



Femmes* genre et assuétudes

Synthèse des constats de terrain
et recommandations
de la FEDITO BXL

Présentation du groupe de travail « Femmes*, genre & assuétudes » de la FEDITO BXL

La mise en place du groupe de travail (GT) – Femmes*, genre et assuétudes est une initiative de travailleur·euse·s de terrain confronté·e·s dans leur pratique à **des prises en charge particulièrement complexes de femmes (ex-)usagères de drogue**. La complexité des situations cliniques rencontrées est entre autres liée à une intrication et un cumul de problématiques combinant – en plus de la consommation de produits psychoactifs, des situations de **violences conjugales et/ou sexuelles**, de **migration** ou encore de **travail du sexe/ de prostitution**.

Face à ces situations, les travailleur·euse·s ont ressenti la nécessité de croiser leurs d'expériences afin de pouvoir orienter au mieux ces femmes ayant toutes en commun d'être en **situation de précarité**. C'est dans ce contexte qu'un webinaire d'échange de pratiques « Femmes et Précarités » a été organisé en novembre 2020. À l'issue de cette première rencontre collective, plusieurs travailleur·euse·s ont souhaité prolonger les échanges en élargissant la réflexion aux minorités sexuelles et de genre dans la mesure où la dimension du genre soulevait des questions spécifiques. Au regard de la complexité de la thématique et de l'importance des enjeux, ce **GT – Femmes*, genre & assuétudes** a été mis en place.

Aujourd'hui, l'objectif transversal du GT consiste à améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des femmes ainsi que des minorités sexuelles et de genre faisant usage (ou ayant fait usage) de substances psychoactives. Il regroupe une dizaine de représentant·e·s des asbl suivantes :

MASS de Bruxelles, FARES, DUNE, Prospective Jeunesse, Femmes et Santé, Babel, I.Care, Modus Vivendi, Projet Lama, Réseau Hépatite C, Transit, Eurotox, Parentalité Addiction, ENADEN, Interstices et Le Pélican. Il est coordonné par la FEDITO BXL, Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes asbl, et bénéficie de l'appui scientifique de chercheuses de l'ULB (Département de médecine générale, Faculté de médecine) et de l'UCLouvain (Institut de recherche santé et société).

Personnes de contact du GT :

Sophie Godenne (DUNE), Manoë Jacquet (Femmes et Santé), Lise Meunier (Réseau Hépatite C / Enaden), Laetitia Peeters (Transit).

Terminologie

Ce document concerne *les femmes et les minorités sexuelles et de genre faisant usage (ou ayant fait usage) de substances psychoactives*. Ces personnes rencontrent des problématiques liées à l'usage de drogues encore difficiles à saisir en raison de leur complexité et de la difficulté d'accéder à ces populations fortement stigmatisées. Celles-ci regroupent **une diversité de publics qui ont en commun d'être des minorités**. En nous inspirant du glossaire élaboré par la RainbowHouse¹, le sens sociologique des minorités désigne « des parties de la population qui n'ont pas le pouvoir » (2023, p. 37). Selon cette définition, « les femmes entrent alors dans la définition de la minorité » (2023, p. 37).

Ce GT repose sur la notion de *genre* en tant qu'outil conceptuel pour saisir les inégalités dont sont témoins les travailleur·euse·s dans leur pratique. Au niveau sociétal, cette notion est employée de multiples manières, elle ne fait pas consensus et sème encore souvent la confusion. Le *genre* établit une distinction par rapport au *sexe* et peut être défini en tant que – « sexe socialement et culturellement construit dans un rapport de domination » (Löwy & Rouch, 2003, p. 5). Ainsi, le *genre* permet de mettre en lumière ce que la société dit et fait des caractéristiques biologiques et notamment, les fonctions sociales qui y sont attribuées et qui maintiennent les femmes et les hommes dans un ordre social hiérarchisé. Celles-ci produisent des normes sociales qui évoluent au cours de l'histoire et le concept de *genre* s'est progressivement institutionnalisé. D'après le Conseil de l'Europe, le *genre* désigne – « [...] **les rôles, les comportements, les activités et les attributions socialement construits, qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et les hommes** » (Convention d'Istanbul, 2011, p. 8).

