'ai regardé les effectifs de femmes déclarés par les institutions. Toutes celles qui avaient peu de femmes dans leurs files actives (moins de 5 %) étaient mises de côté. Parmi les institutions restantes qui déclaraient assez de femmes, j'initiais un contact. Si je n'avais pas de réponses de leur part, j'élargissais la sélection. J'ai dû multiplier les contacts puisque les femmes étaient très peu nombreuses, ce qui rendait le recrutement difficile selon les institutions. Je n'ai jamais été confrontée à un refus de terrain. Si les institutions acceptaient de me rencontrer (ce qui était en fait le plus compliqué), elles acceptaient également de m'accueillir. Mon projet s'inscrit dans le cadre collectif Gender-ARP, qui propose au professionnel·les des retours concrets sur l'inclusivité de leurs services, une démarche intéressante pour les institutions. J'ai donc pu présenter mon projet dans cette continuité pour faciliter mon entrée dans les institutions. Une fois entrée et acceptée, je proposais aux professionnel·les de conduire 5 entretiens. Ils et elles me disaient ensuite si cela était possible ou trop ambitieux par rapport à

⁸⁷ A noter qu'il s'agit également d'un moyen intéressant pour identifier les incohérences dans une base de données complexe comme celle de l'enquête ANRS-Coquelicot.

leur files actives où aux usagères qui selon eux et elles allaient pouvoir participer (il s'agit d'un filtre sur lequel je n'avais pas la main). J'essayais également de diversifier les institutions en fonction du public majoritaire qu'elles accueillait (public en situation de précarité, public davantage inséré, etc.).

La sélection des institutions en Guyane s'est avérée plus simple qu'en Île-de-France. La totalité des CAARUD, CSAPA et communautés thérapeutiques est concentrée sur le littoral, à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, avec toutefois une communauté thérapeutique implantée à Roura, près de Cayenne, et une autre à Awala-Yalimapo, dans l'Ouest. Un CAARUD et un CSAPA de Kourou et deux communautés thérapeutiques proposent des hébergements tandis que les autres structures fonctionnent uniquement en ambulatoire. Compte tenu du faible nombre d'institutions sur le territoire, je n'ai pas appliqué les mêmes critères de sélection qu'en Île-de-France : j'ai enquêté dans celles qui m'ont donné une réponse. Pour des raisons de confidentialité, je n'indique pas les villes concernées, bien que je sois consciente de l'hétérogénéité des expériences de prise en charge et des publics en Guyane.

La sélection des institutions a ainsi principalement reposé sur leur accord, ce qui a impliqué un travail de négociation avec différents niveaux hiérarchiques, particulièrement en Île-de-France. Au-delà du territoire, mon enquête dans les CAARUD et les CSAPA s'est heurtée à deux difficultés principales : l'attente parfois longue pour obtenir une réponse des institutions, et la forte sollicitation de ce terrain. Plusieurs professionnel·les m'ont ainsi mentionné la présence d'autres recherches en cours, notamment l'enquête ANRS-Coquelicot (avec des enquêteur·rices présent·es sur place pendant un certain temps), des enquêtes de l'OFDT (qualitatives ou quantitatives), ou encore des enquêtes pharmacologiques.

Tableau 5 - Présentation des institutions enquêtées dans les deux régions

Institutions et régions	Public accueilli	Entretiens	Discussions	Observations
Île-de-France				
CAARUD	Public mixte	3	Non	Non
CAARUD	Femmes uniquement	2	Non	Oui
CSAPA	Public mixte	4	Non	Non
CSAPA	Public mixte	1	Oui	Non
CSAPA ambulatoire	Public précaire	5	Non	Oui
CSAPA ambulatoire	Public mixte	5	Oui	Oui
Guyane				
CAARUD	Public mixte	6	Oui	Oui
Association de réduction des risques	Public mixte	3	Oui	Oui
CSAPA résidentiel	Public mixte	1	Oui	Oui
CSAPA ambulatoire	Public mixte	Non	Oui	Non

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

Une fois les institutions enquêtées identifiées, s’est posée la question de l’accès aux usagers. Deux types de contraintes apparaissent alors. D’une part, les femmes sont structurellement sous-représentées dans les files actives des dispositifs d’accueil ; et lorsqu’elles y accèdent, leur présence est souvent brève ou discontinue, ce qui complique fortement la réalisation d’un entretien approfondi. D’autre part, la précarité sociale, les usages de drogues et les conditions de vie favorisent des oublis et des absences, entraînant de nombreux rendez-vous manqués. Par ailleurs, la sélection des usagers susceptibles de participer à l’enquête est largement orientée par les professionnel·les des équipes médicosociales, qui filtrent l’accès au terrain en fonction de critères implicites : disponibilité, stabilité apparente, relation de confiance préalable, ou encore évaluation de la « capacité à parler ». Ce type de médiation dans la sélection des enquêtées, loin d’être anecdotique, constitue un enjeu méthodologique central. Comme le souligne Muriel Darmon à propos de son enquête sur les patientes anorexiques au sein d’un hôpital et d’une clinique :

« L’inscription hospitalière des terrains de l’enquête faisait intervenir une double sélection médicale. Tout d’abord, celle qui provenait du diagnostic lui-même : qui avait été, dans tel service, diagnostiqué comme anorexique ? De plus, un deuxième type de sélection médicale intervenait au sein du groupe de patientes diagnostiquées comme anorexiques : auprès de qui allait-on me permettre d’aller solliciter un entretien ? Je n’ai en effet pas eu accès à toutes les patientes anorexiques dans les services. » (Darmon, 2008 : 36).

De manière analogue, mon enquête repose ainsi sur une sélection conjointe, à la fois structurelle (liée à la faible présence des femmes dans les institutions) et liée aux arbitrages effectués par les professionnel·les, qui conditionne la possibilité de rencontrer certaines usagères. La sélection par les professionnel·les reposait avant tout sur les capacités des usagères à me répondre et à être dans un état relativement « stable », c'est-à-dire : ne pas être sous l'emprise des drogues au point de tenir un discours incohérent, de s'endormir ou d'être dans un mal-être important, en somme, être en capacité de tenir un discours éclairé ; et potentiellement selon les professionnel·les d'avoir des idées intéressantes pour ma recherche. En effet, certain·es professionnel·les ont pu supposer que certaines femmes avaient plus de choses « intéressantes » à me dire que d'autres, ceci était en fait très corrélé aux relations qu'ils et elles entretenaient avec elles. *A contrario*, certaines usagères ont pu être sollicitées par les professionnel·les pour participer à l'enquête, car elles avaient besoin d'argent et que l'enquête pouvaient leur en apporter. En effet, je donnais à la fin de chaque entretien 15€ en ticket-service (des bons d'achat⁸⁸). La sélection était, *in fine*, assez dépendante de la manière dont le recrutement se déroulait au sein de chacune des institutions. Dans certaines institutions, ce sont les professionnel·les qui m'indiquaient qui solliciter pour un entretien, dans d'autres, j'étais autonome pour le recrutement. J'ai également pu obtenir des numéros de téléphone d'usagère par le biais des professionnel·les que je contactais ensuite en dehors de l'institution. Je n'ai pas pu suivre un protocole de sélection des enquêtées établi en amont. Le recrutement était donc dépendant des situations et soumis à un biais de sélection indépendant de ma volonté.

Une fois sélectionnée, et si les enquêtées acceptaient de participer, nous signions ensemble un formulaire de consentement (voir annexe 1), indiquant entre autres que nous pouvions arrêter l'entretien à tout moment et qu'il était possible de me recontacter pour se rétracter (sur tout ou parties de l'entretien). Si l'utilisation de ces formulaires fait débat méthodologiquement et éthiquement dans la recherche en sciences sociales, notamment puisqu'il peut créer de l'inquiétude chez les participant·es (Beaud, 1996 ; Siméant-Germanos, 2022), dans cette enquête le formulaire était perçu au contraire comme positif dans la mesure où les usagères pouvaient s'en servir pour valoriser leur « réinsertion » auprès de leurs associations. L'aspect formel du document ajoutait de la légitimité à leurs participations. Une enquêtée m'a d'ailleurs demandé, en fin d'entretien, s'il m'était possible d'appeler son assistante sociale afin de l'informer de sa participation à un projet de recherche.

⁸⁸ Voir analyses dans la dernière section du chapitre.

Présentation du corpus d'entretiens

L'approche qualitative permet de rendre compte du problème depuis le point de vue des usagers. C'est un outil performant pour analyser des dynamiques biographiques, temporelles et processuelles. L'analyse des entretiens repose sur un raisonnement logique, et non inférentiel comme c'est le cas du raisonnement statistique qui a le plus souvent un impératif de représentativité (Small, 2009). Le raisonnement logique suppose que « la validité de l'enquête ne dépend pas du fait que ses résultats empiriques soient applicables à d'autres cas (inférence statistique) mais plutôt du fait que son modèle théorique mette en valeur des mécanismes observables dans d'autres cas (inférence logique) » (Haddad, 2018 : 79).

Au total, trente entretiens de type récits de vie ont été conduits avec des femmes usagères des CAARUD et/ou des CSAPA (le tableau 6 présente les enquêtées), dont vingt en Île-de-France et dix en Guyane. Ce volet s'inscrit dans le cadre du projet international Gender-ARP (addiction, rétablissement et précarité) porté par Karine Bertrand (Université de Sherbrooke, Canada), Marie Jauffret-Roustide (Inserm, France) et André Lemaitre (Université de Liège, Belgique). Il existe une asymétrie des données entre l'Île-de-France et la Guyane en raison du temps d'enquêtes différents sur les deux territoires et du nombre de personnes concernées. Environ 300 000 personnes vivent sur le territoire Guyanais, ce qui représente peu d'individu en comparaison l'Île-de-France (12,27 millions).

Le terrain s'est déroulé entre mars 2022 et mars 2023, dont deux mois en Guyane⁸⁹. J'ai réalisé la première phase de terrain en Île-de-France, puis la seconde en Guyane. Ceci m'a permis de tirer des apprentissages d'un terrain francilien « connu »⁹⁰ avant de me rendre en Guyane, que je ne connaissais qu'à travers la littérature. En effet, je ne m'y étais jamais rendue avant ce premier terrain.

Le terrain guyanais a nécessité l'apprentissage des normes propres au secteur médicosocial local et de son fonctionnement, qui diffèrent partiellement de ce que j'avais expérimenté en Île-de-France : différences d'horaires et de modalités de prise de contact (plutôt

⁸⁹ Je me suis également rendue en Guyane en 2024 pendant deux mois pour un séjour de recherche à l'université de Guyane grâce à un financement de l'université PSL. Pendant ce séjour, j'ai revu des professionnel·les rencontrés lors du premier séjour, et fais à nouveau des maraudes avec une association de réduction des risques locale. Au total, j'ai passé donc quatre mois en Guyane durant la thèse. En raison de contraintes financières et matérielles, la prolongation des séjours n'était pas possible.

⁹⁰ Avant de commencer ma thèse, j'ai travaillé pendant deux ans en tant qu'ingénieure d'études en production, traitement, analyse de données et enquêtes dans l'équipe de Marie Jauffret-Roustide au Cermes3. Lors de cette expérience professionnelle, j'ai fait du terrain (passation de l'enquête ANRS-Coquelicot notamment) dans des CAARUD et CSAPA parisiens. Ceci m'a permis de faire mes premières expériences et de développer des connaissances sur le fonctionnement des institutions parisiennes. Au-delà de cette expérience, mes connaissances sur Paris sont plus développées puisqu'il s'agit de mon lieu de vie.

tôt le matin en Guyane, plutôt l'après-midi en Île-de-France) ou encore de rôle des *gatekeepers* (moins présents en Guyane qu'en Île-de-France). Ces différences, et notamment la moindre prégnance des *gatekeepers* – entendus comme les « gardiens d'un groupe social déterminé » susceptibles d'entraver, négocier ou faciliter l'accès au terrain (Derbez, 2010) – ont d'ailleurs facilité mon entrée dans les institutions guyanaises et m'ont permis de réaliser en peu de temps le nombre d'entretiens fixé. Alors que l'accès au terrain francilien a nécessité un délai important (entre deux et six mois selon les institutions), celui-ci a été beaucoup plus rapide en Guyane, l'ascendance hiérarchique y ayant été perçue comme moins contraignante.

Tableau 6 - Présentation des enquêtées du corpus d'entretiens

Prénom	Région	Lieu de recrutement	Âge	Nationalité	Produits actuels principaux ⁹¹
<i>Ava</i>	IDF ⁹²	CAARUD	21	Française	Tabac, cannabis, alcool
<i>Aurélia</i>	IDF	CAARUD	22	Française	Tabac
<i>Jenica</i>	IDF	CAARUD	23	Roumaine	Cannabis, alcool
<i>Emma</i>	IDF	CAARUD	39	Française	Tabac, cannabis, alcool, méthadone, cocaïne
<i>Imène</i>	IDF	CSAPA	52	Française	Tabac, cannabis
<i>Sabrina</i>	IDF	CSAPA	44	Franco-marocaine	Subutex
<i>Alice</i>	IDF	CSAPA	25	Française	Cannabis, alcool, crack
<i>Corine</i>	IDF	CSAPA	51	Française	Tabac, crack, subutex
<i>Caroline</i>	IDF	CSAPA	52	Française	Crack, méthadone
<i>Charlène</i>	IDF	CSAPA	43	Française	Alcool, tabac
<i>Alba</i>	IDF	CSAPA	43	Française	Crack, cannabis
<i>Léa</i>	IDF	CSAPA	48	Française	Tabac, alcool, méthadone
<i>Laure</i>	IDF	CSAPA	60	Française	Tabac, alcool, méthadone
<i>Daniela</i>	IDF	CAARUD	55	Française	Tabac, cannabis, crack
<i>Anne-Lise</i>	IDF	CSAPA	42	Française	Tramadol
<i>Christine</i>	IDF	CSAPA	52	Française	Héroïne, méthadone, tabac, alcool
<i>Margaux</i>	IDF	CSAPA	40	Française	Abstinent
<i>Marie-Claire</i>	IDF	CSAPA	60	Française	Méthadone, tabac, médicaments
<i>Kamélia</i>	IDF	CSAPA	58	Française	Somnifères, antidépresseurs
<i>Céline</i>	IDF	CSAPA	34	Française	Tabac
<i>Paulette</i>	Guyane	Maraude	34	Française (businengue)	Crack, alcool, cannabis, tabac
<i>Cassandra</i>	Guyane	CSAPA (CT)	39	Française (créole)	Abstinent
<i>Angélique</i>	Guyane	CAARUD	45	Française (métro)	Crack, alcool, tabac
<i>Carmen</i>	Guyane	CAARUD	48	Dominicaine	Crack, alcool, cannabis, tabac
<i>Alex</i>	Guyane	CAARUD	47	Guyanienne	Abstinent
<i>Joana</i>	Guyane	CAARUD	29	Française (haïtienne)	Crack, alcool, tabac
<i>Isabel</i>	Guyane	CAARUD	53	Brésilienne	Crack, alcool, tabac
<i>Raphaëlle</i>	Guyane	Maraude	30	Haïtienne	Crack, alcool, tabac
<i>Marion</i>	Guyane	CAARUD	36	Française (créole)	Crack, alcool, tabac

⁹¹ Cette colonne renseigne les produits consommés actuellement par les enquêtées. Toutes les enquêtées ont consommés des produits illicites de manière régulière au cours de leur vie, même si au moment de l'entretien, elles ont arrêté. Aussi il s'agit des produits « principaux », ce qui signifie que toutes les consommations « périphériques » de type festives (cocaïne en soirée, MDMA etc.) ne sont pas indiquées.

⁹² Île-de-France.

<i>Silvia</i>	Guyane	Maraude	44	Brésilienne	Crack, tabac

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

Les entretiens ont duré en moyenne 1h30⁹³ (voir encadré 9 concernant les contraintes lors du déroulement des entretiens). Ils ont été enregistrés avec un dictaphone lorsque l'enquêtée y consentait. Ils ont ensuite été pseudonymisés⁹⁴, retranscrits et codifiés⁹⁵ sur le logiciel d'analyse Nvivo. Ce dernier est un outil de traitement des données textuelles qui permet de créer des catégories thématiques appelées « nœuds ». Cela permet d'analyser les données de manière thématique, en structurant les données selon des thèmes établis précédemment, et de comparer les données des différents entretiens. Diverses techniques peuvent être utilisées pour analyser les données avec ce logiciel, je m'en suis tenue à l'encodage dans un arbre de « nœuds » uniquement.

Pour participer à un entretien, les personnes devaient répondre à un certain nombre de caractéristiques. Les femmes recrutées pour l'enquête qualitative n'ont pas nécessairement participé à l'enquête ANRS-Coquelicot. Comme évoqué précédemment, les deux enquêtes quanti/quali sont disjointes, même si les critères d'inclusion pour les deux enquêtes sont très similaires. Si je voulais dans un premier temps utiliser les mêmes critères d'éligibilité que ceux de l'enquête quantitative⁹⁶, les surprises et contraintes du terrain m'ont amenée à élargir ces critères (usagères disponibles ou recommandées par quelqu'un, qui souhaitaient participer à un entretien sans correspondre aux critères d'éligibilité de l'enquête ANRS-Coquelicot par exemple). Pour participer, les enquêtées devaient tout d'abord être des femmes cisgenres. Les femmes transgenres étaient exclues de l'enquête pour deux raisons principales. La première est qu'elles représentent un très faible effectif (voir nul) dans les institutions enquêtées, et sont particulièrement difficiles à joindre, il aurait donc été nécessaire de mettre en place un dispositif d'enquête particulier pour ce public. La seconde renvoie au fait que les vécus et les expériences des femmes transgenres sont potentiellement différents de ceux des femmes cisgenres, l'étude de ce public pourrait donc faire l'objet d'une thèse à part entière⁹⁷. Pour participer à l'enquête,

⁹³ L'entretien le plus court a duré 40 minutes et le plus long 2h30. Au regard des normes des entretiens biographiques cela peut être considéré comme des entretiens courts. Cela s'explique en partie selon moi par les caractéristiques de la population d'intérêt et leurs contraintes (temps, consommation de drogues, fatigue, etc.).

⁹⁴ Concernant les pseudonymes donnés aux enquêtées, ils s'appuient sur l'outil de Baptiste Coulmont qui associe des prénoms similaires selon les résultats du baccalauréat (<https://coulmont.com/bac/>). Néanmoins, de nombreux prénoms n'étaient pas recensés sur ce site, je me suis alors appuyée sur des sites de naissances ou sur des registres nationaux pour que le pseudonyme soit proche socialement du prénom d'origine.

⁹⁵ Grace à mon implication au sein du projet Gender-ARP, j'ai eu l'opportunité de bénéficier de la retranscription et de la codification sur Nvivo d'un certain nombre de mes entretiens, réalisée par Christine Calderon.

⁹⁶ Indiqués dans la section 1.1.

⁹⁷ Sur ces questions, voir les travaux de Soel Real Molina (Real Molina, 2022).

les femmes devaient consommer ou avoir consommé des drogues (alcool, médicaments, produits illicites...) au cours de leur vie. Enfin, elles devaient fréquenter ou avoir fréquenté un CAARUD, un CSAPA ou une association de réduction des risques, et parler/comprendre le français⁹⁸ (ou *a minima* se débrouiller).

Les entretiens ont été majoritairement réalisés au sein des CAARUD et des CSAPA, généralement dans un bureau qui m'était prêté pour l'occasion. Quelques entretiens ont été réalisés en dehors des institutions : deux ont été conduits dans un bureau à l'EHESS, un dans la chambre d'hôtel d'une usagère, un dans un camion de maraude, et enfin deux entretiens ont été réalisés dans l'espace public, dont un dans un squat lors d'une maraude et l'autre lors d'un évènement inter-associatif à destination des personnes en situation de grande précarité. Les lieux dans lesquels se sont déroulés les entretiens ont pu avoir des impacts sur les données récoltées. En effet, les entretiens réalisés en dehors de bureaux (dans les CAARUD/CSAPA ou à l'EHESS) ont souvent été contraints par le temps, ou la disponibilité des personnes. L'inconfort de l'enquêtée ou de moi-même dans la situation a pu conduire à des entretiens plus courts et moins fouillés.

Encadré 9 - Des entretiens sous contraintes : le cas de Silvia

Je réalise le dernier entretien de l'enquête avec Silvia [44 ans, association de RdR, Guyane], une migrante brésilienne qui consomme du crack, rencontrée lors d'une maraude en Guyane. Elle vit dans un habitat informel, que l'on peut qualifier de squat, construit avec son compagnon. Lorsque j'arrive sur son lieu de vie, accompagnée de l'équipe de travail social, elle est en train de déplacer une machine à laver et de ranger les abords de son espace. Une travailleuse sociale lui propose de participer à l'enquête en me présentant. Silvia accepte. Nous nous installons à proximité de son habitation. Elle m'apporte un tabouret en plastique et elle s'assoit sur un amas de bois et de fer. Son compagnon se tient à quelques mètres, et elle me demande de nous éloigner un peu afin qu'il ne puisse pas entendre notre échange. Dès le début de l'entretien, elle m'indique qu'elle ne pourra pas me consacrer beaucoup de temps. Je saisis néanmoins cette opportunité, car Silvia ne fréquente pas les structures fixes (CAARUD, CSAPA) et il me paraît pertinent d'échanger avec des personnes qui bénéficient uniquement des services des maraudes. Au cours de l'entretien, elle s'exprime fréquemment en portugais. Je ne comprends pas tout, mais je parviens à saisir quelques bribes. Nous échangeons pendant quarante minutes. Lorsque

⁹⁸ Ce qui veut dire *a contrario*, que l'ensemble des femmes usagères non-francophones présentes dans les institutions ne pouvaient pas participer à l'enquête.

j'arrête le dictaphone, elle me demande : « Alors, combien de temps ? », pensant que nous avons parlé à peine quinze minutes. Je lui réponds « quarante minutes », ce qui la fait sourire. Je rejoins ensuite l'équipe.

Au regard des standards généralement attendus pour un entretien sociologique biographique, quarante minutes peuvent sembler insuffisantes, tant pour construire une relation d'enquête que pour approfondir certains sujets. Cet entretien est contraint par trois éléments principaux : le lieu de passation, qui correspond au lieu de vie de Silvia ; la présence d'autres personnes (son compagnon et l'équipe de travail social) ; la barrière linguistique. Le lieu de l'entretien, tout d'abord, ne favorise pas les conditions d'écoute. Nous sommes assises de manière précaire, dans un environnement peu propice à la confiance. Ensuite, la présence d'autrui pèse sur le déroulement de l'échange. D'une part, le compagnon de Silvia, qu'elle me décrit comme violent, impose de mener l'entretien rapidement et à distance, parfois à voix basse lorsqu'elle évoque des éléments sensibles. D'autre part, la présence de l'équipe de maraude, qui m'attend à quelques mètres, induit une pression temporelle supplémentaire (elle garantit néanmoins des conditions de sécurité). Enfin, la langue constitue une difficulté importante. En Guyane, plusieurs personnes rencontrées (notamment brésilienne et guyanienne) maîtrisent peu le français, ce qui rend l'échange partiel et parfois incertain. Si les conditions optimales pour l'écoute, la compréhension et la réception du discours ne sont pas réunies ici, cet entretien permet toutefois à Silvia de s'exprimer dans un environnement qui lui est familier. En étant chez elle (et non dans un cadre imposé), la contrainte semble davantage située de mon côté que du sien.

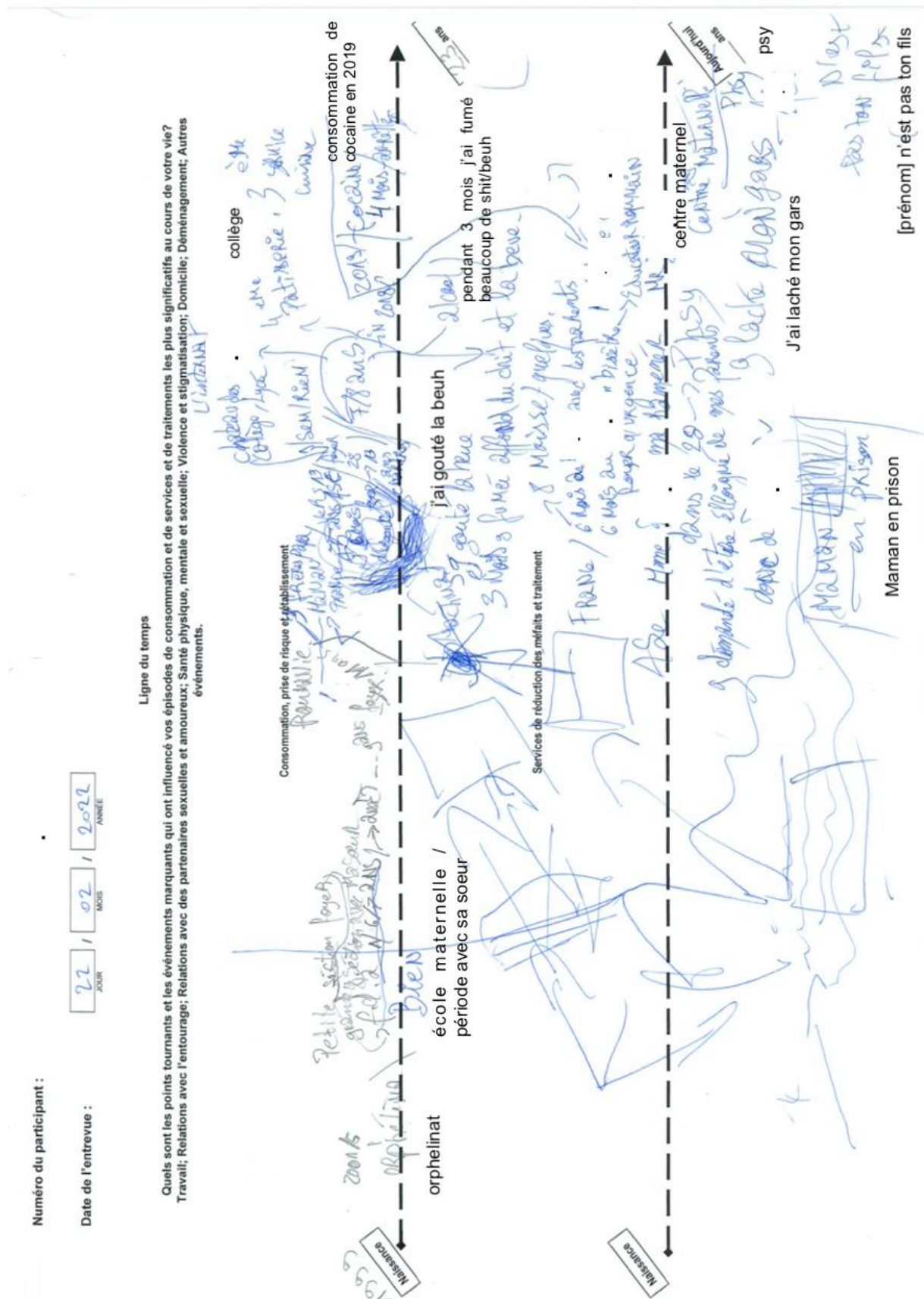
Les entretiens que j'ai réalisés sont semi-directifs et suivent une grille d'entretien comprenant diverses thématiques plus ou moins développées selon les entretiens. Nous revenons dans un premier temps sur la situation actuelle et le bien-être de la personne, puis sur le parcours de consommation de drogues (initiation, développement de l'usage, arrêt, prise de risques) en lien avec l'entourage (famille, ami·es, conjoints, etc.), le parcours de prise en charge (type de structures fréquentées, traitements, expériences), le rapport au genre dans un environnement massivement masculin (ressources, violences de genre, etc.), nous terminons sur les perspectives d'avenir vis-à-vis de l'usage de drogues, de la prise en charge, des projets familiaux ou professionnels. Pendant les entretiens, les événements de vie marquants (violences intrafamiliales, départ du foyer, arrivée d'un enfant, etc.) dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte étaient développés. J'ai également utilisé un outil « d'appui » pendant les entretiens,

une ligne du temps⁹⁹ (voir figure 3). Cette ligne complétée au fur et à mesure des entretiens, permettait aux enquêtées de situer sur un support visuel les événements marquants de leurs parcours et les âges associés (la plupart du temps, c'est moi qui faisais les annotations). Ces lignes du temps permettaient surtout d'aider les enquêtées à se remémorer leur vie et à situer les événements dans le temps. En outre, c'était un outil intéressant pour elles parce que cela leur permettait d'avoir une vision globale de leurs parcours. Une enquêtée m'a d'ailleurs demandé de la garder. Ces lignes m'ont également facilité la reconstruction du parcours avec les entretiens qui ne suivaient pas toujours un fil chronologique (selon la précision des informations qui y étaient inscrites).

Enfin, le corpus d'entretien a été complété par des observations directes au sein des institutions et des discussions informelles avec les professionnel·les. Bien que ces deux types de données ne fassent pas partie du dispositif d'enquête de départ, je les mentionne puisqu'elles ont participé à différentes échelles à la construction de l'objet et à l'analyse de certaines thématiques. Les entretiens sont l'outil privilégié de la plupart des analyses réalisées, mais les observations ont participé à confirmer les intuitions de départ et à formuler la problématique. Les discussions avec les professionnel·les pour amorcer le terrain et pendant l'enquête ont corroboré certaines idées mises en avant par les usagères dans les entretiens. Elles ont également permis d'infirmer certaines idées, en mettant en contradiction les représentations des professionnel·les et le vécu des femmes.

⁹⁹ Ce type de support visuel a initialement été pensé par l'équipe du projet Gender-ARP de l'université de Sherbrooke.

Figure 3 - Exemple de ligne du temps utilisée durant les entretiens



Des récits situés

Dans le cadre de cette enquête, j'ai observé trois éléments qui situent ou façonnent les discours des enquêtées : l'inscription du terrain dans les normes des institutions médicosociales ; les normes entourant la précarité et les normes de genre dans ces espaces.

Le fait de réaliser l'enquête par le biais des institutions a un impact sur les discours puisque les femmes qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA ont, avant de me rencontrer, déjà à plusieurs reprises expliqué leurs situations, leurs problèmes, leurs vies, et cela à diverses personnes. Elles ont pu se raconter à des travailleur·ses du social, des professionnel·les de santé, voire à des professionnel·les de la police ou de la justice. Les femmes usagères sont souvent contraintes de livrer leur récit de vie, celui-ci constituant bien souvent une condition implicite d'accès à l'aide sociale (Duvoux, 2009 ; Loth et Tissot, 2003). La répétition de ces récits façonne leurs discours, il est donc nécessaire d'être attentive aux biais que cela produit (*Ibid.*). Certains auteur·rices mettent en avant la montée en puissance d'une société biographique où le récit de soi serait au fondement de tout et nécessiterait pour les individus de se soumettre à l'exercice s'ils souhaitent accéder à des prestations sociales (Darmon, 2008 ; Memmi, 2003). On pourrait également parler d'« injonctions biographiques » (Astier et Duvoux, 2006 ; Duvoux, 2009). Muriel Darmon met en avant l'impact de l'inscription hospitalière de son terrain dans les discours de ses enquêtées qui sont « des quasi-professionnelles du discours » (Darmon, 2008). En effet, les personnes en lien avec les institutions de soin (qu'elles soient anorexiques, souffrant de maladies mentales, ou de conduites addictives) acquièrent une habitude et un devoir à se raconter (Grard, 2008). Les personnes rencontrées dans le cadre de cette enquête ont des expériences diverses vis-à-vis du soin (CSAPA avec ou sans hébergement, hôpital psychiatrique, consultations avec des psychologues, psychiatres, addictologues, etc.). L'expérience du soin ou de la prise en charge a des impacts sur les discours autour par exemple des motivations à l'usage de drogues. Les enquêtées les plus jeunes, comme Ava (23 ans), ont peu d'expériences dans la prise en charge et y sont souvent réfractaires. De ce fait, les motivations à l'usage de drogues ne sont pas biographisées de la même manière que celles des usagères qui ont un long parcours de soin et souvent des expériences psychiatriques ou psychanalytiques. La place accordée au plaisir et aux sociabilités jeunes sont donc plus prégnantes chez les jeunes femmes qui ne sont pas prises en charge médicalement. Ava, qui consomme quotidiennement de l'alcool, du cannabis et du tabac, et qui est sans domicile, déclare :

« J'ai rien commencé [les drogues] parce que je me sentais mal, ça a toujours été de la curiosité, quelque chose que j'ai bien aimé, ça a jamais été pour oublier quelque chose, c'était vraiment histoire de curiosité. »

[Ava, 23 ans, CAARUD, Île-de-France]

Je rencontre Ava dans un CAARUD qu'elle fréquente pour le dispositif de réinsertion professionnelle TAPAJ¹⁰⁰ (elle n'utilise pas les autres services du centre). Elle a déjà vu un addictologue dans le cadre d'une obligation de soin ordonné par la justice. Une fois l'obligation passée, elle n'y est jamais retournée. Aussi, elle n'est jamais allée dans un CSAPA. Dans son discours, encore loin des réalités sanitaires et institutionnelles, on voit apparaître des éléments qui sont absents dans les biographies d'enquêtées plus âgées. Comme c'est le cas de Laure, 60 ans, qui commence à consommer des drogues au lycée puis en boîte de nuit.

« Moi, je dirais que quand on est jeune, on se laisse avoir par ce côté un peu ludique, festif. Moi, je me rappelle, quand j'étais jeune, j'ai commencé d'abord par fumer un joint au lycée, j'étais en terminale. De fil en aiguille, c'en est devenu à sortir en boîte. Un jour, on m'a proposé un rail [de cocaïne] et j'ai dit oui. Ça faisait bien d'avoir une tête de droguée quand j'allais au Palace ou aux Bains Douches. »

[Laure, 60 ans, CSAPA, Île-de-France]

C'est plus tard dans l'entretien qu'elle re-analyse les motivations de sa consommation et déclare (comme si finalement il fallait biographiser de manière plus légitime sa consommation de drogues) :

« Non. Mais quelque part, quand j'analyse les choses aujourd'hui, je me dis que c'est aussi l'aspect familial qui a beaucoup joué. Les problèmes familiaux ont beaucoup joué sur le fait que je me drogue. Là, je m'en aperçois aujourd'hui. Je l'analyse comme ça. Très tôt, je me suis aperçue de problèmes chez mes parents et comme je voulais pas les voir, la drogue ça me permettait de pas regarder ce qui se passait. [...] Justement à la fin, je me suis dit : est-ce que ça aurait pas une influence ? Et je m'aperçois que si. Aujourd'hui, je le sais. Je sais que ça a eu une influence. En fait, je voulais pas voir la réalité. Quand on est jeune, on veut pas voir que ses parents sont pas bien. »

[Laure, 60 ans, CSAPA, Île-de-France]

¹⁰⁰ Travail alternatif payé à la journée.

Pour expliquer les problèmes de consommation de son compagnon, elle ré-utilisera à nouveau les problèmes familiaux pour les justifier, avec une expression signifiante : « Toujours pareil, le milieu familial ». Selon elle, la famille est souvent responsable des problèmes liés à la consommation de drogues. Le fait d'expliquer les difficultés que les individus rencontrent par la famille peut s'inscrire dans une approche psychologique, voir psychanalytique. Cela est le résultat des expériences de prise en charge des femmes en psychothérapie ou en psychanalyse, puisque « la psychanalyse considère avant tout l'addiction comme une tentative d'automédication » (Saiet, 2016)¹⁰¹. Les discours sont conditionnés par la prise en charge, l'âge et par conséquent l'étape dans laquelle se trouve l'enquêtée vis-à-vis de sa consommation. Si Ava est en « plein dedans » (elle consomme tous les jours), Laure a une consommation de drogues gérée, elle est sous traitement de substitution aux opiacés et consomme de la cocaïne de manière épisodique (une fois tous les mois). Le recul qu'elles ont n'est donc pas le même.

Les expériences de prise en charge ont aussi des impacts sur le langage adopté par les enquêtées. Caroline, 52 ans, rencontrée dans un CSAPA francilien et qui a un très long parcours de prise en charge, déclare lorsque je lui explique que je vais utiliser une ligne du temps « [vous allez écrire] Ma démarche toxicomaniaque ? », ce à quoi je réponds, n'ayant jamais entendu cette expression : « C'est ça, votre parcours de consommation. ». Selon le degré de prise en charge et l'âge des enquêtées, on observe que lorsque l'usage de drogues est abordé, il l'est souvent fait de manière psychologisante. Les expériences de psychothérapie ou de psychanalyse des enquêtées qui sont recrutées dans les CAARUD et les CSAPA sont remobiliser pour parler de soi et de sa consommation de drogues. Le plus souvent, celle-ci est soit le résultat d'évènements traumatiques vécus, soit le résultat des relations dysfonctionnelles que les femmes entretiennent avec leurs parents. C'est ce qu'Anselm Strauss avait mis en avant dans son étude sur les patients des institutions psychiatriques, qui expliquaient leur maladie mentale comme le résultat d'un problème psychologique dû à leur histoire personnelle (Strauss, 1992). Muriel Darmon, dans son enquête, parle d'une « éducation du discours » où les patientes sont formées au fur et à mesure à adopter des termes médicaux et à envisager leur maladie comme les médecins : « l'enjeu est donc bien de former le patient à un type de discours fondé sur la prise en compte des effets du passé (notamment familial, voire du passé des parents eux-mêmes) sur le présent, en particulier le présent de la pathologie » (Darmon, 2008 : 50). L'entretien sociologique s'apparente donc beaucoup (même s'il ne s'y réduit pas) à des « “autobiographies d'institution” » (c'est-à-dire des “discours sur soi officiellement sollicités par le représentant d'une institution”),

¹⁰¹ Cela est tout de même à nuancer puisque dans les années 1980 la psychanalyse analysait l'addiction ou la « toxicomanie » à travers la théorie de l'ordalie, c'est-à-dire du jeu avec la mort.

(Memmi, 2003) travaillées et répétées lors des entretiens cliniques. Les discours tenus en entretien sont modelés par le passage par l'institution médicale, ce qui manifeste l'efficacité de la socialisation à un type particulier de discours sur soi » (*Ibid.* : 55).

Les discours sont particulièrement modelés par les institutions pour les enquêtées recrutées. En CSAPA, ils sont plus médicalisés, plus psychologisants. Dans les CAARUD, la prise en charge n'est pas forcément régulière, ne nécessite pas toujours d'entretien. Les usagères de CAARUD, souvent plus jeunes, comme Ava, échappent donc à ce modelage. Cependant, cela ne veut pas dire pour autant que les femmes de CSAPA ne sont pas capables de formuler des critiques envers l'institution ou de remettre en question le discours médical. Muriel Darmon a enquêté sur des institutions médicales différentes du point de vue des orientations psychologiques, ce qui se rapproche des différences que l'on observe parmi les usagères de CAARUD et de CSAPA. Elle résume ainsi : « Les entretiens effectués dans l'une ou l'autre des institutions portent donc la marque de cette variation, les discours ayant été modelés de manière différente par des orientations théoriques et thérapeutiques différentes. » (*Ibid.* : 57).

Ces récits sont également situés du point de vue de la précarité¹⁰² et du genre. Les personnes en situation de précarité socio-économique, comme c'est le cas de femmes rencontrées dans cette enquête, particulièrement dans les CAARUD et en Guyane, répondent aussi à certaines normes attendues dans ce milieu. Erving Goffman montrait que les personnes en situation de précarité avaient souvent tendance à parler de leurs malheurs et construisaient leurs parcours à travers cela (Goffman, 1968). C'est aussi ce que j'ai observé puisque les femmes en situation de grande précarité avaient très rapidement tendance à parler d'événements traumatiques dès le début de l'entretien. Mais, cela est aussi lié au genre, ce que met en évidence le rapport de la Fédération addiction sur les femmes et les addictions :

« Les professionnels interrogés observent que, parmi le public qu'ils accompagnent, les femmes ont tendance à plus facilement parler de leur mal-être que les hommes. Contact Santé rappelle dans un dossier consacré au genre que “la mise en avant du mal-être est plus prégnante chez une fille, qui va davantage l'afficher qu'un garçon. Ce dernier va plutôt venir [...] parler logement, emploi... Les filles sont davantage dans l'existentiel.” » (Fédération Addiction, 2016).

Aussi, les usagères pouvaient avoir des discours prônant les « bonnes valeurs » des femmes précaires, ce que l'on observe aussi chez les personnes sans domicile : « on peut dire que la résistance à la souffrance est une valeur des sans-abri. Tout se passe comme si être “dur” était la condition pour être un “bon” SDF. Ce type de représentation n'est pas le propre des SDF, il est partagé par beaucoup de personnes en situation de pauvreté. » (Benoist, 2008). Les

¹⁰² Les définitions de la précarité et les enjeux que cette notion sous-tend sont développés dans le chapitre 3.

femmes usagères tendent aussi à mettre en évidence ces valeurs, comme celles de femmes « dures » ou de « garçon manqué » pour justifier le fait qu’elles sont de « bonnes » usagères, qui ne se laissent pas faire et qui peuvent vivre dans des environnements masculins. Les valeurs de dureté sont en fait très corrélées aux normes de genre.

Ce volet méthodologique présente les spécificités de ce terrain et les biais qu’elles sous-tendent : sélection des institutions, sélection des enquêtées, discours façonnés par les institutions, par les normes de précarité et de genre. Toutefois, l’utilisation du récit de vie est un outil opérant pour répondre aux questions de recherche. Il faut donc l’utiliser avec précaution dans une démarche réflexive. Cette démarche est « une des conditions d’une interprétation véritablement scientifique et du contrôle des résultats, puisqu’elle fait de la perturbation produite par la chercheuse un outil de compréhension » (Siméant-Germanos, 2022).

2. Une investigation empirique plurielle au service de la compréhension d’un problème

La présentation des deux sources (enquête ANRS-Coquelicot et enquête de terrain qualitative) soulève de nouvelles questions. Comment ces sources dialoguent-elles ? Cette thèse relève-t-elle du champ méthodologique des méthodes mixtes ? Quelle modalité d’articulation des données a été retenue ? Au-delà de la méthode (sources et analyses), ce travail s’appuie également sur l’étude de deux territoires (Île-de-France, Guyane). Comment le dispositif comparatif a été mis en place et pour répondre à quels buts ?

2.1 La combinaison « qualitatif » et « quantitatif »

Définitions et objectifs de la méthode mixte

La méthode mixte correspond à l’articulation de plusieurs sources et/ou de techniques d’analyses, qui ne sont au départ pas tout à fait de même nature. Pour J.C. Greene, on peut parler de méthode mixte lorsqu’une des deux méthodes a permis à l’autre de la comprendre ou de la clarifier (Green *et al.*, 1989). Pour Thomas Aguilera et Tom Chevalier, les méthodes mixtes sont « une combinaison, dans un même travail de recherche publié, d’un minimum de deux méthodes de traitement de données appartenant l’une à la tradition “qualitative”, l’autre à la tradition “quantitative”. » (Aguilera et Chevalier, 2021). Dans leur article, les auteurs exposent

la manière dont les paradigmes méthodologiques ont évolué dans l'histoire des sciences sociales. Les disciplines étaient tout d'abord construites autour de la guerre des paradigmes opposant qualitativistes et quantitativistes. Le pluralisme méthodologique a ensuite prévalu, concevant qu'il n'était plus nécessaire de produire des hiérarchies entre les méthodes ou leurs raisonnements. Des travaux ont souligné les freins scientifiques à l'opposition entre qualitatif et quantitatif (Renisio et Sinthon, 2014). Finalement, les méthodes mixtes ont été mises en évidence et se sont constituées avec l'idée que les deux méthodes sont complémentaires et leurs utilisation conjointe heuristique, et cela aussi du point de vue de la posture scientifique (Dietrich *et al.*, 2012).

Depuis une vingtaine d'année, une optique multi-paradigmatique des méthodes domine ce champ de recherche, les méthodes mixtes sont aujourd'hui répandues et connaissent un essor grandissant dans la recherche en sciences sociales (Aguilera et Chevalier, 2021). Cette expansion des méthodes mixtes s'est accompagnée dans la recherche de réflexions autour de leurs épistémologies, de leurs définitions et de leurs pratiques (Johnson *et al.*, 2007). Les méthodes mixtes peuvent être introduites de manière inductive ou déductive pendant le processus de recherche. Des travaux qualitatifs ont ainsi mis en avant l'utilisation féconde de la quantification sur certains terrains ethnographiques (Weber, 1995 ; Lemercier et Zalc, 2008 ; Jobard et Lévy, 2009), ou l'exploitation statistique d'archives (Cayouette-Remblière, 2011). Ainsi, il existe aujourd'hui une diversité d'approches pour mettre en œuvre une méthodologie mixte, que l'on retrouve dans les typologies de méthodes et qui sont exposées dans les revues spécialisées¹⁰³, des numéros thématiques de revues généralistes (Tucci *et al.*, 2024), dans des travaux de recherche ou des manuels.

Les objectifs de cette méthodologie sont différents selon les projets de recherche. Cela peut être un moyen de croiser des sources, de multiplier des points de vue, de répondre à certaines questions, de développer les résultats d'une des approches ou de monter en généralité. Greene et ses collègues proposent cinq manières d'utiliser des méthodes mixtes : la triangulation (mobiliser les analyses sur une source, puis l'autre), la complémentarité (clarifier, mettre en valeur ou illustrer une méthode par une autre grâce à deux collectes d'informations différentes), le développement (utiliser les résultats d'une méthode pour informer une autre méthode), l'initiation (découvrir des paradoxes ou poser des questions grâce à une première méthode auxquelles il sera répondu grâce à une seconde méthode) et l'expansion (étendre la validité de résultats issus d'une première méthode grâce à une seconde ; tester la montée en généralité)

¹⁰³ On peut citer par exemple le *Journal of Mixed Methods Research*, l'*International Journal of Multiple Research Methods* ou le bulletin de méthodologie sociologique (BMS) et son volet méthodes mixtes.

(Greene *et al.*, 1989). Si cette conception a été depuis alimentée et critiquée puisque considérée parfois comme trop fortement schématique et peu utilisable selon les cas, elle permet tout de même de situer sa démarche en fonction de ses objectifs.

Le quanti-quali dans l'analyse

Combiner les méthodes et les sources c'est comprendre de quelle manière elles peuvent être articulées pour obtenir les réponses à une question. Cela peut être réalisé à différentes étapes de la recherche (la conception du dispositif méthodologique, la collecte de données, l'interprétation des données, la présentation des résultats). Dans cette thèse, l'utilisation de statistiques et d'entretiens a été envisagée dès la conception du dispositif de recherche, et s'est poursuivie dans certaines analyses. Mais la combinaison de deux méthodes différentes à l'échelle du calendrier d'une thèse accentue des contraintes déjà fortes dans chacune des méthodes prises séparément : d'un côté, l'existence et l'obtention de données quantitative, et de l'autre, l'accès au terrain. Faire des méthodes mixtes a également d'autres inconvénients, notamment en termes de coûts (ressources, temps) et de complexité de la mise en œuvre (qui nécessite une bonne maîtrise des méthodes et des raisonnements). Cela peut conditionner la possibilité d'appliquer et de respecter le cadre des méthodes mixtes tout au long de la recherche. Durant cette enquête, j'ai d'abord commencé par réaliser l'enquête de terrain, avant de faire les analyses statistiques puisque je ne disposais pas de la base de données dès la première année de thèse. La méthode mixte employée ici est appréhendée comme un « bricolage raisonnée » (Lemercier et Ollivier, 2011) au service de la problématique.

Dans cette thèse, le recours à une méthode mixte s'explique notamment par sa pertinence dans l'analyse des parcours de vie¹⁰⁴. Cette dernière permet de combiner entretiens biographiques et techniques d'analyses quantitatives, pour étudier la dimension processuelle des parcours et le poids des structures sociales dans l'histoire des individus (Elder, 1998). Le parcours de vie cumule trois niveaux d'observation du social (Santelli, 2019). Le niveau macrosocial caractérisé par l'apparition de contraintes structurelles et appréhendé par les données quantitatives, notamment celles sur les institutions et sur les caractéristiques sociales des usagers (chapitre 3). Le niveau méso-social s'intéresse aux contextes locaux, en particulier à l'influence des institutions, des territoires et des acteur·rices intermédiaires du recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA (chapitre 4). Le niveau micro-social centré sur l'action

¹⁰⁴ Voir chapitre 1.

individuelle et l'*agency* est porté par l'approche qualitative, il est mobilisé dans l'étude des représentations, des dispositions et des discours des usagères (chapitre 5). Chaque type de données permet de répondre à des éléments spécifiques de la problématique et correspond à un niveau d'analyse (voir tableau 7). L'approche quanti-quali est adéquate pour produire les analyses à plusieurs niveaux, elle permet également de ne pas « décentraliser l'expérience des femmes dans le processus scientifique pour la reléguer à un rôle d'illustration de données statistiques » (Turcotte, 2016).

Tableau 7 - Méthodes et niveaux d'analyse

Niveau d'analyse		
Microsociologique	Mésosociologique	Macrosociologique
Méthodologie		
QUALI	Quali + Quanti	QUANTI + quali

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

Note : Les termes en majuscules indiquent la prédominance d'une méthode sur l'autre.

L'utilisation des deux volets quantitatif et qualitatif permet d'étudier les processus sociaux, les situations objectives et les expériences subjectives des usagères. *In fine*, l'objectif est l'étude des interactions entre les effets individuels, structurels et institutionnels dans l'étude du recours des usagères aux CAARUD et aux CSAPA.

2.2 Le dispositif comparatif des territoires

Au-delà de l'utilisation des méthodes mixtes, un des enjeux importants de ce travail est de faire dialoguer deux réalités territoriales distinctes : la région francilienne et la région guyanaise. Comment ces espaces ont-ils été choisis et qu'apportent-ils à la démarche scientifique ? Quel est l'intérêt de mobiliser deux terrains différents marqués par des existences socioculturelles éloignées l'une de l'autre ?

Le choix des terrains

La région francilienne n'a pas été un choix questionné puisque cette région correspond à mon univers de référence dans la mesure où je vis à Paris, il s'agit de ma société d'appartenance. Avant de débiter mon doctorat, mon expérience professionnelle en tant qu'ingénieure d'études

m'a permis de réaliser des terrains pour des projets de recherche au sein des CAARUD et des CSAPA franciliens. Ces expériences, même si épisodiques, m'ont rendu la présence dans ces institutions et les thématiques étudiées familières.

En revanche, le fait d'enquêter sur les institutions médicosociales guyanaises repose sur différents choix et motivations. Avant de débiter ma thèse, la Guyane m'était étrangère, j'ai choisi d'en faire un terrain de recherche pour plusieurs raisons. La première repose sur des motivations scientifiques. La Guyane est le seul département français d'Amérique du Sud (DFA). Elle est proche des pays producteurs de cocaïne (Colombie, Pérou), et est de ce fait une zone de transit de la cocaïne vers l'Hexagone importante – et plus généralement vers l'Europe – en tant que seule enclave européenne sur ce continent. Par conséquent, il s'agit aussi du département ultramarin le plus concerné par la diffusion et l'usage de cocaïne et de sa forme basée, le crack (Longuet et Vassaux, 2025). Si l'alcool est le produit le plus consommé en Guyane (souvent en poly-consommation associée à de la cocaïne ou du cannabis) (Obradovic, 2020), le crack représente près de 9 prises en charge sur 10 (Merle et Vallart, 2010).

L'Île-de-France est quant à elle la région la plus concernée par l'usage de crack en Hexagone (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Ces deux territoires sont donc tout particulièrement concernés par ces enjeux. Aussi, les expériences de prise en charge médicosociale sont mal connues en Guyane (comme dans les autres DROM). Si l'on peut faire l'hypothèse qu'elles se rapprochent des expériences hexagonales (puisque les dispositifs sont les mêmes), les particularités guyanaises, telles que les rapports de genre, les conditions de vie ou les états de santé des usagers, peuvent conditionner ces expériences de prise en charge différemment. Le manque de travaux scientifiques sur cette question nécessitait donc une investigation empirique au regard des connaissances déjà produites en Hexagone et dans les pays du Nord global. De manière générale, peu de travaux sociologiques sur l'usage de drogues et la déviance se sont intéressés aux situations guyanaise et ultramarine. Lorsque c'est le cas, les Outre-mers sont souvent comparés entre eux (Obradovic, 2020). Aussi, la démarche comparative dans les travaux croisant genre et drogues, est la plus souvent utilisée pour comparer les pays du Nord entre eux, comme la France et le Canada (Perrin, 2022) ou le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis (Du Rose, 2016). Si les résultats de ces travaux peuvent être potentiellement transposables à différents contextes, il me semblait néanmoins qu'explorer ces thématiques dans un terrain comme la Guyane pouvait être heuristique pour mettre à l'épreuve les connaissances produites depuis les pays du Nord. Ceci aller de pair avec une volonté de me décentrer de mon univers de référence (le territoire urbain et cosmopolite parisien), afin de dépasser, en un sens, l'ethnocentrisme. De retour à Paris, suite à mon premier terrain en Guyane, j'ai pu mesurer

l'apport de l'étude d'un contexte différent. À l'aune de mes observations en Guyane, j'ai pu identifier et réévaluer certains éléments qui me paraissaient évidents en Île-de-France. Il me semble que sans cela, je n'aurais pas saisi (ou en tout cas, pas de cette manière, ou pas aussi rapidement) certains aspects du recours institutionnels des femmes franciliennes, comme l'orientation des femmes en CSAPA après la fréquentation d'un CAARUD sans aller-retour, la segmentation des publics des deux institutions pas aussi développées sur les deux territoires, etc.

Ces motivations scientifiques s'articulent à une raison plus pratique qui m'a amené à étudier la Guyane. Mon projet de thèse repose sur l'analyse des données de l'enquête ANRS-Coquelicot qui porte sur le territoire hexagonal mais aussi sur la Guyane, seul territoire ultramarin de l'enquête. L'accès à ces données a largement contribué au choix d'en faire un terrain d'enquête.

Le contexte guyanais et le travail d'apprentissage en terrain peu connu

Si l'Île-de-France est une région davantage documentée et mieux connue du grand public, elle n'est pas pour autant homogène ni exempte de spécificités territoriales. Néanmoins, au regard de la place qu'elle occupe dans les recherches sur les politiques sociales ou sanitaires, je choisis de ne pas en proposer une contextualisation approfondie. Ce n'est en revanche pas le cas de la Guyane, territoire moins étudié et souvent mal connu, ce qui justifie l'exposition de quelques éléments de contexte.

La Guyane est un département-région d'Outre-mer français (DROM)¹⁰⁵ situé sur la côte nord-est de l'Amérique du Sud, aux frontières du Suriname et du Brésil (voir figure 4). C'est un territoire couvert à 95 % de forêt amazonienne. La Guyane est le seul DROM continental (en comparaison avec la Martinique, la Guadeloupe, la Réunion, et Mayotte). Cependant, par son opposition marquée entre le littoral et l'intérieur du territoire (forêt amazonienne), le département-région s'apparente à une île (Lézy, 1998). Cette opposition géographique implique une concentration de la population principalement sur l'Île de Cayenne (Haddad, 2018). L'Île de Cayenne est une entité plus large que la seule ville de Cayenne, elle regroupe les communes de Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly, ce n'est pas une île à proprement parlé. Cette région est à la fois la plus grande de France, et celle qui dispose d'une densité de population la plus faible (3 habitant·es par kilomètre carré, en comparaison la densité à Paris est de plus de 20 000

¹⁰⁵ Avant d'être un DROM, la Guyane était un DOM : « conseil général et conseil régional ont été fusionnés en 2015 en une assemblée unique, la Collectivité territoriale de Guyane » (Carde, 2016 : 20).

habitant·es par kilomètre carré¹⁰⁶). La Guyane possède deux appartenances géographiques et politiques distinctes : sud-américaine et française (Carde, 2016). Son statut administratif et politique est marqué par la catégorie « Outre-mer » construite par la colonisation. Comme l'indiquent Élise Lemerrier, Valelia Muni Toke et Élise Palomares :

« La dénomination “Outre-mer” sert à la désignation de territoires ayant pour point commun le rattachement à une métropole, la France hexagonale. Officiellement pluralisée depuis l'année des “Outre-mer” en 2011, cette dénomination engage à prendre en compte à la fois la distance géographique de ces territoires vis-à-vis de l'Hexagone – construisant de fait une géographie ethnocentrée – et leur hétérogénéité sociale, culturelle, linguistique, politique et statutaire. » (Lemerrier *et al.*, 2014).

Stéphanie Guyon insiste sur la persistance de logiques coloniales dans l'organisation administrative contemporaine de l'état dans les territoires d'Outre-mer français. Elle montre la tension entre demande d'égalité avec la métropole et revendications d'adaptation aux contextes locaux (Guyon, 2016). La gestion des Outre-mer français repose sur une dualité historique entre une logique d'assimilation (universaliste) et une logique de la différence (prenant acte des spécificités socioculturelles). Cette opposition continue de structurer les statuts juridiques des Outre-mer (*Ibid.*). La Guyane, comme la Guadeloupe, la Martinique, la Réunion ou Mayotte, a un statut exceptionnel dans l'action publique, entre adaptations, dérogations et dispositifs spécifiques. Toutefois, ces particularités ne signifient pas toujours une reconnaissance des identités locales mais peuvent aussi refléter une continuité du gouvernement colonial (*Ibid.*). La Guyane a été colonisée au 17^{ème} siècle par la royauté française avant « de devenir un département français d'outre-mer (DROM) en 1946 pour son littoral » (Léobal, 2021). L'esclavage est « l'un des fondements de l'histoire de la Guyane et des Antilles » (Mam Lam Fouck, 2000), tout comme la colonisation.

Historiquement, socialement et économiquement, la Guyane et les autres DROM ont de nombreuses similitudes « notamment sur le plan socio-économique : les niveaux de chômage, de pauvreté et des inégalités sociales y sont nettement plus élevés qu'en France métropolitaine (Audoux *et al.*, 2020) » (Breton *et al.*, 2021). Plus de la moitié des habitant·es de Guyane sont « “pauvres” au sens monétaire, contre “seulement” 14% de la population en métropole, un·e habitant·e sur deux ne vit que des minimas sociaux (Merceron, 2020) » (*Ibid.*). On peut donc dire que la Guyane (cela concerne aussi les autres DROM) associe « une forte pression démographique et [un] contexte social sous tension » (Haddad, 2018).

¹⁰⁶ Chiffres de l'Insee, 2025.

La Guyane se caractérise par la présence de populations et de groupes ethnoculturels divers. Cela la distingue des Antilles françaises, est en fait un enjeu particulier sur le territoire : « Partagée de façon plus ou moins analogue avec les autres pays du Plateau des Guyanes (Suriname et Guyana), un tel brassage de population hétérogènes est un fait unique (en dehors des grandes capitales cosmopolites) sur tout le continent américain. » (Tareau, 2019). On peut parler de multiculturalité guyanaise et de contexte migratoire multi-ethnique. Certains anthropologues décrivent la Guyane comme une mosaïque ethnique, même si la mosaïque suppose qu'il existe des frontières nettes entre tous les carreaux de céramiques, ce qui n'est pas le cas en Guyane où les frontières entre populations sont poreuses, en témoigne la place importante du métissage dans la société (Léobal, 2017). Le territoire est composé d'un grand nombre de groupes ou communautés ethnoculturelles : créoles guyanais, noirs-marron·es ou *businengue*, amérindien·nes, métropolitain·es, hmong, antillais·es, etc. La population créole a fait l'objet de différents travaux anthropologiques et historiques, comme ceux de l'anthropologue Marie José Jolivet ou de l'historien spécialiste de l'histoire de la Guyane Serge Mam Lam Fouck. Dans un article sur les sociétés créoles aux Antilles-Guyane et sur l'esclavage, ce dernier décrit l'évolution de la population créole :

« En Guyane et aux Antilles le terme de créole a d'abord désigné les Européens nés dans le pays. Mais, dès les débuts de la colonisation, le mot désigne également les descendants d'esclaves africains. Il s'étendra en Guyane, après l'abolition de l'esclavage, aux Africains libérés et aux descendants des immigrants de toutes origines qui adopteront la culture créole. » (Mam Lam Fouck, 2000).

Les *businengue* font l'objet du travail de l'historien Jean Moomou, il décrit ce groupe : « Les Djuka, les Saramaka, les Boni, les Paramaka font partie de ce que le colonisateur du Surinam désigne sous le terme de Bushinengue, c'est-à-dire les esclaves qui ont quitté dès les années 16802 (Kondi-nengue), et surtout durant le XVIIIe siècle (pour les ancêtres des Bushinengue d'aujourd'hui), les plantations de la colonie de la Guyane hollandaise (Surinam) pour créer leur propre société en marge du monde colonial esclavagiste. Les Bushinengue forment six groupes à l'intérieur des terres du Surinam et sur les rives du Maroni-Lawa, fleuve servant de frontière entre la colonie de la Guyane hollandaise (Surinam) et la Guyane française hier, entre un État indépendant (Surinam) et un département français d'outre-mer aujourd'hui. » (Moomou, 2011). Au-delà des différents groupes ethnoculturels guyanais (je ne les détaille pas tous ici), il existe également une forte immigration de populations en provenance des pays environnants comme le Suriname, le Brésil ou Haïti (Charrier, 2017). Les étranger·es représentent 35,6 % des habitant·es en Guyane. Il s'agit du département français où le taux

d'immigrés est le plus élevé (Temporal et Serges, 2014). Aussi, la population Guyanaise est extrêmement jeune et sa croissance démographique est beaucoup plus importante que dans les autres DROM (Martinique, Réunion, Guadeloupe) (Breton *et al.*, 2021).

Selon Estelle Carde, « la Guyane se caractérise par le contraste de ses appartenances géographique (à une terre sud-américaine) et politique (à la République française). » (Carde, 2016). Étudier le recours des femmes aux institutions médicosociales de l'addiction en Guyane nécessite donc de prendre en compte les normes socioculturelles de consommation de drogues influencée par l'Amérique du Sud (et la Caraïbe), et des normes et politiques publiques de prises en charge et d'accompagnement pensées par l'Hexagone.

Figure 4 - Carte de la Guyane



Source : OSM, N. Tardieu, 2025.

Étudier un territoire méconnu au départ et dont je ne suis pas originaire nécessite un apprentissage, bibliographique premièrement, empirique ensuite. J'ai dû me familiariser à un vocabulaire, à des normes et des codes. Le premier entretien que j'ai réalisé en Guyane illustre assez bien cette méconnaissance. Je rencontre Paulette lors d'une maraude, je la questionne sur le type de drogues qu'elle consomme actuellement.

Estelle : En ce moment vous consommez quoi comme produit ?

Paulette : Moi je bois que du tafia et je fume des cigarettes.

Estelle : Vous buvez quoi ?

Paulette : Du tafia, c'est La Belle Cabresse, j'adore La Belle Cabresse.

Estelle : Vous buvez tous les jours ?

Paulette : Hein !! Je bois pas tous les jours ! Bah oui je bois tous les jours, ma Belle Cabresse c'est ma femme et mon mari en même temps ! Et ça je suis inséparable avec, je suis mariée avec.

[Paulette, 34 ans, association de RdR, Guyane]

Lors de cet entretien, je ne sais pas à quoi fait référence le « *tafia* » et « *La Belle Cabresse* ». Je ne chercherai d'ailleurs pas à le savoir par peur de paraître incompetente vis-à-vis de l'enquêtée et du travailleur social se trouvant non loin. Aussi, la méconnaissance du vocabulaire peut avoir un impact sur la continuité du discours. Si j'avais lu que le cannabis était aussi appelé « *kali* » en Guyane, je ne connaissais pas les marques de rhum local, et notamment la marque de rhum guyanaise *La Belle Cabresse*. Il m'a fallu un temps de socialisation pour comprendre certains aspects de la culture guyanaise. En raison de ma non-appartenance à la société et du temps réduit de mon enquête, certains éléments sont donc moins développés, plus partiels. Comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan, l'apprentissage du chercheur ou de la chercheuse au contact du terrain relève d'une compétence pratique qui s'acquiert progressivement, à travers le temps et l'expérience. Il ne s'agit pas seulement d'appliquer une méthode formalisée, mais aussi de développer une capacité d'adaptation et d'appropriation des codes, des normes et du langage propres au milieu étudié (Olivier de Sardan, 1995).

Les terrains francilien et guyanais ont été pensé conjointement, même s'il existe une asymétrie des données entre les deux territoires (liée à des différences de superficie, de démographie, d'institutions et de praticité géographique). Il est en effet difficile de standardiser le dispositif d'enquête dans les deux contextes et de proposer une profondeur analytique aussi développé sur les deux terrains. Les styles de comparaison sont variés et ne répondent pas aux mêmes objectifs. En effet, les formes de la comparaison peuvent être « multiples, en fonction des objectifs des chercheur.es, partagé.es notamment entre montée en généralité et épaisseur

des singularités (Béal, 2012). » (Chevalier, 2022). La question est de savoir, à présent, si et dans quelle démarche comparative s'inscrit cette enquête.

Une enquête multi-située ou comparative ?

La comparaison est au fondement de la discipline sociologique, Émile Durkheim écrivait que « la sociologie comparée n'est pas une branche particulière de la sociologie ; c'est la sociologie même, en tant qu'elle cesse d'être purement descriptive et aspire à rendre compte des faits » (Durkheim, [1895] 2013 : 137). La comparaison s'applique à des niveaux microsociologiques (comparaison d'individus entre eux) ou à des niveaux macrosociologiques (institutions, région, pays). Au cours de la recherche, je me suis demandée à plusieurs reprises si mon enquête était multi-située, comparative, ou même si elle pouvait légitimement se réclamer de l'une de ces deux approches.

Les sciences sociales ont connu divers mouvements historiques dans l'utilisation des méthodes dites « comparatives ». Le comparatisme a été mobilisé dans de nombreux travaux mais diverses critiques théoriques lui ont été associés. En réponse, l'approche « multi-située » s'est développée, popularisée par l'anthropologue américain George E. Marcus (1995). Cette approche tend à se désolidariser du comparatisme : « le multi-situé n'est point comparatisme, il en est même en quelque sorte l'inverse et émerge dans un contexte où ont été émises diverses réserves quant aux vertus du comparatisme. » (Bocquet, 2019). Les défenseur·ses de l'approche multi-située ont formulé plusieurs critiques à l'égard du comparatisme, soulignant notamment qu'il ne constitue pas le seul moyen d'éviter l'ethnocentrisme et qu'il tend parfois à figer les oppositions plutôt qu'à en interroger les dynamiques (*Ibid.*). L'approche multi-située renvoie à une positionnalité particulière du·de la chercheur·se nécessitant de se multi-situer lui·elle-même : « pour appréhender son objet depuis une variété de points de vue – ce que Marcus appelle un “activisme de circonstances” » (Baby-Collin et Cortes, 2019). Cette approche correspond le plus souvent à des recherches qui suivent leurs enquêté·es en mouvement « pour mettre au jour leur champ “socio-spatial relationnel” » (*Ibid.*). Finalement, faire du multi-située c'est « travailler sur des objets en mouvement, ou dispersés en des lieux séparés, [ceci] implique de déployer de modes de collecte des données permettant de saisir la mise en relation [...] alors que la comparaison juxtapose des espaces ou des situations distincts pour en démêler les traits communs et les spécificités, la démarche multi-située implique l'analyse des liens existant entre les lieux, les objets ou les acteurs, plaçant ainsi le relationnel au centre. » (*Ibid.*).

Ma démarche ne s'intéresse pas aux migrations Guyane-Hexagone ou encore aux femmes guyanaises qui souhaitent engager des démarches de soins ailleurs (ce qui suppose leurs circulations dans l'espace), j'ai donc écarté l'approche multi-située. Mon travail se situe davantage dans la lignée du travail de Cyril Lemieux sur la réhabilitation du comparatisme en sciences sociales, et particulièrement du comparatisme réflexif. Il déclare :

« Il s'agit, en d'autres termes, de parvenir à “nous” voir, grâce à “eux”, comme nous verrions des “autres” : c'est la formule-clé du comparatisme en sciences sociales, dans la mesure où elle indique à la fois l'effort d'étranglement radical qui doit être mené, par la confrontation à d'autres groupes ou d'autres sociétés, à l'égard de nos propres pratiques et croyances, et la limite que rencontre quasi obligatoirement cet effort du fait qu'il est, et qu'il reste, le “nôtre” ». » (Lemieux, 2019).

La démarche comparative nécessite de prendre garde aux difficultés empiriques mais aussi et surtout au « raisonnement des sciences sociales » (*Ibid.*). Selon Lemieux, s'inscrire dans cette démarche nécessite de mobiliser des concepts comparatifs. Il s'agit de concepts qui s'appliquent universellement tel que la prohibition de l'inceste ou le don contre-don. Il existe également des concepts semi-narratifs ou « régionaux » tels que les notions de capitalisme, d'état-nation, de champ ou d'institution totale. Ces derniers sont congruents dans des contextes spécifiques, mais pas transposables à l'ensemble des sociétés. D'après lui, un des dangers de l'ethnocentrisme est précisément d'utiliser des concepts semi-narratifs dans des espaces dans lesquels cela n'est pas approprié (ce qui témoignerait du manque d'universalité). Ainsi, le comparatisme ne repose pas tant sur « de lourds dispositifs de comparaison entre groupes et sociétés, mais, plutôt, et avant tout, par l'usage idéalement systématique de concepts comparatifs pour décrire les réalités sociales singulières que l'on a à analyser » (*Ibid.*). Lemieux montre que les critiques que les auteur·rices peuvent rencontrer concernant leur usage de la comparaison se rapportent en fait à leur usage des concepts :

« Ce qui a surtout été dénoncé en effet ces dernières décennies est le fait que les données servant à comparer sont très souvent construites et analysées à l'aide de concepts liés à la culture de la société d'appartenance du chercheur. Ainsi les critiques du comparatisme ont-ils contesté que, dans beaucoup d'études, le point de vue depuis lequel la comparaison était opérée soit aussi “neutre” et “objectif” qu'il était prétendu : ils ont souligné qu'il était en réalité chargé de présupposés inconscients au sujet de ce qu'est ou de ce que devrait être un “groupe”, une “société” ou une “nation”. » (*Ibid.*).

Il résume l'ensemble de la démarche comparative comme ceci :

« La force du comparatisme – nous le comprenons mieux désormais – n’a jamais tenu d’abord, ni essentiellement, au simple fait de réunir et de confronter entre elles des données concernant des sociétés humaines différentes. Elle tient bien plutôt au type de concepts qui sont utilisés pour étudier les réalités sociales présentes ou passées : plus ceux-ci sont comparatifs, c’est-à-dire à portée universelle, plus ils émancipent l’analyse de ses présupposés ethnocentriques ; plus ils la rendent, en ce sens, “objective” et “scientifique” » (*Ibid.*).

Dans notre cas, nous pourrions utiliser par exemple, la partition masculin/féminin comme concept universel, dès lors qu’il est présent dans toutes les sociétés (Île-de-France, Guyane), même si sous des formes diverses (configurations et déclinaisons locales).

Dans un premier temps, et je l’ai abordé précédemment, la comparaison m’a permis de visibiliser une contradiction. Depuis la Guyane, j’ai pu questionner certains éléments qui me paraissaient « naturels » en Île-de-France, cela m’a m’apporté d’autres clés de compréhension. Comme Estelle Carde, qui a consacré une partie de son travail aux discriminations d’accès aux soins en Hexagone et en Guyane met en avant cela, il m’est apparu que « si les processus discriminatoires qui s’y déroulent [en Hexagone et en Guyane] procèdent bien de logiques similaires, leur déclinaison guyanaise s’avère la plus visible, facilitant en retour la lecture de la “métropolitaine”. » (Carde, 2012). Les logiques d’invisibilisation des femmes dans les CAARUD et les CSPAPA étaient marquées différemment, et m’ont permis de comprendre les dynamiques de prise en charge d’un territoire à l’aune de l’autre. Plus exactement, j’ai repéré des différences de traitement institutionnel selon les ressources des usagères impliquant alors des catégorisations au sein du public féminin, et des parcours de soins envisagés différemment selon les professionnel·les guyanais·es et francilien·es.

En outre, la comparaison a d’autres avantages. Elle permet de caractériser un espace au regard de l’autre, d’observer des régularités dans les deux territoires alors même qu’ils sont supposés différents. Helene Nicolas, anthropologue du genre, déclare à ce propos dans sa recherche sur la Nouvelle-Calédonie : « Focalisée sur le soin de ne pas projeter mes propres catégories culturelles, je postulais en fait qu’il existait une différence radicale entre ma société et la société étudiée [...]. Il est pourtant possible que des sociétés distantes partagent des caractéristiques sociales. » (Nicolas, 2022). L’avantage de la comparaison est donc de voir les similitudes dans deux terrains supposés différents (et non de voir les différences dans deux terrains supposés identiques), en confrontant deux réalités distinctes, en reliant un cas singulier à un autre.

L’imbrication de méthode quali-quantitative, l’approche comparative ou le fait de réaliser une enquête auprès de personnes consommatrices de drogues, souvent en situation de précarité,

entraîne une réflexion indispensable sur les pratiques éthiques dans la recherche. J'aborde désormais les principales questions éthiques que j'ai rencontrées dans la mise en place et la réalisation du dispositif empirique. Aussi, je propose des réflexions épistémologiques quant à la réalisation d'une enquête auprès de public marginalisé et sur un terrain post-colonisé.

3. Des enjeux éthiques et épistémologiques

3.1 L'éthique en terrain institutionnel et médicosocial

L'enquête, puisqu'elle porte sur des populations fragiles fait l'objet d'impératifs éthiques. Au-delà des questions de santé, mon enquête est une enquête en terrain sensible dans la mesure où elle est « traversée de souffrance, d'injustice et de violences pour les personnes concernées » (Boué *et al.*, 2024). Aussi, les personnes rencontrées lors de l'enquête sont stigmatisées (en lien notamment avec le cadre prohibitionniste de la loi du 31 décembre 1970, rendant l'usage de drogues illicite), et souvent en situation de précarité et de marginalité. Qu'il s'agisse de l'enquête quantitative ou de l'enquête qualitative, les deux projets ont été évalués par les instances éthiques de la recherche, la première par un comité de protection des personnes (CPP), la seconde par le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'université Paris-Cité. Le passage des projets dans les instances éthiques ne suffit toutefois pas à garantir l'ensemble des exigences éthiques. La sensibilité du terrain comme le fait que l'on traite de pratiques illégales et de santé, engagent nécessairement un « travail d'éthique processuelle » (Perrin *et al.*, 2020). Julie Perrin et ses collègues définissent l'éthique processuelle comme « les démarches qui font référence à une compréhension englobante, relationnelle et située de l'éthique de la recherche et qui adaptent leurs principes aux particularités de chaque terrain. » (*Ibid.*). Étant donné l'inscription institutionnelle et médicosociale du terrain, les enjeux éthiques sont liés aux professionnel·les du soin et de la réduction des risques des institutions. Trois éléments liés à leurs présences sur le terrain ont suscité des interrogations ou dilemmes éthiques : leurs mises en garde pour protéger les usagers ; leurs influences sur le consentement des usagers ; et la divulgation des données de santé. Finalement, cette enquête a eu recours à la rétribution monétaire, j'aborde donc la pratique et les effets de son usage, notamment éthique.

Les mises en garde des professionnel·les

Lors des phases de présentation du projet et de recrutement, certain·es professionnel·les m'ont alerté quant aux possibles conséquences négatives de l'entretien sur les usagères. En effet, les entretiens peuvent raviver des mauvais souvenirs que les personnes peuvent avoir du mal à gérer ensuite¹⁰⁷. Le chef de service d'un CSAPA m'indique à la fin de la première rencontre : « Par contre, vous faites attention de pas raviver leurs traumatismes... Après on doit les ramasser à la petite cuillère ». Il ajoute ensuite : « Vous devez savoir vous êtes sociologue. Mais tout le monde n'est pas sociologue, puis ce n'est pas tout le monde qui comprend ce que font les sociologues d'ailleurs. ». Ce directeur a réalisé un master de sociologie, il a donc été sensibilisé à l'exercice sociologique. Il me demande donc de ne pas explorer leurs « psycho-traumas » pour deux raisons : cela ne serait pas bénéfiques aux usagères ; cela ne correspondrait pas aux attentes du métier de sociologue. C'est surtout la première raison qui est importante ici. Si à la suite d'un entretien, une usagère ne se sent pas bien, ce sont les professionnel·les qui sont en charge de rattraper les conséquences néfastes de l'entretien sur les personnes. Il y a donc une responsabilité morale et éthique qui doit être assurée par l'enquêtrice et que me rappelle ici le chef de service. Il a donc été nécessaire que je rassure les équipes sur la méthode de recherche employée : les personnes répondent uniquement aux questions qu'elles souhaitent, peuvent arrêter l'entretien à tout moment, peuvent s'opposer à l'enregistrement et/ou la prise de note. Au-delà de ma pratique de recherche, c'est aussi l'équipe médicosociale (qui a un devoir de protection vis-à-vis des usager·es qu'elle accueille) qui est donc concernée par les effets de l'enquête.

Influencer le consentement

Réaliser l'enquête aux côtés des professionnel·les a aussi un impact sur le consentement des usagères. J'ai observé que certaines d'entre elles participaient à l'enquête pour faire plaisir aux professionnel·les avec qui elles partageaient des relations de confiance privilégiées. Cet élément s'ajoutait au premier filtre que réalisaient les professionnel·les pour sélectionner certaines usagères de l'enquête.

¹⁰⁷ A ce propos, de nouvelles manières de penser la récolte de données (en particulier liés à des traumatismes/violences) est en train d'émerger, notamment le recyclage de données qualitatives dans des études canadiennes. Sur les terrains sur-enquêtés (consommateur·rices de drogues, personnes sans domicile, etc.) cela permet de ne pas solliciter plusieurs fois les personnes.

De ce fait, il est arrivé que les professionnel·les en encouragent certaines à participer pour obtenir la rétribution monétaire¹⁰⁸ (ils et elles considéraient que les usagères en question avaient besoin d'argent, et que participer à un entretien était un moyen facile d'en obtenir). Lors de la phase de recrutement dans un CAARUD guyanais, les professionnel·les m'annoncent qu'Isabel, une usagère de leur structure, est intéressée par l'entretien. Ils et elles m'indiquent qu'elle sera prévenue de ma prochaine venue afin que l'on puisse le réaliser. Le jour venu, Isabel est en train de dormir sur une chaise longue dans la cour du CAARUD. Lorsqu'elle commence à se réveiller, une professionnelle lui signale que je suis arrivée. Isabelle souhaite continuer sa sieste. La professionnelle insiste : « Allez Isabel, va faire l'entretien, tu pourras avoir tes p'tits tickets ! ». Mal réveillée, Isabel m'a alors rejoint. Présupposant qu'il serait mieux pour Isabel de participer à cet entretien que de ne pas le faire, cette professionnelle a influencé son consentement. Johanna Siméant-Germanos explicite ce type de situation dans une recherche portant sur les migrant·es :

« On notera que la discussion avec les associations de soutien aux migrants (au nom du fait que la recherche devait retourner à la société et bénéficier aux migrants) faisait de ces dernières les interprètes des besoins des migrants, et, en tant que structures professionnelles qui avaient sous leur direction hiérarchique des salariés, celles qui *in fine* influençaient fortement le “consentement” de leur subordonnés » (Siméant-Germanos, 2022).

Le consentement d'Isabel a été bousculé par les entremises de la professionnelle et sans cela, je doute qu'elle y ait participé, ou en tout cas pas à ce moment-là. Enquêter en milieu institutionnel implique nécessairement de se confronter à la hiérarchie, en l'occurrence ici des professionnel·es, sur les usagères. Les relations entre professionnel·les et usager·es sont fortement marquées par la verticalité (même s'il existe des variations selon les institutions) ; dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur la valeur du consentement, lorsqu'il est accordé à la suite d'incitations des professionnel·les. Cette situation a interrogé ma posture d'enquêtrice et la décision que j'ai prise de conduire malgré tout certains entretiens. Avec le recul, ce choix aurait sans doute pu être envisagé autrement.

Divulguer des données de santé

Finalement, j'ai été confrontée à un dernier dilemme éthique : la transmission d'informations de santé confidentielles par les professionnel·les. Certaines m'ont été communiquées lors d'observations ou de conversations informelles, sans le consentement des

¹⁰⁸ Voir la prochaine sous-section sur la rétribution dans l'enquête.

personnes concernées, y compris parfois celles que j’ai rencontrées en entretien. Ces informations avaient soit pour but de me permettre de mieux comprendre le parcours des personnes, soit étaient simplement évoquées lors de conversations informelles. De telles discussions sur les patient·es ou usager·es sont courantes et nécessaires au suivi des accompagnements au sein des équipes de soins et médicosocial. J’ai néanmoins entretenu, au moment de l’analyse, un rapport ambivalent à ces informations. Si l’accès à ces informations ne m’a pas dérangé durant le terrain (puisque je pouvais effectivement mieux comprendre certains éléments et de manière plus rapide), c’est durant la phase d’analyse qu’ont émergé des questions éthiques vis-à-vis de ces données (que je considérais précédemment comme complémentaires aux entretiens et observations). Comme l’expliquent Aude Béliard et Jean Sébastien Eideliman, il est en effet courant durant l’enquête d’être face à des « données non-anticipables avant le début de la recherche » (Béliard et Eideliman, 2008), ce qui a des impacts sur l’évolution du positionnement éthique (ces données n’ont pas été déclarées lors de la soumission du projet au comité d’éthique de l’université Paris-Cité par exemple).

Ce cas s’est produit en particulier pour deux usagères que j’ai rencontré en entretiens. Suite aux entretiens, les professionnel·les, certainement sous le coup de la confiance, m’ont donné des informations de santé, qu’elles-mêmes ne m’avaient pas partagées. Pour la première, j’ai obtenu des informations sur les relations qu’elle entretient avec ses enfants, la situation sociale de ces enfants, les violences conjugales qu’elle a subies et sa séropositivité au VIH. Elle ne m’avait dévoilé aucun de ces éléments en entretien. Pour la seconde, j’apprends qu’elle est séropositive au VIH et des informations sur ses enfants (les professionnel·les sont en contact avec eux). Dans ces deux cas, les informations divulguées sont diverses, le point commun réside dans la divulgation du statut sérologique des participantes vis-à-vis du VIH. Ces divulgations ont eu lieu dans le cadre de discussions (liées aux handicaps et aux parcours de migration des participantes) et n’avaient pas pour but de me dévoiler volontairement le statut sérologique. Pourtant la révélation de ces informations peut être puni par la loi, selon l’article 226-1 du code pénal : « Est puni d'un an d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui ».

Face à ces situations, je me suis interrogée sur le statut accordé à ces informations : devais-je les prendre en compte ? Fallait-il que j’en fasse abstraction dans l’analyse ? Ce dilemme (qui ne relève pas tellement du statut juridique des données mais plutôt du fait qu’elles ont été obtenues sans le consentement des personnes) a été difficile à résoudre dans la mesure où il repose sur une « tension éthique et juridique entre “droit d’enquêter” et “droit des enquêtés” » (Monge, 2016). Cette tension est particulièrement présente dans les recherches réalisées au sein

d'institutions. Ces divulgations d'informations de santé ont été davantage présentes en Guyane qu'en Île-de-France. En Guyane, j'ai pu être considérée comme une « experte » de l'usage de drogues et comme une jeune femme de l'Hexagone qui « s'intéresse » au territoire (là où j'étais davantage considérée comme une étudiante en Île-de-France). Cette perception a certainement eu un effet sur le souhait des professionnel·les de m'apporter des informations supplémentaires. Ce dilemme est également difficile à résoudre puisqu'il implique soit la trahison des professionnel·les qui m'ont donné leur confiance (avec la volonté de m'aider dans mon travail) soit des usagères qui, elles, n'ont pas consenties à la collecte et l'utilisation de ces informations. Je me retrouve ainsi dans une situation de « double empathie/double trahison » ou de dissonance éthique (Fainzang, 2006). J'ai ainsi fait le choix de garder ces informations mais de ne pas les mobiliser dans l'analyse. Plus généralement, le problème de la trahison est inhérent au travail sociologique, elle est inéluctable et « s'opère dans le passage du terrain à l'amphithéâtre, de l'enquête à l'écriture de son compte-rendu. Même informé-e-s de cet ultime mouvement, les enquêté-e-s sont par ce mouvement dépossédé-e-s : du sens de leurs pratiques, de leurs paroles, et de leur destination. » (Clair, 2016 : 37). À défaut d'être un problème que l'on peut intégralement résoudre, cela peut « servir d'outil » (Monge, 2016) dans le cadre d'un travail d'éthique processuelle.

3.2 L'utilisation de l'argent dans l'enquête

Dans ces enquêtes (ANRS-Coquelicot et entretiens) toutes les usagères qui participaient étaient rétribuées à hauteur de 15€ en tickets-service¹⁰⁹, je reviens ici sur les différents enjeux de la rétribution et son effet pendant le terrain¹¹⁰.

L'idéal de la non-rétribution en sciences sociales

L'introduction de la rétribution soulève des enjeux méthodologiques et éthiques, car elle questionne l'influence de l'argent sur le consentement des personnes. En effet, la participation aux enquêtes doit être libre et le consentement de l'enquêté·e ne doit pas être influencé par une incitation financière (Fagard *et al.*, 2023), un impératif auquel les instances éthiques de la

¹⁰⁹ Il s'agit de chèques destinés aux populations économiquement fragiles. Ils peuvent être utilisés dans des magasins ou commerces pour des produits d'alimentation (hors alcool), d'hygiène, de culture ou de loisirs.

¹¹⁰ Cette section a fait l'objet d'une publication, cf. Estelle Filipe, Marie Jauffret-Roustide, « Rétribuer des personnes consommatrices de drogues dans des enquêtes sociologiques », *terrains & travaux*, n°45, 2025. Sa forme est légèrement modifiée ici. Ces analyses concernent les deux volets de l'enquête, y compris l'enquête ANRS-Coquelicot dont j'ai réalisé l'enquête pilote avant ma thèse.

recherche sont particulièrement attentives, notamment à travers la distinction entre rémunération (de type salaire) et indemnisation. L'utilisation de la rétribution dans les enquêtes en sciences sociales a été peu étudiée en France, elle n'est presque jamais mentionnée dans la littérature disponible, d'autant plus pour les enquêtes qualitatives où l'utilisation de la rétribution peut être parfois interprétée comme « une “trahison de la relation enquêteur-enquêté” » (Christin et Pasquali, 2011) » (Bonté, 2021). C'est plutôt vers les travaux anglophones qu'il faut se tourner pour trouver des analyses sur les enjeux de la rétribution. La sociologue Emma Head montre dans son enquête sur les mères isolées que la rétribution est un moyen efficace pour le recrutement des participantes limitées par le temps ou l'argent (Head, 2009 ; Descartes *et al.*, 2011), et qu'elle assure une plus grande diversité de participation et donc des données plus riches (Head, 2009). Emma Head se questionne toutefois sur ses effets, notamment l'altération du consentement, les biais que cela produit, les difficultés institutionnelles pour les chercheur·ses à rétribuer et au leurre qui consiste à penser que cela rétablit véritablement l'équilibre dans la relation d'enquête (Head, 2009). Plus récemment, des chercheuses ont mis en évidence que le paiement des participant·es s'inscrivait dans une éthique du *care*, selon laquelle il est un principe éthique pour assurer le respect des enquêté·es en situation de précarité, dans une logique inspirée de l'économie politique féministe (Warnock *et al.*, 2022). Elles montrent que si la rétribution implique des risques (liés au consentement principalement) que les chercheur·ses doivent prendre en compte (Gelinat *et al.*, 2018), cela n'empêche pas la création des liens de confiance, la qualité de la relation d'enquête et des données (Warnock *et al.*, 2022). Si les déséquilibres de pouvoir sont abordés et discutés entre chercheur·ses et enquêté·es lorsqu'une rétribution est en jeu (Cheff, 2018), cette pratique peut aussi, à l'inverse, être une condition préalable dans les enquêtes menées sur des populations socialement et économiquement fragiles (Warnock *et al.*, 2022). Le champ des addictions a été fortement marqué par les études biomédicales et de santé publique d'un point de vue scientifique, l'usage de drogues ayant été longtemps considéré comme pathologique (Jauffret-Roustide, 2004). C'est certainement cet ancrage disciplinaire qui a contribué à la diffusion de cette pratique en sociologie de la santé et dans les études relatives aux addictions. Pour autant, dans nos¹¹¹ enquêtes, ce sont plutôt les pratiques méthodologiques et les enjeux éthiques dans le champ des enquêtes sur la précarité (enquêtes sur les personnes sans domicile notamment) qui ont influencé nos choix.

¹¹¹ Incluant mon travail et celui de Marie Jauffret-Roustide.

Le choix de la rétribution financière dans l'enquête ANRS-Coquelicot et dans le volet qualitatif

Quatre raisons principales (morale, éthique, méthodologique, pratique) ont encouragé cette pratique dans l'enquête ANRS-Coquelicot et dans l'enquête qualitative. La première concerne l'exigence morale à rétribuer des publics en situation de précarité. Ces derniers composent en majorité les CAARUD et CSAPA, et connaissent différentes formes de vulnérabilités, incluant des ruptures de vie, des traumatismes et des troubles psychiques (Jaufret-Roustide, 2006 ; Cadet-Taïrou *et al.*, 2020 ; Palle, 2021). Si cela me semble légitime, certain·es considèrent au contraire que la rétribution peut être détournée en étant utilisée pour l'achat de drogues, en particulier lors des enquêtes menées auprès de populations sans domicile ou consommatrices de drogues (Fry et Dwyer, 2001), et donc contribuer à renforcer l'exposition aux risques de santé de publics déjà vulnérables (O'Brien et Madden, 2007). Cette position peut témoigner « d'un malaise plus large, indéniablement lié à la classe sociale, à l'égard des versements d'argent à des personnes en situation précaire¹¹² » (Abadie *et al.*, 2019, cité par Warnock, Taylor et Horton, 2022 : 197). Ensuite, la rétribution permet de répondre à une exigence éthique de compensation du temps accordé par les personnes (Bonté, 2021 ; Firdion *et al.*, 2000). C'est aussi un moyen d'équilibrer la relation d'enquête, puisque les chercheur·ses détiennent le plus souvent un capital social et symbolique (Thompson, 1996), ainsi que des ressources économiques plus importantes que les enquêté·es (Bonté, 2021). Finalement, la rétribution est utilisée pour une raison à la fois méthodologique et pratique. Elle permet de faciliter le recrutement des participant·es, particulièrement pour les publics minoritaires et difficiles à capter (Firdion *et al.*, 2000), et dans le cadre d'enquêtes qui nécessitent des effectifs importants.

Ce choix à l'épreuve du terrain : les effets d'annonce

La présence de la rétribution implique différents impératifs sur le terrain. Ils ont pu coexister, tout comme être difficiles à conjuguer : favoriser la participation suppose d'annoncer la rétribution aux personnes lors du recrutement, mais quels peuvent en être les impacts ? Obtenir des données fiables suppose que l'enquêté·e soit impliqué·e dans la relation d'enquête, mais est-ce compatible lorsque l'argent entre en compte ? Le recrutement des enquêté·es est étroitement lié à la manière dont le projet de recherche leur est présenté (Beaud et Weber, 2010). Lors de la phase exploratoire de l'enquête ANRS-Coquelicot, il avait été envisagé de ne pas

¹¹² Traduction personnelle.

annoncer la rétribution aux participant·es avant la passation du questionnaire, mais cette exigence n'a pas toujours pu être mise en œuvre.

Dans les deux volets de l'enquête (l'enquête ANRS-Coquelicot et les entretiens), plusieurs manières de diffuser l'information ont été observées : par un membre de la structure lorsque la recherche était présentée ; par l'enquêtrice au moment de la rencontre lorsqu'il y avait une prise de contact direct ; par l'enquêtrice en fin d'entretien ou de questionnaire ; par bouche-à-oreille entre usager·es. La divulgation dépendait du fonctionnement de la structure (accueil collectif, accueil sur rendez-vous, etc.), des moments où nous nous y rendions et de la prise de contact (en face-à-face, par téléphone, etc.). Annoncer la rétribution au moment de la rencontre avec l'enquêté·e est souvent implicitement déconseillé, car cela peut remettre en cause des raisons de participation plus importantes telles que la motivation et l'intérêt altruiste pour la recherche. La volonté de ne pas signaler la rétribution aux enquêté·es a été à plusieurs reprises indiquée par les professionnel·les des institutions dans lesquelles se déroulaient l'enquête qualitative. Lors de la présentation de cette dernière dans un CAARUD, la coordinatrice de l'association déclare : *« C'est mieux de pas leur dire, qu'elles acceptent sans ça, c'est mieux de ne pas les acheter »*. Cette professionnelle accepte que l'enquête se déroule dans sa structure, mais indique plusieurs fois qu'il ne faut pas dire aux usagères qu'il y a une rétribution, car sinon, dit-elle, *« ça fausserait leurs participations »*. Elle signale alors qu'il est préférable d'utiliser des arguments du type : *« tu ne participes pas parce que t'es un cobaye, mais pour qu'on comprenne comment améliorer les choses »*, *« il faut que ça change, qu'on prenne en compte la réduction des risques »*. Selon elle, ces arguments sont aussi forts que les arguments financiers pour convaincre les personnes. Quelques jours plus tard, la professionnelle m'indique qu'une usagère de sa structure souhaite participer à la recherche, mais qu'elle ne lui a pas dit que l'entretien était rétribué. Les professionnel·les opposé·es à la rétribution pour le recrutement ont aussi à cœur de préserver les liens de confiance qu'ils·elles établissent avec les usager·es, et qui pourraient être pervertis selon eux·elles par la présence d'argent. Une éducatrice de CAARUD lors de l'enquête qualitative indique également qu'elle ne parlait pas de rétribution, car elle a un lien tellement fort avec les usager·es que, dit-elle, *« je peux leur demander n'importe quoi, ils le feront »*. Elle explique ensuite qu'elle demandait aux usager·es de ne pas dire aux autres qu'il y avait une rétribution pour ne pas que le bruit courre. Ce qui, selon elle, a été respecté.