En tant que grille de lecture, le genre permet donc de **comprendre certains mécanismes sociaux** et rapports de pouvoir qui sous-tendent les pratiques de consommation des femmes et des minorités sexuelles et de genre. En tant que déterminant majeur des inégalités en santé (Hawkes & Buse, 2013), le genre contribue, entre autres facteurs, à expliquer la persistance de ces inégalités. Comme le souligne cette synthèse des constats de terrain, cette grille de lecture permet **de mieux comprendre la spécificité des situations que produisent les rapports de genre dans le contexte de l'usage de drogues**. Il permet de saisir l'invisibilisation de ces populations dans les scènes ouvertes de consommation, au sein des services socio-sanitaires, mais aussi dans la recherche scientifique et les programmes politiques.

Dans l'appellation de ce GT, le mot **femme*** comporte un astérisque pour désigner la volonté de marquer l'inclusivité concernant **toutes les personnes qui s'identifient en tant que**

¹ La RainbowHouse est la coupole des associations et collectif·ve·s actif·ve·s dans le domaine des minorités sexuelles et de genre en région bruxelloise. En ligne : http://rainbowhouse.be/wp-content/uploads/2023/02/glossaire-2023-web_compressed.pdf

femme, et la notion de genre désigne **les rapports de pouvoir** à l'origine d'inégalités et de problématiques spécifiques qui concernent les femmes* et plus largement les minorités sexuelles et de genre.

Une volonté d'inclusivité mise à l'épreuve

Malgré la volonté d'inclure une diversité de populations dès la création de ce GT, en pratique, les membres se sont confrontés à la **difficulté d'accéder à l'ensemble des minorités** concernées et **d'adopter une terminologie inclusive**. Concernant l'accès aux populations, celles-ci se confrontent à de multiples obstacles abordés dans cette fiche de constats et qui freinent leur participation directe à notre réflexion.

À ce stade du travail du GT, la plupart des témoignages et des articles scientifiques repris dans cette fiche de constats concernent des femmes cisgenres, c'est-à-dire, les personnes « dont l'identité de genre est en adéquation avec le genre qui [leur] a été assigné à la naissance » (RainbowHouse, 2023, p. 12). Pour cette raison, ce document fait parfois référence aux « femmes » sans astérisque, lorsque les constats présentés ont été récoltés auprès de femmes cisgenres.

En ce qui concerne l'usage de drogues, la terminologie *faisant usage ou ayant fait usage de substances psychoactives* a été remplacée par *(ex-)usagères* de drogues* afin de faciliter la lecture. Cependant, et comme le soulignent des membres du GT, ce terme simple reste néanmoins réducteur et risque de véhiculer des représentations stigmatisantes des populations concernées. Dans la suite de ce travail, les membres du GT souhaiteraient pouvoir **développer des outils permettant de faciliter la participation d'une plus grande diversité de personnes issues des minorités de genre et sexuelles** et d'employer **une terminologie plus inclusive et choisie de manière collective**. Les recommandations formulées par le GT, en fin de document, visent à poursuivre les ambitions d'inclusivité de ce GT.

Présentation du document et méthodologie de travail

Ce document présente **une synthèse des constats de terrain** récoltés et mis en commun jusqu'à présent par le groupe de travail. Ces constats sont présentés au regard d'**une revue de la littérature internationale** portant sur le genre et les assuétudes. En outre, il **présente les recommandations et les pistes d'action concrètes proposées par le GT** qui ont été élaborés de manière progressive et participative.

Les constats de terrain

Pour rassembler les constats, les membres du GT ont partagé leurs expériences issues de leur travail de terrain dans leurs équipes respectives concernant les **problématiques rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues**. Concrètement, le GT s'est réuni à quatorze reprises de 2021 à 2023 pour échanger autour de ces constats, en combinant des modalités de rencontre virtuelles et présentiels. Le contenu des échanges était restitué régulièrement par les membres du GT dans leurs équipes respectives afin de les consulter et de les mettre à contribution pour alimenter le contenu. Cette note a donc été alimentée non seulement **par les membres du GT** mais également de façon indirecte **par les équipes dont sont issu.e.s les membres**. En outre, des intervenant.e.s extérieur.e.s au GT et issu.e.s d'autres secteurs (tels que celui du sans-abrisme) ont nourri les réflexions de manière ponctuelle. Afin d'inclure une plus grande diversité de perspectives, **la création d'un document partagé** a permis aux membres du GT et à leurs équipes de compléter les constats de terrain en dehors des moments de rencontre. Ce document partagé continuera d'être alimenté car l'objectif de ce groupe de travail est d'inclure une diversité de points de vue et de s'inscrire dans perspective de réflexion dynamique.

La revue de la littérature internationale

Au fil de ce document, les constats de terrain sont mis en dialogue avec la **littérature scientifique internationale** portant sur le genre et les assuétudes. À ce jour, encore peu de recherches sur l'usage de drogues intègrent une dimension de genre et **un manque de chiffres relatifs à la Belgique** persiste. Néanmoins, les enquêtes sur le sujet commencent à se développer à travers plusieurs disciplines. Cette revue de la littérature constitue un processus en cours qui vise à se poursuivre sur le plus long terme. Elle compte une diversité de références qui comprend plusieurs sources de documentation (articles scientifiques, monographies, littérature grise...), croisent différentes disciplines (épidémiologie, sociologie, études de genre, sciences de la santé...), et reposent sur des méthodologies diverses (enquêtes qualitatives, quantitatives et mixtes, méta-analyses...)

L'élaboration des pistes de recommandations

Les recommandations du GT s'appuient sur les constats de terrain et sur la littérature scientifique. En septembre 2022, une première synthèse du travail a été rédigée et présentée à l'occasion du Forum Addiction & Société qui s'est tenu à Bruxelles. Lors de cet événement, **le GT a organisé un atelier** rassemblant une vingtaine de participant·e·s de différents profils (y compris des citoyen·ne·s, des expert·e·s du vécu et des travailleur·euse·s de terrain), **pour stimuler une réflexion collective autour des constats** et élaborer des pistes de recommandations à destination des directions d'institutions et des pouvoirs publics.

Afin de stimuler davantage la participation des femmes* (ex-)usagères de drogues à la suite de cet atelier, **des focus groups ont été réalisés par les membres du GT avec les premières concernées** pour mettre en discussion et compléter ces pistes de recommandations. Ces focus groups ont été réalisés en décembre 2022 et janvier 2023 et ont permis de rassembler près de dix femmes* (ex-)usagères de drogues recrutées par l'intermédiaire de trois institutions représentées dans le GT. Les membres du GT se sont mobilisé·e·s pour recruter davantage de participantes* mais en raison des multiples obstacles abordés dans cette synthèse des constats, celles·eux-ci ont rencontré des difficultés pour y parvenir. Le GT a la volonté de **poursuivre cette démarche participative dans les mois qui viennent** en organisant d'autres focus groups dans une plus grande variété d'institutions.

Cette synthèse se structure autour de cinq thématiques centrales ressortant des constats de terrain et de la littérature : (1) l'invisibilisation du genre dans le champ des assuétudes ; (2) l'accès et le recours aux services socio-sanitaires ; (3) les problématiques spécifiques qui comprennent – (i) la santé sexuelle, (ii) la grossesse et la parentalité, (iii) le travail du sexe/ la prostitution et (iv) les violences basées sur le genre et les dynamiques conjugales ; (4) l'offre de services sensibles au genre incluant – (i) les dispositifs spécifiques et (ii) le travail en réseau ; et (5) les recommandations du groupe de travail.

Dans cette note, les encadrés présentent des constats et des extraits de témoignages récoltés par les membres du GT [a] et recueillis dans le cadre d'une recherche menée par Margaux Aron et Lou Richelle (2023), qui s'inscrit dans la thèse de doctorat de cette dernière [b].

Sous-groupe en charge de la rédaction :

Sophie Godenne DUNE), Marion Guemas (I.Care), Stéphane Leclercq (Fedito), Lise Meunier (Réseau Hépatite C, Enaden), Lou Richelle (ULB – Département de médecine générale, Faculté de médecine), et Carole Walker (autrice, UCLouvain –Institut de recherche santé et société).