Ne pas mentionner la rétribution peut être un moyen pour les chercheur·ses de respecter l'exigence méthodologique, en s'assurant de la motivation des enquêté·es et de la diversification des profils des participant·es, mais, pour les professionnel·les des structures, cela permet surtout de préserver les liens de confiance entretenus avec les usager·es. Pour autant, doit-on réellement

considérer que la volonté de participer à une enquête est uniquement liée à l'argent pour les enquêté·es informé·es ? La motivation n'est-elle pas fluctuante au fur et à mesure de la rencontre et de la construction du lien de confiance entre enquêtrice et enquêté·e ?

Le refus pour certain·es professionnel·les d'annoncer la rétribution n'est pas systématique. En effet, dans d'autres structures, l'information de la rétribution des personnes est un passage obligé. Cela peut être lié à l'histoire de la structure, aux liens qu'elle entretient avec la recherche, à la formation des professionnel·les ou aux contextes militants dans lesquels ces dernier·ères évoluent. Les professionnel·les y exigent que les usager·ères de leur structure soient rétribué·es, puisque cela contribue à la reconnaissance de leurs savoirs et de leurs participations. Sur cet aspect, une expérience de recrutement dans un centre d'hébergement d'urgence (également CSAPA) est particulièrement révélatrice. Nous nous y rendons (moi-même et une autre collègue) afin de réaliser des passations de questionnaire. Ce jour-là, une dizaine d'usagers (des hommes uniquement) prennent leur petit-déjeuner dans une salle commune. Nous présentons l'enquête ANRS-Coquelicot et leur proposons d'y participer s'ils le souhaitent, sans aborder la rétribution. Aucun usager n'est intéressé. C'est l'arrivée d'une éducatrice, connue de tous dans la salle, qui modifie la situation. Elle déclare pour nous aider : « *Bah, les gars, pourquoi vous participez pas ? C'est rémunéré !* ». En réponse à cette entremise, les usagers se lèvent et la majorité d'entre eux souhaitent participer à l'enquête. La présence de la rétribution, tout comme le lien de confiance que l'éducatrice entretient avec l'ensemble des usagers présents permettent la bonne conduite de l'enquête. Son intervention a un deuxième effet immédiat : un recrutement facile et rapide des enquêtés. En effet, participer à une enquête pour des publics en situation de précarité peut donner lieu à une opportunité manquée, comme le fait de ne plus pouvoir bénéficier d'un repas chaud (Firdion *et al.*, 2000). Quand nous rencontrons les personnes dans les institutions et qu'elles discutent, cela peut donner l'impression qu'elles ont du temps qu'elles pourraient consacrer aux enquêtes. L'organisation de leurs journées est toutefois très contrainte et les discussions entre usager·es peuvent être liées à des opportunités pour obtenir ou consommer des produits ensemble, à des échanges de service, à des conseils pour obtenir un espace pour dormir la nuit. Les usager·es que nous rencontrons sont le plus souvent dans des parcours de vie très marqués par la dépendance, où l'organisation du quotidien est très centrée autour de la recherche du produit et de l'argent, ce qui en fait une ligne biographique dominante et laisse peu de temps pour d'autres activités (Castel, 1998). Leur temps doit être optimisé : pour cette raison, l'utilisation de la rétribution permet de capter les personnes dans l'immédiat.

Même si l'annonce est dépendante des modalités pratiques de prises de contact, informer les personnes de la présence de rétribution dès le début de la rencontre sera finalement la méthode la plus utilisée par la suite dans nos enquêtes. C'est un atout pratique indéniable et cela contribue à une forme de transparence entre chercheuses et participant·es. Il peut aussi être perçu comme plus éthique, car il permet de clarifier les conditions de la réalisation de l'enquête et de transmettre une information claire aux participant·es. Une enquête australienne s'est intéressée à la volonté de participer à une recherche chez des consommateur·rices de drogues injecteur·rices. Ses résultats montrent en ce sens que le gain économique n'est pas l'unique raison qui les pousse à participer. Il y a aussi : l'altruisme, la satisfaction personnelle, la volonté militante, etc. (Fry et Dwyer, 2001). Nous avons pu observer dans nos expériences de terrain cette variété de motivations, incluant la dimension de la rétribution, mais sans s'y limiter. L'annonce est un des éléments de la relation d'enquête, mais ce qui se joue pendant la rencontre est aussi une étape fondamentale. Je termine donc par l'analyse des effets de la rétribution dans la relation d'enquête et le déroulement de la rencontre.

Ce choix à l'épreuve du terrain : la relation d'enquête et le déroulement de la rencontre

Dans l'enquête qualitative, la présence de la rétribution a pu, il me semble, dans certains cas, brouiller le lien de confiance entre enquêtrice et enquêtée. Cela a été particulièrement marquant lors du recrutement d'une enquêtée dans un CSAPA avec accueil collectif. Ce jour-là, je rencontre une usagère qui a envie de parler. Après avoir discuté avec elle pendant vingt minutes au sein de l'accueil collectif (bruyant et très fréquenté), je lui propose de participer à un entretien et de continuer la discussion dans un endroit plus calme. La rétribution n'est pas mentionnée. La personne refuse faute de temps, mais continue à se confier sur les difficultés médicales et administratives qu'elle rencontre. Je réitère alors ma proposition, en mentionnant cette fois-ci la rétribution. La personne déclare alors sur le ton de l'humour : « *Ab ! Il y a des tickets, tu m'achètes en fait ? Bon, allez s'il y a des tickets, j'ai le temps* ». Je tente alors de lui expliquer que je ne souhaite pas l'« acheter », mais compenser le temps qu'elle me donnerait en participant à l'entretien. Dès lors, la relation d'enquête semble reposer sur un contrat formel entre l'enquêtée et l'enquêtrice, ce qui ne coïncide pas avec les attendus de la recherche et la création d'un lien de confiance suffisant. Pour autant, durant l'entretien, qui durera près de 2 h 30, la personne indiquera ensuite à plusieurs reprises être satisfaite de participer à la recherche, qu'elle trouve intéressante et qui lui rappelle sa situation professionnelle passée (ancienne professeure). La relation d'enquête est fortement marquée de prime abord par la présence de la rétribution,

mais elle évolue au cours du temps, comme cela est le cas dans des entretiens non rétribués. En effet, la relation évolue car l'espace de l'entretien peut être vécu comme un temps de « ressourcement narcissique » pour l'enquêté·e, qui bénéficiera de son côté de l'écoute attentive de l'enquêteur·rice (Emmanuelli et Jauffret-Roustide, 2003).

Lorsque la rétribution était méconnue dans l'enquête qualitative, les usagères s'assuraient pendant la rencontre d'être les plus exhaustives possibles dans les réponses apportées ou de ne pas compter leur temps. L'entretien se prêtait aussi mieux à la non-rétribution (ou à l'annonce en fin de rencontre) lorsque le bénéfice personnel tiré par l'enquêtée était plus fort qu'avec le questionnaire (passation plus standardisée et moins centrée sur la biographie). En outre, les personnes qui acceptaient de participer au questionnaire le faisaient dans certains cas pour faire plaisir à leurs accompagnant·es médicosociaux·ales. Cela leur permettait de tirer un bénéfice symbolique de l'enquête, c'est-à-dire la valorisation de leur participation par les professionnel·les de leur structure. *In fine*, le temps de l'enquête était une occasion de faire un bilan personnel et de partager leurs expériences. À la fin de la rencontre, la rétribution intervenait comme une surprise positivement acceptée. Lorsque la rétribution était connue, nous avons pu être confrontées à diverses situations. Dans l'enquête quantitative, la rétribution pouvait être un moyen de motiver la personne à finir le questionnaire lorsqu'elle s'impatiait ou était fatiguée. Dans les rares cas où les rencontres étaient plus tendues qu'à l'ordinaire, la rétribution était alors source de conflit. Dans l'enquête qualitative, au contraire, la présence de la rétribution est majoritairement secondaire et a un effet temporaire dans l'implication des enquêté·es, puisque leur intérêt se développe au cours de l'entretien.

Du côté des chercheuses, la présence de la rétribution peut créer des attentes. En effet, nous ne disposons pas de tickets de manière illimitée, ce qui a pour conséquence de nous contraindre davantage dans le fait de réaliser des entretiens dont nous sommes satisfaites et qui pourront être exploitables. Pourtant, nous savons que dans tout projet de recherche, les entretiens « ratés » font partie du processus. Cette contrainte est complexe lorsque la rétribution est en jeu, d'une part car nous sommes dépendantes des ressources, d'autre part car les « ratés » peuvent être plus nombreux lorsque les enquêté·es participent à la recherche uniquement pour la rétribution. Dans un CAARUD, je rencontre une usagère pour réaliser un entretien. Elle accepte de participer et est au courant de la rétribution. Nous commençons à discuter. Au bout de quelques minutes, l'enquêtée ne se sent pas bien, elle n'a pas beaucoup dormi, je lui demande si elle souhaite arrêter, mais elle souhaite continuer. Finalement, vingt minutes plus tard, je décide d'arrêter l'entretien et lui donne la rétribution en lui proposant en échange de reprendre l'entretien lorsqu'elle le voudra. Bien que je la reverrai ensuite dans la rue pendant une maraude

et dans le CAARUD, je n'aurais plus l'occasion de terminer cet entretien. Cette expérience a eu un impact sur la suite de terrain, notamment sur la vigilance que j'ai pu développer vis-à-vis de la situation de la personne au moment de la rencontre et de sa motivation à participer *a minima* au projet de recherche. Ajoutons que le développement de ces exigences s'est aussi construit en lien avec le souhait d'assurer une certaine équité entre les enquêtés.

De manière générale, nous considérons que la rétribution a un impact sur le déroulement de l'enquête, mais à un faible niveau. Elle peut entraîner des « ratés », mais il ne nous semble pas qu'elle en soit la seule responsable. Il est nécessaire de penser cela à l'aune du niveau de précarité et d'urgence dans laquelle se trouvent les personnes interrogées. Il est toutefois difficile de statuer sur les biais de sélection en faveur des personnes les plus opportunistes. Il nous semble qu'elle favorise plutôt une diversité de participations. En somme, la présence de la rétribution ne contractualise pas les relations d'enquête, elle facilite le recrutement, favorise la réflexivité et la dimension éthique, et ne contrevient pas tout à fait aux normes de l'enquête en sociologie. Si elle peut engendrer des difficultés ou des risques qui ne seraient pas présentes dans une enquête sans rétribution, d'autres éléments (altruisme, développement de l'intérêt, du lien de confiance, etc.) entrent en compte dans le bon déroulé d'une enquête.

J'ai exposé dans cette section quelques-uns des dilemmes éthiques rencontrés dans le cadre de cette enquête. L'inscription médicosociale du terrain et la présence des professionnels comme l'usage de l'argent ont été analysés pour rendre compte des réalités du terrain. Je m'attacherai désormais à questionner les conditions de production des savoirs et des questionnements résultant de cette enquête.

3.3 Questionnements épistémologiques

Depuis quels endroits, à partir de quelle place, et avec quels objectifs produisons-nous des savoirs ? Cette section tente d'aborder certains enjeux épistémologiques généraux de l'enquête. L'objectif étant de situer les savoirs produits et d'apporter aux lecteurs et lectrices les fondements épistémologiques de la démarche. Pour autant, aborder ces questions « revient bien souvent [...] à formuler davantage de questions que de réponses » (Vuattoux, 2016). Je m'interroge donc sur les quelques fondements théoriques qui permettent d'approcher les enjeux épistémologiques d'une enquête portant sur des publics dominés, et souvent stigmatisés. L'objectif est de situer mon regard à l'aune de la production scientifique, pour ne pas supposer de la neutralité des savoirs (Haraway, 1988), puisque « le savoir est produit par des sujets qui sont construits par leurs conditions de vie, par leur rapport aux normes sociales, par l'époque

historique dans laquelle elles vivent, etc. Cela remet en cause l'idée qu'un savoir neutre, objectif et universel est possible » (Gérardin-Laverge et Collier, 2020).

Positionnalité de l'enquêtrice

La positionnalité dans l'enquête peut impliquer deux dimensions : ce que l'approche (féministe, point de vue situé, par exemple) fait à la recherche notamment dans la conception de l'enquête, le terrain et l'analyse ; ce que les rapports sociaux (genre, race, classe notamment) font au terrain. C'est principalement cette dernière dimension qui est abordée ici. Il est difficile d'objectiver les effets du genre, de la classe, ou de la race sur la récolte de données sur le terrain. La plupart des réflexions reposent sur des « impressions et sensations du chercheur face à son terrain » (Vuattoux, 2016). Pour autant, cela ne justifie pas « d'en faire l'impasse : en effet, il s'agit [...] d'y voir des éléments influant directement sur le cours de l'enquête et donc, par extension, sur ses résultats. » (*Ibid.*). Par conséquent, quelle incidence a eu mon identité genrée sur le terrain et les données récoltées ? Mais aussi, quelle influence a eu mon appartenance de classe et de race dans le cadre d'une enquête qui porte majoritairement sur des personnes issues des fractions les plus précarisées des classes populaires ?

Le genre de l'enquêtrice induit des effets particuliers à la fois sur le choix du terrain et sur l'accès au terrain. Celui-ci a des incidences sur les données récoltées et la production du savoir :

« Le critère du sexe de l'ethnologue [...] apparaît déterminant, non seulement dans la possibilité même de réaliser telle ou telle enquête, mais encore dans l'imaginaire des choix que le chercheur "s'autorise". On ne peut en effet nier que le critère de sexe, s'il ne constitue généralement pas la motivation centrale du choix d'un terrain, en est cependant une variable "naturelle" : les femmes auront tendance à choisir des "sujets de femmes" et les hommes à traiter des « sujets d'hommes » (Goyon, 2005).

Le genre de l'enquêtrice contraint aussi ce que s'autorise la chercheuse sur le terrain : enquêter en tant que femme, c'est avoir des réflexes de femmes, qui plus est dans un contexte masculin (ne pas se retrouver seule, ne pas enquêter la nuit, etc.) (Clair, 2016). Mon objet de recherche est véritablement imbriqué à mon rapport au monde, et en particulier à mes valeurs féministes. C'est en partie pour cela que j'ai choisi d'enquêter les usagères, sans comparaison systématique avec les hommes notamment. Concernant l'accès au terrain, mon genre a favorisé l'entrée, notamment en lien avec une certaine cohérence d'un point de vue extérieur, notamment pour les professionnel·les du champ, d'enquêter sur les femmes. Pour eux et elles, il semblait

compréhensible qu'une femme s'intéresse aux femmes des institutions, ce qui a simplifié l'entrée sur le terrain et n'a pas suscité de questions préalables. Par ailleurs, le fait que je partage avec les enquêtées l'expérience genrée a induit de fait une connivence, une complicité, et a permis « d'accéder à une meilleure connaissance du groupe étudié » (Le Renard, 2010). Si nous ne partageons pas les mêmes réalités sur divers aspects (du point de vue par exemple de nos appartenances sociales et raciales respectives), nous avons en commun de comprendre ce qu'est la violence masculine, le harcèlement, le *care* vis-à-vis de la famille, ce qui constitue une partie de l'expérience féminine (bien que cela ne soit pas l'objet de l'enquête et ne soit pas déclaré comme cela par les enquêtées). Dans une perspective féministe, j'ai adopté une position de *care* et d'empathie vis-à-vis d'elles (Clair, 2016), ce qui a favorisé selon moi des espaces propices à la confiance.

Si nous nous retrouvions sur notre identité de femme, ce n'était pas (ou peu) le cas concernant notre appartenance de classe et nos situations de vie. En effet, les femmes rencontrées étaient souvent dans des situations de précarité socio-économique, soit sans domicile (hébergées chez quelqu'un·e ou dans un hôtel par exemple), et souvent issues des classes populaires. La plupart d'entre elles, n'avaient pas de travail et n'étaient pas diplômées de l'enseignement supérieur ou du baccalauréat. Elles étaient donc assez loin des réalités d'une doctorante en sociologie. Cette distance de classe était visible dès l'entrée sur le terrain et quelque peu inconfortable. Inconsciemment, j'ai entrepris de réduire cette distance de classe par des stratégies corporelles. Lorsque je me rendais dans les institutions (particulièrement dans les CAARUD), j'effaçais certains signes de féminité définis socialement (bijoux, vernis). J'essayais d'apparaître la plus neutre et invisible dans l'espace social en portant des vêtements larges et peu colorés. J'avais le souhait de ne pas renvoyer une image trop éloignée des femmes présentes dans les institutions (qui portent souvent des vêtements larges et peu colorés). La mise en conformité se déployait également dans le langage que j'utilisais (noms des drogues, pratiques, etc.). Cette volonté de créer une proximité avec les enquêtées (qui dans mon cas, passée par le corps et à moindre degré par le langage) était une manière de performer le genre (Butler, 2005) compte tenu des normes de mon terrain¹¹³. Je me suis donc mise en conformité avec le terrain d'enquête et surtout avec ses bénéficiaires, en adoptant les normes (attributs genrés) du milieu institutionnel. J'ai déployé ces stratégies pour plusieurs raisons : ne pas paraître trop distante vis-à-vis des enquêtées ; éviter la violence symbolique. Ces stratégies corporelles étaient une forme de

¹¹³ Le genre de l'enquête est souvent discuté dans les travaux épistémologiques, certains terrains sont considérés comme plus « masculins », alors que d'autres sont plus « féminins ». Dans mon cas, le terrain est féminin puisqu'il a été réalisé auprès des femmes usagères uniquement, mais aussi masculin puisque les hommes sont plus nombreux dans les institutions.

positionnement vis-à-vis de la classe mais aussi du genre (notamment parce qu’elles étaient aussi un moyen de ne pas attirer les regards des hommes majoritaires dans les institutions).

Le genre et la classe structurent la relation d’enquête (Bessin et Lechien, 2014), mais d’autres rapports sociaux sont également structurants tel que l’âge ou l’origine ethno-raciale. Étant présentée comme une étudiante ou une chercheuse juniore, mon âge n’a pas suscité de remarques ou de questionnements particuliers chez les professionnel·les ou les usagères. Je n’ai pas eu la sensation que cela intervenait dans la relation d’enquête. Les usagères ont l’habitude de s’entretenir avec des personnes (professionnel·les, médecins, etc.) aux âges variés, et de nombreux travailleurs·ses du social avaient plus ou moins mon âge au moment où j’ai réalisé l’enquête. Cette proximité d’âge avec certain·es professionnel·les du social a sûrement joué en ma faveur.

Je fais l’hypothèse que mon phénotype n’a pas eu d’effets non-plus sur la relation d’enquête en Île-de-France ou que ma position ne m’a pas permis de le saisir. Comme pour l’âge, mon appartenance raciale ne changeait guère de celle des professionnel·les, les usagères se confiaient donc à moi sans que ma couleur de peau ne suscite chez elles des surprises ou des incompréhensions. Toutefois, les effets de mon identité racialisée s’interrogent différemment en Guyane. J’avais appréhendé cette question avant de débiter mon terrain me demandant quels effets allaient avoir mon identité blanche et métropolitaine dans la relation d’enquête et par la suite sur les données récoltées. En Guyane, « le vocabulaire de la race ou de l’ethnie est banal » (Guyon, 2024), les catégorisations ethno-raciales et de nationalité sont utilisées sans tabou, d’autant que la population guyanaise est très hétérogène sur ce plan. J’ai donc moi-même fait usage de ces catégories, non sans inconfort au début dans la mesure où je baignais jusqu’alors dans une « posture républicaine française » (*Ibid.*). Au-delà des différences phénotypique, linguistique ou de nationalité entre moi-même, les enquêtées et les professionnel·les, c’est davantage mon identité métropolitaine (et ce que cela sous-entend, mentalité, type de personnalité, etc.) qui a conditionné la relation d’enquête selon moi. Les « métropolitain·es » en Guyane (qui s’expatrient principalement pour des raisons professionnelles ou familiales) jouissent d’une position favorisée par rapport aux autres groupes ethnoculturels (créole guyanais·e, noir·es-marron·nes, amérindien·nes, migrant·es, etc.). Les personnes en provenance de l’Hexagone bénéficient du « privilège métropolitain » (Hidair, 2007 ; Guyon, 2024). Les « métros » ne sont pas stigmatisé·es et ne font pas l’objet de méfiance ou de défiance de manière générale (selon les contextes il existe des réticences à leurs égards notamment vis-à-vis du marché de l’emploi mais ce n’est pas majoritaire). Ils et elles ont bonne réputation en Guyane et sont associée·es à des stéréotypes particulièrement avantageux : ouverture d’esprit, découverte

de l'autre, bienveillance, fiabilité, etc. (Hidair, 2007). Cela m'a facilité l'accès au terrain puisque j'ai pu bénéficier de ces stéréotypes, d'autant plus lorsque les professionnel·es « métros » des institutions étaient apprécié·es par les usagères. Toutefois, mon identité métropolitaine a pu fermer des portes à certaines informations ou critiques durant les entretiens. Étant donné mon extranéité, certaines expériences de vie au sein de communautés ethnoculturelles, ou certaines expériences avec des professionnel·les blanc·hes d'Hexagone ont pu être tu.

Production du savoir et rapports de domination

Au-delà de ma positionnalité durant l'enquête, le choix du sujet et des terrains soulève également des questionnements sur la production et la circulation des savoirs en lien avec les rapports de domination. Je me situerai sur deux aspects propres à ce travail : la production de connaissances sur la précarité et les marges ; la production de connaissances sur la Guyane depuis l'Hexagone.

Le premier point concerne le fait d'enquêter auprès de personnes socialement et économiquement précaires, et qui souffrent généralement de ces situations. Les sciences sociales ont longtemps étudié les marges, c'est-à-dire les phénomènes sociaux qui s'éloignent des normes établies. Sur le sujet des drogues, nous pouvons citer par exemple l'ouvrage retentissant de Philippe Bourgois sur le crack à New-York (Bourgois, 2001). Est-il encore aujourd'hui important (ou nécessaire) de faire des enquêtes sur les marges et sur les publics en situation de précarité et marginalisés ? Ne reproduisons-nous pas un attrait des sciences sociales pour le sensationnel, le triste, le rare ? Depuis un certain nombre d'années, les travaux scientifiques sur les drogues se focalisent sur les publics vulnérables (usager·es de drogues addict·es et précaires, *chemsexuels*, etc.). Cela signifie également que les usages de drogues non-problématiques ou ceux des individus appartenant aux classes moyenne et supérieure qui ne fréquentent pas les dispositifs médicosociaux ou qui ne sont pas repérés par la police ou la justice, sont sous étudiés. Certain·es auteur·rices considèrent qu'il serait donc important de sortir de l'hégémonie des discours scientifiques autour de l'usage de drogues problématique chez les personnes en situation de précarité (Perrin, 2022). Cette recherche, en portant sur les femmes qui fréquentent les institutions médicosociales et qui sont, pour certaines confrontées à la précarité (même si nous verrons que le public est très divers), n'échappe pas à cette critique. Si ces réflexions me permettent de garder un rapport critique à ma recherche, il me semble toutefois primordial de comprendre les conditions de l'accès aux soins de populations stigmatisées et l'ensemble des inégalités qui s'y réfèrent. Cette implication de la recherche auprès de publics d'usagères des

CAARUD et de CSAPA en situation de vulnérabilités a pour objectif d'améliorer les connaissances sur ce public, avec l'intention de faire évoluer également l'action publique dans le domaine (Jaufret-Roustide, 2025). C'est en tout cas, ce qui guide cette recherche.

Deuxièmement, travailler en sociologue sur un territoire ultramarin depuis l'Hexagone pose des enjeux éthiques, au regard du passé colonial et esclavagiste de la Guyane, mais aussi des enjeux politiques et épistémiques. Les États ou régions dit du Sud sont souvent considérés comme des terrains d'étude alors que les États ou région dit du Nord sont au contraire envisagés comme des espaces savants (Mohanty, 1984 ; Spivak, 2009 ; Wöhrer, 2016). Il s'agit là d'une conséquence de la division du travail intellectuel entre Sud et Nord présent depuis l'époque coloniale (Said, 2005). Oyèrónké Oyěwùmí explicite « L'un des effets de cet eurocentrisme est la racialisation de la connaissance : l'Europe est représentée comme la source du savoir et les Européens comme ceux qui savent¹¹⁴ » (Oyèrónké, 2002). Le manque de place donnée aux savoirs produits depuis les Suds et leur invisibilisation peut même être considéré comme un « épistémicide occidental-centré » (Moreira, 2016). Cela s'inscrit dans une forme de colonialité des savoirs.

La Guyane est un territoire français qui ne se rapporte pas, en tout cas économiquement, aux pays du Sud. En revanche, c'est un territoire post-colonisé concerné par la structuration raciale et segmentée du travail intellectuel, puisque les recherches sont souvent menées depuis l'Hexagone par des chercheur·ses métropolitain·es. Pour éviter de reproduire des schèmes coloniaux et s'appropriier les savoirs de populations reléguées, il est donc important de faire un effort de collaboration scientifique avec des auteur·rices locaux·ales, de restituer et de faire circuler les résultats. Lorsque c'est possible, les approches participatives, collaboratives ou communautaires peuvent également être un moyen d'échapper (tout du moins en partie) aux injustices épistémiques. L'idée n'est pas de choisir un terrain uniquement pour récolter des données (et faire ce qu'il est parfois décrit comme de l'« extractivisme ») mais de construire une relation avec les acteur·rices locaux·ales, et de restituer au territoire (autant que cela possible) les résultats du travail permis par la récolte de données. Car même si la Guyane est un DROM, il subsiste des rapports de pouvoir considérable entre elle (comme les autres territoires ultramarins) et l'Hexagone. La réflexivité est nécessaire pour penser la production et la circulation de savoirs depuis l'Hexagone, et pour prendre garde aux « postulats ethnocentriques [...] que véhicule le fait de considérer les “nations” du monde en les rapportant implicitement, sinon parfois explicitement, au modèle politique et cognitif des seules nations occidentales. » (Lemieux, 2019).

¹¹⁴ Traduction personnelle.

Cette section m’a permis de mettre en lumière certains enjeux éthiques et épistémologiques liés à la conduite de l’enquête auprès des femmes usagères des CAARUD et des CSAPA en Hexagone et en Guyane. La posture adoptée ici s’inscrit dans une démarche attentive aux rapports sociaux et aux inégalités entre individus et territoires, et se nourrit des apports des approches féministes et postcoloniales.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a mis en évidence les enjeux méthodologiques, éthiques et épistémologiques de l’enquête au cœur de l’étude du problème de non-recours femmes aux institutions médicosociales de l’addiction. La méthodologie permet de comprendre comment l’enquête est réalisée et ce que ces conditions impliquent ; l’éthique permet de questionner sa réalisation en lien avec les normes et les principes de la recherche en milieu institutionnel et médicosocial ; l’épistémologie se focalise sur les conditions de production de nouveaux savoirs à partir de l’enquête, en particulier sur la positionnalité de la chercheuse et les rapports entre savoir et pouvoir. La mise en évidence de ces enjeux est fondamentale pour avoir une lecture éclairée des analyses qui seront présentées ensuite. De par sa méthodologie et son approche comparative, cette recherche propose des résultats originaux sur les recours des femmes dans le champ médicosocial de l’addiction. La seconde partie de la thèse délivre les résultats de la démarche méthodologique mis en œuvre. Elle combine divers outils – statistiques et entretiens – et mobilise plusieurs sous-champ théoriques : sociologie du (non-)recours, sociologie des rapports sociaux, approche biographique et sociologie de la santé.

Partie II. Saisir l'hétérogénéité des recours institutionnels des usagères : trois axes de compréhension

La deuxième partie de cette thèse est consacrée à l'étude des différentes dimensions du recours des usagères aux CAARUD et aux CSAPA dans une démarche multiniveau (macro, méso et microsociologique).

Dans un premier temps (chapitre 3), j'analyse l'hétérogénéité des publics féminins concernés. Deux axes structurent cette analyse. Le premier (section 1) porte sur la distribution des prestations institutionnelles offertes par les CAARUD et les CSAPA et leur fréquentation par les usagères, sur les consommations de drogues des usagères et sur leurs conditions de vie. Ces institutions proposent des services variés qui ne répondent pas de manière uniforme aux besoins de l'ensemble du public féminin. Il est donc nécessaire de mettre en relation les types de services sollicités par les usagères, les usages de drogues et les conditions de vie (travail, logement, liens sociaux). En fonction de leurs conditions de vie, appréhendées comme un continuum de précarité, et de leur usage de drogues, les usagères ne sollicitent pas les mêmes prestations. Ce premier axe mobilise principalement des analyses statistiques représentatives de l'ensemble des usagères françaises des institutions médicosociales de l'addiction à partir de l'enquête ANRS-Coquelicot. Les différentes analyses présentées, nécessitent un effort de structuration en différents sous-groupes de publics. Le second axe (section 2) propose une construction d'un espace social multidimensionnel des recours et des publics, à travers une typologie statistique en quatre sous-groupes différenciés par leurs usages et leurs parcours de prise en charge : usagères d'alcool et de cannabis, usagères de médicaments, usagères d'héroïne et usagères de crack. Cette typologie est ensuite enrichie par les récits de vie, qui éclairent les parcours internes à chaque sous-groupe et mettent en évidence des cas-limites. Ces deux axes sont finalement complétés par une analyse statistique spécifique entourant les enjeux de santé. Si les sous-groupes d'usagères se distinguent du point de vue des recours et des drogues consommées, j'interroge si c'est également le cas du point de vue de la santé. Pour cela, je m'intéresse à trois cas : la santé perçue, les maladies infectieuses (VIH, VHC, VHC) et la santé mentale. Ce chapitre met en exergue les caractéristiques du public féminin et les divergences de recours au sein des sous-groupes. Cependant, le recours aux soins et à l'assistance sociale ne

peut être compris de manière autonome. Il s’ancre dans des environnements institutionnels, territoriaux et relationnels. C’est l’objet du chapitre 4.

Dans un second temps (chapitre 4), je réponds à la question suivante : quels sont les contextes (lieu de vie, institutions et personnes) qui permettent (ou à l’inverse contraignent) le recours des femmes en CAARUD et en CSAPA ? Ce chapitre repose principalement sur les données qualitatives, mais les données quantitatives sont aussi mobilisées pour aborder les refus déclarés de prise en charge de la part des professionnel·les médicosociaux. En adoptant une perspective macro et mésosociologique, j’identifie deux dimensions majeures. La première (section 1) concerne les contraintes institutionnelles et territoriales : la distance géographique et symbolique qui sépare les usagères des institutions, les disparités régionales en termes de densité institutionnelle, les défaillances institutionnelles propres à la Guyane, et les mobilités spatiales et institutionnelles déployées par les usagères pour accéder aux soins. J’aborde également les normes bureaucratiques et institutionnelles, en particulier la discordance des temporalités entre usagères et institutions, les effets de la migration et les mécanismes de contrôle institutionnel. La seconde dimension (section 2) porte sur les acteur·rices intermédiaires : professionnel·les de santé (médecin) et du social (éducateur·rice), proches, conjoints, partenaire de consommation. Ces acteur·rices peuvent intervenir de différentes manières : en tant qu’administrateur·rices du recours, aidant·es facilitant l’accès, ou au contraire figures contraignantes. Ce chapitre met ainsi en évidence l’ancrage du recours dans un enchevêtrement de sphères institutionnelles, médicales, territoriales et relationnelles.

Enfin, dans un dernier temps (chapitre 5), j’explore les conditions microsociales du recours. Trois dimensions sont examinées : la socialisation et les dispositions des usagères, leurs représentations de l’addiction et leurs discours. La première section porte sur leurs dispositions à la santé, envisagées comme des ressources mobilisables pour recourir. J’analyse la socialisation primaire à la santé, notamment dans les familles comportant des professionnel·les du soin, ainsi que la socialisation secondaire et continue, liée aux institutions sociales, éducatives et médicales. La deuxième section s’intéresse aux représentations qu’ont les usagères de l’addiction et du soin et à la manière dont elles identifient et formulent leurs besoins. La troisième section analyse les récits de consommation et de recours. Ceux-ci mettent en lumière des rapports différenciés à la réduction des risques et à l’addictologie où le premier tend à être déconsidéré au profit du second. Cela ouvre une piste importante : le recours prend sens pour les usagères dès lors que les institutions répondent effectivement à leurs attentes et à leurs besoins.

Ces trois chapitres constituent le cœur de la démonstration. Ils montrent que la question du recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA est fondamentalement multidimensionnelle et gagne à être comprise dans l'articulation des facteurs macro, méso et microsociaux.

Chapitre 3. Objectiver l'hétérogénéité des publics féminins en question et leurs recours

« J'avais pas la tête de l'alcoolique »

[Margaux, CSAPA, Île-de-France]

« [le crack] on m'a dit que ça faisait rire, que c'était bon, alors j'ai voulu voir »

[Angélique, CAARUD, Guyane]

Résumé du chapitre

L'hypothèse principale de ce travail repose sur l'idée que le genre, en tant que rapport social, ne permet pas à lui seul de rendre compte des expériences des usagères et de leurs modalités de recours aux institutions médicosociales de l'addiction, les CAARUD et les CSAPA. Ce chapitre tente de répondre à la question suivante : qui sont les femmes usagères des CAARUD et des CSAPA ? Ce chapitre a pour objectif d'analyser la composition sociale des publics féminins. En fonction de leurs parcours, de leurs positions sociales et de leurs conditions de vie, les usagères ne mobilisent pas les mêmes institutions ni les mêmes modalités de prise en charge. Ce chapitre s'appuie sur des analyses statistiques et des récits de vie afin d'objectiver la pluralité des profils sociaux, des pratiques de consommation et des recours aux institutions médicosociales. Il se structure en trois parties. La première s'attache à décrire les publics féminins à partir des prestations institutionnelles qu'elles sollicitent, de leurs usages de drogues et de leurs conditions de vie. La deuxième propose une typologie des usagères, réparties en quatre groupes. La dernière explore les états de santé des usagères en fonction de la typologie établie précédemment.

Introduction du chapitre

Loin de constituer un public homogène, les femmes qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA se distinguent par la pluralité de leurs parcours, de leurs pratiques de consommation de drogues, de leurs conditions de vie, et de leurs rapports aux institutions. Objectiver cette hétérogénéité constitue une étape centrale pour comprendre les modalités différenciées du recours aux institutions médicosociales de l'addiction. Le public est entendu à la fois comme un terme renvoyant aux bénéficiaires des institutions, mais aussi dans un sens pragmatiste « qui saisit le public comme une expérience et comme une expérimentation, dont il est possible de retracer le développement en observant le déroulement des enquêtes, c'est-à-dire la manière dont des agents font face à des situations problématiques, les élucident et les résolvent. » (Quéré et Terzi, 2015). Les usagères des CAARUD et des CSAPA constituent un collectif ou public « fondé par l'expérience de la problématique [...]. Il s'agit d'une communauté qui partage, non pas un même sens assuré de la vie et du monde, mais un même sentiment d'ébranlement du sens toujours à construire et à renouveler. » (*Ibid.*).

Il est important de décrire sociologiquement ce public pour plusieurs raisons. D'une part, les recours aux institutions s'ancrent dans des réalités sociales et matérielles, que les personnes rencontrées sont les premières à incarner. Étudier seulement leurs recours et leurs pratiques ne serait pas suffisant, il faut appréhender ces recours à partir des individus qui les adoptent. Ce chapitre donne chair aux femmes étudiées, non pas encore à travers leur subjectivité (chapitre 5), ni à travers les conditions institutionnelles, territoriales ou des acteur·rices intermédiaires (chapitre 4), mais par leurs positions sociales, leurs parcours et leurs types de recours. Il est donc consacré à la présentation des caractéristiques des publics et aux sous-groupes qui les composent. Il vise ainsi à dresser une cartographie sociologique des femmes concernées à partir de données quantitatives et qualitatives.

La première section propose une description statistique des caractéristiques des femmes enquêtées, en s'appuyant sur les données disponibles relatives aux consommations de drogues, aux conditions de vie, aux recours aux soins et aux prestations associées aux CAARUD et aux CSAPA. Dans un second temps, une analyse des correspondances multiples (ACM) croisée à une classification ascendante hiérarchique (CAH) permet de faire émerger plusieurs profils types, révélateurs de logiques différenciées de recours. Enfin, une troisième section interroge les états de santé des usagères. Ce chapitre prépare ainsi l'analyse des conditions méso et microsociologiques qui encadrent les recours des usagères, en donnant d'abord à voir les manières dont ils se distribuent socialement.

1. Objectiver l'hétérogénéité des publics féminins

Cette première section vise à décrire les propriétés générales des usagères des institutions médicosociales de l'addiction à travers trois prismes : celui des recours aux prestations des CAARUD et des CSAPA, celui de la consommation de drogues et celui des conditions de vie. Le recours est la colonne vertébrale du chapitre, il n'est possible d'en rendre compte qu'en prenant en compte les caractéristiques du public. Si de nombreuses variables pourraient être mobilisées pour décrire les publics (lieu d'habitation, origine ethnoraciale, orientation sexuelle, maternité, violences, âge, etc.), j'ai choisi de focaliser l'analyse sur deux dimensions du recours, la consommation de drogues et les conditions de vie. Ces deux éléments sont constitutifs de l'objet de recherche puisque « les femmes rencontrées par les structures sont majoritairement en situation de dépendance et cumulent les difficultés, même si les proportions sont variables en fonction des produits considérés » (Mutatayi, 2014). La consommation actuelle ou passée de drogue est le point commun de toutes les usagères, même si elle se décline différemment selon les produits consommés, la fréquence et le mode d'usage. Aussi, les conditions de vie comprises comme les situations vis-à-vis de l'emploi, du logement et des liens sociaux sont également fondamentales pour appréhender le recours (*Ibid.*, Fédération Addiction, 2016).

1.1 Les prestations institutionnelles sollicitées par les usagères

L'usage des prestations des CAARUD et des CSAPA

Les CAARUD et les CSAPA sont des institutions qui proposent divers services ou prestations à leurs bénéficiaires (ils sont détaillés dans l'encadré 10) : la distribution de matériel de consommation stérile (lié à l'injection ou à l'inhalation : pipe à crack, seringues...) et de préservatifs ; les consultations médicales ; l'accompagnement aux démarches administratives (accès aux droits, aide au logement, aide à l'emploi ; etc.) ; les soins infirmiers ; l'analyse de drogues¹¹⁵, les espaces de repos... Ces prestations, si elles ne sont pas mutuellement exclusives, ne répondent pas aux mêmes besoins. La première étape dans la compréhension du recours des femmes consiste à décrire les services qu'elles utilisent. Les questions en jeu sont les suivantes : recourent-elles aux CAARUD pour récupérer du matériel de consommation stérile ou bien pour

¹¹⁵ L'analyse de drogues est un outil de réduction des risques qui permet aux usager·es de connaître la nature et la composition d'une drogue. Le produit est analysé par un laboratoire et les informations concernant son contenu sont ensuite délivrées par l'institution à l'usager·e.

être accompagnées dans leurs démarches administratives ? Se rendent-elles dans un CSAPA pour réaliser une psychothérapie ou pour accéder à un traitement de substitution aux opiacés (TSO) ?

Encadré 10 - Les variables utilisées pour décrire les recours aux prestations des CAARUD et des CSAPA

Pour ces analyses, une question de l'enquête ANRS-Coquelicot est mobilisée (chaque modalité fait l'objet d'une variable, il y a donc en tout 22 variables) :

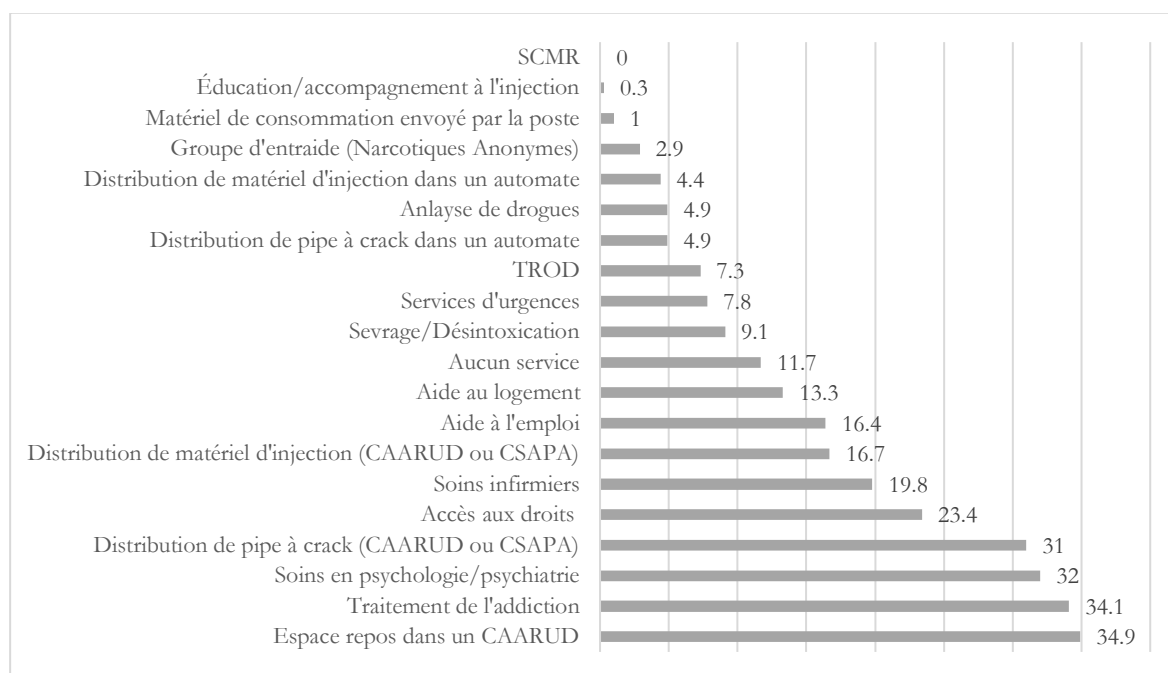
« Quels services avez-vous utilisé au cours du dernier mois ?

Citer – plusieurs réponses possibles

- 1 Salle de consommation à moindre risque – salle injection
- 2 Salle de consommation à moindre risque – salle fumeur (inhalation)
- 3 Éducation et accompagnement aux risques liés à l'injection
- 4 Distribution de matériel d'injection dans un CAARUD ou un CSAPA
- 5 Distribution de matériel d'injection dans un automate
- 6 Distribution de doseurs / tubes / pipes à crack dans un CAARUD ou un CSAPA
- 7 Distribution de doseurs / tubes / pipes à crack dans un automate
- 8 Analyse de drogues/ testing
- 9 Traitement de l'addiction (TSO, psychothérapie, consultation addictologue)
- 10 Groupes d'entraide de type Narcotiques Anonymes ou Alcooliques Anonymes
- 11 Sevrage/Désintoxication
- 12 Espace de repos dans un CAARUD
- 13 Soins infirmiers
- 14 Soins en psychologie/psychiatrie
- 15 TROD (que ce soit pour le VIH, le VHC ou le VHB)
- 16 Vaccination effectuée dans un CAARUD ou CSAPA¹¹⁶
- 17 Matériel de consommation envoyé par voie postale
- 18 Service d'urgences
- 19 Accès aux droits (papiers, assurance maladie)
- 20 Aide à l'emploi et formation
- 21 Aide au logement/hébergement
- 22 (Aucun de ces services) »

¹¹⁶ Cette variable a été retirée de l'analyse car elle ne concernait aucun individu.

La figure 5 présente la distribution statistique de l'utilisation des prestations par les femmes au cours du dernier mois. Celle-ci met en évidence les types de prestations les plus sollicitées dans les CAARUD et les CSAPA. Bien qu'il s'agisse de réponses déclaratives, elle reflète des priorités dans les parcours de vie des usagères. Les services les plus fréquentés sont les espaces de repos dans les CAARUD (34,8 %), les traitements de l'addiction (34,1 %), et les consultations en psychologie ou en psychiatrie (32 %). La fréquentation importante des espaces de repos dans les CAARUD peut traduire un besoin de récupération dans des vies marquées par la fatigue et l'insécurité. Ce résultat questionne dès à présent la perceptibilité des usagères au sein des CAARUD, qui ne fréquentent pas selon les professionnel·les ces espaces puisqu'ils sont perçus comme masculins, violents et stigmatisants. Si l'enquête de terrain confirme ce constat, les déclarations des usagères montrent qu'elles y ont recours, et significativement (cette prestation regroupe le plus grand nombre d'usagères). La prévalence du recours aux traitements de l'addiction, souvent associés aux traitements de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine), montre un engagement actif dans des parcours de soin, voire une volonté de stabilisation. C'est également le cas des consultations en psychologie ou en psychiatrie puisqu'un tiers des femmes sont suivies par un·e professionnel·le de santé mentale. Ces résultats montrent que les femmes usagères ne sont pas désengagées des institutions de soin puisqu'elles utilisent à la fois les suivis en addictologie (traitement de l'addiction) et en psychologie/psychiatrie.

Figure 5 - Prévalence des types de prestations sollicitées par les usagères dans le dernier mois

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 34,9 % des femmes ont utilisé l'espace repos d'un CAARUD au cours du dernier mois.

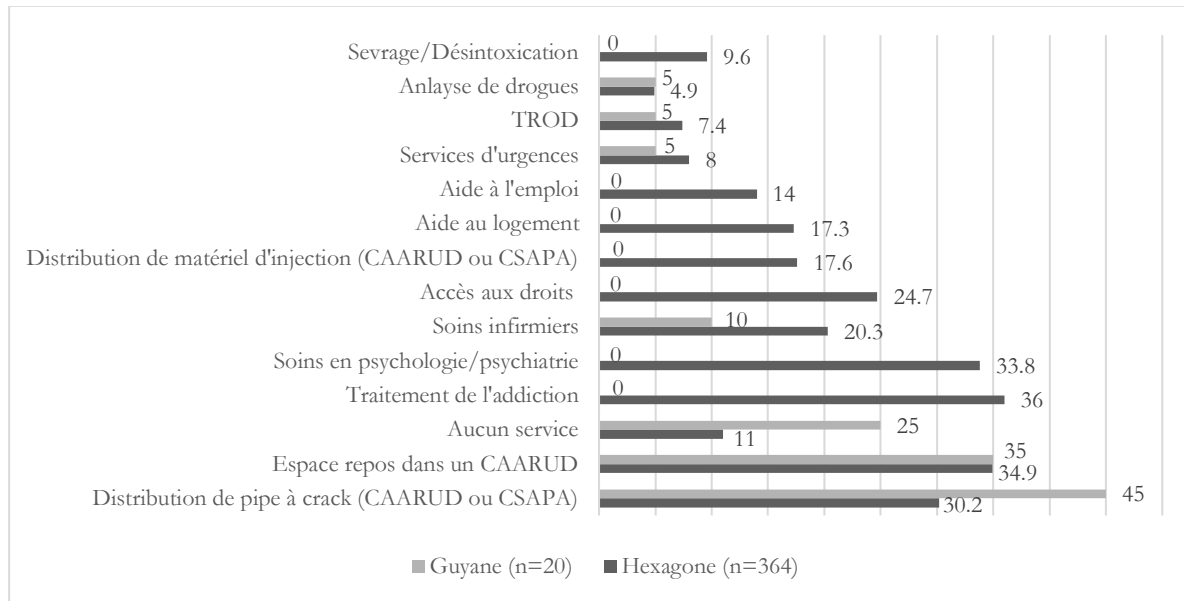
Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Notes : La variable « SCMR » signifie « Salle de consommation à moindre risque – salle injection » et « salle de consommation à moindre risque – salle fumeur (inhalation) », les deux variables ont été combinées puisqu'elles regroupent à elles deux 12 individus. En France, deux SCMR (actuellement appelé « halte soins addictions ») sont disponibles, à Paris et à Strasbourg.

Le service historiquement central de la réduction des risques, c'est-à-dire la distribution de matériel de consommation stérile, est aussi très utilisé, avec des différences de fréquence selon le type de matériel. La distribution de pipe à crack est plus souvent mobilisée (31 %), que la distribution de seringues (16,7 %), reflétant une plus grande fréquence de l'inhalation de crack par rapport à l'injection. Les services d'accompagnement sociaux sont inégalement fréquentés : alors que l'accès aux droits (23,4 %) est le plus utilisé, les aides au logement (16,4 %) et à l'emploi (13,3 %) sont moins mobilisées par les usagères. Cela peut s'expliquer notamment par une méfiance vis-à-vis des démarches administratives, perçues comme contraignantes et non prioritaires dans des parcours de précarisation avancée, qui rendent l'accès aux logements ou à l'emploi complexe, voire inaccessible, sans accompagnement étroit. Enfin, certains services affichent une fréquentation marginale tels que les salles de consommation à moindre risque (SCMR), les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) qui permettent le dépistage des maladies infectieuses (VIH, VHC, IST), l'accompagnement à l'injection, l'analyse de drogues ou l'envoi de matériel stérile par voie postale. Ces résultats révèlent des recours aux prestations

structurés autour de besoins médicaux (traitement de l'addiction, consultations en psychologie) et de réduction des risques (espace de repos et distribution de pipe à crack) principalement, avec un recours présent, mais moins important des services d'accompagnements sociaux (accès aux droits, au logement, à l'emploi). Ces prestations, comme évoquées précédemment, ne sont pas mutuellement exclusives, mais peuvent être pensées de manière cumulée. Les usagères peuvent fréquenter plusieurs services en même temps, puisque leurs besoins sont pluriels, du point de vue de la santé et du social (ces deux éléments étant appréhendés comme un continuum) (Duvoux et Vézinat, 2022).

La distribution des recours aux prestations des CAARUD et des CSAPA se décline différemment dans les régions franciliennes et guyanaises. La figure 6 met en lumière des contrastes marqués dans les formes de recours aux prestations offertes par les CAARUD et les CSAPA entre la Guyane et le reste des régions hexagonales. Tandis que les usagères guyanaises mobilisent principalement les services de réduction des risques (distribution de pipes à crack, espace repos) et les services infirmiers, elles ne sollicitent aucun soin spécialisé (traitement de l'addiction, soins psychologiques), et 25 % déclarent n'avoir fréquenté aucun service dans le dernier mois. À l'inverse, les usagères de l'Hexagone recourent à une palette de prestations plus diversifiée, combinant aide sociale et prise en charge médicale. Ces écarts peuvent traduire des inégalités territoriales dans l'accès au soin, mais aussi des logiques différenciées de rapport aux institutions selon les contextes sociaux et géographiques qui seront plus spécifiquement analysées dans le chapitre 4.

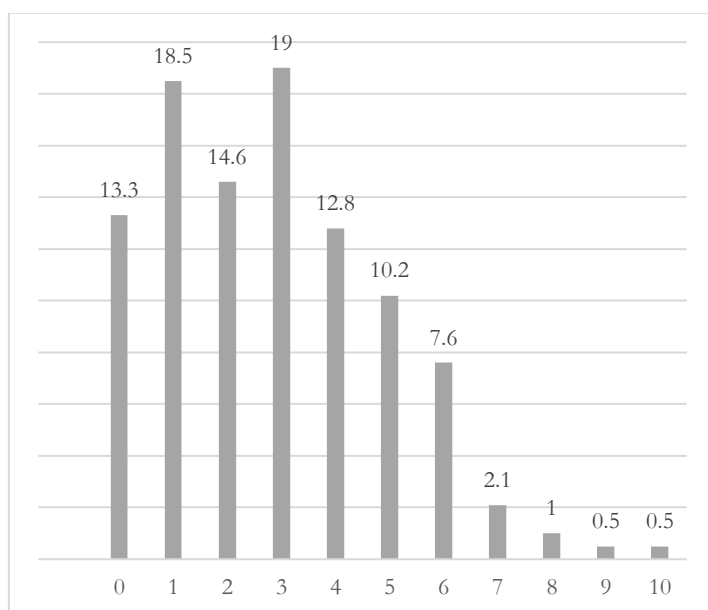
Figure 6 - Prévalence des types des prestations sollicitées par les usagères en Hexagone et en Guyane

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Aucune femme guyanaise n'a utilisé de service de sevrage ou de désintoxication au cours du dernier mois, contre 9,6 % des femmes franciliennes.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Les usagères ne se limitent pas nécessairement à une seule prestation : elles peuvent solliciter plusieurs services au sein des CAARUD ou des CSAPA, parfois de manière simultanée. Par exemple, une même personne peut accéder à un espace de repos tout en bénéficiant de la distribution de pipes à crack. Cette pluralité de recours s'explique par le caractère souvent complémentaire des prestations proposées et par la diversité des besoins exprimés. Pour appréhender cette cumulativité – c'est-à-dire la possibilité de mobiliser plusieurs services en parallèle ou de manière successive – j'ai construit un score statistique de recours (allant de 0 à 10), présenté dans la figure 7. Ce score permet de visualiser la distribution des usages : de l'absence totale de sollicitation à la fréquentation de dix services différents au cours du dernier mois.

Figure 7 - Distribution du score d'accès aux services (nombre de services utilisés)

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 13,3 % des femmes n'ont utilisé aucun service au cours du dernier mois.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

La majorité des usagères fréquentent entre 0 et 5 services différents au cours du dernier mois, ce qui traduit une certaine diversité dans les prestations mobilisées. On observe notamment que 18,5 % d'entre elles ont recours à un seul service, tandis que 19 % en fréquentent trois. Plus globalement, la moitié des usagères déclarent utiliser entre un et quatre services. La distribution des recours est asymétrique à droite : seules quelques femmes sollicitent un nombre élevé de prestations (plus de six), ce qui semble correspondre à des profils spécifiques. Cette multiplication des prestations peut renvoyer à des rapports divers aux institutions, en effet, les bénéficiaires peuvent jouer de la « multiplicité » et de la « concurrence » des institutions (Buton, 2010). Cette concentration des recours peut renvoyer à différentes hypothèses : s'agit-il de parcours marqués par une prise en charge au long cours ? D'une situation de précarité extrême ou de chronicité dans l'accès aux soins ? Ou encore, d'une orientation particulièrement efficace par les professionnel·les, ou à l'inverse, d'un empilement de services sans réelle coordination ni continuité ?

Proximités et divergences entre les prestations sollicitées

Afin d'identifier les liens entre les prestations, j'ai réalisé une analyse des correspondances multiples (ACM)¹¹⁷ qui permet d'exposer dans un espace social ce qui rapproche ou éloigne les prestations entre elles. L'ACM, et de manière générale les analyses factorielles sont des traitements statistiques particulièrement intéressants dans une démarche inductive (Tucci *et al.*, 2021). C'est un outil descriptif qui permet de rendre compte, dans un espace donné, de la répartition des individus en fonction de leur proximité aux réponses. La figure 8 (axes 1 et 2¹¹⁸) issue de l'ACM (voir tableau 8 pour le glossaire des variables) permet de visualiser des regroupements distincts de modalités, suggérant l'existence de logiques différenciées de recours aux services¹¹⁹. Les ellipses dessinées¹²⁰ sur le graphique représentent les regroupements de services selon leur nature : services de soin, accompagnement social, service de réduction des risques, ou autres. Ces groupes sont formés à partir des coordonnées des modalités sur les axes factoriels, qui reflètent leur contribution relative à la structuration des axes. L'axe 1 (qui explique 15,82 % de la variance) oppose les services liés à l'insertion sociale (emploi, logement, accès aux droits) et aux services de type TROD, situés à droite, à une polarité davantage marquée par les soins à gauche. L'axe 2 (12,71 % de variance) distingue quant à lui une dimension psycho-médicale, en haut du graphique, comprenant l'accès à un suivi psychologique, les cures de désintoxication ou encore les soins en situation d'urgence, d'une logique technique en bas de l'axe, dominée par la distribution de matériel (injection, inhalation) et les actions de réduction des risques plus ciblées.

¹¹⁷ Étant donné la faible proportion de fréquentation de certains services, j'ai réalisé des recodages. J'ai supprimé le service « accompagnement à l'injection » (éducation thérapeutique) qui concernait une personne et « envoi de matériel de consommation par la poste » qui concernait 4 personnes. J'ai combiné les variables « salle de consommation à moindre risque – salle injection » (8 personnes) et « salle de consommation à moindre risque – salle fumeur (inhalation) » (4 personnes). La variable « aucun service » a été supprimée de l'analyse car elle se recoupe avec les « non » des autres variables.

¹¹⁸ Les contributions des variables aux axes sont à retrouver dans l'annexe 2.

¹¹⁹ Les modalités de type « Non » sont exclues à l'étape de filtrage, car leur contribution à l'axe 1 ou 2 est souvent inférieure à 5 %.

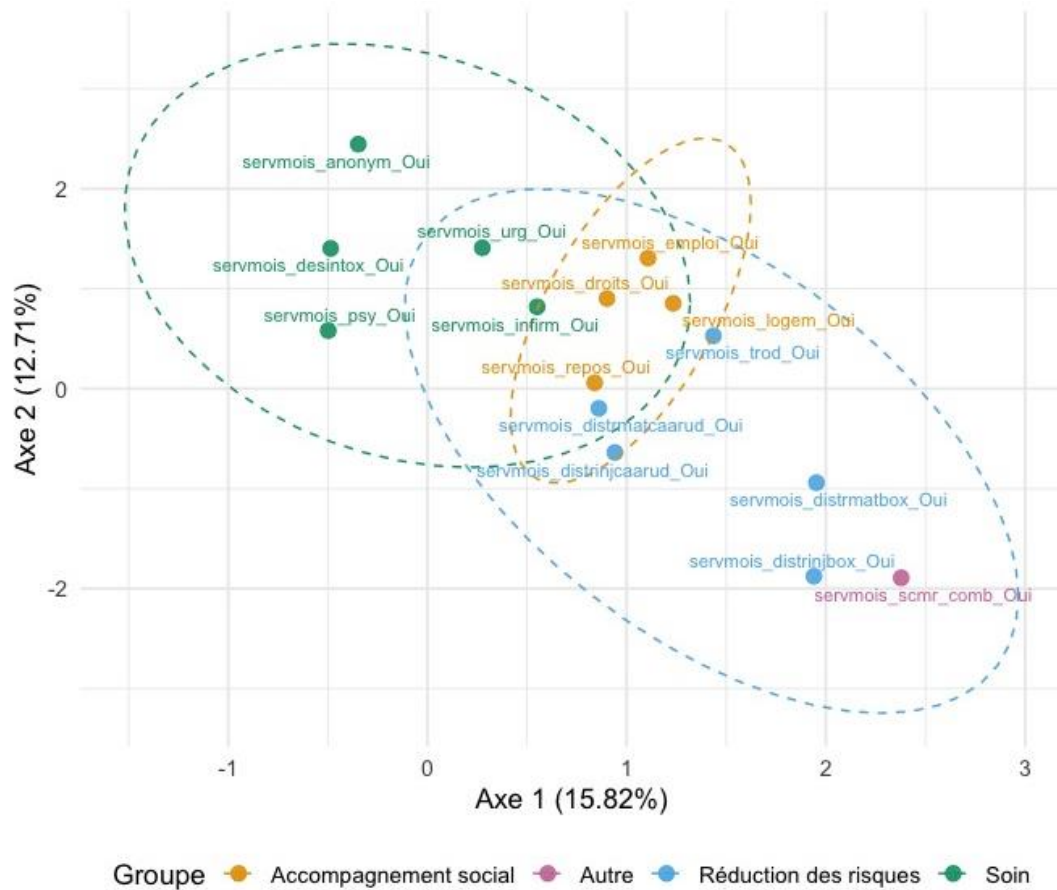
¹²⁰ Les ellipses dessinées sur le graphique résultent d'un regroupement thématique *a posteriori* des modalités de service (« Soin », « Accompagnement social », « Réduction des risques », « autres »), puis de l'application de `stat_ellipse` pour entourer 90 % des points de chaque groupe dans l'espace factoriel.

Tableau 8 - Glossaire de l'ACM n°1 sur les prestations des CAARUD et des CSAPA sollicitées par les usagères

Signification de la variable	Code de la variable	Noms des modalités
Groupes d'entraide de type Narcotiques Anonymes ou Alcooliques Anonymes	Servmois_anonym	Oui / Non
Sevrage/Désintoxication	Servmois_desintox	Oui / Non
Distribution de matériel d'injection dans un automate	Servmois_distrinjbox	Oui / Non
Distribution de matériel d'injection dans un CAARUD ou un CSAPA	Servmois_distrinjcaarud	Oui / Non
Distribution de doseurs / tubes / pipes à crack dans un automate	Servmois_distrmatbox	Oui / Non
Distribution de doseurs / tubes / pipes à crack dans un CAARUD ou un CSAPA	Servmois_distrmatcaarud	Oui / Non
Accès aux droits (papiers, assurance maladie)	Servmois_droits	Oui / Non
Aide à l'emploi et formation	Servmois_emploi	Oui / Non
Soins infirmiers	Servmois_infirm	Oui / Non
Aide au logement/hébergement	Servmois_logem	Oui / Non
Soins en psychologie/psychiatrie	Servmois_psy	Oui / Non
Espace de repos dans un CAARUD	Servmois_repos	Oui / Non
Salle de consommation à moindre risque – salle injection - Salle de consommation à moindre risque – salle fumeur (inhalation)	Servmois_scmr_comb	Oui / Non
Analyse de drogues/ <i>testing</i>	Servmois_test	Oui / Non
TROD (que ce soit pour le VIH, le VHC ou le VHB)	Servmois_trod	Oui / Non
Traitement de l'addiction (TSO, psychothérapie, consultation addictologue)	Servmois_tt	Oui / Non
Service d'urgences	Servmois_urg	Oui / Non

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

Figure 8 - Analyse des correspondantes multiples des services sollicités par les usagers (axe 1 et 2)



Bien que les ellipses soient construites de manière exploratoire, elles font apparaître des proximités entre certaines catégories de prestations. Trois pôles principaux se dégagent :

- Un premier groupe centré sur les services de soins, incluant les dispositifs addictologiques, psychologiques et médicaux généralistes, qui relèvent d'une logique de prise en charge sanitaire (en haut à gauche)
- Un second groupe, composé des services d'accompagnement socio-administratif (accès aux droits, à l'emploi, au logement), qui renvoie davantage aux dynamiques de réinsertion (à droite de l'axe 1)
- Un troisième groupe regroupant les dispositifs de réduction des risques, tels que la distribution de matériel, les SCMR et les espaces de repos, caractérisés par une logique d'accueil à bas seuil (en bas à droite)

L'analyse factorielle permet de faire émerger des proximités significatives dans les profils de recours aux différents types de services. Ainsi, les usagères ayant recours aux traitements de l'addiction apparaissent fortement associées à celles qui mobilisent les ressources en psychothérapie et en médecine générale, dessinant un premier pôle articulé autour d'une logique de soins formels. Un second regroupement relie les usagères recourant aux services d'accompagnement socio-administratif (accès aux droits, à l'emploi, au logement) et aux prestations de réduction des risques (distribution de matériel, espaces de repos), suggérant une configuration orientée vers la réduction des risques plutôt que de soin au sens strict. Les distances spatiales dans le nuage factoriel laissent entrevoir une forme de polarisation entre ces deux groupes : les usagères associées au pôle du soin médicalisé apparaissent globalement éloignées des prestations de RdR ou d'accompagnement social, et inversement. Loin d'un recours homogène aux différents services, l'ACM met en lumière une tendance à la spécialisation des parcours, où certaines femmes s'inscrivent prioritairement dans des dynamiques de soin, tandis que d'autres restent limitées à la réduction des risques.

Sans entrer ici dans le détail des parcours individuels, les matériaux qualitatifs recueillis offrent un premier éclairage sur les raisons qui conduisent certaines femmes à fréquenter les CAARUD. L'enquête montre que ces institutions sont majoritairement mobilisées lorsque des réponses institutionnelles rapides sont attendues. Pour Imène, l'entrée en CAARUD coïncide avec le moment où elle perd son logement, après avoir quitté sa région d'origine pour s'installer à Paris. Pour Ava, Olivia et Jenica, la fréquentation du CAARUD intervient lorsqu'elles cherchent à accéder à un emploi et à des ressources financières. Corine, quant à elle, sollicite ce dispositif pour ses besoins en lien social et pour obtenir une aide dans ses démarches administratives. Enfin, pour Angélique et Carmen, c'est l'accès aux distributions de pipes à crack et à de la nourriture qui motive leur venue. Autrement dit, l'entrée dans un CAARUD s'opère souvent au moment où les usagères identifient un besoin urgent, qui ne s'inscrit pas nécessairement dans une logique de soin ou de prise en charge médicale au long cours.

Cette sous-partie montre d'une part que les usagères fréquentent des prestations variées de manière simultanée (distribution de matériel de consommation et espace de repos, ou bien consultations psychologiques et traitement de l'addiction par exemple), mais que le recours à ces services peut être appréhendé par des grands pôles qui distinguent (non radicalement) les usagères des services de soin, de celles des services d'accompagnement social et de réduction des risques. Si l'étude des recours cumulés aux services donne des éléments quant aux usages que font les usagères des institutions, elle ne permet pas de décrire celles qui y ont recours. Ces groupements correspondent-ils à des « types » d'usagère que l'on pourrait distinguer en fonction

des drogues consommées et des conditions de vie (logement, emploi, diplôme, etc.) ? En raison de la nature et des objectifs des CAARUD et des CSAPA (des institutions qui accueillent et accompagnent des publics consommateurs de drogues et en situation de précarité variée), deux éléments sont fondamentaux pour caractériser les recours aux différentes prestations : la consommation de drogues et les conditions de vie des usagères.

1.2 Types de consommation, parcours d'usage

Chaque prestation correspond à l'identification d'une cible particulière (individus et pratiques). Si toutes les usagères fréquentent les mêmes institutions, elles ne partagent pas les mêmes usages de drogues et par conséquent les mêmes besoins. Il semble inopérant pour une personne qui consomme des médicaments ou de l'alcool par voie orale de fréquenter un service de distribution de matériel, qu'il s'agisse de seringues ou de pipe à crack. De la même manière, il est peu probable qu'une personne consommatrice de crack par inhalation (qui consomme uniquement ce produit) soit concernée par les traitements de substitution aux opiacés (à destination des personnes qui consomment des opiacés). Enfin, on peut également faire l'hypothèse qu'une personne qui n'a pas de pratique à risque, en particulier liée à l'injection ou au prêt de matériel de consommation¹²¹, n'aura potentiellement pas d'intérêt à réaliser un TROD au sein d'un CAARUD. En bref, les conditions de recours aux services sont en partie (pas uniquement évidemment, l'objectif de cette thèse est de décliner différentes dimensions du recours notamment par la précarité, les parcours de vie et les rapports sociaux) liées aux consommations de drogues des usagères. C'est pourquoi il est nécessaire, dans un premier temps, de dépeindre la variété de leur consommation.

Les consommations de drogues au cours de la vie

La consommation de drogues inclut différentes dimensions : le(s) type(s) de drogue(s) consommées (alcool, cocaïne, médicaments...) ; les usages (une ou plusieurs drogues consommées en même temps, de manière espacée...) ; la fréquence de consommation (de temps

¹²¹ La transmission des maladies infectieuses telles que le VIH ou le VHC sont possibles pour les personnes injectrices ou celles qui partagent leurs pipes à crack : « La population des usagers de drogues à risque de transmission d'infections virales est définie plutôt par le biais des voies d'administration des produits (injection, sniff, consommation de crack par voie fumée) et moins par les produits eux-mêmes. » (Jauffret-Roustide, 2017)

en temps, régulièrement, quotidiennement...) ; le mode de consommation (injection, inhalation, voie orale...) ; les motivations à l'usage. Les motivations dans l'usage de drogues peuvent être classées en huit catégories : stimulation, socialisation, conformité, réduction de l'anxiété, réduction de la dépression, réduction de l'ennui, amélioration des performances et transcendance (Biolcati et Passini, 2019). Il y a également une autre catégorie mise en avant, celle de la consommation de drogues pour réduire les symptômes de sevrage (Mahu *et al.*, 2021).

La figure 9 présente les usages déclarés de consommation, au cours de la vie, de différentes drogues parmi des femmes fréquentant les CAARUD et les CSAPA. Si les statistiques de consommation de drogues au cours de la vie ne permettent pas de faire de lien direct avec les recours aux différents services des institutions (puisque ceux-ci concernent les recours actuels et non passés), ils permettent d'apporter des éléments de description quant au parcours de consommation de drogues des publics féminins des institutions.

La presque totalité des substances listées ont été consommées par une part significative des répondantes. Seules quelques substances marginales (comme la colle ou la ritaline¹²²) affichent des taux inférieurs à 20 % de consommation dans la vie. À l'inverse, certains produits apparaissent comme quasi universels dans la population : le tabac (94,9 %), la cocaïne (91,5 %), le cannabis (88,8 %) et le crack (78,3 %). Les produits (ou traitements) tels que la méthadone (50 %), la buprénorphine (50,6 %), la codéine¹²³ (58,9 %), les benzodiazépines¹²⁴ (57,5 %) ou encore le tramadol¹²⁵ (48,1 %) illustrent une frontière poreuse entre usage médical et usage détourné ou auto-thérapeutique. Ces chiffres suggèrent que de nombreuses femmes ont été confrontées à des parcours de soins (formels ou informels), incluant la prescription de traitements médicamenteux, mais aussi leur usage hors cadre ou leur détournement à visée récréative, anxiolytique ou antalgique. Les produits comme la MDMA (61,8 %), le LSD (42,3 %), les poppers (60,3 %), la kétamine (38 %), peuvent renvoyer à des expériences festives, la majorité des usagères rencontrées dans l'enquête de terrain consomment ce type de produits dans des cadres particuliers, notamment de sociabilité, mais cette consommation n'est jamais perçue comme problématique pour elle. Certaines consommations de produits sont plus marginales,

¹²² La ritaline est un médicament qui traite le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

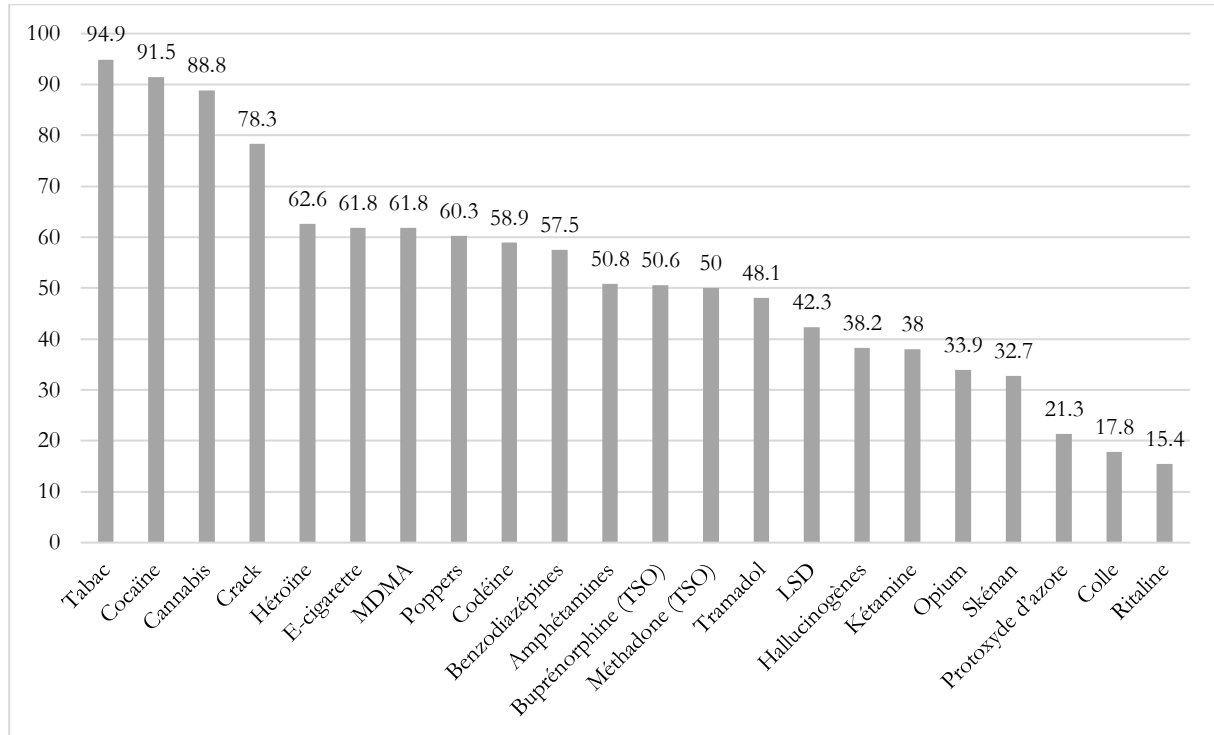
¹²³ La codéine est un médicament antidouleur et antitussif (contre la toux), qui appartient à la famille des opiacés. Elle est dérivée de la morphine (source : ansm.santé.fr).

¹²⁴ Les benzodiazépines sont des médicaments généralement prescrits « pour soulager l'anxiété, le stress ou l'insomnie » (source : sante.gouv.fr). Ils peuvent également être achetés sur le marché noir et faire l'objet d'usage détourné.

¹²⁵ Le tramadol est un médicament antidouleur puissant, de la famille des opioïdes, prescrit pour les douleurs modérées à sévères (source : ansm.santé.fr).

tels que la colle (17,8 %), le protoxyde d'azote¹²⁶ (21,3 %), la ritaline (15,4 %) ou l'opium (33,9 %).

Figure 9 - Consommation de drogues au cours de la vie



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 94,9 % des femmes ont consommé du tabac au cours de la vie.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Les chiffres de la consommation au cours de la vie cachent des usages divers. Une usagère peut consommer une fois dans sa vie de la MDMA, mais avoir une consommation régulière de tramadol. Les expériences initiatiques sont communes chez les usagères rencontrées. C'est par exemple le cas d'Aurélia que je rencontre dans un CAARUD francilien. Aurélia a une vingtaine d'années, elle consomme pendant cinq ans du cannabis et de l'alcool quotidiennement. Elle arrête de consommer ces produits de manière radicale suite à des problèmes de santé. Elle consomme aujourd'hui du tabac tous les jours. Son parcours de consommation est marqué par des « essais » notamment en contexte festif ou collectif ; elle a notamment consommé du tramadol « une ou deux fois » et n'a jamais retenté l'expérience.

¹²⁶ Le protoxyde d'azote (ou gaz hilarant) est « un gaz d'usage courant stocké dans des cartouches pour siphon à chantilly, des aérosols d'air sec ou des bonbonnes utilisées en médecine et dans l'industrie. » (source : drogues-info-service.fr).

Estelle : Ok, tu me disais qu'à part le Tramadol une fois c'est, t'as jamais...

Aurélia : Ouais je devais avoir 17 ans

Estelle : T'avais une ordonnance ou c'était quelqu'un... ?

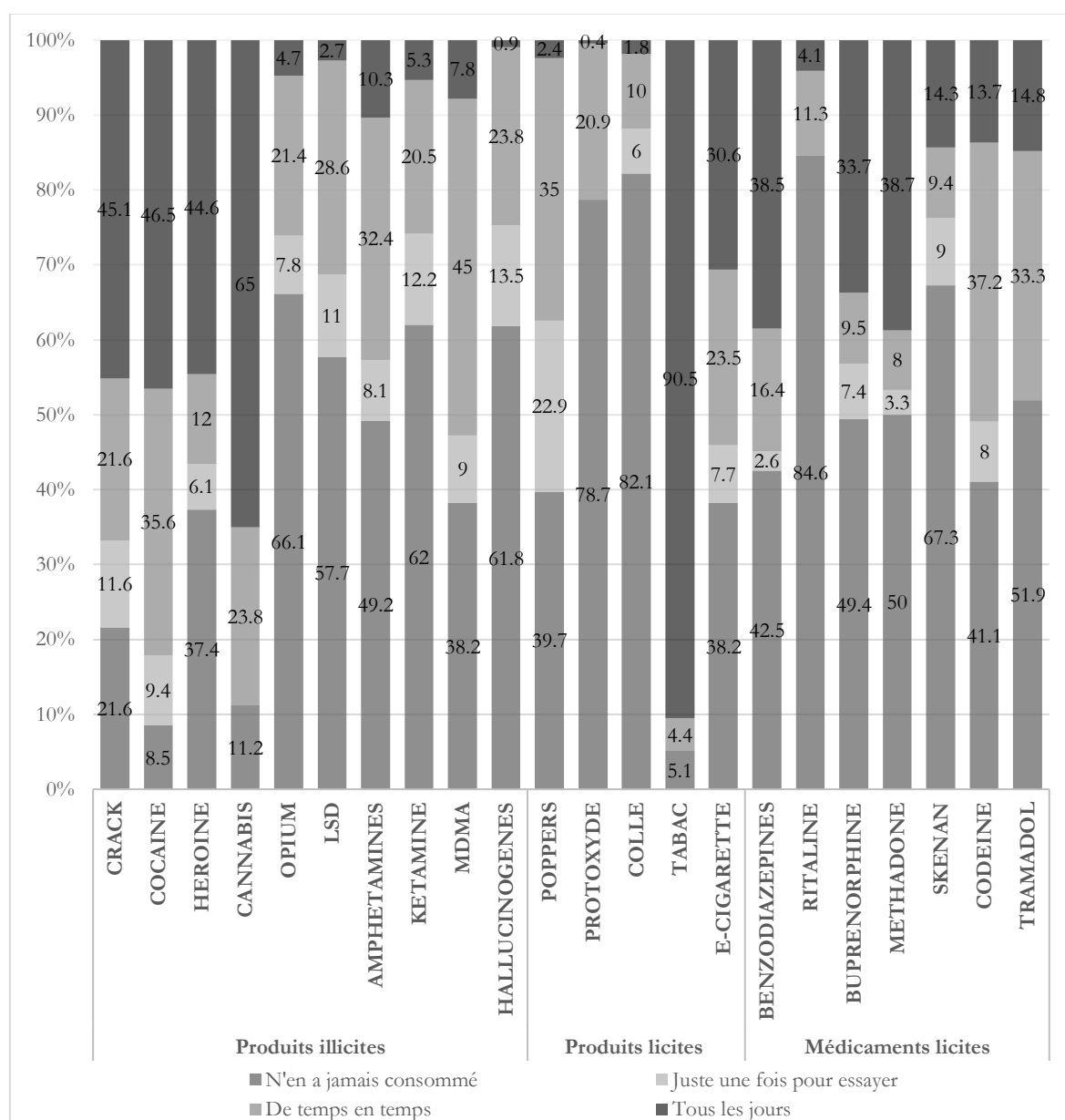
Aurélia : Pas du tout ! c'était un truc, le Tramadol j'ai dû en prendre genre une ou deux fois, la première fois je me souviens, c'était une pote à moi qui m'a dit ouais y a une teuf j'sais pas où, dans une ville, genre c'est la première fois qu'ils vont faire une teuf, sachant que j'étais jamais allée en teuf, je voulais trop y aller, je voulais voir un peu l'ambiance, sans forcément me dire ouais j'vais être droguée [...] on s'est posé dans un champ avec une tente, donc on a commencé à boire et on a pris un Trama et en fait bah je pense, je sais même pas si ça m'a vraiment fait de l'effet, je pense que ça juste dû me faire un peu plus d'effet, ça a dû me faire un peu plus d'effet que juste l'alcool mais sans plus.

[Aurélia, 22 ans, CAARUD, Île-de-France]

Le parcours de consommation d'Aurélia est commun à l'ensemble des usagères rencontrées. Différentes drogues sont essayées, mais leur usage se concentre ensuite, au fur et à mesure de leurs parcours, sur un ou deux produits. Plus important que les types de produits consommés, c'est la fréquence d'usage qui compte. Les travaux sur les « usages durs » des « drogues douces » c'est-à-dire des consommations intensives de cannabis ou d'alcool (Aquatias, 1999) ont montré que ces usages peuvent être plus dommageables socialement que des usages « gérés » de drogues « durs » (Soulet, 2003). Si le potentiel addictif du produit doit être pris en compte, il n'est pas l'unique facteur de danger (Parquet, 1998). C'est pourquoi le psychiatre et addictologue Philippe Jean Parquet met l'accent tant sur les conduites d'usage que sur les drogues, en forgeant les notions d'« usage », d'« usage nocif » et de « dépendance » quelles que soient les drogues utilisées.

Au-delà des consommations dans la vie, il est nécessaire de prendre en compte la fréquence de consommation. C'est l'objet de la figure 10. Celle-ci permet d'affiner la compréhension des parcours de consommation des usagères, en distinguant non seulement l'expérimentation, mais aussi l'intensité et la régularité des usages. Il révèle une gradation des pratiques, entre simples essais, usages occasionnels et consommations quotidiennes, en lien avec les statuts des substances (licites/illicites/médicamenteuses). Les usagères sont nombreuses à avoir consommé du tabac (90,5 %), du cannabis (65 %), de la cocaïne (46,5 %), du crack (45,1 %) et de l'héroïne (44,6 %) tous les jours au cours de leur vie. Les usagères sont aussi nombreuses à avoir consommé des benzodiazépines prescrites ou non (38,5 %) tous les jours au cours de leur vie. Aussi, un tiers des usagères ont consommé des traitements de substitution tels que la méthadone (38,7 %) et la buprénorphine (ou subutex) (33,7 %) tous les jours au cours de leur vie. Les traitements de substitution sont utilisés de façon régulière. La plupart des autres

produits, notamment associés à des consommations festives ou de sociabilités, sont consommés de temps en temps ou juste une fois. Des produits tels que la colle, la ritaline, le protoxyde d'azote ou les hallucinogènes sont peu fréquemment consommés. Finalement, concernant les modes de consommation, 49,8 % des usagères ont déjà pratiqué l'injection au cours de la vie, et 87 % des usagères ont pratiqué le sniff.

Figure 10 - Fréquence de la consommation dans la vie par produit

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

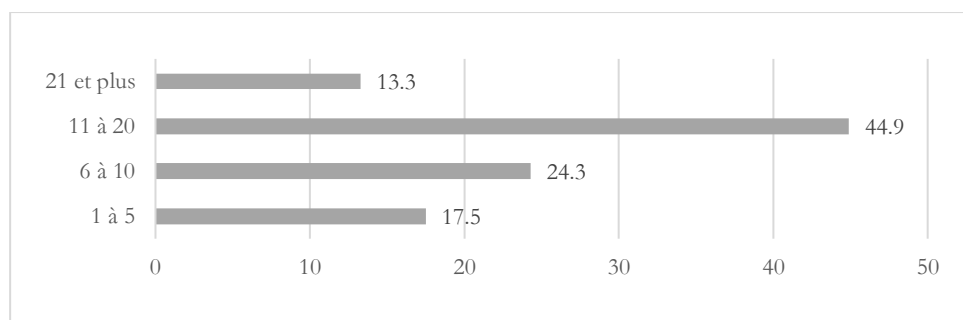
Lecture : 45,1 % des femmes ont consommé du crack tous les jours durant une période de leur vie.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Notes : La modalité « Juste une fois pour essayer » n'apparaît pas pour certains produits (cannabis, tabac, protoxyde d'azote, ritaline) car elle ne concernait pas d'individus (ou très peu, dans ce cas-là, la variable a été recodée).

Aussi, les personnes consomment souvent plusieurs substances en même temps (voir figure 11). Pour qualifier cela, les institutions de monitoring des drogues (telles que l'OFDT¹²⁷, ou l'EUDA¹²⁸) utilisent le terme « poly-consommation ». À partir du moment où une personne consomme du tabac et de l'alcool, elle peut être qualifiée de poly-consommatrice (ce qui concerne beaucoup de monde). Implicitement, ce terme fait souvent référence aux personnes qui consomment plusieurs drogues illicites en même temps ou des drogues illicites et de l'alcool, la poly-consommation de drogues licites est moins abordée lorsqu'il est question des usager·es de CAARUD et de CSAPA. Les travaux de l'OFDT ont montré que les usager·es des CAARUD étaient souvent des polyconsommateur·rices dépendant·es (Cadet-Tairou *et al.*, 2020). Quasiment 70 % ont consommé entre 6 et 20 produits au cours de leur vie ; 13,3 % des usagères ont consommé plus de 21 produits au cours de leur vie, et 17,5 % des usagères en ont consommé entre 1 et 5. Le nombre de produits consommés au cours de la vie comprend les prises uniques, les consommations occasionnelles et les consommations régulières ; il est donc logique que l'on remarque une diminution importante du nombre de produits consommés au cours du dernier mois.

Figure 11 - Nombre de produits consommés dans la vie



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 13,3 % des individus ont consommé 21 produits et plus au cours de leur vie.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Les parcours de consommation de drogues ont fait l'objet d'une abondante littérature en sociologie. Dès les années 2000, Sylvain Aquatias a décrit les trajectoires des usager·es de cannabis, tandis que Howard Becker avait déjà documenté les processus d'apprentissage de la consommation dans ses travaux fondateurs. Les parcours féminins ont également été étudiés (Legleye, 2010 ; Bertrand et Nadeau, 2006 ; Perrin, 2022), et des spécificités de genre ont été mises en évidence : à la différence des hommes, les trajectoires féminines de consommation

¹²⁷ Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

¹²⁸ *European union drugs agency.*

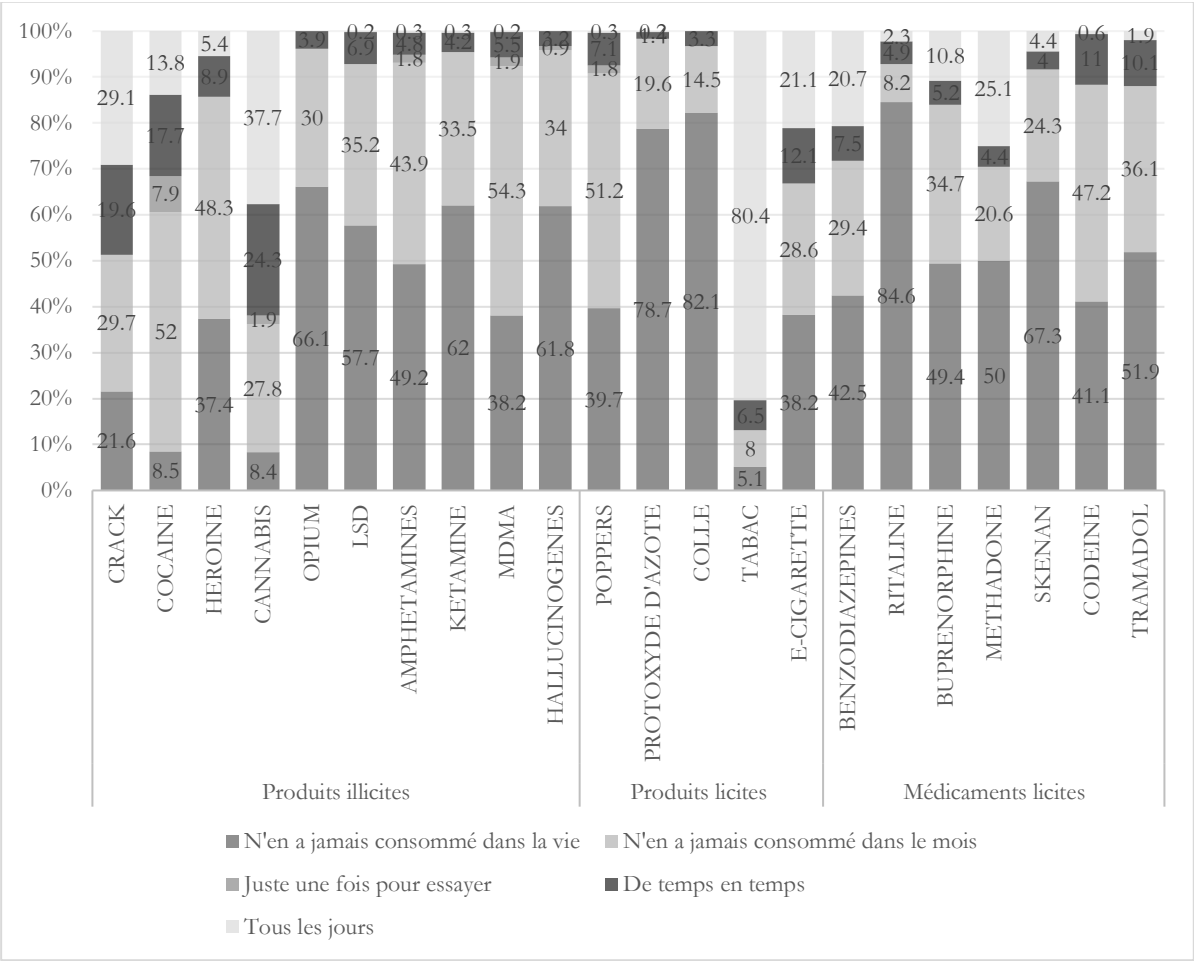
sont souvent marquées par des vulnérabilités particulières (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008). Comme le rappelle la Fédération Addiction (2016), les femmes sont certes moins nombreuses que les hommes à consommer des drogues, mais « elles ont en revanche plus de risques que les hommes d’entrer dans des usages problématiques, voire de souffrir de problèmes plus aigus générés par l’usage. Cela serait lié notamment à des diagnostics de troubles de l’humeur, d’anxiété et de dépression primaires à la dépendance chez les femmes, alors que les hommes développent plus souvent ces troubles à la suite de leurs consommations. » (Fédération Addiction, 2016). Je ne m’attarde pas davantage sur les parcours de consommation des enquêtées, dans la mesure où les parcours de consommation des femmes rencontrées dans le cadre de cette enquête s’inscrivent en partie dans les tendances déjà documentées par la littérature et parce que les parcours de consommation de drogues ne disent rien à eux seuls des recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA. Ce qui semble davantage important concerne les usages actuels de drogues et le rapport problématique que les usagères entretiennent avec certaines de ces drogues, selon elles.

Les consommations de drogues actuellement et l’usage « problématique » pour la personne

Les consommations actuelles de drogues, et leur fréquence permettent de faire des liens entre les produits consommés et les recours aux différentes prestations. Comme évoqué précédemment, le type de drogues consommées (cocaïne, crack, alcool, etc.) et l’usage qui en est fait ne nécessitent pas les mêmes besoins et les mêmes recours. Les usagères peuvent donc faire des usages variés au cours de leurs parcours. La figure 12 renseigne les fréquences de consommation des usagères au cours du dernier mois¹²⁹. On remarque ainsi que les fréquences par produit varient. Le tabac est toujours consommé quotidiennement par les usagères. Le crack (29,1 %) et le cannabis (31,7 %) sont ensuite les produits les plus consommés quotidiennement. En ce qui concerne les modes de consommation, 36,9 % des usagères ont pratiqué le sniff dans le dernier mois, 23,4 % des usagères ont pratiqué l’injection, 92,2 % ont pratiqué l’inhalation (pratique fumée). Ce dernier mode de consommation est majoritaire, qu’il s’agisse de tabac ou de crack.

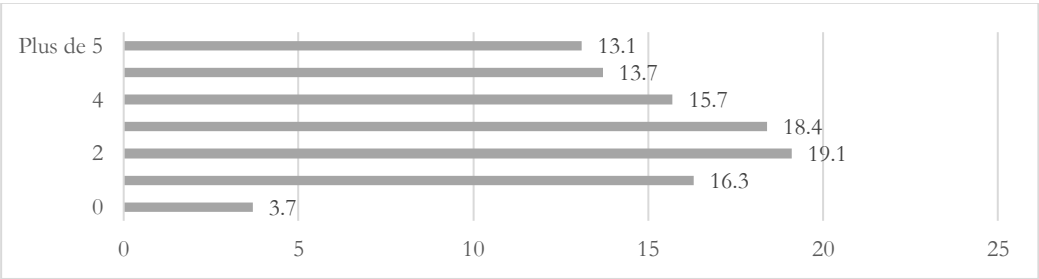
¹²⁹ Je considère cela comme l’usage actuel de drogues.

Figure 12 - Fréquence de consommation dans le mois par produit



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).
Lecture : 29,1 % des femmes ont consommé du crack tous les jours au cours du dernier mois.
Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.
Notes : La modalité « Juste une fois pour essayer » n'apparaît pas pour certains produits car elle ne concernait aucun individu (ou très peu, dans ce cas-là, la variable a été recodée).

Figure 13 - Nombre de produits consommés au cours du dernier mois



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).
Lecture : 13,1 % des individus ont consommé 5 produits et plus dans la vie.
Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Une importante partie des usagères (environ 70 %) consomme également entre 1 et 4 produits dans le mois (figure 13). On peut considérer que 80 % des usagères de l'échantillon de l'enquête sont actuellement poly-consommatrices (consommation de deux produits ou plus), 16,3 % des usagères consomment uniquement un produit, et 3,7 % des usagères ne consomment plus de drogues. Concernant cette dernière catégorie, deux éléments peuvent expliquer ce chiffre (qui peut surprendre de prime abord) : d'une part, certaines usagères fréquentent les institutions pour voir un·e professionnel·le bien qu'elles ne consomment plus de substances ; d'autre part, ce traitement statistique ne prend pas en compte la consommation d'alcool¹³⁰. Parmi les 3,7 % qui correspond à 13 individus, 5 usagères sont complètement abstinentes, 3 usagères consomment uniquement de l'alcool de temps en temps, 5 usagères en consomment quotidiennement. Les usagères de CAARUD et de CSAPA abstinentes de tous produits représentent 1,3 % de l'échantillon total. Dans l'enquête qualitative, trois enquêtées ne consomment plus aucun produit au moment de l'enquête, mais sont toujours suivies au sein des institutions, et cinq femmes ne consomment plus d'alcool ou de drogues illicites, mais sont sous traitement de substitution aux opiacés. Concernant l'alcool, il faut noter que près d'un tiers des femmes des CAARUD et des CSAPA n'en consomme jamais (27,3 %) et qu'un autre tiers en consomme tous les jours (33,3 %). L'alcool est consommé également une fois par mois ou moins pour 23,7 % des usagères, et une fois par semaine ou plus pour 15,6 % des usagères. Pour celles qui en consomment, l'alcool est souvent accompagné de la consommation d'autres drogues.