Table des matières

Présentation du groupe de travail « Femmes*, genre & assuétudes » de la FEDITO BXL.....	2
Terminologie.....	3
Présentation du document et méthodologie de travail.....	5
1. L'invisibilisation du genre dans le champ des assuétudes.....	8
2. Accès et recours aux services socio-sanitaires.....	11
3. Problématiques spécifiques.....	14
i. Santé sexuelle.....	14
ii. Grossesse et parentalité.....	15
iii. Travail du sexe/ prostitution.....	16
iv. Violences basées sur le genre et dynamiques conjugales.....	18
4. Offre de services sensibles au genre.....	21
i. Les dispositifs spécifiques.....	21
ii. Le travail en réseau.....	23
Recommandations.....	26
Références bibliographiques.....	31
À propos de ce document.....	35

1. L'invisibilisation du genre dans le champ des assuétudes

Malgré un nombre plus restreint d'interactions avec ces publics, les membres du GT et leurs équipes ont longtemps été témoins de **la complexité des situations rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues**. En développant des stratégies ciblées pour aller à leur rencontre, celles-eux-ci ont pu améliorer leur compréhension de ces situations et les appréhender **selon une perspective de genre**.

Dans certaines prisons, des « ailes sans drogues » sont expérimentées (en Flandre uniquement pour le moment). Ces dispositifs – qui restent au demeurant critiquables – ne sont pas ouverts aux femmes détenues ^a.

Depuis de nombreuses décennies, les représentations sociales autour des drogues contribuent grandement à l'invisibilisation du genre dans le champ des assuétudes. En effet, **l'usage de drogues** et la criminalité qui y est associée est **encore très souvent assimilée à une pratique masculine**, et hormis pour les médicaments psychotropes, les femmes* sont perçues comme

étant moins concernées par la consommation de drogues licites et illicites, comme le souligne des estimations récentes (Belgium Drug Report, 2019 ; World Drug Report, 2022). De ce fait, la plupart des enquêtes scientifiques menées sur le sujet portent sur **des échantillons dans lesquels les hommes cisgenres sont largement sur-représentés**, ce qui contribue à biaiser les connaissances autour de l'usage de drogues dans nos sociétés (Coppel, 2022; Hoareau, 2012; Neff, 2018).

Malgré cette invisibilisation des femmes*, des recherches récentes qui prennent en compte la dimension de genre permettent d'établir que celles-ci sont concernées par les drogues et qu'elles rencontrent des problématiques spécifiques. Elles indiquent par ailleurs **une féminisation des usages à la fois licites et illicites** au cours de ces dernières années (Hoareau, 2012; Neff, 2018). En effet, des enquêtes de prévalence réalisées dans de nombreux pays ont pu révéler **une diminution de l'écart statistique entre les femmes et les hommes par rapport à l'usage de drogues** (Mutatayi et al., 2022). Selon les chiffres de l'Office des Nations Unies contre les drogues et le crime, l'usage de drogues parmi les femmes aurait augmenté de 10% entre 1995 et 2019 (Hoareau, 2012). En outre, des recherches menées sur les femmes* (ex-)usagères de drogues soulignent de manière récurrente **une sous-estimation des chiffres recensés jusqu'à présent** en raison de la dissimulation de leurs usages et de leur faible fréquentation des services spécialisés en assuétudes (voir infra, point 2) (Mutatayi et al., 2022; Shirley-Beavan et al., 2020 ; Martin et al., 2020).

Comme pour la recherche scientifique, les politiques en matière de drogues s’ancrent également dans certaines représentations sociales autour des femmes* consommatrices. D’après le Groupe Pompidou, qui vise à stimuler les échanges de connaissances autour de l’usage de drogues et du trafic au niveau européen, **les femmes* ont longtemps été invisibilisées au niveau des conventions internationales** en matière de drogues. Ce n’est qu’en 1998 que les femmes* sont mentionnées pour la première fois dans une déclaration politique des Nations Unies consacrée à cette matière (Mutatayi et al., 2022).