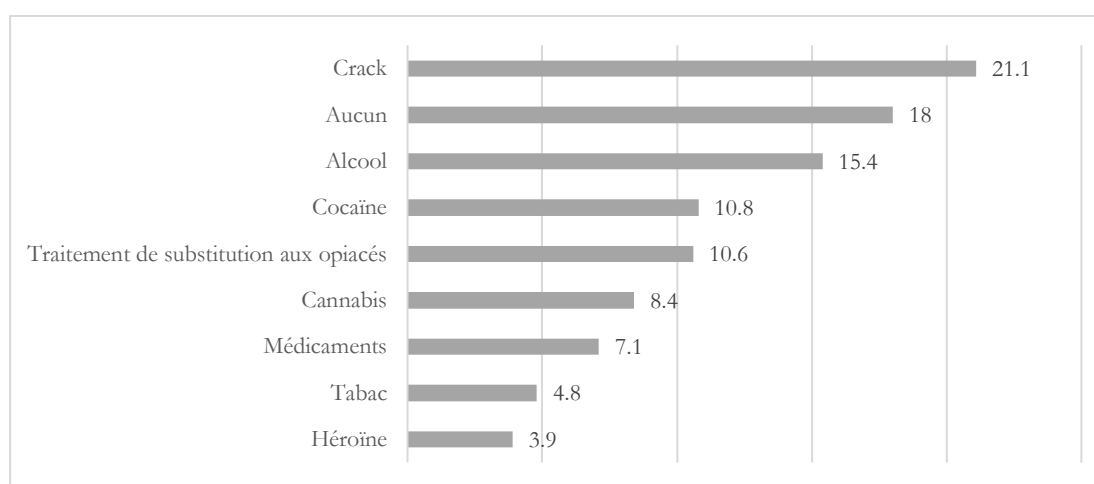
Toutes les consommations n'ont pas la même importance pour les usagères. Il est donc nécessaire d'introduire un élément dans l'analyse, à savoir : les drogues qui posent problème aux enquêtées, selon elles. En effet, consommer des produits n'implique pas de fréquenter une ou plusieurs institutions sociales, sanitaires ou médicosociales liées aux addictions ou d'avoir des problèmes liés à cette consommation. La notion d'« usage problématique » est utilisée par différents organismes de santé publique ou des recherches. Il existe différentes définitions de l'usage problématique, elle est par exemple définie par l'EUDA (*Problem Drug use*¹³¹) ou par l'OFDT comme la pratique de l'injection ou la consommation régulière ou de longue durée d'opioïdes, de cocaïne (en poudre ou basée) et/ou d'amphétamines. Cette catégorie institutionnelle, très utilisée dans les rapports de santé publique, et construite à partir d'indicateurs (produits consommés, type de pratique et fréquence d'usage) ne permet cependant

¹³⁰ La consommation d'alcool fait l'objet d'une question à part dans le questionnaire.

¹³¹ Définition disponible sur le site de l'EUDA : « This definition specifically includes regular or long-term use of prescribed opioids such as methadone but does not include their rare or irregular use nor the use of other drugs, such as ecstasy or cannabis. Existing estimates of problem drug use are often limited to opioid and poly-drug use. » (Source : euda.europa.eu)

pas de prendre en compte la perception des problèmes par les usager·es. Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, l'expression « usage problématique » n'a pas été retenue afin d'éviter d'imposer une définition normative de ce qui serait problématique pour les personnes interrogées. Plutôt que d'utiliser une catégorie prédéfinie par les institutions, l'enquête repose sur une approche centrée sur l'expérience vécue, en posant la question suivante : « Quel est le produit qui vous pose le plus de problèmes dans votre vie quotidienne ? ». Si cette formulation peut être perçue comme subjective, elle permet néanmoins d'ouvrir un espace de réflexion plus proche des approches des sciences sociales que des cadres stricts de la santé publique. Par ailleurs, il convient de rappeler que cette subjectivité n'est pas isolée : l'ensemble des données de l'enquête repose sur des déclarations, et donc sur les perceptions subjectives des personnes concernées.

Figure 14 - Produit problématique pour la personne dans la vie quotidienne



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 3,9 % des femmes déclarent que l'héroïne est le produit qui leur pose le plus problème dans leur vie quotidienne.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Notes : La modalité « médicaments » regroupe les médicaments opioïdes et les benzodiazépines.

Le crack est la substance la plus souvent identifiée comme problématique dans la vie quotidienne des usagères (21,1 %), devant l'alcool (15,4 %) et la cocaïne (10,8 %). À l'inverse, près d'une usagère sur cinq (18 %) ne désigne aucune substance comme posant problème, ce qui rappelle l'importance de ne pas présupposer ce qui est vécu comme problématique pour les personnes concernées. Cela amène à un questionnement plus général sur les décalages de perception du risque entre les usagères et les institutions. On note également que des produits médicalement prescrits (ISO, benzodiazépines, etc.) sont parfois perçus comme sources de difficultés, soulignant une ambivalence dans le rapport aux soins. Finalement le tabac et

l'héroïne sont des substances considérées comme problématiques par une minorité d'usagères. Cette répartition invite à prendre en compte la pluralité des expériences et des usages, ainsi que la subjectivité des effets perçus, au-delà des catégories institutionnelles utilisées en addictologie.

Le crack, un produit prédominant dans les régions francilienne et guyanaise

La prégnance de la consommation de crack parmi les usager·es des institutions médicosociales est sans commune mesure avec les autres drogues. Il s'agit du premier produit illicite consommé dans le dernier mois. L'Île-de-France et la Guyane ont en commun la diffusion du crack et les scènes ouvertes de consommation (espace public dans lequel des personnes peuvent acheter et consommer du crack), même si en Guyane, il semble y avoir moins de poly-consommation.

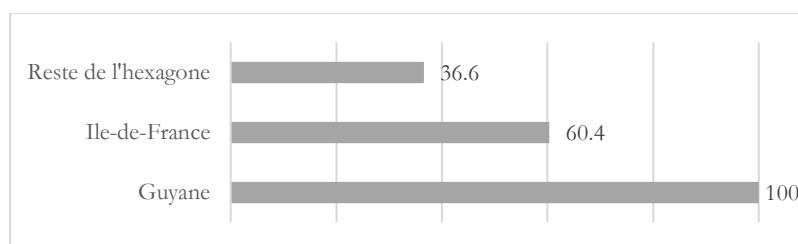
La Guyane est le département ultramarin le plus concerné par la diffusion de crack. Ce produit est généralement consommé par les fractions les plus démunies des classes populaires, qui vivent à la rue ou en squat¹³², le plus souvent des hommes, d'une trentaine ou quarantaine d'années, guyanais, étrangers ou métropolitains (Obradovic, 2020). Le crack est arrivé en Guyane au milieu des années 80, avec les Antilles ; il s'agit des « premiers territoires touchés par le crack d'après Alexandre Marchant, qui cite les travaux du professeur Charles-Nicolas. Celui-ci y fait remonter la présence du crack à 1983 (Marchant, 2013). » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Cette consommation massive s'explique par plusieurs facteurs : la situation géographique de la région (proche des pays producteurs de cocaïne¹³³) a pour conséquence une diffusion facile et abordable du produit ; une hausse du chômage à la suite de la fin des chantiers de la base spatiale de Kourou ; des raisons socioculturelles, comme l'identification aux noirs américains qui a servi de support identitaire (Qribi et Dayre, 2015). Ce produit se vend principalement dans des milieux ouverts comme la rue. La *blaka jango*, mélange de cannabis et de crack en joint, peut être considéré comme un mode d'initiation à la consommation de crack (Merle et Vallart, 2010 ; Longuet et Vassaux, 2025). Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, 91,8 % des usager·es guyanais·es ont déjà consommé du crack au moins une fois dans leur vie. Parmi ces personnes, 57,7 % ont déjà fumé du crack tous les jours. En comparaison, les usager·es sont 52,6 % à avoir consommé de la cocaïne en poudre au moins une fois dans leur vie et ils et elles sont 18,6 % à avoir consommé de l'héroïne au moins une fois dans leur vie (Jauffret-Roustide *et al.*, 2025). Toutes les usagères guyanaises rencontrées sur le terrain consomment du crack (c'est aussi le cas, mais

¹³² C'est principalement ces personnes qui composent l'échantillon de notre enquête.

¹³³ La Guyane est aussi une zone de transit de la cocaïne vers l'Europe et l'Amérique du Nord (Merle et Vallart, 2010).

dans une moindre mesure, en Île-de-France). Le fait que toutes les usagères guyanaises de l'enquête ANRS-Coquelicot consomment du crack justifie le fait que je n'ai jusque-là pas fait d'analyses comparatives entre l'Île-de-France et l'Hexagone dans cette section sur la consommation de drogues.

Figure 15 - Consommation de crack en fonction de la région d'appartenance des usagères



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Effectifs : n=20 pour la Guyane ; n=96 pour l'Île-de-France ; n=268 pour le reste de l'Hexagone.

Lecture : 100 % des femmes guyanaises consomment du crack.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Ce constat ne concerne pas uniquement la Guyane, mais aussi la Guadeloupe et la Martinique. Cela a d'ailleurs conduit une équipe médicale guadeloupéenne à lancer une étude sur le sujet, dont le constat sur la situation sociale et sanitaire des consommateur·rices de crack en Guadeloupe a été alarmant (Casimir, 2007). L'État a aussi partagé cette préoccupation puisque dès les années 2000, la MILDECA a lancé un programme « crack-Antilles-Guyane » qui a permis de conduire deux enquêtes « en Martinique et en Guadeloupe¹³⁴ pour comprendre l'ampleur du phénomène du crack dans ces départements, d'y décrire les caractéristiques socio-économiques des usagers et de proposer des solutions de prise en charge optimale dans un contexte d'insularité et de spécificités locales (Ferdinand, 2009). » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Les études ont montré la vulnérabilité du public usager de crack (économiquement, professionnellement) et sa précarité (Merle, 2008), des constats qui sont également visibles en Île-de-France. Un élément distingue néanmoins les Antilles de l'Hexagone, c'est celui des liens familiaux qui « semblent plus solides (22 % [des usager·es de crack] vivent dans leur famille) (Ferdinand, 2009). » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Lors de mon terrain, il était beaucoup question des pipes à crack, et de l'attrait généralisé pour les produits inhalés ou fumés (cannabis, crack). Peu de matériel d'injection est donné par les associations. En effet, les seules personnes injectrices de drogues sont des usager·es métropolitain·es (Longuet et Vassaux, 2025).

¹³⁴ À noter que malgré l'intitulé « Antilles-Guyane », aucune enquête ne s'est déroulée en Guyane. Un constat que l'on peut faire à de nombreuses reprises en ce qui concerne les études sur les Outre-mers.

La consommation de drogues n'a pas la même histoire en Guyane et en Hexagone. L'usage de drogues aux Antilles et en Guyane « s'est développé en dehors des schémas observés en France métropolitaine, très loin des vagues de consommation des années 1960-1970 en Europe » (Merle et Vallart, 2010). Ces territoires ont donc pu échapper à l'épidémie de VIH/Sida et aux hépatites en lien avec les pratiques d'injection d'héroïne dans les années 1980 (*Ibid.*). Jusque dans les années 1980-1990, il y avait peu d'usage de drogues en Guyane, hormis certain·es métropolitain·es qui consommer déjà de l'héroïne en Hexagone et qui ont migré en Guyane. C'est ce que m'expliquent des professionnelles rencontrées lors de l'enquête :

« La Guyane c'est comme la France 20 ans en arrière, donc les pratiques que l'on retrouve en métropole, elles arriveront plus tard ici. »

[Professionnelle, métropolitaine, CAARUD]

« Il y a 20 ans, quand quelqu'un fumait une cigarette, on savait que c'était une personne de métropole. Avant, personne fumait. »

[Professionnelle, créole, association de RdR]

Concernant les traitements de substitution, ils sont destinés majoritairement à des personnes venant de l'Hexagone, qui séjournent en Guyane (Merle et Vallart, 2010). Le type de produit est fortement corrélé aux types de populations consommatrices. Là où les consommateur·rices de cocaïne en poudre, d'héroïne ou de produits festifs sont plus nombreux·ses à faire partie des classes moyennes et supérieures, ce n'est pas (ou peu) le cas des consommateur·rices de crack. La cocaïne en poudre est considérée comme une drogue d'élite (comme dans de nombreux pays), puisqu'elle est consommée par des personnes issues de milieux aisés, artistiques ou festifs (Merle et Vallart, 2010 ; Longuet et Vassaux, 2025) et se vend dans des lieux fermés (boîte de nuit, livraison). Il s'agit du produit illicite le plus répandu après le cannabis. De manière plus spécifique, il existe certains usages de drogues à caractère magico-religieux comme des plantes fumées ou ingérées. L'usage de drogues peut avoir lieu en lien avec des aspects religieux, spirituels, rituels, comme c'est le cas de la bière et du rhum chez les noir·es marron·es (Qribi et Dayre, 2015). Ces dernier·es consommeraient dans le but de communiquer avec des esprits (*Ibid.*), des croyances puisées dans les « racines africaines » de la communauté (Merle et Vallart, 2010). En Guyane, la prise en charge du crack représenterait près de 9 prises en charge sur 10 en CSAPA (*Ibid.*). Considérée comme une région épargnée, la Guyane n'avait pas de système de soin ni de CAARUD avant les années 1980-1990. Il existe actuellement une dizaine d'institutions situées exclusivement sur le littoral atlantique (à Cayenne, Kourou et Saint-

Laurent du Maroni) qui travaillent pour la plupart d'entre elles en ambulatoire (il existe néanmoins deux communautés thérapeutiques résidentielles). Actuellement, et en population générale, la consommation de drogues est moins élevée dans les DROM qu'en Hexagone (Obradovic, 2020).

Ainsi, les usagères guyanaises des CAARUD et des CSAPA sont en majorité des personnes qui consomment du crack, parfois en poly-consommation avec de l'alcool et du tabac. Les usagères franciliennes consomment du crack, mais elles consomment également d'autres produits. Il existe une diversité de produits disponibles, notamment les opiacés (héroïne et médicaments) en Île-de-France, ce qui n'est pas le cas en Guyane. Cela est dû à l'histoire et à la géographie des deux territoires. Globalement, les usagères des CAARUD et des CSAPA sont concernées par des usages de drogues qui peuvent être problématiques selon elles (mais pas pour toutes, 18 % d'entre elles considèrent qu'elles n'ont pas de problème avec les drogues). Ces usages peuvent être directement liés aux recours à certaines prestations, en particulier à la distribution de pipes à crack dans les CAARUD et les CSAPA.

Liens entre la consommation de drogues et les prestations sollicitées

L'usage problématique de drogues pour la personne est-il lié aux types de prestations fréquentées dans les CAARUD et les CSAPA ? C'est une question que l'on se posait au début de cette section. Pour y répondre, on s'appuie sur des analyses qui traitent du lien entre produit problématique pour la personne et deux services spécifiques : la distribution de pipes à crack en CAARUD et le recours aux traitements de l'addiction. L'analyse croisée du tableau 9 montre clairement que ce sont les usagères de crack qui fréquentent le plus les prestations de distribution de matériel de réduction des risques dans les CAARUD et CSAPA, notamment les services de distribution de pipes à crack. Parmi les femmes déclarant consommer du crack au cours du dernier mois, 64,3 % ont fréquenté ces prestations, contre 35,7 % parmi celles n'en consommant pas. Ce résultat met en évidence une adéquation entre les pratiques de consommation et le recours aux outils de réduction des risques, et souligne l'importance spécifique de ces dispositifs pour les usagères engagées dans des usages intensifs ou réguliers de crack.

Tableau 9 - Lien entre l'usage de drogues et le recours à la distribution de pipes à crack en CAARUD ou en CSAPA

	Oui	Non	p-value
Produit problématique pour la personne¹³⁵			
Alcool	18,3	81,7	<,001
Cocaïne-crack	<u>53,3</u>	46,7	
Médicaments (opioïdes, benzodiazépines, TSO)	18,9	81,1	
Héroïne	10,8	89,2	
Cannabis	4,2	95,8	
Tabac	11,6	88,4	
Aucun	38,1	61,9	
Consommation de crack dans le mois			
Oui	<u>64,3</u>	35,7	<,001
Non	0	100	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 18,3 % des femmes qui déclarent que l'alcool est le produit qui leur pose le plus de problème dans la vie quotidienne ont recours à la distribution de pipes à crack en CAARUD ou en CSAPA.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

L'exploitation du tableau 10 met en évidence plusieurs dynamiques différenciées selon le produit de consommation. En premier lieu, on observe de légères sur-représentations des usagères de médicaments et des usagères sous TSO dans le recours au service de traitement de l'addiction. Les usagères de crack sont un peu moins nombreuses à fréquenter ce service bien qu'elles représentent tout de même un nombre important (40 %). La question subjective concernant le produit le plus problématique montre également que les usagères de médicaments sont faiblement plus nombreuses que les usagères d'autres produits déclarés dans le recours aux services. En définitive, hormis les usagères de médicaments, il ne semble pas y avoir une corrélation considérable entre ce service et les drogues consommées.

¹³⁵ Variable recodée (cocaïne et crack ensemble).

Tableau 10 - Lien entre l'usage de drogues et le recours aux traitements de l'addiction

	Oui	Non	p-value
Produit problématique pour la personne¹³⁶			
Alcool	39,9	60,1	<,001
Cocaïne-crack	27,3	72,7	
Médicaments (opioïdes, benzodiazépines, TSO)	<u>47,7</u>	52,3	
Héroïne	37	63	
Aucun	13,8	86,2	
Cannabis	27,8	72,2	
Tabac	42,8	57,2	
Consommation de crack dans le mois			
Oui	32,4	56,1	<,001
Non	67,6	43,9	
Consommation de médicaments dans le mois			
Oui	40	60	<,05
Non	56	44	
Traitement de substitution dans le mois			
Oui	56,9	43,1	<,001
Non	35	65	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 39,9 % des femmes qui déclarent que l'alcool est le produit qui leur pose le plus de problème dans la vie quotidienne ont recours au service de traitement de l'addiction dans le dernier mois.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Si l'usage de drogues est important pour comprendre le recours des femmes aux différentes prestations, il ne limite pas à cela, en témoigne l'analyse croisée entre la consommation de drogues et le recours aux traitements de l'addiction qui ne traduit pas de grandes différences entre les drogues consommées. Au-delà de la consommation de drogues, les usagères des CAARUD et des CSAPA sont également concernées par des situations de vie souvent dégradées, notamment le fait de vivre à la rue (Cadet-Tairou *et al.*, 2020). Il est donc nécessaire de prendre en compte une autre dimension, celle des conditions de vie des usagères, notamment vis-à-vis de l'emploi et du logement. Ce sont des éléments importants à connaître sur les usagères dans la mesure où les CAARUD et CSAPA sont des établissements médicosociaux qui accompagnent les usagères dans leurs démarches administratives : accès aux droits, insertion professionnelle ou demande d'hébergement.

¹³⁶ *Idem.*

1.3 Conditions de vie : logement, précarité et liens sociaux

Tout comme la distribution de matériel d'injection en CAARUD et en CSAPA n'est pas nécessaire pour une usagère qui ne pratique pas ce mode d'usage, l'espace de repos d'un CAARUD ou l'accompagnement social (l'accès aux droits, l'aide au logement ou à l'emploi) ne correspond pas aux besoins d'une usagère qui dispose d'un logement stable et d'un emploi. Le recours aux services est donc aussi lié aux conditions de vie des publics. Les CAARUD sont d'ailleurs considérés comme à « bas seuil d'exigence », accueillant le tout-venant, et les CSAPA sont considérés comme à « haut-seuil d'exigence » et nécessitent donc plus de ressources pour y accéder. La littérature scientifique met en évidence la précarité des publics usagers de drogues en contexte médicosocial (Cadet-Tairou *et al.*, 2020 ; Palle, 2021). Cependant, la précarité revêt différentes formes qu'il faut préciser ici.

Détour sur les notions de pauvreté, de précarité et de vulnérabilité

Pauvreté, précarité, vulnérabilité, exclusion, marginalité, désaffiliation (Castel, 1995), disqualification (Paugam, 1991) ... Les termes ne manquent pas pour analyser les problèmes sociaux et économiques que rencontrent les individus. Qu'ils soient utilisés dans le cadre de l'action publique ou des recherches sociologiques, certains de ces termes parfois fourre-tout nécessitent d'être explicités. Sans faire un état de la littérature générale sur ces questions, je reviendrai sur trois notions utilisées pour qualifier les femmes usagères des CAARUD et des CSAPA : la pauvreté, la précarité, et la vulnérabilité.

La pauvreté peut être définie par une absence ou une insuffisance de ressources monétaires. Julien Damon propose une définition plus large en spécifiant quatre approches de la pauvreté : l'approche « absolue » : pouvoir se nourrir, se vêtir, se loger, elle correspond au seuil de ressources ; l'approche « administrative » : elle concerne les personnes bénéficiant des prestations sociales « visant à atténuer la pauvreté » (le RSA par exemple) ; les approches relatives composées de « 3 sous branches » : le seuil monétaire, les conditions de vie, et un seuil à partir duquel les personnes sont pauvres en société (10 % les plus pauvres) ; et l'approche « ressentie » qui porte sur la perception des populations à se sentir pauvre ou précaire (Damon, 2014). Serge Paugam quant à lui, distingue la pauvreté traditionnelle, la pauvreté marginale et enfin la pauvreté disqualifiante (Paugam, 2005). Il existe de nombreux indicateurs économiques et statistiques pour mesurer la pauvreté, l'Insee mesure la pauvreté monétaire depuis 1970. Pour

Serge Paugam, la pauvreté ne correspond pas à un groupe homogène, et détient par essence un caractère relatif qui est donc très difficile à mesurer (*Ibid.*).

Dans le prolongement de la pauvreté, la précarité correspond davantage à une instabilité ou à une fragilité des revenus, des positions sociales et des protections (emploi, liens sociaux, institutions) (Bresson, 2020). Maryse Bresson montre qu'il existe différents courants de recherche de la pauvreté-précarité, elle met en évidence le manque d'unité théorique et définitionnel de la notion de précarité. Si la précarité peut être liée à la pauvreté, les deux notions ne vont pas systématiquement de pair, puisque les individus peuvent être précaires sans être pauvres (le cas des travailleur·ses précaires par exemple). La précarité est « de manière générale associée à des conditions peu ou “moins” satisfaisantes dans tous les domaines de la vie quotidienne : emploi, travail, logement, confort, consommation, santé... » (Bresson, 2007 : 45). Cela peut correspondre à des conditions d'emploi atypiques, des conditions de vie détériorées, aux fragilités des relations sociales, etc. Cette dernière peut avoir une dimension territoriale et socio-économique. Elle est également liée à la société du risque définie par Ulrich Beck (2001), c'est-à-dire une société où les individus sont instables et vulnérables dans l'avenir (Peretti-Watel, 2010). Elle se focalise aussi sur les ruptures, qu'elles soient familiales ou liées à l'état de santé par exemple (Cingolani, 2005). Elle concerne beaucoup plus de personnes que la pauvreté, et « n'épargne aucune catégorie sociale ou presque. Les couches moyennes sont en grande partie menacées, tout comme les classes populaires ; quant aux pauvres, ils sont pour leur grande majorité précaires. La précarité va au-delà de la pauvreté et ne l'englobe que partiellement. » (Pierret, 2013). La précarité est davantage horizontale que verticale comme peuvent l'être les stratifications sociales, de classes notamment. Cependant, elle n'évite pas la prise en compte des rapports de domination. Elle apparaît comme un continuum, et non comme une opposition binaire entre des personnes « intégrées » et « exclues ». Le terme exclusion est d'ailleurs moins adapté pour notre objet, puisque comme l'indique Robert Castel, l'opposition suggère une rupture entre deux groupes à partir de différences, qui ne sont pas toujours réelles (Castel, 1995).

Encadré 11 - Enjeux et contours des catégories non-stabilisées « inséré » *versus* « précaire »

Les catégories d'« inséré·e » et de « précaire » sont couramment mobilisées dans les discours institutionnels et les pratiques professionnelles en addictologie pour parler des usager·es, mais leur usage pose un certain nombre de problèmes d'un point de vue sociologique. Ces notions apparaissent à la fois floues, normatives et insuffisamment critiques pour saisir les rapports sociaux à l'œuvre. Par exemple, dans le rapport « crack en Île-de-France » de l'OFDT, on peut

lire ces définitions des deux catégories : « l'expression "usager inséré" ou "semi-inséré" renvoie à l'insertion sociale de la personne qui se traduit par l'existence des liens familiaux ou amicaux, l'accès à un logement, à une couverture sociale, le fait de disposer de revenus réguliers et éventuellement d'un travail. L'utilisateur précaire cumule un ensemble de difficultés liées à une insécurité pour le logement, à l'absence le plus souvent de liens sociaux et familiaux solides et surtout ne disposant pas de revenus issus d'un emploi. » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Aussi, dans les recherches, l'insertion sociale et ses contours sont pensés par rapport à la précarité : « Les usagers insérés socialement donnent du sens à leurs pratiques et ne correspondent pas au stéréotype du toxicomane (Lancial, 2011) dont toute l'existence est régie par la recherche et la consommation de drogues (Castel, 1998). La vie du consommateur de drogues inséré socialement, "affilié", ne se réduit pas à la recherche et à l'usage du produit (Zufferey, 2002). L'insertion sociale ne garantit en rien que les usages ne deviennent pas problématiques, mais elle éloigne de la figure stéréotypée du consommateur de substances (Duprez et Kokoreff, 2000). » (Perrin, 2022). On voit ici que certaines définitions peuvent être questionnées (les usager·es « précaires » ne donnent-ils et elles pas de sens à leurs pratiques ?), parce qu'au fond les définitions des deux catégories sont instables. En effet, leur définition varie selon les acteur·rices. Sur le terrain, les professionnel·les eux et elles-mêmes peinent à les utiliser de façon cohérente. Un même individu peut être qualifié tour à tour d'inséré et de précaire, révélant le caractère poreux et ambivalent de ces catégories. Cette instabilité traduit un malaise face à des concepts qui cherchent à ordonner une réalité sociale complexe, mais sans véritables fondements solides.

Deuxièmement, la dichotomie entre « inséré·e » et « précaire » tend à évacuer la question de la stratification sociale. Elle occulte en particulier les inégalités de classe, souvent réduites à des indicateurs flous tels que le « statut social » ou « l'origine sociale ». Si ces catégories sont largement utilisées par les institutions (INSEE, OFDT, Fédération Addiction), elles apparaissent comme des euphémismes qui permettent de parler de rapports sociaux sans en nommer les logiques structurelles. Ainsi, elles peuvent fonctionner comme un substitut à l'analyse en termes de classe, sans en avoir ni la profondeur ni la portée critique. Troisièmement, ces catégories produisent une homogénéisation des publics, en essentialisant des expériences sociales pourtant très diversifiées. Parler de « femmes » usagères, de « précaires » ou « d'inséré·es » revient à masquer les hétérogénéités internes à ces groupes. Cette critique renvoie à des débats classiques en sociologie sur les risques de naturalisation liés aux catégories, même lorsqu'elles sont utilisées dans une visée descriptive. Enfin, penser la précarité uniquement à travers le prisme de l'insertion sociale revient à neutraliser les rapports de domination. Ces catégories sont issues du langage de l'action publique, qui tend à individualiser les parcours et à gommer les

mécanismes structurels à l'origine des inégalités sociales. Utilisées sans recul critique, elles risquent de reproduire un cadrage institutionnel au détriment d'une véritable lecture sociologique des positions dans l'espace social. En somme, une réflexion sur ces catégories appelle à un déplacement du regard : au-delà de la binarité insérée/précaire, il est nécessaire de réintroduire des outils conceptuels plus robustes – comme la classe sociale ; ou la précarité comme continuum – pour penser la diversité des parcours et des rapports sociaux dans le recours en addictologie.

Aux cas de la pauvreté et de la précarité, peut s'ajouter une notion importante pour étudier les recours institutionnels des usagères : celle de vulnérabilité. Les femmes usagères des CAARUD et des CSAPA sont d'ailleurs souvent présentées comme vulnérables. En effet, le « stéréotype féminin de l'usage de drogues [est] organisé autour de la notion de vulnérabilité, qui s'ancre dans une réalité physiologique et une réalité sociale des rapports de genre. » (Hoareau, 2012). La vulnérabilité est une notion large qui renvoie à :

« Un régime d'incertitudes, d'insécurités et de précarités multiformes, mais où n'a pas été abandonné le souhait (voire, de façon plus pernicieuse, l'injonction politique) à être quand même acteur et autonome. » (Brodiez-Dolino, 2016).

Comme dans le cas de la pauvreté, la vulnérabilité est entourée d'une lutte de définition, accentuée par son emploi par l'action publique et par la recherche. Marc-Henri Soulet la définit comme universelle (qui concerne tout le monde), potentielle (avec la possibilité d'advenir), relationnelle, contextuelle, individuelle et réversible. La vulnérabilité permet de dépasser le cadre binaire de l'exclusion pour penser la fragilité comme phénomène universel, mais inégalement réparti (Soulet, 2005). Les sociologues de la pauvreté mobilisent cette notion notamment lorsqu'il s'agit d'étudier « les plus vulnérables » :

« La vulnérabilité s'applique également aux cas de pauvreté-précarité, non du fait du "simple" manque d'argent, mais des effets boule-de-neige induits : "précarité" (CASTEL, 2011), insécurité du présent et de l'avenir, moindre accès à l'instruction, malnutrition ou sous-nutrition, exigüité et/ou insalubrité du logement, difficultés d'accès aux soins, surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution...) et aux professions dangereuses, etc. ; d'où une fragilisation de la santé physique et mentale. On pourrait encore évoquer les répercussions sur le couple et les enfants, d'où un risque de reproduction générationnel mis en évidence dès les années 1960 par ATD Quart Monde. Dès lors, la vulnérabilité a dès les années 1980 été largement associée à la pauvreté en économie du développement (THOMAS, 2010 : 64). Et nombre de sociologues de la pauvreté-précarité (ainsi Serge Paugam) de recourir au terme, notamment via l'expression "les plus vulnérables". » (Brodiez-Dolino, 2016).

Aussi, la vulnérabilité n'est pas une qualité inhérente aux individus, mais une condition socialement construite, qui se révèle et se façonne à travers les expériences de la vie sociale (Bataille, 2010). L'objectif de la thèse est d'explorer les différentes dimensions de la précarité des usagères. Pour cela, il est nécessaire de décomposer la notion en prenant en compte la situation vis-à-vis du logement, de l'emploi, des liens sociaux... L'objectif également est de montrer les variations de précarité qu'il existe au sein de ce public, et de qualifier des formes de marginalité particulière dans des groupes de femmes hétérogènes. Jusqu'à présent, les recherches qui ont porté sur les usagères des institutions de l'addiction utilisent le diptyque précaire/inséré pour aborder ces enjeux. Or cela masque l'aspect multidimensionnel de la précarité, et par conséquent de « l'insertion ». Le gradient de précarité combine des précarités résidentielles, sociales, affectives, etc. Différentes dimensions sont mobilisées ici pour aborder ce continuum de la précarité, et pour *in fine* appréhender l'impact de ce continuum sur le recours des usagères aux prestations des CAARUD et des CSAPA. J'ai choisi pour cette analyse de me concentrer sur quatre dimensions (en lien avec la littérature existante sur le sujet) : le travail, le logement, la couverture maladie, les liens sociaux.

Description des conditions de vie actuelles des usagères

Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, 32,7 % des usagères déclarent travailler¹³⁷, qu'ils s'agissent de travail déclaré ou non. Concernant les revenus, 37,2 % des usagères touchent des revenus issus du don, du vol ou de la prostitution. Le croisement des deux variables indique que parmi les usagères qui travaillent, 27,3 %¹³⁸ touchent ce type de revenu. Parmi celles qui déclarent ne pas travailler, 42,9 % disent toucher ce type de revenu. De manière générale 58 % des femmes déclarent ne pas travailler et ne pas toucher de revenus (en tout cas pas ceux du vol, du don ou de la prostitution). La situation économique des usagères s'apparente à une réelle pauvreté, au sens économique. La situation vis-à-vis de l'emploi des usagères des CAARUD et des CSAPA est également observée dans les volets précédents de l'enquête ANRS-Coquelicot :

« En 2004, la moitié des usagers de drogues déclarait ne pas travailler au moment de l'enquête, proportion qui s'élevait à 80 % en 2011. Toutefois, cette variable comportait un certain nombre de limites, dans la mesure où les pathologies associées à l'usage de

¹³⁷ La question posée dans le questionnaire est « Actuellement travaillez-vous ne serait-ce que quelques heures dans le mois ? », cette question permet à la personne de qualifier elle-même son activité de travail, et permet une prise en compte plus large du travail, incluant le travail non-salarié, sans contrat par exemple.

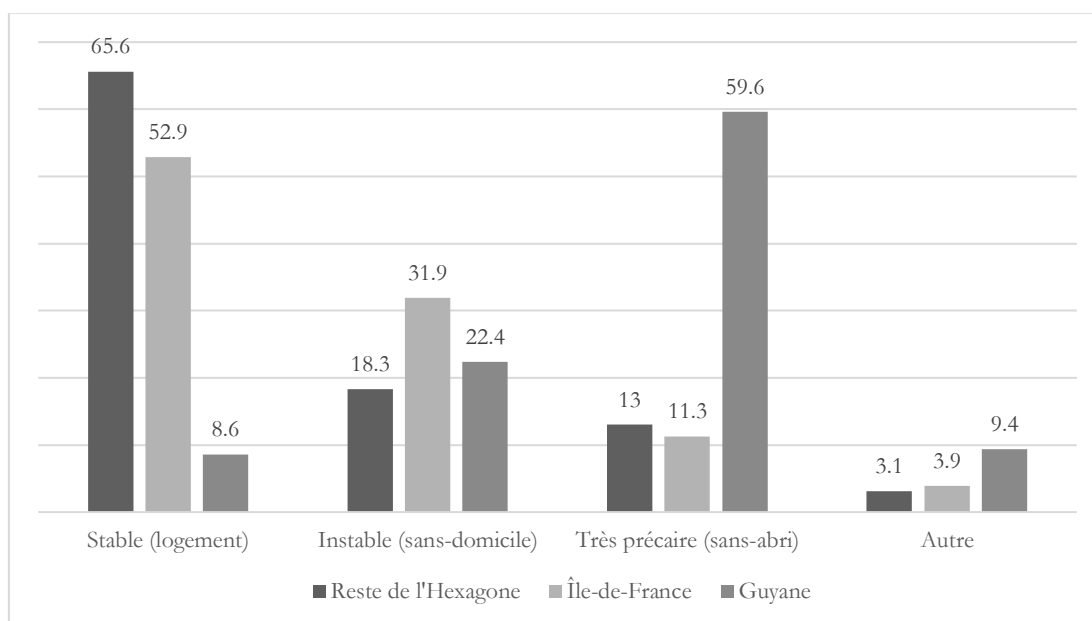
¹³⁸ Test du khi-deux significatif (p-value > 0,001).

drogues (comorbidités psychiatriques, maladies chroniques telles que le VIH ou l'hépatite C) pouvaient entraîner des incapacités vis-à-vis de l'emploi qui ont été mal mesurées dans l'enquête. De plus, pour un certain nombre d'usagers, la dépendance aux drogues constituait une forme "d'expérience totale" amenant les usagers à organiser l'ensemble de leur vie autour d'activités illégales pouvant également être appréhendées par ces usagers comme une forme de travail et d'insertion dans le monde social de la drogue. » (Jauffret-Roustide, 2017)

Au niveau du logement¹³⁹, 50,9 % des usagères ont déjà été hébergées par une association au cours de leur vie car elles n'avaient pas de domicile. Elles sont 68,4 % à avoir dormi dans la rue au moins une fois dans leur vie car elles n'avaient pas de logement. Actuellement, 56,8 % des usagères vivent dans une habitation stable (logement personnel, location ou propriété), 23,4 % vivent dans une habitation instable (chez un tiers, dans une structure d'hébergement généraliste, etc.), 15,9 % des usagères vivent dans une habitation précaire (squat, rue, etc.), 3,9 % sont dans une autre situation¹⁴⁰. Les catégories « stable », « instable » ou « habitation précaire » ne renvoient pas directement à des catégories sociologiquement pertinentes. Marie Loison qui consacre une partie de ces travaux à la question SDF propose différentes catégorisations pour aborder le « phénomène d'exclusion du logement » (Loison, 2023). L'autrice met en évidence trois catégories que j'applique ici pour qualifier les situations de logement des usagères : le logement « à soi » correspondant aux usagères qui vivent dans un logement stable qu'elles soient propriétaires ou locataires ; le « sans-domicilisme » pour celles qui sont hébergées chez un tiers, par une structure collective ou une association ; et enfin le « sans-abrisme » pour celles qui vivent à la rue ou dans des espaces non prévus pour l'habitat (*Ibid.*). Si plus de la moitié des usagères françaises vit dans un logement « à soi », les enquêtées que j'ai rencontrées dans les CAARUD et les CSAPA étaient davantage concernées par le « sans-domicilisme » ou le « sans-abrisme ». En Guyane, les usagères étaient quasiment toutes sans-abri (une seule bénéficiait d'un logement), en Île-de-France, les expériences étaient plus hétérogènes, les trois situations étant visibles, mais avec une part importante de femmes sans domicile.

¹³⁹ Plusieurs questions sont présentes dans le questionnaire à propos du logement et de l'hébergement dans la mesure où ce sont les indicateurs considérés comme les plus discriminants pour qualifier la précarité et la vulnérabilité des usagères des institutions médicosociales de l'addiction (Jauffret-Roustide, 2017).

¹⁴⁰ Le recodage de cette variable est en annexe 3.

Figure 16 - Type d'habitation actuelle en fonction de la région d'appartenance des usagères

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 65,6 % des femmes qui vivent en France hexagonale (en dehors de l'Île-de-France) vivent dans un logement stable.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

On observe un gradient de précarité résidentielle selon les régions ; les femmes guyanaises sont les plus précaires vis-à-vis du logement, suivies des usagères franciliennes, suivies enfin par les usagères du reste de l'Hexagone. Ces croisements viennent confirmer les observations de terrain en Guyane.

Des questions rétrospectives au sein de l'enquête quantitative permettent de voir que la précarité résidentielle de certaines usagères n'est pas récente, ou le résultat d'un parcours de déclassement à l'âge adulte, mais bien la continuité de certaines situations vécues dans l'enfance. À l'âge de 16 ans :

- 21,8 % des usagères vivaient seules ou dans des structures d'accueil collectives ;
- 14,1 % des usagères vivaient dans un foyer en famille recomposée ou avec des membres de la famille éloignée ;
- 26,3 % vivaient dans des foyers monoparentaux (avec leur mère ou leur père seul) ;
- Et enfin, 37,9 % habitaient avec leurs deux parents.

Une part importante des usagères (21,8 %) ont connu la précarité résidentielle dès leur adolescence. Les parcours résidentiels des usagères sont parfois marqués par des ruptures de vie dans l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. C'est aussi ce que montrent les résultats des volets précédents de l'enquête ANRS-Coquelicot :

« Globalement, un quart des usagers déclaraient que, à 16 ans, ils ne vivaient déjà plus chez un membre de leur famille, tant en 2004 qu'en 2011. Les femmes ont des trajectoires encore moins linéaires que celles des hommes, puisque, dès l'âge de 16 ans, elles sont proportionnellement plus nombreuses à ne plus vivre dans leur famille (28 % vs 17 %), c'est-à-dire que, au moment de l'adolescence, un tiers d'entre elles étaient livrées à elles-mêmes, en fugue ou placées dans des foyers de la DDASS ou des familles d'accueil. » (Jauffret-Roustide, 2017).

Concernant la couverture santé qui est aussi un indicateur du niveau de précarité du public, les usagères sont 35,9 % à détenir la Sécurité sociale, 50,1 % à disposer de l'AME¹⁴¹ ou de la CMU¹⁴² et 14 % à n'avoir aucune couverture maladie¹⁴³. Dans l'enquête, 82,7 % des usagères sont françaises de naissance, 3,4 % sont françaises par acquisition ou réintégration, et 13,8 % des usagères sont de nationalité étrangère.

La précarité est aussi liée à une dimension relationnelle, c'est-à-dire aux liens sociaux qui unissent les individus entre eux : « Dans les années 1990, la précarité est associée, en particulier en France, à une “crise du lien social”. » (Bresson, 2007 : 79). Selon Serge Paugam, il existe différents types de liens sociaux : les liens de filiation qui lient les personnes à leur famille ; les liens de « participation élective » qui lient les individus aux proches qu'ils choisissent ; les liens de « participation organique » qui sont ceux afférents au travail ; et les liens aux institutions qui se rapportent à la citoyenneté (Paugam, 2014). L'auteur montre qu'il existe une répartition inégale de ces liens. Les liens de « participation élective » par exemple sont davantage l'apanage des classes supérieures, qui bénéficient davantage que les autres de réseaux amicaux et affectifs solides. Concernant les liens familiaux, « la famille est généralement considérée comme une source de protection matérielle en cas d'accident de la vie. De fait, les travaux de sociologie de la famille ont montré que dans nos sociétés postmodernes, celle-ci continue d'avoir une fonction de “protection rapprochée” » (Bresson, 2007 : 65). En effet, « ne pas appartenir à un tissu de relations familiales, à un réseau de sociabilité et de solidarité privée, constitue un “risque solitude” » (*Ibid.*). Dans l'enquête, les liens sociaux peuvent être étudiés à la fois à travers le couple, sous le prisme d'une question sur les proches à qui parler, et à travers des questions sur la situation familiale dans l'adolescence. Concernant la conjugalité, 40,3 % des femmes déclarent être en couple. 37,9 % sont en couple hétérosexuel avec un partenaire, et 2,4 % sont en couple

¹⁴¹ Aide médicale d'État.

¹⁴² Couverture maladie universelle.

¹⁴³ Il n'y a pas de question sur la complémentaire santé dans le questionnaire, mais des travaux ont montré qu'il s'agit du « déterminant principal de la consommation de soins » et « une variable centrale pour repérer les individus ayant des difficultés à accéder aux systèmes de soins » (Rode, 2010 : 229). Sur la question de la couverture maladie, voir notamment les travaux d'Hélène Revil (Revil, 2014).

homosexuel avec une partenaire. Parmi les personnes en couple, 16,7 % des usagères cohabitent avec leur partenaire, 25,7 % des usagères se déclarent amoureuses, 31,7 % envisagent le couple comme une manière d'éviter la solitude, 38 % d'entre elles envisagent le couple comme une protection, 41,4 % considèrent leur partenaire comme un soutien, et enfin 52,7 % des usagères déclarent que le couple est une manière de subvenir aux besoins ensemble. Concernant les liens de « participation élective », 63,7 % des usagères déclarent qu'elles ont quelqu'un de proche dans leur vie à qui elles peuvent parler de leurs problèmes et qui les soutient actuellement¹⁴⁴. Concernant enfin les liens familiaux, le tableau 11 décline les différentes problématiques déclarées par les usagères concernant leur environnement familial avant leurs 18 ans. Elles sont 60,3 % à avoir été confrontées à de graves tensions ou à un climat de violence entre leurs parents ou les personnes qui les ont élevées. Elles sont aussi 39,3 % à avoir été confrontées à des consommations de drogues et d'alcool par leurs parents. C'est le cas par exemple de Charlène, qui a aujourd'hui des problèmes avec l'alcool et qui ne voit plus sa famille ; ses liens reposent avant tout sur ses amies et les associations :

Estelle : Et votre entourage dans vos épisodes de consommation ?

Charlène : [silence]

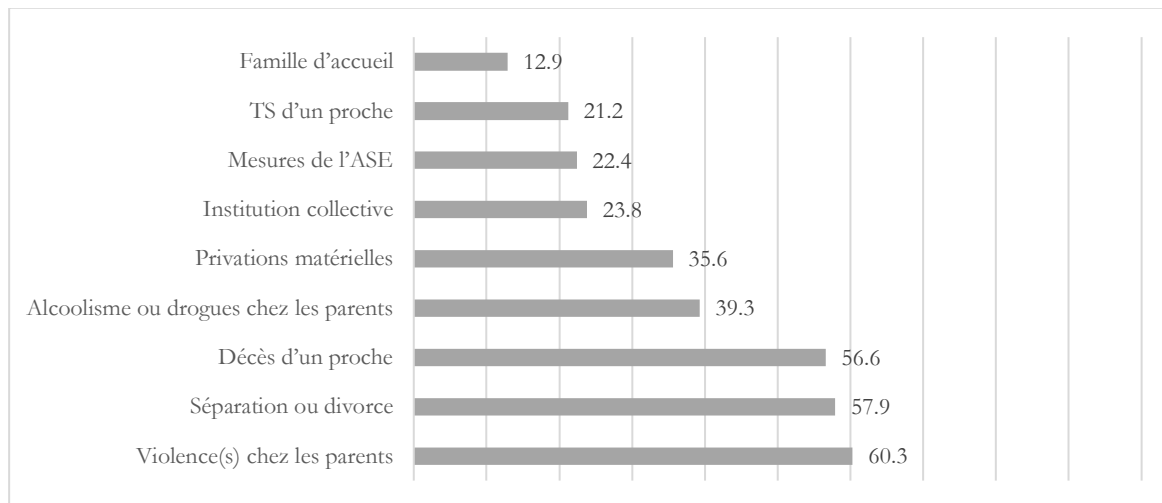
Estelle : Du coup entourage familial si j'ai bien compris...

Charlène : Ouais [rires], c'est plus l'entourage des associations que je connais et de mes amis.

[Charlène, 43 ans, CSAPA, Île-de-France]

Les différents problèmes déclarés témoignent du manque de stabilité sociale et résidentielle de certaines usagères à l'adolescence. Néanmoins, les liens familiaux ne sont pas toujours rompus chez les usagères rencontrées dans l'enquête de terrain. Ces liens sont variables d'une usagère à l'autre. Les enquêtes sur les liens sociaux entretenus par les personnes sans domicile montrent que « si les liens avec la famille et les amis sont plus faibles pour les sans-domicile que pour les autres personnes, des contacts subsistent pour un nombre important d'entre eux. » (Bresson, 2007 : 67).

¹⁴⁴ La question posée est celle-ci : « Actuellement, avez-vous quelqu'un dans votre vie de proche à qui vous pouvez parler de vos problèmes et qui vous soutient ? ». Il n'y a pas de question permettant de savoir de quel proche il s'agit.

Tableau 11 - Environnement familial au cours de l'enfance et de l'adolescence (avant 18 ans)

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 12,9 % des femmes ont vécu en famille d'accueil au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Note : TS signifie tentative de suicide.

Les liens sociaux constituent un élément important dans le champ de la santé, en effet, des travaux ont montré « une corrélation significative entre la densité et la qualité des relations sociales d'une part, et la morbidité et la mortalité pour diverses pathologies d'autre part » (Peretti-Watel, 2006). Les liens sociaux seraient :

« un soutien permettant de modérer le stress suscité par certains événements ou situations (Wheaton, 1985 ; Lin et Ensel, 1989), sachant que le stress a, semble-t-il, des conséquences directes sur l'état de santé : il aurait des effets aux niveaux neuro-endocrinien et neuro-immunitaire, provoquerait notamment une hausse de la tension artérielle et du taux de cholestérol, et contribuerait plus généralement à un vieillissement précoce de l'organisme (Brunner, 2000 ; Seeman et Crimmins, 2001) (2). Bien sûr, avant même de mobiliser de tels mécanismes biologiques, il faut souligner que le réseau relationnel fournit des ressources matérielles, informationnelles et émotionnelles (Reichmann, 1991), et qu'il contribue à satisfaire certains « besoins sociaux fondamentaux » (affection, estime de soi, sentiment d'appartenance, etc., Kaplan *et al.*, 1977). » (*Ibid.*).

L'analyse des conditions de vie des usagères – à travers leur situation en matière d'hébergement, d'emploi, de couverture santé ou de liens sociaux – révèle une fragilité globale qui ne se limite pas à la précarité économique. Celle-ci se manifeste aussi sur les plans résidentiel, social, sanitaire, affectif et administratif, traduisant un état de précarité multidimensionnel. Ces fragilités s'inscrivent dans deux logiques distinctes. Certaines usagères ont connu une socialisation relativement stable, avant de basculer dans des situations de précarité à la suite de

ruptures biographiques (notamment liées à la consommation, à la perte d'un emploi). Ce sont des parcours de déclassement ou de décrochage. D'autres, au contraire, ont grandi dans des contextes marqués dès l'enfance par la précarité (exclusion scolaire, violences, isolement) et sont toujours concernées par des situations précaires aujourd'hui. On peut dès lors distinguer une précarité structurelle, issue d'une socialisation dans des environnements instables, et une précarité conjoncturelle, survenant à la suite d'événements déstabilisants dans des parcours auparavant plus stables. Cette distinction permet de penser la pluralité des expériences de précarité et d'insister sur le caractère socialement situé des vulnérabilités, produites à l'intersection de facteurs individuels, relationnels et structurels.

Corrélation entre les conditions de vie et les prestations sollicitées

Les travaux sociologiques et épidémiologiques ont montré des corrélations évidentes entre le niveau socio-économique des individus et leur recours aux soins, qu'il s'agisse par exemple de soins généralistes (Rode, 2010) ou de dépistage (Vaillant *et al.*, 2021). Le recours institutionnel des usagères de CAARUD et de CSAPA n'échappe pas à ce constat. Concernant le recours aux traitements de l'addiction (TSO, psychothérapie, consultation avec un addictologue) qui correspond à une prestation délivrée par les CSAPA, on observe tout d'abord (voir tableau 12) une gradation du recours en fonction du type d'habitation actuelle. Les usagères qui ont un logement à elles sont plus nombreuses à avoir recours au service que les usagères qui sont sans domicile, qui elles-mêmes sont plus nombreuses à avoir recours que les usagères sans abri. Le travail n'a presque pas d'incidence dans le recours. La gradation dont il est question pour le type d'habitation actuelle se retrouve dans la couverture maladie. Les usagères qui ne sont pas couvertes sont une minorité (9 %) à avoir fréquenté ce service alors que la moitié (45,3 %) des usagères qui ont la Sécurité sociale l'ont fréquenté au cours du dernier mois. Si les services sont le plus souvent ouverts à tout le monde, le recours est moindre pour les usagères qui ne sont pas couvertes ; cela renvoie à ce que les épidémiologistes appellent « l'accès théorique aux soins » (Leclerc *et al.*, 2008). En considérant le type d'habitation actuelle (précarité résidentielle) et la couverture maladie (précarité sociale et administrative) comme deux variables associées à la précarité, un recours au traitement de l'addiction différencié en fonction du niveau de précarité s'impose.

Tableau 12 - Caractéristiques des *recourantes* aux traitements de l'addiction

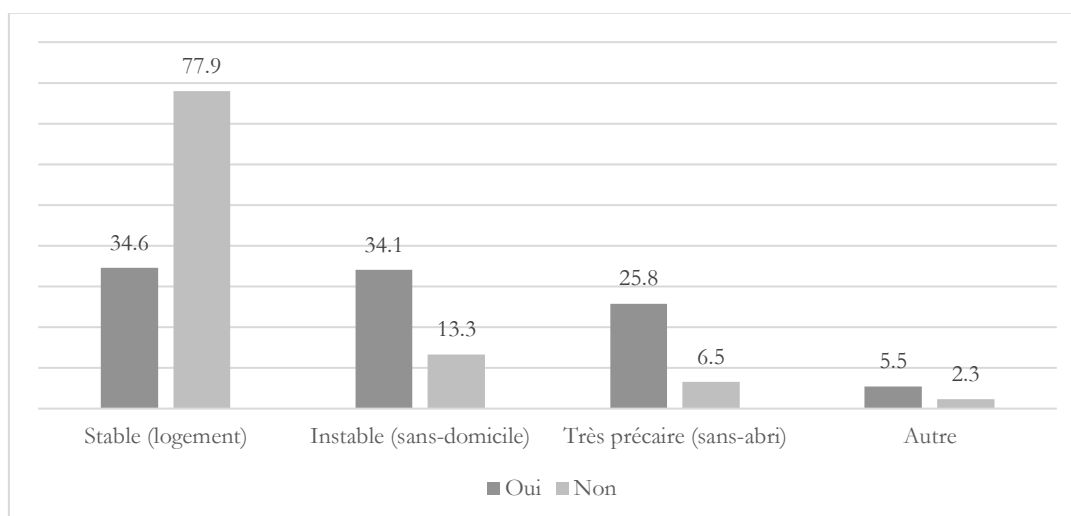
	Oui	Non	Test
Type d'habitation actuelle			
Stable (logement)	38,6	61,4	<,001
Instable (sans domicile)	30,1	69,9	
Très précaire (sans-abri)	11,6	88,4	
Autre	18,8	81,2	
Travail			
Oui	33,4	66,6	<,5
Non	30,7	69,3	
Couverture maladie			
Sécurité sociale	45,3	54,7	<,001
AME/CMU	28	72	
Non	9	91	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 38,6 % des femmes qui ont un logement à elles déclarent recourir aux traitements de l'addiction dans le dernier mois.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Ainsi, la situation des usagères en matière d'emploi, de logement et de couverture santé est marquée par une hétérogénéité et a des impacts sur le type de prestations institutionnelles utilisées. Certaines vivent dans des conditions de grande exclusion – sans domicile, sans revenus, sans activité professionnelle et sans couverture maladie – tandis que d'autres disposent d'un logement personnel, exercent un emploi et sont affiliées à la Sécurité sociale. Ces conditions de vie façonnent le recours, même si elles ne s'y limitent pas. L'autre élément qui façonne le recours est le type de drogues consommées comme nous l'avons vu dans la section précédente. Le crack par exemple, produit dominant dans notre enquête, est lié à des situations de vie le plus souvent difficiles. Il existe une forte corrélation entre consommation de crack et précarité résidentielle (voir figure 17).

Figure 17 - Croisement entre le type d'habitation actuelle et la consommation de crack

Champ : Femmes de l'enquête.

Lecture : 34,6 % des femmes qui consomment du crack vivent dans une habitation stable.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Les femmes ayant consommé du crack au cours du dernier mois sont surreprésentées parmi celles vivant dans des conditions de logement instables ou très précaires. À l'inverse, celles disposant d'un logement stable sont plus souvent absentes de ce groupe. Cette corrélation entre type d'habitat et usage de crack suggère l'intérêt de recourir à une modélisation statistique, afin d'évaluer l'effet propre de la précarité résidentielle sur la consommation de crack, toutes choses égales par ailleurs (tableau 13). Les usagères qui vivent dans des logements très précaires ont 4,9 fois plus de probabilité de consommer du crack que celles qui bénéficient d'un logement stable. Celles qui n'ont pas de couverture maladie ont 3,9 fois plus de chance de consommer du crack dans le dernier mois que celles qui disposent de la Sécurité sociale. Concernant les types de structures fréquentées, les usagères recrutées en CAARUD présentent un risque 3,2 fois plus élevé de consommation de crack que celles suivies en CSAPA. Ce risque reste présent, quoique moindre, pour les femmes accueillies dans des structures d'hébergement ou de réduction des risques, avec une probabilité 1,9 fois plus élevée. Ces résultats soulignent une réduction significative de la probabilité de consommer du crack chez les usagères fréquentant les CSAPA. Ils mettent également en évidence le rôle central du logement comme facteur explicatif : la précarité résidentielle accroît fortement le risque de consommation, tout comme l'absence de droits sociaux élémentaires, telle que la couverture maladie. Ces deux variables apparaissent ainsi comme des indicateurs pertinents du niveau de précarité, étroitement associé aux usages de crack.

Tableau 13 - Régression logistique sur la variable binaire (oui/non) : consommation de crack

Variables indépendantes	OR	2,5 %	97,5 %	p
(Intercept)	0,2			***
Type d'habitation actuelle				
Stable	réf.			
Instable	2,4	1,3	4,2	**
Très précaire	4,9	2,5	9,9	***
Autre	3,2	1,2	9,5	*
Couverture maladie				
Sécurité sociale	réf.			
AME/CMU	1,8	1,1	3	*
Non	3,9	1,7	9,7	**
Structure de recrutement				
CSAPA	réf.			
CAARUD	3,2	1,9	5,5	***
RdR/Hébergement	1,9	1	3,5	*

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Test : *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, NS : non significatif.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Cette section montre dans un premier temps que les prestations sollicitées sont diverses, mais qu'en majorité les usagères utilisent la distribution de matériel de consommation et les espaces de repos (Hexagone et Guyane) et les soins (en Hexagone). On peut distinguer trois pôles de prestations : celles associées à la réduction des risques liées à l'usage de drogues ; celles liées à l'accompagnement social ; celle liées à l'accompagnement sanitaire. Du point de vue de la consommation de drogues, les produits consommés sont divers, mais le crack est dominant dans les deux régions. Son usage n'est d'ailleurs pas nécessairement problématique pour les usagères. Du point de vue des conditions de vie, le public des usagères des CAARUD et des CSAPA se situe sur un continuum de précarité, allant des usagères sans-abri qui vivent à la rue, sans travail ni liens sociaux, à celles qui disposent d'un logement, ont un travail et des liens sociaux solides. J'ai montré que les conditions de vie notamment la précarité résidentielle ont des impacts majeurs sur les prestations sollicitées (notamment le traitement de l'addiction) et sur la consommation de crack. La pluralité des analyses nécessite maintenant un effort de structuration. C'est pourquoi la seconde section vise à distinguer quatre groupes des publics féminins des CAARUD et des CSAPA.

2. Construire une typologie : distinguer quatre publics

Deux résultats importants ressortent de la première section : le public féminin des CAARUD et des CSAPA se différencie par le niveau de précarité et par le type de prestations sollicitées ; ces deux éléments sont liés, notamment dans l'exemple du recours au service de traitement de l'addiction où plus les usagères sont dans des situations stables, plus elles sont à même de recourir aux services. Dans cette seconde section, il s'agit désormais de déconstruire l'idée d'un public féminin homogène, en montrant qu'il se compose de profils variés, aux parcours d'accès aux institutions médicosociales différenciés selon leur position sociale. Dans cette perspective, je m'appuie sur une analyse des correspondances multiples (ACM), dont découle une classification ascendante hiérarchique (CAH) qui distingue plusieurs profils types au sein du public étudié.

2.1 Un espace social multidimensionnel des recours et des publics

L'analyse des correspondances multiples

Les caractéristiques des usagères sont loin d'être homogènes : chaque groupe entretient un rapport spécifique aux normes et aux institutions. On observe une diversité tant dans les consommations de drogues que dans les types de recours (sanitaires, sociaux, psychiatriques, etc.). Afin de rendre compte de cette hétérogénéité, j'ai réalisé une analyse des correspondances multiples (ACM), présentée dans la figure 18. Cette méthode permet de caractériser les différents profils féminins fréquentant les CAARUD et les CSAPA à partir de plusieurs variables, dont le détail figure dans le glossaire (tableau 14). Les variables actives mobilisées pour construire le plan factoriel se répartissent en quatre grandes catégories : (1) les caractéristiques liées à la consommation de drogues, (2) les prestations médicosociales reçues, (3) l'état de santé, et (4) le niveau de précarité (les contributions des variables aux axes 1 et 2 sont à retrouver dans l'annexe 4). À ces variables s'ajoutent des variables supplémentaires (non-contributrices à la construction des axes) portant sur l'âge, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. L'ACM repose à la fois sur des données sur le présent (consommation en cours, recours aux prestations) et des données sur le passé (expériences de rue, antécédents d'overdose). Plusieurs analyses exploratoires ont été menées avant de stabiliser le modèle présenté, incluant les variables les plus discriminantes.

La figure 18 met en évidence deux axes structurants dans la distribution des usagères. Le premier axe, qui explique 10,2 % de la variance, peut être interprété comme un gradient de précarité. À gauche du plan factoriel se situent les femmes les plus stabilisées : elles disposent d'une couverture sociale, sont suivies en CSAPA, et bénéficient d'un logement personnel. À l'inverse, à droite de la figure apparaissent les femmes les plus précaires : elles ne sont pas affiliées à la Sécurité sociale, fréquentent des CAARUD, ont été recrutées dans des structures d'hébergement d'urgence ou en CAARUD, et certaines exercent la prostitution. Le second axe, qui explique 6,23 % de la variance, correspond davantage à une gradation dans l'intensité du recours institutionnel. Dans la partie supérieure du graphique, on retrouve des femmes engagées dans des parcours de soins plus intensifs (traitement des addictions, hospitalisations en psychiatrie). En bas, au contraire, se situent des usagères dont le recours se limite principalement aux CAARUD, essentiellement pour l'accès au matériel ou aux droits sociaux. L'espace social ainsi construit repose donc sur deux dimensions principales : (1) le niveau de précarité et (2) l'intensité du recours aux prestations. Par ailleurs, un troisième facteur semble jouer un rôle structurant : le type de produit consommé. Les femmes qui consomment des médicaments se positionnent davantage dans le cadran haut-gauche, associé à des parcours plus stables et médicalisés, tandis que les consommatrices de crack se concentrent plutôt dans des zones de forte précarité, marquant un enchevêtrement entre vulnérabilité sociale et usage de produits, sans que la relation de causalité puisse être tranchée. Sur le plan territorial, la Guyane apparaît très isolée dans le cadran bas-droit, ce qui peut s'expliquer par la composition spécifique de l'échantillon guyanais ou par la faiblesse des effectifs ($n=20$) dans cette région. En définitive, cet espace factoriel met en lumière une structuration nette des publics féminins selon la précarité et l'intensité du recours, confirmant l'hypothèse selon laquelle les conditions sociales et les pratiques de consommation influencent fortement les formes de recours aux institutions médicosociales de l'addiction.

Tableau 14 - Glossaire de l'ACM n°2 sur l'espace social des publics féminins

Signification de la variable	Noms des modalités
Consommation de drogues	
Produit problématique pour la personne Propbvie3	Alcool
	cocaine_crack
	medic_opioides_benzo_TSO
	Héroïne
	Cannabis
	Tabac
	Aucun
Fréquence de consommation d'alcool Frequcool1	alc_jamais
	alc_mensuel
	alc_semaine
	alc_quotidien
Consommation actuelle de crack freqcrackmois_dicho	Oui
	Non
Consommation actuelle de cocaïne freqcocamois_dicho	Oui
	Non
Consommation actuelle d'héroïne freqheromois_dicho	Oui
	Non
Consommation actuelle de cannabis freqcannamois_dicho	Oui
	Non
Prise de traitements de substitution aux opiacés actuellement freqtsomois_dicho	Oui
	Non
Consommation actuelle de produits festifs freqfestifmois_dicho	Oui
	Non
Consommation actuelle de médicaments freqmedicmois_dicho	Oui
	Non
Recours aux prestations médicosociales	
Utilisation de la distribution de matériel et d'espace de repos en CAARUD	Oui
servmois_distrireposcaarud	Non
Utilisation de l'aide à l'emploi, au logement et à l'accès aux droits servmois_social	Oui
	Non
Traitement de l'addiction en structure servmois_ttaddiction	Oui
	Non
Consultation psychologie/psychiatrie servmois_psy	Oui
	Non
Lieu de recrutement de l'enquêtée RECstruct2	RDR_hebergement
	CAARUD
	CSAPA
Santé	
État de santé perçu Sante1	Très_bon
	Plutôt_bon
	Plutôt_mauvais

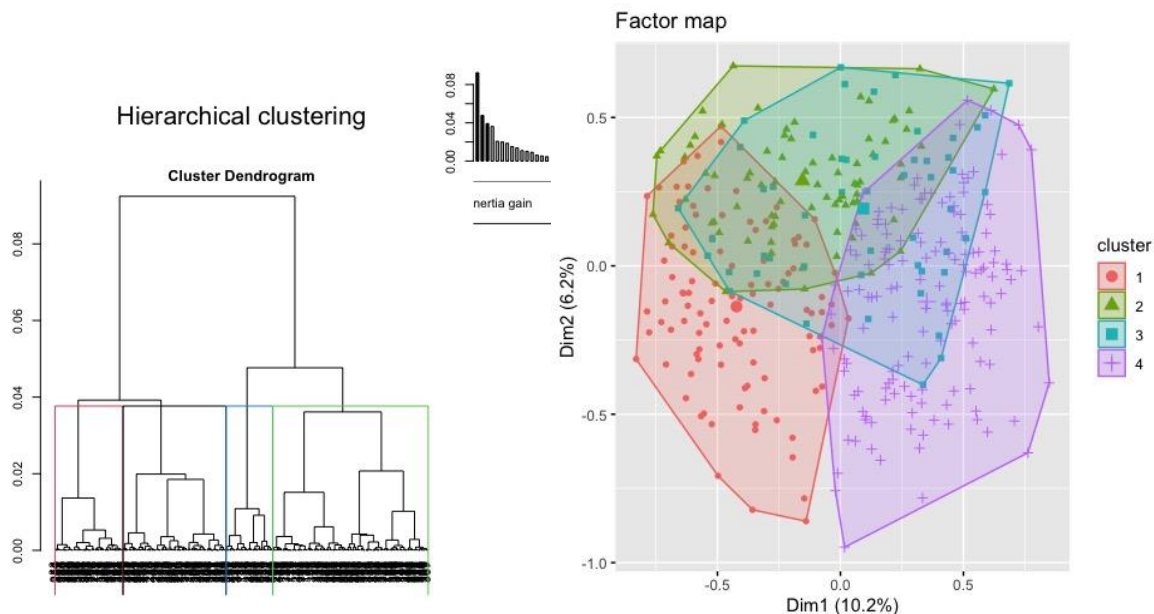
	Très_mauvais
Situation vis-à-vis du VIH	Négatif déclaré
RESVIH1	Pas de test déclaré
	Positif déclaré
Overdose au cours de la vie	Oui
cmbodvie_dicho	Non
Hospitalisation en psychiatrie	Oui
hoppsy	Non
Couverture maladie actuelle	Sécu
couvmalad3	AME_CMU
	Non
Traumatisme au cours de la vie	Oui
evnmterr_dicho	Non
Précarité	
Type d'habitation actuel	Autre
typhabitat_aup	Stable
	Instable
	Très précaire
Avoir dormi à la rue	Non, jamais
majeur_rue	Oui, une fois
	Oui, plusieurs fois
Avoir eu des rapports sexuels en échange d'argent	Oui
sexavant_argent_dicho	Non
Variables supplémentaires	
Travailler actuellement	Oui
Travail	Non
Niveau de diplôme	Supérieur
dipl_3cl_rec	Secondaire
	Pas_d_etude/primaire
Âge	18-29 ans
clage	30-34 ans
	35-39 ans
	40-49 ans
	50 ans et plus

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

Présentation des clusters de la classification ascendante hiérarchique (CAH)

Bien que la typologie ne constitue pas une analyse exhaustive, elle permet de faire émerger, à partir de la similarité de leurs réponses au questionnaire et de manière synthétique, des classes (*clusters*) ou groupes d'individus partageant des caractéristiques proches. Elle « apparaît comme une méthode efficace, permettant de s'extraire de la singularité des cas individuels et du foisonnement des matériaux pour dégager des similitudes sans évacuer la richesse des corpus » (Demazière, 2013 : 2). La typologie présentée ici repose sur une classification ascendante hiérarchique¹⁴⁵ (CAH) construite à partir de l'analyse en composantes multiples (ACM) de l'espace social des publics féminins. La CAH permet de structurer la diversité empirique en produisant des regroupements interprétables, que l'on peut considérer comme une manière « d'ordonner et de donner du sens à la diversité empirique des cas singuliers » (Chevalier, 2022), ou encore comme un « mode d'explication scientifique par réduction de la diversité » (*Ibid.*). Elle facilite ainsi la lecture de l'hétérogénéité du public féminin en identifiant des regroupements naturels. La classification retenue dans cette étude aboutit à quatre *clusters* distincts, présentés dans la figure 19.

Figure 19 - Dendrogramme de la CAH et visualisation des *clusters*



¹⁴⁵ La CAH permet de former des groupes homogènes par le biais de la minimisation de la variabilité intra-groupe et des groupes différents par la maximisation de la variabilité intergroupe (Spilka *et al.*, 2019).

Tableau 15 - Proportion des individus par *clusters* en % (n)

Cluster 1	27,6 (106)
Cluster 2	20,3 (78)
Cluster 3	13,5 (52)
Cluster 4	38,5 (148)

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 27,6 % des usagères appartiennent au premier cluster.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Le **premier cluster** (27,6 % de l'échantillon) est composé des femmes qui consomment des produits licites tels que l'alcool et le tabac, et du cannabis (57,5 %). Concernant les produits qui leur posent le plus problème dans la vie quotidienne, elles déclarent l'alcool pour 22,6 %, le cannabis pour 21,7 %, et aucune drogue pour 20,8 %. Elles sont très peu nombreuses à consommer des produits opiacés ou des traitements de substitution aux opiacés. Leur consommation de drogues est centrée autour de produits licites et facilement accessibles. Concernant leur recours, elles sont suivies majoritairement en CSAPA (76,4 %) et ont un faible recours au CAARUD et à la RdR. Elles n'ont pas de besoin spécifique en logement, emploi ou droits sociaux, puisqu'elles disposent de toutes ces ressources. Concernant la santé, elles sont couvertes à 68 % par la Sécurité sociale, et sont peu concernées par le VIH (2,8 %), mais le sont davantage par les overdoses ou les hospitalisations en psychiatrie. Elles sont moins nombreuses que dans les autres classes à déclarer avoir vécu un traumatisme (57,5 %). Elles ne vivent pas en situation de précarité résidentielle puisqu'elles ont des logements stables (90,6 %), et sont peu concernées par la prostitution ou par le fait d'avoir déjà dormi à la rue. En définitive, on peut considérer qu'il s'agit d'un profil stable, privilégié socialement comparativement aux autres classes, médicalement encadré en CSAPA (mais aussi en santé mentale par le biais d'expériences d'hospitalisations en psychiatrie) et peu intégré aux services de réduction des risques.

Le **second cluster** (20,3 % de l'échantillon) correspond à une très forte prédominance des médicaments/opiacés/TSO (56,4 %) déclarés comme produit problématique pour les personnes. La majorité des femmes sont sous TSO (87,2 %) et consomment des médicaments (76,9 %). Elles sont très peu nombreuses à consommer du crack, du cannabis ou de l'héroïne. Ces usagères ont un recours très élevé aux soins de l'addiction (73 %) (on peut faire l'hypothèse que cela est lié à la prescription de leurs TSO) et aussi aux services d'accès aux droits et aux logements. Les personnes davantage stabilisées, comme les usagères de cette classe, ont un

recours aux soins plus faciles car se sentent plus légitimes à en bénéficier (Rode, 2010). Il s'agit potentiellement d'anciennes usagères d'opiacés, stabilisées du point de vue de la consommation (elles consomment moins), mais toujours vulnérables du point de vue de la santé mentale et somatique, et de la précarité. 60,3 % ont déjà été hospitalisées en psychiatrie, et 89,7 % déclarent avoir vécu un traumatisme. Plus d'un tiers des femmes de ce groupe ont déjà fait des overdoses (35,9 %). Concernant la précarité résidentielle, 28,2 % vivent dans un logement stable et 6,4 % vivent dans un logement très précaire. 64,1 % des usagères de cette classe ont dormi dehors plusieurs fois. Elles sont aussi concernées par la précarité administrative puisque 60,3 % bénéficient de l'AME ou de la CMU. En définitive, il s'agit de femmes vulnérables psychologiquement et socialement, avec une forte exposition aux risques (overdoses, traumatismes), mais bénéficiant d'un accompagnement structuré (traitement addiction, droits/logement, soins psychologique ou psychiatrique). Il s'agit d'une classe très vulnérable, mais bien suivie.

Le **troisième cluster** (13,5 % de l'échantillon) est uniquement composé d'usagères d'héroïne (100 %). Elles sont toutes consommatrices d'héroïne, mais sont 48,1 % à déclarer que cette drogue leur pose problème dans la vie quotidienne. Elles déclarent également une consommation marquée de cannabis (71,2 %) et sont sous TSO (78,8 %). Il s'agit de personnes qui cumulent consommation d'héroïne et traitement de substitution (méthadone ou buprénorphine). Elles déclarent un très faible usage de crack. Elles ont un faible recours aux soins psychologiques (25 %) et aux soins de l'addiction (38,5 %). Dans ce *cluster*, il y a un faible taux de VIH, d'overdose (23,1 %) et d'hospitalisation en psychiatrie (34,6 %). Concernant les conditions de vie, elles sont plutôt bien couvertes du point de vue de la santé (46,2 % pour l'AME ou la CMU et 46,2 % pour la Sécurité sociale). Elles vivent dans des habitats stable (46,2 %), instable (15,4 %) ou très précaire (28,8 %). Elles sont 69,2% à déclarer avoir déjà dormi dehors. Les usagères de ce *cluster* ont un faible niveau de diplôme (seulement 13,5 % ont un diplôme supérieur), et 25 % pratiquent la prostitution. En conclusion, les usagères de ce *cluster* ont peu recours aux soins (addiction et santé mentale), et cumulent précarité économique et sociale et faible visibilité dans les institutions.

Le **quatrième et dernier cluster** (38,5 % de l'échantillon) est composé des usagères de crack très précarisées qui fréquentent des CAARUD. Elles sont 78,4% à déclarer avoir consommé du crack récemment, 68,9 % déclarent avoir consommé du cannabis dans le dernier mois, et certaines font usage de médicaments. Elles consomment moins d'alcool que les femmes des autres *clusters*. Elles ont été majoritairement recrutées en CAARUD (62,2 %). Elles fréquentent très peu les services de soins pour les addictions (10,8 %) ou les soins de

psychologie/psychiatrie (10,1 %), mais sont fortement exposées aux risques. Cette classe a le taux le plus élevé de VIH (10,1 %) ; elles déclarent à 70,9 % avoir vécu un traumatisme, et 22,3 % n'ont aucune couverture maladie. Concernant la précarité résidentielle, 34,5 % des usagères du cluster sont sans-abri et 84,5 % des usagères ont dormi plusieurs fois à la rue. 39,9 % des usagères exercent la prostitution. Les femmes de ce *cluster* ont aussi un niveau d'étude très bas, 37,8 % ont arrêté l'école en primaire. La presque totalité des femmes guyanaises appartient à cette classe, les femmes franciliennes sont aussi nombreuses (comparativement aux femmes des autres régions hexagonales). Finalement, il s'agit d'une population en grande exclusion, très exposée aux risques sanitaires et sociaux, qui n'est pas dans le système de soin, avec un ancrage quasi exclusif en CAARUD. C'est le groupe le plus fragile et le plus marginalisé.

Les 4 *clusters* sont hiérarchisés en fonction des drogues consommées, du niveau de précarité, du type de recours et du territoire (voir tableau 16, 17, 18, 19, 20 pour plus de détails). Il y a des marqueurs distinctifs, dont la consommation de crack et le type d'institutions fréquentées. Les usagères des *clusters* 1 et 2 sont les plus « protégées » (même si cela n'empêche pas qu'elles aient vécu des situations de forte précarité auparavant et aient rencontré des problèmes sociaux et de santé), tandis que les usagères du *cluster* 3 naviguent et sont dans des phases de consommation aiguës ; les usagères du *cluster* 4 sont les plus « exclues ».

Tableau 16 - Description des *clusters* à partir des variables de consommation de drogues les plus significatives de la CAH en % (n).

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	p-value
Produit problématique					
Alcool	22,6 (24)	12,8 (10)	11,5 (6)	14,9 (22)	<,001
Cocaïne/Crack	14,2 (15)	19,2 (15)	21,2 (11)	49,3 (73)	
Médicaments	8,5 (9)	56,4 (44)	5,8 (3)	3,4 (5)	
Héroïne	0,0 (0)	0,0 (0)	48,1 (25)	0,0 (0)	
Aucun	20,8 (22)	2,6 (2)	9,6 (5)	25,7 (28)	
Cannabis	21,7 (23)	5,1 (4)	0,0 (0)	3,4 (5)	
Tabac	12,3 (13)	3,8 (3)	3,8 (2)	3,4 (5)	
Fréquence de consommation d'alcool					
Quotidien	26,4 (28)	23,1 (18)	26,9 (14)	45,9 (68)	<,001
Semaine	24,5 (26)	12,8 (10)	9,6 (5)	12,8 (19)	
Mensuel	27,4 (29)	28,2 (22)	28,8 (15)	16,9 (25)	
Jamais	21,7 (23)	35,9 (28)	34,6 (18)	24,3 (36)	
Consommation de crack					
Oui	7,5 (8)	28,2 (22)	57,7 (30)	78,4 (116)	<,001
Non	92,5 (98)	71,8 (56)	42,3 (22)	21,6 (32)	
Consommation d'héroïne					
Oui	0,9 (1)	7,7 (6)	100,0 (52)	7,4 (11)	<,001
Non	99,1 (105)	92,3 (72)	0,0	92,6 (137)	
Consommation de cannabis					
Oui	57,5 (61)	65,4 (51)	71,2 (37)	68,9 (102)	<,5
Non	42,5 (45)	34,6 (27)	28,8 (15)	31,1 (46)	
TSO					
Oui	25,5 (27)	87,2 (68)	78,8 (41)	31,1 (46)	<,001
Non	74,5 (79)	12,8 (10)	21,2 (11)	68,9 (102)	
Consommation de médicaments					
Oui	33,0 (35)	76,9 (60)	34,6 (18)	34,5 (51)	<,001
Non	67,0 (71)	23,1 (18)	65,4 (34)	65,5 (97)	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans la classe n°1, 22,6 % des femmes (soit 24 individus) déclarent que l'alcool est le produit qui leur pose problème dans leur vie quotidienne.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Tableau 17 - Description des *clusters* à partir des variables de recours aux prestations médicosociales les plus significatives de la CAH en % (n)

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	p-value
Distribution de matériel ou espace de repos en CAARUD					
Oui	9,4 (10)	48,7 (38)	59,6 (31)	80,4 (119)	<,001
Non	90,6 (96)	51,3 (40)	40,4 (21)	19,6 (29)	
Accès aux droits, aide au logement ou à l'emploi					
Oui	16 (17)	47,4 (37)	17,3 (9)	40,5 (60)	<,001
Non	84 (89)	52,6 (41)	82,7 (43)	59,5 (88)	
Traitement de l'addiction					
Oui	45,3 (48)	73,1 (57)	38,5 (20)	10,8 (16)	<,001
Non	54,7 (58)	26,9 (21)	61,5 (32)	89,2 (132)	
Consultation en psychologie/psychiatrie					
Oui	49,1 (52)	55,1 (43)	25 (13)	10,1 (15)	<,001
Non	50,9 (54)	44,9 (35)	75 (39)	89,9 (133)	
Structure de recrutement					
Association de RdR ou centre d'hébergement	9,4 (10)	25,6 (20)	17,3 (9)	27,7 (41)	<,001
CAARUD	14,2 (15)	24,4 (19)	36,5 (19)	62,2 (92)	
CSAPA	76,4 (81)	50 (39)	46,2 (24)	10,1(15)	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans la classe n°1, 9,4 % des femmes (soit 10 individus) se rendent dans un CAARUD pour bénéficier de matériel de consommation ou d'un espace de repos.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Tableau 18 - Description des *clusters* à partir des variables de santé de la CAH en % (n)

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	p-value
Résultat VIH					
Négatif déclaré	84,9 (90)	92,3 (72)	90,4 (47)	80,4 (119)	<,05
Pas de test déclaré	12,3 (13)	5,1 (4)	7,7 (4)	9,5 (14)	
Positif déclaré	2,8 (3)	2,6 (2)	1,9 (1)	10,1 (15)	
Overdose(s)					
Non	78,3 (83)	64,1 (50)	76,9 (40)	76,4 (113)	<,5
Oui	21,7 (23)	35,9 (28)	23,1 (12)	23,6 (35)	
Hospitalisation en psychiatrie					
Non	58,5 (62)	39,7 (31)	65,4 (34)	68,9 (102)	< 0,001
Oui	41,5 (44)	60,3 (47)	34,6 (18)	31,1 (46)	
Couverture maladie					
Sécu	67,9 (72)	32,1 (25)	46,2 (24)	16,9 (25)	< 0,001
AME / CMU	29,2 (31)	60,3 (47)	46,2 (24)	60,8 (90)	
Aucune couverture	2,8 (3)	7,7 (6)	7,7 (4)	22,3 (33)	
Traumatisme					
Non	42,5 (45)	10,3 (8)	38,5 (20)	29,1 (43)	< 0,001
Oui	57,5 (61)	89,7 (70)	61,5 (32)	70,9 (105)	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans la classe n°1, 84,9 % des femmes (soit 90 individus) ont déclaré ne pas avoir le VIH.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Encadré 12 - Précision concernant la variable « traumatisme »

La variable « traumatisme » résulte d'une question posée dans le module « stress post-traumatique » du questionnaire ANRS-Coquelicot. Elle était énoncée ainsi :

« Parfois, il arrive des choses particulièrement effrayantes, horribles ou traumatisantes, comme un accident grave, un incendie, une agression physique ou sexuelle, un tremblement de terre ou une inondation, une guerre, voir quelqu'un se faire tuer ou gravement blessé, l'assassinat ou le suicide d'un proche. Avez-vous déjà vécu ce genre d'évènement ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Je ne sais pas
- 4 Je refuse de répondre

Les modalités « Je ne sais pas » et « Je refuse de répondre » ont été recodées.

Tableau 19 - Description des *clusters* à partir des variables de précarité de la CAH en % (n)

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	p-value
Type d'habitation actuel					< 0,001
Stable	90,6 (96)	57,7 (45)	46,2 (24)	28,4 (42)	
Instable	8,5 (9)	28,2 (22)	15,4 (8)	31,8 (47)	
Très précaire	0,9 (1)	6,4 (5)	28,8 (15)	34,5 (51)	
Autre	0,0 (0)	7,7 (6)	9,6 (5)	5,4 (8)	
Avoir dormi dehors					
Non, jamais	66,0 (70)	25,6 (20)	26,9 (14)	11,5 (17)	< 0,001
Oui, plusieurs fois	22,6 (24)	64,1 (50)	69,2 (36)	84,5 (125)	
Oui, une fois	11,3 (12)	10,3 (8)	3,8 (2)	4,1 (6)	
Travail du sexe					
Non	85,8 (91)	80,8 (63)	75,0 (39)	60,1 (89)	< 0,001
Oui	14,2 (15)	19,2 (15)	25,0 (13)	39,9 (59)	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans la classe n°1, 90,6 % des femmes (soit 96 individus) habitent dans un logement stable.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Tableau 20 - Description des *clusters* à partir des variables supplémentaires de la CAH en % (n)

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	p-value
Travail					
Non	50,0 (53)	76,9 (60)	67,3 (35)	79,1 (117)	< 0,001
Oui	50,0 (53)	23,1 (18)	32,7 (17)	20,9 (31)	
Niveau de diplôme					
Secondaire	51,9 (55)	52,6 (41)	65,4 (34)	51,4 (76)	< 0,001
Supérieur	34,0 (36)	24,4 (19)	13,5 (7)	10,8 (16)	
Pas d'étude / primaire	14,2 (15)	23,1 (18)	21,2 (11)	37,8 (56)	
Classe d'âge					
18-29 ans	17,9 (19)	12,8 (10)	19,2 (10)	13,5 (20)	<,5
30-34 ans	12,3 (13)	14,1 (11)	11,5 (6)	13,5 (20)	
35-39 ans	17,0 (18)	17,9 (14)	30,8 (16)	18,9 (28)	
40-49 ans	28,3 (30)	24,4 (19)	26,9 (14)	38,5 (57)	
50 ans et plus	24,5 (26)	30,8 (24)	11,5 (6)	15,5 (23)	
Région					
Hexagone	76,4 (81)	75,6 (59)	84,6 (44)	56,8 (84)	< 0,001
Guyane	0,0 (0)	0,0 (0)	1,9 (1)	12,8 (19)	
Île-de-France	23,6 (25)	24,4 (19)	13,5 (7)	30,4 (45)	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans la classe n°1, 50 % des femmes (soit 53 individus) travaillent.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Chaque *cluster* correspond à un groupe interne de la population féminine des CAARUD et des CSAPA. Les groupes sont fortement structurés autour des consommations de drogues : les produits licites (alcool) et cannabis (classe 1) ; les médicaments (classe 2) ; l'héroïne (classe 3) ; le crack (classe 4). Pour l'analyse en profondeur de chaque classe, je m'appuie sur le travail de Yasmine Siblot, qui à partir de données qualitatives a mis en avant différents rapports aux administrations au sein des classes populaires, elle explique :

« Nous verrons ainsi quatre figures centrales, qui correspondent aux strates internes à la population de ce quartier populaire : celle du rapport distancié aux administrations, caractéristique des familles proches des classes moyennes ; celle des familles populaires stables développant un usage positif des relations administratives, bien que soumises à de fortes contraintes ; celle des familles stables en voie de déstabilisation, pour lesquelles les relations aux administrations révèlent un sentiment de dépossession ; et celle des situations de précarité où les ressources de l'interconnaissance et de l'entraide s'avèrent cruciales dans les relations aux administrations. Ces portraits individuels ou de configurations familiales, doivent être lus comme des “faits-théoriquement-construits”, selon la formule de B. Lahire. Établir ces portraits permet de mettre l'accent sur la

construction biographique complexe du rapport aux institutions, rapport constitué à partir de trajectoires et de positions sociales qu'il faut caractériser en termes économiques, culturels, professionnels, migratoires, de nationalité ou de genre. » (Siblot, 2006 : 95-96).

Sans mobiliser l'analyse aussi finement que Yasmine Siblot, je propose ici une première lecture qualitative des quatre groupes identifiés parmi les usagères prises en charge dans les CAARUD et CSAPA français. À partir de plusieurs récits de vie, il s'agit de mettre en perspective les profils types dégagés par la typologie statistique, en les incarnant à travers des parcours singuliers. Je mets en évidence des parcours types associés aux caractéristiques de chaque *cluster* qui correspondent à des parcours « exemplaires » au regard de la description des *clusters* faite précédemment. Pour certains *clusters*, je mets également en évidence des cas-limite qui permettent « de tester la robustesse de la théorie et de délimiter les conditions de sa généralisabilité » (Hamidi, 2012).

2.2 Les usagères d'alcool et de cannabis, stables et médicalement encadrées

Le cas de Margaux illustre le premier groupe de la classification : celle des usagères d'alcool et/ou de cannabis, bénéficiant de conditions de vie stables et d'un encadrement médical régulier. Le cas d'Ava, que j'introduis dans ce groupe comme un cas-limite, montre que les usagères d'alcool et de cannabis ne sont pas nécessairement insérées et médicalement encadrées.

Parcours-type : Margaux, des usages d'alcool pris en charge, malgré les obstacles

Je rencontre Margaux dans un CSAPA francilien. Issue de la région parisienne et aujourd'hui âgée de 40 ans, Margaux est titulaire d'une thèse de sciences. Après une brève expérience professionnelle dans l'enseignement supérieur, elle s'est reconvertie dans le secteur de l'édition et du contenu numérique. Son parcours académique et professionnel témoigne d'un haut niveau de qualification, mais il est rapidement perturbé par des troubles dépressifs récurrents, apparus à l'âge de 19 ans, à la suite d'une rupture familiale brutale. Cette première dépression, non prise en charge au départ, marque le début de sa consommation d'alcool, utilisé comme « médicament ». Son parcours de consommation d'alcool est marqué par une régularité sur près de deux décennies (de 20 à 37 ans), où elle consomme quotidiennement, seule et accompagnée. Ce n'est qu'il y a trois ans, à 37 ans, qu'un tournant thérapeutique s'opère. Pour

la première fois, elle consulte un psychiatre spécifiquement pour l'alcool, ce qui amorce une véritable prise en charge : cure de désintoxication, traitement médicamenteux et diagnostic tardif de bipolarité. Cette séquence permet 18 mois d'abstinence, mais est suivie d'une rechute liée à un nouvel épisode dépressif, sa consommation d'alcool étant extrêmement liée à son état de santé mentale. Son parcours de soins est à la fois dense et révélateur des défaillances du système. Pendant près de 15 ans, son addiction est ignorée par les professionnel·les, malgré ses signaux clairs. Elle souligne un manque d'écoute, possiblement accentué par son profil : femme, jeune, diplômée. Elle déclare : « *j'avais pas la tête de l'alcoolique* ». Selon elle, ce biais de perception la prive d'un accompagnement adapté. Ce n'est qu'avec un psychiatre spécialisé en addictologie qu'une prise en charge de sa consommation devient possible, incluant hospitalisation, hôpital de jour, traitements et suivi psychothérapeutique. Elle fréquente aujourd'hui une clinique d'addictologie en hôpital de jour, avec des groupes de parole, de l'activité physique adaptée, et un suivi psychologique et psychiatrique. Elle tente de reconstruire une sociabilité après une période de retrait, en réactivant quelques liens amicaux et familiaux, notamment avec sa sœur, qu'elle déclare être son soutien principal. Elle s'est également éloignée des cercles sociaux liés à la consommation, qui, selon elle, avaient « *normalisé* » ses pratiques. Si elle a souvent été confrontée à des difficultés dans son parcours de soins (faible accessibilité des addictologues, groupes de parole uniquement masculins, médecins peu réceptifs), elle affirme avoir globalement bénéficié de relations thérapeutiques solides, notamment grâce à une psychothérapie longue. Elle critique toutefois les représentations de genre dans les milieux médicaux puisque son alcoolisme n'était selon elle pas « *crédible* ». Sur le plan des conditions matérielles d'existence, elle se trouve dans une situation fragile puisqu'elle est en arrêt maladie de longue durée, et ne touche plus d'indemnités journalières depuis quelques mois, faute de reconnaissance rapide de son invalidité. Elle vit sur ses économies, avec le soutien de sa sœur. En somme, Margaux incarne la figure d'une femme diplômée et autonome, mais dont les problèmes d'alcool ont été invisibilisés et disqualifiés par les figures médicales¹⁴⁶ (voulant souvent d'abord traiter la dépression). Son récit éclaire les obstacles à une prise en charge intégrée et souligne la nécessité d'une meilleure articulation entre santé mentale et addiction, dans une approche sensible au genre.

Cas-limite : Ava, usagère d'alcool et de cannabis, en déclassement

Je rencontre Ava dans un CAARUD francilien ; elle a 23 ans et est sans travail ni domicile. Elle débute sa consommation de tabac à l'adolescence, vers l'âge de 15-16 ans, suivie

¹⁴⁶ Élément développé dans le chapitre 4.

d'un usage occasionnel de cannabis et d'alcool en contexte festif. Sa consommation de cannabis et d'alcool devient régulière à partir de 16 ans et demi, dans un cadre social avec ses pairs. À 18 ans, elle interrompt temporairement le cannabis pendant six mois, à la suite d'une décision judiciaire, avant de reprendre immédiatement. Elle indique ne pas avoir de volonté de réduire ou d'arrêter sa consommation. À l'âge de 20 ans, elle expérimente la cocaïne à plusieurs reprises, sans que cette consommation ne s'installe dans le temps (en raison du coût et des effets qu'elle n'aime pas). Actuellement, elle consomme quotidiennement du tabac, du cannabis et de l'alcool (un *flash* par jour), qu'elle associe à une forme de détente. Elle évoque une certaine fatigue liée à cette consommation, mais ne rapporte pas de conséquences perçues sur sa santé. Sur le plan résidentiel, Ava connaît une instabilité persistante depuis trois ans. Elle alterne entre hébergements informels chez ses amies, séjours ponctuels chez sa mère, et quelques épisodes de rue (limitée à deux nuits consécutives au maximum). Elle a déjà sollicité le 115 sans succès et se montre réticente à l'égard des dispositifs sociaux, notamment vis-à-vis des assistantes sociales, qu'elle associe à une forme de mise en scène de la vulnérabilité qu'elle refuse. Aussi, sa précarité financière l'empêche d'accéder à un logement autonome. Elle participe depuis peu au programme TAPAJ du CAARUD (travail alternatif payé à la journée), sur proposition d'une amie, qu'elle apprécie pour son utilité et l'accompagnement éducatif, même si elle en critique les faibles revenus. Elle exprime le souhait de pouvoir y travailler davantage et envisage éventuellement un emploi complémentaire à temps partiel. Ses relations familiales sont distendues : elle n'a plus de contact avec son père depuis deux ans et garde peu de lien avec sa mère, qu'elle trouve trop intrusive. Elle est en revanche très proche de sa petite sœur, qu'elle appelle régulièrement. Partie de chez elle à 18 ans pour gagner en indépendance, elle retourne ponctuellement chez sa mère par nécessité. Elle rapporte avoir été exposée à des violences dans différentes sphères (relation amoureuse, sociabilités, activité illégale), sans avoir sollicité d'aide institutionnelle. Elle évoque un épisode de violence conjugale, qu'elle n'a pas immédiatement révélé, et pour lequel elle dit avoir, *a posteriori*, cherché à atténuer la responsabilité de son ancien compagnon. Elle considère avoir su gérer ces situations. Sur le plan de la santé mentale, elle a consulté des professionnel·les à plusieurs reprises (psychologues, psychiatre, CMP), notamment après une IVG ou pendant l'adolescence, mais ne s'est pas sentie en phase avec les prises en charge proposées. Elle indique ne pas avoir trouvé d'intérêt à ces démarches et s'y oppose aujourd'hui. Enfin, si elle ne projette pas d'évolution sur le plan de la consommation, elle exprime le souhait d'accéder à un logement autonome et envisage certaines activités futures (travail, pratique sportive) comme moyens de structurer son quotidien et de maintenir une forme d'équilibre. Le cas d'Ava correspond aux caractéristiques du *cluster* 1 du point de vue de la

consommation de drogues, mais s'en éloigne du point de vue du recours aux prestations médicosociales.

2.3 Les usagères de médicaments, vulnérables, mais bien suivies

Le cas de Marie-Claire permet d'éclairer les parcours de vie des usagères du deuxième groupe de la classification : les usagères de médicaments, vulnérables, mais bien suivies. Kamélia illustre un cas-limite de ce groupe, dans la mesure où elle n'a consommé que des médicaments prescrits au cours de sa vie, alors que les autres usagères de cette catégorie présentent généralement un parcours marqué par l'usage antérieur de drogues illicites avant de se recentrer sur les seuls médicaments.