En Europe, c’est principalement pendant l’épidémie du VIH que les autorités publiques commencent à s’intéresser aux femmes* (ex-)usagères de drogues. Mais **cette attention portée aux femmes* n’émerge qu’en lien avec leur corps reproductif ou sexuel**. En effet, les préoccupations se concentraient autour des risques de transmission de la maladie depuis la mère vers l’enfant, ou depuis les travailleuses du sexe/ prostituées vers les clients (Coppel, 2022). À ce jour, les politiques qui ciblent les (ex-)usagères de drogues ont encore tendance à se limiter aux aspects liés au corps reproductif ou sexuel (Coppel, 2022; Mutatayi et al., 2022). Dans de nombreux pays, **ces politiques sont fortement répressives et contribuent à renforcer des représentations stigmatisantes**, notamment autour des mères jugées irresponsables voire dangereuses pour leurs enfants (Olinda Alves et al., 2015).

En Belgique, une proposition de loi sur la protection prénatale a été déposée en 2020 au Parlement fédéral par des représentant·e·s de la N-VA et de la SP.A au nom de laquelle **les femmes* (ex-)usagères de drogues pourraient subir des hospitalisations ou des césariennes forcées ou des mises sous tutelle des enfants** (Richelle et al., 2022). Comme le soulignent les constats de terrain, une telle approche répressive est contre-productive, culpabilisante et contribue **à éloigner les femmes* des services socio-sanitaires et à renforcer davantage leur invisibilisation**. Des enquêtes récentes comparant différents cadres légaux permettent d’appuyer ces constats et d’établir que les contextes répressifs sont associés à **une moindre mise sous traitement de substitution ainsi qu’à davantage de syndromes de sevrage néonataux** (Angelotta et al., 2016 ; Goodman et al., 2019).

« A Yser, je me suis fait violer trois fois. Trois fois. Deux fois, j’ai fait venir la police, la troisième fois, je ne l’ai même pas fait, parce que la troisième fois la police va me dire ‘elle aime bien se faire violer celle-là ou quoi ?’ [...] Non, il te menace avec un pistolet ou avec un couteau donc voilà^b. »

En bref, lorsqu’elles ne sont pas invisibilisées, les femmes* (ex-)usagères de drogues font l’objet de représentations sociales stigmatisantes et se confrontent à des politiques répressives, centrées sur la grossesse et la maternité ou sur le travail du sexe/ la prostitution. Ce contexte vient renforcer davantage l’approche répressive dominante envers l’usage de drogues dans la population générale, qui est encadrée par la loi de 1921 en Belgique. Malgré l’émergence récente d’un plus large corpus de recherches portant sur la diversité des

problématiques qu'elles rencontrent, la plupart des enquêtes sont descriptives et comparent la consommation des femmes* par rapport à celle des hommes. Mais **ces enquêtes comparatives doivent être interprétées avec précaution** et mises en dialogue avec des enquêtes qualitatives et des constats de terrain au niveau local. En effet, elles se basent parfois sur des standards masculins qui **minimisent les contextes sociaux** dans lesquels se déroulent les pratiques de consommation des femmes*. Elles ne permettent pas toujours de prendre en compte leurs réalités sociales, **qui s'inscrivent dans des rapports de genre encore trop souvent invisibilisés**. Or, une meilleure compréhension des rapports sociaux qui sous-tendent les consommations des femmes*, et que ce GT expose à travers cette synthèse des constats, est indispensable pour identifier la diversité des problématiques qu'elles rencontrent et **pour adapter à la fois l'offre de services et les politiques en matière de drogues**.

2. Accès et recours aux services socio-sanitaires

Les structures spécialisées en assuétudes sont en principe accessibles à tous·tes et reposent sur l'inconditionnalité de l'accès. Pourtant, les travailleur·euse·s de terrain observent **une fréquentation majoritairement masculine et un moindre recours de la part des femmes***, encore peu nombreuses à pousser la porte des institutions. Cet écart de fréquentation se confirme dans les chiffres issus de la plupart des rapports d'activités des services représentés dans le groupe de travail.