Parcours-type : Marie-Claire, des opiacés aux médicaments

Née en 1962, Marie-Claire vit seule dans un logement qu'elle occupe depuis plusieurs années. Elle ne reçoit que très peu de visites, à l'exception d'une amie proche, rencontrée dans son quartier. L'entretien fait apparaître un parcours de vie marqué dès l'adolescence par des troubles psychiatriques, des consommations de drogues jeune, ainsi qu'un parcours de soins long, fragmenté, et souvent insatisfaisant selon elle. Marie-Claire rapporte avoir vécu un événement traumatique à l'âge de 15 ans, événement qu'elle évoque sans le nommer explicitement, mais qu'elle relie à l'apparition d'un premier épisode dépressif sévère, accompagné d'idées suicidaires et d'une première tentative de suicide. À partir de ce moment, elle commence son parcours de soin en santé mentale, avec des traitements lourds et qu'elle considère inadaptés (jusqu'à 40 comprimés par jour). À partir de 17-18 ans, elle débute sa consommation de drogues, dans une logique explicitement présentée comme auto-thérapeutique (« *pour tenir* »). Sa consommation commence par du cannabis et du LSD, puis évolue rapidement vers des produits médicamenteux détournés (antitussifs, antiémétiques), avant d'aboutir à l'injection d'héroïne à 19 ans. L'injection devient son mode de consommation privilégié, qu'elle décrit comme ritualisé et intime. Son parcours de consommation s'inscrit sur plusieurs décennies, avec une consommation régulière d'héroïne durant de longues périodes, entrecoupée de phases de réduction ou d'arrêt. Aujourd'hui, elle déclare ne consommer qu'occasionnellement (1 à 2 fois par an), tout en étant sous traitement de substitution à la méthadone (40 mg/jour), prescrit dans un CSAPA. Elle a également utilisé le Subutex de manière détournée aux normes médicales dans le passé (en termes de fréquence et de mode de

consommation), et raconte s'être injectée d'autres médicaments prescrits. Elle déclare, par ailleurs, avoir été exposée à des pratiques de soins inappropriées, incluant des prescriptions massives de médicaments sans véritable suivi psychothérapeutique. Son rapport aux institutions de soin est ambivalent. Si elle reconnaît avoir trouvé une forme de stabilité dans certains centres (notamment le CSAPA qu'elle fréquente actuellement), elle déplore un manque de cohérence dans les prises en charge et l'impossibilité d'accéder à une psychanalyse (qui selon elle pourrait davantage l'aider que des thérapies cognitives et comportementales). Elle critique également la surveillance implicite entre usager·es dans certains centres, et les échanges/vente de drogues entre usager·es qui peuvent mener à de nouvelles consommations (par exemple, elle a découvert le *speedball*¹⁴⁷ dans un centre). Marie-Claire évoque plusieurs hospitalisations pour des problèmes de santé (abcès, suspicion d'embolie pulmonaire, diagnostic de cancer), et le fait que sa santé, fortement dégradée, rende certaines tâches domestiques pénibles pour elle. Malgré cela, elle refuse toute aide à domicile extérieure et souhaite garder son mode de vie autonome. Son parcours est également marqué par un isolement familial. Elle entretient une relation très complexe avec son fils adulte, avec lequel le contact est rare et souvent conflictuel. Elle exprime un attachement très fort à sa mère, qu'elle décrit comme un soutien central dans sa vie, et avec qui elle entretient une relation qu'elle décrit comme « *fusionnelle* ». Elle affirme que son existence n'a de sens que si sa mère est vivante, et évoque une potentielle intention suicidaire le jour de son décès. Enfin, elle déclare vouloir être éloignée de tout ce qui se rattache à la féminité, et ne plus vouloir de sexualité. Elle se dit également très consciente du regard social porté sur les consommateur·rices de drogues âgées, en particulier les femmes, mais évoque la facilité et les relations cordiales qu'elle entretient avec les « *jeunes* » dealers.

Les usagères appartenant à cette classe font majoritairement l'objet d'un suivi institutionnel ancien. Cela s'explique par le fait qu'avant de devenir consommatrices de médicaments ou d'être sous TSO, elles ont souvent été consommatrices d'opiacés, ce qui les a amenées à fréquenter des CAARUD et des CSAPA (institutions construites dans les années 80 sur le modèle de l'héroïnomanie injecteur). Toutefois, des parcours différents existent également au sein de ce groupe comme celui de Kamélia, consommatrice de somnifères et d'anxiolytiques qui n'a jamais consommé de drogues illicites.

¹⁴⁷ Mélange de cocaïne et d'héroïne à injecter.

Cas-limite : Kamélia, des consommations de médicaments uniquement prescrits

Le parcours de Kamélia apparaît en décalage avec les caractéristiques dominantes de ce *cluster* où l'ancienne consommation d'opiacés est un élément structurant. Pourtant, cette dernière consomme également des médicaments et est engagée dans un parcours de soins en santé mentale.

Kamélia, âgée de 58 ans, évoque un parcours marqué par des troubles dépressifs précoces, diagnostiqués dès la vingtaine, et une consommation de médicaments installée depuis près de 25 ans. La séparation avec le père de sa première fille, alors que celle-ci avait deux ans, constitue un premier point de rupture biographique, associé à une intensification des épisodes dépressifs. Son parcours familial est traversé par des relations ambivalentes : peu de marques d'affection dans l'enfance, malgré une entente globale avec ses parents, et selon elle une reproduction de ce schéma affectif avec ses propres enfants. Elle élève seule ses deux enfants, nés à 19 ans d'écart, après deux ruptures : la première relativement apaisée, la seconde violente, avec le père de son fils. Cette dernière relation a été marquée par des violences physiques, ayant conduit à une séparation rapide. Depuis 2018, la situation avec son fils est décrite comme extrêmement déstabilisante. Ce dernier, mineur au moment des faits, a exercé des violences physiques et psychologiques, provoqué des dégradations matérielles et détourné des ressources financières. Plusieurs périodes d'incarcération, un placement en semi-liberté, et des décisions judiciaires ont ponctué cette relation difficile. L'enquêtée espère aujourd'hui une amélioration de la situation à la suite de la fin de la mesure judiciaire. Sur le plan de la santé, elle est atteinte de sclérose en plaques, de douleurs chroniques, et a connu plusieurs hospitalisations, dont une en service de psychiatrie. Sa consommation quotidienne comprend des somnifères, des antidépresseurs, des anxiolytiques et des antalgiques à base de morphine. Elle a conscience de son accoutumance, mais peine à accéder à un accompagnement médical satisfaisant, en raison notamment de la discontinuité des prises en charge au CMP et d'un usage disjoint des prescriptions par son psychiatre et son médecin traitant. Elle déclare s'ennuyer, manquer d'intérêt pour des activités qu'elle apprécie (lecture, mots fléchés), et décrit ses journées comme rythmées par la prise de médicaments et de longues siestes. Elle évoque également une difficulté à se projeter dans l'avenir. Malgré cela, elle continue à effectuer certaines démarches administratives, notamment en lien avec ses dettes locatives. Son rapport aux soins est ambivalent : elle a connu plusieurs expériences insatisfaisantes avec des professionnel·les de santé mentale, mais conserve une relation de confiance avec son psychiatre actuel, malgré des rendez-vous trop espacés selon elle. Elle n'a jamais fréquenté de CSAPA (je la rencontre par le

biais d'une amie à elle), mais dit avoir une dépendance aux somnifères et aux antidouleurs. Elle exprime le souhait de parler de cette problématique à un·e professionnel·le, à condition qu'on l'écoute et qu'on ne la juge pas. Son parcours de soins est donc davantage associé à la santé mentale qu'aux addictions.

2.4 Les usagères d'héroïne, précaires et peu visibles

Le cas d'Emma permet d'évoquer le troisième groupe de la classification : celle des usagères d'héroïne, en situation de grande précarité et peu visibles au sein des CAARUD et des CSAPA. Si Emma ne correspond pas complètement à ce profil (elle consomme de l'héroïne très rarement) certains éléments de son parcours rappellent les caractéristiques de ce *cluster*. Aucun entretien n'a pu être mené avec des femmes usagères d'héroïne cumulant l'ensemble de ces traits, ce qui traduit en partie leur faible visibilité institutionnelle. Ce phénomène peut également s'expliquer par le contexte géographique de l'enquête : en Île-de-France et en Guyane, les consommations de crack sont plus répandues, ce qui pourrait limiter l'accès à des profils davantage présents dans d'autres régions.

Cas-limite : Emma, consommatrice occasionnelle d'héroïne

Emma est une femme de 39 ans, née en France, aujourd'hui sans emploi, allocataire de l'AAH¹⁴⁸. À la date de l'entretien, elle est hébergée dans un appartement thérapeutique, dont l'accès est conditionné à une assiduité aux soins, condition qu'elle perçoit comme infantilisante. Cette forme de dépendance institutionnelle semble renforcer sa méfiance envers les institutions médicosociales, qu'elle a longtemps évitées malgré un parcours de vie marqué par la consommation de drogues. Son parcours est aussi profondément marqué par des violences multiples, dès l'enfance. En effet, Emma est confrontée à des pratiques parentales problématiques. Elle raconte que sa mère lui administrait du sirop codéiné pour qu'elle dorme. Elle décrit sa mère comme dépressive et alcoolique, et dit avoir beaucoup manqué d'amour et d'affection. À l'âge de huit ans, elle est victime d'un viol, qui n'est pas reconnu ni pris en charge par son entourage. L'absence de reconnaissance de sa souffrance et la violence de son environnement familial la conduisent rapidement à la rupture scolaire, aux fugues et à son entrée dans les foyers de protection de l'enfance dès 14 ans. Les institutions de protection de l'enfance,

¹⁴⁸ Allocation aux adultes handicapés.

ont, selon ses mots, contribué à renforcer son mal-être. Elle a ensuite alterné entre les foyers et les hôpitaux psychiatriques, a eu de nombreux traitements médicamenteux et n'a pas été prise en charge psychologiquement. Elle dénonce une surmédicalisation dès son adolescence, accompagnée de pratiques qu'elle qualifie de « *tests* » ou d'expérimentations chimiques, notamment dans un établissement où elle a été hospitalisée sans son consentement. Elle qualifie ces institutions (foyers et services de psychiatrie) de violentes et coercitives : « *le foyer, c'est l'école du crime* » ; « *l'hôpital psy, c'était la carte "si t'es pas sage"* ». L'entrée dans les usages de drogues survient quand elle est jeune, dans un contexte à la fois d'automédication et de socialisation à la marge. Elle se qualifie dès 14 ans de « *polytoxicomane* ». Elle consomme du cannabis, de la codéine, puis rapidement de l'héroïne (injectée dès 16-17 ans), de la cocaïne, de la kétamine, des benzodiazépines, du LSD, et d'autres produits festifs. En parallèle de sa consommation, elle s'implique aussi dans le trafic de drogues, notamment dans des squats ou pendant des teknivals. Elle décrit son activité de deal comme une forme de reprise de pouvoir et de contrôle sur sa vie. Si elle évoque des périodes d'interruption dans sa consommation d'héroïne, elle identifie la cocaïne en injection comme sa consommation la plus problématique, et la plus difficile à gérer encore aujourd'hui. En parallèle de l'usage de drogues, elle est sous traitement de substitution aux opiacés, elle prend de la méthadone depuis ses 19 ans, qu'elle a arrêté plusieurs fois. La substitution est reprise à plusieurs moments critiques de sa vie, notamment après des agressions. Elle exprime aujourd'hui une volonté de se sevrer, tout en soulignant la complexité du processus. Son rapport aux institutions est ambivalent. Elle reconnaît l'importance de certains lieux, notamment un CAARUD qui l'a hébergée dans des hôtels en situation d'urgence, mais déplore une prise en compte insuffisante de sa souffrance psychologique dans d'autres institutions, y compris dans les CSAPA. Sa santé mentale est marquée par de nombreux épisodes traumatiques ; elle a eu recours à l'EMDR¹⁴⁹ pour prendre en charge ses traumatismes et trouve cela efficace. Elle souligne aussi l'importance d'institutions non-mixtes, où elle se sent plus en sécurité. Son parcours de soin est marqué par des prises en charge fragmentées, souvent vécues comme inefficaces. Elle souligne que ses arrêts de consommation ont été fréquents, et généralement associés à ses relations de couple, qui l'ont aidé. Elle précise : « *Avec mon ex-compagnon avec qui je suis restée 7 ans, on a fait des serrages et on s'en est sortis ensemble* ». À l'inverse, une rechute survient avec le partenaire suivant : « *je suis retombée dans l'injection avec l'autre* ». Concernant son entourage, elle reste en grande partie isolée, bien qu'elle ait récemment commencé une relation avec un partenaire. Elle se consacre aujourd'hui à la musique qui l'aide beaucoup et lui

¹⁴⁹ L'EMDR est une psychothérapie par mouvements oculaires qui cible les mémoires traumatiques des individus (source : <https://presse.inserm.fr/canal-detox/lemdr-pour-traiter-le-stress-post-traumatique-vraiment/>).

permet de se projeter dans un avenir dans lequel elle se sent épanouie sans les drogues et le milieu de la consommation. Enfin, elle se décrit comme un « *garçon manqué* », bisexuelle, et évoque la stigmatisation genrée spécifique des femmes usagères d'héroïne (« *pute à came* ») qu'elle a subie dans le passé.

2.5 Les usagères de crack, plus fragiles et marginalisées

S'il a été compliqué de rencontrer des usagères d'héroïne sur mon terrain, ce n'est pas le cas des usagères de crack qui composent la majorité de mon échantillon. Cela est lié à la prévalence différenciée des produits actuellement, les résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot montrant une sur-représentation des usages de crack aujourd'hui (et peu d'usage d'héroïne). Il a été difficile de choisir quel cas pourrait le mieux illustrer le profil des usagères de la classe 4. J'ai choisi les récits de Corine (Île-de-France) et d'Angélique (Guyane¹⁵⁰) pour décrire le dernier *cluster* de la classification.

Parcours-type francilien : Corine, de l'héroïne au crack

Corine, 49 ans, vit aujourd'hui à la rue à Paris, une situation qu'elle décrit comme nouvelle, même si elle est le résultat d'un processus de précarisation amorcé quelques années auparavant. Très diplômée (bac+7), longtemps insérée dans une activité professionnelle dans le secteur juridique, elle perd l'ensemble de sa clientèle durant la pandémie de Covid-19. Pendant la pandémie, sa consommation de crack s'intensifie également, elle perd finalement son logement. Corine commence à consommer des drogues dès l'âge de 12 ans, initiée par un membre de sa famille qui lui propose de consommer de l'alcool et de la cocaïne. Elle commence aussi à vendre de l'héroïne à l'adolescence avant même d'en consommer. À 16-17 ans, elle commence à prendre de l'héroïne par injection, une pratique qu'elle abandonne définitivement à 23 ans. Elle a également sniffé de la cocaïne jusqu'à il y a environ 7 ans, avant de basculer vers une consommation de crack quotidienne, qu'elle associe à l'arrêt simultané de l'alcool : « *j'ai arrêté l'alcool il y a 7 ans, quand j'ai commencé le crack* ». Elle décrit un parcours marqué par sa gestion de la consommation de drogues pendant de nombreuses années. Le travail, la parentalité (trois filles qu'elle a élevées seule), et un certain équilibre personnel constituaient jusqu'alors des points d'ancrage. Elle insiste sur le fait que sa consommation était « *insoupçonnable* », et considère que «

¹⁵⁰ Je n'ai pas rencontré les profils des classes 1, 2 et 3 en Guyane, d'où les deux profils uniquement pour ce groupe.

c'est la première fois que je ne gère pas ». La perte du logement, la désaffiliation sociale, et l'exposition quotidienne à la rue l'entraînent vers des usages plus intensifs, moins solitaires, où la consommation est fortement socialisée et souvent encouragée par l'entourage du monde des drogues. Concernant la prise en charge, elle dit fréquenter aujourd'hui pour la première fois un CSAPA (qui fait aussi CAARUD), qu'elle fréquente quotidiennement dans une démarche de stabilisation : *« je m'impose de venir tous les jours »*. Cependant, elle indique avoir déjà fréquenté un CAARUD auparavant pour récupérer du matériel de réduction des risques. Elle a également fréquenté des associations pour être aidée financièrement, sans succès du fait de sa relative stabilité résidentielle à l'époque. Elle a expérimenté un ou deux séjours en postcure¹⁵¹ pour l'héroïne et son médecin généraliste lui a prescrit un TSO à l'âge de 27 ans. Son rapport à la psychiatrie est plus constant, bien que discontinu. Elle a été hospitalisée chaque année avant le décès de ses parents, des séjours qu'elle qualifie rétrospectivement de repos nécessaires : *« la psychiatrie c'est juste pour reposer sa tête »*. Les diagnostics n'ont jamais été posés clairement, mais elle se définit elle-même comme *« maniaco-dépressive »*. Elle a arrêté les médicaments il y a cinq ans et se montre aujourd'hui très critique vis-à-vis des traitements médicamenteux. Néanmoins, elle déclare se sentir mieux psychologiquement depuis la mort de ses parents ; elle considère cela comme une forme de libération, elle déclare : *« je me suis apaisée, et c'est quand même pas négligeable. Ça m'a fait beaucoup de bien, pourtant je suis à la rue »*. Aujourd'hui, sa consommation de crack est quotidienne, son activité économique repose sur la prostitution et la manche. Elle évoque les *« activités dangereuses »* qu'induit sa consommation et reconnaît des expériences de violence dans le cadre de l'économie du crack, mais refuse l'étiquette de victime dans le cas des violences sexuelles : *« sexuelles, moi ça ne m'arrivera pas parce que je suis quelqu'un d'assez fort »*. Elle mentionne toutefois des violences conjugales de la part du père de ses filles, qui ont conduit à leur séparation, ainsi que des violences psychologiques dans l'enfance, qu'elle refuse de détailler. Elle affirme ne jamais avoir eu d'amies femmes, peu d'amis hommes, et se définit comme *« garçon manqué »*, avec un rejet assumé du féminisme. Elle dit fréquenter un espace pour femme, où elle a pu accéder à un hébergement temporaire (chambre d'hôtel), qu'elle apprécie. Elle déclare finalement avoir été stigmatisée dans les interactions ordinaires (lorsqu'elle n'était pas à la rue) plutôt que dans les institutions médicosociales. Elle évoque notamment son vécu de discrimination en tant que mère (de la part d'autres parents d'élèves, ou lorsque ses filles

¹⁵¹ En addictologie, une postcure est une étape de prise en charge qui intervient après un sevrage ou un premier temps d'hospitalisation. Ses objectifs principaux sont : consolider l'abstinence, prévenir les rechutes et aider la personne à réorganiser sa vie quotidienne. Elle peut durer quelques semaines à plusieurs mois. La postcure joue un rôle de transition entre le sevrage hospitalier et le retour à la vie quotidienne.

n'étaient pas invitées à des anniversaires), et des humiliations policières. Son parcours éclaire certaines formes de la marginalité féminine liées à la consommation de crack.

Parcours-type guyanais : Angélique, de l'alcool au crack

Angélique, 47 ans, vit actuellement en Guyane, hébergée chez son compagnon. Elle est née en France hexagonale, mais s'installe en Guyane à l'âge de 21 ans, pour rejoindre son père récemment décédé. Elle évoque un attachement ambivalent au territoire guyanais : « *c'est un beau pays, mais la mentalité, c'est horrible* ». Elle déplore les jugements permanents, notamment à l'égard des femmes. Son parcours de consommation commence avec l'alcool à 12 ans. Elle consomme quotidiennement de l'alcool dès 16 ans, dans un contexte de placement en foyer pour jeunes délinquant·es. Elle relie explicitement sa consommation d'alcool à un « *mal-être* », à la présence d'une mère alcoolique et à une dynamique familiale malsaine. Selon elle, sa consommation est liée en partie à sa famille : « *j'ai les gènes [de l'alcoolisme]* ». Son entrée dans l'usage de crack remonte à ses 35-36 ans. Elle relate une initiation qu'elle a elle-même sollicitée, sans connaître le potentiel addictif du produit : « *[le crack] on m'a dit que ça faisait rire, que c'était bon, alors j'ai voulu voir* ». Sa consommation devient très vite quotidienne, selon elle « *on va dire une semaine* ». Si elle consomme aujourd'hui de manière plus espacée (trois jours consécutifs par semaine en période de « *crise* »), elle reconnaît la dépendance et souhaite en sortir, elle déclare : « *ça fait 10 ans, c'est bon* ». Elle rejette toutefois l'aide médicale. Son rapport aux soins est marqué par une expérience négative des institutions psychiatriques dans l'enfance, où elle est envoyée à la suite des fugues. Aujourd'hui, elle refuse toute prise en charge en addictologie : « *je veux arrêter moi-même. J'ai pas besoin de cachets pour arrêter* ». Elle conteste l'efficacité des traitements médicamenteux, perçus comme inefficaces : « *on grossit, on ressort, et on replonge* ». Elle fréquente néanmoins un CAARUD depuis une dizaine d'années, où elle dit se sentir à l'aise, notamment grâce à une éducatrice. Elle refuse en revanche le contact avec d'autres institutions, notamment les maraudes et les dispositifs intégrant des psychologues. Sur le plan social, elle évolue dans un environnement très précarisé, marqué par l'absence de revenu stable. Pour acheter le crack, elle fait la manche. Pendant l'entretien, elle est très critique de la prostitution. Elle évoque le regard stigmatisant porté sur les femmes qui consomment, notamment les injonctions explicites à la prostitution, elle déclare : « *même les femmes disent : t'as envie de fumer, va donner ton cul* ». Elle affirme avoir dû poser très tôt des limites claires dans son entourage pour ne pas être assimilée à une prostituée. Angélique insiste également sur le caractère hypocrite et hostile de la sociabilité dans le monde du crack, si elle consomme parfois en groupe, elle reste tout de même méfiante. Elle décrit le

monde du crack comme un environnement toxique et violent. Elle déclare n'avoir ni projet concret pour l'avenir ni véritable soutien, y compris de la part de son compagnon, également consommateur de crack. Finalement, Angélique incarne une forme de marginalité féminine visible dans les institutions, mais peu visible au-delà (rapports, pouvoirs publics, etc.) : elle n'est ni sans-abri, ni insérée dans un parcours de soins, ni repérable via les circuits classiques de l'aide sociale puisqu'elle fréquente le CAARUD uniquement pour la distribution de matériel. Elle rejette les figures de la victime, de la malade ou de la patiente, et revendique plutôt une certaine autonomie dans la consommation (qu'elle arrête quand elle souhaite, sans accompagnement). On peut considérer tout de même que cette posture masque des formes de précarité, de vulnérabilité et de stigmatisation, et que son discours doit être analysé plus finement avec réflexivité. Il nous donne néanmoins quelques repères pour le profil de ce *cluster*.

Si les femmes qui consomment du crack sont majoritairement en situation de grande précarité, certaines d'entre elles ont des consommations gérées et des conditions de vie stables. Je n'ai pas rencontré ce type de profil lors de l'enquête de terrain, mais il est possible de le mettre en évidence à partir d'un portrait¹⁵² réalisé par le biais de l'enquête ANRS-Coquelicot.

*Cas-limite : Claudine, une usagère de crack qui gère sa consommation*¹⁵³

Claudine est née en 1962 (elle a 60 ans au moment de l'enquête) en Guyane, de parents et grands-parents guyanais, elle est de nationalité française et de religion catholique. Elle n'a aucun diplôme et est célibataire. Adolescente, elle vit et est élevée par sa mère. Son foyer parental ne connaît pas de problématique spécifique, elle ne déclare pas de tensions, de consommation de drogues ou d'alcool chez sa mère, pas de privation matérielle, de décès ou suicide dans sa famille, et il n'y a jamais eu de mesure éducative mise en place par l'ASE. Depuis qu'elle est majeure, elle n'a jamais été hébergée par une association et n'a jamais dormi à la rue. Au cours de sa vie, elle n'a jamais sniffé ou injecté de drogues. Elle a consommé une seule drogue, le crack, qu'elle a consommée de temps en temps et qu'elle continue de consommer de temps en temps par voie fumée (elle n'a jamais utilisé d'autres modes de consommation). Elle n'a même jamais expérimenté le tabac, l'alcool¹⁵⁴, d'autres produits dits festifs ou des médicaments. Elle n'a jamais fait de test VIH, VHC ou VHB (et ne sait pas pourquoi), elle n'est pas vaccinée contre le VHB. Elle ne connaît pas les modes de transmission du VHC, ne sait pas si c'est une maladie

¹⁵² Cela consiste en une lecture en ligne de la base de données autrement appelée « statistiques ethnographiques » explicitée dans le chapitre 2.

¹⁵³ Profil réalisé à partir de l'enquête par questionnaire et non par un entretien.

¹⁵⁴ Les déclarations peuvent être incohérentes.

grave, et si elle a donc des pratiques à risque de transmission (on peut faire l'hypothèse qu'il n'y a pas de risque puisqu'elle peut consommer seule et chez elle, mais rien ne peut l'assurer). Elle n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie et n'a jamais demandé d'aide pour des problèmes psychologiques, émotionnels ou nerveux. De la même manière, Claudine déclare n'avoir jamais eu d'idées suicidaires ou fait de tentative de suicide. Elle ne déclare aucun événement traumatique au cours de sa vie. Ceci peut être en lien avec le fait qu'elle déclare n'avoir jamais été victime de violences (quelles qu'elles soient) ou d'insultes. Aussi, elle n'a jamais eu de relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou de logement. Étant donné qu'elle ne semble porter aucun stigmate en lien avec sa consommation ou un mode de vie précaire, elle n'a jamais été victime de discrimination par les médecins généralistes, les CAARUD, CSAPA ou pharmaciens (on peut considérer qu'elle n'est pas concernée par la prise en charge), et n'a jamais été en prison. Concernant la répression liée à l'usage de drogues, elle n'a jamais été contrôlée par la police au cours de cinq dernières années. On fait ici l'hypothèse qu'elle ne consomme pas dans l'espace public, mais chez elle. Au cours de la dernière année, elle a eu des relations sexuelles avec un homme qui n'est pas son conjoint (ou en tout cas pas présenté comme tel puisqu'elle indique être célibataire). Son partenaire n'a pas le VIH et n'est pas usager de drogues. Elle ne consomme pas de crack lors de ses relations (elle n'a jamais eu de consommation sexualisée de substances). La pandémie de Covid-19 n'a pas eu d'effet sur sa vie, elle déclare que cela n'a rien changé à sa consommation. Au moment de l'enquête, elle consomme toujours du crack de temps en temps et utilise la distribution de pipe à crack dans un CAARUD et elle en est satisfaite, elle n'a jamais eu du mal à se procurer des pipes à crack, elle n'utilise aucun autre service et déclare ne pas en avoir besoin. Elle ne partage pas son matériel de consommation. Elle déclare qu'aucun produit n'est problématique pour elle. Elle n'a d'ailleurs pas arrêté de consommer du crack et dit n'avoir jamais essayé. Aujourd'hui elle est venue une fois au CAARUD et n'y reviendra pas. Elle a actuellement des proches à qui parler et qui la soutiennent. Elle détient un logement personnel (location ou propriété), elle travaille en tant qu'employée, mais ne touche aucun revenu¹⁵⁵ (pas de pension de retraite, chômage ou RSA). Concernant sa santé, elle dispose de la Sécurité sociale par le biais de la CMU et déclare un très bon état de santé général. Actuellement, elle déclare ne pas être déprimée et n'a pas de troubles psychotiques.

La typologie présentée reste une construction schématique : une certaine hétérogénéité persiste au sein même des *clusters*, comme en témoignent les trois parcours du *cluster* 4 présentés.

¹⁵⁵ Potentielle incohérence.

L'objectif de la thèse est de comprendre les conditions de possibilité du recours aux CAARUD et aux CSAPA par les usagères, afin d'éclairer les mécanismes de sous-représentation et d'invisibilisation dans ces institutions. Cette typologie met en évidence que les usagères de chaque *cluster* mobilisent ces institutions et leurs prestations selon des modalités différenciées, en lien avec leurs parcours de vie et leurs pratiques de consommation. Ainsi, les usagères du premier *cluster* sont peu visibles dans les CAARUD, contrairement à celles du dernier *cluster*. À l'inverse, les usagères des *clusters* 2 et 3 peuvent fréquenter les CSAPA, mais les profils du *cluster* 2 y sont plus fréquemment rencontrés que ceux du *cluster* 3. Ces observations permettent de dégager un gradient de visibilité et de représentation, selon les types d'institutions et les profils des usagères. Il convient également de souligner des disparités territoriales. Le contexte francilien (marqué par une population plus dense et un marché de drogues plus diversifié) présente des profils d'usagères plus variés qu'en Guyane. Les trois premiers groupes sont ainsi davantage observés en Île-de-France, bien que certaines usagères du premier groupe soient également présentes en Guyane, comme me l'ont rapporté des professionnel·les de CSAPA (même si je n'en ai pas rencontré). Ces monographies offrent une première visualisation de profils et de parcours « types », tout en invitant à garder à l'esprit la diversité interne à chaque groupe. Il s'agit à présent d'examiner les effets différenciés que ces appartenances (aux *clusters*) peuvent produire en matière de santé.

3. Des états de santé différenciés au sein des publics

La typologie met en évidence un gradient des conditions de vie et de la précarité (résidentielle, sociale, administrative) au sein des publics féminins, des plus stables aux plus précaires et des conditions de recours et d'accès aux soins différents selon les profils des usagères. Mais, ce gradient s'applique-t-il de la même manière lorsqu'il s'agit des états de santé ? Peut-on parler d'un renforcement des inégalités ? Ou de corrélation entre conditions de vie instables et mauvais état de santé ? Les liens entre recours aux soins et inégalités de santé ont fait l'objet de différents travaux :

« En France, en effet, les inégalités de recours aux soins sont perçues comme facteur déterminant des inégalités sociales de santé, ce qui implique, pour “ne plus cumuler inégalités sociales et inégalités de santé”, la solution passe par “renformer – encore – l'accessibilité du système de soins”. L'idée que la réduction des inégalités de santé passe par l'accès aux soins n'est pas récente. Marcel Drulhe situe son origine au “tournant de la Sécurité sociale (1945), [où] le problème se pose en d'autres termes : un accès individuel aux soins plus égalitaire va-t-il enfin permettre de réduire les inégalités sociales

de santé ? En réalité, cette sorte de questionnement est une reconstruction a posteriori : dans l'esprit du moment, offrir à chacun les progrès de la médecine fait considérer implicitement que cette démocratisation des soins rend caduque la question des inégalités sociales de santé" (Drulhe, 2000 : 42) » (Rode, 2010 : 121).

Il s'agit ici de s'interroger sur la conséquence de ce continuum sur la santé des usagers. À partir des analyses réalisées précédemment, il est possible de faire deux hypothèses : les usagers les plus prisés en charge en CSAPA sont en meilleure santé, les usagers les plus désaffiliés et plus à même de recourir aux CAARUD sont en mauvaise santé. Cette section vise à mettre à l'épreuve ces hypothèses en s'intéressant aux différents aspects de la santé dégradée. Pour cela, je mobilise le concept de « gradient social de santé », en effet :

« Pour lire les inégalités sociales de santé, on s'appuie sur le concept de gradient social de santé. Le terme gradient renvoie au fait qu'il n'y a pas de seuil radical qui marque une différence nette de niveau de ressources, de santé, entre des catégories qui seraient étanches, mais plutôt un continuum. La dimension territoriale des inégalités sociales de santé est maintenant intégrée à la matrice d'analyse des déterminants des inégalités de santé, puisqu'on parle couramment d'inégalités sociales et territoriales de santé. Cependant, au vu des résultats présentés ici, on pourrait proposer d'adjoindre à ce concept celui de "gradient socio-territorial de santé" qui permet de nuancer une approche qui tend assez souvent à réduire la lecture du territoire à une vision clivée entre quartiers pauvres versus tous les autres sans nuancer davantage cette catégorie socio-spatiale. » (Vaillant, Bardes et Rican, 2021)

Les états de santé sont-ils corrélés aux *clusters* mis en avant précédemment ? Les données quantitatives dont nous disposons sont riches concernant la santé mentale, la santé vis-à-vis des maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB) et les overdoses ; je les utilise donc pour analyser le caractère situé des inégalités sociales de santé au sein du public que j'étudie. Pierre Aïach définit l'inégalité sociale ainsi : « L'inégalité sociale existe donc à partir du moment où la différence entre groupes sociaux renvoie à une hiérarchie sociale, quel que soit le critère choisi, et que le principe de justice est en cause » (Aïach, 2000 : 85). Ainsi, toute différence n'est pas une inégalité. L'état de santé des usagers est analysé ici à travers le cas de la santé perçue, des maladies infectieuses et des problèmes de santé mentale.

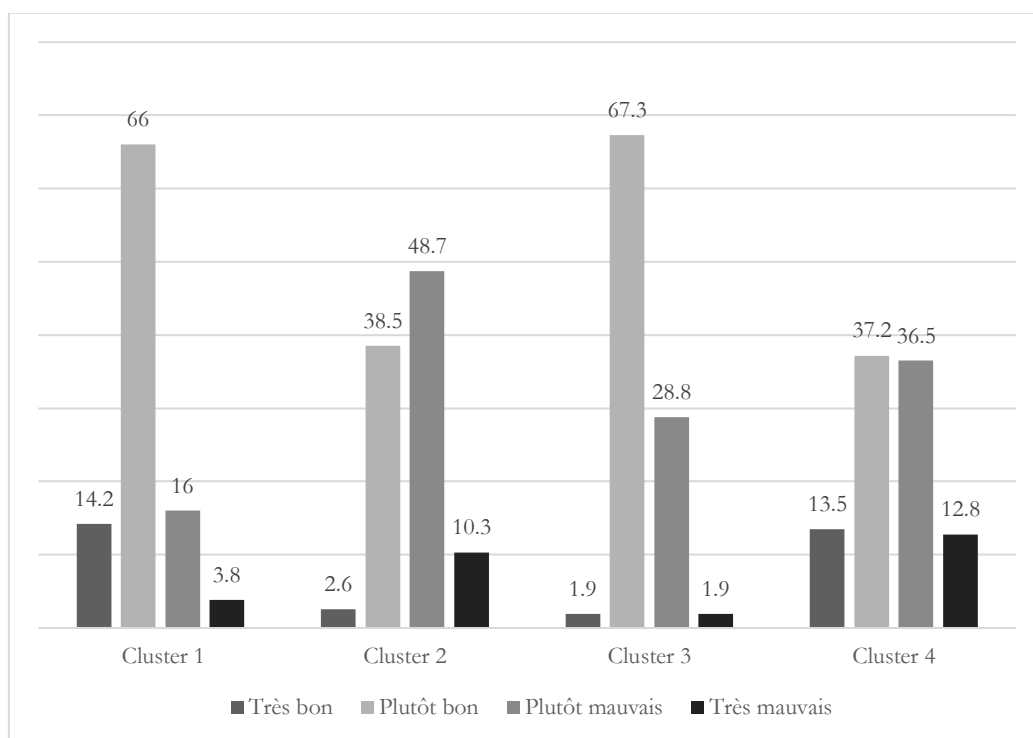
Le cas de la santé perçue

Dans l'enquête, 9,9 % des usagers déclarent un très bon état de santé, 49,5 % des usagers déclarent un plutôt bon état de santé, 32,3 % des usagers déclarent un plutôt mauvais

état de santé, 8,3% des usagères déclarent un très mauvais état de santé. Comment la santé perçue se décline dans les quatre *clusters* de la typologie ?

Encadré 13 - Précision concernant la variable « santé perçue »

La santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1948). Sa mesure a longtemps consisté en des indicateurs « objectifs » permettant de mesurer notamment la mortalité et la morbidité. L'évolution de ces indicateurs et la remise en cause « des concepts traditionnels de mortalité et de morbidité qui traduisaient implicitement le point de vue médical de la santé » a conduit à « l'apparition des concepts de santé subjective, de santé perçue, de santé perceptuelle ou de qualité de vie liée à la santé voire de *patients reported outcome* » (Leplege et Debout, 2007). Cette dynamique témoigne d'un processus d'appropriation croissante, par la société et ses membres, des problématiques de santé. (*Ibid.*). En effet, la dimension subjective de la santé est reconnue comme centrale dans son appréhension (Fassin, 2000). La variable « santé perçue » (utilisée ici), aussi appelée « santé perceptuelle » (Bucquet, 1993) permet de partir du point de vue des individus, et illustre la volonté de prendre en compte l'appropriation par les individus des décisions de santé qui les concerne (Leplege *et al.*, 2002). Cette auto-évaluation de l'état de santé est indispensable dans la mesure où seul l'individu lui-même est capable, à partir de ses propres critères, d'évaluer l'impact de la maladie sur sa vie (Rebillard *et al.*, 2006). Néanmoins, cette variable soulève aussi certaines limites, dans la mesure où elle repose sur une perception individuelle et non sur un indicateur objectif, en effet : « bien que séduisante par sa facilité de recueil, l'auto-évaluation de la santé demeure difficile à interpréter, car on ignore ce qui motive précisément le jugement de la personne sur sa propre santé » (Leclerc *et al.*, 2008 : 45).

Figure 20 - État de santé perçue selon les *clusters* de la CAH

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 14,2 % des usagères du *cluster* 1 déclarent un très bon état de santé.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Cette analyse fait apparaître une forte hétérogénéité dans l'état de santé perçue des usagères. Si près de 60 % des femmes se déclarent en bonne santé (très bon ou plutôt bon), cette moyenne globale masque des écarts notables entre les groupes. Le *cluster* 1 se distingue par une perception très favorable de la santé (plus de 80 % d'évaluations positives), suggérant une certaine stabilité – qu'elle soit résidentielle, sanitaire ou institutionnelle – et un accès soutenu à des soins adaptés. À l'inverse, le *cluster* 2 regroupe les usagères les plus en difficulté : près de 60 % y évaluent leur santé comme mauvaise ou très mauvaise, traduisant probablement des situations de précarité, de ruptures de parcours ou de désengagement institutionnel. Les *clusters* 3 et 4 présentent des profils plus ambivalents, oscillant entre reconnaissance de certaines améliorations et perception d'une santé encore fragile. Cette analyse met en évidence une corrélation entre l'état de santé perçue et les différentes conditions de vie, et confirme le continuum (des usagères les plus stables aux plus précaires) analysé dans la section 2.

Le cas des maladies infectieuses

Les usager·es qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA et qui consomment des drogues peuvent être concerné·es par les maladies infectieuses : VIH, VHC et VHB. Cela peut être principalement lié aux modes de consommation (injection, partage de matériel non stérile) ou aux pratiques sexuelles. L'analyse proposée ici décrit la situation des usagères de chaque *cluster* vis-à-vis de ces maladies. Au vu des descriptions de la typologie faite précédemment, il est possible de faire plusieurs hypothèses, notamment entourant les pratiques de consommation : les usagères d'héroïne qui injectent (principalement du *cluster* 3) seraient potentiellement plus susceptibles d'être concernées par ces maladies que les usagères d'alcool, de cannabis et de médicaments (*cluster* 1 et 2). Je décline la situation vis-à-vis des trois maladies dans chacun des groupes.

Le premier groupe (tableau 21) apparaît comme le plus « épargné » par le virus de l'hépatite C (VHC), il affiche la proportion la plus élevée de personnes jamais contaminées¹⁵⁶ (71,7 %) et la plus faible de porteuses (1,9 %). Toutefois, 16 % des usagères n'ont jamais été testées, soit la proportion la plus élevée, ce qui peut révéler une distance des femmes par rapport au dépistage. Le deuxième groupe concentre le plus de personnes guéries (26,9 %) et porteuses (10,3 %), ce qui suggère une exposition plus forte, mais aussi une prise en charge médicale effective (guérison plus fréquente). Il représente une population à risque élevé, mais médicalement suivi comme je l'ai montré précédemment. Le troisième groupe se situe dans une position intermédiaire, avec des taux relativement modérés dans chaque catégorie. Le dernier groupe, tout comme le *cluster* 2, a un taux relativement élevé de porteuses (6,1 %) et une part importante de « jamais testés » (14,2 %), ce qui semble être lié à une vulnérabilité du public et à un manque de dépistage pour une partie de cette population. Concernant le virus de l'hépatite B (VHB), on observe une exposition au dépistage plus différencié. Le troisième groupe est le moins exposé au VHB (5,8 %) et le mieux dépisté (57,7 %), ce qui dénote par rapport à ce que l'on sait de la vulnérabilité des usagères de ce *cluster*. Le deuxième groupe présente le meilleur taux de dépistage cumulé (plus de 70 %), ce qui renforce l'hypothèse d'un suivi sanitaire soutenu, malgré une forte exposition au VHC. Les *clusters* 1 et 4 affichent une forte part de personnes non-testées (respectivement 36,8 % et 31,1 %), ce qui peut révéler une marginalisation pour le *cluster* 4 ou une moindre sensibilisation aux risques du VHB pour le premier *cluster*.

¹⁵⁶ Les personnes peuvent avoir déjà été contaminées par le VHC, mais être aujourd'hui guéries (par le biais de la prise d'un traitement), être contaminées actuellement et ne pas être guéries, ou ne l'avoir jamais eu, donc ne pas être porteuses du virus.

Tableau 21 - Tri croisé : maladies infectieuses (VHC, VHB, VIH) et *clusters* de la CAH

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	p-value
Situation vis-à-vis du VHC					
Guérie	10,4	26,9	19,2	18,9	<,05
Jamais contaminée	71,7	57,7	63,5	60,8	
Jamais testée	16	5,1	11,5	14,2	
Porteuse	1,9	10,3	5,8	6,1	
Situation vis-à-vis du VHB					
Déjà eu le VHB	17	17,9	5,8	14,9	<,5
Jamais testée	36,8	28,2	36,5	31,1	
Testée, mais jamais eu le VHB	46,2	53,8	57,7	54,1	
Situation vis-à-vis du VIH					
Négatif déclaré	84,9	92,3	90,4	80,4	<,05
Pas de test déclaré	12,3	5,1	7,7	9,5	
Positif déclaré	2,8	2,6	1,9	10,1	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans le cluster n°1, 10,4 % des femmes déclarent être guéries du VHC.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), il y a une forte rupture entre le *cluster* 4 (crack) et les autres *clusters* ; il se démarque fortement puisque c'est le seul à afficher un taux à deux chiffres de personnes déclarées positives (10,1 %). Cela indique une surexposition au VIH, et aux pratiques à risque. Le deuxième groupe (médicaments) est de nouveau celui qui bénéficie du meilleur dépistage (92,3 % de négatifs déclarés, seulement 5,1 % de non testés). Enfin, le premier groupe est à nouveau marqué par une part importante de personnes non-testées (12,3 %), ce qui semble conforter l'hypothèse d'une distance de cette population aux enjeux de santé liés aux maladies infectieuses. Le *cluster* 4 qui représente la presque totalité des usagères gyanaises est le plus concerné par le VIH. La Guyane est le département français le plus touché par l'infection par le VIH avec un taux d'incidence 11 fois plus élevé qu'au niveau national (Lucarelli *et al.*, 2019). Les femmes porteuses du VIH sont en majorité immigrées (étrangères, les gyanaises sont moins concernées) et en situation de précarité (Carde, 2011 ; Sabadel, 2023). Qu'il s'agisse de la prise en charge du VIH ou d'autres pathologies, il existe une idée répandue qui consiste à dire que c'est une certaine frange de la population (phénomène migratoire où les personnes migrantes sont plus exposées au virus) qui est responsable de l'épidémie de VIH/Sida (Aina, 2009).

Finalement, les usagères du premier groupe (alcool et cannabis) sont moins exposées aux pathologies infectieuses, mais aussi moins testées, les usagères du deuxième groupe (médicaments) sont très exposées aux risques mais bien suivi médicalement avec des taux élevés

de guérison et de test, le troisième groupe (héroïne) est le moins exposé aux trois maladies avec des taux élevés de test, ce qui ne confirme pas l'hypothèse mise en avant précédemment, et enfin le dernier groupe (crack) est le plus vulnérable vis-à-vis du VIH, exposé aussi au VHC/VHB.

Le cas des troubles de santé mentale

La santé des usagères est finalement appréhendée à travers des questions entourant la santé mentale. Cette dernière a été évoquée par de nombreuses usagères lors de l'enquête, qu'il s'agisse de leur mal-être, de leurs rapports à la psychologie et à la psychiatrie ou des relations qu'elles entretiennent avec les professionnel·les de ce domaine médical. La santé mentale renvoie à des pathologies psychiatriques, des parcours de soins, des thérapies (qu'elles soient psychanalytiques, cognitivo-comportementales...). Les contours du soin en santé mentale sont flous et ont connu de nombreuses mutations ces dernières décennies (Garnoussi *et al.*, 2024). Au-delà du système de soin, la santé mentale apparaît aujourd'hui comme un langage collectif permettant d'exprimer le mal-être, de réguler les tensions sociales et de répondre aux exigences d'autonomie propres aux sociétés individualistes (Ehrenberg *et al.*, 2024). La santé mentale ou les troubles de santé mentale sont complexes à définir, mais aussi à mesurer :

« Par rapport aux autres domaines de la santé, celui de la santé mentale ne se distingue pas particulièrement par l'éventail des causes impliquées dans les différentes de distribution des maladies. Mais la difficulté de préciser l'objet – maladie, déviance, souffrance – est ici d'une particulière acuité. Les effets potentiellement marqués de l'étiquetage des individus, l'importance des représentations de la santé mentale et leur variabilité culturelle et sociale donnent un relief particulier à l'identification des états de santé mentale et au problème de l'accès aux soins [Lovell, 2003] » (Leclerc *et al.*, 2008 : 135).

Pour objectiver des inégalités de santé (mentale ou non), il est nécessaire de prendre en compte une batterie d'informations qui sont objectives et subjectives, en lien avec la santé, mais en aussi en lien avec d'autres éléments comme le contexte socio-économique de la personne (*Ibid.*). Je dispose de plusieurs variables liées aux troubles de santé mentale dans le questionnaire ANRS-Coquelicot (voir encadré 14).

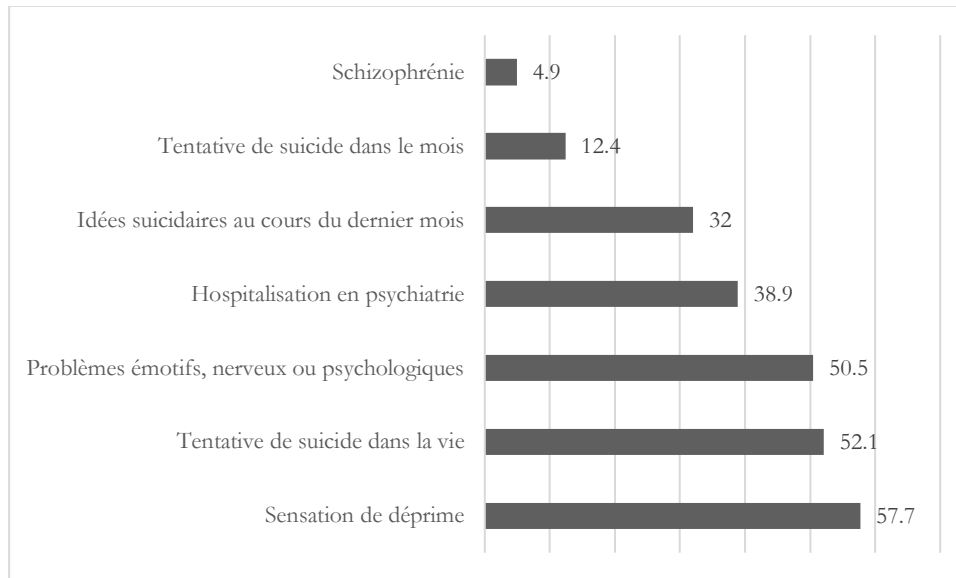
Encadré 14 - Variables de l'enquête ANRS-Coquelicot utilisées pour analyser l'état de santé mentale des usagères

1. deprim : « Actuellement, vous sentez-vous déprimé ? »
2. hoppsy : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie, en dehors d'une situation de sevrage ? »
3. enq_schiz : « Des symptômes négatifs typiquement schizophréniques (affect abrase, pauvreté du discours / alogie, manque d'énergie ou d'intérêt pour débiter ou mener à bien des activités / avolition) sont-ils au premier plan au cours de l'entretien » : codage par l'enquêteur·rice »
4. servbpsy1 : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé, pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement, les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre, une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute ou avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, un psy, un thérapeute ? »
5. pens_mort1 : « Au cours du mois écoulé, avez-vous : Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? »
6. suicide1 : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? »
7. suicidemois1 : « Maintenant nous allons évoquer non pas les idées suicidaires, mais les tentatives de suicide, c'est-à-dire des actions que vous auriez entreprises à un moment précis volontairement pour vous faire mourir. Au cours du mois écoulé, avez-vous fait une tentative de suicide ? »

L'examen des données (figure 21) met en évidence une prévalence particulièrement élevée des troubles psychiques parmi les femmes prises en charge en CAARUD et en CSAPA. Plus d'un tiers d'entre elles (38,9 %) ont déjà été hospitalisées en psychiatrie, et plus d'une sur deux (57,7 %) se déclare actuellement déprimée. Si les symptômes schizophréniques (codées par l'enquêteur·rice) concernent une minorité (4,9 %), la proportion reste néanmoins nettement supérieure à celle observée dans la population générale. Plus largement, la moitié des enquêtées (50,5 %) reconnaissent être confrontées à des problèmes émotifs, nerveux ou psychologiques. Ces troubles s'accompagnent d'une forte vulnérabilité suicidaire : 32 % déclarent avoir des idées suicidaires au cours du dernier mois, 52,1 % ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, et 12,4 % rapportent une tentative dans le mois précédant l'enquête. Ces résultats

traduisent une situation de détresse psychique importante, où la comorbidité entre usage de substances et pathologies psychiatriques est particulièrement marquée.

Figure 21 - Situation vis-à-vis de la santé mentale au sein des publics féminins des CAARUD et des CSAPA



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 4,9 % des usagères seraient concernées par des symptômes schizophréniques selon le codage des enquêteur·rices.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

J'ai ensuite créé un score de problème de santé mentale avec l'ensemble des variables qui se rapportent à ce sujet. J'ai choisi de créer un score car cela peut être considéré comme une forme de mesure de l'inégalité :

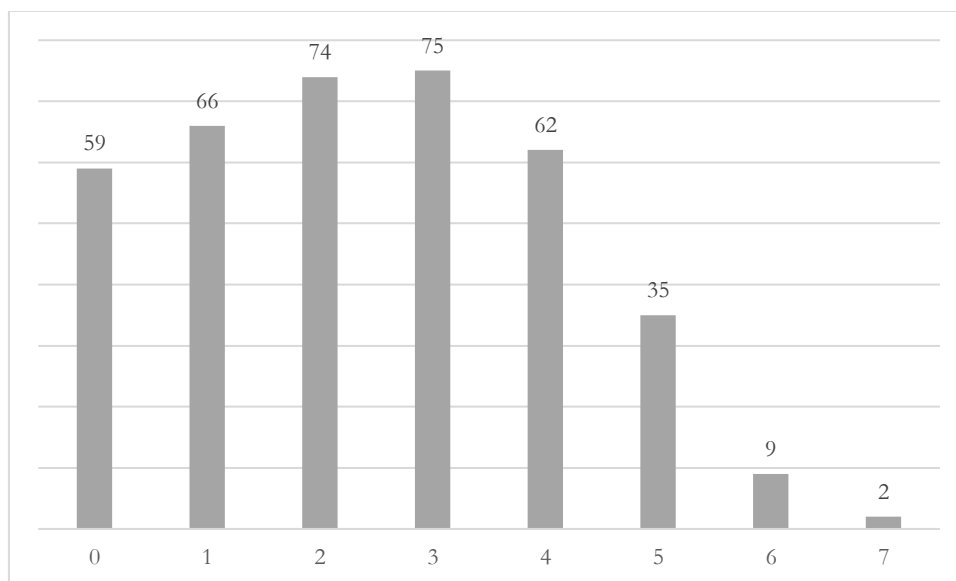
« la souffrance psychique pourrait être intégrée dans une mesure de l'inégalité. Cette question se pose d'autant plus que la souffrance psychique est devenue l'objet d'une attention toute particulière depuis quelques années, à propos de l'exclusion et de la précarité. Elle serait à la fois le produit des situations d'exclusion, contribuerait à renforcer la précarité et serait à l'origine de troubles psychologiques et somatiques. » (Aiach, 2000 : 86)

Ce score¹⁵⁷ allant de 0 à 7 correspond à un gradient allant des personnes qui ne déclarent aucun problème de santé mentale à celles qui déclarent un état de détresse psychologique

¹⁵⁷ La construction de ce score soulève plusieurs limites qu'il est préférable d'avoir en tête. Premièrement il inclue des variables liées à l'état de santé (suicide, déprim) et des variables de recours aux psys (servpbpsy1, hoppsy), ce qui est différent. Ensuite, il inclue des variables sur l'état de santé actuel (déprim, suicidemois1, enq_schiz, pens_mort1) et sur l'état de santé passé (suicide1). Au-delà du choix et de la contrainte des variables, quantifier ou

conséquent, à partir des variables précédemment présentées (figure 22). La distribution du score (en effectifs) montre un score croissant de 0 à 3, qui décroît ensuite à partir de 4, pour arriver finalement à une dizaine de personnes concernées par les scores 6 et 7. Ce score, croisé aux *clusters* de la CAH, permet de faire apparaître des états de santé mentale divers au sein des différents groupes du public féminin des CAARUD et des CSAPA.

Figure 22 - Distribution du score de santé mentale (en effectifs)



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 59 usagères ne déclarent aucun trouble de santé mentale.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

mesurer l'état de santé mentale soulève des problèmes méthodologiques puisque l'instrument de mesure ne « permet le contrôle de la réalité du trouble ou de la maladie déclarée » (Leclerc *et al.*, 2008 : 88). La difficulté repose aussi sur la désirabilité des réponses des enquêtées, il existe « un lien statistique fort et positif entre déclarations d'événements malheureux survenus dans l'enfance et déclarations de maladies lors d'enquêtes faites sur la santé » (*Ibid.*).

Tableau 22 - Tri croisé : score de santé et mentale et *clusters* de la CAH

	Score	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Total	p-value
Pas ou peu de problèmes psychologiques	0	16	7,7	15,4	18,9	15,4	<0,5
	1	19,8	7,7	17,3	20,3	17,2	
	2	22,6	12,8	17,3	22,3	19,8	
Difficultés modérées à importantes	3	18,9	23,1	25,0	16,2	19,5	
	4	13,2	24,4	13,5	14,9	16,1	
Détresse psychologique	5	6,6	20,5	9,6	4,7	9,1	
	6	2,8	2,6	1,9	2	2,3	
	7	0	1,3	0	0,7	0,5	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : Dans la classe n°1, 16 % des femmes n'ont déclaré aucun problème de santé mentale.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Au vu de la répartition des effectifs, il est possible de considérer qu'un score de 0 à 2 correspond à pas ou très peu de problèmes psychologiques ; qu'un score de 3 à 4 correspond à des difficultés modérées à importantes ; qu'un score de 5 à 7 correspond à une détresse psychologique¹⁵⁸. Le tableau 22 montre que le premier groupe (alcool et cannabis) est plutôt préservé psychologiquement, puisqu'il y a une forte proportion de personnes sans détresse (58,4 % pour les scores 0 à 2) et relativement peu de scores élevés, seulement 9,4 % au-dessus de 4. Le premier *cluster* est un groupe relativement stable psychologiquement. En revanche le deuxième groupe (médicaments) est l'inverse du premier *cluster*, puisqu'il est le plus concerné par une détresse psychologique marquée. Il y a dans ce *cluster* une proportion très faible de scores faibles (score 0 = 7,7 %, score 1 = 7,7 %). Près de la moitié des individus (46,2 %) ont des scores de 4 ou plus, dont 20,5 % à 5 (un pic net). C'est le groupe le plus en souffrance psychique. Dans le troisième groupe (héroïne), on observe une détresse plus diffuse, mais visible. Les résultats sont moins extrêmes que le *cluster* 2 (médicaments), mais 48,1 % des individus ont un score plus grand ou égal à 3. Il y a un équilibre entre les usagères entre 0 et 2 et le reste. C'est un groupe intermédiaire. Enfin, on aurait pu s'attendre à ce que les usagères de la dernière classe (crack) soient nombreuses à avoir des hauts scores au vu de leurs conditions de vie et de leur précarité, mais ce n'est pas le cas puisqu'il y a une forte proportion de scores bas (0 à 2 = 61,5 %). Le dernier *cluster* (crack) a une bonne santé mentale apparente pour la majorité, même s'il y a quelques cas extrêmes (score 7). Les recherches sur les inégalités de santé montrent que les inégalités « traversent l'ensemble de la population française en un continuum qui, pour un très

¹⁵⁸ Il est important de noter que le test du khi-deux montre une faible corrélation entre les deux variables.

grand nombre de maladies, suit la hiérarchie sociale au sein même de la population socialement intégrée » (Leclerc *et al.*, 2008 : 8). Concernant la santé mentale, les travaux ont largement documenté la corrélation avec la pauvreté (*Ibid.* : 135). En effet :

« L'existence d'une relation entre classe sociale et trouble mental est un des résultats les plus cohérents de la recherche en psychiatrie. [...] Près d'un siècle plus tard (1999), une étude de l'école de Chicago, qui joue un rôle majeur dans la sociologie américaine, montre que le pourcentage de schizophrènes hospitalisés à Chicago diminue graduellement des quartiers les plus pauvres aux quartiers les plus riches [Faris et Dunham, 1939]. Dans les décennies qui suivent, des résultats similaires viendront confirmer ces travaux et montreront aussi un lien entre métiers en bas de l'échelle sociale et maladie mentale. Il semblera vite acquis, sur la base d'une centaine d'enquêtes européennes et nord-américaines largement concordantes, que la psychopathologie se concentre le plus souvent dans les milieux sociaux défavorisés [Dohrenwend et alii, 1980 ; Ortega et Corzine, 1990], notamment pour les psychoses, les « personnalités antisociales », les troubles liés à l'usage de substances psychotropes licites et illicites et, enfin, particulièrement pour les femmes, la dépression [Dohrenwend et alii, 1980] » (Lovell, 2000).

Dans la population usagère, ce n'est pas le cas puisque si les usagères du *cluster* 1 (alcool et cannabis) semblent préservées des problèmes de santé mentale déclarés, c'est aussi le cas des usagères du *cluster* 4 (crack). Aussi, ce sont les usagères du deuxième groupe (médicaments), qui semblent avoir les états de santé mentale les plus préoccupants. En effet, il est possible de faire l'hypothèse que ces usagères (de médicaments, mais souvent concernées par des usages d'héroïne et de cocaïne dans le passé) sont plus enclines à déclarer des problèmes de santé mentale, en lien avec de long parcours de prise en charge médico-psycho-sociaux. Plusieurs interprétations sont possibles, il est possible par exemple de mobiliser une interprétation socioculturelle vis-à-vis du tabou de la santé mentale peut-être plus présent dans certaines tranches de populations. Aussi, il faut penser que toutes ces femmes appartiennent majoritairement au bas de l'échelle sociale et sont issues de milieux sociaux défavorisés ; elles sont en fait souvent déjà toutes concernées par les problèmes de santé mentale et il est difficile de distinguer un gradient de santé mentale entre des femmes pauvres et des femmes très pauvres. Aussi, les femmes sont beaucoup plus concernées par les problèmes de santé mentale, notamment les dépressions que les hommes (*Ibid.*).

Conclusion du chapitre

Si la sous-représentation et l'invisibilité des femmes dans le secteur médicosocial de l'addiction peuvent donner l'illusion d'une certaine homogénéité, l'analyse met au contraire en évidence une forte diversité de profils parmi les usagères de CAARUD et de CSAPA. Cette hétérogénéité se manifeste tant dans les types de consommation de drogues que dans les situations de précarité ou encore dans les modalités de recours aux prestations institutionnelles. Elle ne peut pas être comprise comme une simple stratification hiérarchisée allant des usagères les plus stables à celles les plus précaires et marginalisées : il s'agit plutôt de groupes distincts appartenant à un continuum, vivant des expériences différenciées et confrontés à des problématiques spécifiques. Ainsi, les troubles de santé mentale concernent principalement les usagères d'héroïne et de médicaments (*cluster* 2 et 3), tandis que l'infection par le VIH touche presque exclusivement les femmes désaffiliées consommatrices de crack (*cluster* 4).

Le continuum de précarité conserve une pertinence lorsqu'il s'agit du recours aux traitements de l'addiction : plus les usagères disposent de ressources, et notamment d'un diplôme, d'un logement, de liens sociaux, plus elles ont de probabilité d'accéder aux services de soin. Cette articulation entre conditions socio-économiques et recours aux soins a été soulignée par de nombreux travaux en sociologie de la santé, qui montrent que les groupes sociaux les plus défavorisés cumulent à la fois un état de santé dégradé, un recours moins fréquent aux soins et des prises en charge de moindre qualité (Lombrail, 2000 ; Rode, 2010).

En somme, les groupes d'usagères ne sont pas confrontés aux mêmes expériences ni aux mêmes besoins, même si les frontières entre eux demeurent poreuses. Certains parcours témoignent en effet de circulations d'un groupe à l'autre, notamment lors de transferts d'usage, comme le passage de l'héroïne aux médicaments ou de l'alcool au crack.

Ce chapitre a mis en évidence l'hétérogénéité des publics féminins des CAARUD et des CSAPA, à travers différentes variables sociales, logiques de consommation et modalités de recours, conduisant à une typologie différenciée des profils. Cependant, ces profils ne peuvent être appréhendés de façon autonome : ils prennent sens dans un environnement institutionnel, territorial et relationnel qui façonne les possibilités d'accès, oriente les parcours et influe sur les expériences même du recours. Autrement dit, les figures décrites ici sont indissociables des configurations sociales et institutionnelles dans lesquelles elles se déploient. Le chapitre 4 se consacre ainsi à l'analyse de ces conditions externes (territoriales, bureaucratiques et relationnelles) qui rendent les recours possibles, impossibles ou différenciés.

Chapitre 4. Des recours encadrés : territoires, institutions et acteur·rices intermédiaires

« Estelle : *Et ici, tu as connu comment ?*

Ava : *Grâce à ma copine [prénom de son amie], ouais, du coup bah elle elle a commencé puis après je lui dis bah test, puis au final comme ça c'est plutôt bien passé, bah je suis venue m'inscrire. »*

[Ava, CAARUD, Île-de-France]

« Estelle : *Comment t'as connu [le CAARUD] ?*

Paulette : *Bah par rapport à mes amis qui fument, des amis. C'est eux qui m'ont orienté. »*

[Paulette, CAARUD, Guyane]

Résumé du chapitre

Le chapitre précédent a mis en évidence les propriétés sociales des usagères et leurs parcours de recours, influencés principalement par les consommations de drogues et les conditions de vie. Ce chapitre porte sur différentes dimensions macro et mésosociologiques du recours des usagères aux CAARUD et aux CSAPA, apparues comme particulièrement pertinentes dans l'enquête. Je traite dans un premier temps des logiques territoriales et institutionnelles qui façonnent le recours telles que la distance géographique et symbolique qui sépare les usagères des institutions ou encore les discordances de temporalités entre les institutions et les usagères (section 1). La seconde dimension, explore, à un niveau mésosociologique, les expériences des usagères avec des individus appelé des « acteur·rices intermédiaires » tels que les professionnel·les de santé, les travailleur·ses du social ou les proches (famille, couple). Ces dernier·es composent l'environnement des usagères, et peuvent entraver ou à l'inverse faciliter leurs recours aux CAARUD et aux CSAPA (section 2).

Introduction du chapitre

Les figures du recours, telles qu’objectivées précédemment, ne prennent pleinement sens qu’en les resituant dans l’espace des possibles structuré par les institutions, les territoires et les acteur·rices intermédiaires du recours. Quelles sont les configurations territoriales, institutionnelles et relationnelles qui rendent possibles – ou non – le recours des femmes aux institutions ? Qu’est-ce qui contribue à l’éloignement ou au rapprochement (spatial et symbolique) des usagères aux prestations des CAARUD et des CSAPA ?

En 2005, Tim Rhodes et ses collègues définissent « l’environnement du risque » comme un des déterminants les plus importants dans la transmission et la prévention du VIH chez les usager·es de drogues injecteur·rices. Les auteurs définissent l’environnement du risque comme :

« L’espace – qu’il soit social ou physique – dans lequel interagissent divers facteurs exogènes à l’individu qui augmentent la probabilité de transmission du VIH (Rhodes, 2002 ; Singer, 1994 ; Barnett & Whiteside, 1999) [...] Les facteurs environnementaux peuvent constituer des obstacles ou, au contraire, des facilitateurs, directs ou indirects, des comportements individuels en matière de prévention ou de risque VIH. [...] Les données issues de recherche ethnographiques et qualitatives montrent clairement que les facteurs de niveau micro, méso et macro sont inséparables (Singer, 1997 ; Bourgois, Lettiere & Quesada, 1997). L’environnement du risque est le produit d’interactions complexes¹⁵⁹. » (Rhodes *et al.*, 2005).

Cet environnement du risque est façonné par des enjeux macro, méso et microsociaux. Rhodes et ses collègues, dressent une liste extensive des différents facteurs qui composent l’environnement du risque en ce qui concerne la transmission et la prévention du VIH par injection : « Le commerce licite et illicite transfrontalier et les liaisons de transport ; les mouvements et mélanges de populations ; la précarité et les désavantages urbains ou de quartier ; les environnements spécifiques d’injection (notamment les “*shooting galleries*” et les prisons) ; le rôle des groupes de pairs et des réseaux sociaux ; la pertinence du “capital social” à l’échelle des réseaux, des communautés et des quartiers ; le rôle du changement macrosocial et des transitions politiques ou économiques ; les inégalités politiques, sociales et économiques liées à l’ethnicité, au genre et à la sexualité ; le rôle de la stigmatisation sociale et de la discrimination dans la reproduction des inégalités et de la vulnérabilité ; le rôle des politiques, des lois et du maintien de l’ordre ; et le rôle des situations d’urgence complexes telles que les conflits armés et les catastrophes naturelles.¹⁶⁰ » (Rhodes *et al.*, 2005). Je considère par analogie à l’environnement du

¹⁵⁹ Traduction personnelle.

¹⁶⁰ Traduction personnelle.

risque qu'il existe un « environnement du recours »¹⁶¹. Si comme pour la transmission du VIH, on peut considérer que de multiples facteurs peuvent influencer le recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA, je ne prétends pas ici couvrir l'ensemble de ces dimensions. Je me concentre principalement sur des contraintes institutionnelles et territoriales dans les systèmes de soins, sociaux et sanitaires, francilien et guyanais. Il s'agit de préciser les contraintes auxquelles font face les usagères dans les deux territoires, en particulier la distance géographique, la densité institutionnelle et la distance symbolique aux institutions (section 1). Les travaux de recherche montrent que ces éléments ont un impact sur les recours des individus aux institutions de santé (Parizot, 1998). Au-delà de l'organisation du système médicosocial, les recours des femmes sont aussi structurés par des acteur·rices pivot : les professionnel·les de santé, les représentant·es du système judiciaire, les membres de la famille, les ami·es et conjoint (proches) ainsi que les usager·es des institutions. Dans l'analyse proposée, ces acteur·rices peuvent être à la fois des administrateur·rices du recours, des aidant·es du recours, ou bien des figures qui le contraignent (en refusant, disqualifiant ou en entravant la prise en charge des usagères) (section 2).

1. Les contraintes institutionnelles et territoriales du recours

1.1 Système et organisation médicosociale

Partant du constat que le non-recours aux soins est également lié à l'organisation du système médicosocial, il apparaît nécessaire de situer les contextes dans lesquels s'inscrivent les recours des usagères aux CAARUD et aux CSAPA. L'analyse porte en particulier sur l'organisation du système médicosocial, la densité institutionnelle et les mobilités spatiales des usagères dans les régions guyanaise et francilienne. Des auteur·rices ont mis en évidence « l'importance de l'échelon territorial local dans l'analyse » puisque le territoire est « un échelon concret de repérage des manques [...] mais aussi un espace d'initiatives de concertation et de mise en œuvre » (Schweyer *et al.*, 2022). Il convient dès lors, en étudiant les deux régions, de ne pas tomber dans l'analyse d'une simple opposition binaire (carences en Guyane, ressources en Île-de-France). Je propose d'analyser les territoires pour ce qu'ils révèlent des conditions de possibilité du recours dans des espaces institutionnels différenciés. Le territoire est envisagé

¹⁶¹ Entendu comme une simple extension de l'environnement du risque. Il inclue les obstacles mais aussi les opportunités. L'environnement du recours comprend les différentes dimensions de l'environnement du risque, à cela s'ajoute l'accès aux soins de santé. Toutes ces dimensions ne sont pas étudiées ici.

comme une configuration d'opportunités et de contraintes et pas comme un simple lieu de vie. J'aborde ainsi trois points concernant le système et l'organisation médicosociale et ses impacts sur le recours des usagères : la distance géographique qui sépare les usagères guyanaises et franciliennes des institutions ; la saturation du système guyanais et les défaillances institutionnelles que cela implique en particulier du point de vue de l'hébergement et des hôpitaux ; les potentielles mobilités spatiales que la distance géographique et la saturation des institutions induisent (en Guyane). Pour décrire ces trois points, j'adopte le point de vue des professionnel·les (et donc « le point de vue de l'institution » (Beaud et Weber, 2010 : 241)) et celui des usagères.

Distance et proximité géographique dans l'accès aux institutions

Le recours nécessite tout d'abord pour l'usagère d'être en capacité de s'y rendre physiquement. Antoine Rode, qui consacre sa thèse au non-recours aux soins des populations en situation de précarité déclare :

« La compréhension du non-recours aux soins repose en premier lieu sur l'analyse des caractéristiques du système de soins, afin de tenir compte du contexte dans lequel ces situations prennent place. [...] La littérature et les débats publics sur l'accès aux soins ont identifié une règle principale. Elle concerne la distance géographique qui sépare l'offre de la demande soins. Lorsqu'elle est trop importante, elle pose des problèmes d'équité – chacun devant avoir le même accès au système de soins quelle que soit sa localisation sur le territoire français – et d'efficacité du système de soins. » (Rode, 2010 : 245).

Cet angle d'analyse croisant territoire et santé nourrit une discipline en particulier, la géographie de la santé qui étudie les disparités spatiales de santé et leurs déterminants. Trois questions clés la structurent : l'état de santé des populations, la localisation et la répartition de l'offre, et la variation géographique de la consommation de soin (*Ibid.*). La distance géographique dans l'accès aux soins rappelle une préoccupation gouvernementale et sociale très actuelle (mais pas nouvelle) autour des « déserts médicaux ». N'étant pas géographe de la santé, je me contente dans cette section de mettre en évidence les enjeux spatiaux du recours apparus dans les récits de vie des usagères. Les deux territoires étudiés connaissent des situations contrastées, je décline les situations différenciées entre les deux territoires, en commençant par la Guyane.

En Guyane, les disparités territoriales entre les communes du littoral et l'« intérieur » du territoire (dans la forêt) pose problème dans la prise en charge et le recours aux soins. Elles sont la conséquence des difficultés liées au déploiement de l'offre de soin sur ce territoire immense

et parfois peu accessible (Carde, 2011). La présence des institutions uniquement sur le littoral (principalement à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent du Maroni) a pour conséquence que certaines populations isolées (environ 20 %) n'ont pas accès à l'offre sanitaire et médicosociale¹⁶² (même si plus récemment des dispositifs mobiles au sein de communes isolées se sont développés) (*Ibid.*). Au-delà de la géographie du territoire, la population a des difficultés à parcourir cette immense région, puisqu'il n'y a pas de transports publics ou qu'ils sont dysfonctionnels. C'est d'ailleurs ce que m'indique une professionnelle de CAARUD lors d'une discussion :

« Sur la question de l'accès aux soins et aux structures, il y a aussi en jeu le manque de moyen de communication et le manque de transports. Toutes les structures sont sur le littoral, ce qui ne poserait pas trop de problèmes si le territoire était désenclavé, mais c'est pas le cas aujourd'hui. »
[Professionnelle, CAARUD, Guyane]

L'éloignement géographique des institutions de prise en charge longue (CSAPA ou CT¹⁶³) pose problème pour le recours ; il suppose des usagères qu'elles quittent leurs ancres familiaux et amicaux locaux, ce qui est bien souvent non-envisageable pour elles. La question s'est particulièrement posée dans les récits à propos de la CT pour femmes et enfants d'Awala-Yalimapo, et lors des discussions avec les professionnel·les des institutions. Une professionnelle explique notamment que la distance entre Saint-Laurent du Maroni et Awala-Yalimapo (57 km) est trop importante pour les usagères, ce qui est selon elle un obstacle :

« Le CSAPA ambulatoire se trouve à St Laurent, et la CT a été prévue à Awala-Yalimapo donc les femmes ne veulent pas y aller, ça fait trop loin et elles ont leur vie à St Laurent. »
[Professionnelle, CSAPA, Guyane]

On retrouve cet enjeu également dans les discours des usagères. Si Cassandra a pu s'inscrire dans une prise en charge à l'hôpital puis en CT proche de chez elle, elle évoque tout de même les difficultés que cela aurait été pour elle de quitter son lieu d'habitation pour se rendre à la CT d'Awala-Yalimapo.

¹⁶² « 16 communes sur 22 à plus de 30 minutes d'un service d'urgences – Temps d'accès aux urgences à l'IRIS »
Source : RIL, ARS, Calculs Insee Guyane (2014).

¹⁶³ Les CAARUD ne sont pas concernés puisqu'ils proposent des accueils ponctuels sans engagement important de l'usagère si elle ne le souhaite pas.

Cassandra : Quand même, quand même. Après, il y a une structure pour les femmes à Awala. On m'avait proposé. J'aurais pas dit non si j'avais de la famille dans l'entourage, mais c'est très, très loin. J'ai pas de famille ni à Saint-Laurent, ni à Mana, ni à Awala, c'est très, très compliqué ! Donc je veux être là où c'est pas trop loin pour ma famille parce que j'ai quand même une famille qu'est soudée. [...]

Estelle : Si la communauté thérapeutique à Awala était pas si loin, tu penses que t'y serais allée ?

Cassandra : Ouais, je serais allée. Après, quand il y a uniquement que des femmes... ! Moi, faut que ce soit mélangé. Je travaillais dans un milieu où il y a beaucoup de femmes, c'est le bordel. C'est le bordel, c'est le chaos.

[Cassandra, 39 ans, CT, Guyane]

Cet extrait soulève des tensions entre des logiques institutionnelles et les réalités sociales et subjectives des usagères. La réticence de Cassandra vis-à-vis d'un entre-soi féminin est également intéressante car elle interroge les présupposés genrés de certaines institutions de soins. Aussi, Carmen considère que les conditions ne sont pas réunies pour qu'elle puisse fréquenter la CT d'Awala-Yalimapo, pour elle il s'agit à la fois d'un refus de la non-mixité de genre, d'un refus de l'éloignement et d'un refus de sortir du monde dans lequel elle gravite actuellement :

C'est ça, c'est ça. C'est là qu'on m'a parlé, en plus, c'est loin [Awala], non ça m'intéresse pas. Surtout pas, je préfère rester dans mes... [sous-entendu « mes habitudes »]

[Carmen, 49 ans, CAARUD, Guyane]

Ces extraits d'entretiens mettent en évidence la question de la distance géographique entre l'offre et le recours, en particulier à travers la communauté d'Awala-Yalimapo en Guyane. Il est difficile néanmoins de dire qu'il existe un lien entre l'éloignement géographique et le recours puisque les usagères, si elles déclarent ne pas vouloir s'éloigner, peuvent le faire parfois dans d'autres contextes. Raphaëlle, est guyanaise (née à Haïti), je la rencontre lors d'un évènement organisé par un conglomérat d'associations qui propose des services pour des personnes en situation de précarité. Raphaëlle est enceinte, elle n'a pas dormi depuis trois jours. Elle fume actuellement du crack, et est sans domicile mais peut dormir chez sa famille lorsqu'elle le souhaite. En situation de très grande précarité résidentielle, sociale et administrative, elle survit à ses besoins en volant ou en se prostituant. Elle est suivie par plusieurs associations, par une assistante sociale et par le service de psychiatrie de l'hôpital. Lorsqu'il est question d'être mobile pour modifier sa consommation de crack ou plus globalement pour « aller mieux », elle n'y voit pas de problème, c'est même selon elle l'unique moyen d'aller mieux.

Estelle : Est-ce que tu es en démarche pour améliorer un aspect de ta vie ?

Raphaëlle : La seule solution c'est de partir à [nom de l'association].

Estelle : C'est où ?

Raphaëlle : En métropole, à Lille peut être quelque chose comme ça. Tant que je resterai en Guyane, j'aurais beau aller ... Je changerai pas.

Estelle : Tu penses pas que tu pourrais te rétablir ici ?

Raphaëlle : Non, impossible.

[Raphaëlle, 30 ans, association de RdR, Guyane]

Dans le cas de Raphaëlle, la distance géographique peut être utilisée comme un levier : celle de se défaire d'un environnement perçu comme enfermant dans la consommation, ou dans ses habitudes. La mobilité spatiale peut devenir une stratégie de rétablissement (Condamine-Ducieux, 2023). On perçoit alors chez les usagères guyanaises, que les CT éloignées de Guyane ne suffisent pas pour elles, alors que l'idée de « partir en métropole » renvoie plutôt une forme d'espoir. On peut faire l'hypothèse qu'une forme de stigmatisation du territoire est présente chez les usagères. Ainsi la distance géographique en Guyane est dans certains discours un enjeu se rajoutant aux difficultés d'accès, et pour d'autres un moyen de quitter le territoire, dans les deux cas, l'enjeu reste la mobilité spatiale que certaines sont capables de faire et pas d'autres. À cela s'ajoute l'isolement territoriale de la Guyane, seule région européenne d'Amérique du Sud, à 8 heures d'avion de la France hexagonale. En Île-de-France, la question de la distance géographique dans le recours est apparue comme beaucoup moins centrale. En effet, la densité de l'offre médicosociale est très importante, de ce fait, les usagères n'ont pas besoin d'être mobile spatialement pour y recourir (ou en tout cas moins fortement que les usagères guyanaises dans mon enquête).

Des densités institutionnelles variables

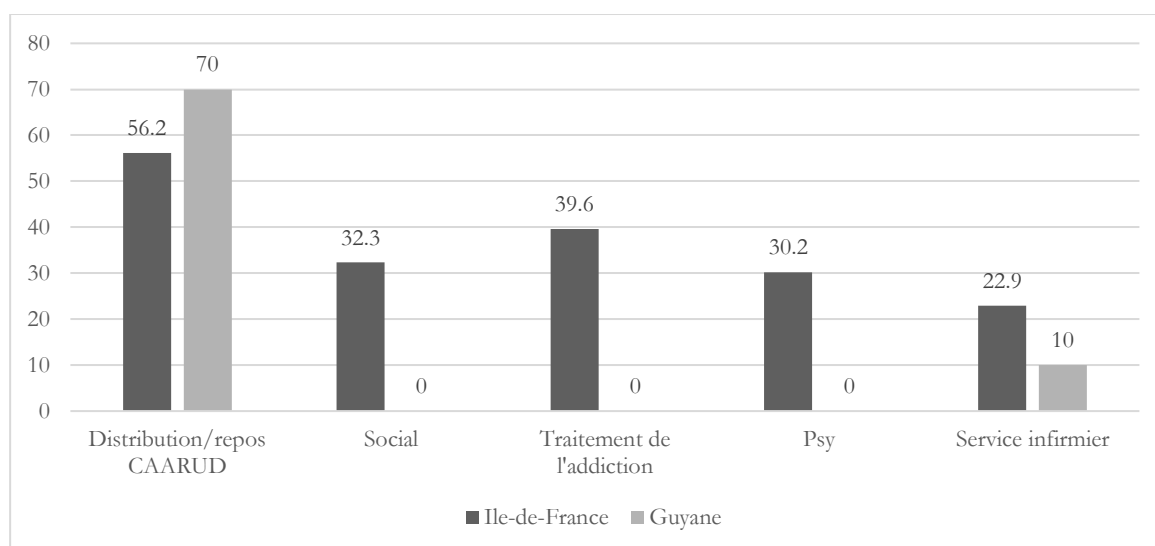
La densité institutionnelle¹⁶⁴ renvoie à ce qu'Antoine Rode décrit en parlant de la densité médicale : « Deux éléments peuvent être distingués derrière la catégorie “densité médicale”. Le premier, auquel il est le plus souvent fait référence, correspond à la distance physique, kilométrique, entre la demande et l'offre de soins. Le second, perçu à travers les entretiens, renvoie à la disponibilité de l'offre de soins vis-à-vis des demandes exprimées sur un territoire. »

¹⁶⁴ Je préfère parler de « densité institutionnelle » que de « densité médicale » car les CAARUD ne relève pas du médical mais du médicosocial. Les deux termes ont néanmoins la même signification.

(Rode, 2010 : 247). Cette densité est différente sur les deux territoires. Si toutes les prestations¹⁶⁵ des CAARUD et des CSAPA sont disponibles en Île-de-France, ce n'est pas le cas en Guyane, qui est moins bien dotée. Au-delà de la disponibilité des prestations selon les régions, les usagères guyanaises et franciliennes ne mobilisent pas les prestations de la même manière.

Les cinq prestations utilisées dans cette analyse réalisée à partir de l'enquête ANRS-Coquelicot (figure 23) sont proposées dans les deux régions. Cependant, on observe clairement que les usagères guyanaises fréquentent uniquement la distribution de pipe à crack en CAARUD, les espaces repos en CAARUD et les soins infirmier, alors que les franciliennes, fréquentent dans différentes proportions les cinq services. Le recours à l'accompagnement social, au traitement de l'addiction ou à la psychothérapie n'est pas uniquement lié à la disponibilité de fait de la prestation sur le territoire, mais aussi à son accessibilité.

Figure 23 - Recours des usagères franciliennes et guyanaises aux prestations proposées par les institutions médicosociales de l'addiction dans le dernier mois¹⁶⁶



Champ : Femmes franciliennes et guyanaises.

Effectif : Île-de-France : n=96 ; Guyane : n=20.

Lecture : 56,2 % de l'échantillon des femmes franciliennes ont accédé à la distribution de matériel ou à un espace repos en CAARUD, en comparaison 70 % des femmes guyanaises ont accédé à ce type de service.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

¹⁶⁵ Voir section 1 du chapitre 3 pour la liste des prestations des CAARUD et des CSAPA.

¹⁶⁶ La liste de tous les services est renseignée dans le chapitre 3, ainsi que la distribution statistique de leur fréquentation par les usagères en France avec et sans distinction régionale. Ce graphique ne renseigne que les services les plus fréquentés. Si en Île-de-France tous les services sont disponibles. En Guyane, à ma connaissance, les services suivants ne sont pas disponibles : envoi de matériel par la poste, accompagnement à l'injection, distribution de matériel d'injection dans un automate, distribution de pipe à crack dans un automate, narcotiques anonymes (ce service n'est pas évoqué sur mon terrain, mais je doute qu'il ne soit pas disponible, ne serait-ce qu'en visioconférence), salle de consommation à moindre risque (uniquement à Paris et Strasbourg).

En région francilienne, particulièrement à Paris mais aussi dans les autres départements, le nombre de CAARUD et de CSAPA est très conséquent, probablement en lien avec le nombre d'usager·es. Ce maillage institutionnel dense facilite la prise en charge des usagères pour différentes raisons : elles peuvent choisir l'institution qu'elles souhaitent ; si une institution leur déplaît, elles peuvent en changer ; elles peuvent être orientées d'une institution à une autre en fonction de leurs besoins (soin ambulatoire ou résidentiel, accompagnement social, hébergement, hôpitaux, cliniques spécialisées dont des cures et des postcures, etc.). L'organisation du système de soin est performante puisqu'il est très dense et peut répondre à des besoins larges si les bénéficiaires en font la demande. La meilleure couverture territoriale en termes de densité et de diversité des prestations des institutions est une condition importante de la prise en charge puisqu'elle rend l'offre de soin plus accessible. Cette diversité institutionnelle s'observe dans le cas d'Emma, qui fait « *sa petite syntaxe* » (*sic*) institutionnelle (elle fréquente plusieurs institutions et prestations en même temps, et les choisit) :

Estelle : En ce moment, tu fréquentes des structures de réduction des risques ou de soins ?

Emma : Oui, oui. Donc, il y a le [CAARUD parisien], comme tu sais qui m'a beaucoup aidée. J'étais, au départ, suivie par le CSAPA de [ville francilienne] avec qui j'ai eu un appartement thérapeutique. J'avais fait le transfert de [ville de province] sur celui-là. Ça s'est pas bien passé. Donc, je suis allée à [CAARUD parisien] avec [nom de l'association gestionnaire du CAARUD], qui s'est très bien passé. Après, je suis suivie à [nom d'un hôpital parisien], l'hôpital [nom d'un hôpital parisien], avec le docteur [prénom, nom], qui est mon psy et mon addicto. Là maintenant, je suis avec [ville francilienne 2]. Ils travaillent avec [nom de l'association gestionnaire du CAARUD] c'est [association 2], c'est le CSAPA [association 2] qui me loge.

Estelle : C'est quoi tes expériences à la fois avec le [CAARUD parisien] et [nom d'un hôpital parisien] ? Tu trouves que la prise en charge est adaptée ?

Emma : Ouais, ouais. Franchement, [CAARUD parisien] j'ai rien à dire. Vraiment, ils sont là, ils se donnent à fond. Vraiment, chapeau. [nom d'un hôpital parisien], pareil. [ville francilienne], c'est encore avec les guillemets. J'ai pas l'impression que... Peut-être qu'ils ont le truc pour l'appartement, mais des fois ils prennent pas en considération la fatigue ou la souffrance de la personne, les problèmes de la personne.

[...]

Estelle : Les professionnels de santé, ils arrivent à t'accompagner ?

Emma : En fait, j'ai du mal à leur faire confiance vu mon passé et l'enfance que j'ai eue, et les enfermements de force. Donc, je prends ce que j'aie à prendre, je fais ma petite syntaxe. Je fais et j'avance et j'avance, et j'avance. Je mets pas tous mes œufs dans le même panier. Là, j'ai mon addicto, il est à [nom d'un hôpital parisien]. Il est très bien à [nom d'un hôpital parisien]. Je garde

un petit coup sur [CAARUD parisien] parce que c'est eux qui m'ont trouvée. À [ville francilienne], pour l'instant, tant que c'est pas acté parce que j'ai encore un mois, et ils jouent beaucoup avec ça. Ils m'angoissent un peu avec ça, donc j'attends. J'ai même pas défait trop les valises. J'ai rien défait. J'attends.

Estelle : Ils attendent quoi ?

Emma : Parce que j'ai plein de rendez-vous.

Estelle : Tu dois attendre un mois avant qu'ils t'attribuent le logement, c'est ça ?

Emma : Qu'ils m'attribuent réellement le logement.

Estelle : Qu'est-ce qu'ils demandent en fait ?

Emma : Que je sois assidue aux rendez-vous.

[Emma, 39 ans, CAARUD, Île-de-France]

On observe ici la pluralité des institutions mobilisées par Emma, et un système fragmenté mais aussi flexible où les usagères doivent négocier et gérer plusieurs relations institutionnelles à la fois. Imène, que je rencontre dans un CSAPA parisien (qui fait aussi CAARUD), explique choisir une institution à l'inverse d'une autre en fonction des publics qui y sont accueillis.

Estelle : En ce moment, vous allez dans quel type de centre ?

Imène : Ici, après je vais de temps en temps à... Comment il s'appelle celui-là ? Il y a un autre centre plus loin. Là, on est...

Estelle : Au CSAPA [nom du CSAPA]

Imène : C'est [nom du CSAPA] et là-bas, c'est [association de RdR et de lutte contre le VIH]. Après, je connais le centre qui est là-bas, c'est pour les jeunes. Je connais [nom de l'association pour jeune]. Je connais pas mal de trucs, ça va. Mais il y a des trucs que j'y vais pas, personnellement j'ai rien à faire là, j'ai rien à faire chez eux.

Estelle : Par rapport à quoi ?

Imène : Par rapport aux gens. Comme [nom de l'association pour jeune], j'irai pas.

Estelle : C'est le public qu'il y a là-bas qui vous déplaît ?

Imène : Il me déplaît. Là, ça passe. Là-bas, ça passe. Mais [nom de l'association pour jeune]... Quand ils me disent que les gens... Dès que je vois les gens dehors, déjà je les vois là-bas, ça me saoule. J'ai pas envie de les voir. Ah non, c'est des gens qui dorment dehors. Ah non, déjà, ils ont rien à faire là.

Estelle : Vous trouvez que c'est pas forcément les mêmes gens qui s'y rendent ?

Imène : Non. Ben non parce que chacun a son truc. Par exemple, comme les jeunes, le centre des jeunes, il y a que les jeunes qu'ils y vont. Moi, j'y vais mais de temps en temps. Moi, j'y vais

pas souvent là-bas. Mais là-bas, à [association de RdR et de lutte contre le VIH], quand on va là-bas, c'est les jeunes qui prennent des cachets. C'est plus toxico là-bas.

Estelle : Et ça vous convient mieux le public ?

Imène : Eux, ça va et ici, ça va.

Estelle : C'est quand la première fois que vous êtes allée dans un centre comme ça ?

Imène : C'est celui-là.

Estelle : C'était quand ?

Imène : C'est la première fois où je suis tombée SDF, je vous le dis franchement. C'est mes débuts que je suis arrivée sur Paris parce que je connaissais pas Paris. Comme je venais de [ville française], je me suis démerdée.

[Imène, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

Ce large choix a permis à Imène de développer ses connaissances sur les différentes institutions, ce qui lui permet de faire un choix plus éclairé en fonction de ses besoins : elle peut choisir l'institution ou la prestation et les publics qui y sont reçus en fonction de ce qui lui plait, les horaires, les professionnel·les etc. Les institutions se trouvent parfois dans les mêmes quartiers ou lorsque ce n'est pas le cas les usagères peuvent s'y rendre par les transports, il y a une accessibilité dans la région qui fait que les usagères ne sont pas bridées, comme cela peut être le cas en Guyane. Elles sont donc nombreuses à avoir fréquenté différents CAARUD et/ou CSAPA au cours de leurs parcours, on peut ainsi dire qu'en Île-de-France, « les acteurs sociaux s'appuient sur, et sont en mesure de mobiliser, des “champs d'expérience” institutionnels distincts. » (Buton, 2010). Certaines femmes comme Céline ont aussi pu bénéficier des nombreuses réunions organisées en Île-de-France par des groupes d'auto-support communautaire du type Narcotiques Anonymes (ce qui n'est pas le cas en Guyane, bien que les réunions puissent être suivies en visioconférence).

Céline : Ouais. Moi je vais revenir à... les réunions où je vais. Moi j'ai eu du service pendant plus d'un an en réunion femmes. [Nom du groupe d'auto-support], il y a des réunions mixtes, des réunions hommes et puis des réunions femmes. Et moi je sais que ça a été très important pour moi d'y aller pendant mon début de *clean*, en réunion femme.

[Céline, 34 ans, CSAPA, Île-de-France]

Au-delà de la multiplicité, il y a des institutions qui incluent des activités d'un CAARUD et d'un CSAPA. J'ai enquêté dans deux institutions qui étaient des CSAPA mais proposaient aussi un accueil collectif pour la réduction des risques et des collations. La double casquette de l'institution (soin et réduction des risques, avec accueil collectif) facilite la prise en charge des

usagères, surtout celles qui sont les plus désaffiliées et celles qui ne souhaitent pas entrer dans le soin mais qui souhaitent tout de même se rendre à l'accueil, discuter avec des professionnel·les ou prendre une collation. La création de liens avec les professionnel·les du travail social est une porte d'entrée importante vers le soin (Schmitt et Jauffret-Roustide, 2018). Ce lien de confiance se façonne des deux côtés : celui des professionnel·les et celui des usagères (*cf.* Emma) Les usagères peuvent recourir à l'institution petit à petit sans intention de soin ou de suivi, mais s'y engager ensuite comme dans le cas de Corine.

Corine : Même moi, ça va beaucoup mieux. Depuis quelques jours, j'ai accepté d'être inclus dans le programme ici. C'est vrai que de venir ici, ça va me permettre d'être moins à la rue, de moins penser à d'autres choses. Ça a fait une coupure qui est bénéfique quand même.

Estelle : Vous venez tous les jours ici ?

Corine : En ce moment, je viens tous les jours. Je m'impose de venir tous les jours. [...] Ça a l'air de marcher parce qu'elles y sont apparemment depuis longtemps, je me suis renseignée. J'ai une amie, [prénom de son amie], elle a 66 ans, c'est une des anciennes de la rue [nom] et elle, elle connaissait depuis longtemps. C'est elle qui m'a emmenée là-bas. Elle m'a emmenée vite fait comme ça parce que j'ai eu beaucoup de mal. Elles sont venues me chercher plusieurs fois là-bas, mais j'ai jamais été. Du coup, il y a quelques jours, vendredi dernier, je venais de taxer un café dans une boulangerie et je sais pas pourquoi, ils m'ont emmenée jusque-là-bas. Je me suis rappelée du chemin, j'avais été qu'une fois. Je pense que, inconsciemment, ça a été bénéfique. Du coup, ça va mieux depuis quelques jours, grâce à elle aussi.

Estelle : C'est vrai que ça existe depuis longtemps [nom du CAARUD].

Corine : Mais je savais pas, je savais pas pour les chambres d'hôtel. Moi, je suis arrivée, j'étais tellement épuisée qu'ils ont fait un entretien vite fait parce que j'étais nouvelle. Quelques minutes après, je prends ma douche et on me dit : « on vous a trouvé une chambre d'hôtel ». Ça fait depuis que je suis dehors que j'ai pas eu un toit.

Estelle : En ce moment, vous allez à [nom du CSAPA] et un peu à [nom du CAARUD] ?

Corine : Voilà, j'ai fait les deux. Moi, je me connais, je savais qu'à un moment donné, je peux pas rester... Moi, si je reste dehors, avec tout ce qu'il y a, une femme comme moi, c'est pas possible. Et on arrêta pas de me le répéter et de me le dire. Par contre, moi j'étais un peu perdue dans tout ça, je sais pas par où commencer, je sais pas où aller, est-ce que je vais être assidue ? Tant que moi, je peux pas être assidue dans un truc, je vais pas y aller. Je vais y aller mais je vais le survoler, je vais pas rester. Quand on donne des choses comme ça, je trouve que les gens... Si je commence, il faut pas que je leur fasse perdre du temps. J'estime que, déjà, il y a des gens qui attendent et qui ont besoin. Et si moi, j'ai ce truc-là et que je fais n'importe quoi, c'est pas

honorable pour moi. Alors il fallait vraiment que je sois décidée. Et quand j'entame quelque chose, en général il faut que je tienne. Après, c'est bancal, c'est normal. Des gens comme nous, on peut pas..., mais bon, un minimum quoi. On vous accorde du temps, je m'accorde du temps, j'estime que moi, je dois le respect. C'est par là que ça passe aussi.

[Corine, 51 ans, CSAPA, Île-de-France]

Corine se rend dans le CSAPA depuis plusieurs années pour récupérer du matériel de consommation. Depuis qu'elle est sans abri, elle s'impose de venir tous les jours. C'est après réflexion et après avoir connu l'équipe qu'elle décide d'être incluse dans le programme du CSAPA, un programme de soin. Son recours aux soins est facilité par le fonctionnement CAARUD et CSAPA de l'institution qu'elle fréquente et potentiellement par les professionnel·les qu'elle y rencontrent. Cela diffère beaucoup avec les institutions qui ne font que de l'accompagnement de RdR ou que de l'accompagnement dans le soin comme en Guyane, même si toutes les institutions ne sont pas aussi segmentées. Les observations dans les institutions et les discussions avec les professionnel·les permettent aussi de mettre en évidence une coordination importante entre institutions en Île-de-France (hébergement, réduction des risques, soin, psychiatrie...), cela est permis par le fonctionnement, la diversité et la densité du tissu institutionnel francilien.

Finalement, en Île-de-France, la diversité de l'offre favorise un accompagnement plus flexible par les institutions et surtout par les usagères, qui choisissent où, quand et comment peut se dérouler la prise en charge.

Défaillances en Guyane : hôpital et hébergement

Il y a une multiplicité d'institutions et de prestations offertes en Île-de-France mentionnées dans les récits de vie des usagères qui multiplient les expériences institutionnelles en CAARUD et en CSAPA. Si ces institutions sont parfois cloisonnées, en termes de publics, le large choix permet à toutes les usagères de trouver l'institution qui leur plaise ou de changer si cela ne leur plaît pas. La situation est bien différente en Guyane, puisque les institutions sont bien moins nombreuses, il est donc difficile d'en fréquenter plusieurs. Les circulations sur le territoire, notamment autour de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent du Maroni, les trois grandes villes qui disposent d'institutions médicosociales de l'addiction, n'ont pas été évoqués dans les entretiens. Aucune usagère guyanaise n'a déclaré fréquenté plusieurs CAARUD ou plusieurs CSAPA, elles étaient toutes prises en charge par les institutions de la même ville. La multiplicité des expériences institutionnelles est beaucoup moins (voire pas) présente dans les récits de vie

guyanais en comparaison avec les récits de vie franciliens. Aussi, les récits de vie font plutôt émerger des défaillances institutionnelles. Celles-ci concernent principalement les institutions qui gravitent autour du secteur médicosocial et qui sont importantes dans le recours : le manque de places d'hébergement (le Samu Social uniquement peut en pourvoir) et le manque de place dans le service de psychiatrie-addictologie à l'hôpital de Cayenne. L'hébergement est, pour les publics les plus précaires la première étape de l'accompagnement, cela s'est notamment illustré avec le programme *housing first* né aux Etats-Unis en 1992 avec le psychologue Sam Tsemberis et l'organisation *Pathways to housing* (Girard *et al.*, 2010). Ce programme « repose sur l'idée d'une priorité donnée au logement pour les personnes sans-abri, même si elles abusent d'alcool ou de substances, au principe que le logement est un droit fondamental » (*Ibid.*). Il est à destination des personnes en situation de précarité concernées par des maladies mentales. En français le dispositif « Logement d'abord » ou « un chez-soi d'abord » repose sur la même idée, c'est-à-dire « faire accéder d'emblée à un domicile personnel en faisant le pari qu'elles [les personnes à la rue] y construiront leur insertion. » (Henckes, 2022). Si ce programme soulève des enjeux particuliers et qu'il est difficile d'évaluer son efficacité sur le sans-abrisme en France (*Ibid.*), Vincent Girard et ses collègues explicitent l'importance de ce dispositif « ce n'est pas seulement d'un toit dont ont besoin les personnes pour se rétablir et aller mieux, mais d'un "chez soi", intégré dans la cité, qui procure intimité, sécurité et stabilité... bref, un véritable logement comme tout un chacun, et pas seulement un hébergement ou un abri. » (Girard *et al.*, 2010). Si cette politique publique apparaît comme une « révolution consensuelle » (Henckes, 2022) admise et soutenue par les politiques, il existe des débats dans sa mise en œuvre. Toujours est-il que le logement, pour les usagers de l'enquête semble aussi primordial dans leurs recours à d'autres prestations de soins. Carmen et Joana, usagères gyanaises, expliquent clairement pourquoi, selon elles, une prise en charge n'est envisageable que si un hébergement leur est proposé. Elles sont toutes les deux consommatrices de crack et sans-abri.

Estelle : Ok. Et à quel moment tu t'es rendu compte que ta consommation, elle était un peu problématique ?

Carmen : Là, quand j'ai perdu ma maison. Là, j'ai senti que vraiment, y'a un truc qui va pas, mais...J'arrive pas à... Des fois, je me dis pourquoi je fume, moi ? J'aimerais bien, mais je me réveille bien, tant que j'ai pas un toit, je peux pas décider si j'arrête ou pas. [...] C'est vrai que c'est pas évident de s'en sortir, pour l'instant je suis pas prête, tant que je n'ai pas un toit. C'est-à-dire, un, là [hébergement anciennement géré par le CAARUD], c'est fermé. Tu n'as pas dormi toute la journée, tu te lèves à 5h du matin machin, tu vois ce que je veux dire ? Le Samu social, j'aimerais bien, j'ai passé trois mois là-bas, ça fait déjà 15 ans en arrière.

Estelle : C'était où ça ?

Carmen : Samu social. Mais je suis pas restée trop longtemps, puisqu'il y a tout le contrôle, et j'aime pas qu'on me surveille, y avait le COVID, c'était invivable. Peut-être je vais demander à y aller, tu vois. Mais je verrai ça après. Ils m'ont pas donné de réponse.

[Carmen, 48 ans, CAARUD, Guyane]

Joana : L'association, avec les gens dans la rue, c'est violent. Y'a toujours des disputes... T'as froid, t'as faim, c'est dur quoi, personne t'aide. T'es obligé d'aller voler ou bien les filles sont obligées d'aller faire la pute, y'a tout ça.

Estelle : T'as de l'aide en ce moment, ici par exemple ?

Joana : Ca me suffit pas parce que je veux une maison. Je veux une maison.

[Joana, 29 ans, CAARUD, Guyane]

À travers les cas de Carmen et Joana, on observe que le logement ne vient pas après le soin, mais en est une condition. Cela interroge les cadres normatifs de la prise en charge : on demande souvent aux personnes d'être « prêtes » pour engager un suivi, alors qu'elles n'ont pas les conditions minimales d'existence pour le faire. Il est possible de considérer cela comme une non-accessibilité structurelle et comme un non-recours aux soins subi. Une professionnelle de CAARUD m'explique d'ailleurs qu'au-delà de la carence en hébergement, il y a aussi une non-adaptation au public, notamment aux travailleuses du sexe qui exercent la nuit.

« La grande majorité de la population féminine travaille la nuit donc l'hébergement de nuit n'est pas adapté. Il faut des hébergements ouverts 24h/24, ou des lieux de repos dans lesquels les usagères peuvent se reposer, dormir. »

[Professionnelle, CAARUD, Guyane]

Il existe également des défaillances hospitalières, plus précisément un manque de place dans le service de psychiatrie-addictologie, ce point a été soulevé par les professionnel·les de trois institutions différentes.

« Par contre c'est sûr qu'il y a un manque de moyens en termes de ressources humaines. Il manque beaucoup de centre d'hébergement, il n'y a que 4 places à l'hôpital dans le service de sevrage. Il manque de lit, de prise en charge et de centre d'accueil de jour, de salle de repos par exemple. Les usagers n'ont pas d'endroit pour poser leurs affaires, il manque de consigne, en termes de sécurité c'est compliqué car tous les usagers se font voler leurs affaires. Donc il faudrait des espaces où ils pourraient se reposer et ne pas s'inquiéter pour leurs affaires. A

[quartier], il y a une femme, son mari est consommateur qui a improvisé un espace d'accueil pour les usagers. Ils peuvent se poser et dormir, et les usagers la payent. »

[Professionnelle, association de RdR, Guyane]

« Les liens entre psychiatrie et addictologie ne fonctionnent pas du tout bien, en tout, dans toute la Guyane, il doit y avoir un addicto [médecin], à l'hôpital de Cayenne. Il y a beaucoup de dysfonctionnements, par exemple au CHAR¹⁶⁷, avant ils avaient un service avec 12 lits, il est en reconstruction, aujourd'hui il y a plus que 4 lits pour faire une cure de désintoxication. En plus pour être pris dans cette cure, les critères sont très sélectifs. Les usagers veulent entrer en cure, mais il n'y a pas de place. La seule option pour eux c'est la communauté thérapeutique. Mais elle aussi est sélective. Il faut avoir des papiers et avoir moins de 60 ans. J'avais un usager de plus de 60 et il n'a pas pu rentrer. »

[Professionnelle, CAARUD, Guyane]

« Le service addicto à l'hôpital il est hébergé par un service de psychiatrie. Il y a 4 lits pour l'addicto. Les travaux vont durer 3-4 ans, et ça fait déjà 2 ans que ça dure. En plus l'équipe à l'hôpital n'est pas formée pour l'addicto et les patients ne sont pas à l'aise dans le service psy. Avant le service avait 12 lits. La cure de sevrage durait 15 jours. Pendant la cure, il n'y a pas d'atelier, pas d'éducation thérapeutique. L'accès à la cure est très sélectif : projet de l'usager, lettre de motivation etc. Avant dans le service, il y avait la différence entre sevrage complexe et sevrage simple mais ce n'est plus le cas maintenant. Les femmes refusent d'y aller. »

[Reconstruction d'une discussion collective pendant une réunion de l'équipe d'un CSAPA, Guyane]

Il est également question des critères sélectifs pour accéder aux institutions de soin. Pour intégrer une CT, il faut en effet répondre à plusieurs critères. Cela n'est pas propre aux CT guyanaise, mais au fonctionnement général des CT françaises. Langlois, Delile et Autès-Tréand développent une socio-histoire de ces institutions résidentielles à destination des usager·es de drogues qui souhaitent devenir abstinents·es, et qui sont accompagnés·es à long terme dans l'institution par des pairs. Les auteurs montrent que ces CT « ont débuté leur carrière sur le mode des institutions totales en développant un haut niveau de violence institutionnelle à l'encontre des reclus, puis ont connu des évolutions notoires qui montrent comment les institutions se sont détotalisées pour devenir des organisations hybrides tant du point de vue des moyens engagés que des finalités normatives poursuivies. » (Langlois *et al.*, 2023). Dans un premier temps, les personnes doivent être sevrées (souvent par le biais d'une cure de deux

¹⁶⁷ Centre hospitalier de Cayenne.

semaines à l'hôpital), les CT guyanaises souhaitent éviter les personnes qui ne pourraient pas gérer le manque (les professionnel·les disent que l'expérience ne leur serait pas bénéfique), d'autant plus que les CT sont très reculées et que les personnes ne pourraient pas aller consommer. Ensuite, les personnes doivent avoir entre 25 et 60 ans soit un âge qui permet de percevoir le RSA. Enfin, pour les personnes sans titre de séjour ou sans papiers d'identité, la seule condition est qu'elles aient initié des démarches administratives. Selon les professionnel·les, il s'agit de trois critères de sélection assez stricts, mais qui permettent aux CT de fonctionner et d'être efficace, il est possible tout de même de questionner en profondeur ces critères. La sélectivité des CT pose problème pour certain·es professionnel·les, en effet une professionnelle m'indique que les usager·es de son institution n'ont pas de papiers (ils et elles sont principalement brésilien·nes) et sont très peu nombreux·ses à percevoir le RSA. Cassandra a réussi à entrer en cure à l'hôpital, elle décrit son expérience et admet les difficultés qui existent pour y entrer, notamment lié à la motivation de l'usager·e à se sevrer.

Estelle : Vous lui en parlez et après, vous entamez des démarches pour rentrer à l'hôpital ?

Cassandra : Ouais

Estelle : Vous faites une cure de sevrage ?

Cassandra : Oui, deux ou trois semaines.

Estelle : Ça se passe bien à ce moment-là ?

Cassandra : Oui, très, très bien. Après, comme moi j'ai quand même une relation fusionnelle avec ma mère, c'était difficile aussi au niveau détachement.

Estelle : Vous avez vu personne pendant trois semaines ?

Cassandra : Je voyais ma mère mais les visites, c'était une fois par semaine. Le téléphone, t'avais pas le droit à ton téléphone. Le jour que tu rentres, le premier jour de l'hospitalisation, je pense que c'est à la deuxième semaine que tu peux appeler. C'était très, très compliqué. C'était assez strict. Là maintenant, le service d'addicto au centre hospitalier est en travaux, donc il y a l'autre service et le service est beaucoup plus... C'est un service libre.

Estelle : On m'a dit qu'il y avait pas beaucoup de lits, qu'il y avait que quatre lits.

Cassandra : Que quatre lits et franchement, il faut se battre pour l'avoir ! C'est pour ça qu'il y a des commissions, des trucs comme ça, pour voir si tu veux vraiment te sevrer.

Estelle : C'est après l'hôpital que vous décidez d'intégrer la communauté thérapeutique ?

Cassandra : Voilà.

[Cassandra, 39 ans, CT, Guyane]

Ces constats mettent en lumière des contrastes territoriaux. En Guyane, des défaillances institutionnelles marquées par une faible densité institutionnelle et une saturation du maillage

institutionnel, peuvent conduire à des difficultés de recours pour les usagères, notamment celles qui veulent engager une cure de sevrage à l'hôpital. À l'inverse, en Île-de-France, les usagères peuvent multiplier les guichets, choisir les institutions ou y renoncer si elles ne correspondent pas aux attendus. L'éloignement géographique entre un individu et le service médicosocial et les défaillances (saturation du système) nécessite ainsi des mobilités. Ces mobilités peuvent être spatiales, longues, coûteuses, mais elles peuvent aussi être plus « fine », notamment au travers de mobilité institutionnelle.

Se déplacer pour accéder : mobilités spatiales et institutionnelles

La distance géographique, le manque de médecins, le manque de place à l'hôpital ou dans les structures d'hébergement ont une conséquence : la mobilité des publics. Ces derniers doivent être mobiles pour accéder aux services ou aux médecins. Antoine Rode montre qu'il existe des freins matériels et psychologiques à la mobilité des personnes qui recourent aux soins (Rode, 2010). Dans l'enquête, ces mobilités peuvent être de plusieurs ordres. Tout d'abord, des mobilités spatiales qui concernent exclusivement les usagères guyanaises, ensuite, des mobilités institutionnelles plus fines qui concernent davantage les usagères franciliennes.

Les défaillances institutionnelles conduisent certaines personnes à quitter la Guyane pour initier ou continuer une prise en charge ailleurs, c'est la conséquence d'un système de santé guyanais sous doté, on parle ici de mobilité spatiale. En particulier, le manque de place en cure hospitalière ou le fait qu'il n'y ait pas de postcure en Guyane (après une cure de sevrage à l'hôpital) poussent certaines femmes (qui disposent de ressources) à partir en métropole ou aux Antilles. Ce sont des éléments qui m'ont été rapportés par plusieurs professionnel·les sociaux·ales ou de santé. Certain·es m'ont aussi informé du fait que des usager·es peuvent se rendre au Brésil pour entamer une cure de sevrage.

« Il y a des cures au Brésil tenues par des adventistes et des évangélistes, certains usagers guyanais y vont, mais ça convient pas forcément à tout le monde, c'est très strict, les usagers peuvent pas sortir, ils doivent être complètement abstinents. »

[Professionnelle, CAARUD, Guyane]

La possibilité d'aller au Brésil (même s'il s'agit d'une prise en charge particulière qui repose sur des préceptes religieux) montre comment des dynamiques transnationales viennent compenser les limites du système de soin français. Les mobilités thérapeutiques des usager·es de drogues aux Antilles, au Brésil et en Hexagone révèle des inégalités territoriales d'accès aux

soins (Kaspar *et al.*, 2019 ; Sakoyan, 2012 ; Servy, 2022), elles sont le signe d'insuffisances structurelles (manque de structures adaptées, délais d'accès aux soins, spécialisation insuffisante). A plus grande échelle, on peut faire l'hypothèse que ces mobilités sont le résultat de politiques publiques et de financements insuffisants pour développer un système de soin autonome en Guyane. La prise en charge des addictions est rendue possible par l'existence d'un cadre institutionnel, mais celui-ci est contraint par des logiques de territorialisation.

La Guyane est un territoire grand et dispersé qui requiert un accompagnement des publics spécifiques. Les carences institutionnelles – qu'il s'agisse de l'hébergement, de l'hôpital, mais aussi du manque de transports en commun ou du faible nombre de professionnel·les de santé – traduisent d'abord un décalage entre les cadres institutionnels définis au niveau national et leur mise en œuvre effective dans les territoires. Ce décalage révèle ensuite des inégalités substantielles et structurelles entre les institutions hexagonales et guyanaises. Enfin, à une échelle plus large, ces inégalités s'inscrivent dans l'histoire des rapports entre l'Hexagone et les Outre-mers, hérités de la colonisation. Le rapport qu'entretient la Guyane avec l'Hexagone est asymétrique (plus généralement entre les Outre-mers et l'Hexagone), cela s'explique en grande partie par le passé qui lie ces deux espaces : conquête coloniale au 17^e siècle, départementalisation en 1946, « laboratoire outremer » et situation actuelle de relégation sociales, économique et territoriale. Ces décalages ne sont pas uniquement le fait du champ sanitaire (transports, services publics, infrastructures), par exemple, il existe aussi des difficultés dans le champ de l'éducation dans la prise en compte à la fois des normes nationales et des déclinaisons locales en Guyane (Minfir, 2024). Ce constat est visible dans divers espaces de la vie publique. Malgré les carences institutionnelles et le décalage entre normes nationales et attentes locales, certaines usagères accèdent aux institutions, les conditions de la prise en charge ne sont donc pas uniquement macrosociales (voir chapitre 5).

En Île-de-France, les mobilités thérapeutiques ne sont pas évoquées de cette manière. En revanche certaines mobilités¹⁶⁸ ont lieu, notamment lorsque les usagères souhaitent changer de structures pour différentes raisons. On peut ainsi parler de « mobilités » institutionnelles plus fines : passage de structure en structure, stratégies de contournement, etc. La mobilité n'est pas la conséquence d'un manque institutionnel (comme c'est le cas en Guyane) mais d'un décalage entre le service rendu par l'institution et les attentes de la bénéficiaire. Ces mobilités institutionnelles peuvent s'apparenter à une forme élargie de coordination de soins, celle-ci « repose en grande partie, d'une part sur le patient ou sa famille (Ferrand, 2007, 2019 ; Blanchet, 2020), or les capacités à circuler dans le système de soins ne sont pas distribuées de manière

¹⁶⁸ Cela s'apparente à ce que l'on pourrait appeler des « micromobilités ».

homogène dans la population (Mariette et Pitti, 2021) et le report sur le patient de la coordination de son parcours est source d'inégalités, et, d'autre part, sur les modalités d'entente, souvent informelles entre les différents professionnels (Bergeron et Castel, 2010). » (Schweyer *et al.*, 2022). En effet, ce ne sont pas toutes les usagères qui peuvent circuler dans les institutions. La mobilité est un révélateur d'inégalités de rapports aux institutions. En effet, les usagères les plus mobiles qu'il s'agisse de mobilité spatiale ou institutionnelle sont aussi celles qui disposent le plus de ressources : économiques, sociales, familiales (bien que les mobilités spatiales nécessitent plus de ressource que les mobilités institutionnelles). Lorsque les mobilités ne sont pas envisageables, les usagères peuvent être en situation de non-recours permanent (abandon de soins) ou situation de non-recours temporaire (report de soin) (Warin, 2017 ; Rode, 2010).

Finalement, ces contraintes institutionnelles liés à la distance géographique et à la densité institutionnelle des territoires pèsent de manière différente chez les usagères guyanaises et franciliennes. Il y a un fort contraste entre les deux régions. En Île-de-France, l'accès aux institutions est facilité par un maillage territorial plus dense et des financements plus stables. La diversité des institutions et donc des prises en charge sont des conditions facilitantes dans la prise en charge des usagères, puisqu'elles peuvent choisir des prises en charge adaptées à leurs besoins (hospitalisation, ambulatoire, groupes de parole, etc.). On peut ici parler d'inégalités territoriales de santé, entendu comme un gradient entre le non-recours permanent et le recours. Ces inégalités sont visibles entre les deux régions, mais peuvent également s'observer à l'échelle du pays, d'une ville ou de quartiers voisins (Vaillant *et al.*, 2021). Ces dernières s'accroissent depuis les années 70 en France (*Ibid.*).

Au-delà de la dimension spatiale, le recours aux soins implique également pour les usagères de se confronter à des normes institutionnelles qui peuvent entrer en tension avec leurs modes de vie. Ce décalage produit une forme de distance symbolique vis-à-vis des institutions de prise en charge. Ainsi, il convient de distinguer proximité spatiale et proximité sociale : être situé à proximité géographique d'une institution de santé ne signifie pas nécessairement être en position d'y recourir, dès lors que subsistent des formes d'éloignement social et symbolique qui en limitent l'accessibilité effective.

1.2 Se plier aux normes institutionnelles et bureaucratiques

Recourir à une institution implique le fait d'être contraint·e à des règles et des normes (Lagroye et Offerlé, 2011). Cela est particulièrement le cas dans le champ de la santé et de la médecine : « Être malade aujourd'hui équivaut à entrer dans une des institutions les plus

importantes de notre société : la médecine. Institution instrumentale de diagnostics et de traitements, elle est devenue une institution donneuse de normes. » (Herzlich et Pierret, 1991 : 80-81, cité par Rode, 2020 : 19). La manière dont fonctionne l'institution peut conditionner favorablement ou défavorablement le recours : « le non-recours est le résultat de causes liées à l'individu, mais également à l'organisme et aux dispositifs délivrant des prestations sociales ou des services. Par ailleurs, plusieurs études empiriques ont pointé un ensemble de facteurs liés aux institutions, depuis les règles de droit et les dispositifs procéduraux conditionnant l'accès effectif aux droits, leur mode d'organisation et de fonctionnement, jusqu'aux pratiques des agents travaillant dans ces situations (Sayn, 2007 ; Siblot, 2003) » (Rode, 2010 : 202). Dans cette enquête, cela implique pour le ou la bénéficiaire de se plier à : des normes administratives ; des règles liées à la consommation de drogues (ne pas consommer) ; le contrôle de l'institution ; le rapport au temps, etc. : « l'accès évoque d'abord les obstacles matériels, les déficits de moyens, les chicanes bureaucratiques, les pratiques discriminatoires, notamment au guichet qui gênent la pleine jouissance de certains droits individuels : droits-liberté, droits-créances, droit de circuler, droits de la consommation, etc. » (Chauvière, 2007 : 103). Néanmoins, les recherches sur les institutions montrent qu'il n'existe pas de contrainte sans possibilité de contournement : les usagers élaborent des stratégies pour déroger aux règles et normes, et, ce faisant, elles contribuent également à transformer les institutions elles-mêmes. Dans cette perspective, Anselm Strauss (1992) souligne que les relations aux normes et valeurs relèvent davantage d'une « négociation » que d'une simple imposition. Sur ce point, on peut observer les mêmes dynamiques, quel que soit le territoire.

Discordance de temporalités entre les usagers et les institutions

La distance qui sépare les usagers des normes institutionnelles se déploie notamment dans les temporalités d'accueil et d'accompagnement. Vincent Dubois a bien montré, dans son étude sur les bénéficiaires des CAF, que cette distance ne se réduit pas à la seule « double distance » sociale et normative (Dubois, 2008), mais qu'elle s'exprime aussi à travers des dimensions relationnelles (réactivité, adaptation aux besoins), matérielles (fréquence des contacts, délais) et symboliques (manières de considérer l'utilité des institutions). Ces écarts prennent une acuité particulière lorsqu'ils se croisent avec le rapport au temps propre aux situations de précarité. Robert Castel a en effet souligné que la précarité ne se définit pas seulement comme un déficit de ressources mais aussi comme un rapport spécifique au temps : « pour maîtriser l'avenir, il faut une certaine stabilité du présent » (Castel, 2006, cité par Rode, 2010 : 252). Privées de cette

stabilité, les personnes vivent au jour le jour, ce qui rend la projection dans le futur et l'organisation des démarches beaucoup plus difficiles. Ce rapport au temps contribue aussi à éclairer la réception différenciée des campagnes de prévention : « les personnes les moins diplômées, les moins aisées ou en difficulté sur le marché de l'emploi vivent davantage ancrées dans le présent, et expriment plus volontiers leur indifférence, leur méfiance, voire leur hostilité à l'égard des campagnes de prévention » (Tarantini *et al.*, 2014). C'est précisément à ce niveau que les temporalités institutionnelles (par exemple la longueur d'un délai avant un rendez-vous médical ou social) deviennent un obstacle concret au recours aux soins ou aux droits. Les décalages entre les rythmes institutionnels et ceux de la vie quotidienne en situation de précarité traduisent ainsi une discordance de temporalités. À ces travaux fondateurs sur le rapport au temps en situation de précarité, il convient d'ajouter une dimension transversale : celle du genre. Les inégalités de répartition des tâches domestiques et parentales, documentées par la sociologie du travail et de la famille (Bessin et Gaudart, 2009 ; Brousse, 2015 ; Ganault, 2023), produisent une asymétrie forte dans la disponibilité temporelle. Les femmes, plus que les hommes, doivent composer avec un emploi du temps fragmenté et une charge mentale accrue, ce qui influe directement sur leurs possibilités de recours aux institutions et sur leur rapport au temps des dispositifs d'aide.

La discordance de temporalités entre les institutions et les bénéficiaires est également apparue dans mon enquête. Plus la précarité est grande, plus le rapport aux institutions tend à devenir distancié, méfiant ou discontinu, en fonction à la fois des expériences institutionnelles passées et du niveau de vulnérabilité sociale. Cette distance se manifeste de différentes manières : perception divergente de la dangerosité des drogues, appréciation contrastée d'une situation jugée critique par les professionnel·les mais supportable par les usagères, ou encore difficulté, fréquemment soulignée par les deux parties, à maintenir une assiduité régulière aux rendez-vous médicaux ou sociaux. Cela concerne les usagères franciliennes et guyanaises les plus précaires, comme Raphaëlle. Durant l'entretien, cette dernière me dit qu'elle souhaite être sérieuse dans les rendez-vous, on lui a déjà proposé d'intégrer la CT d'Awala-Yalimapo mais pour cela il est nécessaire d'enclencher des démarches administratives qui lui semble complexe, voire impossible.

Raphaëlle : Et ensuite faut pouvoir me trouver, j'ai jamais de téléphone, j'ai jamais de portable tout ça, j'suis à gauche, j'suis à droite, comme on dit des fois les rendez-vous sont comptés, ils ont pas que ça à faire les directeurs, si tu rates ouais... [...] A chaque fois je devais venir, mais comme j'vous dis, j'rate les rendez-vous.

[Raphaëlle, 30 ans, association de RdR, Guyane]

Si elle explique la difficulté qu'elle a à être assidue dans les rendez-vous par le fait qu'elle n'a pas de téléphone et qu'elle circule beaucoup (« *j'suis à gauche, j'suis à droite* »), cela n'empêche néanmoins pas complètement sa prise en charge puisque quand je la rencontre, elle fréquente une association pour personnes en situation de précarité, une autre pour les femmes victimes de violences et connaît le CSAPA de la ville.

En somme, la distance des usagères avec les normes bureaucratiques est commune au public des usagères des institutions médicosociales de l'addiction, le rapport crack en Île-de-France rapporte cet élément : « la majeure partie des usagers rencontrés a confirmé n'avoir pas la notion du temps et avoir perdu l'habitude d'un fonctionnement normal des procédures administratives classiques, marquées par des prises de rendez-vous, des attentes parfois longues et l'exigence de fournir des dossiers, au complet en bonne et due forme. [...] La dimension de l'adéquation de la bureaucratie aux besoins de prise en charge des personnes fragiles (usagers de drogues, sans domicile fixe) dans nos sociétés est abordée par Julien Damon dans son ouvrage "La question SDF" (2002) où il parle de "complexe bureaucratique-assistanciel". Même si le volet de la prise en charge notamment l'hébergement des usagers de crack obéit à des logiques administratives moins sophistiquées, il n'en demeure pas moins qu'une organisation trop rigide constitue un obstacle pour une part importante d'usagers de crack en raison de leur difficulté voire impossibilité pour certains à s'y conformer. » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Indépendamment du territoire, le "complexe bureaucratique-assistanciel" pour reprendre l'expression de Julien Damon concerne toutes les usagères des institutions en situation de précarité. La plupart d'entre elles, étant dans des consommations de drogues intensives qui laissent peu de place aux autres tâches comme l'indique Alba, une usagère francilienne consommatrice de crack, actuellement sans domicile et hébergée par une association dans une structure collective pour personnes consommatrices de drogues.

Estelle : Vous y êtes resté longtemps ?

Alba : Bah j'ai fait un sevrage là-bas de 7 à 10 jours à peu près, puis après j'y retournais de temps en temps mais des fois c'est difficile de se bouger, de faire des entretiens ou peu importe ce qu'on a à faire, avec ce crack on est bloqués, on a du mal à faire des entretiens, fin, à faire ce qu'on a à faire quoi.

[Alba, 43 ans, CSAPA, Île-de-France]

La distance à laquelle sont confrontées les usagères en situations de précarité est renforcée chez celles qui ont connu des parcours de migration qui ont un rapport aux institutions et à la bureaucratie française encore plus distant.

Renforcement de la distance par la migration

De nombreuses usagères rencontrées durant l'enquête ont des parcours migratoires divers et des régions d'origine variées. En Île-de-France, je rencontre une usagère rom (Jenica) et une usagère marocaine (Sabrina). En Guyane, je rencontre une usagère dominicaine (Carmen), deux usagères haïtiennes dont une arrivée en France lorsqu'elle était nouveau-née (Raphaëlle et Joana), deux usagères brésiliennes (Isabel et Silvia) et une usagère guyanaïenne (Alex). Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, 82,7 % des bénéficiaires sont française de naissance, 3,4 % sont françaises par acquisition ou réintégration, et 13,8 % des bénéficiaires sont de nationalité étrangère, soit 34 personnes (voir les tableaux 2 et 3 dans le chapitre 2). Les régions d'origine des usagères sont variées.

Il y a en Guyane une forte immigration des populations en provenance des pays environnants : Suriname, Haïti, Brésil (Charrier, 2017). Les étranger·es représentent 35,6 % des habitant·es en Guyane. Il s'agit du département français où le taux d'immigrés est le plus élevé (Temporal et Serges, 2014). On retrouve aussi sur le territoire des populations qui ont connu une migration plus contemporaine comme les Hmongs¹⁶⁹ ou les chinois·es. La migration est en particulier les difficultés administratives que rencontrent les usager·es migrant·es peuvent entraver leurs recours. La présence des personnes immigrées est majoritaire dans un des CAARUD guyanais enquêté, information que l'on peut retrouver dans le rapport 2021 du dit CAARUD concernant la population accueillie :

« La grande majorité est d'origine étrangère. Cette caractéristique est d'importance car cela oblige à recruter et/ou former des professionnels en capacité de parler plusieurs langues. Les cultures et les aspirations étant également différentes, il est important que les professionnels disposent des connaissances et/ou des informations suffisantes pour comprendre la mentalité de celles et ceux qu'ils accompagnent ; [...] Démunies, vivant en dessous des seuils minimaux, les personnes accompagnées par le service sont totalement désaffiliées. Nombreuses sont celles qui non pas

¹⁶⁹ L'installation des Hmongs en Guyane débute à la fin des années 1970, à la suite des guerres d'Indochine et du Vietnam. Après un passage par les camps de réfugiés en Thaïlande, la France relocalise environ 500 personnes en 1977 à Cacao, puis un second groupe en 1979 à Javouhey, dans l'Ouest guyanais. Aujourd'hui, la communauté est estimée à 2 000-3 000 personnes et joue un rôle central dans l'agriculture locale (maraîchage, cultures vivrières, élevage).

ou plus de documents officiels et ne disposent d'aucune couverture sociale. L'impératif consiste dès lors à redonner à ces personnes une existence administrative leur permettant, par la suite, l'accès aux services délivrés par l'Etat ; [...] Mal identifié, errant, précaire, vulnérable, ce public est aussi très volatil. Une personne peut, après de multiples attermoissements, s'engager finalement dans une dynamique d'accompagnement, donner aux professionnels le sentiment étayé de s'inscrire dans une forme de cheminement durable, puis, soudainement, disparaître ni plus ni moins du paysage et ne plus donner aucun signe de vie. Certaines personnes ne sont jamais revues tandis que d'autres réapparaissent du jour au lendemain après un mois, un trimestre voire une année d'absence. Parce que certaines ont été incarcérées, le service entretient une relation particulière avec l'administration pénitentiaire pour tâcher d'assurer un continuum d'accompagnement (visites régulières, entretien du lien, préparation à la sortie). »

Cet extrait met en évidence plusieurs dimensions qui structurent les difficultés d'accès aux soins et d'accompagnement. Tout d'abord, la diversité culturelle et linguistique constitue un défi pour les institutions (comme on peut l'observer en Île-de-France avec des publics russophones, indiens, pakistanais ou encore roms), qui nécessitent des médiations particulières. À cela s'ajoute une désaffiliation administrative et sociale, qui fragilise encore davantage les parcours déjà marqués par une forte volatilité et instabilité. Les institutions doivent ainsi composer avec des parcours discontinus, tout en assurant une continuité parfois construite en partenariat avec d'autres acteur·rices, notamment les institutions pénitentiaires. Enfin, le statut administratif des usager·es produit des formes différenciées d'accès aux services, engendrant une charge supplémentaire de rendez-vous et de démarches administratives pour les équipes médicosociales.

Si le statut administratif des usager·es ne pose pas d'importantes difficultés pour accéder au CAARUD cela pose plus de problème pour accéder aux institutions de soin. Pour accéder à une communauté thérapeutique, il faut obligatoirement avoir des papiers en règle ou avoir engagé des démarches administratives.

« Au CAARUD, il doit y avoir 90 % des usagers qui sont sans-papiers, ça pose problème pour entrer dans une CT. En plus, avant de rentrer en CT il faut avoir une prise en charge au CSAPA. Dans la CT, ils font un sevrage. »

[Professionnelle, CAARUD, Guyane]

Dans un autre rapport du CAARUD datant de 2020, on peut constater que les usager·es sont majoritairement de nationalité brésilienne, haïtienne, surinamienne et guyanienne (les dominicain·es sont moins nombreux·ses). Si les professionnel·les mettent en évidence les

difficultés pour les usager·es de recourir aux services publics lorsqu'ils et elles ne sont pas régularisé·es, cette problématique n'est pas mise en avant de la même manière par les usagères migrantes dans l'enquête. Dans le cas de Silvia, la régularisation est un enjeu prioritaire, mais pas pour des visées de soin. Elle ne fréquente d'ailleurs pas d'institutions médicosociales de l'addiction fixes, mais uniquement les services d'une maraude et du Samu Social.

Silvia : Oui au Brésil [incompréhension]. Mon garçon il a fait l'école ici [incompréhension], ma fille est au Brésil, c'est une amie à moi qui le garde pour moi, son père était en prison et moi j'ai des problèmes avec les papiers donc c'est une amie qui le garde pour moi.

[...]

Estelle : Ça fait combien de temps que tu es avec lui ?

Silvia : Ça fait 9 ans [incompréhension] mais le bon dieu va me sortir de ça [incompréhension]. J'ai fait la traduction de mon acte de naissance, quand j'ai ça après, j'ai plus qu'à sortir d'ici [incompréhension]. Le Samu social va rentrer en contact avec un centre pour moi. Pour ma sécurité. Je peux marcher dans la rue, pas venir m'agresser ou me menacer.

[...]

Estelle : En ce moment tu es en démarche pour améliorer un aspect ou un autre de ta vie ?

Silvia : Oui, le Samu social comme je t'ai parlé, mon acte de naissance demander à la préfecture pour les papiers, aller là-bas avec mon acte de naissance c'est le principal. C'est seulement ça [incompréhension] puis avoir de l'argent pour aller faire la traduction de mon acte de naissance en français, le principal c'est que j'aille là-bas avec mon acte de naissance, à Oiapock arranger tout ça.

[Silvia, 44 ans, association de RdR (maraude), Guyane]

Pour Silvia, obtenir ses papiers permettrait avant tout de sortir de sa relation conjugale violente, de quitter le lieu de vie dans lequel elle habite (avec ce compagnon qu'elle veut quitter), et d'envisager de revoir son fils et de s'en occuper. Il est possible de recouper cette idée avec celle mise en avant précédemment (page 17) de la nécessité d'un espace personnel sécurisant avant la projection possible dans le soin (obtenir des papiers permet d'acquérir un logement et permet ensuite une entrée possible dans le soin).

La régularisation administrative n'est pas abordée comme un moyen d'accéder aux soins mais comme un moyen prioritaire pour ouvrir l'accès aux droits sociaux fondamentaux. On voit aussi l'importance de ces difficultés administratives dans le parcours de Raphaëlle. Née à Haïti, arrivée en Guyane à 6 mois, elle n'avait pas de papiers jusqu'à sa majorité. Considérée comme apatride, elle n'a pas pu passer le baccalauréat, ce qui se relève être un événement particulièrement douloureux dans son parcours (elle aborde plusieurs fois cet élément en

entretien). En effet, Raphaëlle fait un lien entre ses difficultés à passer le bac et la première fois qu'elle a acheté de la cocaïne en poudre.

Raphaëlle : Je pouvais pas passer mon bac. C'était à cause des problèmes de pièce d'identité qui n'était pas à jour, j'étais une apatride. Ensuite on m'a dit que je pouvais le passer quand même avec mon carnet de liaison... [...]

Estelle : Comment t'as commencé le crack ?

Raphaëlle : Comme je vous dis, j'ai regardé à la télé... Quand j'ai eu ce problème avec l'examen du bac, on me demandait de faire pleins de démarches, aller en haut, en bas, ça m'a saoulé, je suis allé acheter du cannabis et j'ai demandé quelque chose de plus fort au dealer, il m'a dit qu'il y avait que de la poudre.

[Raphaëlle, 30 ans, association de RdR, Guyane]

On remarque aussi chez Carmen que les difficultés administratives n'empêchent tout de même pas une prise en charge hospitalière où elle a été suivie pour la naissance de son enfant mais aussi pour son cancer. S'il semble que sa non-régularisation n'entrave pas sa prise en charge, on remarque que cela prend une place importante pour elle qui dit vouloir régler ses problèmes administratifs avant d'entamer une nouvelle démarche de soin.

Estelle : Ok. Et est-ce que tu es en démarche en ce moment pour améliorer...

Carmen : Si. Si, avec eux, je suis en train d'essayer de faire quelque chose.

Estelle : Ok. Par rapport à quoi, du coup ?

Carmen : Mes documents, je n'ai pas de papiers, là. Déjà, je n'ai pas mon passeport dominicain, donc je ne peux pas avoir des...

Estelle : t'as pas de copie ?

Carmen : Si, j'ai la photocopie de l'extrait de naissance, il est très très ancien, et du coup, il faut que je paye pour faire mon extrait de naissance à St Domingue, l'association où j'irais demain matin pour voir si on peut m'aider à faire tout ça. Il faut des sous pour... A Saint-Domingue, il y a beaucoup de mystère, rien n'est gratuit. [...] J'ai continué. Il était pas nature, vrai, mais... J'suis restée... Y'avait l'espace bébé/maman à l'hôpital, qu'ils me laissaient renouveler, Je suis restée quelques jours avec eux là-bas, j'ai arrêté de fumer pendant 4 mois. J'étais en congé, par rapport au père de mon enfant qui me tapait dessus, enfin la totale quoi. [...]

Estelle : Donc, en ce moment, t'es en démarche pour les papiers. Et pour ta santé, du coup, là, tu me disais que t'avais pas envie de...

Carmen : Je vais retourner au traitement, je dois aller à l'hôpital, mais là, je m'occupe plutôt des papiers avant. Mais j'irai, j'irai à l'hôpital de jour, parce que j'avais déjà un rendez-vous, j'ai annulé,

parce que j'avais pas dormi au soir. C'était fatigué, mais j'irai, j'irai, parce que j'ai besoin de... quand même de... de voir mon médecin pour... voir mon psychologue.

[Carmen, 48 ans, CAARUD, Guyane]

Si les difficultés administratives apparaissent dans son discours comme une étape incontournable avant l'accès au soin, le rapport de Carmen à l'hôpital ne relève pas tant d'une « ambivalence » individuelle (comme a pu me le rapporter une professionnelle à son propos) que des conditions matérielles de la prise en charge. L'isolement, l'absence de lien social ou même l'absence de télévision dans sa chambre rendent le séjour difficilement supportable et expliquent qu'elle ait quitté l'hôpital à plusieurs reprises contre avis médical. Ses allers-retours entre institutions peuvent dès lors être compris non comme une instabilité personnelle, mais comme une stratégie d'adaptation caractéristique de parcours de vie marqués par la précarité. Son discours témoigne ainsi d'une gestion active de ressources limitées, dans un contexte de violences structurelles – administratives, conjugales et institutionnelles – et d'une tension constante entre des urgences concurrentes : régler ses papiers, prendre soin de sa santé, trouver refuge. Si le non-recours des usagères sans papiers ne s'explique pas uniquement en lien avec les problèmes administratifs, c'est un élément de plus qui peut les distancier du soin.

Les mécanismes de contrôle institutionnels

Ce qui apparaît commun aux rapports aux institutions des usagères franciliennes et guyanaises est la difficulté à composer avec les mécanismes de contrôle qui structurent l'offre de soins. Si la proximité avec les CAARUD ou certains CSAPA dits à bas-seuil favorise un premier accès, la relation aux institutions plus contraignantes se heurte aux exigences qui pèsent sur les usagères : tests urinaires, injonctions à l'abstinence, surveillance des consommations, régulation stricte des horaires ou encore conditions de vie résidentielle. Ces formes de contrôle, souvent vécues comme intrusives ou incompatibles avec leur quotidien, contribuent à instaurer une distance avec l'offre de soins. Plutôt qu'un simple « refus » de s'y soumettre, ces réactions peuvent être comprises comme le produit d'expériences accumulées de stigmatisation, d'injonctions, et plus largement de parcours marqués par la précarité. Dans ce contexte, les départs prématurés ou l'absence de recours prolongé traduisent moins une instabilité individuelle qu'une incompatibilité structurelle entre les règles institutionnelles et les conditions de vie des usagères. Paulette l'exprime ainsi à propos de son admission à l'hôpital pour une cure de sevrage, soulignant combien le cadre résidentiel lui semblait difficilement supportable.

Estelle : Et est-ce que tu vas dans d'autres centres ?

Paulette : Hein ? Des centres ? J'ai jamais été dans d'autres, j'étais allée seulement à [incompréhension]. Tu connais [incompréhension] ? A l'hôpital là ? Où est-ce qu'ils te mettent au *rehab* [cure de désintoxication] ? J'étais allée là mais j'ai sauté le mur 3 fois [rires]. Je montais en haut, j'étais en haut sur le toit en train... « elle est passée où encore ? », je suis en haut là, je regarde, je rigole, il m'a cherché tellement, j'ai sorti le mur, je suis partie. Après j'ai sauté dans la forêt, ils sont venus me chercher là [rires] encore. Ah j'ai fait des trucs bizarres hein ! En plus maintenant à cause de moi, le mur est devenu plus haut encore, c'est comme un mur de prison maintenant.

[Paulette, 34 ans, association de RdR, Guyane]

Estelle : Ah l'hôpital ?

Paulette : Mais oui !

Estelle : Je l'ai vu le mur, je l'ai trouvé très grand d'ailleurs.

Paulette : [rires] parce que je saute trop ! A chaque fois je saute le mur.

Estelle : Comment ça se fait que tu veux partir ?

Paulette : Bah j'en ai marre, je veux aller fumer moi ! Et boire !

Estelle : Mais si tu y vas c'est pour quoi ?

Paulette : Non mais à cette époque-là, j'étais plus jeune, j'étais un peu fou-fou dans la tête, mais là maintenant que je suis un peu grande, j'ai mes enfants qui ont grandi, ils ont tous grandi tu vois.

[Paulette, 34 ans, association de RdR, Guyane]

Là où les CAARUD permettent un accompagnement plus souple sans conditions qui facilite le lien avec les usager·es mais limite l'accompagnement au long cours, le CSAPA adopte plus souvent une prise en charge cadrée avec des exigences (assiduité, suivi médical, injonctions au sevrage). Pour la sociologue Silvia Rochet qui a réalisé une thèse sur les centres résidentiels en addictologie, ces contraintes sont nécessaires puisque le travail de ces institutions est justement de lutter contre les dispositions des usager·es (la consommation de drogues), leurs objectifs sont de transformer l'usager·e en un individu adulte, capable et responsable (Rochet, 2024). Ce contrôle est possible par les professionnel·les des institutions qui peuvent être considéré·es comme des « bureaucrates de contacts » (Lipsky, 1980) puisqu'ils sont en contact quotidien avec les usager·es et que leur position implique un « pouvoir discrétionnaire » qui « se déploie dans la mise en œuvre des politiques publiques (Watkins-Hayes, 2009 ; Erasmus, 20142), par des pratiques d'accélération ou de dissuasion d'une procédure, de transmission ou non

d'informations, d'application stricte ou non d'une politique (Spire, 2008 ; 2011). » (Paumier, 2023).

Cet extrait illustre la méfiance, la frustration, et le sentiment d'abandon des usagères face aux institutions censées les protéger. Ce témoignage met en lumière un réel vécu d'injustice et un déficit de confiance, ce qui rejoint la problématique des mécanismes de contrôle et des tensions institutionnelles.

Estelle : Est-ce que tu as déjà parlé à quelqu'un pour les violences que t'as subies ?

Alice : Non

Estelle : T'en as jamais eu trop le besoin ?

Alice : Ben non, c'est que, pour moi, ces gens-là sont incompetents. J'ai déjà porté plainte pour des violences, mais j'ai jamais eu de suites. Donc pour moi, ça sert strictement à rien. Là, j'ai porté plainte parce que je me suis fait violer, il y a combien de temps ? Je sais plus. Mais bref, il s'est passé le truc. J'ai appris qu'on pouvait porter plainte 10 ans après, qu'on a un délai de 10 ans. Moi, j'ai porté plainte il y a 4 mois et j'ai aucune nouvelle. Ils m'ont dit : « mais vous inquiétez pas Madame, ça va aller vite ». Mon cul, ouais. Ça va vite mon cul. »

[Alice, 25 ans, CSAPA, Île-de-France]

Les mécanismes de contrôle s'opèrent à différents niveaux, sont contraignants pour les usagères et peuvent créer des incompréhensions, voire de situations perçues comme injustes. Si cela est particulièrement visible chez les usagères très éloignées des normes institutionnelles, le plus souvent en situation de précarité, cela est également le cas chez les usagères plus stables socialement. La rencontre que je fais avec Léa, qui dispose d'un logement et est stable socialement apporte une autre forme de contrôle, celle du soupçon de l'institution envers ses bénéficiaires. Je réalise un entretien avec Léa dans un CSAPA francilien, elle est suivie pour son traitement de substitution aux opiacés à la méthadone. Quelques jours après l'entretien, Léa me téléphone pour me partager un « *souci anecdotique qui pourrait m'intéresser* ». Elle m'explique alors (retranscription *a posteriori*) :

Léa rapporte qu'au moment où elle débute sa prise en charge dans le CSAPA dans lequel l'entretien a lieu, au printemps, trois ans auparavant, des tests lui sont demandés en complément de la délivrance de sa méthadone. Cette pratique s'inscrit dans les procédures habituelles de suivi, visant à détecter d'éventuelles consommations de substances psychoactives, dans une optique de prévention des risques d'overdoses, de contrôle de l'observance du traitement, et de prévention de la revente de méthadone. Au début de son parcours, elle se rend quotidiennement au centre pour y recevoir son traitement. La médecin lui propose alors d'espacer les venues tous

les trois jours. Lorsqu'elle évoque cette modification Léa lui demande : « On ne fait pas de test finalement ? ». La médecin répond : « Si, pourquoi pas », et ce sont principalement les infirmières qui souhaitent procéder à ces tests. À l'occasion de l'un d'eux, le résultat indique une positivité à la codéine. Léa, qui consommait auparavant du Dicodin (contenant de la codéine), affirme qu'elle n'en prend plus, et précise ne pas avoir d'intérêt à dissimuler une éventuelle consommation. Ne comprenant pas ce résultat, elle se remémore avoir consommé la veille du pain au pavot acheté chez Picard, qu'elle soupçonne d'être à l'origine du test positif. Les membres de l'équipe accueillent cette hypothèse avec scepticisme, bien que la médecin semble lui accorder une certaine crédibilité. Les professionnel·les lui assurent qu'il n'y a pas de jugement, et l'invitent à s'exprimer librement, tout en envisageant également un éventuel dysfonctionnement du test. Pour vérifier cette hypothèse, plusieurs membres de l'équipe réalisent eux-mêmes des tests, qui s'avèrent tous négatifs. L'idée qu'une quantité importante de pain au pavot serait nécessaire pour produire un tel résultat est également évoquée. Léa exprime un fort sentiment d'incompréhension et de frustration, convaincue de n'avoir pas consommé de codéine. Elle entreprend alors des démarches personnelles, contactant l'association ASUD (Auto-support des usager·es de drogues) ainsi que Drogues Info Service (service en ligne et téléphonique de l'État). Ces deux structures lui confirment qu'un lot de pains au pavot, notamment distribué par Picard, a été identifié comme anormalement chargé en codéine, information relayée jusqu'au centre antipoison. Des boulangeries auraient également été concernées. Si cette confirmation valide ses propos, l'épisode reste marquant pour Léa, en particulier en raison du fait que certain·es professionnel·les ne la croit pas alors même qu'elle avait elle-même proposé la réalisation du test, dans une logique de transparence. Elle souligne ne pas s'être sentie jugée par l'équipe soignante, mais avoir été soulagée que l'origine du résultat ait pu être identifiée.

Cette expérience, anecdotique pour Léa et sans grandes conséquences selon elle, témoigne néanmoins d'un soupçon récurrent des institutions à l'égard des usager·es, renvoyant à la figure historique du « toxicomane mythomane ». Cette expérience a concerné également Marie-Claire, soupçonné d'avoir volé des boîtes de médicaments au sein du CSAPA, mais qui a rapidement été innocenté selon elle grâce à son âge :

Marie-Claire : Ici bon toute façon, un jour on m'a demandé « ouais y a 4 boîtes de 40mg qui ont disparu » puis après j'ai réfléchi, je dis moi je prends pas du 40 je prends du 20. Et puis ils avaient confiance parce que je suis une vieille de la vieille quoi, je suis pas la petite jeune qui va carotter quoi.

[Marie-Claire, 60 ans, Île-de-France, CSAPA]

Muriel Darmon (2008) souligne, dans son enquête sur l'anorexie, une forme analogue de scepticisme médical : l'usage fréquent du style indirect rapporté (« la patiente dit... ») permettant de mettre à distance la parole des patient·es. Cette logique de mise en doute, qu'il s'agisse d'anorexie ou d'usage de drogues, révèle ainsi un même mode de contrôle des corps et des discours dans des contextes médicaux distincts. À ces mécanismes de contrôle propres au soin – tels que les normes médicales, les injonctions à l'abstinence, ou encore la surveillance des consommations – s'ajoutent des formes de contrôle social et institutionnel spécifiques aux personnes qui font usage de drogues. Celles-ci prennent la forme de pratiques de méfiance et de suspicion, de surveillance accrue ou encore de stigmatisation, qui s'enracinent dans une longue histoire de représentation des usager·es de drogues comme peu fiables ou manipulateurs. Il en résulte une expérience de « double contrôle », à la fois médical et social, qui contribue à fragiliser la relation de confiance avec les institutions et à accentuer la mise à distance des institutions de soins.

Ces contrôles ou soupçons de l'institution peuvent avoir un impact sur le recours des usagères. Elles peuvent considérer que leurs recours ou accompagnement ne pourront aboutir car elles ne correspondent pas aux attendus de l'institution : « les processus d'entonnoir qui créent un non-recours massif dès lors que des usagers potentiels, peu confiants dans les solutions proposées, supposent que leurs demandes n'aboutiront pas ou trop difficilement » (Warin, 2003 : 99, cité par Rode, 2010 : 252). Ce que l'on observe typiquement dans le recours aux cures de sevrage à l'hôpital dans les deux territoires confondus, elles ne s'y rendent pas car elles savent que cela ne marchera pas. Le scepticisme des institutions à l'égard des usagères trouve un écho dans celui qu'expriment les usagères vis-à-vis des institutions. Comme l'a montré Isabelle Parizot (1998), ce scepticisme s'explique sociologiquement par une inégale distribution de l'information et par un accès différencié aux savoirs médicaux. La distance qui en résulte entre les populations défavorisées et la culture médicale moderne contribue à fragiliser la relation de confiance avec les dispositifs de soins. De ce fait, les mécanismes de contrôle, le décalage des temporalités et l'éloignement institutionnel peuvent induire un non-recours des usagères.

Au-delà des dimensions institutionnelles et sociales déjà évoquées, des facteurs macrosociaux comme la géographie peuvent également influencer le recours et les usages de drogues. Rhodes et ses collègues (2005) montrent par exemple que la transmission du VIH est corrélée, au Brésil comme au Mexique, aux routes de transit de la cocaïne ou aux dynamiques propres aux villes frontalières. La situation géographique de la Guyane, proche de pays producteurs de cocaïne, peut ainsi jouer un rôle dans la disponibilité et la nature des produits

consommés, et donc dans les modalités de recours aux institutions. De même, l'Île-de-France, en tant que pôle de croissance économique, constitue un espace marqué par une mobilité intense, par la présence de trafics et par des bouleversements sociaux qui créent des contextes de vulnérabilité spécifiques face aux drogues et au VIH.

Ainsi, cette section permet de fixer le contexte général dans lequel s'inscrit l'action du recours : répartition spatiale des services, accessibilité physique et normes institutionnelles et bureaucratiques. Ce contexte met en évidence des contraintes et des opportunités structurelles auxquelles les femmes font face, et qui sont différents selon les territoires. Antoine Rode, énonce dans son travail : « L'analyse de l'accessibilité géographique et des capacités de mobilité renvoie les causes du non-recours du côté individuel (les potentiels patients) et institutionnel (l'organisation de l'offre de soins sur un territoire). En d'autres termes, une telle perspective n'appréhende par le rôle que peuvent jouer les acteurs pivots dans ce système de soins, à savoir les médecins » (Rode, 2010 : 260). Comme il le suggère, il est nécessaire maintenant d'introduire les figures humaines qui peuvent aider les usagères – ou non – à naviguer dans ce système. En effet, ces figures, que j'appelle des acteur·rices intermédiaires n'agissent pas « dans le vide » ou indépendamment des structures. Je montre alors, dans cette prochaine section, comment certains individus (soignant·es, professionnel·es, proches) amortissent, traduisent ou contournent les contraintes ou les opportunités structurelles. Et parfois, comment ils et elles reproduisent les normes et logiques institutionnelles. Ce niveau est aussi propice à une analyse des logiques de domination et de soutien : injonction médical, contrôle morale, mais aussi accompagnement et solidarité.

2. Les acteur·rices intermédiaires du recours

Qui prescrit la prise en charge ? Qu'est-ce que les usagères en font ? Est-ce qu'elles recourent ou non ? Après avoir vu de manière macrosociologique l'organisation institutionnelle du secteur médicosocial de l'addiction et ses contraintes, je propose maintenant d'analyser le recours des usagères à travers les personnes qui gravitent autour d'elles, des acteur·rices intermédiaires. Ces intermédiaires peuvent jouer un rôle important voir déterminant dans le recours et la prise en charge des usagères dans le secteur de l'addiction, comme c'est le cas dans l'accès aux droits et à la justice (Durand et Israël, 2022 ; Jouzel et Prete, 2014 ; Pillayre, 2023). S'il n'était jusque-là pas ou très peu question des rapports de genre (difficile à visibiliser dans l'organisation médicosociale et institutionnelle), je tente ici d'analyser certaines relations entre

usagères et acteur·rices intermédiaires en articulant les rapports de genre, puisque les effets de genre sont avant tout visibles dans les interactions. Selon l'enquête « Recueil commun sur les addictions et les prises en charge » (RECAP) de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) : « Les origines de prises en charge des patients [en CSAPA] sont majoritairement à l'initiative du patient lui-même (41 %), puis dues à une obligation de soins¹⁷⁰ (16 %) » (Veron, 2024). Plus précisément, l'enquête RECAP 2021 met en avant que parmi les nouveaux·elles patient·es des CSAPA en 2021, 37 % sont venu·es par eux·elles-mêmes, 9 % par des proches (famille/ami·es), 10 % par un médecin de ville, 4 % par une équipe de liaison, 6 % par un autre hôpital/autre sanitaire, 5 % par des institutions et services sociaux, 15 % par des obligations de soins. Ces résultats s'appuient sur les déclarations des professionnel·les (qui s'appuient elles-mêmes sur les dossiers des patient·es). Il n'existe pas de tel chiffre pour les recours en CAARUD. Au-delà du fait de savoir que l'entrée en CSAPA peut être soit à l'initiative de la personne soit en raison d'une obligation de soin, d'une institution ou d'un tiers, pourquoi les usagères y recourent-elles et surtout grâce à qui ? Est-ce dépendant des acteur·ices intermédiaires (ami·es, famille, professionnel·les) qui les accompagnent ou les orientent dans ces institutions ?

Cette section se décline en trois parties, elle vise à analyser les effets des différent·es acteur·rices intermédiaires dans la contribution à l'éloignement ou au rapprochement des usagères aux institutions. Dans un premier temps, je traite de ce que j'appelle les « administrateur·rices du recours » qui correspondent à la justice et au personnel médical notamment les médecins, ensuite j'aborde une deuxième catégorie d'acteur·rices que j'appelle les « aidant·es du recours » qui renvoient à des professionnel·les du social ou de santé et des proches. Dans une troisième partie, je traite des acteur·rices qui contraignent le recours, principalement des usager·es et des professionnel·les. Cette section n'est pas organisée autour des « types d'acteur·rices » (professionnel·le, couple, proche) mais par leurs effets sur le recours des usagères. En effet le partenaire conjugal peut être à la fois aidant et contraignant, comme les médecins ou les usager·es des institutions.

2.1 Les administrateur·rices du recours aux soins

Dans un premier temps, le recours peut être lié à des orientations consenties ou non, cela concerne uniquement les CSAPA et les consultations avec un addictologue ou des médecins de ville (psychiatre et médecin généraliste). Les récits de vie ne permettent pas de mettre en

¹⁷⁰ Elle provient le plus souvent de la part d'une autorité judiciaire.

évidence des « prescriptions » d'acteur·rices intermédiaires en CAARUD. Cette section porte également sur les circuits d'accès et d'orientations par les professionnel·les de santé.

Prescription d'un recours contraint : les orientations judiciaires

Les usagères peuvent entrer en CSAPA par le biais d'orientations judiciaires, il ne s'agit donc pas d'un recours de leur part. Peu d'entre elles sont concernées, puisqu'elles sont moins nombreuses à être interpellées par la police pour usage ou trafic de drogues comparativement aux hommes (Barbier, 2016). En effet : « des orientations judiciaires vers un CSAPA qui concerne beaucoup plus les hommes que les femmes (48 % vs 16 %). Cette surreprésentation des hommes dans les orientations judiciaires est elle-même à mettre en parallèle avec la prédominance des hommes dans les interpellations pour usage de cannabis (90 %) » (Palle, 2021). Sur mon terrain toutes les femmes consomment ou ont consommé des drogues et certaines en vendent. Parmi elles, une seule a eu à faire à la justice, ce qui confirme les résultats mis en avant par les enquêtes sur le traitement différentiel genrée de la police et la justice (Barbier, 2016 ; Perrin, 2022). Ava, a vendu du cannabis et de la cocaïne pendant quelques temps, elle est interpellée par la police et doit répondre à une décision de justice : obligation de voir un médecin addictologue et attester de l'arrêt de consommation du cannabis.

Estelle : Ok, depuis que t'as commencé à consommer, t'as fréquenté des professionnels de santé ?

Ava : Oui bah oui, j'ai eu juste, j'ai dû aller voir un addictologue une ou deux fois je crois, j'ai dû faire plusieurs prises de sang voilà mais...

Estelle : Mais du coup c'était toi qui avais voulu le voir ou on t'avait conseillé d'y aller ?

Ava : Non c'était une décision du juge donc voilà

Estelle : Ah ok

Ava : Voilà c'est tout.

Estelle : Tu l'as vu 2 fois et puis après t'as arrêté du coup ?

Ava : L'addictologue c'était des petits rendez-vous et après il aurait fallu que j'aile plus mais en soit, j'aime pas forcément en parler avec quelqu'un surtout que je me considère pas, fin [silence], je suis dépendante oui, mais je me considère pas comme une droguée, en vrai peut être que personne se considère tel quel mais j'ai pas besoin d'aller voir une personne...non. Pour moi c'était juste les prises de sang pour montrer que je ne fumais pas, mais j'avais pas besoin d'aller voir une personne, de savoir si c'était dur ou pas de pas fumer, j'en voyais pas l'intérêt donc voilà.

Estelle : T'en ressentais pas le besoin.

Ava : Non je me dis que c'est une décision, je peux comprendre qu'il y ait des gens qui ont besoin de ça, mais je me dis que c'est, soit tu décides toi-même et tu arrêtes, soit tu arrêtes pas et voilà.

[Ava, 21 ans, CAARUD, Île-de-France]

Sa première expérience de l'addictologie n'est pas de son initiative et on observe qu'elle n'avait pas d'objectif de soins ou de prise en charge. Aujourd'hui Ava est sans domicile, consomme de l'alcool, du cannabis et du tabac quotidiennement et se positionne radicalement contre les professionnel·les de santé de l'addiction et de la santé mentale. Elle sait pourtant qu'elle adopte une position déviante, puisque la norme (et son entourage lui indique) voudrait qu'elle débute une prise en charge, on observe son rapport à la norme dans cette expression « *il aurait fallu que j'aie plus* » ou encore « *je me considère pas comme une droguée* ». Même s'il n'est pas question d'évaluer ici l'efficacité des différents recours sur la prise en charge, il est facile de voir que l'orientation judiciaire n'a aucun impact sur la volonté de l'usagère à réduire ou à arrêter la consommation de drogues. Le caractère coercitif de l'orientation ne permet pas d'initier des questionnements sur la consommation de drogues chez l'usagère (si tant est que ce soit le but de l'institution judiciaire). Les travaux sociologiques ont mis en évidence l'échec de la pénalisation, de la répression ou de l'obligation dans l'adhérence aux soins liées à l'usage de drogues (Bourgois, 2001).

Être orientée par les médecins de ville : une prescription médicale du recours

Le deuxième type d'orientation en CSAPA concerne le champ médical, avec un passage de la médecine de ville (médecin généraliste ou psychiatre libéral) vers le secteur médicosocial spécialisé. Deux modalités d'entrée en CSAPA sont alors possibles. La première concerne le fait que la personne a parlé de son ou ses problèmes de consommation de drogues à son médecin généraliste qui l'oriente en CSAPA pour une prise en charge spécialisée. Concernant ce type d'orientation, les études montrent que « les femmes [qui consomment de l'alcool] sont ainsi moins souvent orientées en CSAPA car les médecins généralistes peuvent anticiper qu'elles ne s'y rendront pas », elles sont alors davantage orientées en microstructures comparativement aux hommes (Duprat, 2024). Je n'ai pas rencontré d'usagères qui ont indiqué ce type d'orientation. Les médecins généralistes sont souvent le premier maillon de la prise en charge pour les usagères les moins précaires.

L'entrée en soin de Laure [60 ans, CSAPA, Île-de-France] illustre le rôle déterminant du médecin généraliste dans l'orientation vers une institution spécialisée. Elle explique : « le papa de [ma fille] est allé voir un médecin, je suis allée avec lui et là, j'ai dit : "moi aussi, j'en prends, il faut que j'arrête sinon, lui, il pourra pas arrêter" ». Laure précise que ce n'était pas un spécialiste mais « un médecin généraliste qui a compris le problème ». Si la présence de son compagnon a constitué le déclencheur de la consultation, c'est bien le généraliste qui a reconnu la situation et engagé l'orientation vers un suivi addictologique. Ce rôle de médiateur apparaît d'autant plus décisif que Laure souligne la défiance qui dominait alors ses rapports au corps médical : « À l'époque, les médecins, ils aimaient pas ça. On regardait vraiment les drogués avec une sale tête ». Ce cas montre ainsi que le généraliste peut constituer une porte d'entrée privilégiée vers les CSAPA. Il illustre plus largement l'importance de ces acteur·rices de premier recours dans l'accès aux soins, notamment pour des patientes qui n'auraient pas entrepris seules une telle démarche.

La seconde modalité d'entrée au CSAPA concerne les cas où l'usagère y accède à la suite de la cessation d'activité de son médecin généraliste ou psychiatre prescripteur (décès ou départ à la retraite). Cette modalité peut être comprise à la fois comme une orientation et comme une bifurcation dans les parcours. Plusieurs usagères de l'enquête décrivent ainsi avoir fréquenté un CSAPA au moment où leur médecin de ville cessait son activité. Le parcours de Léa est à cet égard éclairant. Issue d'un milieu favorisé, elle commence la méthadone de manière détournée à la fin de ses études. Je la rencontre dans un CSAPA ambulatoire. Elle grandit à Paris, et son père est médecin. Elle consomme diverses substances (cocaïne et ecstasy) de manière récréative dans sa jeunesse. Lors de ces études, et sur proposition d'un ami, elle consomme de la méthadone (de manière détournée). Au bout de trois jours de consommation de méthadone, elle fait une « *crise* » de manque, elle se demande ce qui lui arrive, elle va chez son ancien petit copain qui en consomme aussi, et qui appelle son médecin pour elle. Ce médecin la prend en charge, elle commence très rapidement à être suivie par un CSAPA qui lui délivre de la méthadone prescrite. Elle décrit son parcours comme « *atypique* » puisque quand elle a été prise en charge la première fois dans son centre, elle était la première à être suivie pour un problème avec la méthadone. Elle a souhaité être prise en charge pour ne plus être en manque (elle déclare que le manque de méthadone est particulièrement difficile¹⁷¹) et pour ne plus avoir à payer le produit. Sa sortie du CSAPA est tout aussi rapide que son entrée puisqu'alors qu'elle doit venir

¹⁷¹ L'arrêt brutal de méthadone provoque des symptômes de manque physique comparable à ceux de l'héroïne mais plus long sur la durée (source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272062/fr/modalites-de-sevrage-chez-les-toxicomanes-dependant-des-opiaces/).

au CSAPA prendre son traitement, les professionnel·les de santé l'autorisent à être suivie en médecine de ville. Elle déclare :

Léa : Au début, on doit venir tous les jours, mais très vite, ils m'ont mise en médecine de ville parce que j'avais pas totalement le profil. Les gens qui venaient tous les jours, d'abord c'était des gens qui étaient en très grande précarité. Et puis ils avaient pas trop envie que je consomme de l'héro par exemple puisque j'en avais jamais pris. Ils préféraient...

Estelle : Vous éloigner des structures ?

Léa : Oui, et peut-être que, eux aussi, ils avaient déjà beaucoup de patients. Ils m'avaient quand même laissé entendre qu'ils trouvaient ça mieux que je sois pas trop dans un milieu... Je suis pratiquement tout de suite, enfin au bout d'une semaine, une semaine et demi, ils m'ont mis en médecin de ville. Donc, j'y allais tous les quinze jours.

[Léa, 48 ans, CSAPA, Île-de-France]

L'orientation vers la médecine de ville, justifiée par les professionnel·les comme une solution « plus adaptée », peut s'interpréter comme une stratégie visant à protéger certains publics de la fréquentation quotidienne du CSAPA. Autrement dit, l'éloignement de Léa traduit une volonté implicite d'éviter une possible exposition à d'autres pratiques de consommation, notamment d'héroïne. Cette logique rejoint la notion de contamination morale développée par Goffman (1968) : le contact avec d'autres usager·es est perçu comme un risque de « souillure » ou d'entraînement négatif, pouvant compromettre la carrière ou le processus de rétablissement. Les professionnel·les opèrent ainsi une sélection implicite qui participe à une forme de tri des publics : celles et ceux jugé·es les plus « vulnérables » ou « prometteurs » sont rapidement orienté·es vers la médecine de ville, tandis que d'autres restent confinés dans la fréquentation quotidienne de l'institution.

Léa sera ainsi suivie pendant près de vingt ans par son psychiatre en ville, pour sa méthadone et pour un traitement antidépresseur. Durant toutes ces années de suivi en ville, elle a été abstinente à la méthadone deux ans, et a commencé la substitution avec du Néo-Codion (médicament codéiné) puis du Dicodin (un antidouleur) prescrits par son psychiatre. Elle devient alors « *addict à ce médicament* », il lui arrive de photocopier des ordonnances pour augmenter sa consommation. *In fine*, elle décide de revenir vers la méthadone. Lorsque son psychiatre a pris sa retraite, elle a dû fréquenter un nouveau CSAPA (celui dans lequel nous nous trouvons). Pour y entrer, Léa fera une recherche internet pour « choisir » son institution (en termes de public, de déplacement, de disponibilité). Le cas de Léa est particulièrement

intéressant car il met en évidence deux logiques imbriquées : d'une part, une orientation précoce vers la médecine de ville comme stratégie de tri et de protection par les professionnel·les de CSAPA, et d'autre part, une réintégration contrainte au CSAPA à la suite de la cessation d'activité de son médecin. Il illustre ainsi à la fois les effets de catégorisation institutionnelle et le rôle central des prescripteur·rices de ville dans les parcours de soin.

Dans de nombreux cas, les usagères d'opiacés ou d'héroïne (*clusters* 2 et 3¹⁷²), nécessitant un traitement de substitution, ont d'abord été prises en charge par un médecin de ville, puis orientées (soit de manière volontaire, soit de façon contrainte à la suite d'un décès ou d'un départ à la retraite) vers un CSAPA. Cette configuration renvoie principalement aux années 1980-1990, période durant laquelle les médecins généralistes pouvaient encore prescrire directement les TSO sans qu'une primo-prescription en CSAPA ne soit requise. Ce sont donc majoritairement des femmes de plus de 45 ans, comme Laure, Léa ou Caroline, qui rapportent aujourd'hui ces parcours.

La prescription du recours en CSAPA par le médecin apparaît, dans les parcours que j'ai recueilli, comme un vecteur d'accès efficace : les usagères rencontrées en institution sont en effet prises en charge suite à l'orientation de leur médecin. Toutefois, cette observation est partiellement biaisée par mon matériau, centré sur des femmes déjà insérées dans les CSAPA : elle ne dit rien des situations où la prescription n'a pas été suivie d'effet (refus, abandon, obstacles divers). Lorsque cette orientation fonctionne, elle repose largement sur la relation de confiance qui unit le médecin à ses patientes. Mais cette prescription est aussi socialement située : elle s'adresse en priorité aux « bonnes patientes » de l'addictologie, c'est-à-dire à celles dont les comportements apparaissent conformes aux attentes implicites de l'institution. Comme l'ont montré plusieurs travaux, la figure du « client idéal » dépend de son « degré de conformité aux attendus explicites et implicites qui s'y rattachent (Roth 1972). Ce faisant, ces travaux mettent en lumière les variations sociales des pratiques médicales (Paillet 2021), pouvant contribuer à la reproduction des inégalités sociales de santé lorsqu'elles aboutissent à l'exclusion des patient·es d'origine populaire des dispositifs de droit commun. » (Schlegel et Schlegel, 2025).

¹⁷² Selon la typologie mise en évidence dans le chapitre 3 (section 2) : le *cluster* 2 correspond à des usagères des institutions consommatrices de médicaments vulnérables mais bien suivies médicalement ; le *cluster* 3 correspond à des usagères des institutions consommatrices d'héroïne, peu visibles et en situation de précarité.

Être orientée du CAARUD vers le CSAPA

Une autre modalité d'orientation vers les CSAPA passe par les CAARUD et, plus largement, par les associations de terrain. Dans mon enquête, seules deux participantes (Daniela et Marion) déclarent avoir d'abord fréquenté un CAARUD dans leur parcours. Dans les deux cas, la fréquentation du CAARUD a servi de tremplin vers un suivi en CSAPA. Daniela relate une première rencontre en maraude avec une association partenaire, puis son arrivée au CAARUD :

Estelle : Sur les services que t'as fréquentés, la première fois que t'es allée parler à un professionnel de santé de tes problèmes d'addiction, c'était à quel moment ?

Daniela : C'était en 2005. C'était au CAARUD à [CAARUD 2]. Maintenant, c'est un espace hommes. La première, ça a été là. Non, non, c'était pas au CAARUD, aujourd'hui c'est [CAARUD 3] mais à l'époque, c'était... Comment ils appelaient ça ? C'était quoi le truc du monde ?

Estelle : [Association 1] ?

Daniela : [Association 1], voilà. C'était les premiers temps où j'allais au camion. Ils ont un camion où ils font les maraudes, c'était là. Après, j'ai trouvé du travail. J'étais dehors mais je travaillais. J'étais dans une tente mais je travaillais en tant que caissière à [quartier parisien 1], pas [quartier parisien 2], à [quartier parisien 1]. Après, j'avais dans l'idée qu'il fallait que j'aie dans une structure. Donc, je suis venue au CAARUD. Au CAARUD, ils m'ont envoyé au [CSAPA 1]. Je suis toujours restée au [CSAPA 1]. Encore maintenant, ça m'arrive d'aller les voir comme ça. Ils m'ont beaucoup aidée.

[Daniela, 55 ans, CAARUD, Île-de-France]

Elle exprime sa reconnaissance envers les professionnel·les du CAARUD, qui l'ont également aidée à trouver un logement. Marion, de son côté, souligne le rôle central du lien de confiance établi avec une éducatrice de CAARUD dans son recours au CSAPA.

Estelle : La première fois que tu es allée voir un Csapa, c'était quand ?

Marion : Ça remonte à quand j'avais 33 ans. Je me suis inquiétée et je suis venue m'inscrire ici. Ils m'ont fait voir le Csapa et j'étais en communication avec l'infirmière. Peu importe l'heure, je lui parlais et elle me répondait, elle me conseillait. En fait, j'ai la chance d'avoir des gens comme [éducatrice CAARUD] et, si j'ai un souci, je discute avec [éducatrice CAARUD], franchement elle est adorable.

[Marion, 36 ans, CAARUD, Guyane]

Ici, c'est la relation interpersonnelle, au sein du CAARUD, qui a facilité l'orientation vers un CSAPA. Enfin, Alice illustre une configuration proche, mais via une association extérieure :

Estelle : Est-ce que tu as déjà eu des besoins spécifiques dans ces structures-là ? De base, tu y allais pourquoi ?

Alice : Moi, j'avais jamais fréquenté de CSAPA avant. Un jour, l'association en question qui a dit à ma mère que je fumais, parce que j'étais vraiment à trois bouteilles de vodka par jour, donc c'était vraiment compliqué et je voulais réduire un peu. En fait, quand je bois pas le matin, je vomis mes tripes. Du coup, ils m'ont dit : « ce serait peut-être bien de consulter dans un CSAPA pour qu'ils t'aident ». Du coup, ils m'ont orientée vers ce CSAPA.

[Alice, 25 ans, CSAPA, Île-de-France]

Ces cas mettent en lumière l'importance des structures de proximité comme intermédiaires entre les usagers et les CSAPA. L'orientation est rendue possible par les relations de confiance tissées avec les professionnel·les du secteur associatif (CAARUD, équipes mobiles, associations de quartier), qui jouent un rôle de médiation et d'accompagnement. Ces acteur·rices constituent souvent la première porte d'entrée vers le soin spécialisé, notamment pour des personnes en situation de précarité ou éloignées des institutions sanitaires. Ce rôle ne repose pas seulement sur un relais institutionnel, mais sur le sentiment de confiance et de reliance produit dans la relation avec les professionnel·les (Condamine-Ducieux, 2023). La reliance désigne la possibilité, pour des personnes isolées ou ayant vu leurs liens familiaux et amicaux se détériorer, de se sentir à nouveau reliées à autrui, que ce soit à travers une personne, un groupe ou une institution (Bolle de Bal, 2003). L'importance de ce lien explique que l'orientation vers le CSAPA puisse être vécue comme un prolongement naturel de la relation avec les professionnel·les, et non comme une contrainte. Mais cette reliance reste fragile : elle peut être mise à mal par le *turn-over* important dans ces institutions (Condamine-Ducieux, 2023), et la dégradation des conditions du travail social qui affaiblit la continuité de l'accompagnement (Loison-Leruste *et al.*, 2021).

2.2 Les aidant·es du recours aux CSAPA et aux CAARUD

Sans être des prescriptions directes comme cela peut être le cas des recours aux soins par le biais de la justice ou des médecins de villes, le recours aux CAARUD et aux CSAPA peut

être incité par l'entourage des usagères. Cet entourage inclue les proches tels que la famille, le conjoint, les ami·es, et les travailleur·ses du social. La littérature souligne que le réseau social constitue une ressource majeure dans les démarches de soins. La qualité du soutien perçu – qu'il provienne de la famille, des ami·es, du partenaire ou des professionnel·les (intervenant·es en addictologie, protection de l'enfance, services sociaux) – influence directement la continuité du traitement (Lewandowski et Hill, 2009, cités par Escots et Suderie, 2013). Dans une revue de littérature, la Fédération Addiction (2016) rappelle également l'importance accrue du soutien social pour les femmes, pendant et après l'accompagnement. À l'inverse, l'isolement relationnel, qu'il résulte d'une rupture choisie ou subie avec l'entourage, constitue un facteur de fragilisation du suivi.

L'intervention du conjoint dans le recours aux soins

La littérature scientifique anglophone a largement mis en évidence l'influence réciproque du couple et de l'usage de drogues ou de l'addiction. Plusieurs thématiques spécifiques ont été explorées : l'impact des relations conjugales sur l'initiation, le maintien et le développement de problèmes liés à l'usage (Epstein et McCrady, 2002 ; O'Farrel et Fals-Stewart, 2003), la décision de s'engager dans un processus de soin et de le maintenir (Lex, 1995), la prévalence élevée des violences conjugales subies chez les personnes dépendantes aux substances psychoactives (Benoît *et al.*, 2015), ou encore la double-dépendance (au partenaire et aux produits), particulièrement chez les femmes (Jauffret-Roustide *et al.*, 2008). De manière générale, ces travaux mettent surtout l'accent sur les dimensions dysfonctionnelles des relations de couple en contexte de consommation (Cavacuiti, 2004). Or, comme le souligne Laurence Simmat-Durand, la vie de couple peut aussi constituer un soutien et une ressource pour l'entrée ou le maintien dans un parcours de soins (Simmat-Durand *et al.*, 2016). Certaines études montrent que le conjoint peut influencer la détermination des options de traitement (entrée, maintien, sortie), soit comme facteur d'obstacle, soit au contraire comme catalyseur et aide mutuelle dans la réduction de la consommation (Simmons et Singer, 2006 ; Simmons et McMahon, 2012). Ces éléments trouvent un écho dans mon enquête, où plusieurs femmes rapportent un recours aux institutions facilité par leur partenaire (toutes sont en couple avec des hommes¹⁷³). C'est le cas de Laure, qui accompagne son conjoint chez un médecin et en profite pour exprimer son propre besoin de traitement (abordé précédemment), ou encore de Léa, orientée vers un médecin par son petit ami de l'époque.

¹⁷³ La plupart d'entre eux sont aussi consommateurs de drogues.

Estelle : Vous avez fait la démarche seule ou accompagnée ?

Léa : En fait, j'allais voir mon ancien petit copain, c'était pas lui directement qui me l'avait donné, mais bon. J'allais le voir pour autre chose, pour lui rendre visite. C'est par son biais que... Il a appelé son médecin.

Estelle : C'est lui qui a appelé ?

Léa : C'est lui qui a appelé, qui a demandé : « j'ai une amie », etc. [...] En plus, j'allais le voir pas pour ça. J'ai fait une crise de manque pendant le trajet pour aller chez lui. Il m'a donné un tout petit peu de méthadone. Il a appelé son médecin et là, j'ai été prise en charge. Mais ça a duré 10 ans avant que j'arrête parce que c'était ma drogue. Gratuite, légale, tout ce qu'on veut, mais c'était ma drogue. Donc, j'ai arrêté. Ensuite pendant un certain temps, j'ai rien pris. La période métha, c'est à la fin de mes études.

[Léa, 48 ans, CSAPA, Île-de-France]

Néanmoins ces derniers restent seulement des accompagnateurs, la prise en charge en couple à moyen-long-terme n'est pas évoquée. Pourtant, il a été montré que les thérapies comportementales de couple ou familiales¹⁷⁴ peuvent donner de meilleurs résultats que les seules prises en charge individuelles, pour l'usage problématique d'alcool ou de drogues (Powers *et al.*, 2008), on sait aussi que l'implantation de ces approches par le couple soulève des problèmes éthiques et se heurte au cadre de la prise en charge basé sur l'anonymat et l'accompagnement individuel. Il est donc peu habituel dans les CSAPA de recourir à une thérapie conjugale ou d'impliquer le conjoint dans le processus (Simmat-Durand *et al.*, 2016). Dans les récits recueillis, le recours assisté par le conjoint concerne principalement l'accès aux soins, en particulier l'orientation vers un CSAPA. À l'inverse, lorsqu'il s'agit d'un appui d'amies ou d'autres usager·es¹⁷⁵, ce soutien renvoie plus fréquemment à l'accès aux CAARUD. Cette distinction permet de montrer que les acteur·rices intermédiaires varient selon le type de recours.

Être incitée par les ami·es et les pairs dans le recours aux CAARUD

Le recours en CAARUD, que l'on peut considérer comme un recours à l'assistance (sociale) et non aux recours aux soins, peut également être assisté par des intermédiaires. Dans

¹⁷⁴ L'entrée en traitement de substitution à deux montre aussi de meilleurs résultats.

¹⁷⁵ Les usagères peuvent également être assistée dans le recours au CSAPA par des membres de leur famille, qui jouent alors un rôle d'intermédiaires dans l'accès aux soins. Cette dimension sera développée plus largement dans la section 1.1 du chapitre 5, où la famille est analysée comme ressource au prisme de la socialisation à la santé.

l'enquête, on distingue deux types d'acteur·rices intermédiaires : les partenaires de consommation ou ami·es et les travailleur·ses du social. Ces recours concernent majoritairement des femmes en situation de grande précarité, avec des liens sociaux amoindris, et leur permettent d'accéder à un CAARUD, c'est-à-dire d'être accueillie et accompagnée. Certaines usagères en situation de précarité sont socialisées au monde des drogues par leurs pairs, ce qui peut les conduire à fréquenter des espaces de deal et de consommation. D'autres, en revanche, demeurent en marge de ces lieux collectifs et consomment dans des espaces plus restreints, parfois en dehors des CAARUD et des scènes ouvertes. Les CAARUD s'inscrivent dans cet univers de pratiques liées à l'usage de drogues. Quelques usagères y ont accédé par l'intermédiaire de pairs déjà pris en charge, et qui consommaient également :

Estelle : Comment t'as connu [le CAARUD] ?

Paulette : Bah par rapport à mes amis qui fument, des amis. C'est eux qui m'ont orienté.

[Paulette, 34 ans, association de RdR, Guyane]

Il y a du bouche-à-oreille entre usager·es qui permet aux personnes qui ne connaissent pas l'institution d'y recourir. Ce qu'observe Iris Condamine Ducreux dans sa thèse consacrée aux réseaux de sociabilités des usager·es injecteur·rices : « Cette vigilance peut être comparée à une éducation par les pairs qui ne suit pas un schéma lié à l'âge mais à l'expérience du milieu, certains vont donc faire part aux autres de leurs connaissances sur la pratique mais aussi sur la prise en charge (transmettre les adresses des CAARUD par exemple) et les ressources disponibles. » (Condamine-Ducreux, 2023). Ensuite, le recours peut être incité par les professionnel·les notamment avec les dispositifs « d'aller-vers » comme les maraudes. Ces maraudes visent à créer un lien avec un·e usager·e souvent à la rue afin de créer de la confiance : « Les membres composant ces équipes (infirmiers, travailleurs sociaux...) sont des intermédiaires dont l'une des missions est de recréer de la confiance, par un processus dit "d'appropriation" des SDF. En cela, ces équipes participeraient à l'élaboration d'une "politique de la confiance" (Le Méner, 2007). » (Rode, 2010 : 273-274). Dans l'enquête des usagères ont rencontré des associations dans le cadre de maraudes et ont décidé plus ou moins rapidement d'intégrer les programmes des institutions. C'est le cas de Corine, 51 ans qui consomme des drogues depuis plus de vingt ans. L'épidémie de Covid, la perte de son travail, sa consommation de drogues de plus en plus importante et enfin la perte de son logement l'ont amené à fréquenter les institutions. Elles rencontrent dans un premier temps l'équipe du CAARUD en maraude. Suite à plusieurs visites et à l'accompagnement d'une amie à elle, elle a franchi le pas de la structure fixe.

Corine : J'ai une amie, [prénom amie], elle a 66 ans, c'est une des anciennes de la rue [nom rue] et elle, elle connaissait depuis longtemps. C'est elle qui m'a emmenée là-bas. Elle m'a emmenée vite fait comme ça parce que j'ai eu beaucoup de mal. Elles [l'équipe du CAARUD] sont venues me chercher plusieurs fois là-bas, à [quartier parisien 2] et [quartier parisien 3], mais j'ai jamais été.

[Corine, 51 ans, CSAPA, Île-de-France]

Si pour le recours à ce CAARUD, elle est accompagnée, ça ne sera pas le cas tout le temps. Aussi, l'entrée en CAARUD peut se faire par le biais du bouche-à-oreille. C'est le cas d'Ava, qui a décidé d'intégrer le dispositif Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ) mis en place par un CAARUD, sous l'impulsion de son amie.

Estelle : Et ici, tu as connu comment ?

Ava : Grâce à ma copine [prénom de son amie], ouais, du coup bah elle elle a commencé puis après je lui dis bah test, puis au final comme ça c'est plutôt bien passé, bah je suis venue m'inscrire et puis voilà.

[Ava, 21 ans, CAARUD, Île-de-France]

Dans le cadre des recours facilités par les membres des équipes de maraudes ou par les pairs rencontrés dans les espaces de consommation et de rue, l'entrée en CAARUD ne correspond pas toujours à une demande explicite et formalisée des usagers. Contrairement aux CSAPA, où certaines expriment clairement une volonté de réduire leurs consommations, le recours aux CAARUD se construit souvent par l'intermédiaire d'autrui. Ces « aidant·es » jouent un rôle d'intermédiaires en assurant des formes concrètes de médiation : accompagner physiquement vers le lieu, expliquer le fonctionnement de l'institution, traduire des informations, ou encore légitimer l'institution auprès de l'usager. Mais, à l'inverse, comme le souligne Rode (2010), la méfiance à l'égard du système de soins peut également circuler de manière indirecte, par des « passeurs » ou « générateurs » de défiance. La confiance dans les institutions ne relève donc pas d'une disposition naturelle : elle se construit et se déconstruit en permanence au fil des contacts et expériences, qu'ils soient vécus directement ou rapportés par d'autres.

Médiation interculturelle et rapports usager·es/professionnel·les

Dans cette enquête, deux formes de médiation institutionnelles¹⁷⁶ peuvent être distinguées, en fonction des acteur·rices et des logiques mobilisés : en Guyane, la médiation repose principalement sur des médiateur·rices culturels et de santé chargé·es de faciliter la compréhension et l'accès aux institutions ; en Île-de-France, elle prend plus souvent la forme d'un accompagnement assuré par des pairs-aidant·es, dont l'expérience de consommation permet d'instaurer un lien de confiance avec les usagères.

La médiation est particulièrement visible en Guyane. Diane Vernon, anthropologue spécialiste des sociétés noirs-marronnes et médiatrice interculturelle à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, définit la médiation ainsi :

« La médiation interculturelle peut se définir, au sens large, comme l'intervention d'une tierce personne pour faciliter la communication entre deux groupes ou deux personnes de cultures ou de langues différentes. Le médiateur ou la médiatrice a une compétence dans les deux langues ou les deux cultures ; il ou elle peut traduire et rendre compréhensibles, pour chacun des protagonistes, demandes, actions et affirmations, de façon à éviter des conflits ou des malentendus. C'est une pratique vieille comme le monde. Mais pour présenter le cas particulier de la médiation interculturelle au sein d'un hôpital dans le bourg frontalier de Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane, en 1981, il est préférable de définir la médiation interculturelle comme une sous-division de la médiation sociale, laquelle cherche à rétablir l'égalité entre les personnes en situation de faiblesse socio-économique. Parmi celles-ci peuvent figurer des personnes doublement discriminées, parce que de langue et de culture différentes de celles du pays où elles se trouvent, et qui font barrière à la communication. » (Vernon, 2021).

En raison de la présence de groupes ethnoculturels variés, les institutions de soins ou d'accompagnement social guyanaises se dotent de personnes dont le métier est de faire dialoguer des représentations, normes et valeurs différentes entre groupes, les médiateur·rices. En effet, « la composition multiethnique du territoire signifie la coexistence de multiples langues et représentations de la santé et de la maladie » (Qribi et Dayre 2015). La multiethnicité implique « des adaptations culturelles tant au niveau des messages de prévention (Aina, 2009) qu'au niveau de l'accompagnement proprement dit (Bailleux, 2010) » (*Ibid.*). Les rapports ethniques sont très marqués (dû aux différences économiques, historiques, sociales et identitaires), et certaines franges de la population sont parfois rejetées, également par les professionnel·les de santé (Carde, 2012). Les questions de traduction sont importantes mais ne suffisent pas, selon Qribi et Dayré il faudrait outiller les professionnel·les de santé en y intégrant une dimension

¹⁷⁶ Les médiations par expérience profane ne sont pas abordées ici, elles correspondent plutôt à l'orientation en institutions par les pairs.

interculturelle. Il semble que cela soit en bonne voie en témoigne le développement des formations de médiation culturelle et de santé à l'université de Guyane, et la présence de médiateur·ices dans les institutions hospitalières et associatives que j'ai pu observé. Cette importance de la médiation culturelle en Guyane a également été soulignée à travers l'expérimentation de dispositifs de formation et d'accompagnement de médiateur·rices en santé, qui ont contribué à professionnaliser leurs pratiques et à renforcer leur rôle d'intermédiaire entre institutions et populations de l'Intérieur (Merlet *et al.*, 2025). Dans l'association de réduction des risques dans laquelle j'ai mené mon terrain d'enquête, trois types de médiateur·rice ont été identifiées : les médiateur·rices sociaux·ales, les médiateur·rices culturel·les et les médiateur·rices de santé. Sur le terrain guyanais, la médiation interculturelle est principalement assurée par des professionnel·les du secteur médicosocial qui connaissent bien les réalités locales et adaptent leurs pratiques aux conditions particulières du contexte : diversité culturelle et linguistique, précarité sociale, et difficultés d'accès aux soins. Si c'est une plus-value indéniable dans les rapports entre usager·es et professionnel·les, cela peut aussi être un moyen de compenser des manques de moyens financiers, c'est que souligne une professionnelle de CAARUD :

« Dans les équipes de professionnels il y a : deux éducatrices, le chef de service et des agents de prévention et de médiation, et des agents polyvalents. Ces agents sont formés en mairie mais ne sont pas formés aux addictions. Il y a un manque de formation et un manque de projet au sein de la structure. [...] Dans l'équipe il y a des médiateurs en santé ou médiateur social qui font une formation à l'université, cette formation les aide à travailler à avoir une posture pour travailler en rue mais ils ne sont pas du tout formés comme des éducateurs. Pourquoi ils sont plus présents en Guyane ? Parce que c'est moins cher. »

Si cette professionnelle regrette le manque de formation de certain·es médiateur·rices ou agent·es polyvalent·es dans le champ des addictions en Guyane, elle souligne néanmoins que leurs connaissances culturelles permettent une meilleure compréhension des besoins des usager·es. Les médiateur·rices que j'ai rencontrés en Guyane étaient tous et toutes originaires du territoire, le plus souvent créoles. Cette proximité culturelle entre professionnel·les et usager·es, particulièrement visible dans les CAARUD, ne se retrouve pas de manière équivalente dans les CSAPA ou à l'hôpital, où les médecins sont le plus souvent métropolitain·es et peuvent apparaître éloigné·es de certaines normes et valeurs locales. Cette distance professionnelle s'inscrit dans une hiérarchie médicosociale qui reproduit partiellement des hiérarchies raciales : les médiateur·rices, éducateur·rices ou infirmier·es sont fréquemment guyanais·es créoles,

tandis que les médecins sont majoritairement issus·es de l'Hexagone. Ce phénomène n'est pas spécifique à la Guyane et se retrouve également dans d'autres territoires ultramarins. Ainsi, à La Réunion : « La plupart des médecins spécialisés de l'île sont nés en France hexagonale et les relations entre médecins et patients sont encore empreintes de différentes formes de paternalisme (Desprès, 2011). L'accès à un monde occidental, globalisé et industriel, ne s'est pas fait en rupture mais en continuité avec le passé qui a structuré l'île (Benoist, 1983). La société réunionnaise est ainsi marquée par l'acculturation, la créolisation et des réinventions culturelles (Ghasarian, 2002). » (Franchina et Sarradon-Eck, 2024). Si les rapports que les usagères entretiennent avec les professionnel·les de santé métropolitain·es n'ont pas émergé directement de mes entretiens (car ils ne faisaient pas partie de ma grille et n'ont pas été évoqués spontanément par les usagères) il est possible qu'ils constituent un enjeu structurant des conditions de possibilité du soin. Il m'a semblé important de le notifier, même si cela n'est pas présent dans les matériaux dont je dispose.