Malgré cette sous-représentation dans les services, le développement d'initiatives locales permet de constater que les femmes* consommatrices sont pourtant présentes en rue et dans l'espace public, ou bien **se mettent à l'abri des menaces et des violences** qui s'y déploient. Selon des témoignages, **certaines se réfugient par exemple dans des squats ou dans les escaliers d'immeubles**. De ce fait, les dispositifs mobiles ont tendance à rencontrer davantage de femmes* dans leur environnement de vie que dans les institutions. À titre d'exemple, les travailleur·euse·s de Transit, centre d'accueil et d'hébergement pour (ex-)usagèr·e·s de drogues, rencontrent 16% de femmes* dans le cadre de leur travail de rue, contre 11% à l'intérieur de leurs structures d'accueil selon le rapport d'activités publié en 2021 (Transit ASBL, 2021).

Ces constats de terrain vont dans le sens des enquêtes statistiques et estimations réalisées à l'échelle internationale. Au sein de la population générale, **les femmes* (ex-)usagères de drogue sont proportionnellement moins nombreuses à recourir aux services spécialisés en assuétudes**. Selon les chiffres de l'OEDT² en 2017, elles représenteraient un **quart** de la population consommatrice en Europe, mais seulement un **cinquième** des files actives dans les services de traitement. Dans l'ensemble, **la sous-représentation des femmes* au niveau des institutions serait largement sous-estimée** en raison de multiples obstacles (Hoareau, 2012; Shirley-Beavan et al., 2020).

Le développement de dispositifs dédiés aux femmes* a permis aux travailleur·euse·s de récolter des témoignages et de mettre en lumière certains de **ces obstacles qui entravent le recours aux services socio-sanitaires**. Les consommatrices évoquent notamment une méconnaissance des services existants, mais surtout **une peur du jugement, de la stigmatisation et des craintes** – pour les mères – **de voir leurs enfants placés par le-la juge**. Elles évoquent également des freins plus directement liés aux dynamiques de genre telle que **la peur de rencontrer des agresseurs ou des clients** (dans le cas du travail du sexe/ de la prostitution), **des phénomènes d'emprise** d'origine diverse (le conjoint,

² Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/women-drug-problems_en

l'entourage social ou familial) ou encore **un sentiment de malaise éprouvé dans des services majoritairement fréquentés par des hommes cisgenres.**

Au niveau international, des enquêtes ont été menées pour mieux saisir les barrières d'accès aux services socio-sanitaires pour les femmes* consommatrices. Elles distinguent deux grandes formes de barrières dites structurelles et relationnelles, qui entravent la demande de traitement ou qui mènent à l'abandon d'une prise en charge déjà entamée. D'une part, *les barrières structurelles* comprennent l'accessibilité géographique et financière (à savoir les coûts directs et indirects liés à l'accompagnement), la barrière de la langue ou encore **le manque de solutions pour garder les enfants** durant la durée de la prise en charge. D'autre part, *les barrières relationnelles* incluent – un **manque d'optimisme** concernant l'efficacité de la prise en charge, **la peur d'être poursuivies** pour mise en danger des enfants (un facteur particulièrement cité par les femmes* précarisées issues de l'immigration (Flavin & Paltrow, 2014)) ou encore **la stigmatisation** (Verissimo & Grella, 2017).

D'après des études menées sur de larges échantillons aux États-Unis, **les barrières relationnelles seraient les plus problématiques dans le parcours des femmes*** par rapport aux hommes consommateur·ice·s (Grant et al., 2003). Pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents, des recherches qualitatives ont été menées dans différents contextes nationaux. Celles-ci soulignent que **la stigmatisation constitue un obstacle majeur d'accès aux structures pour les femmes* (ex-)usagères de drogues**, et cette stigmatisation peut se décliner sous plusieurs formes (sociale/publique, structurelle/institutionnelle, auto-stigmatisation) (National Academies of Sciences, 2016; Nieweglowski et al., 2018).

Par exemple, l'enquête de terrain menée entre 2015 et 2018 par Florent Schmitt au sein de deux CARUUD³ en France illustre des formes de **stigmatisation qui s'opèrent au niveau institutionnel** et qui éloignent les femmes* consommatrices de ces structures. Sur base d'un long travail d'enquête, cet auteur montre que le matériel de consommation stérile distribué dans ces centres est sélectionné pour répondre à la consommation des hommes qui diffère de celles des femmes*. Cette enquête montre également qu'en priorisant d'abord les inégalités sociales, les CARUUD s'implantent au plus près des lieux de consommation sans tenir compte des violences de genre qui s'y déploient et qui se poursuivent à l'intérieur de ces structures (Schmitt, 2022). D'autres enquêtes révèlent que des (ex-)usagères* de drogues se confrontent à **de plus longs temps d'attente**, à **une forte culpabilisation** de la part des professionnel·le·s rencontré·e·s, ou encore au **non-respect de la confidentialité** (Radcliffe, 2011; Verissimo & Grella, 2017).