Enfin, la place de la médiation culturelle et en santé en Guyane fait écho, en Île-de-France, à la figure du·de la médiateur·rice pair·e en santé, qui assure un rôle de pont entre professionnel·les et usager·es à partir d'un savoir expérientiel, par exemple auprès des migrant·es russophones.

2.3 Les acteur·rices qui contraignent le recours (ou sa continuité)

Les acteur·rices qui contraignent le recours, sont des personnes qui, sans forcément avoir une intention malveillante, entravent, freinent, rendent plus complexe le recours des usagères, souvent en raison de rapports de pouvoir. Ils et elles peuvent alors renforcer l'éloignement symbolique des usagères à la prise en charge. Il peut s'agir de professionnel·les, médecins ou travailleur·ses du social, d'usager·es des institutions. Ici, j'élargis la notion d'acteur·rice dans un sens sociologique : ce n'est pas seulement un individu intentionnel, mais aussi une figure qui agit, et produit des effets dans l'interaction. Par exemple, cela peut correspondre à un médecin qui refuse un soin ou qui fait des remarques moralisatrices, à un·e usager·e qui fait circuler des drogues dans une salle d'attente, à un·e professionnel·le qui discrédite une plainte. Les figures présentées ici ne relèvent pas d'une volonté explicite d'empêcher le recours, mais elles contribuent, par leurs pratiques, leur position ou leur comportement, à produire un effet d'entrave qui s'exprime dans des expériences de violences, de disqualification ou dans des logiques d'évitement.

La présence d'autres usagères et les espaces non-mixtes

La coprésence d'autres femmes constitue parfois une contrainte explicite dans les parcours, en particulier lorsqu'il s'agit d'intégrer des CAARUD ou CSAPA non-mixtes. Certaines enquêtées rejettent d'emblée ces espaces, qu'elles associent à des relations jugées conflictuelles ou dangereuses. Cassandra, Imène ou Carmen affirment ainsi préférer les institutions mixtes (avec les hommes), qu'elles considèrent plus sécurisantes. La simple mention d'un espace réservé aux femmes peut suffire à susciter la méfiance, voire le refus du recours.

Estelle : Si la communauté thérapeutique à Awala était pas si loin, tu penses que t'y serais allée ?

Cassandra : Ouais, je serais allée. Après, quand il y a uniquement que des femmes... ! Moi, faut que ce soit mélangé. Je travaillais dans un milieu où il y a beaucoup de femmes, c'est le bordel. C'est le bordel, c'est le chaos. Au début ça va, comme on dit c'est amour, vengeance et trahison. Au début, on va s'aimer et après, il y aura de la vengeance, de la trahison. Non, non ! Il y a des filles, c'est chaud. Quand c'est mixte, ça va.

[Cassandra, CT, Guyane]

Déjà, on a pas la même... On est pas tous pareils. Et puis y a un truc, ça peut pas aller. Que les femmes, non. Moi, je vois une structure comme ça, je rentre même pas. Je vous le dis franchement, je rentre pas. Ça me fait fuir. Ah non, je me sens pas en sécurité qu'avec des femmes. Au contraire, je vois le danger là-dedans.

[Imène, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

J'aime bien les hommes, je m'entends mieux qu'avec les femmes. Parce que les femmes c'est des can-cans, des tatatatata, des mesquineries, de l'hypocrisie, tu vois ce que je veux dire ? Mixte c'est mieux, parce que quand y a que des femmes il y a trop de jalousie, y a trop de... Des bagarres, c'est ça.

[Carmen, 48 ans, CAARUD, Guyane]

Ces représentations s'appuient sur une vision fortement hiérarchisée des rapports entre femmes : les « autres » sont renvoyées à des stéréotypes négatifs (jalousie, cancans, rivalité, prostitution), tandis que l'usagère se distingue par la mise en avant de sa propre dignité ou intégrité morale. À l'inverse, les relations avec les hommes sont souvent décrites comme plus simples, franches et moins conflictuelles. Angélique, par exemple, insiste sur son refus de la prostitution pour financer sa consommation, et construit son identité en opposition aux autres femmes.

Angélique : C'est pour ça que je dis que je sais pas comment elles font, elles, fumeuses, pour se donner, pour pouvoir fumer. Là, je sais pas. Déjà, je suis pas très fière de fumer ça, alors si, en plus, je dois me vendre pour même pas 5 € ou 10 €. Moi, je peux pas. Je peux pas fumer, je vais près du chinois, je demande de l'argent. Non, c'est inconcevable, je l'ai jamais fait pour l'alcool, c'est pas pour ça que je vais le faire. Ah ouais, ah ouais. « Ouais, c'est un moyen plus facile », non, pour vous, mais moi, c'est ma fierté, ma dignité.

Estelle : Beaucoup des femmes se prostituent ?

Angélique : Ouais, ben toutes. Toutes. C'est pour ça qu'il y en a qui me mettent dans le lot. Mais non, non, non. « Pourquoi tu viens là ? tu travailles ? », « ouais, à la boucherie ou à la déchetterie ».

[...]

Estelle : Vous avez déjà eu plus de difficultés, des jugements ?

Angélique : Moi, j'ai mis tout le monde... J'ai réglé tout le monde, j'allais dire même les fumeurs, ils essayaient de me prendre pour une pute quoi. Non, moi j'ai mis cartes sur table. Ça insiste, ça insiste. Jusqu'à maintenant ça insiste. Mais voilà, moi je leur fais montrer que moi, je suis [incompréhension], parce que je fume ton truc et après, je me casse. Maintenant, ils sont tous au courant ! Ils veulent même plus me voir.

[...]

Estelle : Et sinon, hors les fumeurs, est-ce qu'on vous a déjà fait des remarques parce que vous fumiez ?

Angélique : Aussi. On m'a dit : « ouais, t'es une femme, tu dois faire la pute ». Même les femmes, les femmes même, elles me disent : « ouais, t'es là, t'es à côté de nous, t'as envie de fumer, va donner ton cul ». Non.

Estelle : En général, vous vous entendez mieux avec les hommes ou avec les femmes ?

Angélique : Avec les hommes, je m'entends mieux. Je suis plus proche des hommes que des femmes. Les femmes, c'est des trucs de cancans, de jalousie. Chez les hommes, c'est mieux. Mais j'aime mieux. J'aime mieux. Depuis que je suis gamine, j'aime mieux.

[Angélique, 45 ans, CAARUD, Guyane]

Angélique légitime aussi sa position (préférer les hommes et dénigrer les femmes) en ramenant ce choix comme étant un goût « *depuis gamine* ». Plus généralement, c'est une manière de contester les normes associées au monde social des drogues et de ne pas être associée à la figure de la « *pute* ». Ce discours de distinction réitère la frontière classique du « elles/moi », qui permet de se tenir à distance d'une identité collective stigmatisée. La frontière « eux/nous », où ici « elles/moi » est une thématique abordée à de nombreuses reprises en sociologie générale. On peut par exemple penser à Norbert Elias et à John Scotson et leur concept de « minorité du

pire » qui montre que tout le monde souhaite échapper à cette minorité, même les personnes qui la constituent (Elias et Scotson, 1965). Elle rejoint aussi les analyses interactionnistes sur les étiquettes et l'opposition entre « individus discrédités » et « individus discréditables » (Goffman, 1968 ; Darmon, 2008). En bref, on peut dire que les usagères des CAARUD et des CSAPA réitèrent cette opposition propre aux classes populaires pour s'assurer la position la moins dégradée dans l'espace social. Toutefois, ce rejet des autres femmes dans le discours contraste parfois avec les observations en institution. En Guyane notamment, les femmes qui dénoncent la jalousie et l'hypocrisie féminine sont aussi celles que j'ai vu discuter, rire et fumer entre elles dans les CAARUD. Ce paradoxe invite à considérer ces représentations comme des constructions situées, à la fois produits des rapports de genre dans un univers masculin et ressources symboliques permettant de se protéger d'un stigmat collectif. Mais elles ont aussi des effets pratiques : en entretenant une image dévalorisée des autres femmes, elles contribuent à rendre les espaces non-mixtes moins attractifs, voire dissuasifs, pour certaines usagères. Le non-recours à ces institutions ne relève donc pas seulement de contraintes institutionnelles, mais aussi de logiques de distinction symbolique et de hiérarchisation entre usagères.

La présence masculine et les violences de genre comme barrière

Les violences de genre subies par les usagères sont exercées en grande partie par des hommes, qu'il s'agisse d'autres usagers ou de professionnels. Elles prennent deux formes principales. La première est le harcèlement sexuel au sein des structures, déjà documenté par plusieurs études (Mutatayi, 2014 ; Fédération Addiction, 2016 ; Schmitt, 2022), et qui ressort fortement dans les entretiens. Alice et Charlène décrivent ainsi l'inconfort permanent d'être « la seule femme » dans un espace saturé de regards masculins, contraignant à limiter leur présence ou à développer des stratégies de défense (se forger une « carapace », éviter certains créneaux, adapter leur tenue).

Alice : En fait, moi je veux pas me jeter des fleurs, mais je sais qu'on m'a toujours dit que j'ai des beaux yeux et constamment, je me fais draguer. Moi, ça me saoule, j'en ai marre. C'est pour ça que quand je viens au [nom de la structure] des fois le matin, c'est accueil, je vois qu'il y a que des mecs et je me sens pas à l'aise. En plus, je rentre, je suis la seule meuf, ils me regardent tous. Putain ça craint. Ça craint. J'essaye de faire abstraction. Je vais voir les gens que je connais, je leur dis bonjour. Après les autres, je calcule pas !

Estelle : Tu as déjà vécu des moments où tu t'es dit : là, je suis pas à l'aise ?

Alice : Des fois, quand je rentre... Moi, j'essaye de venir l'après-midi parce que je sais que l'après-midi, il y a pas d'accueil et du coup, il y a personne. Mais des fois, quand je viens le matin parce que j'ai envie de boire un café, parce que j'ai envie de discuter, je prends mon café et vite, je sors fumer mon joint parce que je me sens pas à l'aise, parce que justement il y a beaucoup d'hommes.
[Alice, 25 ans, CSAPA, Île-de-France]

Le récit de Charlène illustre bien la mise en place de stratégies de neutralisation du genre, par lesquelles les femmes réduisent volontairement les signes extérieurs de féminité (vêtements masculins, absence de maquillage) afin de limiter l'exposition aux regards et au harcèlement. Ces tactiques s'inscrivent dans un registre plus large d'autodéfense féminine en contexte de précarité, documenté notamment par Maryse Marpsat (1999), où l'adoption d'une « carapace » et d'une posture de dureté visent à garantir la sécurité dans des environnements masculins. Le récit met aussi en évidence que les rapports de genre ne se jouent pas seulement entre hommes et femmes, mais traversent également les relations entre femmes, marquées par la concurrence et les tensions autour des attentes hétérosexuelles dans ces espaces.

Charlène : Il y a déjà eu des hommes qui m'ont dragué mais ils savent très bien que je me laisse pas faire et je mets les stop dès le début, je suis très cash [rires] voilà.

Estelle : Et ça, c'est un trait de personnalité que vous avez développé ?

Charlène : Par l'expérience et au fur et à mesure ouais. Tu te fais une carapace, t'as pas le choix. Tu te fais une carapace de méchante. Au moins, pour être sûre d'être tranquille quoi. Je m'habille jamais en jupe, je suis toujours en tenue, jogging ou jeans basket avec une veste de gars. La sacoche qui fait un peu masculin, je me fais pas chier comme ça [rires]. Bah c'est ça, t'as pas le choix, c'est comme ça. Il suffit que tu te maquilles ou que tu te t'habilles ne serait-ce qu'en mini-jupe, maquillée, ou ne serait-ce que machin, tout de suite c'est... Oh, on est pas des bout de viande hein. T'arrives des fois dans les associations, les mecs ils te voient, que t'es nouvelles, ils te voient, t'es un peu mignonne, t'as un petit charme ou quoi ou qu'est-ce, ça y est il te regarde comme si t'étais un bout de viande oh. On est pas de la chair humaine hein, faut arrêter. Parce que t'es une meuf, ça y est, on est des proies faciles, parce qu'on est des meufs à la rue, donc il faut vite mettre le stop dès le début quoi. Dès le début faut montrer qui t'es parce que sinon tu te fais bouffer, ah bah c'est sûr... Puis les hommes c'est des chacals. T'arrives dans des associations, t'as des mecs ça y est t'es une meuf youpi youpi, non c'est pas ça [rires]. C'est pas le monde des bisounours, faut arrêter ah non non. Donc voilà, faut se créer une carapace t'as pas le choix en tant que femme, t'as pas le choix non.

[...]

Estelle : Et par rapport aux relations hommes-femmes par exemple, est-ce que vous pensez que ça entraîne des difficultés ?

Charlène : Bah tu vas être, un exemple tu vas être dans un groupe où y a des femmes et y a des hommes, y a un homme qui va te plaire puis ça va être la bagarre, l'autre va essayer de le draguer en sachant qu'elle sait qu'il te plaît fin, c'est ah oui oui, ça m'est arrivé, j'ai vécu l'expérience. J'étais dans un groupe d'homme, y a un homme spécifique qui va te plaire mais forcément t'as ta pote, soi-disant ta pote qui va... puis après c'est source de problèmes donc. Ça m'est déjà arrivé, après je sais pas si ça arrive souvent mais en tout cas moi j'en ai vécu l'expérience, c'est d'ailleurs pour ça que j'ai pratiquement pas d'amie fille [rires]. J'ai une amie fille mais elle est très masculine donc ça va [rires].

[Charlène, 43 ans, CSAPA, Île-de-France]

Encadré 15 - Les violences vécues par les usagères au cours de la vie, au-delà des institutions

Les enquêtes statistiques et qualitatives montrent que les femmes consommatrices de drogues sont particulièrement exposées aux violences dans leur vie (Benoît et Jauffret-Roustide, 2016). Ces violences peuvent être physiques, psychologiques ou sexuelles, et elles concernent une proportion élevée de femmes consommatrices, plus encore que dans la population générale (*Ibid.*). Les données de l'enquête ANRS-Coquelicot mettent en évidence une surexposition massive des usagères aux violences : près de 90 % en ont subi au cours de leur vie et plus d'une sur deux des violences sexuelles, soit des taux très supérieurs à ceux observés dans la population générale. Ces violences sont multiples (verbales, psychologiques, physiques, sexuelles) et se cumulent. Plus d'une femme sur deux en a encore subi dans l'année écoulée, signe que les violences constituent une expérience récurrente et structurante de leur quotidien.

Tableau 23 - Prévalence des violences au cours de la vie et de la dernière année

Type de violences vécues	%
Au moins une violence déclarée au cours de la vie	89,8
Verbales	79,2
Psychologiques	74,6
Physiques	67,7
Sexuelles	52,4
Au moins une violence déclarée au cours de l'année	53,2
Verbales	45,8
Psychologiques	34,1
Physiques	30,1
Sexuelles	9,2

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 89,8 % des femmes ont déclaré avoir vécu au moins une violence au cours de leur vie.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Notes : Les variables « au moins une violence au cours de la vie » et « au moins une violence au cours de l'année » comprennent les violences verbales, psychologiques ou morales, physiques et sexuelles.

Ces chiffres (les expériences de violences sont aussi très largement rapportées dans le volet qualitatif de l'enquête) rappellent que les violences vécues en institution (harcèlement sexuel, propos sexistes, jugements moraux) s'inscrivent dans un continuum de violences plus large (Kelly, 1988), qui traverse les parcours des femmes qui consomment des drogues. Autrement dit, les institutions ne constituent pas seulement des espaces de soins : elles peuvent aussi reproduire ou réactiver des expériences de domination déjà omniprésentes dans la vie des enquêtées.

La seconde forme des violences de genre dans les institutions, plus minoritaire dans cette enquête mais significative, est le sexisme professionnel : propos déplacés, jugements moraux sur la sexualité ou la maternité, comportements intrusifs. Ces violences institutionnelles peuvent avoir des effets durables en dissuadant les femmes de recourir aux institutions, voire en entraînant du non-recours. Dans mon enquête, ce type de situation n'a été rapporté que par une usagère, cela ne signifie pas pour autant que ces comportements sont anecdotiques. En effet, certains comportements sexistes ne sont pas toujours identifiés comme tels par les femmes elles-mêmes, car intégrés dans les interactions ordinaires, ce qui peut expliquer une sous-déclaration dans les entretiens. Ces violences peuvent avoir des effets dissuasifs durables sur le recours. Les institutions ne sont pas des espaces neutres, elles sont traversées par des rapports de genre, qui nuisent au recours des femmes (Perrin, 2022).

Au-delà de la violence ne serait-ce que la sur-présence masculine, d'usager et/ou de professionnel·les peut entraver le recours. Imène rappelle cette méfiance qu'elle a lorsqu'elle voit uniquement des hommes dans une institution.

Imène : Et puis j'ai vu qu'il y avait que des hommes en plus, ça m'a fait un peu flipper. Là, je vous le dis franchement, ça fait plaisir qu'il y ait des femmes dans la structure.

Estelle : Parmi les éducateurs ?

Imène : Parmi les éducateurs parce que quand il y en a pas, qu'il y a que des hommes, c'est chaud. Là par contre, je pourrais pas revenir s'il y a pas de femmes, au moins qu'il y en ait au moins une. Il faut des femmes. Malheureusement, c'est ça, le problème des femmes, c'est que dans les structures, il y a pas de femmes, il y a pas de femmes qui travaillent. Ça fait que t'as du mal, les

femmes d'extérieur à venir. C'est vrai, c'est logique. C'est comme là-bas, il y a deux femmes qui y vont.

Estelle : En tant qu'usagères ?

Imène : Usagers, usagers. Il y a deux femmes. Donc, c'est bien déjà. Mais c'est pas assez. Il y a pas assez de femmes, il y a trop d'hommes.

Estelle : Le fait qu'il y ait des éducatrices, pour vous c'est une manière d'avoir une relation plus sécuritaire ?

Imène : Oui, oui.

Estelle : C'est quoi qui vous plaît là-dedans ? Vous pouvez parler librement ?

Imène : Ouais, voilà c'est ça.

Estelle : Avec un homme, vous vous sentez moins

Imène : Après ça dépend, ça dépend des hommes. Moi, je regarde beaucoup le physique parce que je pourrais mieux lui parler à lui qu'aux autres. Untel, je le connais plus. Les autres, je les connais peu. J'ai un peu la méfiance. Pas parce qu'ils sont éducateurs, mais je sais pas.

Estelle : C'est un sentiment quoi.

Imène : Voilà, je sais pas ce qu'il va penser de ça.

[Imène, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

La surreprésentation masculine dans ces espaces tend à les rendre dissuasifs pour les femmes. La présence de femmes professionnelles, y compris au sein des équipes, constitue alors une condition importante d'accessibilité et favorise l'établissement d'un lien de confiance. En l'absence de figures féminines, les usagères développent des stratégies d'adaptation qui passent par une évaluation individuelle des attitudes ou de l'apparence physique des hommes présents, dans un contexte marqué par une vigilance constante.

La disqualification institutionnelle : jugements et scepticisme

Les usagères peuvent se sentir illégitimes à recourir aux soins. Cette illégitimité peut être renforcée par les refus de soins auxquels elles sont confrontées par des médecins, des pharmaciennes (jugement moral, refus de prise en charge), par un phénomène de méfiance médicale envers les femmes usagères notamment si elles sont mères (Simmat-Durand, 2009). Elles sont disqualifiées par certains acteur·rices comme des patientes valides. Cette disqualification s'illustre dans le cas de Margaux, déjà présentée dans le chapitre 3 qui correspond au premier *cluster* de la typologie. Margaux habite à Paris, est célibataire, en arrêt maladie et est diplômée d'un doctorat. Elle souffre de dépression et d'anxiété depuis qu'elle est jeune adulte. Elle consomme aussi de l'alcool depuis ses 18 ans, et sa consommation

l'accompagne depuis toutes ces années. Ses problèmes de santé mentale l'ont conduite à engager un grand nombre de démarches médicales pour se soigner : consultations, psychothérapie, hospitalisation, hôpital de jour... Lors ces prises en charge, elle évoque sa consommation d'alcool qui lui paraît très problématique avec les professionnel·les, elle exprime une difficulté à en interrompre l'usage. Néanmoins, sa prise en charge pour ses problèmes d'alcool est très tardive dans son recours. Elle explique cette négation de problématique dans cet extrait :

Estelle : Sur la consommation d'alcool, est-ce que vous êtes prise en charge, peut-être pas à 19 ans mais après ?

Margaux : Bien plus tard ! Beaucoup, beaucoup plus tard. C'est une question que j'ai abordée... En fait, il y a toujours eu le sentiment de mon côté qu'on prenait en charge la dépression, mais très peu l'aspect alcool alors que je le disais. Je cachais pas que je consommais. Par contre, j'ai la sensation que ça a eu du mal à être entendu et à être pris en charge. Tant et si bien que, pour moi, la vraie prise en charge intervient que il y a 3 ans, quand je suis allée voir un psychiatre, un nouveau psychiatre. Et là, je lui ai dit que je venais parce que j'avais un problème avec l'alcool, uniquement. Je voulais qu'on s'occupe de ça uniquement. Ça, ça date d'il y a 3 ans et demi je pense. Entretemps, à chaque fois que j'ai parlé d'alcool, le sujet était un peu mis de côté pour se concentrer sur la dépression. Du coup l'alcool était complètement passé à la trappe et moi, je continuais de consommer, de consommer, de consommer, de consommer, sans que ce soit pris en compte du tout, il me semble, dans ma prise en charge médicale.

[Margaux, 40 ans, CSAPA, Île-de-France]

Son entrée tardive en CSAPA est liée à la non prise en compte de ses besoins par son médecin qui a plutôt mis l'accent sur ses problèmes de santé mentale. Une recherche américaine montre que les troubles de santé mentale sont une porte d'entrée dans l'addictologie pour les femmes : « Aux Etats-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 liées 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). » (Escots et Suderie, 2013). Cela pourrait s'expliquer notamment par le lien qui est fait entre usage de drogues et troubles de santé mentale pour les femmes : « Ces résultats rejoignent ceux de la littérature internationale, qui rapportent deux dynamiques opposées entre hommes et femmes dans l'entrée dans les conduites addictives, avec d'un côté des hommes qui vont plutôt manifester des troubles psychiatriques a posteriori, tandis que pour les femmes c'est plutôt la présence de troubles qui est susceptible de conduire à l'usage de produits » (Beck *et al.* 2017). Dans le cas de Margaux, il semble que sa prise en charge dans le secteur de la santé

mentale est un frein pour sa prise en charge en addictologie. Son entrée en CSAPA il y a trois ans, soit presque vingt ans après le début de sa consommation d'alcool problématique selon elle, montre le temps long qui se produit entre l'expression d'un besoin ou d'une attente chez l'usagère et les réponses médicales et institutionnelles qui sont apportées. Cela est accentué par son profil, elle correspond à une jeune femme diplômée, elle déclare notamment « *j'avais pas la tête de l'alcoolique* ». Parce qu'elle ne correspond pas au profil social et genré attendu de « l'alcoolique », Margaux n'est pas reconnue comme légitime à revendiquer une prise en charge en addictologie. Ce biais de représentation, documenté dans la littérature, conduit à relativiser ou à minimiser les déclarations des femmes, leurs plaintes étant souvent rabattues sur des troubles psychiques ou émotionnels (Aïach *et al.*, 2001 ; Simmat-Durand, 2009). Dans son cas, la dépression a été privilégiée comme diagnostic, au détriment d'une prise en charge conjointe de l'alcool. Cette disqualification révèle que les normes implicites des médecins peuvent participer à retarder l'accès aux soins en addictologie pour les femmes.

Dans les autres entretiens réalisés, peu de discriminations liées au soin ou à la réduction des risques sont rapportées de manière explicite par les usagères. Cette absence relative doit toutefois être nuancée car elle peut refléter autant une réalité qu'un effet des conditions de l'enquête. Le moment de l'entretien constitue un cadre particulier, où la relation enquêtée/enquêtrice peut influencer la manière dont les récits sont formulés. Certaines expériences discriminatoires peuvent aussi être intériorisées, banalisées ou difficiles à nommer, ce qui contribue à leur faible verbalisation. À ce titre, les résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot, qui documente l'existence de discriminations dans l'accès aux soins, rappellent que ces phénomènes existent bel et bien, et qu'ils peuvent avoir des effets, en fragilisant le maintien dans la durée des prises en charge, même lorsque le « premier » recours n'est pas directement entravé.

Refus et discriminations dans le soin : analyses statistiques

Dans l'enquête ANRS-Coquelicot, plusieurs questions (voir encadré 16) étaient posées aux usager·es concernant les discriminations, les insultes et les violences qu'ils et elles auraient pu vivre au cours de leurs vie et les causes qui y sont associées selon eux et elles dans le secteur médicosocial et sanitaire. Il était donc question de refus de prise en charge dans divers espaces ou auprès de différent·es professionnel·les.

Encadré 16 - Questions sur le refus de prise en charge présentes dans le questionnaire ANRS-Coquelicot

En dehors de refus liés à des questions pratiques (trop de monde en consultation, ordonnance périmée etc.), avez-vous déjà été confronté en France à un refus...

Citer – une seule réponse possible par ligne

- ❖ 1 De la part d'un pharmacien de fournir des traitements de substitution alors que vous aviez une ordonnance en bonne et due forme
- ❖ 2 De la part d'un pharmacien de vous délivrer des seringues et/ou un kit
- ❖ 3 De la part d'un médecin de vous prescrire des traitements de substitution
- ❖ 4 De prise en charge aux urgences
- ❖ 5 De prise en charge par un médecin généraliste
- ❖ 6 De prise en charge dans un CSAPA (c'est à dire un centre de soins en addictologie ou en alcoologie)
- ❖ 7 De prise en charge dans un CAARUD (c'est-à-dire un centre de réduction des risques)
- ❖ 8 D'aide de la part de la police

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Ne sait pas)
- 4 (Non concerné)

Suite à ces questions, et pour les personnes qui déclaraient avoir expérimenté un ou plusieurs refus, les enquêteur·rices les questionnaient sur l'année où cela était arrivé pour la dernière fois, et la fréquence de ces refus (rarement, parfois, souvent, systématiquement).

Les résultats mettent en évidence l'ampleur des refus de prise en charge auxquels les usagères ont été confrontées au cours de leur vie dans différents contextes du système médical et médicosocial (voir tableau 24). Plus d'un tiers d'entre elles (34,2 %) déclarent avoir vécu au moins un refus, ce qui souligne la fréquence et la diffusion de ces expériences de discrimination institutionnelle. Les données révèlent en particulier le rôle central des pharmacies dans ces situations : 18,6 % des femmes rapportent un refus de délivrance d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) malgré une prescription valide, et 12,2 % un refus de seringues. Ces chiffres, relativement élevés, traduisent les tensions persistantes autour de la légitimité de la prescription des TSO et de l'accès aux outils de réduction des risques. Du côté médical, les refus concernent également les médecins prescripteurs (16,8 % pour les TSO), les médecins généralistes (12,8 %)

et les services d'urgence (10,3 %). Ces résultats suggèrent que les usagères rencontrent des obstacles notables dans des lieux supposés assurer une prise en charge inconditionnelle. Ils mettent en lumière un scepticisme persistant vis-à-vis des demandes des patientes, qui peut être interprété à la fois comme un effet de stigmatisation liée à l'usage de drogues et comme une méfiance envers leur légitimité à recevoir certains soins. En revanche, les structures spécialisées du secteur apparaissent comme relativement protectrices : seuls 3,1 % des femmes rapportent un refus en CSAPA et 2,7 % en CAARUD. Ces chiffres montrent que ces institutions jouent un rôle essentiel en garantissant un accès plus sûr et moins discriminant aux soins et à la réduction des risques. Dans l'ensemble, ce tableau met en lumière une géographie différenciée de la discrimination : les refus sont particulièrement fréquents dans les espaces généralistes (pharmacies, médecine de ville, urgences), c'est-à-dire là où les usagères sont le plus exposées à des interactions institutionnelles ordinaires. Les espaces spécialisés apparaissent comme des lieux d'accès plus sécurisés. Cette asymétrie contribue à expliquer pourquoi de nombreuses femmes privilégient ou se replient vers les institutions spécialisées.

Tableau 24 - Refus de prise en charge dans le système médical ou médicosocial au cours de la vie déclarés par les usagères (%)

	Oui	Non
Refus pharmacien TSO	18,6	81,4
Refus pharmacien seringue	12,2	87,8
Refus médecin prescription TSO	16,8	83,2
Refus prise en charge aux urgences	10,3	89,7
Refus de prise en charge médecin généraliste	12,8	87,2
Refus de prise en charge CSAPA	3,1	96,9
Refus de prise en charge CAARUD	2,7	97,3
Au moins un refus	34,2	65,8

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 18,6 % des femmes ont été confrontées en France à un refus de la part d'un pharmacien de fournir des traitements de substitution alors qu'elles avaient une ordonnance en bonne et due forme.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

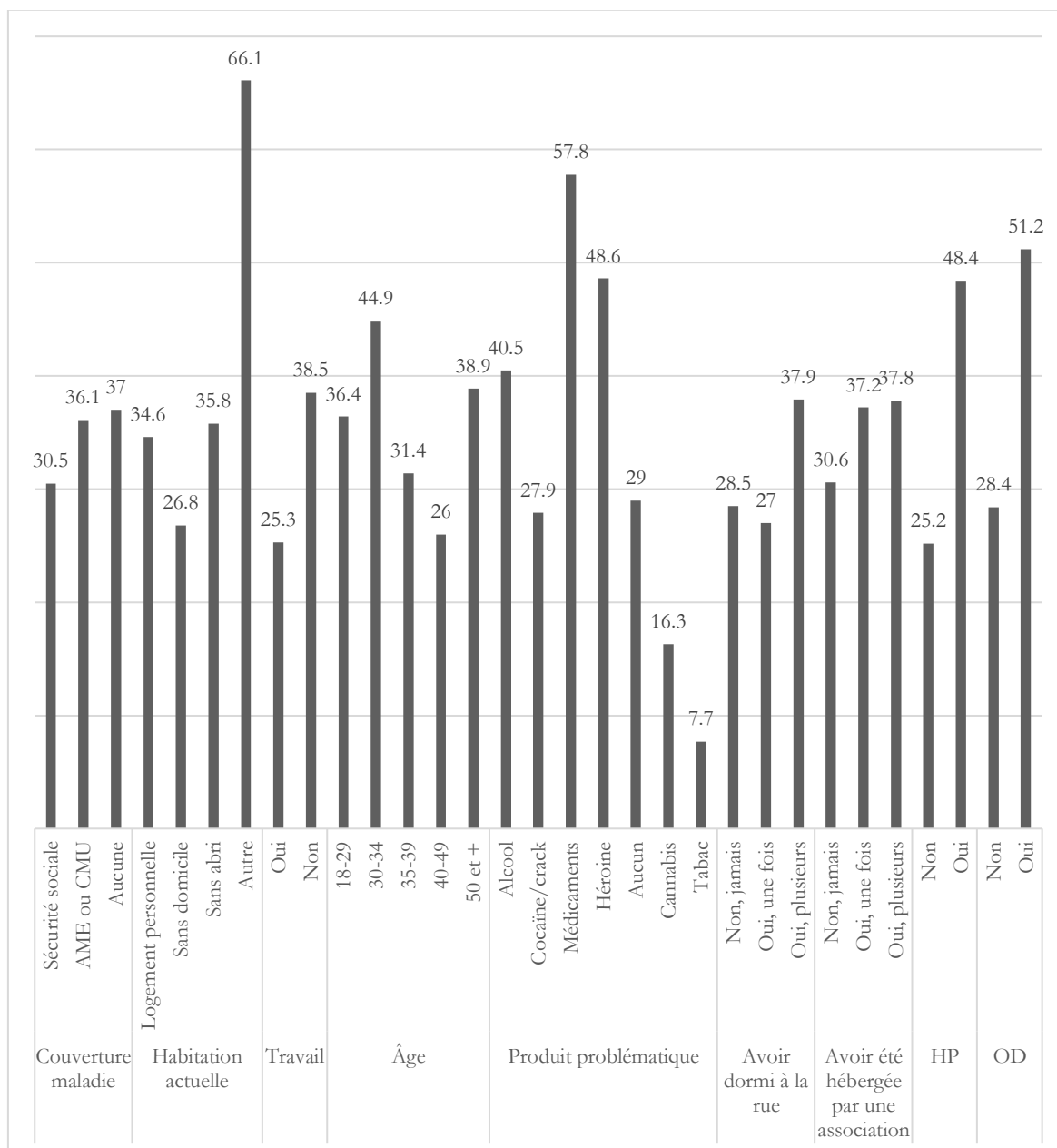
Note : La modalité « non » comprend les personnes qui n'ont pas vécu ce refus, les personnes non concernées et les personnes qui ne savent pas.

Le questionnaire proposait aussi pour les personnes qui avaient déjà fréquentées un service d'urgence au cours du dernier mois (soit 30 personnes) de donner leur avis quant à leur satisfaction vis-à-vis de ce service. 6 personnes n'étaient pas satisfaites de leurs passages aux urgences et en ont expliqué les raisons (verbatim recodés par l'enquêteur·rice au moment de la passation) :

- « Il y a un médecin qui m’a dit qu’il ne fallait pas en prendre de drogues et c’est de la moquerie c’est vraiment gratuit. Je n’ai jamais été aussi mal accueilli aussi mal prise en charge » ;
- « Ils m’ont recalé la dernière fois que j’y suis allée j’ai attendu 18 heures et je n’ai pas vu de psychiatre alors que j’étais suicidaire et que je demandais à me faire hospitaliser » ;
- « Ils refusent de me soigner » ;
- « Pas sympa avec moi » ;
- « Soit ils ne prennent pas au sérieux, soit ils ne traitent pas correctement » ;
- « Négligence et indifférence à l’égard de la vie humaine » (verbatim en russe, traduit).

Afin de connaître les propriétés sociales des personnes concernées par ces discriminations de soins, plusieurs traitements statistiques ont été réalisées (figure 24). On observe que la couverture maladie, le type d’habitation ou le fait de travailler ne permettent pas de mettre en avant des tendances très marquées. Concernant l’âge, les femmes de 30-34 ans sont les plus touchées (près de 44,9 %), les femmes de 40-49 ans sont moins concernées (26 %). Les usagères qui déclarent les médicaments (57,8 %) ou l’héroïne (48,6 %) comme leur principal produit problématique pour elles sont beaucoup plus concernées par les refus de prise en charge que les usagères qui mentionnent notamment le cannabis (16,3 %). Cela indique un traitement différencié selon la drogue consommée. La précarité résidentielle est un élément qui semble peu corrélé au refus de prise en charge, même si on observe une proportion légèrement plus élevée chez les femmes qui ont dormi à la rue plusieurs fois. Enfin, les femmes qui ont déjà expérimenté une hospitalisation en psychiatrie (48,4 %) ou des overdoses (51,2 %) sont plus nombreuses à être concernées par les refus de prise en charge. Ces deux variables ainsi que le type de produit problématique (médicaments, héroïne) sont celles dont les taux de refus déclarés apparaissent les plus élevés dans l’échantillon (tests du khi-deux significatifs). La probabilité d’être confrontée à une situation de refus semble étroitement liée à la fréquence du recours : plus une usagère consulte un·e pharmacien·ne ou se rend aux urgences – comme c’est souvent le cas des usagères injectrices – plus elle s’expose à des risques de discrimination. Dans cette perspective, les usagères de crack apparaissent relativement moins concernées, dans la mesure où elles recourent moins à ces services, n’étant le plus souvent pas engagées dans des pratiques d’injection.

Figure 24 - Refus de prise en charge déclaré selon les propriétés sociales, les expériences de santé et de précarité des usagères



Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Test du khi-deux : Couverture maladie : $p < .1$. Habitation actuelle : $p < .5$. Travail : $p < .05$. Age : $p < .5$. Produit problématique : $p < .001$. Avoir dormi à la rue : $p < .001$. Avoir été hébergée par une association : $p < .05$. Hospitalisation en psychiatrie (HP) : $p < .001$. Overdose (OD) : $p < .001$.

Lecture : 30,5 % des femmes couvertes par la sécurité sociale ont vécu une expérience de refus de prise en charge dans leur vie.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Note : La variable « refus de prise en charge » (oui/non) combine 7 variables : « refus de la part d'un pharmacien de fournir des TSO », « refus de la part d'un pharmacien de délivrer des seringues », « refus de la part d'un médecin de prescrire des TSO », « refus de prise en charge aux urgences », « refus de prise en charge par un médecin généraliste », « refus de prise en charge dans un CSAPA » et « refus de prise en charge dans un CAARUD ».

Le croisement réalisé avec la variable de la CAH¹⁷⁷ présentée dans le chapitre 3 vient corroborer les tendances anticipées précédemment, c'est-à-dire que les discriminations sont principalement vécues par des usagères d'opiacés (héroïne, médicaments) et sous TSO. Il apparaît que 64,1 % des usagères du deuxième *cluster* ont déjà été confrontées à un refus, ce qui s'explique par leur profil : il s'agit principalement d'usagères de médicaments en situation de précarité, souvent d'anciennes consommatrices d'héroïne. Les usagères du troisième *cluster* sont également fortement concernées, près de la moitié d'entre elles (48,1 %) ayant expérimenté un refus.

Tableau 25 - Tri croisé : refus de prise en charge déclaré et *clusters* de la CAH

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	p-value
Non	82,1 (87)	35,9 (28)	51,9 (27)	69,6 (103)	<0,001
Oui	17,9 (19)	64,1 (50)	48,1 (25)	30,4 (148)	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 82,1 % des individus du premier cluster (87 individus) n'ont pas été confrontés à un refus de prise en charge.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Afin d'approfondir cette observation, une régression logistique a ensuite été réalisée (voir tableau 26). Celle-ci met en avant que les usagères qui déclarent que les médicaments sont un problème pour elles présentent une probabilité presque trois fois plus élevée de rapporter un refus de prise en charge, comparées à celles déclarant l'alcool, toutes choses égales par ailleurs. Les probabilités de vivre une discrimination dans le soin apparaissent plus élevées chez les femmes ayant déjà connu une overdose et chez celles ayant dormi à la rue de manière répétée. Il est possible de considérer que ces deux dimensions ne sont pas indépendantes : la précarité résidentielle pouvant constituer un facteur aggravant du risque d'overdose, et leur cumul semble exposer davantage encore les usagères à des discriminations dans l'accès aux soins. Une telle configuration met en lumière l'existence de vulnérabilités croisées.

¹⁷⁷ Classification ascendante hiérarchique.

Tableau 26 - Expérience de refus de prise en charge : analyse toutes choses égales par ailleurs

Variables indépendantes	OR	2,5 %	97,5 %	
(Intercept)	0,22	0,10	0,45	***
Produit problématique				
Cocaïne ou crack	0,91	0,47	1,81	
Médicaments (opioïdes, benzodiazépines, TSO)	2,74	1,28	5,96	**
Héroïne	1,90	0,70	5,19	NS
Aucun	0,81	0,37	1,75	NS
Cannabis	0,37	0,12	1,03	.
Tabac	0,44	0,11	1,41	NS
Alcool	réf.			
Overdose(s) au cours de la vie				
Oui	2,21	1,34	3,67	**
Non	réf.			
Hospitalisation en psychiatrie au cours de la vie				
Oui	1,82	1,16	2,88	**
Non	réf.			
Avoir dormi à la rue				
Oui, plusieurs fois	2,04	1,22	3,49	**
Oui, une fois	0,67	0,22	1,81	NS
Non	réf.			

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Test : *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, NS : non significatif.

Lecture : Indépendant du fait d'avoir fait au moins une overdose, d'avoir été hospitalisé en psychiatrie ou d'avoir dormi à la rue, les femmes qui déclarent que les médicaments sont les produits les plus problématiques dans leur vie ont 2,74 fois de probabilité de rapporter un refus de prise en charge par rapport à celles qui désignent l'alcool.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Les discriminations dans l'accès aux prestations, telles qu'elles apparaissent dans l'enquête à travers la question spécifique sur les refus, ne concernent pas toutes les femmes, mais semblent toucher plus particulièrement celles en situation de précarité consommatrices de médicaments ou d'opiacés. Il convient toutefois de rappeler que ces refus explicites ne constituent qu'une des formes possibles de discrimination. D'autres expériences plus diffuses – accueil froid ou stigmatisant, qualité d'écoute réduite, jugements implicites sur la consommation ou la parentalité – peuvent également affecter la relation de soin et participer au sentiment d'exclusion des usagers.

Contraintes diffuses : circulation des drogues et interconnaissance

Les acteur·rices qui contraignent le recours, les professionnel·les ou les usager·es principalement, contribuent aux non-recours (temporaire ou permanent) des femmes de plusieurs manières. Nous avons vu précédemment certains de ces éléments : présence masculine sur-visible, violences de genre, disqualification institutionnelle (scepticisme médical renforcé par les rapports de genre et d'âge), jugement moral, refus de soin. Il est à présent question d'éléments moins visibles façonnés par ces acteur·rices qui peuvent aussi être des entraves dans l'accès aux institutions ou à la continuité du recours. Parmi ces éléments, l'enquête met en évidence deux enjeux : la circulation des drogues (*deal*) dans les institutions qui peut entraver les motivations d'arrêt ou de gestion des usages de drogues, l'interconnaissance¹⁷⁸ dans les petits espaces (région, quartier) qui fait craindre la stigmatisation ou la perte d'anonymat.

1) La circulation des drogues dans les institutions

Fréquenter un CAARUD ou un CSAPA implique nécessairement de partager l'espace avec d'autres consommateur·rices de drogues. Ces institutions constituent en effet des lieux de socialisation, ce qui explique que certain·es usager·es choisissent de limiter leurs venues lorsqu'ils ou elles sont engagés·es dans une démarche de réduction ou d'arrêt de consommation (Condamine-Ducieux, 2023). Pour certaines femmes, cette coprésence représente un véritable enjeu, dans la mesure où elle peut raviver le désir de consommer et constituer un obstacle à leurs objectifs, qu'il s'agisse de diminuer, d'arrêter ou de poursuivre une consommation plus encadrée et moins risquée. C'est ce qu'explique Caroline, usagère de CSAPA francilienne.

Estelle : Avant le [CSAPA 1], est-ce que vous avez fréquenté d'autres structures ?

Caroline : Non. J'ai fait un passage à [CSAPA 2] pour avoir l'ordonnance initiale. Ce que j'ai vu, ça m'a pas tellement plu parce qu'ils parlaient que de galette, de caillou [crack].

Estelle : Les médecins ?

Caroline : Non, les gens qui venaient pour leur métha. Il y avait un super petit déjeuner, une grande table avec du Nutella, du miel, tout. C'est bien, je mange et j'écoute autour de moi parce que c'est des gens que je vois, que je connais mais je les côtoie pas. La nuit, ce qu'on entend, c'est ce que, eux, ils racontent la journée. Moi, je veux pas rester ici ! Je l'ai expliqué au médecin

¹⁷⁸ L'interconnaissance peut être définie comme un mode de relation sociale reposant sur la connaissance réciproque des individus, qu'elle soit directe ou indirecte par des tiers. Elle permet la régulation des interactions au sein d'un groupe ou d'un territoire, en facilitant la circulation de l'information et la production de confiance, mais elle peut également renforcer des formes de contrôle social ou d'exclusion.

comme quoi je voulais pas rester dans le centre, que moi j'habitais dans le [arrondissement], que ça faisait trop loin pour moi, parce que ça fait une trotte quand même avec [CSAPA 2].
[Caroline, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

De manière plus générale, cette dynamique n'est pas propre aux institutions spécialisées : elle se retrouve également dans certains groupes d'auto-support. Sabrina raconte ainsi avoir croisé, lors de ces réunions, des personnes cherchant davantage à vendre des produits qu'à s'engager dans un processus d'abstinence, ce qui a décrédibilisé à ses yeux l'intérêt de cette ressource.

Estelle : [nom d'un groupe d'auto-support], vous avez fait ?

Sabrina : Si, bien sûr. Mais j'ai pas besoin parce que la majorité des gens que j'ai trouvé là-bas, c'était des vendeurs. On dirait qu'ils étaient pas là pour la bonne... Je vous assure.

Estelle : Comment ça des vendeurs ?

Sabrina : « Oui, j'ai envie de me faire soigner », etc. Et après : « ah, elle était bonne », « on prend un café ? », « tiens, j'en ai ». Vous comprenez ?

Estelle : Ok

Sabrina : Ils vont chercher des clients.

[Sabrina, 44 ans, CSAPA, Île-de-France]

Au-delà de la circulation des drogues, l'interconnaissance au sein des institutions et des territoires constitue également un frein potentiel au recours, en raison des risques de reconnaissance, de jugement et de stigmatisation entre pairs.

2) *L'interconnaissance*

En Guyane, l'interconnaissance peut constituer un frein au recours des usagères aux institutions. Comme l'exprime un professionnel : « La Guyane c'est un grand village ! Tout le monde se connaît, tout se sait, y'a toujours un regard. C'est un poids très fort. » [Professionnel, CSAPA, Guyane]. Cette surveillance diffuse nourrit la peur du jugement et de la stigmatisation, en particulier pour les femmes qui dérogent aux normes familiales et maternelles¹⁷⁹. Dans ce contexte, consommer des drogues ou solliciter une prise en charge peut entraîner une disqualification sociale : « les gens se demandent pourquoi ce n'est pas une mère aimante comme toutes les autres mères ? On leur retire leur côté humain, on ne reconnaît plus leur place dans la société. » [Professionnel, CSAPA, Guyane]. Les récits de Raphaëlle et d'Angélique soulignent

¹⁷⁹ Cela est également le cas en Île-de-France, voir Simmat-Durand, 2007.

combien cette pression sociale se traduit par des ruptures relationnelles, du mépris ou des jugements moraux. Lors de l'entretien Raphaëlle m'explique par exemple que certaines personnes qu'elle connaît refusent de lui dire bonjour depuis qu'elle est à la rue. Une expérience l'a particulièrement attristé, celle d'une interaction avec un dealer qu'elle connaît depuis l'enfance et qui l'a ignoré pensant qu'elle se prostituait.

Raphaëlle : Les hommes on leur donne du crédit mais les femmes non. Direct c'est prostitution.
[Raphaëlle, 30 ans, association de RdR, Guyane]

Angélique née en Hexagone d'un père guyanais, qui vit sur le territoire depuis sa majorité déclare à propos des jugements :

Estelle : Vous vous plaisez ici ?

Angélique : Oui et non. Oui, parce que c'est un beau pays et non, parce que la mentalité, elle est nulle. La mentalité, c'est horrible. Tout le monde s'occupe des gens, ça juge. C'est horrible, c'est horrible, c'est horrible. C'est pour ça que j'ai dit à vos collègues, la dernière fois j'ai dit : « mais j'espère que vous allez pas rester ».

[Angélique, 45 ans, CAARUD, Guyane]

Comme l'a montré Stéphanie Condon (2014) à propos des territoires ultramarins, la concentration résidentielle renforce cette visibilité sociale et limite les marges de retrait ou de dissimulation. L'insularité des territoires¹⁸⁰ « entraîne un coût social et économique important pour celles qui souhaiteraient partir, accentue cet enfermement. Elle présente aussi des risques pour les femmes vivant des situations de violences conjugales ». Tout peut se savoir ce qui rend l'échappatoire complexe pour les victimes de violences. Toutefois, l'interconnaissance peut aussi devenir ressource : lorsqu'il existe des liens de proximité ou d'attachement, elle favorise parfois la compréhension et l'empathie de la part des professionnel·les ou du voisinage, en particulier dans les relations d'accompagnement social, moins visibles dans le champ médical.

Je suis de l'autre côté de la grille, je parle avec l'équipe, les usagers viennent récupérer du matériel. Un usager que je n'avais jamais croisé, voit Edith [professionnelle, CAARUD Guyane] et lui dit « ça va la couz ? ». Étonnée, je demande à Edith une fois qu'il est parti si c'est véritablement son cousin. Elle me répond par l'affirmative, et me dit que sa famille est grande et que donc ça arrive

¹⁸⁰ Si la Guyane n'est pas une île, « la concentration résidentielle de la population sur la bande côtière rend similaire le contexte d'interconnaissance » (Condon, 2014).

dans certaines familles qu'il y ait des personnes qui consomment et qui viennent dans le CAARUD. Elle me dit que le territoire est petit donc souvent ils et elles se connaissent entre eux·elles, et si les usager·es ne font pas directement partie·es de leurs familles, certain·es d'entre eux·elles font parties de famille voisine, donc il y a beaucoup de proximité avec les gens. Elle me dit aussi que ce qui est bien c'est que les personnes ont souvent connu les usager·es avant qu'ils et elles consomment, ils connaissent leur famille donc les juge moins que s'ils n'avaient aucun attachement à eux.

[Extrait du JT]

Selon Edith, la proximité relationnelle ou familiale entre les professionnel·les et usager·es peut être une ressource car cela renforce l'empathie du côté des professionnel·les et met l'usager·es plus en confiance. Cette configuration observable pour les relations d'accompagnement social, semble être plus marginale dans des relations de soins puisque les médecins sont davantage métropolitain·es.

En Île-de-France, la question de l'interconnaissance apparaît plus marginale, mais elle n'est pas absente. Elle apparaît notamment dans le récit d'Emma, originaire d'une petite ville du Sud de la France, qui décrit la stigmatisation permanente à laquelle elle était confrontée dans sa région d'origine, où « *tout le monde savait* » qu'elle consommait, avant de trouver en Île-de-France un relatif anonymat :

Emma : Oui, oui, à [CAARUD de province]. Après, tout le monde le savait, c'était pas un secret de polichinelle. Tout le monde le savait qu'on est toxicomane, même si j'avais des arrêts et tout ça. Tout le monde savait que j'avais un problème avec ça. Ici, non, c'est pas ça qu'on voit en premier, et tant mieux. Au moins, j'ai le plaisir de pouvoir me présenter sans que j'aie l'étiquette toxicomane parce que, toxicomane de toute façon, on l'est à vie. C'est comme un alcoolique, il est alcoolique à vie. Faudra toujours faire attention, sinon ça va vite.

[Emma, 39 ans, CAARUD, Île-de-France]

La densité urbaine semble ici protéger partiellement du stigmate, en rendant la reconnaissance sociale moins immédiate. Ce constat rejoint les analyses de Sarah Perrin et Clément Reversé (2022), qui montrent que l'interconnaissance pèse davantage dans les espaces ruraux : « Les jeunes femmes résidant en milieu rural semblent davantage dissimuler leurs pratiques de vente et de consommation que les jeunes femmes résidant en milieu urbain, afin de limiter les risques réputationnels liés aux liens d'interconnaissance. [...] En ce sens, la très large majorité de l'usage – revente rural et féminin doit se faire en parallèle de stratégies de dissimulation et d'évitement du stigmate. ». Dans l'enquête menée en Île-de-France, à

l'exception du cas d'Emma qui renvoie à son expérience en milieu rural, la question de l'interconnaissance n'a pas été mise en avant par les autres usagères rencontrées en contexte urbain.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a montré comment les conditions du recours des femmes usagères se construisent à l'articulation des territoires, des organisations médicosociales et des acteur·rices intermédiaires. Au niveau macro, la comparaison entre la Guyane et l'Île-de-France révèle une différence majeure : l'inégale distribution de l'offre de soins et d'accompagnement. L'Île-de-France se caractérise par un maillage dense et diversifié d'institutions et de prestations, offrant en théorie un accès élargi aux institutions existantes, tandis qu'en Guyane, l'offre demeure plus restreinte et segmentée, contraignant les recours. Cette inégale distribution conduit certaines femmes guyanaises à des mobilités contraintes pour accéder à une prise en charge adaptée, quand les franciliennes bénéficient d'une plus grande proximité institutionnelle. Mais au-delà de cette dimension territoriale, le recours est profondément façonné par l'intervention d'acteur·rices intermédiaires. Trois effets principaux se dégagent : des acteur·rices qui administrent : institutions judiciaires, médecins et psychiatres jouent un rôle d'orientation, parfois décisif, dans les parcours de recours ; des acteur·rices qui aident : conjoint, ami·es ou travailleur·ses du social apparaissent comme des soutiens, en facilitant ou en accompagnant la démarche de recours et de prise en charge ; des acteur·rices qui contraignent. Ces contraintes prennent la forme de la coprésence avec d'autres usager·es au sein des institutions, des violences de genre dans et hors des institutions, de la disqualification médicale des problèmes d'addiction, du refus de prise en charge par le secteur sanitaire non spécialisé, mais aussi de contraintes diffuses liées à la circulation des drogues dans les institutions ou à l'interconnaissance qui peut briser l'anonymat. Ces dynamiques montrent que ce n'est pas tant l'orientation institutionnelle en soi qui conditionne l'accès, mais la nature du lien tissé avec ces intermédiaires et la manière dont ils facilitent ou entravent le recours des femmes. Enfin, si la majorité des recours reposent sur ces médiations, certaines usagères évoquent (dans les récits) des recours initiés sans l'appui d'intermédiaires (non abordé dans ce chapitre). Ces cas minoritaires mettent en évidence un autre facteur déterminant du recours : les ressources propres des femmes, qu'elles soient scolaires, sociales ou dispositionnelles. C'est précisément cet enjeu – la manière dont les dispositions et les ressources individuelles façonnent le recours aux institutions et au soin – qui fait l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 5. Les facteurs individuels du recours : dispositions, représentations, discours

« La culpabilité [de consommer], c'est quand même un peu vers la guérison... »

[Emma, CAARUD, Île-de-France]

*« Avoir honte de venir se soigner, moi je dis non. Moi j'ai pas eu honte. J'ai pas eu honte
parce que je me suis dit que c'est un truc qui t'empoisonne. »*

[Cassandra, CT, Guyane]

Résumé du chapitre

Ce chapitre explore les facteurs individuels, objectifs et subjectifs, du recours des usagères aux institutions médicosociales de l'addiction. Dans un premier temps, il met en lumière la manière dont la socialisation à la santé et aux institutions, ainsi que les dispositions acquises, influencent la capacité à identifier et activer un recours aux soins. Il s'intéresse ensuite, de manière plus subjective, aux représentations de l'addiction (considérée ou non comme une maladie) qui conditionnent la reconnaissance d'un besoin, le désir de soin et la mise en œuvre d'un recours aux soins en addictologie. Enfin, il examine la place accordée aux recours dans les récits de vie, où les prestations de réduction des risques apparaissent largement occultées au profit du soin, plus valorisé symboliquement. L'analyse révèle ainsi une hiérarchisation implicite des expériences institutionnelles et interroge ce qui constitue réellement un recours pour les usagères, en soulignant le décalage entre sa définition institutionnelle et son expérience vécue.

Introduction du chapitre

Après avoir analysé les configurations territoriales, les logiques institutionnelles et relationnelles dans la chaîne du recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA, ce dernier chapitre explore ce que les femmes font de ces configurations : comment elles les perçoivent, s’y projettent, s’y adaptent ou les contournent, en fonction de leurs dispositions, de leurs représentations et des récits qu’elles produisent sur leur propre recours. Quelles sont les ressources incorporées et les représentations du soin qui conditionnent la possibilité de recourir ? La réponse à cette question est déclinée à travers trois sections.

La première traite des dispositions des usagères vis-à-vis de la santé, autrement dit de ressources spécifiques qui conditionnent leur accès aux soins et à la parole. Certaines usagères recourent aux CAARUD et aux CSAPA non pas uniquement parce qu’elles sont mieux informées, mais parce qu’elles disposent d’une familiarité incorporée avec le système de santé et les institutions (parents médecins, expériences antérieures, etc.) ou des ressources symboliques (ressources scolaires, maîtrise du langage, etc.). Les dispositions correspondent à des manières d’agir, de percevoir et de se sentir légitime à mobiliser le soin ou les institutions, elles constituent des formes incorporées des processus de socialisation (Darmon, 2016). Ces processus de socialisation ont connu plusieurs mouvements et débats en sociologie, opposant les approches fonctionnalistes et interactionnistes, par exemple liées à la socialisation professionnelle des médecins. Il existe plusieurs définitions de la socialisation ; Muriel Darmon la définit comme la « façon dont la société forme et transforme les individus » (*Ibid.*). On peut distinguer plusieurs types de socialisation : la socialisation primaire, secondaire, et la socialisation continue. Chaque type de socialisation est associée à des instances socialisatrices différentes (*Ibid.*). Il est question ici principalement de dispositions sanitaires et institutionnelles.

La seconde section porte sur les représentations des usagères vis-à-vis de l’addiction et de la maladie. Ces représentations orientent la manière dont elles identifient (ou non) un besoin de soin, formulent un désir de prise en charge et envisagent le recours aux institutions. Certaines considèrent leur consommation comme une maladie qui appelle un suivi médical ; d’autres estiment pouvoir arrêter seules ou ne perçoivent pas leur consommation de drogues comme un problème. Cette diversité de représentations éclaire les logiques différenciées d’identification et de recours, fortement marquées par la position sociale et les parcours.

La dernière section est consacrée à une analyse réflexive des discours des usagères vis-à-vis du recours à la réduction des risques et à l’addictologie. Il s’agit d’examiner comment elles

racontent leurs parcours de recours, quels types d'expériences elles jugent significatives, et ce qui « compte vraiment » comme recours de leur point de vue.

L'organisation du chapitre suit une progression « de l'extérieur vers l'intérieur ». J'aborde d'abord des dimensions relativement objectivables, telles que les ressources et les parcours des usagères, avant d'examiner des aspects plus intériorisés et discursifs. Dans une perspective bourdieusienne, les dispositions sont envisagées comme préalables aux prises de position discursives : il s'agit donc d'analyser d'abord « ce qu'elles ont », ensuite « ce qu'elles pensent », et enfin « ce qu'elles disent ». Cette attention portée à la dimension subjective est essentielle, dans la mesure où l'identification d'un besoin, la définition de ce qui relève ou non de la maladie et le désir de soin conditionnent directement le recours ou le non-recours thérapeutique (Fainzang, 1989). Le chapitre repose principalement sur une analyse qualitative, ponctuellement étayée par des analyses quantitatives permettant d'objectiver statistiquement certains résultats. La comparaison entre la Guyane et l'Île-de-France n'est pas systématique, elle intervient uniquement lorsque des différences territoriales apparaissent de manière saillante.

1. Dispositions acquises et ressources mobilisables dans le recours

Dans cette section, la socialisation est abordée à travers deux angles. Le premier est celui de la socialisation primaire, qui renvoie au rôle des parents et de l'entourage médical au sein de la famille et leur effet sur le recours aux CSAPA¹⁸¹.

Les travaux de sociologie de la santé ont montré que les individus disposent de « capacités inégales à percevoir une maladie » (Rode, 2010 : 164). Ces capacités dépendent en grande partie des dispositions incorporées, qui orientent la manière dont les usagères interprètent leurs symptômes et formulent, ou non, une demande de soins au moment jugé nécessaire. Le « besoin de soin » n'est donc pas objectif, mais résulte d'une interprétation située. Ainsi, certains types de dispositions ne se limitent pas à structurer la perception de la maladie : ils peuvent également être mobilisés comme des ressources¹⁸² utilisables dans le parcours de soins des usagères. Le second est celui de la socialisation continue, façonnée par les expériences institutionnelles (sanitaires, sociales ou éducatives) qui jalonnent le parcours des usagères en CAARUD et en CSAPA.

¹⁸¹ Il est uniquement question du recours aux soins ici.

¹⁸² Je préfère ici utiliser le terme « ressource » à celui de « capital » afin d'insister sur la nature évolutive des ressources.

1.1 Socialisation primaire : les effets des ressources familiales et scolaires dans le recours aux soins

Deux objectifs sont structurants ici. Le premier consiste à montrer, à travers trois cas (dont deux franciliens et un guyanais) de quelle manière la présence d'une personne de la famille exerçant dans le milieu médical ou médicosocial conditionne favorablement le recours aux soins en addictologie. Le second tente de montrer que les ressources familiales dans l'action du recours sont fortement liées à des enjeux de classe, au milieu d'origine et au niveau de diplôme des usagères.

Santé, famille et recours en Île-de-France : les cas d'Anne-Lise et de Léa

La socialisation primaire a lieu dans l'enfance et l'adolescence et est particulièrement puissante puisque à cet âge de la vie, les influences socialisatrices sont imposées à l'enfant, qui non seulement ne choisit pas ses parents mais surtout l'influence qu'ils ont sur lui. D'après Peter Berger et Thomas Luckmann, cette contrainte s'accompagne d'un contexte affectif qui lui donne son efficacité (Berger et Luckmann, 1986). D'après Pierre Bourdieu, ces premières expériences constituent des filtres par lesquels l'individu va ultérieurement percevoir le monde extérieur et « sélectionner » dans ce qui lui arrive ce qui ne remet pas en cause la manière dont ses premières expériences l'ont construit (Bourdieu, 1979). Bien que le processus de socialisation soit toujours « inachevé », la famille est une instance de socialisation au centre des parcours de vie (Berger et Luckmann, 1986).

Le parcours d'Anne-Lise se caractérise par une socialisation précoce à la santé, facilitée par la présence d'un frère médecin, et par un parcours de soin en psychiatrie amorcé à l'âge de quinze ans. Anne-Lise a 42 ans et est diplômée d'un BTS. Depuis trois ans, elle fréquente un CSAPA en Île-de-France en lien avec sa consommation de tramadol (un antalgique opioïde), initialement prescrit en 2011 par un médecin pour la prise en charge d'une douleur post-opératoire au genou. D'abord strictement antalgique, sa consommation de tramadol s'intensifie sans ajustement médical ni déclaration à son médecin à partir de 2015 selon elle (elle ne consomme aucune autre drogue, hormis un verre d'alcool ponctuellement). Elle n'arrive plus à respecter les dosages de son ordonnance, ce qu'elle considère comme problématique, et décide alors de demander à son médecin généraliste une cure de sevrage (avant son inscription dans le CSAPA actuel). Si sa famille n'est pas informée de son usage actuel de tramadol, elle a été un

soutien important lors de la prise en charge de ses troubles psychiatriques. Un diagnostic de schizophrénie est posé à la fin de son adolescence, à la suite d'hallucinations. La médiation de son frère médecin a contribué à la rapidité du diagnostic. Elle explique :

Estelle : A partir de vos 15 ans, vous avez été prise en charge médicalement ?

Anne-Lise : J'ai été prise en charge grâce à mon frère qui faisait des études de médecine et il faisait son stage en psychiatrie. C'est lui qui m'a dirigé vers des médecins qu'il côtoyait, où j'ai été suivie pendant quelques années. Après, je suis partie de la [région d'origine] pour aller en région parisienne.

[Anne-Lise, 42 ans, CSAPA, Île-de-France]

L'intermédiaire de son frère facilite ses démarches médicales et il est possible de faire l'hypothèse que cela a fortement influencé son recours actuel à l'addictologie. En effet, parallèlement à sa prise en charge en CSAPA, elle fréquente également un centre de jour (où elle suit des activités artistiques ainsi qu'un programme de rééducation) et un centre médicopsychologique (CMP) pour son suivi psychiatrique depuis de nombreuses années. Outre le tramadol, son traitement comprend des psychotropes (antipsychotiques, hypnotiques et antidépresseurs) prescrits à la suite de son diagnostic de schizophrénie. Issue d'un milieu socio-économique favorisé (père ingénieur, mère employée dans le privé), Anne-Lise a entrepris seule les démarches d'admission au CSAPA. Celles-ci ont été facilitées par les ressources dont elle dispose : proximité avec le monde médical, connaissance de la culture sanitaire, soutien familial et appui de personnels soignants. Malgré la complexité de sa situation (comorbidité psychiatrique, douleurs chroniques), elle poursuit un objectif de réduction, voire d'arrêt de sa consommation d'opioïdes, accompagnée aujourd'hui par un réseau de soin pluridisciplinaire. Son entrée rapide en CSAPA illustre le rôle déterminant de la socialisation aux institutions de santé : sa familiarité avec le système médical et la présence, dans sa famille, d'un frère psychiatre, ont rendu ce recours à la prise en charge plus accessible et plus immédiat. Dans son ouvrage *Tableaux de famille, Heurs et malheurs scolaires en milieu populaire*, Bernard Lahire étudie les cas de réussite scolaire improbable parmi les élèves de milieu populaire. Il montre qu'à situation équivalente des parents, la présence dans la famille d'une sœur étudiante et chargée de surveiller les devoirs de son frère modifie les conditions de socialisation en ce qui concerne le rapport à l'école ou à la culture (Lahire, 1995). Par analogie, il est aussi ici possible de voir que la présence dans la famille de son frère médecin modifie le rapport d'Anne-Lise à la santé et aux recours aux soins. La socialisation à la médecine par la famille lui permet d'obtenir des repères et des ressources favorisant une entrée rapide dans le CSAPA. Comme le souligne le sociologue Patrice

Pinell, il est nécessaire de prendre en compte : « [...] ce qu'a été la socialisation à la médecine des individus, avant la survenue de la maladie. [...] il s'agit d'une dimension très importante si l'on veut comprendre les relations du patient avec le dispositif médical. » (Pinell, 2021). Le recours d'Anne-Lise est potentiellement facilité par deux dimensions principales : son entourage familial, notamment son frère médecin ; et son expérience psychiatrique dès l'adolescence, qui lui a rendu la prise en charge médicale familière.

Le cas de Léa, usagère d'un CSAPA francilien âgée de 48 ans est également parlant de ce point de vue. Léa est fille d'un médecin et diplômée d'un master. Elle recourt au CSAPA en lien avec sa consommation de méthadone, problématique selon elle. Elle explique comment son recours aux soins en addictologie est permis par des conditions d'existence favorables, notamment des ressources scolaires et informatiques, qui la rapprochent des institutions de soins et l'aident à maîtriser les codes institutionnels.

Léa : Ah oui, bien sûr. Je dis ça, mais par exemple, moi j'ai fait toute une liste [de CSAPA] parce qu'il y avait pas de place ici, pas de place là. Déjà, j'avais Internet, j'étais chez moi, au chaud, avec le téléphone à côté. J'ai appelé, j'ai pris des notes, des machins. Quand on est à la rue, déjà faire ça, c'est compliqué. [...] Je pense que j'ai déjà pas mal de chance par rapport à beaucoup de gens qui viennent ici [au CSAPA].

[Léa, 48 ans, CSAPA, Île-de-France]

Le cas de Léa montre que les ressources (faire une recherche internet, prendre des notes sur son canapé) sont aussi importantes pour rendre un recours possible. Cela nécessite des connaissances et un confort dont les usagers les plus précaires ne disposent pas nécessairement. Son père médecin, engagé notamment pendant les années 1980 pour l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH/Sida, a probablement aussi largement influencé sa « valeur santé », et sa capacité à formuler une demande de soin lorsqu'elle a identifié un problème avec sa consommation de méthadone étant jeune femme. Cela a aussi permis à Léa de parler la « langue » des institutions et des professionnel·les de santé. Deux dimensions facilitatrices du recours apparaissent dans le récit de Léa : ses conditions de vie favorables (logement, revenu), son rapport à la santé et notamment son identification rapide d'un problème de santé en lien avec sa consommation de méthadone.

Santé famille et recours en Guyane : le cas de Cassandra

Le parcours de recours de Cassandra met également en évidence l'imbrication des conditions de recours facilité par ses ressources familiales, ses ressources socio-économiques et l'identification d'un problème de santé en lien avec l'usage de drogues, mais cette fois-ci en Guyane. Cassandra est une femme de 39 ans diplômée d'un CAP dans le secteur de la petite enfance. Elle réside depuis cinq mois dans une communauté thérapeutique où elle se sent bien intégrée. C'est son deuxième séjour dans cette structure ; le premier, d'une durée de huit mois, avait eu lieu dix ans auparavant. Son parcours de consommation de drogues débute à l'adolescence par une consommation ponctuelle et festive d'alcool. À 26 ans, elle consomme pour la première fois du cannabis, principalement dans un contexte festif. À 27 ans, elle expérimente le crack par curiosité et sans aucune information préalable sur les risques addictifs du produit. Ses premières consommations de crack sont d'abord sources de plaisir, mais rapidement, elle ressent le besoin de consommer seule. Cette pratique solitaire marque pour elle une prise de conscience de la gravité de son état, l'incitant à demander volontairement une hospitalisation en service de psychiatrie-addictologie, puis à intégrer la communauté thérapeutique à l'âge de 29 ans. Avant son admission, elle réalise une cure de sevrage hospitalière de trois semaines, vécue positivement, malgré la difficulté pour elle de ne pas pouvoir contacter sa mère avec qui elle entretient une relation fusionnelle. Son parcours de recours est marqué par la présence de ses proches et par l'aide de sa famille (dont elle est très proche), notamment son cousin, professionnel de santé en CSAPA qui connaît donc parfaitement le fonctionnement de la prise en charge en addictologie. Elle explique :

Cassandra : Un jour, je me suis dit : non, il faut que j'arrête, il faut que j'en parle. J'ai la chance que mon cousin travaille dans un CSAPA, qui fait qu'il a posé des questions sur ma santé, pourquoi je perdais du poids et tout. Un jour, j'éclate en sanglot, je me suis confiée à lui, qu'il y a ci, il y a ça : « j'arrive pas à m'en sortir, qu'est-ce que je dois faire ? ». C'est de là que j'ai été faire les démarches pour être hospitalisée en psychiatrie, en service d'addiction. Et là, je me suis retrouvée ici. Au début, on m'a parlé de la communauté thérapeutique et j'ai dit : « non, je peux pas ». J'ai visité et je me suis dit : bon, pourquoi pas, on va tester. Je me suis plu. Franchement, j'ai adoré.

[Cassandra, 39 ans, CT, Guyane]

Durant son parcours, Cassandra a été épaulée par sa famille à différents moments : lorsqu'elle a décidé d'entamer les démarches pour intégrer une cure de sevrage à l'hôpital ;

lorsqu'elle a rencontré des difficultés financières en lien avec son ancien compagnon ; ou encore lorsqu'elle a décidé d'intégrer la communauté thérapeutique, sa famille l'aidant à garder son logement le temps du séjour. Au-delà de sa proximité avec le soin par sa famille, ses conditions matérielles d'existence stables (logement, travail, liens sociaux) permettent de mobiliser le soin et de s'y projeter.

Dans le cas de Cassandra, il est difficile de parler d'une véritable socialisation à la santé par la famille. Toutefois, la présence de son entourage, notamment d'un cousin exerçant dans le secteur médicosocial, a favorisé son recours aux soins. Ses ressources familiales et socioéconomiques sont des conditions de réussite du recours. Celles-ci lui ont permis d'échapper aux obstacles structurels identifiés précédemment, en particulier les contraintes géographiques et institutionnelles propres au contexte guyanais. La volonté de soin qu'elle exprime lors de l'entretien s'inscrit donc dans des conditions matérielles et sociales favorables : disposer d'un logement, d'un emploi, d'une famille aidante. Son cas illustre ainsi que, malgré l'existence d'importants freins structurels, certains parcours de soins peuvent s'accomplir de manière relativement fluide. Autrement dit, les obstacles au recours ne s'appliquent pas uniformément : ils varient selon les contextes et les positions sociales des individus. Le recours de Cassandra, d'abord en cure de sevrage hospitalière puis en communauté thérapeutique (à deux reprises), confirme une observation déjà relevée par la littérature : « l'entrée dans les dispositifs de soin dépend de la maîtrise préalable d'une culture sanitaire » (Schlegel et Schlegel, 2025). Cette maîtrise constitue une ressource socialement distribuée de façon inégale, les classes populaires y étant moins exposées (*Ibid.*). Cassandra, issue des fractions stabilisées des classes moyennes, dispose de cette compétence, ce qui lui permet de mobiliser le système de soins dès lors qu'elle en formule le souhait.

Classe, genre et recours aux soins

Ces trois cas mettent en lumière une imbrication de facteurs – socialisation à la santé, expériences antérieures de soins, conditions de vie et ressources familiales – qui facilitent le recours aux institutions de prise en charge en addictologie (hôpital, CSAPA, CT). Ces éléments permettent aux usagers d'identifier un problème, de formuler un « besoin de soin » et de se sentir légitimes à solliciter une prise en charge. Or, ces ressources ne sont pas distribuées aléatoirement : elles sont déterminées par le milieu d'origine. Celui-ci structure en effet les inégalités de chances en matière de santé. Comme l'ont montré Devaux et ses collègues (2007), il existe à la fois un « effet direct des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte

» et un « effet indirect, via l'influence de l'environnement familial sur le futur statut socio-économique ». L'articulation entre socialisation sanitaire, conditions de vie et origine sociale renvoie ainsi à des enjeux de classe. Le fait que ces trois usagères soient issues des classes moyennes ou supérieures – malgré des trajectoires actuelles marquées par le déclassement – explique en partie leur capacité à mobiliser les institutions de soins.

L'existence de socialisations et d'habitus de classe (Bourdieu, 1979) permet de comprendre comment les dispositions acquises influencent le rapport à la santé et, par conséquent, les modalités de recours. L'appartenance à une classe sociale donnée produit des socialisations, sinon identiques, du moins plus semblables entre elles que les socialisations dans les autres classes sociales. Dans *La Distinction*, Pierre Bourdieu démontre empiriquement les effets de ces socialisations de classe, à la fois sur les pratiques des individus et sur leur goûts : « Ils [l'ouvrier et le patron d'industrie] font des différences entre ce qui est bon et ce qui mauvais, entre ce qui est bien et ce qui est mal, entre ce qui est distingué et ce qui est vulgaire ». En d'autres termes, l'appartenance de classe produit des façons différenciées de percevoir la légitimité à demander de l'aide, d'interpréter ses symptômes et de s'orienter dans le système de soins¹⁸³. Ces différentes socialisations et dispositions acquises, sont le terreau de véritables inégalités (Bourdieu et Passeron, 1970). Toutefois, ces inégalités ne se réduisent pas aux rapports de classe : elles se recomposent dans l'expérience du genre.

Tout comme la socialisation de classe, la socialisation de genre génère en effet des dispositions différenciées qui orientent la manière dont les individus – et en particulier les femmes – mobilisent les soins. Celle-ci est définie comme « les mécanismes par lesquels les personnes assignées depuis leur naissance à une classe de sexe apprennent à se comporter, à sentir et à penser selon les formes socialement associées à leur sexe et à “voir” le monde au prisme de la différence des sexes » (Bereni *et al.*, 2012). Les conséquences de la socialisation de genre se manifestent de manière inégalitaire pour les femmes à la fois dans le domaine scolaire (processus d'orientation), dans le monde du travail ou la sphère publique (salaire, responsabilités professionnelles et mandat électif), et dans la vie privée (économie domestique et sexualité). Les règles du genre sont suivies par habitude et incorporation, par plaisir, et sous l'effet de rappels à l'ordre. Les sanctions des déviances de genre, autrement appelé *gender policing*, sont exercées par des individus au fil des interactions ; cela peut mener également à des auto-sanctions (Wade et Ferree, 2015). Dans le champ de la santé, cela se traduit notamment par une socialisation

¹⁸³ L'existence de ces habitus de classe ne signifie néanmoins pas que les individus issus d'une même classe sociale soient interchangeables et constituent des sortes de clones sociaux car il existe des « habitus individuels ».

féminine au soin et au « prendre soin », qui tend à rendre les femmes à la fois plus attentives à leur santé et plus légitimes à recourir aux institutions pour elles-mêmes et pour leurs proches.

Ainsi, l'analyse du recours ne peut se limiter à une lecture par la classe sociale : elle doit aussi intégrer les effets de la socialisation de genre, et surtout leur articulation. On sait par exemple que l'adhésion aux normes de genre (féminité/virilité) varie selon les positions de classe : elle est particulièrement accentuée dans les classes populaires et dans la haute bourgeoisie, alors qu'une relative indifférenciation est davantage valorisée dans les classes intellectuelles. Les usagères de classes populaires, socialisées différemment au genre et à la santé, n'entrent donc pas dans les institutions de soin de la même manière, ni avec les mêmes dispositions, que les femmes issues des classes moyennes ou supérieures.

Afin d'appréhender plus concrètement la manière dont la position de classe influence le recours aux soins, j'ai choisi d'observer le rôle du niveau de diplôme. Le diplôme constitue en effet un indicateur central du capital culturel institutionnalisé (Bourdieu, 1979) et reflète, au-delà des compétences scolaires, des parcours socio-économiques différenciés. Il permet ainsi de saisir à la fois l'héritage des conditions de socialisation familiale et les perspectives d'insertion professionnelle. L'analyse précédente des parcours de trois usagères a permis de mettre en évidence le lien entre recours aux soins en addictologie et ressources disponibles (familiales, sociales et économiques). Ces ressources incluent également le capital scolaire : Anne-Lise, Léa et Cassandra disposent toutes d'un diplôme allant du CAP au master, ce qui leur confère des compétences et une légitimité particulière pour solliciter les institutions de soin. Pour prolonger ce constat qualitatif, une analyse statistique a été mobilisée, en croisant le recours aux prestations de traitement de l'addiction (TSO, psychothérapie, consultation avec un addictologue, cure de sevrage ou de désintoxication) avec le niveau de diplôme. L'analyse, menée sur la France hexagonale et la Guyane révèle une corrélation nette : plus le niveau de diplôme est élevé, plus la probabilité de recourir à un traitement de l'addiction au cours du dernier mois augmente (voir tableau 27).

Tableau 27 - Corrélation entre le recours au traitement de l'addiction et le niveau de diplôme

	Oui	Non	p-value
Niveau de diplôme			
Pas d'étude/primaire	17,6	82,4	<,001
Secondaire	35,3	64,7	
Supérieur	42,3	57,7	
Région			
Reste de l'Hexagone	35,6	64,4	<,005
Guyane	0	100	
Île-de-France	31,7	68,3	

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Lecture : 17,6 % des femmes qui n'ont pas fait d'étude ou de niveau primaire maximum ont recours au traitement de l'addiction dans le dernier mois.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

On observe en effet que seules 17,6 % des personnes sans diplôme ou de niveau primaire déclarent avoir eu recours à un traitement de l'addiction au cours du dernier mois, contre 35,3 % pour celles ayant un diplôme secondaire et 42,3 % pour celles disposant d'un diplôme supérieur. Le test statistique (<,001) indique que cette relation est hautement significative. Autrement dit, plus le niveau de diplôme s'élève, plus la probabilité de mobiliser les traitements de l'addiction augmente. En revanche, les variations régionales ne révèlent pas de tendances homogènes. Si le recours est nul parmi les enquêtés en Guyane (0 %), il atteint 35,6 % dans le reste de l'Hexagone et 31,7 % en Île-de-France, avec une significativité statistique (<,005).

Ces résultats mettent en évidence l'importance des ressources familiales, sociales et scolaires – caractéristiques des fractions stables des classes moyennes et supérieures – dans la capacité à recourir aux soins. L'analyse des parcours d'autres usagères de l'enquête révèle une dynamique différente. Celles qui ne disposent pas de tels soutiens mobilisent d'autres formes de ressources, issues non pas de leur environnement familial mais de leur socialisation aux institutions. C'est l'objet de la seconde partie de cette section.

1.2 Socialisation institutionnelle : le rôle central de l'expérience institutionnelle dans le recours

La socialisation secondaire ne « crée » ni ne « produit » *ex nihilo* un individu social mais doit faire avec les produits antérieurement incorporés au cours de la socialisation primaire qui ont fait de l'individu ce qu'il est devenu. Une socialisation secondaire est donc nécessairement

une reconstruction (Darmon, 2016). Elle correspond à la poursuite du processus de socialisation à l'âge adulte : socialisations professionnelle, conjugale, par les groupes (associatifs, politiques, religieux...). Elle inclue une dimension plus réflexive (Berger et Luckmann, 1986).

Une hypothèse de ce travail est que les usagères qui, dans l'enfance et l'adolescence, ont disposé de peu de ressources familiales et socio-économiques et qui détiennent moins de connaissances de santé ou de culture sanitaire, parviennent néanmoins à développer des ressources pour recourir aux institutions (sociales, médicales ou éducatives) à travers leurs expériences et leur socialisation secondaire. Cela concerne notamment des personnes n'ayant pas été élevées par leur famille, ou ayant dû mettre en place très jeunes des stratégies de débrouille. Il s'agit majoritairement d'usagères en situation de précarité résidentielle et socio-économique, issues des fractions basses des classes populaires. Leurs (nombreuses) expériences institutionnelles antérieures leur confèrent une certaine familiarité avec les normes institutionnelles et sanitaires et constituent, en retour, un appui pour accéder aux soins en addictologie. On peut dès lors parler d'une socialisation institutionnelle, qui joue un rôle compensatoire face à l'absence de ressources familiales et scolaires.

Les institutions comme instances de socialisation continue facilitant le recours

Dans cette sous-section, je cherche à montrer comment les expériences institutionnelles antérieures façonnent le rapport des usagères aux CAARUD et aux CSAPA.

Dans son ouvrage *Surveiller et punir* (1975), Michel Foucault considère que les « institutions disciplinaires » telles que l'école, l'usine, l'hôpital, la prison et l'armée constituent des exemples « d'appareils à transformer les individus ». Ces institutions « corrigent », « dressent » et « fabriquent » les individus au moyen de la surveillance hiérarchique, de la sanction normalisatrice. Selon Louis Pinto, il existe des conditions sociales de réussite de l'inculcation réalisée par une institution totale, parmi lesquelles un travail, visible ou invisible, de sélection des entrant·es dans l'institution qui vise à asseoir l'efficacité de l'action institutionnelle sur la pré-adéquation des individus à la transformation que l'institution exerce sur eux (Pinto, 1989). Enfin, Vincent Dubois (2008) insiste sur l'idée d'« acculturation institutionnelle » : la familiarité précoce avec certaines institutions conditionne la manière dont les individus se saisissent par la suite d'autres institutions.

Dans mon enquête, ce cadre théorique trouve un écho particulier. De nombreuses usagères ont connu très tôt des expériences de prise en charge sociale, éducative ou psychiatrique. Ces expériences, souvent liées à des parcours de vie marqués par la violence, la

précarité ou les placements dans l'enfance, peuvent constituer des ressources lorsqu'il s'agit de recourir aux CAARUD ou aux CSAPA. Plus familières des institutions, ces femmes semblent avoir moins de difficulté à entreprendre des démarches de soins et à naviguer dans des univers médicosociaux complexes. Deux grands types d'expériences institutionnelles précoces apparaissent dans les récits : les placements dans l'enfance et les expériences en psychiatrie (1) et une prise en charge sociale et éducative dans la jeunesse (2).

1. *Placement et psychiatrie à travers les cas d'Emma et d'Alice*

Emma est placée en foyer dès son adolescence ; elle a fréquenté trois foyers différents, pour elle : « *le foyer c'est l'école du crime* ». Alors que ces expériences sont selon elles des moyens de commencer à consommer des drogues de manière intensive et de s'ancrer dans un monde déviant (consommation et *deal* de drogues dans l'espace public), ce sont aussi en filigrane des expériences qui lui permettent d'être proche des institutions. En plus des foyers, elle allait parfois à l'hôpital psychiatrique lorsqu'elle était enfant de manière contrainte (suite à un traumatisme qu'elle vit à l'âge de 8 ans) :

Estelle : En tout, tu as fait trois foyers ?

Emma : Oui. Et aussi de l'hôpital psy.

Estelle : C'était quand l'hôpital ?

Emma : Partout. C'était la carte « si t'es pas sage »

[Emma, 39 ans, CAARUD, Île-de-France]

En retraçant son parcours, j'observe qu'Emma a connu un nombre d'institutions très conséquent à la fois pour la santé, le social, l'insertion professionnelle, etc. Ces expériences lui permettent de se tourner encore aujourd'hui vers l'institution lorsqu'elle en a besoin, on peut parler d'« acculturation » institutionnelle. Actuellement, elle vit dans un appartement thérapeutique géré par une association de réduction des risques, et est prise en charge par un CSAPA et par un hôpital. Cette « acculturation » institutionnelle se retrouve également chez Alice. Placée en foyer pendant son enfance car elle est victime de violences physiques par son père, elle a également fréquenté dans son parcours des hôpitaux et cliniques psychiatriques, et des associations :

Estelle : Tu vois pas de professionnel de santé mentale, de psy ?

Alice : Enfin si, j'en ai déjà vu, mais c'était il y a longtemps. Après, j'ai fait des séjours en hôpitaux psychiatriques. Mais bon, c'est débile. En fait, j'ai un problème, je pète les plombs mais ils ont jamais trouvé ce que c'était. Du coup, je prends des médicaments, ça me soulage et tout. Après,

j'ai pas envie de retourner à l'hôpital psychiatrique. Je vais pas passer ma vie là-bas, j'aime pas ça.

[...]

Estelle : Est-ce que tu as déjà eu des besoins spécifiques dans ces structures-là ?

Alice : Moi, j'avais jamais fréquenté de Csapa avant. Un jour, l'association en question qui a dit à ma mère que je fumais¹⁸⁴, parce que j'étais vraiment à trois bouteilles de vodka par jour, donc c'était vraiment compliqué et je voulais réduire un peu. En fait, quand je bois pas le matin, je vomis mes tripes. Du coup, ils m'ont dit : « ce serait peut-être bien de consulter dans un Csapa pour qu'ils t'aident ». Du coup, ils m'ont orientée vers ce Csapa. Après quand je leur ai dit que je fumais du crack et tout, ils m'ont dit : « on va t'aider ».

[...]

Alice : C'est ça. Après, j'allais voir des psychologues pour des trucs bidons. Après, je me suis vraiment fait interner en hôpital psychiatrique, après m'être fait violer.

Estelle : T'es restée combien de temps là-bas ?

Alice : J'y suis allée trois fois. [...] Après, j'ai été dans une clinique... J'ai été deux fois dans une clinique, une clinique de merde. Franchement, il y a que des débiles là-bas, donc je me demandais ce que je foutais là. La première fois, je me suis fait virer parce que j'ai pétié les plombs sur les infirmiers, je sais plus pourquoi en plus. J'y suis retournée il y a pas longtemps et ça s'est bien passé. Mais comme j'étais à la rue, que mon médecin ça la faisait chier de me garder à l'hôpital, mais elle m'a quand même finalement gardée, le temps qu'on me trouve un hôtel parce qu'elle voulait pas que je retourne à la rue consommer du crack.

[Alice, 25 ans, CSAPA, Île-de-France]

La multiplicité des expériences de soins ou d'assistance d'Alice lui permet d'être orientée en CSAPA pour sa consommation de crack et d'alcool, de savoir naviguer dans ces mondes institutionnels et de formuler des critiques quant à ces différentes expériences. Alice a également fréquenté des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des CeGIDD, acronyme qu'elle utilise elle-même et qui témoigne de sa proximité et de sa connaissance des institutions médicosociales. En bref, le maillage institutionnel dont on a parlé précédemment (chapitre 4) s'inscrit aussi dans des parcours de vie chaotiques marqués par la violence, la précarité et les problèmes de santé mentale, et ces éléments contraignent les usagères à être en contact avec des institutions d'aide, qui peuvent les orienter vers des CSAPA ou qui leur apprennent comment fonctionnent les institutions. La familiarité qu'elles ont avec ces diverses institutions conditionnent positivement leurs recours aux CSAPA.

¹⁸⁴ Tandis qu'elle était hébergée par une association pour fumeur·ses de crack, un professionnel a révélé à sa mère sa consommation de crack, ce qu'elle a très mal vécu.

2. *Les expériences socio-éducatives à travers les cas d'Olivia et de Jenica*

Olivia et Jenica que je rencontre dans un CAARUD sont aussi concernées par cela. Avant d'entrer en CAARUD, Olivia est suivie par une assistante sociale et par une mission locale. Jenica est suivie par une assistante sociale depuis son plus jeune âge et jusqu'à sa majorité ; elle est placée en famille d'accueil lorsqu'elle est enfant, et connaît suite à cela de nombreuses structures de prise en charge pour enfants, adolescent·es et jeunes adultes. À l'âge de 18 ans, son assistante sociale l'oriente vers l'association 1, qui l'oriente ensuite vers l'association 2, etc. Si bien qu'à 23 ans, Jenica a dû fréquenter (approximativement) une quinzaine d'associations ou d'institutions. Ces deux usagères sont donc familières des institutions, du social principalement.

Ces expériences contrastent fortement avec la situation des usagères rencontrées en Guyane, pour lesquelles on observe un éloignement relatif des institutions sanitaires et sociales. Leur recours aux institutions s'ancre davantage dans les ressources familiales (lorsqu'elles en détiennent comme Cassandra), soulignant que la socialisation institutionnelle est située socialement et territorialement.

Au-delà des récits biographiques, une analyse quantitative permet d'objectiver ce lien entre expériences institutionnelles et recours aux CSAPA. Une régression logistique a été réalisée afin d'estimer, toutes choses égales par ailleurs, les chances pour les usagères de recourir aux traitements de l'addiction (TSO, consultation avec un addictologue, sevrage, thérapie...). Parmi les variables significatives, celle des « expériences d'hospitalisation en psychiatrie » apparaît particulièrement déterminante : les usagères ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie ont presque deux fois plus de chances d'avoir recours à un CSAPA que celles qui n'ont pas connu ce type d'hospitalisation (OR = 1,7). Ce résultat statistique confirme l'hypothèse qualitative : l'expérience en institution sanitaire favorise une socialisation à la médecine et la mobilisation de ressources institutionnelles qui conditionnent positivement le recours aux institutions spécialisées de l'addiction.

Tableau 28 - Régression logistique sur une variable binaire (oui/non) : recours au traitement de l'addiction

Variables indépendantes	OR	2,5 %	97,5 %	p-value
(Intercept)	0,2	0,08	0,4	***
Hospitalisation en psychiatrie au cours de la vie				
Oui	<u>1,7</u>	1,09	2,8	*
Non	réf.			
Traumatisme(s) déclaré(s) au cours de la vie				
Oui	<u>2,6</u>	1,5	4,5	***
Non	réf.			
Niveau de diplôme				
Secondaire	réf.			
Supérieur	1,8	1	3,2	*
Pas d'étude/primaire	0,5	0,3	1	*
Couverture maladie				
Sécurité sociale	réf.			
AME-CMU	0,6	0,4	1,1	*
Non	0,3	0,1	0,8	*
Consommation de crack dans le mois				
Oui	réf.			
Non	<u>2,8</u>	1,7	4,5	***

Champ : Femmes de l'enquête (n=384).

Test : *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, NS : non significatif.

Source : Enquête « ANRS-Coquelicot », Inserm, 2023.

Si ce n'est pas l'objet principal de cette section, cette régression montre également que le recours au traitement de l'addiction est lié au fait d'avoir déjà vécu un traumatisme (voir encadré 12 concernant la variable). Les usagères qui déclarent avoir vécu un traumatisme ont 2,6 fois plus de chance de recourir au traitement de l'addiction dans le dernier mois que celles qui déclarent ne pas en avoir vécu. Le diplôme est un élément structurant comme on l'avait observé précédemment : les usagères diplômées du supérieur ont presque 2 fois plus de chance d'avoir recours au service que les usagères diplômées du secondaire. Enfin, on observe que la consommation de crack discrimine encore une fois, puisqu'une femme qui ne consomme pas de crack aura 2,8 fois plus de chance d'avoir recours au service de traitement de l'addiction que celle qui en consomme.

En définitive, ces parcours illustrent que les expériences institutionnelles précoces, souvent issues de situations de contrainte ou de vulnérabilité (placements, hospitalisations, suivi social), peuvent produire des « ressources institutionnelles ». Celles-ci favorisent le recours aux

CSAPA et aux CAARUD en rendant les usagères plus familières des fonctionnements institutionnels et plus à l'aise pour mobiliser leurs droits. Mais cette acculturation institutionnelle est inégalement distribuée : elle dépend des parcours de vie, des contextes territoriaux, et des niveaux de précarité. Comme le souligne Vincent Dubois : « Cet ajustement qui peut paraître “naturel” (l’institution faite homme), relève en fait d’un processus qui peut être inégalement long, complexe et heureux, en fonction notamment des dispositions antérieures à “l’entrée en institution”. On ne devient pas prêtre ou militaire de la même manière selon qu’on a ou non fréquenté assidûment dès son plus jeune âge les églises ou les casernes. » (2008).

L'absence de socialisation institutionnelle : conditions d'existence inadaptées et difficulté de recours

À l'inverse des usagères qui disposent de ressources institutionnelles et qui recourent plus facilement aux soins, certaines femmes rencontrées demeurent éloignées des institutions sanitaires et sociales. Leur difficulté à engager des démarches de prise en charge tient au fait qu'elles ne disposent ni de ressources institutionnelles, ni de ressources familiales ou scolaires. Non socialisées aux normes implicites qui régissent le monde médical et médicosocial, elles se heurtent à un double obstacle : d'une part, leur méconnaissance des règles du jeu institutionnel, et d'autre part, l'absence de soutiens (scolaires, familiaux, économiques) susceptibles de les aider à franchir le pas. Ces difficultés rejoignent les analyses produites à propos du recours aux soins des personnes sans domicile. Vianney Schlegel et Vincent Schlegel (2025) montrent que ces personnes peuvent être explicitement ou symboliquement exclues des institutions de santé :

« soit parce qu'ils et elles ne considèrent pas le recours comme pertinent, soit parce que les équipes soignantes considèrent que leur état de santé – et les pratiques sous-jacentes – marquent un défaut d'intérêt pour la prise en charge proposée. Vis-à-vis des personnes sans domicile, la violence symbolique s'exerce surtout à travers des normes implicites au sein des institutions sanitaires, relatives à leur fonctionnement et à leur finalité (être à l'heure, propre, sobre, faire preuve de discrétion, accepter de patienter, mettre en récit et sa maladie, etc.). Son imposition dépend ainsi de la “connaissance par corps” des personnes soignées, soit de leur exposition et de leur socialisation à ces normes, renforcée – ou non – par la fréquentation effective des institutions qui en sont les garantes (Bourdieu 1997). » (Schlegel et Schlegel, 2025)

Sur le terrain guyanais en particulier, ce type d'exclusion symbolique est fréquent. Nombreuses sont les usagères qui expriment un désir de soins mais qui, dans les faits, ne parviennent pas à engager de démarches effectives. Marion, rencontrée dans un CAARUD,

consomme du crack et vit dans un habitat informel. Elle paye un carbet¹⁸⁵ et travaille pour son propriétaire. Elle dit vouloir aller à l'hôpital ou rejoindre la communauté thérapeutique d'Awala-Yalimapo :

Marion : Oui, et j'avais demandé pour être inscrite à Awala mais j'ai pas de nouvelles, vu que je me fais voler mon téléphone tout le temps.

Estelle : T'en avais reparlé à [professionnelle] ?

Marion : Là-bas, je peux avoir mon fils.

Estelle : Ça te poserait pas de problème de partir ?

Marion : J'irai direct. Rien que de pouvoir avoir mon enfant, je m'en fous, j'arrête tout.

[Marion, 36 ans, CAARUD, Guyane]

Toutefois, un an plus tard, je la retrouve dans la même situation, toujours en train de fumer dans son quartier. Un professionnel m'indique qu'elle travaille en ce moment dans des *business* de matériaux. Malgré ses intentions, ses conditions de vie – précarité résidentielle, perte fréquente de son téléphone, emploi précaire auprès de son propriétaire – rendent pratiquement impossible tout suivi institutionnel. Paulette illustre également ce décalage : dans son discours, elle confond le fait de retourner dans sa commune proche d'Awala-Yalimapo et celui d'entrer dans la communauté thérapeutique, ce qui peut témoigner d'une représentation imprécise des institutions de soin.

Estelle : Est-ce que t'es déjà allée voir un médecin ?

Paulette : Voir un médecin pour quoi ?

Estelle : Pour faire un point sur ton état de santé.

Paulette : Mais oui j'aimerais bien y aller !! Parce que j'ai envie d'aller à Awala-Yalimapo. Vous venez de là-bas ? C'est beau là-bas ? [...] Je viens de là-bas, j'ai grandi là-bas.

Estelle : Et tu veux y retourner ?

Paulette : Mais oui ! J'aimerais bien retourner dans ma commune quoi. Ici c'est trop... C'est violent... C'est... Que des robots partout.

[...]

Estelle : Comment tu fais ici pour manger ?

Paulette : Bah là, [au CAARUD] des fois je mange, ils m'achètent à manger. Moi j'aimerais bien partir dans la forêt d'Awala. Ça va m'ouvrir mon esprit un peu.

Estelle : Et pourquoi tu peux pas y aller maintenant ?

¹⁸⁵ Les carbets sont des lieux de vie, d'accueil ou de fête, ils sont « des aménagements architecturaux traditionnels dans les Antilles et en Guyane, équipés d'un toit et servant d'abri collectif. » (Longuet et Vassaux, 2025).

Paulette : Mais je vais y aller ! Quand est-ce que je pourrais y aller ? [S'adresse au travailleur social] Comment il s'appelle encore ?

Travailleur social : Bah on est toujours en cours là, il faut qu'on voie le médecin.

Paulette : Moi j'aimerais bien travailler dans la cuisine.

Travailleur social : Faire la cuisine là-bas.

Paulette : Oui. J'adore faire la cuisine.

Travailleur social : On a écrit ça quand on a rempli le dossier ? Que tu aimes faire la cuisine ?

Paulette : Je sais pas

Travailleur social : Dans la catégorie hobby.

[Paulette, 34 ans, CAARUD, Guyane]

Épaulée par un travailleur social, elle tente d'intégrer la CT mais lorsque celui-ci demande si son intention de cuisiner au sein de la CT a été mentionnée elle répond « *Je sais pas* ». Elle semble donc suivre de loin l'avancée administrative de son dossier. Le désir de soin est présente en entretien chez les usagères, mais une fois passée la porte du CAARUD pour retourner dans la rue, ce sont les besoins immédiats du quotidien qui deviennent prioritaires. Lorsque je réalise un entretien avec Joana, une autre usagère du CAARUD, j'observe également la tension entre désir exprimé et impossibilité d'agir. En entretien, elle dit vouloir changer de vie, mais une professionnelle du CAARUD explique ce décalage :

Tu sais les usagers sont plein de bonnes intentions quand on leur parle mais une fois qu'ils sont sortis du CAARUD tous leurs problèmes s'en vont.

[Professionnelle, CAARUD, Guyane]

Le fait de se rendre en CAARUD (qui nécessite des démarches administratives beaucoup moins importantes que les CSAPA, il n'y pas de suivi régulier), impose finalement aux usagères de réfléchir à leurs situations, même si *in fine*, aucune démarche concrète n'est enclenchée. Ces exemples montrent que la confrontation aux institutions les oblige à réfléchir à leur situation, mais que les conditions matérielles de vie (précarité, urgence des besoins quotidiens, absence de stabilité résidentielle ou familiale) empêchent toute mise en œuvre effective d'une démarche de soin.

Certaines usagères franciliennes non concernées par des parcours de vie marquées par les expériences institutionnelles, à l'image d'Ava (qui fréquente un CAARUD pour la première fois par le biais de son amie afin d'obtenir de l'argent dans le cadre du programme TAPAJ), ne souhaitent pas être aidées. Son discours illustre bien un autre rapport aux institutions : si elle

refuse toute prise en charge médicale, elle exprime néanmoins des besoins matériels, en particulier en matière de logement.

Estelle : Ok, et est-ce qu'en ce moment t'es en démarche pour améliorer un aspect ou un autre de ta vie ?

Ava : Oui, et en même temps, non dans le sens où, oui je suis en démarche, mais en vrai de vrai j'me pousse pas vraiment, je me mets pas à fond dedans, je me repose un petit peu sur mes acquis on va dire ça comme ça, j'attends un peu que ça me tombe dans les mains, après ça va pas se passer j'en suis consciente mais je sais pas. Je me dis que j'ai un peu le temps et que chaque chose... je... je fais des démarches, sans non plus forcément beaucoup m'investir dedans, à fond voilà

[...]

Estelle : D'accord, et est-ce que t'as des préoccupations par rapport à ta santé par rapport à ça ou non ?

Ava : J'ai pas une santé fragile, je pense pas, et c'est vrai que je me penche pas forcément là-dessus, je me dis que si je me sens pas mal j'vais pas forcément aller consulter, pour l'instant c'est pas du tout un sujet qui...qu'un jour j'me suis dit peut être que... non, non.

Estelle : D'accord ok, et du coup est-ce que t'es en réflexion pour modifier ta conso ou pas ?

Ava : Oui, je voudrais modifier ma consommation juste pour pouvoir euh me motiver mais je me dis qu'après je pense pas que c'est forcément quelque chose, je pense pas que c'est forcément les substances, que ma consommation elle ait un rapport avec ma motivation parce que je sais que, avant j'avais un travail qui n'était pas forcément très très légal et euh bah même en ayant bu la veille où en ayant fumé toute la journée, je sais que j'y allais, c'est même pas je me forçais, j'y allais parce que c'était obligé, et l'un ne m'empêchait pas l'autre, et là je pense que c'est juste une baisse de motivation, de tout, qui fait qu'au final... donc voilà, oui peut-être arrêter pendant un petit moment ou diminuer, recadrer un petit peu et voilà.

[Ava, 21 ans, CAARUD, Île-de-France]

Hébergée de manière précaire par des amies, elle insiste sur l'inconfort de sa situation, tout en expliquant ne pas vouloir demander d'aide par peur de « *faire pitié* ».

Estelle : T'aimerais avoir une chambre, une salle de bain.

Ava : oui mais juste ça c'est bien ! j'aimerais trop un truc comme ça tu vois. Après comme je t'ai dit j'ai pas non plus d'assistante sociale, euh... j'sais pas...[un peu agacée] j'veux pas lui expliquer ma situation pour qu'elle croie que je veux lui faire pitié alors que c'est pas du tout ça ! Juste je veux qu'elle me trouve un truc, si elle me trouve pas un truc, ça va m'énerver je vais pas vouloir la revoir, je...Voilà.

[Ava, 21 ans, CAARUD, Île-de-France]

Le rapport aux institutions de soin est ici inexistant, mais la demande sociale (logement) est bien présente, traduisant un décalage entre besoins immédiats et propositions institutionnelles.

Les usagères migrantes de cette enquête constituent un autre profil particulièrement concerné par l'absence de ressources institutionnelles¹⁸⁶. En plus de parcours biographiques souvent marqués par la précarité, elles font face à des difficultés linguistiques et administratives. Le rapport de l'OFDT « crack en Île-de-France » souligne que certaines institutions exigent une maîtrise de la langue française ou une couverture sociale, ce qui les rend difficilement accessibles aux non francophones (Cadet-Tairou *et al.*, 2021). Cette situation rejoint celle observée en Guyane, où la barrière linguistique et l'absence de droits sociaux constituent des obstacles majeurs.

Finalement, les conditions du recours aux soins (en CSAPA, plus qu'en CAARUD) sont intimement liées aux ressources et aux expériences institutionnelles des usagères, que l'on pourrait appréhender comme une forme de ressource : le capital institutionnel. Plus les individus ont un vécu institutionnel important, plus ils connaissent les règles, les normes et les attentes implicites du monde médicosocial, ce qui facilite leur recours. Ce constat fait écho aux travaux sur le capital de rétablissement, défini comme l'ensemble des ressources qu'une personne peut mobiliser pour gérer ou arrêter sa consommation de drogues et recourir aux soins. Celui-ci peut être composé de différentes dimensions : confiance en soi, savoirs médicaux, capacité d'affirmation (notamment pour les femmes) (Beaulieu *et al.*, 2023). Le capital institutionnel en constitue donc une composante particulière, qui illustre la manière dont des parcours de vie marqués par les institutions deviennent des leviers dans le recours au soin. À l'opposé, les usagères dépourvues de tels parcours institutionnels et de ressources scolaires, économiques ou familiales, demeurent à distance des CSAPA. Leur rapport au soin oscille entre discours de bonne intention et impossibilité pratique. Certaines déclarent d'ailleurs pouvoir arrêter leur consommation « *quand elles le souhaitent* », en affirmant ainsi une autonomie vis-à-vis du soin (voir tableau 29).

¹⁸⁶ Cela concerne principalement les usagères migrantes guyanaises (provenant du Brésil ou de République Dominicaine) ayant migré de manière contrainte par leur famille. Les raisons de migrer sont évidemment très vastes, l'étude ANRS-Coquelicot montre notamment que les migrantes d'Europe de l'Est ont davantage accès aux prestations médicales, puisque c'est l'une des raisons de leur migration (Tibi-Lévy *et al.*, 2024).

Tableau 29 - Capital institutionnel, ressources et recours aux soins

Capital institutionnel	Ressources (familiales, scolaires, économiques)	Effet sur le recours aux CSAPA/CAARUD
Oui	Oui	Recours facilité : familiarité avec les normes institutionnelles + soutien social/familial → orientation plus rapide et usage plus stable des prestations
Oui	Non	Recours possible mais plus fragile : l'acculturation institutionnelle compense partiellement l'absence de ressources, mais la précarité reste un frein
Non	Oui	Recours limité : le soutien familial ou scolaire aide ponctuellement, mais la méconnaissance des codes institutionnels freine l'accès
Non	Non	Recours très difficile : éloignement marqué des institutions, efforts concentrés sur la survie quotidienne, prise en charge faible ou inexistante

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

En définitive, les modalités du recours aux CSAPA et aux CAARUD ne s'organisent pas uniquement autour de l'offre disponible ou du désir de soin des usagers, mais aussi autour des formes de socialisation qui préparent ou non les individus à entrer dans ces univers. Deux dimensions apparaissent dans l'enquête. La socialisation primaire, qui renvoie à l'influence des proches (famille, entourage disposant de savoirs médicaux ou institutionnels) et qui peut faciliter le recours par le biais de conseils, d'accompagnement ou d'une transmission de dispositions favorables à l'usage des prestations de santé. La socialisation institutionnelle, acquise au fil des expériences avec les dispositifs éducatifs, sociaux ou sanitaires, qui développe une familiarité pratique et symbolique avec les institutions, et constitue une ressource inégalement distribuée selon les parcours de vie. Ces deux formes de socialisation, combinées ou au contraire absentes, contribuent à expliquer les contrastes observés entre des usagers qui mobilisent aisément les CSAPA/CAARUD et celles qui, malgré une volonté exprimée de soin, demeurent à distance des prestations. Les dispositions acquises sont inégalement distribuées selon les contextes : les usagers franciliennes apparaissent plus fréquemment socialisées à la santé et aux institutions, d'une part parce qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses que les usagers guyanaises à être issues des classes moyennes ou supérieures, et d'autre part parce qu'elles connaissent plus souvent des parcours marqués par des placements ou un suivi institutionnel au long cours. En Guyane, les différents types de recours sont moins façonnés par ces expériences.

Ainsi, les parcours des usagères montrent bien que le recours aux CSAPA et CAARUD résulte de l'entrecroisement de plusieurs instances socialisatrices. Comme le souligne Muriel Darmon à propos de l'anorexie, il s'agit d'un processus où se combinent l'effet des pairs et de leurs normes, l'effet des dispositions héritées d'une socialisation antérieure (classe, genre, âge dans son enquête), et l'effet des institutions médicales, qui interviennent parfois très en amont des parcours de soin (Darmon, 2008). Cette approche permet de comprendre que la relation aux institutions médicosociales de l'addiction dépend de ressources incorporées dans des expériences sociales et institutionnelles inégales.

Ces socialisations ne produisent pas seulement des dispositions pratiques : elles façonnent aussi les représentations que les usagères se font de l'addiction et du soin. La section suivante s'attache ainsi à examiner ces représentations et leur effet sur le recours aux soins.

2. Les représentations de l'addiction et leurs effets sur le recours

Cette section porte sur les effets des représentations vis-à-vis de la santé, et particulièrement de l'addiction, sur le recours des usagères. Une représentation sociale peut être définie comme un phénomène complexe constitué d'attitudes, de croyances, de valeurs ou d'idéologies. La représentation qu'a un groupe social d'un objet s'appuie sur différentes informations qui lui permettent de comprendre et d'expliquer la réalité, de définir une identité sociale, d'orienter une action en fonction du contexte et enfin de justifier *a posteriori* certains choix et attitudes (Durkheim, 2014). Il s'agit de « l'approche du symbolique et l'analyse des significations que les acteurs donnent à leur pratique » (Vergès, 2001). Il est question ici des représentations liées à la maladie et à l'addiction. Ces représentations sont étudiées ici en lien avec ce que l'on appelle le « besoin de santé ». Les capacités des individus à évoquer un besoin de santé sont liées aux représentations de la maladie et de la santé (Menahem, 2000) et à des éléments psychosociaux (Chauvin et Bazin, 2005). Ces capacités reposent également sur un travail interprétatif de la part de l'individu vis-à-vis des besoins de santé et de la maladie (Adam et Herzlich, 2003). Selon Claudine Herzlich, « un langage de la santé et de la maladie s'élabore, tissé dans le langage même des relations de l'individu à la société : l'activité (ou l'inactivité), la participation sociale (ou l'exclusion) qui déterminent pour l'individu le sens de son expérience, sont aussi des notions logiques utilisées pour définir le malade et le bien-portant, pour différencier la santé de la maladie » (Herzlich, 1969 : 176, cité par Rode, 2010 : 313). Cette question de ce qui relève du soin ou pas pour les individus était déjà abordée dans l'ouvrage *Le normal et le pathologique* du philosophe Georges Canguilhem, la définition de la pathologie et le

besoin de soin se font nécessairement à l'échelle individuelle d'après la vie du·de la patient·e (et non de manière générale ou posés à priori). Son point de vue a influencé celui des médecins et du champ médical : « la frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement » (Canguilhem, 1966 : 119 cité par Rode, 2010 : 331). De ce point de vue, les individus disposent d'une autonomie dans le recours aux soins, en fonction de la manière dont ils se représentent et vivent leur maladie d'après leur ressenti.

Les représentations liées à l'addiction et à la santé se déclinent dans cette analyse en trois points : l'identification d'un besoin de soin lié à l'usage de drogues et à l'action de recourir (1) ; l'identification d'un besoin de soin lié à l'usage de drogues mais la volonté de ne pas recourir aux institutions de soin, ce non-recours est, pour les usagères soit lié au manque d'efficacité de la médecine pour régler leur problème, soit à une volonté d'arrêter seule exclusivement (la seule solution qui fonctionne réellement selon elle) (2) ; la non-identification du problème lié à l'usage de drogues et donc le non-recours (3). Ces deux dernières dimensions s'apparentent dans la typologie du non-recours proposée par l'ODENORE à celle de la non-demande puisque l'offre est connue mais pas demandée (Warin, 2010). Les deux autres formes de non-recours mis en évidence dans cette typologie sont la non-connaissance (lorsque les prestations ne sont pas connues) et la non-réception (lorsque les prestations sont connues et demandées mais pas obtenues (*Ibid.*). Elles n'apparaissent pas dans cette enquête.

2.1 Représentation de l'addiction et articulation besoin/désir/recours

Identification d'un besoin de soin : ouverture vers le recours

Certaines usagères identifient rapidement un besoin de soin lié à leur consommation de drogues. Cette identification, étroitement liée à leur socialisation à la santé et à leurs ressources sociales et familiales, constitue une condition centrale du recours aux soins en addictologie. Trois formes d'identification de besoin de soin en lien avec la consommation de drogues apparaissent dans les récits recueillis. Chez Cassandra, dont on a analysé le parcours dans la première section, l'usage est perçu comme un poison qu'il faut traiter par le soin. Elle insiste sur l'absurdité de considérer honteux le fait de recourir aux soins :

Cassandra : J'aurais bien aimé, ouais. Pourquoi pas, j'aurais bien aimé. Après, on a eu un groupe de parole où on disait que les femmes, elles ont plutôt honte. J'ai dit : « non, c'est pas possible ».

Si elles ont pas honte d'aller chez le dealer pour aller consommer, et franchement, quand tu vas chez le dealer, les gens qui te voient, voient bien qu'il y a une consommation, forcément. Avoir honte de venir se soigner, moi je dis non. Moi j'ai pas eu honte. J'ai pas eu honte parce que je me suis dit que c'est un truc qui t'empoisonne. Déjà le crack, c'est un produit qui t'empoisonne la vie. Tu perds tout avec ça. Moi, j'ai de la chance que j'aie pas perdu, j'ai rien perdu. J'ai pas perdu ma famille, ma famille a toujours été là pour m'aider et me soutenir.

[Cassandra, 39 ans, CT, Guyane]

La honte dont parle Cassandra est socialement située, elle repose sur la qualification ou non d'une situation considérée comme honteuse (c'est-à-dire consommer et acheter des drogues), qui ne coïncide pas avec les représentations d'usagers qui n'ont pas, comme elle, des conditions de vie stables et des liens sociaux robustes. Ici, la stabilité familiale et le soutien social permettent à Cassandra d'interpréter la consommation comme une menace objective pour sa vie, et donc de légitimer le recours aux soins.

Pour Anne-Lise, l'identification du problème se formule notamment en termes de projection dans l'avenir : il s'agit de « reprendre sa vie en main » et de mettre fin à une situation jugée intenable. Le recours au CSAPA est vécu comme une étape nécessaire pour la suite :

Estelle : La première fois que vous avez parlé de votre consommation de Tramadol à un professionnel, c'était quand et à qui ?

Anne-Lise : C'était ici. Mais quand, je sais plus. Ça doit faire 3 ans peut-être.

Estelle : Qu'est-ce qui vous a motivée à venir ?

Anne-Lise : Le fait de se dire qu'il faut reprendre sa vie en main, qu'on peut pas rester comme ça indéfiniment.

Estelle : Ça a été difficile ?

Anne-Lise : Si, ça a été difficile, surtout que je connaissais pas les personnes. On devait mettre en place un suivi, mais bon comme ça a un peu mal tourné avec la méthadone, on essaye de voir autre chose et de voir qu'est-ce qui pourrait m'aider dans le long terme.

[Anne-Lise, 42 ans, CSAPA, Île-de-France]

Même si le suivi n'a pas été simple, notamment avec la méthadone, Anne-Lise exprime une volonté claire de soin et inscrit son recours dans une logique de transformation de soi.

Emma, dont le parcours est marqué par de longues années de consommation d'héroïne, identifie désormais ses problèmes de consommation en termes psychologiques. Pour elle, la culpabilité ressentie face à la consommation est un signe en soi : « *La culpabilité* [de consommer],

c'est quand même un peu vers la guérison... ». La culpabilité est ici un indicateur subjectif du besoin de soin, et une ressource psychologique qui la pousse à modifier sa consommation.

Ces trois cas montrent que l'identification du besoin de soin est socialement située et varie selon les ressources disponibles. Elle s'observe davantage chez des usagères disposant de liens familiaux solides ou issues des classes moyennes et supérieures, socialisées à la santé. Pour elles, reconnaître la consommation de drogues comme problématique entraîne généralement un recours aux CSAPA. Représentations et ressources apparaissent donc étroitement liées. Toutefois, l'identification d'un problème ne conduit pas toujours à une démarche effective de soin : certaines usagères, bien qu'ayant conscience de leur consommation, choisissent d'autres voies que le recours institutionnel.

Besoin reconnu mais non-recours aux soins institutionnel : l'arrêt seule (de la consommation) comme alternative

Dans de nombreux cas, l'existence d'un besoin médical de soin en addictologie (supposé par la fréquence de consommation de drogues par exemple) ne s'accompagne pas d'un désir subjectif de recours chez les usagères. Deux configurations se distinguent dans l'enquête : (a) celles où le besoin de soin en lien avec la consommation de drogues est reconnu mais où les usagères pensent pouvoir y répondre seules, l'arrêt de la consommation de drogues par soi-même est une alternative au soin ; et (b) celles où l'usage n'est pas considéré comme problématique, et donc où il n'existe pas de désir de soin lié à l'addiction, la consommation de drogues n'est alors pas perçue comme un problème en soi. Pour certaines usagères, la possibilité d'arrêter la consommation de drogues par elles-mêmes constitue une véritable alternative au soin institutionnel. L'addiction est envisagée chez elles non pas comme une maladie, mais comme un comportement qu'il est possible de cesser. Cette logique est particulièrement présente chez les usagères en situation de précarité, sans domicile ou sans abri, souvent consommatrices de crack, et issues des classes populaires. Ces usagères expriment un refus explicite du soin addictologique, perçu comme inutile ou inefficace. Carmen, par exemple, rejette l'idée de consulter pour son addiction au crack ou à l'alcool :

Estelle : Est-ce que tu as déjà vu un médecin pour le crack ou l'alcool ?

Carmen : Non, ça m'intéresse pas. Parce qu'ils vont me parler de quoi ? Ils vont me dire « oui mais c'est pas bon », mais je sais que c'est pas bon. On va me dire ce que je sais déjà.

[Carmen, 48 ans, CAARUD, Guyane]

Angélique tient un discours similaire, structuré autour de la volonté individuelle et du rejet des médicaments :

Estelle : Est-ce que vous avez déjà fréquenté des centres de soins, des médecins ?

Angélique : Oui, des médecins.

Estelle : Pour l'addicto ?

Angélique : Non, non. Ça, j'ai pas besoin.

Estelle : Ah oui ?

Angélique : Non, j'en aurais pas besoin.

Estelle : Vous pensez que ce serait pas utile ?

Angélique : J'ai pas besoin du docteur pour pouvoir arrêter. Encore une fois, j'ai pas besoin de cachets pour pouvoir arrêter.

[...]

Estelle : Vous avez envie de réduire ou de rester comme ça, ou arrêter ?

Angélique : Ou arrêter.

Estelle : Vous voulez arrêter ?

Angélique : Oui, ça fait 10 ans, c'est bon.

Estelle : Et vous avez engagé des démarches pour arrêter ?

Angélique : Tu veux dire, pour aller me faire soigner ?

Estelle : Oui.

Angélique : Non, non, je veux arrêter moi-même. Je veux arrêter moi-même. J'ai fumé moi-même... C'est la volonté qu'il faut, c'est pas le cachet. On s'éloigne un moment, pendant quatre mois. On grossit, bourrée de cachets et on ressort. Il suffit qu'on revienne ici, on replonge. Donc ça sert à rien. Les cachets, ils servent à rien. Moi, j'en connais qu'ils ont arrêté d'eux-mêmes, mais aussi ils étaient en danger. Mais ils ont arrêté d'eux-mêmes. Ils viennent nous voir, malgré l'odeur, tout ça, ça les gêne pas, ça les tente pas. Après, je sais pas ce qu'ils font derrière. S'ils sont arrivés, pourquoi pas moi.

Estelle : Et l'alcool, vous aviez arrêté toute seule aussi ?

Angélique : Oui, ça c'est clair.

Estelle : Après, vous êtes allée dans le crack, mais l'alcool, vous avez arrêté ?

Angélique : Ouais, dès que je suis tombée dans le crack, ça m'a fait couper l'alcool, direct. Mais on m'a dit que, quand même, quand tu fumes le crack, il faut boire, boire, boire. C'est vrai.

[Angélique, 45 ans, CAARUD, Guyane]

Ces propos montrent bien que l'addiction n'est pas pensée comme une maladie nécessitant un traitement, mais comme un comportement qui peut s'interrompre par décision personnelle. Toutefois, cette absence de désir de soin n'empêche pas le recours à d'autres

services médicaux : Carmen, par exemple, fréquente régulièrement l'hôpital pour son cancer et son traitement pour le VIH. Le rejet du soin vise donc spécifiquement pour elle le champ de l'addictologie, alors que le reste du système de santé demeure mobilisable. Cela témoigne de la place à part qu'occupe les addictions dans le système de santé ; il s'agit d'un problème de santé bien spécifique. Puisque l'addiction est une réalité médicale discutée.

La revendication d'un arrêt de la consommation par soi-même est d'autant plus crédible qu'elle s'appuie sur des expériences antérieures d'interruption de consommation. Deux logiques se distinguent. Les transferts de produit d'une part ; Angélique a cessé l'alcool en entrant dans la consommation de crack, Imène a arrêté l'alcool après un AVC mais s'est « compensée au shit » :

Imène : Ça m'a fait arrêter. Du jour au lendemain, je suis tombée à l'hôpital et j'ai arrêté d'un coup parce que j'avais plus envie de boire. Mais je me suis compensée au shit. Comme on dit, il faut des compensations.

[Imène, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

Les événements marquants d'autre part ; Aurélia a arrêté définitivement l'alcool après la mort tragique de son oncle, fauché par un train en état d'ivresse ; Laure a interrompu temporairement sa consommation de cocaïne et d'héroïne après le décès de son conjoint.

Laure : Le fait que mon concubin soit décédé, ça a joué aussi parce que j'avais personne pour m'entraîner, que moi-même quoi. Du coup, ça m'a permis de stopper. Tous ces malheurs-là aussi ça m'a fait réfléchir. Je me suis dit : si c'est pour mourir, à quoi ça sert ? C'est pas la peine.

[Laure, 60 ans, CSAPA, Île-de-France]

Ces expériences renforcent l'idée pour les usagères que l'arrêt est possible grâce à la seule volonté, même lorsque la réalité correspond davantage à l'utilisation de substitutions ou à des pauses. L'arrêt seul est une représentation fortement située socialement. Elle est fréquente chez les usagères de crack en grande précarité, sans revenu et souvent à la rue, et presque absente chez les usagères de classes moyennes et supérieures, qui se tournent davantage vers les CSAPA pour leurs consommations (alcool, opiacés). Le type de produit consommé influe fortement : l'absence de traitement de substitution pour la cocaïne-crack rend l'offre institutionnelle peu adaptée, tandis que les opiacés bénéficient de traitements spécifiques (TSO) qui favorisent le recours aux soins. On peut aussi faire l'hypothèse que l'affirmation d'une volonté individuelle à arrêter seule constitue une dernière carte de « respectabilité » pour des femmes précarisées et désaffiliées. Revendiquer la capacité d'arrêter par soi-même permet de valoriser une autonomie

et une force, en s’opposant implicitement à la dépendance vis-à-vis de l’institution. Cette posture prend aussi une dimension genrée : en Guyane comme en Île-de-France, ces femmes se définissent comme des « femmes fortes », *djok* en créole ou avec du caractère, ce qui alimente un discours de résistance et d’autonomie. En somme, ces usagères sont concernées par un refus de recourir à la médecine. L’arrêt par soi-même comme alternative au soin repose sur un paradoxe : il traduit une volonté de maîtrise et d’autonomie dans un contexte de grande précarité, mais il se fonde sur des expériences d’arrêts partiels ou compensés qui ne permettent généralement pas une abstinence durable. Ce discours constitue moins une stratégie effective qu’une ressource symbolique et identitaire : il permet aux usagères de se maintenir dans une posture de force vis-à-vis de l’institution, tout en revendiquant la possibilité d’un avenir sans consommation. Le refus catégorique du soin apparaît ainsi lié à des représentations spécifiques de la maladie et à des conditions de vie incompatibles avec une prise en charge institutionnelle. Ces femmes identifient bien un problème et donc un besoin de soin, mais refusent de l’investir dans les institutions existantes. Ce constat dépasse d’ailleurs le cas des usagères : il est également observé chez des personnes sans domicile, hébergées dans des centres d’hébergement médicalisés en lien avec leur consommation d’alcool (Uribe Larrea, 2023).

Encadré 17 - Lien entre représentation de l’addiction et représentation de soi : se définir comme « forte », valoriser la dureté et l’autonomie

Les usagères mobilisent très fréquemment un registre lexical centré sur la force et la dureté pour parler d’elles-mêmes : elles se disent « garçon manqué », « solides », « fortes », « avec une carapace », ou encore « avec du caractère ». Cette rhétorique, présente dans l’intégralité des entretiens, transcende les origines sociales et les territoires (aucune différence n’apparaît entre l’Île-de-France et la Guyane). Laure insiste ainsi sur le fait qu’elle n’a « jamais eu la réputation d’être quelqu’un de faible », tandis que Caroline revendique un « caractère qui ne se laisse pas faire ».

Moi, ça m’est jamais arrivée des trucs comme ça. Même à Paris, il y a des filles, elles sont prêtes à vendre leur corps pour avoir une dose. Mais ça, c’est pas des milieux que je côtoie. J’en veux pas de ces milieux-là. Moi, j’ai toujours eu la réputation d’être quelqu’un de fort, psychologiquement en tout cas. (...) Voilà, je fais pas dépravée non plus. Quand on me voit, on dirait pas que je me drogue. La plupart des gens le savent pas forcément. Peut-être que ça joue. Il y a des filles, faut voir les états, elles sont pas belles à voir.
[Laure, 60 ans, CSAPA, Île-de-France]

Estelle : Vous avez rencontré des difficultés dans les structures ?

Caroline : Non, parce que je suis d'un caractère qui se laisse pas faire.

[Caroline, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

Ces représentations de soi remplissent plusieurs fonctions. D'abord, elles permettent de déjouer la stigmatisation associée aux femmes consommatrices (perçues comme prostituées, victimes ou « dépravées »). En adoptant une identité forte, les usagères se distinguent des figures les plus dévalorisées et revendiquent une forme de respectabilité. Ensuite, elles constituent une stratégie de résistance face à un univers marqué par la violence, la précarité et les rapports de domination de genre. Être « dure » revient à poser une frontière symbolique entre soi et les autres, en particulier les femmes jugées « faibles ». Ces identités et valeurs sont une manière d'être une « bonne » usagère, une idée que l'on retrouve chez les valeurs des personnes sans domicile : « Dans une certaine mesure, on peut dire que la résistance à la souffrance est une valeur des sans-abris. Tout se passe comme si être “dur” était la condition pour être un “bon” SDF. Ce type de représentation n'est pas le propre des SDF, il est partagé par beaucoup de personnes en situation de pauvreté. » (Benoist, 2008). Les usagères se démarquent de femmes « déjà disgraciées » (dont elles font parties). Elles valorisent une certaine féminité pour en dévaloriser une autre. Comme disait Isabelle Clair, « Le problème, c'est la féminité : pour les garçons, mais aussi pour les filles. » (Clair, 2012). Le mécanisme est toujours le même, disgracier les femmes pour occuper « une position de genre privilégiée à l'échelle locale afin de mettre à distance les stigmates collectifs » (Clair, 2017), ici des femmes violentes, prostituées etc. Les représentations de soi sont le miroir des représentations des autres femmes. Marion illustre parfaitement ce mécanisme en se définissant comme élégante et propre, par opposition à celles qui « écartent » pour un *flash*, c'est-à-dire celles qui se prostituent en échange de crack.

Marion : Non, c'est les gens qui m'entourent qui m'ont détruit. Pourquoi ? Parce que j'ai ma consommation et c'est pas pour autant que je suis comme les autres femmes, parce qu'ils arrivent à avoir les femmes avec ça. Même avec des sous, on peut pas m'avoir. La personne, elle peut avoir des thunes comme elle veut, je lui dis : « vas-y, casse-toi avec tes thunes ». On achète pas le respect.

Estelle : Souvent les femmes, elles sont assimilées à des objets...

Marion : Mais c'est normal parce que, pour un flash, elles écartent. Moi, je suis la princesse que ce soit les gendarmes, les policiers. Tous, ils m'appellent la princesse.

Estelle : T'aimes bien ce surnom ?

Marion : Mais ça me va bien. Je suis la seule fille qui consomme et qui est toujours propre. Même si je me prostitue ou pas, je suis toujours élégante.

[Marion, 36 ans, CAARUD, Guyane]

Ces identités valorisées ne relèvent pas seulement d'un travail symbolique : elles ont aussi des implications sur le rapport au soin. En se décrivant comme fortes, autonomes et capables de résister, il est possible de penser que les usagères entretiennent l'idée qu'elles n'ont pas besoin d'aide extérieure pour arrêter de consommer ou pour « reprendre leur vie en main ». Elles se rapprochent ainsi des logiques déjà décrites dans la section précédente sur l'arrêt par soi-même : le refus du soin devient un moyen de préserver une identité valorisée de femme forte, capable de se protéger et de s'autonomiser. La représentation de soi est donc potentiellement liée au recours : elle alimente la valorisation de l'autonomie et la défiance vis-à-vis des institutions, tout en offrant une ressource symbolique pour se maintenir à distance de la figure stigmatisée de l'usagère.

Non-identification d'un besoin : les consommations non-perçues comme un problème en soi

À l'inverse des usagères qui souhaitent arrêter de consommer par elles-mêmes, d'autres ne considèrent pas leur usage de drogues comme problématique. Dans ces situations, il n'existe ni besoin subjectif, ni désir de soin lié à l'addiction, même si ces femmes peuvent être prises en charge socialement par les institutions, dans des CAARUD ou des CSAPA (mais n'ont pas entrepris de démarches de soins, elles utilisent majoritairement la distribution de matériel de consommation). Ava, par exemple, qui consomme quotidiennement de l'alcool, du cannabis et du tabac, ne se sent pas concernée par le soin en addictologie. Elle explique ainsi :

Ava : J'ai pas une santé fragile, je pense pas, et c'est vrai que je me penche pas forcément là-dessus, je me dis que si je me sens pas mal j'vais pas forcément aller consulter, pour l'instant c'est pas du tout un sujet qui...qu'un jour j'me suis dit peut être que... non, non.

[...]

Je voudrais modifier ma consommation juste pour pouvoir euh me motiver mais je me dis qu'après je pense pas que c'est forcément quelque chose, je pense pas que c'est forcément les substances.

[Ava, 21 ans, CAARUD, Île-de-France]

Le fait de ne pas identifier la consommation de drogues comme un problème et donc comme quelque chose qu'il faut modifier et soigner est une idée présente chez des usagères des deux régions. Chez Marion et Corine, la consommation est explicitement dissociée des difficultés rencontrées, imputées à d'autres facteurs, en particulier à l'entourage :

C'est pour ça que je dis aux gens : « c'est pas la drogue qui m'a détruit, c'est mon entourage, la [incompréhension, probablement « race »] humaine ». Le fait de pas pouvoir avoir la personne, donc ils détruisent la personne pour l'obtenir. Voilà ce qui s'est passé avec moi, c'est mon entourage qui m'a détruit.

[Marion, 36 ans, CAARUD, Guyane]

Moi, j'ai toujours dit que c'était pas la drogue ou les consommations qui faisait, c'est l'entourage. Du coup, ça a toujours été bénéfique pour moi.

[Corine, 51 ans, CSAPA, Île-de-France]

Dans ces discours, la drogue n'est pas identifiée comme la cause des problèmes, voire elle peut être présentée comme un soutien ou une ressource. Le fait de ne pas identifier un problème de santé en lien avec la consommation de drogues, là où les institutions médicales objectiveraient un besoin de soin, traduit logiquement l'absence de recours aux CSAPA et permet de l'expliquer. Comme le souligne Antoine Rode, « la justification en termes d'absence de besoin de soins est essentielle. Elle permet de comprendre pourquoi, contrairement à nos hypothèses, le non-recours aux soins n'est pas une situation qui fait nécessairement sens pour les individus » (Rode, 2010 : 330). Ici, les usagères expliquent le non-recours aux soins en addictologie par le fait qu'elles peuvent arrêter seule les drogues et parce que certaines d'entre elles ne considèrent pas les drogues comme un problème. Ce non-recours rappelle également les logiques décrites par Vincent Dubois (2008) dans son enquête sur les guichets des CAF françaises : certains, « pauvres endurcis », se retournent contre les institutions qu'ils perçoivent comme incapables de les aider, tandis que d'autres, en situation de « déchéance récente » (*Ibid.* : 37), refusent d'endosser le statut d'assistés et marquent leurs distances vis-à-vis du système. Les cas d'Angélique et d'Ava s'inscrivent dans cette double logique : la première exprime un rejet frontal du soin (en mettant en avant son inefficacité surtout autour des « *cachets* »), la seconde refuse de se reconnaître dans l'étiquette d'usagère de drogues nécessitant un soin.

Au-delà des rapports qu'entretiennent les usagères avec les institutions, ces représentations s'ancrent aussi dans un rapport particulier au temps et à la santé. Les travaux de Jean Constance et Patrick Peretti-Watel (2010) sur le tabagisme dans les classes populaires montrent que la prévention et les messages de santé publique s'appuient sur une logique de projection dans l'avenir, incompatible avec l'expérience quotidienne de la précarité. Les incitations à arrêter de fumer « suscitent des tensions contradictoires. Ces fumeurs reconnaissent que l'arrêt bénéficierait à leur santé, mais ce bénéfice est relativisé car la santé est elle aussi ancrée dans le présent. ». Il s'agit moins de préserver un capital sanitaire futur que de « tenir » face aux

priorités dans le présent. La menace de la maladie ou de la mort est ainsi relativisée, perçue comme une fatalité inévitable. Ces observations trouvent un écho direct dans les propos des usagères rencontrées : la consommation n'est pas pensée comme une menace à long terme, mais comme une composante de leur vie présente, qui n'est souvent pas responsable de leurs difficultés socio-économiques ou psychologiques. Ce mécanisme peut aussi être lié à un « biais d'optimisme » : la tendance à surestimer sa capacité à maîtriser les risques et à minimiser leur probabilité (Peretti-Watel, 2010).

Dans ces configurations, l'absence d'identification d'un besoin de soin lié à l'addiction conduit logiquement à l'absence de recours, sans que cela soit perçu comme une anomalie ou une difficulté. Le non-recours n'apparaît pas problématique aux yeux des usagères, puisqu'il découle de leur propre définition de ce qui fait ou non problème dans leur vie. Leur posture reflète à la fois une socialisation de classe marquée par l'ancrage dans l'immédiateté, la relativisation du risque, mais aussi potentiellement une résistance à l'étiquette de « malade » que pourraient leur assigner les institutions.

2.2 L'addiction : un problème biomédical ?

« Nous ne devons jamais oublier que les racines de la demande de soin sont communes avec celles de la prière. Médecine et religion sont jumelles, voire sœurs siamoises, même si elles peuvent donner, selon les voies par lesquelles on les aborde, l'impression d'être très différentes » (Jean Benoist, 2004 : 279)

Au-delà de l'identification ou non d'un besoin de soin, se pose aussi la question du cadre dans lequel l'addiction est pensée et des formes de recours jugées pertinentes. En Guyane¹⁸⁷, l'addiction n'est pas toujours interprétée comme un problème relevant de la biomédecine, et le soin n'est pas nécessairement conçu comme exclusivement allopathique. Ces conceptions ouvrent sur d'autres formes de recours, qui peuvent échapper ou être complémentaires aux prestations institutionnelles délivrées par les CSAPA ou les CT.

Des causes spirituelles attribuées à l'addiction

Un registre explicatif attribue la consommation de drogues ou les difficultés qui en découlent à des causes spirituelles ou magico-religieuses. L'idée qu'une personne puisse avoir

¹⁸⁷ Les éléments entourant la spiritualité n'ont pas été spécifiquement évoqués en Île-de-France, cela ne signifie toutefois pas qu'ils sont absents des parcours et des expériences des usagères. Pour plus d'informations à ce propos, voir le numéro « Spiritualité et addictions » de la revue *Psychotropes* (2020).

été « ensorcelée » ou qu'un sort lui ait été jeté revient dans les discours de certain·es usager·es des institutions médicosociales, comme l'expliquent les professionnel·les rencontrés pendant l'enquête en Guyane :

« Le point commun central des croyances chez les personnes c'est "on t'a fait du mal, on t'a jeté un sort". La question de la spiritualité est très importante »

[Professionnelle, CT, Guyane].

« Par contre y a souvent ce truc de penser que s'ils vont pas bien c'est parce qu'il y a une force plus grande qui agit sur eux, qu'on leur a jeté un sort. »

[Professionnelle, association de RdR, Guyane]

Je n'ai pas rencontré d'usagères dans l'enquête qui ont explicitement lié la consommation de drogues à des causes spirituelles. Néanmoins, Paulette, seule usagère noir-marronne rencontrée, décrit par exemple des visions et des sensations qu'elle associe à des forces surnaturelles actuellement :

Paulette : Ah je te jure j'ai pas honte de ça, c'est tout le temps, je vois une grand ombre noir là, il penche comme ça puis il me regarde, oh je te jure je vois des trucs mais vraiment...Affreux.

Estelle : C'est depuis le crack ou avant ?

Paulette : Non ! Même si j'ai pas fumé le crack, des fois je dors dans la rue et y a quelqu'un qui me touche comme ça, j'ouvre mes yeux, ça disparaît.

Estelle : Tu en as déjà parlé à quelqu'un ?

Paulette : Non, j'ai pas vraiment parlé de trucs comme ça, chaque fois que je parle de ça j'ai des frissons partout. Je te jure c'est des morts vraiment, une fois j'étais couchée sur le lit de mon copain, j'ai senti quelque chose, il a tiré tout le drap sur moi, quand j'ouvre mes yeux, oh regarde ça, t'as vu ? [elle me montre qu'elle a les poils qui se hérissent] On m'a enlevé le drap dessus et on m'a tiré du lit.

[Paulette, 34 ans, association de RdR, Guyane]

Comme le montre Marc-Alexandre Tareau : « En Guyane, cette théorie étiologique surnaturelle qui attribue potentiellement la survenue de maladies à des facteurs de type magico-religieux, est bien instituée » (Tareau, 2019 : 88). La maladie peut être expliquée par des actes de sorcellerie, le « mauvais œil », ou encore être « la conséquence d'un comportement irrespectueux envers des instances extra-humaines. » (*Ibid.* : 90). L'auteur aborde notamment les faits dans la religion vaudoue pratiquée par les Haïtien·nes ou « chez les Marrons, [où] la maladie est parfois expliquée par l'action d'un *nenseki*, c'est-à-dire de l'âme d'un défunt » (*Ibid.* : 90). Dans l'enquête, les professionnel·les témoignent de la mobilisation par les usager·es du registre d'explication

spirituel pour l'addiction. Dans ce cadre, l'addiction n'est pas perçue comme un problème médical et la solution se situe potentiellement davantage dans le recours à des pratiques rituelles, religieuses ou traditionnelles que dans une prise en charge médicale allopathique. Ce type de représentations s'inscrit plus largement dans un pluralisme médical qui caractérise la société guyanaise. On peut distinguer trois médecines principales en Guyane : la médecine allopathique, la phytothérapie et les pratiques magicoreligieuses comme les cultes de possession, les séances chamaniques, les rituels, les lectures de psaumes, etc. (*Ibid.*).

La position des professionnel·les vis-à-vis du pluralisme médical

Dans le domaine des addictions, les professionnel·les de CSAPA ou de CT confirment que les usager·es combinent souvent plusieurs recours et que la complémentarité entre les soins est encouragée :

Professionnelle : Les résidents ont tous des valeurs et croyances différentes selon leurs cultures.

Estelle : Est-ce cela pose problème dans l'accompagnement ?

Professionnelle : Non ça ne pose pas problème, mais il faut le prendre en compte. [...] Ça arrive qu'un résident au lieu de partir 2/3 jours, on va lui donner une semaine parce qu'il doit repartir au Suriname pour faire des rituels de guérison. Les personnes peuvent faire les deux, avoir un traitement à la CT et faire leurs remèdes traditionnels. En tout cas nous en tant que professionnelles, les différences de culture, de croyance ne nous posent pas de difficultés. On peut aussi accompagner les résidents aux cultes s'ils veulent [église].

Estelle : Ok, et vous avez des programmes en 12 étapes narcotiques et alcooliques anonymes ?

Professionnelle : Ça n'existe pas en Guyane. Pourtant les gens sont assez religieux, beaucoup sont très catholiques.

[Professionnelle, CT, Guyane]

« Les deux sont compatibles et peuvent être complémentaires. Moi je les encourage même à avoir recours aux médecines traditionnelles s'ils en ont besoin. »

[Professionnelle, CSAPA, Guyane]

Les professionnel·les guyanais·es rencontré·es semblent intégrer ce pluralisme médical dans leurs pratiques, ce qui contraste avec d'autres contextes en France où il est parfois perçu comme une difficulté (Rousselon, 2017). On peut faire l'hypothèse que cela est lié à une socialisation aux spécificités multiculturelles du territoire. Les professionnel·les semblent prendre très au sérieux le fait que pour qu'une médecine soit opérante, elle « doit répondre à un

certain nombre de critères : elle s'inscrit dans un système de croyances fortes dans laquelle elle fait sens ; le soigné fait preuve d'une foi profonde en ce système de croyances ; le soignant respecte un certain nombre de codes culturels qui rendent crédibles aux yeux des initiés la "mise en scène" de la parole agentive ; la parole mythique puise sa force dans celle d'un passé puissant, toujours vivant dans les objets et les paroles magiques » (Tareau, 2019 : 93). De plus, les institutions de soin en addictologie en France, dont font partie les CT et les CSAPA, se sont construit initialement en dehors de la médicalisation, notamment avec les dispositifs davantage spirituels ou religieux comme les programmes en 12 étapes, les Narcotiques Anonymes (Bergeron, 1999 ; Jauffret-Roustide, 2004). Cela peut favoriser une appréhension globale et holistique du soin en addictologie par les professionnel·les. Le soin peut ainsi être pensé de façon plurielle, au croisement de plusieurs registres de légitimité, sans hiérarchie explicite entre eux. Comme le souligne Tareau (2019), toute médecine ne fonctionne pleinement que parce qu'elle fait sens dans un système de croyances et suscite la confiance des soigné·es ; ce principe vaut autant pour la biomédecine que pour les médecines traditionnelles. Ce pluralisme médical peut favoriser certaines formes de recours complémentaires, mais il contribue aussi à expliquer des situations de non-recours, en particulier lorsque la biomédecine est éloignée des cadres culturels de compréhension. C'est ce qu'évoque Estelle Carde concernant l'accès aux soins de certaines populations gyanaises et immigrées : « le retard de l'accès aux soins de certains étrangers et/ou immigrés peut être attribuée à leur interprétation différente de leurs symptômes (non perçus comme pathologiques) ou à leur recours à des thérapies non biomédicales. » (Carde, 2016). À ce propos dans l'enquête, plusieurs professionnel·les évoquent ainsi la consommation d'alcool chez les populations amérindiennes, qui n'est pas nécessairement perçue comme pathologique lorsqu'elle s'inscrit dans des rituels, et qui ne donne pas lieu à un recours aux soins. N'ayant pas eu l'occasion de parler avec ces personnes, il s'agit uniquement d'informations/hypothèses.

Si les données empiriques recueillies dans cette enquête sont très limitées sur la question¹⁸⁸, les travaux scientifiques et les discussions avec les professionnel·les de CSAPA et de CT permettent de rappeler que l'addiction ou l'usage de drogues ne sont pas universellement définis comme un problème médical, mais peuvent être situées dans des registres spirituels, communautaires ou rituels. Elles invitent également à penser le recours et le non-recours aux institutions médicosociales de l'addiction comme une action compatible (ou non) avec les cadres de croyances des usagères.

¹⁸⁸ Elle ne fait pas partie du guide d'entretien initial. Ces questions sont apparues au cours de l'enquête.

En définitive, l'analyse des représentations des usagères vis-à-vis de l'addiction dans cette section met en évidence leur rôle important dans les dynamiques d'identification du besoin de soin, dans l'émergence d'un désir de soin, et, *in fine*, dans le recours effectif aux institutions spécialisées, notamment les CSAPA. Ces représentations apparaissent comme un filtre à travers lequel les usagères définissent ce qui relève ou non d'un problème de santé, ce qui nécessite ou non un accompagnement institutionnel, et dans quelles conditions. Ces représentations ne sont toutefois pas homogènes : elles varient fortement selon les profils sociaux des usagères. Les femmes issues des classes moyennes et supérieures, souvent socialisées à la santé et disposant de ressources stables, identifient plus facilement un besoin de soin et expriment un désir de recours aux CSAPA. À l'inverse, chez les usagères des classes populaires, plus précaires, plusieurs configurations apparaissent. Certaines identifient un problème de consommation mais refusent de recourir aux institutions, considérant l'addiction non pas comme une maladie nécessitant un traitement médical, mais comme un comportement que l'on peut arrêter par la volonté individuelle. D'autres, enfin, ne perçoivent pas leur consommation comme problématique, et n'expriment donc ni besoin ni désir de soin (voir tableau 30). Ainsi, les différences observées relèvent moins de clivages territoriaux (entre la Guyane et l'Île-de-France) que de logiques de classe sociale et de socialisation différenciée à la santé. Les représentations, loin d'être de simples opinions individuelles, structurent aussi profondément les conditions d'accès aux soins et contribuent à expliquer les formes variées de non-recours mises en évidence au cours de l'enquête.

Tableau 30 - Rapport au recours en fonction des représentations de l'addiction et des positions sociales

Profil	Identification d'un besoin de soin	Désir de soin	Recours aux CSAPA	Représentation de l'addiction
Usagères de classes moyennes et supérieures, socialisées à la santé : capacité à qualifier le problème et à recourir	Oui	Oui	Oui	L'addiction est une maladie qui nécessite une prise en charge médicale
Usagère en situation de grande précarité, sans ressources socioéconomiques et scolaires	Oui	Non	Non	L'addiction est un comportement que l'on peut arrêter par soi-même, par volonté
Usagère en début de parcours, usagère ayant déjà recouru dans le passé	Non	Non	Non	La consommation n'est pas considérée comme un problème en soi (c'est l'entourage, les conditions de vie, etc.)

Source : Thèse, Estelle Filipe, 2025.

Cette section a montré que les représentations de l'addiction jouent un rôle important dans l'identification (ou non) d'un besoin de soin, dans l'expression d'un désir de recours. Il reste maintenant à se tourner vers un dernier aspect complémentaire : leurs représentations du recours. Autrement dit, qu'est-ce qui compte réellement pour elles dans le recours ?

3. Les discours du recours

Afin de comprendre les formes et les modalités que prennent les recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA, il est nécessaire de s'attarder non seulement sur les pratiques mais aussi sur la manière dont le recours est défini et raconté par les usagères elles-mêmes. Muriel Darmon, dans son enquête sur l'anorexie, souligne l'importance de s'intéresser au commencement et note que « le fait même de savoir s'il y a commencement constitue un enjeu : les interviewées identifient-elles un commencement à leur anorexie, et lequel ? » (Darmon, 2008). De la même façon, il s'agit ici de se demander si les usagères identifient un ou plusieurs recours aux institutions, et comment elles en forment le récit. Analyser les discours du recours consiste ainsi à examiner les manières de dire, de taire ou de négocier, mais aussi les mises en récit de soi et les efforts de cohérence produits dans l'entretien. Ce travail de mise en cohérence est d'ailleurs généralement lié aux dispositions des individus (Blanc et Fouilland, 2024). Les

parcours de vie et de recours ne sont jamais linéaires ; ils sont reconstruits *a posteriori* par les enquêtées. Se pose alors une question centrale : à partir de quel moment les usagères considèrent-elles qu'il y a réellement recours et prise en charge, sachant que leurs parcours sont généralement jalonnés de discontinuités et de « ratés » ? Pour éclairer cette question, j'ai mobilisé les récits de vie biographiques menés avec les usagères des CAARUD et des CSAPA. Cet outil apparaît particulièrement pertinent pour analyser « tout processus individuel qui s'étale dans le temps » (Darmon, 2008 : 104) et permet de faire de la réflexivité un outil de preuve.

3.1 Ce qui est raconté (le soin) et ce qui est passé sous silence (la réduction des risques)

Le recours aux CAARUD apparaît rarement comme un élément saillant dans les récits de vie recueillis auprès des usagères. Qu'il s'agisse de dispositifs fixes ou mobiles, les CAARUD ne sont presque jamais mentionnés spontanément au cours des entretiens. De même, les contacts établis lors de maraudes ou de distributions de matériel ne sont pas perçus comme de véritables recours. Pourtant, les analyses présentées au chapitre 3 montrent que les femmes sont nombreuses à fréquenter ces services, notamment pour les espaces de repos et la distribution de matériel (pipes à crack, préservatifs¹⁸⁹). L'enquête ANRS-Coquelicot révèle d'ailleurs que plus de la moitié des participantes ont été recrutées dans un service de réduction des risques ou d'accompagnement social (voir tableau 1). Malgré cet usage effectif, les expériences de réduction des risques demeurent largement occultées dans les récits, et l'acronyme « CAARUD » est souvent méconnu. Lorsqu'ils sont mentionnés, c'est davantage pour leur accompagnement social (logement, emploi, démarches administratives) que pour la réduction des risques liés à la consommation. Cette occultation peut être interprétée comme l'effet d'une hiérarchisation symbolique opérée par les usagères entre « soin » et « réduction des risques ». Le recours aux soins apparaît plus légitime, plus valorisé, et donne lieu à des récits détaillés, alors que les prestations à bas seuil d'exigence restent en arrière-plan. Il ne s'agit donc pas d'une absence de recours mais d'une difficulté à reconnaître comme « recours » des prestations moins valorisées socialement. L'occultation de la réduction des risques renvoie au fait qu'elle n'est pas construite ni reconnue comme une réponse à un « besoin ». Aucune usagère n'a explicitement formulé de demande relative à la réduction des risques – qu'il s'agisse de l'accès à du matériel de consommation, d'un accompagnement dans les démarches administratives, ou d'autres formes

¹⁸⁹ Voir la figure 5 du chapitre 3 sur le type de prestations sollicitées par les usagères.

de soutien. En l'absence de besoin énoncé, elle n'apparaît donc pas dans les discours des usagères, bien qu'elle puisse s'observer en pratique.

À l'inverse, les expériences de soin sont abondamment relatées et structurent souvent les récits. Deux dimensions peuvent expliquer cette centralité. En premier lieu, le recours au CSAPA constitue parfois une bifurcation biographique. La notion de bifurcation – traduction française du *turning point* élaboré par Everett Hughes puis Andrew Abbott – désigne une rupture biographique produite par des événements individuels mais inscrits dans une logique collective et contextuelle (Bessin *et al.*, 2009). Pour certaines, le recours aux CSAPA correspond au moment où elles se posent pour la première fois la question de leur consommation, souhaitent accéder à un traitement de substitution ou engagent volontairement une démarche de soin. C'est le moment où elles deviennent des « patientes » (Parsons, 1951). En second lieu, la mise en récit du soin est facilitée par son statut socialement valorisé. Dans une société prohibitionniste, la figure du malade est plus légitime que celle de la « toxicomane » ou de la « délinquante » (Simmat-Durand, 2007). Parler du soin, c'est se conformer à une vision idéal-typique de la prise en charge, où le recours médical est synonyme de progression et de mieux-être, alors que la réduction des risques reste associée à l'immobilité ou au manque de volonté. Ce conformisme est renforcé chez les femmes qui sont mères, qui peuvent atténuer la stigmatisation en endossant la figure de la malade (*Ibid.*). Les modalités du récit reflètent donc des normes sociales, médicales et de genre. Le soin est davantage raconté parce qu'il cadre avec une définition socialement acceptable du besoin et du recours. À l'inverse, les prestations de réduction des risques restent invisibilisées car elles n'offrent pas le même potentiel de légitimation. Ce décalage peut aussi correspondre aux attentes des usagères, plus intéressées par les services de soins que par la réduction des risques. Chez les usager·es de crack francilien·es, il a été observé que « les demandes de prise en charge psychologique ont été mentionnées le plus souvent comme étant prioritaires pour eux » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021 : 133). En définitive, si l'occultation des CAARUD dans les récits ne doit pas être confondue avec une absence de recours, elle révèle la place secondaire de la réduction des risques dans la hiérarchie symbolique des modes de prise en charge. Le soin concentre l'attention car il représente un marqueur biographique, une ressource de légitimation sociale et une manière de se raconter comme « patiente » plutôt que comme « déviante »¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Il est probable que ces éléments ne correspondent pas tout à fait aux modalités de récit d'usagères pro-réduction des risques ou narcoféministes constituées en association, militantes ou non, qui, je pense exposeraient leur parcours de recours différemment. Je n'en ai pas rencontré lors de mon enquête.

3.2 L'effet des parcours sur la lisibilité des recours dans les récits

L'analyse des récits de vie met en évidence deux manières très différentes d'assigner le recours aux institutions. Chez certaines usagères, qui n'ont connu ni CAARUD ni associations, et dont les parcours sont relativement linéaires, l'entrée dans le soin est facilement identifiable et racontée comme un moment décisif. À l'inverse, pour celles dont les parcours sont marqués par une fréquentation dense et continue de multiples institutions, l'assignation devient plus confuse : les étapes se superposent et les débuts se brouillent, au point que le soin n'apparaît pas toujours comme un repère biographique clair. Dans les deux cas, il ne s'agit pas nécessairement d'identifier le recours le plus significatif, mais celui qui est jugé racontable et pertinent par les enquêtées.

Cassandra illustre bien ce premier profil. Après une consommation festive d'alcool et de cannabis, elle expérimente le crack à 27 ans. Rapidement, elle considère sa consommation comme problématique car de plus en plus intensive. Soutenue par un membre de sa famille travaillant dans un CSAPA, elle s'oriente directement vers un service hospitalier d'addictologie, puis une communauté thérapeutique. Le récit de Cassandra est fluide, linéaire et sans ambiguïtés : le recours en CSAPA (dans son cas en CT) constitue pour elle une bifurcation, c'est-à-dire un moment de rupture biographique où elle devient patiente, où elle est prise en charge.

À l'inverse, des usagères ayant multiplié les prises en charge dès l'enfance, dans le champ social comme médical, produisent des récits plus flous. Jenica par exemple (dont on a parlé dans la section 1.2), ne parvient pas à distinguer les premières étapes de son parcours : les dispositifs éducatifs, sociaux, médicaux et addictologiques se confondent dans son récit (cela est potentiellement renforcé par le fait qu'elle soit roumaine, ce qui ne facilite pas la segmentation de tous les dispositifs). De même, Charlène, 43 ans, alterne entre l'évocation d'un CSAPA et celle d'associations, sans parvenir à dater ou à hiérarchiser ses expériences.

Estelle : C'est quand la première fois que vous êtes allée dans une association pour qu'on vous aide ?

Charlène : C'est le [CSAPA 1]. C'était en 2018.

Estelle : Et avant ça ?

Charlène : Si, j'ai fait des associations, j'étais [ville 1] dans un CSAPA, j'ai été en cure aussi donc ouais si je connais les associations depuis un petit moment déjà ouais.

[...]

Estelle : Ok. C'est à quel moment que vous avez parlé pour la première fois de votre consommation à un professionnel de santé ?

Charlène : Euh je m'en rappelle plus très bien, non j'ai un vague souvenir, je me rappelle plus vraiment la première fois que justement j'ai parlé de mes soucis d'alcool. Non je m'en rappelle pas honnêtement, ça m'arrive parfois j'ai des trous, même sur mon passé des fois j'ai des bugs ou des oublis [rires].

[Charlène, 43 ans, CSAPA¹⁹¹, Île-de-France]

Ici Charlène mentionne un centre de soin lorsque je lui pose la question des associations, ce qui – même si ce n'est pas la première réponse attendue – est cohérent. Pourtant, lorsque je lui pose la question concernant les professionnel·les de santé (présent·es en CSAPA), elle ne sait pas répondre. Il y a deux explications plausibles. La première repose sur les explications apportées plus haut sur la densité des parcours et les difficultés d'identification des phases du parcours. La seconde est que Charlène considère les CSAPA comme des associations et pas comme des centres de soin (ce qui peut correspondre à la prise en charge davantage sociale que sanitaire, dont elle a potentiellement bénéficié). Dans les deux cas, on observe qu'il est difficile pour elle d'identifier certains éléments de son parcours, en tout cas de prime abord.

Ces hésitations ne relèvent pas seulement d'un défaut de mémoire¹⁹² : comme le rappelle Muriel Darmon, « la question du commencement est peut-être moins celle de son assignation dans le temps que celle de sa définition : qu'est-ce qui commence en fait ? Les hésitations dans l'assignation d'un commencement, ou les assignations de commencements multiples sont moins ici une question de mémoire, de datation, de difficulté à créer une discontinuité dans une expérience continue qu'une question de définition. Il y a en effet toujours, dans les entretiens, assignation d'un moment où quelque chose "commence". » (Darmon, 2008 : 107). Autrement dit, ce que les usagères peinent à identifier, c'est moins un moment précis qu'une définition claire de ce qui constitue un recours.

Ces deux idéaux-types de récits – linéaires et denses – montrent que l'assignation d'un recours dépend moins de l'expérience objective que de la manière dont les usagères définissent

¹⁹¹ Elle est hébergée dans un hôtel géré par le CSAPA.

¹⁹² Il est probable que la consommation de drogues puisse altérer les souvenirs et rendre la reconstruction du parcours plus difficile parfois, mais je ne le mentionne pas dans le texte car je suis assez mal à l'aise avec cette idée. Les difficultés de mémoire sont communes, il est très difficile pour la plupart d'entre nous de se souvenir ce qu'il a déjeuné deux jours auparavant. Le fait d'évoquer l'usage de drogues pour justifier des troubles de mémoires me paraît de plus assez malhonnête dans la mesure où je ne sais pas réellement quel impact cela a eu sur la mémoire des usagères, ce point n'ayant jamais été évoqué en entretien. Néanmoins, certaines drogues comme le crack peuvent engendrer des troubles cognitifs qui peuvent altérer les repères spatio-temporels des usager·es (Cadet-Tairou *et al.*, 2021), ce qui pourrait expliquer notamment le non-respect des rendez-vous des usager·es dans les institutions.

ce qui « compte » comme soin. Or, cette définition n'est pas seulement liée à la mémoire ou à la clarté des parcours : elle est aussi étroitement liée à l'adéquation entre l'offre institutionnelle et les attentes exprimées par les usagères. En d'autres termes, le recours devient véritable pour les usagères lorsque l'institution apporte la réponse attendue, c'est-à-dire une solution à leurs besoins. C'est ce rapport entre attentes et réponses institutionnelles qui sera examiné dans la dernière sous-section.

3.3 Quand le soin prend sens

Le recours aux CAARUD ou aux CSAPA ne renvoie pas seulement à l'accès ponctuel à un service. Il constitue aussi un processus d'inscription dans une relation institutionnelle, impliquant la mise en visibilité auprès d'une équipe médicosociale, l'ouverture d'une prise en charge sociale ou médicale, la formulation d'une première demande d'aide et l'exposition à une expérience de vulnérabilité. Les usagères ne savent pas nécessairement situer dans le temps la première entrée dans une institution, mais elles savent quelles sont les expériences qu'elles en ont eu. Pour les usagères, recourir signifie avant tout être reconnue et prise en charge, c'est-à-dire initier une relation avec une équipe médicosociale, demander de l'aide et voir ses besoins effectivement pris en considération. Les récits recueillis montrent bien que les usagères ne situent pas toujours avec précision le « premier » recours dans un CAARUD ou un CSAPA : ce qui importe, ce n'est pas le premier contact chronologique, mais l'expérience institutionnelle qui a réellement compté pour elles.

L'exemple de Caroline, 52 ans, consommatrice d'opiacés francilienne, est particulièrement éclairant. Lors de l'entretien, elle répond d'abord « non » à la question de savoir si elle avait fréquenté d'autres institutions avant son CSAPA actuel :

Estelle : Avant le CSAPA [actuel], est-ce que vous avez fréquenté d'autres structures ?

Caroline : Non. J'ai fait un passage à [CSAPA 2] pour avoir l'ordonnance initiale. Ce que j'ai vu, ça m'a pas tellement plu parce qu'ils parlaient que de galette, de caillou.

[...]

Estelle : Donc, vous avez fait [CSAPA 2], mais ça vous a pas trop plu.

Caroline : Voilà, et sinon je suis arrivée ici après. J'ai fait [CAARUD] d'abord.

[Caroline, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

Toutefois, elle revient ensuite sur différents passages en CSAPA, CAARUD, cliniques ou encore SOS Drogues.

Estelle : La première fois que vous avez parlé de votre consommation à un professionnel de santé, c'était ce médecin dans le [arrondissement 2] ou c'était bien avant ?

Caroline : J'avais essayé avec la clinique de [ville 1]. Et puis on m'a dit : « il y a une liste d'attente de 2 ans, c'est même pas la peine d'essayer ». Il m'a envoyé bouler au téléphone. C'est SOS Drogues, moi.

Estelle : C'est Drogues Info Service ?

Caroline : Ouais. On a fait un entretien comme un médecin avec une patiente : « est-ce que vous avez fait des sevrages ? ». J'ai été en postcure une fois, une deuxième fois. Je suis partie, la première. La deuxième, ils m'ont trouvé avec de l'héroïne dans mon sac ! Donc, ils m'ont jetée. Ensuite chaque décroche que j'ai entamée, j'ai repris dans la semaine qui a suivi.

[Caroline, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

Si Caroline évoque de multiples expériences institutionnelles (postcures, consultations, CAARUD, CSAPA), elle insiste à deux reprises sur SOS Drogues comme le moment où une institution a réellement répondu à ses attentes. Pour elle, c'est clairement ce dernier recours qui constitue la véritable « entrée » dans la prise en charge :

Caroline : Ouais. En fait, c'est SOS Drogues qui m'a dit d'aller voir un médecin. C'était l'été, en plein milieu juillet-août. Je leur ai dit : « si vous m'aidez, je fais 1,75 m, je pèse 47 kilos, si vous m'aidez pas, je vais crever. Je vous en supplie, aidez-moi ». En plus, tous mes amis de banlieue étaient tous décédés d'une OD [overdose], donc je leur ai dit : « aidez-moi, je vous en supplie, faites quelque chose, il y a que vous ». C'est un numéro gratuit. Je suis restée au moins une heure et demie dans cette cabine. J'étais trempée !! Et puis ils m'ont donné les coordonnées d'un médecin dans le 12ème, qui a tout de suite été ok pour me prendre.

[Caroline, 52 ans, CSAPA, Île-de-France]

Ce type de récit souligne que, pour les usagères, le recours significatif correspond à une bifurcation (Bessin *et al.*, 2009), à une prise en charge jugée efficace ou encore à une relation de confiance instaurée avec un·e professionnel·le. En somme le recours significatif correspond au moment où il y a eu une concordance entre les attentes individuelles et les réponses institutionnelles. Plus largement, l'analyse montre que les attentes initiales des usagères sont rarement explicites. Hormis dans le cas des consommatrices d'opiacés demandant un traitement de substitution (TSO), les usagères déclarent le plus souvent avoir sollicité les institutions sans attentes précises. Étant donné que leurs attentes sont floues le plus souvent, cela peut expliquer pourquoi bien souvent elles n'identifient pas leur « premier recours » comme un recours

significatif. La multiplication des expériences institutionnelles permet d'affiner leurs attentes et d'obtenir plus ou moins rapidement des réponses institutionnelles adaptées.

Dès lors, le recours est moins une catégorie objective (mesurée par les institutions) qu'une catégorie située du point de vue des usagères. Il devient effectif uniquement lorsque la réponse institutionnelle correspond à ce qu'elles jugent pertinent. Il y aurait ainsi les « bonnes raisons du recours » par analogie au travail de Julien Damon concernant les « bonnes raisons du non-recours » (Damon, 2002 : 236), définies cette fois par les usagères elles-mêmes. Ce décalage entre la construction institutionnelle du problème public (mesuré en termes d'entrées, d'actes ou de prestations) et les représentations des usagères rappelle les conclusions d'Antoine Rode : « Autrement dit, ils [les populations précaires] n'expliquaient pas l'absence de consultation à un médecin par ce type de “barrières” ou d'obstacles voire ils n'avaient que peu de choses à dire dessus. Malgré les relances, les aspects économiques, géographiques et professionnels étaient rapidement abordés, pour ne pas dire évacués. Un décalage entre la construction du problème du non-recours aux soins, la perception et la représentation qu'en ont les individus concernés commençait à apparaître » (Rode, 2010 : 306). Ainsi, le recours n'existe vraiment que lorsqu'il est efficace du point de vue des usagères : pousser la porte d'une institution ne suffit pas, encore faut-il que l'expérience vécue corresponde à leurs attentes, explicites ou non.

En définitive, les récits de vie montrent que le recours ne se réduit pas à l'accès formel à une institution, mais qu'il renvoie à une expérience vécue comme opérante. Ce n'est pas la première entrée qui compte, mais l'instant où l'institution répond effectivement aux besoins exprimés – ou reconnus *a posteriori* – par les usagères. Cette définition située du recours éclaire le décalage entre la mesure institutionnelle du non-recours et la perception qu'en ont les femmes concernées. Elle souligne que l'efficacité d'un service ne tient pas seulement à son accessibilité, mais aussi à sa capacité à produire une réponse jugée adéquate par les personnes qui y recourent.

Or, toutes les demandes ne correspondent pas aux mêmes degrés de faisabilité : certaines, comme l'obtention d'un traitement de substitution aux opiacés, sont relativement faciles à satisfaire, tandis que d'autres, par exemple l'accès à une cure de sevrage hospitalière, supposent des conditions d'offre et de ressources institutionnelles beaucoup plus difficiles à réunir.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre a analysé les facteurs individuels qui influencent le recours aux institutions en addictologie, en mettant l'accent sur la socialisation des usagères et sur la distribution inégale des dispositions acquises vis-à-vis de la santé. Les parcours et les ressources (familiales, sociales, économiques) façonnent directement les conditions d'accès aux dispositifs. Les femmes ayant été socialisées à un rapport confiant à la médecine, ou disposant de soutiens stables, identifient plus aisément un besoin de soin et activent plus facilement un recours, tandis que celles marquées par la précarité institutionnelle ou relationnelle se trouvent davantage en difficulté.

L'analyse a également porté sur les représentations de l'addiction. Celles-ci conditionnent l'identification d'un besoin de soin, sa traduction éventuelle en désir de soin, et enfin le recours effectif. Les femmes issues des classes moyennes et supérieures définissent plus souvent l'addiction comme une maladie nécessitant une prise en charge biomédicale, ce qui les conduit à recourir aux CSAPA. Dans les classes populaires, en revanche, coexistent deux types de représentations : d'un côté, l'identification d'un problème mais la volonté d'arrêter les drogues seule (sans recours institutionnel) ; de l'autre, l'absence d'identification d'un problème de santé, les drogues n'étant pas perçues comme problématiques. Ces résultats montrent que la structuration des représentations est moins territoriale (Guyane *versus* Île-de-France) que sociale, en lien avec la socialisation à la santé.

Enfin, l'examen des discours sur le recours a mis en évidence un décalage important entre les usages effectifs des institutions et leur place dans les récits. Les usagères occultent largement les expériences de réduction des risques en CAARUD qui sont pourtant très fréquentes, et valorisent davantage le soin en CSAPA, socialement plus légitime. Surtout, le recours n'est pas défini par l'entrée ou l'accès dans l'institution mais par l'expérience d'une réponse jugée satisfaisante. Autrement dit, le recours n'est pas seulement un fait administratif ou institutionnel, mais une expérience subjective, conditionnée par l'adéquation entre attentes individuelles et réponses institutionnelles.

En somme, ce chapitre met en lumière l'articulation entre dispositions sociales, représentations de l'addiction et expériences institutionnelles pour comprendre le recours en addictologie. Il met en évidence un double décalage : entre les usages effectifs des institutions et leur place dans les récits, et entre la définition institutionnelle du recours et sa signification pour les usagères. Il souligne ainsi l'importance d'adopter une approche située du recours, attentive aux manières dont les femmes définissent leurs besoins, formulent ou non un désir de soin, et reconnaissent (ou pas) comme recours les prestations fréquentées.

Conclusion générale

Pourquoi et comment, malgré les obstacles structurels genrés, les femmes recourent-elles aux institutions médicosociales de l'addiction, à savoir les CAARUD et les CSAPA ? En prenant pour objet de recherche les conditions de possibilité du recours, cette thèse a examiné différentes dimensions du recours allant des contextes de consommation et de vie aux expériences relationnelles avec les professionnel·les, en passant par les dispositions et représentations de l'addiction des usagères elles-mêmes. L'enquête a ainsi cherché à comprendre ce qui rend le recours possible ou non, désirable ou évité, légitime ou disqualifié.

Cette recherche a pris place dans deux terrains distincts en France hexagonale et en Guyane (uniquement en Île-de-France pour le volet qualitatif). Elle a mobilisé une méthodologie mixte (quali/quant) articulant l'enquête statistique ANRS-Coquelicot (enquête française représentative de la population des usager·es des CAARUD et des CSAPA en France hexagonale et en Guyane) et trente entretiens de type récits de vie menés avec des usagères des institutions (complétés par des observations dans les institutions et en maraude et des discussions informelles avec les professionnel·les de santé et du social). Ces sources complémentaires ont permis à la fois de décrire les publics féminins et leur diversité, et d'appréhender les parcours de recours à différentes échelles, macro, méso et microsociologiques (*cf.* Chapitre 2).

Cette thèse est partie d'un constat : l'invisibilité et la sous-représentation des femmes dans les CAARUD et les CSAPA. Ce phénomène, appréhendé comme un problème public (*cf.* Chapitre 1), a suscité une attention croissante des pouvoirs publics, souvent formulée en termes de non-recours : si les femmes sont absentes, c'est qu'elles n'accèdent pas aux institutions, ce qui apparaît d'autant plus problématique qu'elles sont considérées comme particulièrement vulnérables (en situation de précarité, victime de violences...). Au regard de la formulation et de la publicisation de ce problème public de non-recours, cette thèse a opéré deux déplacements : un déplacement conceptuel et un déplacement d'échelle.

Un déplacement conceptuel a consisté à ne plus envisager le public féminin comme un bloc monolithique mais comme un ensemble d'individus disposant de parcours et de caractéristiques diverses. Ce déplacement s'inscrit dans une configuration intersectionnelle et biographique, considérant que le genre n'est pas un rapport social suffisant pour comprendre le recours des femmes aux institutions médicosociales de l'addiction mais qu'il s'articule à d'autres rapports sociaux (ici aux situations diverses de précarité notamment) et à des parcours de vie

divers (*cf.* Introduction). Ce constat s'est éclairé au regard des observations conduites dans les CAARUD et les CSAPA en Île-de-France et en Guyane (*cf.* Chapitre 1).

Un déplacement d'échelle relatif à l'objet a permis de sortir des logiques institutionnelles mis en avant dans le problème public de non-recours, en réalisant une enquête par le bas et des analyses à partir des récits de vie de usagères elles-mêmes. Je suis donc repartie des expériences des bénéficiaires, en ne présupposant pas que leur recours aux CAARUD et aux CSAPA pouvait être un problème pour elles, malgré ce qu'en disent les professionnel·les. Ce choix méthodologique visait à comprendre comment elles définissent elles-mêmes leurs besoins, leurs attentes et leurs expériences médicosociales.

J'ai ainsi exploré comment certains éléments du parcours de vie et des rapports aux institutions pouvait varier au sein du public féminin. Plusieurs objectifs étaient présents, dont un particulièrement central : comprendre les déterminants spécifiques du recours aux soins en addictologie et en réduction des risques chez les publics féminins.

Principaux résultats de la thèse

Pour amorcer cette recherche, une description statistique des caractéristiques des usagères a été réalisée, suivie d'une typologie, afin de répondre à la question suivante : qui sont les femmes usagères des CAARUD et des CSAPA ? Les résultats objectivent une hétérogénéité des profils et des prestations institutionnelles mobilisés (*cf.* Chapitre 3). Il est possible de résumer l'hétérogénéité des profils en quatre sous-groupes : les usagères d'alcool et de cannabis aux conditions de vie stables et le plus souvent médicalement encadrées (27,6 %) ; les usagères de médicaments qui présentent des difficultés du point de vue social et sanitaire mais qui sont bien suivies (ce sont principalement des usagères qui ont un parcours de consommation dense avec des usages passés d'opiacés) (20,3 %) ; les usagères d'héroïne qui sont vulnérables du point de vue social et sanitaire et qui représente une minorité (13,5 %) ; et enfin les usagères de crack qui sont en situation de précarité résidentielle, sociale et administrative très importante, suivies principalement en CAARUD mais pas en CSAPA (elles représentent 38,5 % de l'échantillon). Chacun de ces sous-groupes a des recours différents, puisque les recours ne sont pas simplement ceux des CAARUD et des CSAPA mais des prestations proposées (qui sont nombreuses et diverses : prestations sociales, prestations de réduction des risques, prestations de soins) au sein des deux institutions. Globalement, le recours aux deux prestations les plus utilisées, à savoir l'espace de repos dans un CAARUD et le traitement de l'addiction en CSAPA ne correspondent pas aux mêmes usagères. Là où la première prestation est mobilisée par les usagères sans

domicile ou sans-abri (principalement les usagères de crack du quatrième sous-groupe), la seconde prestation est mobilisée par des usagères qui détiennent des conditions de vie stables et s'apparent plus aux usagères de médicaments, et d'alcool et de cannabis (1 et 2^{ème} sous-groupe). Toutefois, ces profils ne sont pas figés : des circulations existent entre eux au fil des parcours et des usages. Mais cette typologie a permis de montrer que le recours ne prend pas la même forme selon les groupes, et qu'il est étroitement lié aux conditions de vie et aux ressources disponibles. En effet, la précarité (résidentielle, administrative, affective) est un continuum qui détermine le type de prestations utilisés par les usagères.

Le recours, est aussi le fruit de rencontre, de possibilité territoriale et bureaucratiques (*cf.* Chapitre 4). L'analyse des environnements institutionnels a souligné que le recours ne dépend pas uniquement des caractéristiques individuelles, mais se construit à l'articulation des territoires, des organisations et des acteur·rices intermédiaires. La comparaison entre l'Île-de-France et la Guyane a mis en évidence l'inégale distribution de l'offre, qui produit des parcours différenciés : proximité institutionnelle en Hexagone, mobilités contraintes en Guyane. Par ailleurs, les acteur·rices intermédiaires – judiciaires, médicaux, sociaux, mais aussi proches – jouent un rôle ambivalent, tantôt facilitateur·rices, tantôt contraignant·es, parfois même producteur·rices d'obstacles (violences, disqualification, atteinte à l'anonymat). Le recours est alors le résultat de relations concrètes, de soutiens et de contraintes, qui conditionnent sa possibilité.

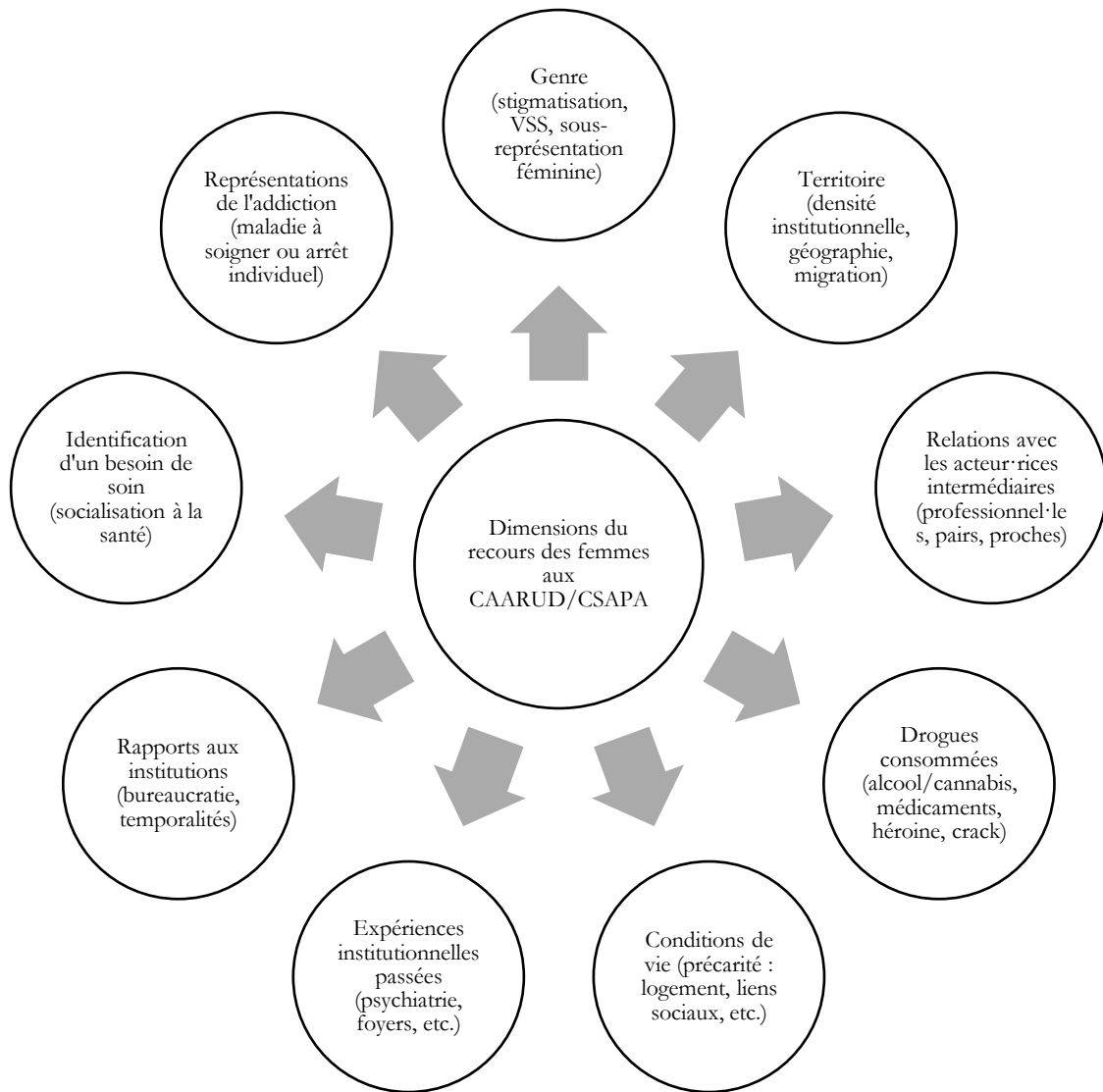
L'analyse des facteurs individuels du recours montre combien la socialisation à la santé et aux institutions structure les possibilités de recours des femmes aux CAARUD et aux CSAPA (*cf.* Chapitre 5). Certaines disposent de ressources incorporées – issues de leur parcours familiaux, scolaire ou professionnelle – qui facilitent leur légitimité à entrer dans les institutions, tandis que d'autres en restent éloignées. Ces dispositions s'articulent avec des représentations différenciées de l'addiction : les femmes issues des classes moyennes et supérieures identifient plus aisément un besoin et recourent aux soins, alors que les femmes issues des classes populaires préfèrent arrêter les drogues seules ou ne considèrent pas leur consommation de drogues comme un problème. Ces résultats montrent que les inégalités de recours sont davantage liées aux appartenances sociales et aux socialisations différenciées qu'au territoire. Par ailleurs, l'étude des récits souligne une occultation massive de la réduction des risques. Si les usagères fréquentent effectivement les CAARUD, elles ne les décrivent pas comme des recours légitimes, réservant cette appellation au soin, socialement plus valorisé et souvent perçu comme une bifurcation biographique. Enfin, le recours ne se définit pas pour elles par les différentes entrées

dans les institutions, mais par le moment où une institution répond réellement à leurs attentes. Cette conception vécue du recours met en lumière le décalage entre la définition institutionnelle et l'expérience des femmes : recourir, c'est avant tout obtenir la « bonne réponse » au bon moment. Cependant, les « bonnes réponses » institutionnelles ne sont pas distribuées uniformément : certaines sont aisées à délivrer et rapidement mobilisables – comme l'accès à un traitement de substitution pour les usagères d'opiacés – tandis que d'autres, telles que l'obtention d'une cure de sevrage hospitalière, supposent des délais, des sélections et des conditions plus restrictives. Cette asymétrie dans la réponse institutionnelle crée des temporalités différenciées dans les parcours de recours.

Ces analyses permettent de dépasser une lecture du recours en termes d'accès ou de non-accès, pour l'envisager comme un processus relationnel, façonné à la croisée des structures, des institutions et des subjectivités. L'articulation des niveaux d'analyse est ici décisive. Au niveau macro, les politiques publiques définissent l'offre et les hiérarchies de réponses disponibles. Au niveau méso, les médiations institutionnelles orientent l'accès et filtrent les demandes. Au niveau micro, les dispositions incorporées et les expériences subjectives déterminent la manière dont les usagères identifient leurs besoins et leur prise en charge. C'est à l'articulation de ces trois niveaux que se joue la possibilité de recourir plus ou moins rapidement, efficacement et durablement. Le recours n'est jamais réductible à un seul niveau. Il existe des éléments qui catalysent le recours : rupture biographique (grossesse, problème de santé, etc.), médiation (soutien relationnel déterminant), ressources (dispositions spécifiques : familiarité avec le monde médical, expériences de soin préalable). À l'inverse, il existe des éléments qui freinent le recours tels que la précarité ou encore le manque de ressources scolaires. Comprendre le recours implique donc d'analyser la combinaison entre inégalités structurelles, dynamiques relationnelles et ressources subjectives. Ainsi, le recours des usagères est multidimensionnel.

Cette thèse propose ainsi un nouvel éclairage concernant le problème public de non-recours aux soins et à l'assistance des femmes qui consomment des drogues. Si elles ne recourent pas ce n'est pas uniquement parce qu'elles sont des femmes, mais parce qu'il existe une diversité de recours au sein même de la catégorie « femme ». Le recours apparaît comme un processus social, relationnel et situé, façonné par des inégalités de genre, de classe et de territoire. La figure 25 présente la synthèse des dimensions du recours explorées dans cette thèse.

Figure 25 - Synthèse graphique des principales dimensions du recours des usagères explorées dans la thèse



Apports de la thèse

L'un des apports de ce travail réside dans l'articulation entre plusieurs perspectives qui, jusque-là, étaient rarement pensées ensemble. La littérature sur le non-recours s'est principalement attachée à comprendre pourquoi certains individus n'accèdent pas à des droits ou dispositifs auxquels ils pourraient prétendre. La sociologie du genre a, de son côté, mis en lumière les inégalités structurelles entre hommes et femmes dans l'accès aux ressources, aux institutions et aux dispositifs de santé. Enfin, les travaux sur les inégalités territoriales ont montré que la distribution de l'offre de soins et la structuration des espaces locaux conditionnent les parcours de santé. En croisant ces trois perspectives, cette thèse propose une grille de lecture qui permet de rendre compte des logiques différenciées de recours en addictologie et en réduction des risques. Les résultats montrent que les femmes ne sont pas seulement confrontées à un déficit d'accès en raison de leur genre, ni uniquement à une inégale distribution territoriale de l'offre, mais bien à l'intersection de ces deux dimensions. En introduction, le genre constituait un point de départ : la recherche s'ouvrait sur le constat de l'invisibilité et de la sous-représentation des femmes dans les institutions médicosociales de l'addiction. En conclusion, il apparaît aussi comme un point d'arrivée : si l'analyse a mis en lumière des contraintes spécifiquement féminines, elle a surtout révélé des mécanismes plus généraux qui structurent le recours aux CAARUD et aux CSAPA en France. On peut formuler l'hypothèse que ces dynamiques concernent aussi les hommes, même si leur expression reste à documenter.

Prolongements de la thèse

Une thèse portant sur un objet aussi vaste et complexe que le recours aux soins et aux prestations sociales ne saurait prétendre en épuiser toutes les dimensions. Ce travail ouvre au contraire sur plusieurs pistes d'approfondissement. D'abord, l'analyse gagnerait à élargir le périmètre des institutions étudiées : l'enquête s'est centrée sur le secteur médicosocial, en laissant de côté d'autres espaces comme la médecine de ville, les hôpitaux publics ou les cliniques privées, pourtant importants dans la prise en charge des addictions. De même, les soins non allopathiques et les démarches d'arrêt spontané mériteraient une attention spécifique, puisqu'une part importante des personnes concernées par les addictions cessent leur consommation en dehors de tout cadre institutionnel, ou recourent à des formes de médecine alternative. L'« aval » des parcours reste également à explorer : la sortie des institutions de soin

et, plus largement, la sortie de l'addiction constituent une étape qui n'a pas été intégrée à cette recherche.

Par ailleurs, plusieurs angles morts invitent à de futures investigations. Les inégalités ethno-raciales dans le recours demeurent largement sous-étudiées, en particulier en Guyane où les déclinaisons sociales et raciales peuvent jouer un rôle dans le recours aux institutions. De même, la maternité et la parentalité n'ont pas constitué un axe d'analyse de cette thèse. Ces dimensions sont apparues ponctuellement dans les récits, mais n'ont pas fait l'objet d'un questionnement systématique. Ces limites dessinent des pistes de prolongement possibles, qui permettraient de compléter et d'enrichir l'analyse présentée ici.

In fine, il est possible de considérer que ce travail présente un double intérêt. D'un point de vue scientifique, il éclaire un objet peu étudié : le (non-)recours des femmes aux institutions médicosociales de l'addiction, en proposant une approche multi-niveaux. D'un point de vue politique, il contribue à la lutte contre les inégalités de genre et de santé, en dénaturisant l'idée que les femmes seraient « absentes » ou « déficitaires » par nature, et en montrant que leur recours est façonné par des contraintes sociales et structurelles. En définitive, cette thèse invite à repenser le recours des usagères aux institutions médicosociales de l'addiction comme un processus complexe, à la croisée des structures sociales et des expériences individuelles. C'est dans cette articulation que se joue, pour les femmes comme pour les hommes, la possibilité d'une prise en charge adaptée en addictologie et en réduction des risques.

Bibliographie

ABADIE Roberto, BROWN Brandon et FISHER Celia B., 2019, « “Money Helps”. People who inject drugs and their perceptions of financial compensation and its ethical implications », *Ethics & Behavior*, vol. 29, n°8, p. 607-620.

ABDELAZEEM Basel, ABBAS Kirellos Said, AMIN Mostafa Atef, EL-SHAHAT Nahla Ahmed, MALIK Bilal, KALANTARY Atefeh et ELTOBGY Mostafa, 2022, « The effectiveness of incentives for research participation. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *PLOS ONE*, vol. 17, n°4.

ACHIN Catherine et BERENI Laure, 2013, *Dictionnaire genre et science politique. Concepts, objets, problèmes*, Paris, Presses de Sciences Po.

ADAM Philippe et HERZLICH Claudine, 2003, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.

AGUILERA Thomas et CHEVALIER Tom, 2021, « Les méthodes mixtes. Vers une méthodologie 3.0 ? », *Revue française de science politique*, vol. 71, n°3, p. 361-363.

AÏACH Pierre, 2000, « De la mesure des inégalités. Enjeux sociopolitiques et théoriques », dans Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG et Annette LECLERC (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 81-91.

AÏACH Pierre, CÈBE Dominique, CRESSON Geneviève et PHILIPPE Claudine, 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP.

AÏNA Élodie, 2009, « Prévention dans les DOM. Adapter les campagnes de communication au contexte local », *La Santé de l'Homme*, n°404, p. 8-11.

AMARO Romain, 2016, « Taking chances for love ? Reflections on love, risk, and harm reduction in a gay slamming subculture », *Contemporary Drug Problems*, vol. 43, n°3, p. 216-227.

ANDERSON Tammy, 2008, *Neither villain nor victim. Empowerment and agency among women substance abusers*, New Brunswick, Rutgers, The State University of New Jersey.

AQUATIAS Sylvain, 1999, « Cannabis. Du produit aux usages. Fumeurs de haschich dans des cités de la banlieue parisienne », *Sociétés contemporaines*, n°36, p. 53-66.

ARCHAT Stéphanie, 2022, *La construction du « harcèlement de rue » comme problème public en France. Entre médiatisation, militantisme et action publique*, thèse de doctorat en science politique, Université Paris Sciences et Lettres.

ARPA Sharon, 2017, *Women who use drugs. Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*, background paper commissioned by the EMCDDA for *Health and social responses to drug problems. A European guide*.

ASTIER Isabelle et DUVOUX Nicolas, 2006, *La société biographique. Une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan.

AVRIL Christelle, CARTIER Marie et SIBLOT Yasmine, 2005, « Les rapports aux services publics des usagers et agents de milieux populaires. Quels effets des réformes de modernisation ? », *Sociétés contemporaines*, vol. 2, n°58, p. 5-18.

BABINEAU Kate et HARRIS Anita, 2015, *Pathways through treatment. A mixed-methods longitudinal outcomes study of Coolmine Therapeutic Community*, Dublin, Coolmine Therapeutic Community.

BABY-COLLIN Virginie et CORTES Geneviève, 2019, « Éditorial », *Espaces et sociétés*, 2019/3 n° 178, p.7-19.

BARBIER Katia, 2016, *Accessoires. L'invisibilisation des femmes dans les procédures pénales en matière de stupéfiants*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Saclay.

BATAILLE Philippe, 2003, *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Balland.

BATAILLE Philippe, 2010, « Sociologie du sujet vulnérable face aux discriminations, la maladie, la mort », *Annuaire de l'EHESS*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 481-482.

BAUDELOT Christian et ESTABLET Roger, 1990 [1984], *Durkheim et le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France.

BAUDOT Pierre-Yves et OULD-FERHAT Laurence, 2012, « L'administration à l'épreuve du savoir », *Sociologies pratiques*, n°24, p. 1-7.

BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix*, n°35, p. 226-257.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, 2010 [1997], *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, 4^e éd. augmentée, Paris, La Découverte.

BEAULIEU Myriam, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, TREMBLAY Joël et BERTRAND Karine, 2023, « Personal strengths and resources that people use in their recovery from persistent substance use disorder », *Drugs. Education, Prevention & Policy*, vol. 31, n°5, p. 570-583.

BECK François, 2006, *Entre représentativité des échantillons et représentations des usages. L'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogue*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 5.

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

BECK François, SPILKA Stanislas, NGUYEN-THANH Viet, GAUTIER Arnaud, LE NÉZET Olivier et RICHARD Jean-Baptiste, 2017, « Cannabis. Usages actuels en population adulte », *Tendances*, n°119, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

BECK Ulrich, 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.

BECKER Howard S., 1985 [1963], *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

BÉLIARD Aude et EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2008, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », dans Alban BENSA et Didier FASSIN (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, p. 123-141.

BENOIST Jean, 2004, « Rencontres de médecines. S'opposer ou s'ajuster », *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 5, n°2, p. 277-286.

BENOIST Yann, 2008, « Vivre dans la rue et se soigner », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n°3, p. 5-34.

BENOÎT Thérèse, DAMBÉLÉ Sayon et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2015, *Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne*, Strasbourg, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe.

BENOÎT Thérèse et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2016, *Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives*, Strasbourg, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe.

BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre et REVILLARD Anne, 2012, *Introduction aux études sur le genre*, 3^e éd., Paris, De Boeck Supérieur.

BERGER Peter et LUCKMANN Thomas, 1986 [1966], *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.

BERGERON Henri, 1999, *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France.

BERGERON Henri, 2005, « Les politiques publiques en Europe. De l'ordre à la santé publique », dans Daniel BAILLY, Jean-Luc VENISSE et Michel REYNAUD (dir.), *Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?*, Paris, Elsevier Masson, p. 30-39.

BERNE Élodie, 2024, *Aux marges de la psychiatrie. Recherche in-située sur les trajectoires de patients avec des addictions dans un hôpital psychiatrique*, thèse de doctorat en sociologie, Université Lumière – Lyon II.

BERTRAND Karine et NADEAU Louise, 2006, « Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution : étude exploratoire », *Drogues, santé et société*, vol. 5, n°2, p. 79-109.

BESSIN Marc, BIDART Claire et GROSSETTI Michel, 2009, *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte.

BESSIN Marc et GAUDART Corinne, 2009, « Les temps sexués de l'activité. La temporalité au principe du genre ? », *Temporalités*, n°9.

BESSIN Marc, 2013, « Quand la mixité ne suffit pas. Où en est l'introduction du genre dans le travail social ? », *Les Cahiers Dynamiques*, n°58, p. 22-30.

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, 2014, « Retour sur l'expérience d'une équipe mixte de recherche », dans Catherine CICHELLI-PUJEAUT et Anne MONJARET (dir.), *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions, p. 149-164.

- BESSIN Marc, 2022, « Les présences parentales dans le parcours de vie. Une approche temporaliste et féministe », dans Marc BESSIN et Catherine NÉGRONI (dir.), *Parcours de vie, logiques individuelles, collectives et institutionnelles*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, p. 37-52.
- BIOCALTI Roberta et PASSINI Stefano, 2019, « Development of the Substance Use Motives Measure (SUMM): A comprehensive eight-factor model for alcohol/drugs consumption », *Addictive Behaviors Reports*, vol. 10, p. 100199.
- BLANC Julie et FOUILLAND Noé, 2024, « Tenir la ligne. Les conditions sociales du travail de mise en cohérence de soi », *Politix*, n°147, p. 9-28.
- BLUMER Herbert, 1971, « Social problems as collective behavior », *Social Problems*, vol. 18, n°3, p. 298-306.
- BOCQUET Denis, 2019, « Les études multi-situées. Entre pragmatisme et construction scientifique d'une posture », *Espaces et sociétés*, n°178, p. 175-182.
- BOLLE DE BAL Marcel, 2003, « Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques », *Sociétés*, n°80, p.99-131.
- BONTÉ Milan, 2021, « Enquêter les personnes trans en géographie. Des méthodes participatives pour répondre aux enjeux de la surétude ? », *Annales de géographie*, n°742, p. 47-70.
- BOUÉ Margaux, MULLNER Pauline, THIZY Laurine et WICKY Lucie, 2024, « Pour une éthique engagée », *Socio-logos*, n°20.
- BOURDIEU Pierre et PASSERON Jean-Claude, 1970, *La reproduction. Éléments d'une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU Pierre, 1979, « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°30.
- BOURGOIS Philippe, 2001, *En quête de respect. Le crack à New York*, Paris, Seuil.
- BOUSSAGUET Laurie, 2013, « Agenda/Mise à l'agenda », dans Catherine ACHIN et Laure BERENI (dir.), *Dictionnaire genre et science politique. Concepts, objets, problèmes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 55-68.
- BOUTHIER Léo, 2023, *Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2020*, rapport de l'OFDT, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).
- BOYD Susan, 2004, *From witches to wrack norms. Women, drug law and policy*, Durham (NC), Carolina Academic Press.
- BRAUD Rosane et LOISON Marie, 2022, « Le sans-abrisme au féminin. Quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale », *Travail, genre et sociétés*, n°47, p. 131-147.

BRAVERMAN Louis, 2017, *La fabrique du sujet vulnérable. Étude sur l'expérience du cancer de la prostate*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

BRESSON Maryse, 2007, *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin.

BRESSON Maryse, 2020, *Sociologie de la précarité*, 2^e éd., Paris, Armand Colin.

BRETON Didier, TEMPORAL Franck, MARIE Claude-Valentin et ANTOINE Robin, 2021, « Enjeux démographiques des départements et régions d'outre-mer. La Martinique symptomatique du vieillissement et de la dépopulation des Antilles », *Regards*, n°59, p. 25-39.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, 2015, « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, n°188, p. 10-18.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, 2016, « Le concept de vulnérabilité », *La Vie des idées*.

BROQUA Christophe et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2004, « Les collectifs d'usagers dans les champs du sida et de la toxicomanie », *Médecine/Sciences*, vol. 20, n°4, p. 475-479.

BROUSSE Cécile, 2015, « Travail professionnel, tâches domestiques, temps "libre". Quelques déterminants sociaux de la vie quotidienne », *Économie et statistique*, n°478-480, p. 119-154.

BROWN L.G., 1931, « The sociological implications of drug addictions », *Journal of Educational Sociology*, vol. 4, p. 358-369.

BUCQUET Dominique, 1993, « Qualité de vie, santé perceptive. Définition, concept, évaluation », dans Dominique BUCQUET, Claude HÉRISSON et Louis SIMON (dir.), *Évaluation de la qualité de vie*, Paris, Masson, p. 1-8.

BUSSI Chloé, 2023, *Aux frontières du social et du sanitaire. Approche ethnographique de la prise en charge de la santé des sans-abri en centres d'hébergement*, thèse de doctorat en sociologie, Normandie Université.

BUTLER Judith, 2005, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte.

BUTON François, 2010, « Histoires d'institutions. Réflexions sur l'historicité des faits institutionnels », *Raisons politiques*, n°40, p. 21-41.

BUTTERS Jennifer et ERICKSON Patricia G., 2003, « Meeting the health care needs of female crack users. A Canadian example », *Women & Health*, vol. 37, n°3, p. 1-17.

CADET-TAÏROU Agnès, COQUELIN Anaëlle et TOUFIK Abdalla, 2010, « CAARUD. Profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

CADET-TAÏROU Agnès, JANSSEN Éric et GUILBAUD Fabrice, 2020, « Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019 », *Tendances*, n°142, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

CADET-TAÏROU Agnès, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, GANDILHON Michel, DAMBÉLÉ Sayon et JANGAL Candy, 2021, *Synthèse des principaux résultats de l'étude Crack en Île-*

de-France, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)/Inserm.

CALDENTHEY Clara, TIRADO MUÑOZ Judit, FERRER Tessie, FONSECA CASALS Francina, ROSSI Paola, MESTRE-PINTÓ Juan Ignacio et TORRENS MELICH Marta, 2017, « Intimate partner violence among female drug users admitted to the general hospital. Screening and prevalence / Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general. Cribado y prevalencia », *Adicciones*, vol. 29, n°3, p. 172-179.

CAMPBELL Nancy D. et HERZBERG David, 2017, « Gender and critical drug studies. An introduction and an invitation », *Contemporary Drug Problems*, vol. 44, n°4, p. 251-264.

CANGUILHEM Georges, 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.

CARDE Estelle, 2011, « Adapter les pratiques médicales au terrain. Maternité et VIH en Guyane et à Saint-Martin », *Santé publique*, vol. 23, n°6, p. 441-453.

CARDE Estelle, 2012, « De l'étranger au minoritaire, de la "Métropole" à la Guyane. Les discriminations dans l'accès aux soins », *Migrations Société*, n°140, p. 35-50.

CARDE Estelle, 2016, *Discriminations et accès aux soins en Guyane française*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

CARDI Coline, 2007, « Le contrôle social réservé aux femmes. Entre prison, justice et travail social », *Déviance et société*, vol. 31, n°1, p. 3-23.

CARDI Coline, 2010, « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, n°101, p. 35-45.

CARDI Coline et PRUVOST Geneviève, 2012, *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte.

CASIMIR Harry, 2007, « Les familles guadeloupéennes à l'épreuve de la dépendance au crack », *Psychotropes*, vol. 13, n°3, p. 275-284.

CASTEL Robert, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

CASTEL Robert (dir.), 1998, *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités*, Fribourg, Éditions Universitaires.

CASTEL Robert, 2006, « Repenser la protection sociale », entretien avec Xavier MOLENAT, *Sciences Humaines*, n°168.

CAVACUITTI Chris A., 2004, « You, me...and drugs—a love triangle. Important considerations when both members of a couple are abusing substances », *Substance Use & Misuse*, vol. 39, n°4, p. 645-656.

CAYOUE-REMBLIÈRE Joanie, 2011, « Reconstituer une cohorte d'élèves à partir de dossiers scolaires. La construction d'une statistique ethnographique », *Genèses*, n°85, p. 115-133.

CEFAÏ Daniel, 1996, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, vol. 14, n°75, p. 43-66.

CEFAÏ Daniel, 2016, « Publics, problèmes publics, arènes publiques... Que nous apprend le pragmatisme ? », *Questions de communication*, n°30, p. 25-64.

CEFAÏ Daniel, 2025, « Point de vue. Savoirs expérientiels, communautés épistémiques : un apport possible du pragmatisme à l'étude des mouvements de malades », *Revue française des affaires sociales*, n°251, p. 177-197.

CHABAUD-RYCHTER Danielle, DESCOUTURES Virginie, VARIKAS Eleni et DEVREUX Anne-Marie, 2010, *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques, de Max Weber à Bruno Latour*, Paris, La Découverte.

CHANG Judy, 2019, « Narcofeminism. A campaign for the feminist who uses drugs », *Blog EURONPUD*.

CHAMPY Florent, 2009, *La sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France.

CHARLES-NICOLAS Aimé, 1997, *Crack et cannabis dans la Caraïbe. La roche et l'herbe*, Paris, L'Harmattan.

CHARRIER Rémi, 2017, *Synthèse démographique de la Guyane. Une démographie toujours dynamique, Insee Flash Guyane*, n°57.

CHAUVIÈRE Michel, 2007, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte.

CHAUVIN Pierre et PARIZOT Isabelle (dir.), 2005, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, INSERM.

CHAUVIN Pierre et BAZIN Fabienne, 2005, « Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France », dans Pascal CHAUVIN et Isabelle PARIZOT (dir.), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, INSERM, p. 17-37.

CHEFF Rebecca, 2018, *Compensating research participants. A survey of current practices in Toronto*, rapport, Wellesley Institute.

CHEVALIER Tom, 2022, « Comment faire des typologies en politique comparée ? », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 29, n°4.

CINGOLANI Patrick, 2006, *La précarité*, Paris, Presses Universitaires de France.

CLAIR Isabelle, 2010, « Howard S. Becker. Déviance et identités de genre », dans Danielle CHABAUD-RYCHTER, Virginie DESCOUTURES, Eleni VARIKAS et Anne-Marie DEVREUX (dir.), *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques, de Max Weber à Bruno Latour*, Paris, La Découverte, p. 289-301.

CLAIR Isabelle, 2012, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, n°60, p. 67-78.

- CLAIR Isabelle, 2016, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°213, p. 66-83.
- CLAIR Isabelle, 2017, « S'insulter entre filles. Ethnographie d'une pratique polysémique en milieu populaire et rural », *Terrains & travaux*, n°31, p. 179-199.
- CONDAMINE-DUCREUX Iris, 2023, *Réseaux de sociabilités des personnes utilisant des drogues par injection. Expositions, vigilances et protections face aux risques*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.
- CONDON Stéphanie, 2014, « Enjeux d'une enquête sur les violences de genre dans les départements d'outre-mer », *Informations sociales*, n°186, p. 36-39.
- CONDON Stéphanie, DAUPHIN Sandrine et HAGÈGE Meoïin, 2019, « Les violences intrafamiliales dans les Outre-mer. Apports et perspectives des enquêtes sociodémographiques », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°133, p. 71-77.
- CONNELL Raewyn, 2014, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Amsterdam Éditions.
- CONRAD Peter, 2007, *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- CONSTANCE Jean et PERETTI-WATEL Patrick, 2010, « La cigarette du pauvre », *Ethnologie française*, vol. 40, n°3, p. 535-542.
- CONTAMIN Jean-Gabriel, SAADA Emmanuelle, SPIRE Alexis et WEIDENFELD Katia, 2009, *Le recours à la justice administrative. Pratiques des usagers et usages des institutions*, Paris, La Documentation française.
- COPPEL Anne, 2004, « Les femmes et les drogues. Nouveaux rapports sociaux de sexe et nouvelles formes de subjectivité », *La Santé de l'Homme*, n°372, p. 38-40.
- COSTA Julie et WAWRZYNIAK Dimitri, 2024, « Produire et réguler les espaces publics de la drogue. La gestion du problème public du crack et ses scènes ouvertes dans le Nord-Est parisien », dans Manuel BOUCHER et Hervé MARCHAL (dir.), *Déviance, délinquance et réactions sociales dans l'espace public. Entre résistance, contrôle et répression*, Bordeaux, Le Bord de l'Eau.
- COUTERON Jean-Pierre et LACOSTE Martine, 2012, « Principes d'organisation des services », dans Alain MOREL, Pierre CHAPPARD et Jean-Pierre COUTERON (dir.), *La réduction des risques en addictologie en 22 fiches*, Paris, Dunod, p. 72-81.
- CRENSHAW Kimberlé Williams et BONIS Oristelle, 2005, « Cartographies des marges. Intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du genre*, n°39, p. 51-82.
- CRESSON Geneviève, 2000, *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan.
- DAI Bingham, 1970 [1937], *Opium addiction in Chicago*, Montclair (NH), Patterson Smith.
- DAMON Julien, 2002, *La question SDF*, Paris, Presses Universitaires de France.

- DAMON Julien, 2014, « Chiffres, approches et paradoxes de la pauvreté urbaine », *Questions de communication*, n°25, p. 143-160.
- DARMON Muriel, 2008, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.
- DARMON Muriel, 2016, *La socialisation*, Paris, Armand Colin.
- DAVIS Angela, 1983 [1981], *Femmes, race et classe*, Paris, des femmes – Antoinette Fouque.
- DELPHY Christine, 1975, « Pour un féminisme matérialiste », *L'Arc*, n°61, p. 61-67.
- DELPHY Christine, 2001, « Penser le genre : problèmes et résistances », dans Christine DELPHY, *L'ennemi principal. 2/ Penser le genre*, Paris, Syllepse.
- DEMAZIÈRE Didier, 2013, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie*, vol. 4, n°3, p. 333-347.
- DENNIS Florence, PIENAAR Kiran et ROSENGARTEN Michael, 2023, « Narcofeminisms. Revisioning drug use », *The Sociological Review*, vol. 71, n°4, p. 723-740.
- DE MONTIGNY GAUTHIER Pascale et DE MONTIGNY Francine, 2014, *Théorie du parcours de vie*, Gatineau (QC), CERIF/UQO.
- DERBEZ Benjamin, 2010, « Négocier un terrain hospitalier Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », *Genèses*, n° 78, p.105-120.
- DESCARTES Lara, ASECIO Marysol et BLANK Thomas O., 2011, « Paying project participants. Dilemmas in research with poor, marginalized populations », *Advances in Social Work*, vol. 12, n°2, p. 218-225.
- DE SINGLY François, 2012, *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes*, 3^e éd., Paris, Armand Colin.
- DESJEUX Cyril et HENCKES Nicolas, 2024, « Le médico-social en catégories », dans Nicolas HENCKES, Myriam WINANCE, Alis SOPADZHIYAN, Cyril DESJEUX, Louis BERTRAND et Noémie RAPEGNO (dir.), *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Paris, Dunod, p. 41-73.
- DESPONTIN LEFÈVRE Irène, 2024, « Visibilité », dans Marlène BOUVET et al. (dir.), *Catégoriser*, Lyon, ENS Éditions.
- DESROSIÈRES Alain, 2014, *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*, Paris, La Découverte.
- DEVAUX Marion, JUSOT Florence, TRANNOY Alain et TUBEUF Sandy, 2007, « Inégalités des chances en santé. Influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, n°118.
- DIETRICH Pascale, LOISON Marie et ROUPNEL Manuella, 2012, « Articuler les approches quantitative et qualitative », dans Serge PAUGAM (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 207-222.

- DORLIN Elsa, 2005, « De l'usage épistémologique et politique des catégories de "sexe" et de "race" dans les études sur le genre », *Cahiers du genre*, n°39, p. 83-105.
- DOUAIRE-MARSAUDON Françoise, 1996, « Neither black or white. The father's sister in Tonga », *Journal of the Polynesian Society*, vol. 105, n°2, p. 139-164.
- DUBOIS Vincent, 2008, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica.
- DUPLESSY Catherine et CHAPPARD Pierre, 2012, « Dispositif de réduction des risques », dans Alain MOREL, Pierre CHAPPARD et Jean-Pierre COUTERON (dir.), *La réduction des risques en addictologie en 22 fiches*, Paris, Dunod, p. 82-97.
- DUPRAT Laura, 2024, *Construction des parcours de soins d'usagers d'alcool en microstructures médicales addictives. Note de résultats*, Paris, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).
- DUPREZ Dominique et KOKOREFF Michel, 2000, *Les mondes de la drogue*, Paris, Odile Jacob.
- DURAND Corentin et ISRAËL Liora, 2022, « Porter la cause devant les Hautes Cours. Justiciables et auxiliaires du droit entre politisation et technicisation », *Politix*, n°139, p. 117-143.
- DURKHEIM Émile, 2013 [1895], *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DURKHEIM Émile, 2014 [1898], « Représentations individuelles et représentations collectives », dans *Sociologie et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 1-39.
- DU ROSE Natasha, 2015, *The governance of female drug users. Women's experiences of drug policy*, Bristol, Policy Press.
- DUVOUX Nicolas, 2009, *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DUVOUX Nicolas et VEZINAT Nadège (dir.), 2022, *La santé sociale*, Paris, Presses Universitaires de France.
- EHRENBERG Alain, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et TINLAND Aurélie, 2024, « Introduction », *Esprit*, n°12, p. 29-31.
- ELDER Glen H., 1998, « The life course as developmental theory », *Child Development*, vol. 69, n°1, p. 1-12.
- ELIAS Norbert et SCOTSON John, 1965, *The established and the outsiders. A sociological enquiry into community problems*, London, SAGE Publications Ltd.
- EMMANUELLI Julien et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2003, *Étude multicentrique, multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des virus du VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot). Phase de faisabilité : janvier 2001-septembre 2002, rapport de fin d'étude*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

ENGELI Isabelle et PERRIER Gwenaëlle, 2015, « Pourquoi les politiques publiques ont toutes quelque chose en elles de très genré », dans Laurie BOUSSAGUET, Sophie JACQUOT, Pauline RAVINET et Pierre MULLER (dir.), *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 349-376.

EPSTEIN E. E. et McCRADY Barbara S., 2002, « Couple therapy in the treatment of alcohol problems », dans Alan S. GURMAN et Neil S. JACOBSON (dir.), *Clinical handbook of couple therapy*, 3^e éd., New York, The Guilford Press, p. 597-628.

ESCOTS Serge et SUDERIE Guillaume, 2013, *Revue de la littérature. Femmes et addictions*, Toulouse, Institut d'anthropologie clinique, rapport.

ETTORRE Elizabeth, 1992, *Women and substance use*, Londres, Palgrave Macmillan UK.

FAGARD Jacqueline, PY Jacques et ROBY-BRAMI Agnès, 2023, « Le rôle structurant des comités d'éthique pour une recherche intègre et responsable », *Les Nouvelles frontières de l'intégrité académique*, Caen, Éditions EMS.

FAINZANG Sylvie, 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Éditions de l'EHESS.

FAINZANG Sylvie, 2006, *La relation médecins-malades. Information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.

FASSIN Didier (éd.), 1998, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.

FASSIN Didier, 2000, « Qualifier les inégalités », dans Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG et Annette LECLERC (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 123-144.

FAVIER Elsa, 2020, *Énarques et femmes. Le genre dans la haute fonction publique*, thèse de doctorat en sciences sociales et genre, EHESS.

FÉDÉRATION ADDICTION, 2016, *Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et en CAARUD*, Fédération Addiction.

FEREY Camille, LEVINE Emmanuel et ZOUBIR Zacharias, 2024, « L'invisibilité sociale en question », *Terrains/Théories*, n°19.

FERNANDEZ Fabrice, 2010, *Emprises. Drogues, errance, prison. Figures d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier.

FILIBE Estelle et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2024, « Rétribuer des personnes consommatrices de drogues dans des enquêtes sociologiques. Généalogie, mise en pratique et effets », *Terrains & travaux*, n°45, p. 29-49.

FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse et MAUGER Gérard, 2000, *Étude des sans-domicile. Le cas de Paris et de l'Île-de-France*, Paris, Ined, Documents de travail n°87.

FORTANÉ Nicolas, 2010, « La carrière des “addictions” : D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, n° 78, p.5-24.

FOSSIER Arnaud et MONNET Éric, 2009, « Les institutions, mode d'emploi », *Tracés. Revue de sciences humaines*, n°17.

FRANCHINA Loreley et SARRADON-ECK Aline, 2024, « Mobilité thérapeutique ultramarine La Réunion-Hexagone dans le cadre de traitements de haute technicité. Récits d'expérience », *Anthropologie & Santé* [En ligne], n°29.

FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.

FRY Craig et DWYER Robyn, 2001, « For love or money? An exploratory study of why injecting drug users participate in research », *Addiction*, vol. 96, n°9, p. 1319-1325.

FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

GAISSAD Laurent, 2013, « La démence ou la dépense ? Le circuit festif gay entre consommation et consommation », *Ethnologie française*, vol. 43, n°3, p. 409-416.

GAISSAD Laurent, 2017, « Réduire quels risques ? Chemsex et avatars du plaisir et de la santé gay », *Chimères*, n°91, p. 169-177.

GANAULT Jeanne, 2023, « Le genre de l'autonomie temporelle. Inégalités entre les femmes et les hommes salariés face aux libertés d'organisation du temps de travail », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°149, p. 15-35.

GARNOUSSI Nadia, CHAMPION Françoise et FORNER Elsa (dir.), 2024, *La santé mentale en mouvement. Entre nouvel ordre thérapeutique et dispersion des pratiques*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

GARRAUD Philippe, 1990, « Politiques nationales. L'élaboration de l'agenda », *L'Année sociologique*, p. 17-41.

GBAGBOHOUNDADA Océane, 2025, « Être fanm poto-mitan, entre idéal sacrificiel et symbole de fortitude. Regards pluridisciplinaires et analyse critique féministe », *Psychologies, Genre et Société* [En ligne], n°4.

GELINAS Luke, LARGENT Emily A., COHEN I. Glenn, KORNETSKY Susan, BIERER Barbara E. et FERNANDEZ LYNCH Holly, 2018, « A framework for ethical payment to research participants », *New England Journal of Medicine*, vol. 378, n°8, p. 766-771.

GÉRARDIN-LAVERGE Mona et COLLIER Anne-Claire, 2020, « Circulation et production des savoirs. Une discussion épistémologique », *Terrains/Théories*, n°11.

GILBERT Claude et HENRY Emmanuel, 2012, « La définition des problèmes publics. Entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n°1, p. 35-59.

GILLES Salomé, 2024, « L'élaboration d'une réduction des risques vernaculaire dans un collectif numérique d'amateurs de drogues », *Déviance et Société*, vol. 48, n°3, p. 71-107.

GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale et CHAUVIN Pierre, 2010, *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Paris, La Documentation française.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm A., 2010, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin.

GOFFMAN Erving, 1973, *La présentation de soi. La mise en scène de la vie quotidienne I*, Paris, Les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.

GOFFMAN Erving, 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit.

GOLDSMITH Douglas S. et FREIDAMAN Samuel R., 1991, « La drogue, le sexe, le sida et la survie dans la rue. Les voix de cinq femmes », *Anthropologie et sociétés*, vol. 15, n°2-3, p.13-35.

GOYON Marie, 2005, « La relation ethnographique : une affaire de genres », *Socio-anthropologie*, n°16.

GRACCHUS Fritz, 1980, *Les lieux de la mère dans les sociétés afro-américaines*, Paris, Éditions caribéennes.

GRARD Julien, 2008, « Devoir se raconter. La mise en récit de soi, toujours recommencée », dans Alban BENSA et Didier FASSIN (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, p. 143-163.

GREENE Jennifer C., CARACELLI Valerie J. et GRAHAM Wendy F., 1989, « Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs », *Educational Evaluation and Policy Analysis*, vol. 11, n°3, p. 255-274.

GREEN Carla A., 2006, « Gender and use of substance abuse treatment services », *Alcohol Research & Health*, vol. 29, n°1, p. 55-67.

GREENFIELD Shelly F., BROOKS Audrey J., GORDON Susan M., GREEN Carla A., KROPP Frankie, McHUGH R. Kathryn, LINCOLN Melissa, HIEN Denise et MIELE Gloria M., 2007, « Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women. A review of the literature », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, n°1, p. 1-21.

GRELLA Christine E., STEIN Judith A., WEISNER Constance, CHI Felicia et MOOS Rudolf, 2010, « Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two integrated service delivery systems », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, n°1-2, p. 92-100.

GRÉMY Jean-Paul, 1993, « Questions et réponses : quelques résultats sur les effets de la formulation des questions dans les sondages », *Sociétés contemporaines*, n°16, p. 165-176.

GUILLAUMIN Colette, 1978, « Pratique du pouvoir et idée de nature. (1) L'appropriation des femmes. (2) Le discours de la nature », dans *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Donnemarie-Dontilly, Éditions iXe.

GUILLEMAUT Françoise, 2013, « Un “dispositif de sexe et genre créolisé”. L'exemple de la Guadeloupe et de la Guyane », *L'Homme & la Société*, n°189-190, p. 163-190.

GUSFIELD Joseph R., 1981, *The culture of public problems. Drinking-driving and the symbolic order*, Chicago, University of Chicago Press.

GUSFIELD Joseph, 2009, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.

GUYON Stéphanie, 2011, « Politisation et hiérarchies coloniales. Amérindiens et Noirs-marrons à Saint-Paul (Guyane française, 1946-2000) », *Critique internationale*, n°50, p. 21-37.

GUYON Stéphanie, 2013, « Des “Primitifs” aux “Autochtones”. Savoirs ethnologiques et politiques publiques en Guyane de 1946 à nos jours », *Genèses*, n°91, p. 49-70.

GUYON Stéphanie, 2016, « Trajectoires post-coloniales de l'assimilation », *Politix*, n°116, p. 9-28.

GUYON Stéphanie, 2024, « Le privilège métropolitain ? Magistrat·es et construction de la métropolitainité dans les outre-mer français », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 40, n°2-3, p. 37-58.

HADDAD Marine, 2018, *Migration DOM-métropole des années 1960 à nos jours. Itinéraires d'une minorité française*, thèse de doctorat en sociologie, Institut d'études politiques.

HAGÈGE Meoïn, 2016, *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Île-de-France*, thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS.

HAGÈGE Meoïn et CONDON Stéphanie, 2020, « Enquêtes statistiques et approches intersectionnelles. Considérations pour l'élaboration d'une enquête sur les violences de genre dans les Outre-mer », *Terrains & travaux*, n°36-37, p. 183-204.

HAMEL Marie-Pierre et WARIN Philippe, 2014, « Non-recours (non-take up) », dans Laurie BOUSSAGUET, Sophie JACQUOT et Pauline RAVINET (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 4e éd., Paris, Presses de Sciences Po, p. 383-390.

HAMIDI Camille, 2012, « De quoi un cas est-il le cas ? Penser les cas limites », *Politix*, n°100, p. 85-98.

HARAWAY Donna, 1988, « Situated knowledges. The science question in feminism and the privilege of partial perspective », *Feminist Studies*, vol. 14, n°3, p. 575-599.

HASSENTEUFEL Patrick, 2010, *Sociologie politique. L'action publique*, 2e éd., Paris, Armand Colin.

HEAD Emma, 2009, « The ethics and implications of paying participants in qualitative research », *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 12, n°4, p. 335-344.

HENCKES Nicolas, 2022, « Logement d'abord : agenda et conditions d'une politique publique », dans Nicolas CHAMBON, Pascale ESTECAHANDY, Élodie PICOLET et Manuel HENNIN (dir.), *La politique du Logement d'abord en pratique*, Presses de Rhizome, p. 44-51.

HERZLICH Claudine, 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École pratique des hautes études.

HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, 1991, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.

HERZLICH Claudine, 2003, « La santé et le social », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°51, p. 377-380.

HIDAIR Isabelle, 2007, « Images fantasmatiques de l'immigration métropolitaine. Regards sur la dialectique des représentations stéréotypées », dans Serge MAM-LAM-FOUCK (dir.), *L'institution d'un département français dans la région des Guyanes*, Matoury, Ibis Rouge Éditions, p. 617-642.

HIDAIR-KRIVSKY Isabelle, 2008, « Voyage aux origines du mythe constructeur de l'identité des femmes créoles guyanaises », *Nouvelles Études Francophones*.

HIDAIR Isabelle, 2012, « Dresseurs d'oiseaux et identité masculine créole. De la domestication des "Pikolets" à l'éducation des enfants », dans Serge MAM-LAM-FOUCK et Isabelle HIDAIR (dir.), *La question du patrimoine en Guyane*, Matoury, Ibis Rouge Éditions, p. 397-414.

HOAREAU Emmanuelle, 2012, « Un usage féminin des substances ? », *Le Sociographe*, n°39, p. 17-26.

HUGHES Everett C., 1971 [1950], « Cycles, turning point and career », dans Everett C. HUGHES (dir.), *The Sociological Eye*, Chicago, Aldine, p. 124-131.

HULL Gloria T., BELL-SCOTT Patricia et SMITH Barbara (dir.), 1982, *All the women are white, all the Blacks are men, but some of us are brave. Black women's studies*, New York, The Feminist Press.

HUNT Kate et MACINTYRE Sally, 2000, « Genre et inégalités sociales en santé », dans Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG et Annette LECLERC (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 363-375.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2004, *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique*, Paris, La Documentation française.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2006, « Sciences sociales et épidémiologie. Des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risques chez les usagers de drogues », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3, p. 21-23.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, COUTURIER Elisabeth, LE STRAT Yann, BARIN Francis, EMMANUELLI Julien, SEMAILLE Caroline, QUAGLIA Martine, RAZAFINDRATSIMA Nicolas, VIVIER Géraldine, OUDAYA Lila, LEFEVRE Cécile et DESENCLOS Jean-Claude, 2006, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°33.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, OUDAYA Lila, RONDY Mariane, KUDAWU Yao, LE STRAT Yann, COUTURIER Elisabeth, EMMANUELLI Julien et DESENCLOS Jean-Claude, 2008, « Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues », *Médecine/ Sciences*, vol. 24, hors-série n°2, p. 111-121.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2009, « Un regard sociologique sur les drogues. Décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La Revue lacanienne*, n°5, p. 109-118.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et CHAPPARD Pierre, 2012, « Concepts et fondements de la réduction des risques », dans Alain MOREL, Pierre CHAPPARD et Jean-Pierre COUTERON, *La réduction des risques en addictologie en 22 fiches*, Paris, Dunod, p. 38-46.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2016, « Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ? », *Alcoolologie et addictologie*, vol. 38, n°4, p. 335-347.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2017, « La vulnérabilité des usagers de drogues. Enjeux de définition et questions de mesure », dans *Les populations vulnérables*. Actes du XVI^e colloque de démographie.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et GRANIER Jean-Maxence, 2017, « Repenser la politique des drogues. Introduction », *Esprit*, n°2, p. 39-54.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, DAMBÉLÉ Sayon et MARTINHO PORTO Camille de Azevedo, 2023, « La construction du crack à Paris comme un “problème” épidémiologique, de prise en charge et d'écologie urbaine », *Psychotropes*, vol. 29, n°4, p. 7-29.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2024, « La construction du crack comme “problème public”. Socio-histoire des imaginaires sur des publics considérés comme “indésirables” (1986-2023) », *Histoire, médecine et santé*, n°26, p. 95-114.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et BERTRAND Karine, avec la collaboration du GROUPE POLYTOUX, 2025, « Une expérience narco-féministe de recherche participative. La place des savoirs expérientiels liés à l'usage de drogues dans l'évaluation des politiques de soins liés aux addictions, au prisme du genre », *Revue française des affaires sociales*, n°251, p. 93-112.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, AUDRAN Martin et BENOIT Thérèse, 2025, *Étude ANRS-Coquelicot. Séroprévalence et incidence du VIH et du VHC et déterminants de l'exposition aux risques infectieux chez les personnes usagères de drogues fréquentant les dispositifs de soins et de réduction des risques. Données collectées dans la région Guyane en 2022-2023*, Rapport ARS-Guyane [non-publié].

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2025, « Monitoring HIV, HCV and HBV among people who use drugs in France. A reflective feedback on a 25-year experiment based on mixed methods. The ANRS-Coquelicot », *International Journal of Drug Policy*, vol. 136.

JOBARD Fabien et LÉVY René, 2009, « Les contrôles au faciès à Paris », *Plein droit*, n°82, p. 11-14.

JOBERT Bruno, 1992, « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol. 42, n°2, p. 219-234.

- JOHNSON Burke R., ONWUEGBUZIE Anthony J. et TURNER Lisa A., 2007, « Toward a definition of mixed methods research », *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 1, n°2, p. 112-133.
- JONES Charles O., 1970, *An Introduction to the Study of Public Policy*, Belmont (CA), Wadsworth Publishing Company.
- JOUBERT Michel, BERTOLOTTO Fernando et BOUHNİK Patricia, 1998, *Quartier, démocratie et santé*, Paris, L'Harmattan.
- JOUZEL Jean-Noël et PRETE Giovanni, 2014, « Devenir victime des pesticides. Le recours au droit et ses effets sur la mobilisation des agriculteurs Phyto-victimes », *Sociologie du travail*, vol. 56, n°4, p. 435-453.
- KASPAR Heidi, WALTON-ROBERTS Margaret et BOCHATON Audrey, 2019, « Therapeutic mobilities », *Mobilities*, vol. 14, n°1, p. 1-19.
- KELLY Liz, 1988, *Surviving Sexual Violence*, Cambridge, Polity Press.
- KERGOAT Danièle, 1978, « Ouvriers = Ouvrières. Propositions pour une articulation théorique de deux variables : sexe et classes sociales », *Critiques de l'économie politique*, n°5, p. 65-97.
- KERGOAT Danièle, 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux », dans Elsa DORLIN (dir.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses universitaires de France, p. 111-125.
- KOKOREFF Michel, 2010, *La drogue est-elle un problème ? Usages, trafics et politiques publiques*, Paris, Petite bibliothèque Payot.
- LAGROYE Jacques et OFFERLÉ Michel (dir.), 2011, *Sociologie de l'institution*, Paris, Belin.
- LAHIRE Bernard, 1995, *Tableaux de familles. Heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*, Paris, Gallimard/Seuil.
- LANGLOIS Emmanuel, 2014, « Quand l'hôpital fait de la résistance. La prise en charge hospitalo-dépendante des usagers de drogue », *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*, vol. 47, n°3, p. 63-83.
- LANGLOIS Emmanuel, DELILE Jean-Michel et AUTÈS-TRÉAND Erwan, 2023, « Les communautés thérapeutiques pour usagers de drogues. Comment les institutions se détotaient », *ethnographiques.org*, n°46.
- LASCOUMES Pierre et LE GALÈS Patrick, 2018, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.
- LECLERC Annette, KAMINSKI Monique et LANG Thierry, 2008, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte/Inserm Éditions.
- LEGLEYE Stéphane, 2011, *Inégalités de genre et inégalités sociales dans les usages de drogues en France*, thèse de doctorat en santé publique, Université Paris-Sud – Paris XI.

LEMERCIER Claire et ZALC Claire, 2008, *Méthodes quantitatives pour l'historien*, Paris, La Découverte.

LEMERCIER Claire et OLLIVIER Carine, 2011, « Décrire et compter. Du bricolage à l'innovation : questions de méthode », *Terrains & travaux*, n°19, p. 5-16.

LEMERCIER Élise, MUNI TOKE Valelia et PALOMARES Élise, 2014, « Les Outre-mer français. Regards ethnographiques sur une catégorie politique », *Terrains & travaux*, n°24, p. 5-38.

LEMIEUX Cyril, 2012, « L'écriture sociologique », dans Serge PAUGAM (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, p. 377-402.

LEMIEUX Cyril, 2019, « Faut-il en finir avec le comparatisme ? », *L'Homme*, n°229, p. 169-184.

LEOBAL Clémence, 2017, *“Osu”, “baraques” et “batiman”. Redessiner les frontières de l'urbain à Soolan (Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane)*, thèse de sociologie, Sorbonne Paris Cité.

LÉOBAL Clémence, 2021, « Les couleurs du logement social. Racialisations croisées et marquages de l'habiter en Guyane française », *Terrains & travaux*, n°39, 2021/2, p. 61-86.

LEPLÈGE Alain et COSTE Joël (dir.), 2002, *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*, Paris, ESTEM.

LEPLÈGE Alain et DEBOUT Christophe, 2007, « Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, n°88, p. 18-24.

LE RENARD Saba A., 2010, « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Genèses*, n° 81, p.128-141.

LEWANDOWSKI Cathleen A. et HILL Twyla J., 2009, « The impact of emotional and material social support on women's drug treatment completion », *Health & Social Work*, vol. 34, n°3, p. 213-221.

LEX Barbara W., 1995, « Alcohol and other psychoactive substance dependence in women and men », dans Mary V. SEEMAN (dir.), *Gender and Psychopathology*, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 311-358.

LÉZY Emmanuel, 1998, « Au pays des “Mille eaux” : les littoraux guyanais », dans Alain MUSSET et Viol BRUSTLEIN-WANIEZ (dir.), *Les littoraux latino-américains : Terres à découvrir*, Paris, Éditions de l'IHEAL, p. 33-55.

LIEBER Marylène, 2002, « Le sentiment d'insécurité des femmes dans l'espace public. Une entrave à la citoyenneté ? », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 21, n°1, p. 41-56.

LINDESMITH Alfred R., 1938, « A sociological theory of drug addiction », *American Journal of Sociology*, vol. 43, p. 593-613.

LINDESMITH Alfred R., 1947, *Opiate Addiction*, Bloomington, Principia Press.

- LINK Bruce G. et PHELAN Jo C., 2001, « Conceptualizing stigma », *Annual Review of Sociology*, vol. 27, p. 363-385.
- LIPSKY Michael, 1980, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation.
- LOISON Marie et PERRIER Gwenaëlle, 2019, « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre. Entre vulnérabilité et protection », *Déviance et Société*, vol. 43, n°1, p. 77-110.
- LOISON-LERUSTE Marie, BRAUD Rosane et NOÛS Camille, 2021, « Professionnaliser les bénévoles », *Le Sociographe*, n°73, vol. 1, p. 79-92.
- LOISON Marie, 2023, « Le sans-domicilisme. Réflexion sur les catégories de l'exclusion du logement », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 29-50.
- LOMBRAIL Pierre, 2000, « Accès aux soins », dans Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG et Annette LECLERC (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 403-418.
- LONGUET Inès et VASSAUX Tristan, 2025, *Drogues et conduites addictives en Guyane*, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).
- LOTH Caroline et TISSOT Nina, 2023, « Jeunes à la rue usagers de drogues : se construire des territoires existentiels », *Revue française des affaires sociales*, 2023/1, p. 131-151.
- LOVELL Anne, 2000, « Les troubles mentaux », dans Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG et Annette LECLERC (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 251-266.
- LUCARELLI Aude, GUARMIT Basma, CALVEZ Mélanie, EL GUEDJ Myriam, HUBER Florence, TORRES N., VAZ Tania, EPELBOIN Loïc et NACHER Mathieu, 2019, « État des lieux après deux ans de consultation PREP en Amazonie française », *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 49, n°4, p. S95.
- MAHU Ioan T., BARRETT Sean P., CONROD Patricia J., BARTEL Sara J. et STEWART Sherry H., 2021, « Different drugs come with different motives: Examining motives for substance use among people who engage in polysubstance use undergoing methadone maintenance therapy (MMT) », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 229, p. 109133.
- MAM LAM FOUCK Serge, 2000, « Les sociétés créoles des départements français d'Amérique et le fait esclavagiste : une laborieuse reconnaissance », *Journal des africanistes*, tome 70, fasc. 1-2, p. 145-171.
- MARCUS George E., 1995, « Ethnography in/of the World System : The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, vol. 24, p. 95-117.
- MARPSAT Maryse, 1999, « Un avantage sous contrainte. Le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri », *Population*, vol. 54, n°6, p. 885-932.

- MATHIEU Nicole-Claude, 1991, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Côté-femmes.
- MAURIN Marine, 2017, « Femmes sans abri. Vivre la ville la nuit. Représentations et pratiques », *Les Annales de la recherche urbaine*, n°112, « Le genre urbain », p. 138-149.
- MEASHAM Fiona, 2002, « “Doing Gender” — “Doing Drugs”: Conceptualizing the Gendering of Drugs Cultures », *Contemporary Drug Problems*, vol. 29, n°2, p. 335-373.
- MEMBRADO Monique, 2006, « Les femmes dans le champ de la santé : de l’oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n°2, p. 16-31.
- MEMMI Dominique, 2003, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.
- MENAHM Georges, 2000, *Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses*, Paris, Document de travail CREDES.
- MERLE Sylvie, 2008, *Enquête CAME. Crack à la Martinique : état des lieux*, Observatoire de la santé de la Martinique, rapport d’étude.
- MERLE Sylvie et VALLART Monique, 2010, « Martinique, Guyane : les spécificités de l’usage de drogues ultra-marines », dans Jean-Michel COSTES (dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999. Vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, p. 62-72.
- MERLET Rachel, BROUSSE Paul, ARMANVILLE Françoise, CHASSAGNON Pascale et LEGUISTIN Maud, 2025, « Dispositif “accompagnement et formation” : médiateur·rices en santé du territoire de l’Intérieur, Guyane française », *Santé Publique*, vol. 37, n°2, p. 31-39.
- MILDECA, 2018, *Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022*, Paris, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.
- MINFIR Deelan, 2024, *Les professeurs de lycée à l’épreuve d’une institution scolaire décentralisée et adaptée à la mixité socioculturelle du public scolaire guyanais*, thèse de sociologie, Université de Guyane.
- MOHANTY Chandra Talpade, 1984, « Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourse », *Boundary 2*, vol. 12-13, n°3-1, p. 333-358.
- MONGE Julia, 2016, « Écrire sans trahir. Les impératifs scientifiques du doctorant face aux contraintes éthiques », *Le Sociographe*, n°54, p. 73-86.
- MONGE Julia, 2020, *Les consommations de substances illicites entre parents et enfants. Carrière d’usage, carrière parentale et tension normative*, thèse de doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales.
- MOOMOU Jean, 2011, « Enjeux politique, mémoriel, identitaire et religieux dans les sociétés post-marronnes de la Guyane française et du Surinam : les monuments historiques », *Conserveries mémorielles*, vol. 10.
- MOREIRA A. K., 2016, « No sólo es tu existencia europea. Pensamiento hegemónico, negritud y multiculturalidad », *Incorrecta. Afros · Feminismos · Migrantes · Sexualidades*, n°12.

MULOT Stéphanie, 2000, *Je suis la mère, je suis le père ! : l'énigme matrifocale. Relations familiales et rapports de sexe en Guadeloupe*, thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS.

MURPHY Sheigla, ROSENBAUM Marsha et al., 1999, *Pregnant Women on Drugs. Combating Stereotypes and Stigma*, New Brunswick (NJ) et Londres, Rutgers University Press.

MUTATAYI Carine, 2014, *Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011*, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

MUTATAYI Carine, 2019, *Résultats de l'enquête Ad-femina. Accueil spécifique des femmes en addictologie, Tendances* n°130. Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

MUTATAYI Carine, MORTON Sarah, ROBLES SOTO Nadia, PÁLSDÓTTIR Kristín I. et VALE PIRES Cristiana, 2022, *Implementing a gender approach in drug policies. Prevention, treatment and criminal justice*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.

MUTATAYI Carine, MORTON Sarah et MABILEAU Florence, 2025, « Mieux intégrer les spécificités de genre en addictologie. Une impulsion du Conseil de l'Europe », *Santé Publique*, vol. 37, n°1, p. 131-140.

NEFF Maia, 2018, « Usages de drogues au féminin et production du savoir académique », *Déviance et Société*, vol. 42.

NÉGRONI Catherine et BESSIN Marc (dir.), 2022, *Parcours de vie. Logiques individuelles, collectives et institutionnelles*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.

NICOLAS Hélène et NOÛS Camille, 2020, « Du sexage en contexte colonial. L'exemple de Lifou, Kanaky-Nouvelle-Calédonie », *Cahiers du Genre*, n°68, p. 97-119.

NICOLAS Hélène, 2022, « ... Et se positionner théoriquement », dans NICOLAS Hélène, *La fabrique des époux à Lifou en Kanaky*, Paris, Karthala, p. 41-56.

O'BRIEN Mary L. et MADDEN Annie, 2007, « Knowledge, Relationships and Identity in Research on Drug Use », dans Marian PITTS et Anthony SMITH (dir.), *Researching the Margins*, Londres, Palgrave Macmillan UK, p. 45-65.

OBRADOVIC Ivana, 2020, *Drogues et addictions dans les Outre-mer. État des lieux et problématiques*, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

O'FARRELL Timothy J. et FALS-STEWART William, 2003, « Alcohol Abuse », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 29, n°1, p. 121-146.

OLIVET Fabrice et ROBERTS Samuel, 2017, « Guerre à la drogue, guerre raciale ? », propos recueillis par Jean-Maxence GRANIER, Virgil BLANC et Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *Esprit*, n°2, p. 85-93.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain », *Enquête*, n°1.

OMS, 1948, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

OYEWUMI Oyèrónké, 2002, « Conceptualising Gender: Eurocentric Foundations of Feminist Concepts and the Challenge of African Epistemologies », *Jenda: A Journal of Culture and African Women Studies*, vol. 2, n°1.

PALIERNE Nicolas, 2023, *Pour une sociologie de l'alcoolisme sous le prisme du genre*, thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

PALLE Christophe, 2021, *Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution 2015-2019, Tendances* n°139, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

PARIZOT Isabelle, 1998, « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires », dans Jacques LEBAS et Pierre CHAUVIN (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, p. 33-43.

PARQUET Pierre-Jean, 1998, *Pour une prévention de l'usage de substances psychoactives*, Paris, MILDIT/Inpes.

PARSONS Talcott, 1951, *The social system*, New York, Free Press.

PAUGAM Serge, 1991, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, Presses universitaires de France.

PAUGAM Serge, 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, Presses universitaires de France.

PAUGAM Serge, 2014, *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».

PAUMIER Romain, 2023, « Misère de position et pouvoir discrétionnaire dans les organismes communautaires en réduction des méfaits aux usages de drogues », *Champ pénal/ Penal field*, n°29.

PEDERSON Ann, GREAVES Lorraine et POOLE Nancy, 2015, « Gender-transformative health promotion for women. A framework for action », *Health Promotion International*, vol. 30, n°1, p. 140-150.

PERETTI-WATEL Patrick, 2000, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin.

PERETTI-WATEL Patrick, 2005, « Avant-propos », dans Patrick PERETTI-WATEL (coord.), *Les comportements à risque, Problèmes politiques et sociaux*, n°919, Paris, La Documentation française, p. 5-11.

PERETTI-WATEL Patrick, 2006, « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Économie et statistique*, n°391-392, p. 115-130.

PERETTI-WATEL Patrick, BECK François et LEGLEYE Stéphane, 2007, *Les usages sociaux des drogues*, Paris, Presses universitaires de France.

PERETTI-WATEL Patrick, 2010, *La société du risque*, Paris, La Découverte.

PERRIER Gwenaëlle, 2013, « Politiques publiques », dans Catherine ACHIN et Laure BERENI (dir.), *Dictionnaire. Genre et science politique. Concepts, objets, problèmes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 395-407.

PERRIN Julie, BÜHLER Nolwenn, BERTHOD Marc-Antoine, FORNEY Jérémie, KRADOLFER MORALES Sabine et OSSIPPOW-WUEST Laurence, 2020, « En quête d'éthique. Dispositions légales et enjeux empiriques pour l'anthropologie », *TSANTSAS – Journal of the Swiss Anthropological Association*, n°25, p. 225-267.

PERRIN Sarah, 2022, *Les mondes cachés de la drogue. L'invisibilité des femmes insérées socialement*, thèse de doctorat en sociologie, Université de Bordeaux.

PERRIN Sarah et REVERSÉ Clément, 2022, « Drogues des villes et drogues des champs. Les pratiques d'usage et de revente féminines en France », *Déviance et Société*, vol. 46, n°2, p. 189-220.

PIERRET Régis, 2013, « Qu'est-ce que la précarité ? », *Socio*, n°2, p. 307-330.

PILLAYRE Héloïse, 2023, « Le rôle des associations locales d'aide aux victimes de l'amiante dans l'accès au droit. Transferts de responsabilité et choix des dispositifs d'indemnisation », *Sociologies pratiques*, n°46, p. 77-86.

PINELL Patrice, 2021, « Faire de la médecine et de la santé un objet de sociologie générale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°239, p. 10-19.

PINTO Louis, 1989, « Expérience vécue et exigence scientifique d'objectivité », dans Patrick CHAMPAGNE, Rémi LENOIR, Dominique MERLLIÉ et Louis PINTO, *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod, p. 7-50.

POWERS Marc B., VEDEL Ellen et EMMELKAMP Paul M., 2008, « Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, vol. 28, n°6, p. 952-962.

PROTAIS Caroline et MILHET Maitena, 2025, « La RdRD dans tous ses états : les pratiques d'accompagnement en CSAPA et CAARUD », *Psychotropes*, vol. 31, n°1, p. 19-42.

PRUVOST Geneviève, 2008, *De la « sergote » à la femme flic. Une autre histoire de l'institution policière (1935-2005)*, Paris, La Découverte.

QUERE Louis et Cédric TERZI, 2015, « Pour une sociologie pragmatiste de l'expérience publique », *SociologieS* [En ligne].

QRIBI Abdelhak et DAYRE Nathalie, 2015, « Toxicomanie et politiques publiques en Guyane. Déterminants et urgences », *Le Sociographe*, n°51, p. 121-129.

RAYNAUD Michel (dir.), 2006, *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion.

REAL MOLINA Soel, 2022, « Usages de drogues et personnes queer dans les espaces urbains : quelles approches pour une recherche critique ? », dans Méline GERMES, Jenny KÜNKEL, Emmanuel LANGLOIS, Sarah PERRIN et Roxane SCAVO (dir.), *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*, Bordeaux, Le Bord de l'eau.

REBILLARD Luc, CORMIER Jean et MOREAU Jean-Luc, 2006, « Comment mesurer l'impact sur la qualité de vie d'un traitement du cancer localisé de la prostate ? », *Progrès en Urologie*, vol. 16, p. 749-767.

RENISIO Yann et SINTHON Rémi, 2014, « L'analyse des correspondances multiples au service de l'enquête de terrain. Pour en finir avec le dualisme "quantitatif"/"qualitatif" », *Genèses*, n°97, 2014/4, p. 109-125.

REVIL Hélène, 2014, « Le "non-recours" à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution », *La Revue de l'Ires*, n°81, p. 3-32.

REVILLARD Anne, 2013, « Administration », dans Catherine ACHIN et Laure BERENI (dir.), *Dictionnaire. Genre et science politique. Concepts, objets, problèmes*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 43-55.

REVILLARD Anne, 2014, *Les inégalités de genre dans l'enseignement supérieur et la recherche*, Discussion autour du LIEPP Policy Brief, n°14, Methodological Discussion Paper.

RHODES Tim, SINGER Merrill, BOURGOIS Philippe, FRIEDMAN Samuel R. et STRATHDEE Steffanie A., 2005, « The social structural production of HIV risk among injecting drug users », *Social Science & Medicine*, vol. 61, n°5, p. 1026-1044.

RIDGEWAY Cecilia, 2011, *Framed by gender. How gender inequality persists in the modern world*, Oxford, Oxford University Press.

ROCHET Silvia, 2024, « Faute d'être soi : attentes et responsabilisation en parcours de soins résidentiels de l'addictologie française », thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille.

RODE Antoine, 2010, *Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, thèse de doctorat en sociologie, Université Pierre Mendès-France – Grenoble II.

ROSENBAUM Marsha, 1981, *Women on Heroin*, New Brunswick, Rutgers University Press.

ROUSSELON Valérie, 2017, « Positionnement des soignants face au pluralisme médical. Ou comment composer avec les "anges" dans la prise en charge d'un enfant autiste ? », *Histoire, monde et cultures religieuses*, n°41, p. 73-87.

SABADEL Théo, 2023, *La PrEP : construction, enjeux, appropriations de la médicalisation de la prévention du VIH à Paris, Lyon et Cayenne*, thèse de doctorat en science politique, Université Lumière Lyon 2.

SAID Edward W., 2005 [1978], *L'Orientalisme. L'Orient créé par l'Occident*, Paris, Seuil.

SAÏET Mathilde, 2016, « Pour une définition clinique de la notion d'addiction : apports et limites d'une conception générique du symptôme addictif », *Mouvements*, n°86, p. 52-60.

SAKOYAN Juliette, 2012, « Les mobilités thérapeutiques », *Anthropologie & Santé*, n°5.

SANTELLI Emmanuelle, 2019, « L'analyse des parcours. Saisir la multidimensionnalité du social pour penser l'action sociale », *Sociologie*, vol. 10, n°2, p. 153-171.

SCHLEGEL Vianney et SCHLEGEL Vincent, 2025, « La dimension symbolique de la violence médicale. Dominations et réflexivités soignantes dans la prise en charge des diabétiques et des sans-domicile », *Genèses*, n°138, p. 81-104.

SCHMITT Florent et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2018, « Gouverner par autocontrôles ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues », *Terrains & Travaux*, n°32, 2018/1, p. 55-80.

SCHMITT Florent, 2022, « L'accès des femmes aux CAARUD : une discrimination négative indirecte », dans Mélina GERMES, Jenny KÜNKEL, Emmanuel LANGLOIS, Sarah PERRIN et Roxane SCAVO (dir.), *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*, Bordeaux, Le Bord de l'eau, p. 71-98.

SCHWEYER François-Xavier, VEZINAT Nadège et NOÛS Camille, 2022, « Penser la santé autrement : le défi de l'intégration sociale », *Sociologies pratiques*, n° 45, p.1-7.

SCOTT Joan W., 1988, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », *Cahiers du GRIF*, n°37-38, « Le genre de l'histoire », p. 125-153.

SERVY Alice, 2022, « Évacuation sanitaire : l'expérience des patients », *Pratiques & Humanités*, n°15.

SIBLOT Yasmine, 2006, *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires*, Paris, Presses de Sciences Po.

SIMÉANT-GERMANOS Johanna, 2022, « Qui protéger, consentir à quoi, enquêter comment ? Les sciences sociales face à la bureaucratisation de la vertu scientifique », *Genèses*, n°129, p. 66-87.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2002, « Actualités bibliographiques : Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, vol. 26, n°1, p. 105-126.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2006, « Grossesses sous buprénorphine haut-dosage (commentaire) », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n°4, p. 45-51.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2007, « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et Société*, vol. 31, n°3, p. 305-330.

SIMMAT-DURAND Laurence, 2009, « Devenir mère en situation d'addiction... : quelle trajectoire ? », *La Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n°77, p. 65-70.

SIMMAT-DURAND Laurence, VELLUT Natacha, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, MICHEL Laurent, MOUGEL Sarra, LEJEUNE Claude et PLANCHE Maelle, 2013, « Trajectoires de femmes en sortie des addictions : quelle place pour les grossesses ? », *Psychotropes*, vol. 19, p. 35-60.

SIMMAT-DURAND Laurence, VELLUT Natacha, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, LEJEUNE Claude, MICHEL Laurent, MOUGEL Sarra et PLANCE Maelle, 2016, « Vies de couple chez des personnes en sortie des addictions », *Alcoolologie et addictologie*, vol. 38, n°1, p. 47-56.

SIMMONS Janie et SINGER Merrill, 2006, « I love you ... and heroin: Care and collusion among drug-using couples », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 1, n°7.

SIMMONS Janie et MCMAHON James M., 2012, « Barriers to Drug Treatment for IDU Couples: The Need for Couple-based Approaches », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 31, n°3, p. 242-257.

SMALL Mario Luis, 2009, « “How many cases do I need ?” On science and the logic of case selection in field-based research », *Ethnography*, vol. 10, n°1, p. 5-38.

SMITH Fiona M. et MARSHALL Linda A., 2007, « Barriers to Effective Drug Addiction Treatment for Women Involved in Street-Level Prostitution: A Qualitative Investigation », *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 17, p. 163-170.

SOULET Marc-Henry, 2003, « Enjeux de conventionnalité et consommation gérée de drogues dures », *Déviance et Société*, vol. 27, n°3, p. 331-351.

SOULET Marc-Henry, 2005, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, n°60, p. 24-29.

SPIILKA Stanislas, LE NEZET Olivier, JANSSEN Eric, BRISSOT Alex, PHILIPPON Antoine et CHYDERIOTIS Sandra, 2019, « Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers », *Tendances* n°131, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

SPIRE Alexis, 2008, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir.

SPIVAK Gayatri Chakravorty, 2009, *Les subalternes peuvent-elles parler ?*, Paris, Éditions Amsterdam.

STOLER Ann Laura, 1989, « Rethinking Colonial Categories: European Communities and the Boundaries of Rule », *Comparative Studies in Society and History*, vol. 31, n°1, p. 134-161.

STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

TARANTINI Clément, VERGELYS Chantal et PERETTI-WATEL Patrick, 2014, « Pauvreté, “présentisme” et prévention », *Temporalités*, n°19.

TARANTINI Clément et PERETTI-WATEL Patrick, 2017, « Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de “risque infectieux élevé”. Des expériences socialement différenciées du stigmatisme et de la peur chez des professionnels de santé d'un service de “maladies infectieuses et tropicales” », *Sociétés contemporaines*, n°105, p. 31-51.

TAREAU Marc-Alexandre, 2019, *Les pharmacopées métissées de Guyane : ethnobotanique d'une phytothérapie en mouvement*, thèse de doctorat en anthropologie – ethnobotanique, Université de Guyane.

TAUPE Guillaume, 2023, « En 2022, si les naissances baissent en Guyane, la fécondité reste très élevée », *Insee Flash Guyane*, n°176.

TEMPORAL Franck et SERGES Dorothée, 2014, « Unions mixtes, genre et migration. Le cas des Brésiliennes résidant en Guyane », *Informations sociales*, n°186, p. 49-57.

TERPLAN Mishka, McNAMARA Erica J. et CHISOLM Margaret S., 2012, « Pregnant and Non-Pregnant Women with Substance Use Disorders: The Gap Between Treatment Need and Receipt », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 31, n°4, p. 342-349.

THOMPSON S., 1996, « Paying Respondents and Informants », *Social Research Update*, n°14.

TOUFIK Abdalla, CADET-TAÏROU Agnès, JANSSEN Éric et GANDILHON Michel, 2008, *Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Profils et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête nationale "usagers" des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques*, Tendances, n°61, Saint-Denis, OFDT.

TIBI-LÉVY Yaël, SEREBRYAKOVA Daria et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2024, « Les usagers de drogues originaires d'Europe de l'Est à Paris. Analyse textométrique des données issues de l'enquête ANRS-Coquelicot-Russophones », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 40, n°4.

TUCCI Ingrid, FRÖHLICH Jonas J. et STOCK Inka, 2021, « Exploring the Nexus Between Migration and Social Positions Using a Mixed Methods Approach », *Social Inclusion*, vol. 9, n°1, p. 114-129.

TUCCI Ingrid, PEYRIN Aurélie et PLESSZ Marie, 2024, « Les mixed methods : une littérature méthodologique en débat », *Revue française de sociologie*, vol. 65, p.7-34.

TURCOTTE Emmanuelle, 2016, « Les méthodes mixtes dans la recherche féministe : enjeux, contraintes et potentialités politiques », *Recherches féministes*, vol. 29, n°1, p. 111-128.

URIBELARREA Gabriel, 2023, « La qualité soignante de l'alcool. Ethnographie d'une relation de soin dans un centre d'hébergement médicalisé pour sans-abri », *Sciences sociales et santé*, vol. 41, n°2, p. 41-64.

USSHER Jane, 1991, *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf.

VAILLANT Zoé, BARDES Julia et RICAN Stéphane, 2021, « De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé », *Cahiers de la LCD*, n°12, p. 67-91.

VARIKAS Eleni, 2006, *Penser le sexe et le genre*, Paris, Presses universitaires de France.

VERGÈS Pierre, 2001, « L'analyse des représentations sociales par questionnaires », *Revue française de sociologie*, vol. 42, n°3, p. 537-561.

VERNON Diane, 2021, « Un exemple de médiation interculturelle en milieu médical en Guyane », dans *Accompagner et soigner en contexte pluriethnique et pluriculturel. Regards et pratiques croisés en Guyane et ailleurs*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 109-123.

VÉRON Sophie, 2024, *Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2021*, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

VUATTOUX Arthur, 2016, *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire. Enquête sur le traitement institutionnel des déviations adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine*, thèse de doctorat en sociologie, Université Sorbonne Paris Cité.

VUILLE Marilène, REY, Séverine, FUSSINGER, Catherine et CRESSON, Geneviève, 2006, « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, p.4-15.

WARIN Philippe, 2003, « Le non-recours aux services publics, une question en attente de reconnaissance », *Informations sociales*, n°109, p. 94-101.

WARIN Philippe, 2010, *Le non-recours : définition et typologies*, Grenoble, ODENORE, Working paper.

WARIN Philippe, 2017, *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

WARIN Philippe, 2020, « Usager », dans *Dictionnaire des politiques territoriales*, 2^e éd., Paris, Presses de Sciences Po, p. 564-569.

WADE Lisa et FERREE Myra Marx, 2015, *Gender: Ideas, Interactions, Institutions*, New York, W. W. Norton & Company.

WARNOCK Rosalie, TAYLOR Faith MacNeil et HORTON Amy, 2022, « Should we pay research participants? Feminist political economy for ethical practices in precarious times », *Area*, vol. 54, n°2, p. 195-202.

WERB Dan, 2017, « Une guerre mondiale contre la drogue », *Esprit*, n°2, p. 55-64.

WÖHRER Veronika, 2016, « Gender studies as a multi-centred field? Centres and peripheries in academic gender research », *Feminist Theory*, vol. 17, n°3, p. 323-343.

ZIMMERMANN Bénédicte, 2013, « Parcours, expérience(s) et totalisation biographique. Le cas des parcours professionnels », dans Servet ERTUL, Jean-Philippe MELCHIOR et Éric WIDMER (dir.), *Travail, santé, éducation. Individualisation des parcours sociaux et inégalités*, Paris, L'Harmattan, p. 51-61.

Annexes

Annexe 1 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet de recherche *GENDER-ARP*

Addiction, pratiques à risque et rétablissement en contexte de précarité sociale :
comment mieux intervenir tenant compte du genre et des stades de la vie

Numéro du projet : 2020-3294

Chercheurs principaux

Karine Bertrand, Professeure titulaire, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Marie Jauffret Roustide, Chargée de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Paris, France.

André Lemaître, Directeur, Group of Research and Applications in Statistical Physics (GRASP), Université de Liège, Liège, Belgique.

Pour information		
Estelle Filipe <i>Doctorante</i>		Estelle.filipe@chess.fr
Marie	Jauffret-Roustide	Marie.jauffretroustide@santepubliquefrance.fr
<i>Chercheure principale</i>		

Nous sollicitons votre participation à réaliser une entrevue de recherche dans le cadre du projet de recherche Gender-ARP. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à la chercheuse principale ou aux autres personnes affectées au projet de recherche. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie.

A. NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche international (Canada, France et Belgique) vise ultimement l'élaboration de lignes directrices pour des services à long terme, intégrés et sensibles au genre qui répondent aux besoins sociaux et de soins de santé complexes des usagers d'alcool et d'autres drogues. L'objectif principal de ce projet est de mieux comprendre comment le genre et les stades de la vie influencent la dépendance à l'alcool et autres drogues, les risques pour la santé et les stratégies pour se sentir mieux. Pour ce faire, nous aimerions connaître votre point de vue et votre expérience en lien avec différentes thématiques associées à la consommation d'alcool et autres drogues, par exemple le bien-être et la santé, les services et traitements reçus, l'identité de genre et sexuelle, la sexualité, la violence et les perspectives d'avenir.

B. DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE ET COLLABORATION DU PARTICIPANT

Si vous acceptez de participer à une entrevue de recherche :

- 1) Vous serez invité à participer à une entrevue individuelle, d'une durée de 90 à 120 minutes, menée par un membre de notre équipe de recherche.
- 2) L'entrevue aura lieu dans les locaux des organisations partenaires du projet de recherche ou par visioconférence.
- 3) L'entrevue sera audio-enregistrée et retranscrite à des fins d'analyse.
- 4) Avant l'entrevue individuelle, nous vous demanderons de compléter un court questionnaire sociodémographique anonyme en vue de mieux connaître votre situation actuelle (âge, sexe, genre, orientation sexuelle, scolarité, usage de tabac, drogues et d'alcool, etc.).
- 5) Pendant l'entrevue individuelle, des questions vous seront posées sur des thématiques associées à votre consommation d'alcool et autres drogues (bien-être et santé, services et traitements reçus, l'identité de genre et sexuelle, sexualité, violence et perspectives d'avenir).
- 6) Nous pourrions vous proposer de participer à une deuxième entrevue, si cela s'avère nécessaire, pour approfondir certains thèmes ou pour valider les résultats de la première entrevue. Vous serez alors libre d'accepter ou non de nous rencontrer à une deuxième reprise.
- 7) Nous pourrions également vous informer de la tenue d'événements et de la disponibilité de documents qui vous permettront, si vous êtes intéressé, de participer à des activités d'échange et délibération visant à dégager un consensus sur les lignes directrices en matière de services à long terme, intégrés et sensibles au genre ou d'être mis au courant des principaux résultats du projet.

C. RISQUES, INCONVÉNIENTS ET BÉNÉFICES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Le projet comporte certains risques minimaux. Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes. Le projet vise à documenter votre perspective et votre expérience personnelle, et aucun jugement de valeur n'est porté sur les informations partagées lors des entrevues. Une liste de références où obtenir de l'aide vous sera remise à la fin de l'entrevue. Comme prévu par la loi, la confidentialité pourrait être brisée par l'équipe de recherche uniquement si votre propre sécurité ou celle des autres était en danger de façon imminente, auquel cas vous seriez mis au courant des préoccupations et des démarches à mettre en place. Votre participation comportera également l'inconvénient de devoir prendre de votre temps pour participer à l'entrevue individuelle.

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir. Votre participation pourrait vous donner l'occasion de faire un bilan personnel, d'être entendu et de partager votre perspective et votre expérience. Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche contribueront ultimement à l'amélioration des services et des traitements au long cours offerts aux personnes vivant avec une problématique d'usage de drogues, passée ou présente.

D. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'agent de recherche. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec l'équipe de recherche. À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez du projet ou êtes retiré, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce

projet (enregistrements) seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité scientifique du projet.

E. CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis, c'est-à-dire le formulaire de consentement, l'enregistrement, la transcription de l'entretien et le questionnaire sociodémographique demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les renseignements qui seront utilisés à des fins d'analyse seront anonymisés : un code et un nom fictif vous seront attribués. L'information reliant le code et le nom fictif à votre identité sera conservée de manière sécuritaire avec les documents d'origine. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier, au besoin. Les données de recherche seront conservées de manière sécuritaire pendant 5 ans après la fin du projet par la chercheuse principale de ce projet, Marie Jauffret-Roustide, à l'Inserm. Les informations personnelles (formulaire de consentement) seront également conservées de manière sécuritaire pendant 5 ans, mais séparément des données de recherches (transcription de l'entretien et questionnaire sociodémographique). Ce seront uniquement la chercheuse principale et la coordonnatrice de recherche qui auront accès à l'ensemble des renseignements recueillis. Les membres de l'équipe de recherche pourront avoir accès aux données anonymisées à des fins d'analyse. Les résultats de recherche pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

F. COMPENSATION

En guise de dédommagement pour votre temps et votre déplacement, vous recevrez une compensation monétaire de 15 euros en ticket-service pour l'entretien de recherche.

G. DROITS DU PARTICIPANT EN CAS DE PREJUDICE

Si vous devez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, soyez avisés que vous êtes sous la protection des lois en vigueur en France. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

H. UTILISATION SECONDAIRE DES DONNEES RECUEILLIES

Les données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche pourraient être d'intérêt pour d'autres activités de recherche dans le domaine de la santé et en lien avec la consommation de drogues. Si vous y consentez, vos données pourront être utilisées dans le cadre d'autres projets de recherche sous la responsabilité de Marie Jauffret-Roustide et des co-chercheur-es du projet. L'utilisation de vos données dans le cadre d'un autre projet de recherche se fera après que ce projet ait été approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CÉR) et sera soumis aux mêmes règles et normes que pour le présent projet. Il n'est pas nécessaire de consentir à l'utilisation secondaire de vos données pour participer au présent projet de recherche.

I. PERSONNES-RESSOURCES ET SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale ou avec la coordonnatrice de recherche (coordonnées à la page 1 de ce formulaire).

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Paris a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire de consentement.

J. FINANCEMENT DU PROJET

Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), subvention gérée en collaboration avec GENDER-NET Plus, l'agence nationale de la recherche (ANR) en France et le fonds national de la recherche scientifique (FNRS) en Belgique.

CONSENTEMENT (copie du/de la participante)

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

- Je consens à ce que l'agent de recherche **me recontacte si nécessaire pour approfondir certains thèmes ou pour valider les résultats** de l'entrevue individuelle.

Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que l'agent de recherche **m'informe de la tenue d'événements et de la disponibilité de documents** qui me permettront, si je suis intéressé, de participer à des activités d'échange et délibération et d'être mis au courant des principaux résultats du projet.

Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que **les données recueillies soient conservées pour une utilisation secondaire** sous la responsabilité de Marie Jauffret-Roustide.

Oui ☐ Non ☐

_____ Date	_____ Nom du/de la participant-e	_____ Signature du/de la participant-e

J'ai expliqué au/à la participant-e le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posée.

_____ Date	_____ Nom de l'agent-e de recherche	_____ Signature de l'agent-e de recherche

Annexe 2 – Contribution des variables aux axes de l'ACM sur les prestations des CAARUD et des CSAPA sollicitées par les usagères (figure 8)

Modalités	Contributions axe1	Contributions axe2
servmois_logem_Oui	9,3	5,5
servmois_repos_Oui	9,1	0,1
servmois_distrmatcaarud_Oui	8,5	0,6
servmois_droits_Oui	7,1	8,8
servmois_distrmatbox_Oui	7,0	2,0
servmois_distrinjbox_Oui	6,2	7,2
servmois_emploi_Oui	6,1	10,5
servmois_scmr_comb_Oui	6,0	4,7
servmois_trod_Oui	5,6	0,9
servmois_distrinjcaarud_Oui	5,5	3,1
servmois_repos_Non	4,9	0,0
servmois_distrmatcaarud_Non	3,8	0,3
servmois_tt_Oui	3,0	3,6
servmois_psy_Oui	3,0	5,0
servmois_infirm_Oui	2,2	6,1
servmois_droits_Non	2,2	2,7
servmois_logem_Non	1,8	1,1
servmois_tt_Non	1,6	1,9
servmois_psy_Non	1,4	2,4
servmois_distrinjcaarud_Non	1,1	0,6
servmois_emploi_Non	0,9	1,6
servmois_desintox_Oui	0,8	8,3
servmois_infirm_Non	0,6	1,5
servmois_test_Oui	0,5	3,7
servmois_trod_Non	0,4	0,1
servmois_distrmatbox_Non	0,4	0,1
servmois_distrinjbox_Non	0,3	0,3
servmois_urg_Oui	0,2	7,2
servmois_scmr_comb_Non	0,2	0,1
servmois_anonym_Oui	0,1	7,9
servmois_desintox_Non	0,1	0,8
servmois_test_Non	0,0	0,2
servmois_urg_Non	0,0	0,6
servmois_anonym_Non	0,0	0,2

Annexe 3 – Recodage de la variable sur le logement

Variable d'origine :

Aujourd'hui, vous allez dormir où ?

- 1 Chez un tiers
- 2 Chez vos parents
- 3 Chez votre conjoint(e), votre compagnon, partenaire
- 4 Chez un autre membre de votre famille
- 5 Chez un(e) ami ou des ami(e)s
- 6 Logement personnel
- 7 Dans un logement dont vous êtes propriétaire, locataire, sous-locataire
- 8 Dans un logement où vous êtes résident (foyer de jeunes travailleurs, foyer RATP, foyer de migrants, résidence universitaire)
- 9 Dans une chambre d'hôtel payée par vous-même
- 10 Structures réservées aux usagers de drogue
- 11 Dans un centre post-cure, un appartement thérapeutique
- 12 Dans un centre d'hébergement ou une chambre d'hôtel réservé(e) aux usagers de drogues
- 13 Structures généralistes
- 14 Dans un appartement payé ou géré par une association
- 15 Dans un dortoir ou une chambre dans un hébergement collectif (centre d'hébergement, foyer d'urgence, CHRS, centre maternelle)
- 16 Dans une chambre d'hôtel payée par une association
- 17 Structures réservées aux demandeurs d'asile ou aux réfugiés
- 18 Un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ou dans un centre d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HU)
- 19 Un centre provisoire d'hébergement (CPH) pour les réfugiés
- 20 « Logement » non prévu pour l'habitation
- 21 Dans un squat
- 22 Caravane, camion, mobil-home, roulotte, autre habitation mobile
- 23 Abri de fortune (hall d'immeuble, cave, grenier, voiture, etc.)
- 24 Tente dans un campement
- 25 Dans un espace public
- 26 Autres

Variable recodée :

Aujourd'hui, vous allez dormir où ?

- 1 Stable : logement dont la personne est propriétaire, locataire, sous-locataire ; dont elle est résidente (foyer de jeunes travailleurs, foyer RATP, foyer de migrants, résidence universitaire) ; chambre d'hôtel payée par elle-même ; chez ses parents ; chez son/sa conjoint(e), compagnon/compagne, partenaire ;
- 2 Instable : logement d'un autre membre de sa famille ; d'un(e) ami ou d'ami(e)s ; centre postcure, appartement thérapeutique ; centre d'hébergement ou chambre d'hôtel réservé(e) aux usagers de drogues ; appartement payé ou géré par une association ; chambre d'hôtel payée par une association ; dortoir ou chambre dans un hébergement collectif (centre d'hébergement, foyer d'urgence, CHRS, centre maternel) ; centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou centre d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (Huda) ; centre provisoire d'hébergement (CPH) pour les réfugiés ;

- 3 Très précaire : squat ; caravane, camion, mobil-home, roulotte, autre habitation mobile ; abri de fortune (hall d'immeuble, cave, grenier, voiture, etc.) ; tente dans un campement ; dans un espace public.
- 4 NA
- 5 Autre

Annexe 4 – Contributions aux axes des variables actives de l'ACM n°2 sur l'espace social des publics féminins des CAARUD et des CSAPA¹⁹³

Axe 1		Axe 2	
Modalités¹⁹⁴	Contrib.	Modalités	Contrib.
CSAPA	7.10	evnmterr_dicho_Non	7.03
freqcrackmois_dicho_Oui	7.02	freqtsommois_dicho_Oui	6.55
servmois_distrireposcaarud_Non	6.99	aucun	6.25
servmois_distrireposcaarud_Oui	6.56	Très_bon	6.12
freqcrackmois_dicho_Non	5.94	freqmedicmois_dicho_Oui	5.94
Très précaire	5.17	freqtsommois_dicho_Non	5.91
Non, jamais	5.05	servmois_ttaddiction_Oui	4.62
Stable	4.89	freqmedicmois_dicho_Non	4.43
servmois_psy_Oui	4.13	freqcannamois_dicho_Non	4.04
couvmalad3_Sécu	3.79	cmbodvie_dicho_Oui	3.63
servmois_ttaddiction_Oui	3.60	freqherommois_dicho_Oui	3.46
CAARUD	3.59	Non, jamais	3.35
Oui, plusieurs fois	3.40	evnmterr_dicho_Oui	3.04
couvmalad3_Non	3.24	servmois_ttaddiction_Non	2.68
cocaine_crack	3.05	freqcocamois_dicho_Oui	2.53
sexavant_argent_dicho_Oui	2.48	hoppsy_Oui	2.44
servmois_ttaddiction_Non	2.09	servmois_psy_Oui	2.44
servmois_psy_Non	1.95	freqcannamois_dicho_Oui	2.14
RDR_hebergement	1.45	Positif déclaré	2.14
alc_quotidien	1.33	medic_opioides_benzo_TSO	2.09
freqfestifmois_dicho_Oui	1.30	freqfestifmois_dicho_Oui	1.96
freqcocamois_dicho_Oui	1.27	hoppsy_Non	1.65
medic_opioides_benzo_TSO	1.05	heroine	1.57
Instable	1.03	freqcocamois_dicho_Non	1.40
tabac	1.02	cmbodvie_dicho_Non	1.24
freqcannamois_dicho_Non	0.91	Plutôt_mauvais	1.23
sexavant_argent_dicho_Non	0.90	servmois_psy_Non	1.15
cannabis	0.9	Oui, plusieurs fois	1.05
Positif déclaré	0.83	Autre	1.03
freqcocamois_dicho_Non	0.71	Alcool	0.90
couvmalad3_AME_CMU	0.67	freqherommois_dicho_Non	0.77
freqherommois_dicho_Oui	0.60	Oui, une fois	0.70
alc_semaine	0.55	CSAPA	0.69
Autre	0.52	freqfestifmois_dicho_Non	0.58
freqcannamois_dicho_Oui	0.48	servmois_social_Oui	0.57

¹⁹³ Voir le glossaire de l'ACM pour obtenir plus d'informations concernant les significations des modalités.

¹⁹⁴ Apparaissent ici les 50 modalités les plus contributrices aux axes.

alc_mensuel	0.46	CAARUD	0.43
Oui, une fois	0.45	alc_quotidien	0.29
Très_mauvais	0.43	servmois_social_Non	0.27
Plutôt_bon	0.42	Négatif déclaré	0.25
servmois_social_Oui	0.41	tabac	0.23
hoppsy_Oui	0.40	alc_jamais	0.22
freqfestifmois_dicho_Non	0.39	Pas de test déclaré	0.17
Pas de test déclaré	0.28	Très_mauvais	0.12
Plutôt_mauvais	0.28	freqcrackmois_dicho_Oui	0.10
hoppsy_Non	0.27	Stable	0.09
servmois_social_Non	0.19	freqcrackmois_dicho_Non	0.09
freqherommois_dicho_Non	0.14	servmois_distrireposcaarud_Non	0.09
evnmterr_dicho_Non	0.10	RDR_hebergement	0.08
Alcool	0.07	cocaine_crack	0.08
evnmterr_dicho_Oui	0.04	servmois_distrireposcaarud_Oui	0.08

Table des matières

RESUME ET MOTS-CLES	3
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	5
REMERCIEMENTS	7
SOMMAIRE.....	9
TABLE DES TABLEAUX.....	10
TABLE DES FIGURES	12
TABLE DES ENCADRES	13
SIGLES PRINCIPAUX.....	14
INTRODUCTION GENERALE.....	16
1. <i>Une entrée par le genre</i>	17
1.1 Le genre comme point de départ	18
1.2 Genre et usage de drogues	22
1.3 Genre, santé, accès aux soins.....	27
1.4 Une recherche uniquement sur les femmes.....	28
2. <i>Une entrée par les institutions.....</i>	30
2.1 Les CAARUD et les CSAPA : institutions médicosociales de l'addictologie et de la réduction des risques	30
2.2 De la prise en charge au recours : déplacer la focale	34
2.3 Problématique.....	35
3. <i>Brève présentation de l'enquête : saisir empiriquement la diversité des recours institutionnels</i> 36	
3.1 L'ancrage territorial.....	36
3.2 Le protocole d'enquête.....	36
4. <i>Organisation de la thèse</i>	38
4.1 Problème public et enquête	38
4.2 Saisir l'hétérogénéité des recours institutionnels des usagères : trois axes de compréhension	38
5. <i>Limites de la thèse</i>	39

PARTIE I. PROBLEME PUBLIC ET ENQUETE	42
CHAPITRE 1. PARTIR D’UN PROBLEME PUBLIC, REPENSER SON CADRAGE.....	45
<i>Résumé du chapitre.....</i>	<i>46</i>
<i>Introduction du chapitre</i>	<i>47</i>
1. <i>La construction du problème public : la sous-représentation et l’invisibilité des femmes en CAARUD et en CSAPA.....</i>	<i>49</i>
1.1 Les politiques et les institutions de l’addiction.....	49
Le secteur médicosocial de l’addiction	50
La politique de réduction des risques et son institutionnalisation via les CAARUD	53
L’addictologie médicosociale et les CSAPA.....	59
Des institutions distinctes ou complémentaires ?.....	60
1.2 La formulation du problème.....	63
La sous-représentation statistique	64
L’invisibilité institutionnelle et scientifique des femmes	65
Les conséquences : non-recours et inégalités.....	69
1.3 Les responsabilités imputées au problème	71
Des institutions androcentrées et inadaptées	72
La stigmatisation.....	73
1.4 Publicisation et mise à l’agenda du problème.....	75
Une priorité gouvernementale.....	77
La mise en place et le déploiement d’institutions à destination des femmes	80
Autres réponses institutionnelles et publicisations scientifiques	83
2. <i>La construction de l’objet de recherche à partir du problème public : vers un nouveau cadrage</i>	<i>86</i>
2.1 Repenser la sous-représentation	86
Les limites de la quantification	86
Les femmes et l’usage de drogues	88
Des facteurs qui favorisent le recours aux soins.....	90
2.2 Repenser l’invisibilité.....	91
(In)visibilité en contexte (Île-de-France, Guyane).....	91
Les différentes conceptualisations de la visibilité	93
2.3 Penser le problème à travers un autre cadrage	95

3. Étudier le recours institutionnel d'un groupe minoritaire : un ancrage théorique à plusieurs entrées.....	98
3.1 Sociologie du (non-)recours.....	98
3.2 L'approche biographique : étudier les recours par les parcours.....	101
3.3 Sociologie des rapports sociaux.....	103
<i>Conclusion du chapitre</i>	104
CHAPITRE 2. ENQUETER LES USAGERES DES CAARUD ET DES CSAPA : ENJEUX	
METHODOLOGIQUES, ETHIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES	106
<i>Résumé du chapitre</i>	107
<i>Introduction du chapitre</i>	108
1. Une diversité de matériaux et de techniques d'enquête.....	109
1.1 L'enquête par questionnaire.....	109
Présentation de l'enquête ANRS-Coquelicot.....	110
Deux usages de la base de données	116
1.2 L'enquête de terrain qualitative.....	118
Construction du corpus : sélection des CAARUD, des CSAPA et des enquêtes.....	118
Présentation du corpus d'entretiens	122
Des récits situés	130
2. Une investigation empirique plurielle au service de la compréhension d'un problème	134
2.1 La combinaison « qualitatif » et « quantitatif »	134
Définitions et objectifs de la méthode mixte.....	134
Le quanti-quali dans l'analyse	136
2.2 Le dispositif comparatif des territoires	137
Le choix des terrains	137
Le contexte guyanais et le travail d'apprentissage en terrain peu connu	139
Une enquête multi-située ou comparative ?.....	145
3. Des enjeux éthiques et épistémologiques.....	148
3.1 L'éthique en terrain institutionnel et médicosocial.....	148
Les mises en garde des professionnel·les	149
Influencer le consentement	149
Divulguer des données de santé.....	150
3.2 L'utilisation de l'argent dans l'enquête	152
L'idéal de la non-rétribution en sciences sociales	152

Le choix de la rétribution financière dans l'enquête ANRS-Coquelicot et dans le volet qualitatif	154
Ce choix à l'épreuve du terrain : les effets d'annonce	154
Ce choix à l'épreuve du terrain : la relation d'enquête et le déroulement de la rencontre.....	157
3.3 Questionnements épistémologiques.....	159
Positionnalité de l'enquêtrice.....	160
Production du savoir et rapports de domination.....	163
<i>Conclusion du chapitre</i>	165
PARTIE II. SAISIR L'HETEROGENEITE DES RECOURS INSTITUTIONNELS DES USAGERES : TROIS AXES DE COMPREHENSION	167
CHAPITRE 3. OBJECTIVER L'HETEROGENEITE DES PUBLICS FEMININS EN QUESTION ET LEURS RECOURS	170
<i>Résumé du chapitre</i>	171
<i>Introduction du chapitre</i>	172
1. <i>Objectiver l'hétérogénéité des publics féminins</i>	173
1.1 Les prestations institutionnelles sollicitées par les usagères	173
L'usage des prestations des CAARUD et des CSAPA.....	173
Proximités et divergences entre les prestations sollicitées	180
1.2 Types de consommation, parcours d'usage.....	184
Les consommations de drogues au cours de la vie.....	184
Les consommations de drogues actuellement et l'usage « problématique » pour la personne.....	191
Le crack, un produit prédominant dans les régions francilienne et guyanaise	195
Liens entre la consommation de drogues et les prestations sollicitées	198
1.3 Conditions de vie : logement, précarité et liens sociaux.....	201
Détour sur les notions de pauvreté, de précarité et de vulnérabilité.....	201
Description des conditions de vie actuelles des usagères.....	205
Corrélation entre les conditions de vie et les prestations sollicitées.....	211
2. <i>Construire une typologie : distinguer quatre publics</i>	215
2.1 Un espace social multidimensionnel des recours et des publics	215
L'analyse des correspondances multiples	215

Présentation des clusters de la classification ascendante hiérarchique (CAH)	220
2.2 Les usagères d'alcool et de cannabis, stables et médicalement encadrées	229
Parcours-type : Margaux, des usages d'alcool pris en charge, malgré les obstacles	229
Cas-limite : Ava, usagère d'alcool et de cannabis, en déclassement	230
2.3 Les usagères de médicaments, vulnérables, mais bien suivies	232
Parcours-type : Marie-Claire, des opiacés aux médicaments	232
Cas-limite : Kamélia, des consommations de médicaments uniquement prescrits	234
2.4 Les usagères d'héroïne, précaires et peu visibles	235
Cas-limite : Emma, consommatrice occasionnelle d'héroïne	235
2.5 Les usagères de crack, plus fragiles et marginalisées	237
Parcours-type francilien : Corine, de l'héroïne au crack	237
Parcours-type guyanais : Angélique, de l'alcool au crack	239
Cas-limite : Claudine, une usagère de crack qui gère sa consommation	240
3. Des états de santé différenciés au sein des publics	242
Le cas de la santé perçue	243
Le cas des maladies infectieuses	246
Le cas des troubles de santé mentale	248
Conclusion du chapitre	254
CHAPITRE 4. DES RECOURS ENCADRES : TERRITOIRES, INSTITUTIONS ET ACTEUR·RICES INTERMÉDIAIRES	256
Résumé du chapitre	257
Introduction du chapitre	258
1. Les contraintes institutionnelles et territoriales du recours	259
1.1 Système et organisation médicosociale	259
Distance et proximité géographique dans l'accès aux institutions	260
Des densités institutionnelles variables	263
Défaillances en Guyane : hôpital et hébergement	269
Se déplacer pour accéder : mobilités spatiales et institutionnelles	274
1.2 Se plier aux normes institutionnelles et bureaucratiques	276
Discordance de temporalités entre les usagères et les institutions	277

Renforcement de la distance par la migration.....	280
Les mécanismes de contrôle institutionnels.....	284
2. <i>Les acteur·rices intermédiaires du recours</i>	289
2.1 Les administrateur·rices du recours aux soins.....	290
Prescription d'un recours contraint : les orientations judiciaires.....	291
Être orientée par les médecins de ville : une prescription médicale du recours.....	292
Être orientée du CAARUD vers le CSAPA.....	296
2.2 Les aidant·es du recours aux CSAPA et aux CAARUD	297
L'intervention du conjoint dans le recours aux soins.....	298
Être incitée par les ami·es et les pairs dans le recours aux CAARUD.....	299
Médiation interculturelle et rapports usager·es/professionnel·les	302
2.3 Les acteur·rices qui contraignent le recours (ou sa continuité).....	304
La présence d'autres usagères et les espaces non-mixtes	305
La présence masculine et les violences de genre comme barrière.....	307
La disqualification institutionnelle : jugements et scepticisme	311
Refus et discriminations dans le soin : analyses statistiques.....	313
Contraintes diffuses : circulation des drogues et interconnaissance	320
<i>Conclusion du chapitre</i>	324
CHAPITRE 5. LES FACTEURS INDIVIDUELS DU RECOURS : DISPOSITIONS, REPRESENTATIONS, DISCOURS	326
<i>Résumé du chapitre</i>	327
<i>Introduction du chapitre</i>	328
1. <i>Dispositions acquises et ressources mobilisables dans le recours</i>	329
1.1 Socialisation primaire : les effets des ressources familiales et scolaires dans le recours aux soins	330
Santé, famille et recours en Île-de-France : les cas d'Anne-Lise et de Léa	330
Santé famille et recours en Guyane : le cas de Cassandra	333
Classe, genre et recours aux soins	334
1.2 Socialisation institutionnelle : le rôle central de l'expérience institutionnelle dans le recours	337
Les institutions comme instances de socialisation continue facilitant le recours.....	338

L'absence de socialisation institutionnelle : conditions d'existence inadaptées et difficulté de recours	343
2. <i>Les représentations de l'addiction et leurs effets sur le recours</i>	349
2.1 Représentation de l'addiction et articulation besoin/désir/recours	350
Identification d'un besoin de soin : ouverture vers le recours	350
Besoin reconnu mais non-recours aux soins institutionnel : l'arrêt seule (de la consommation) comme alternative.....	352
Non-identification d'un besoin : les consommations non-perçues comme un problème en soi.....	357
2.2 L'addiction : un problème biomédical ?.....	359
Des causes spirituelles attribuées à l'addiction.....	359
La position des professionnel·les vis-à-vis du pluralisme médical.....	361
3. <i>Les discours du recours</i>	364
3.1 Ce qui est raconté (le soin) et ce qui est passé sous silence (la réduction des risques)	365
3.2 L'effet des parcours sur la lisibilité des recours dans les récits	367
3.3 Quand le soin prend sens.....	369
<i>Conclusion du chapitre</i>	372
CONCLUSION GENERALE	374
<i>Principaux résultats de la thèse</i>	375
<i>Apports de la thèse</i>	379
<i>Prolongements de la thèse</i>	379
BIBLIOGRAPHIE	382
ANNEXES	411
TABLE DES MATIERES	421