³ Les CAARUD sont des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues. Ils constituent l'équivalent français des services « bas seuil » de réduction des risques pour usagè·e·s de drogues en Belgique.

La stigmatisation envers les femmes* (ex-)usagères de drogues peut aussi être internalisée, un phénomène qualifié d'**auto-stigmatisation** et qui constitue un obstacle important d'accès aux structures (National Academies of Sciences, 2016). En effet, des femmes* peuvent se montrer réticentes à faire appel à un·e professionnel·le car elles **anticipent de subir de la stigmatisation**. L'auto-stigmatisation inclut également **la faible estime de soi, à la honte ou encore au sentiment de ne pas mériter d'être en bonne santé**, des expériences subjectives associées à des comportements d'auto-exclusion des services. La littérature met également en avant les associations complexes entre les expériences de discrimination, les problèmes de santé mentale et l'usage de drogues (Cruz et al., 2019), et leur influence négative sur l'accès aux services.

Les différentes formes de stigmatisation **seraient renforcées pour les mères ou les femmes enceintes (ex-)consommatrices**, en rupture avec les rôles socialement assignés aux femmes*. Les recherches soulignent également que **les femmes* consommatrices cumulent bien souvent de multiples sources de stigmatisation** associée au travail du sexe, au sans-abrisme ou encore la séropositivité (Medina-Perucha et al., 2019; Shirley-Beavan et al., 2020).

Dans l'ensemble, les multiples obstacles auxquels se confrontent les consommatrices* se combinent et retardent ou évitent le recours à une prise en charge de leurs situations. Par conséquent, **elles arrivent dans les institutions avec des problématiques plus sévères par rapport à la population générale**. En effet, les résultats d'enquête rapportent des conduites addictives plus prononcées et davantage de problèmes sociaux et de santé (Mutatayi et al., 2022).

« Et quand j'ai commencé la consommation, je suis tombée dans la rue aussi. Pour les besoins de ma consommation, je me suis retrouvée dans la rue [...]. L'overdose c'était via la prostitution ^b. »

3. Problématiques spécifiques

La sous-représentation des femmes* (ex-)usagères de drogues dans les institutions contribue à **une relative méconnaissance des situations** qu'elles rencontrent. Néanmoins, les constats de terrain ainsi que l'émergence de recherches menées sur le sujet permettent d'**identifier certaines problématiques spécifiques**. Sans prétendre à l'exhaustivité, cette partie introduit les problématiques suivantes qui ressortent des données du GT et de la littérature : (i) la santé sexuelle ; (ii) la grossesse et la parentalité ; (iii) le travail du sexe/ la prostitution ; et (iv) les violences basées sur le genre et les dynamiques conjugales.

i. Santé sexuelle

Historiquement, les autorités publiques ont commencé à s'intéresser aux femmes* (ex-)usagères de drogues dans le contexte de l'épidémie du VIH, alarmées par les risques de transmission de maladies au sein de la population via la grossesse et le travail du sexe/ de la prostitution. Dans ce contexte, les politiques publiques ont contribué à véhiculer **des représentations autour des femmes* qui sont fortement associés à des rôles stéréotypés** (Coppel, 2022). Mais les constats de terrain ainsi que les recherches intégrant une perspective de genre permettent de visibiliser une plus grande diversité de problématiques touchant plus généralement à **la santé sexuelle des femmes* consommatrices**, telles que les conséquences des substances sur leur santé sexuelle ou encore les prises de risques sexuels augmentés sous l'influence de produits.

Parmi ces problématiques, on retrouve **une difficulté d'accès aux serviettes menstruelles** qui serait renforcée par **une féminisation de la précarité**. Celle-ci s'observe sur le terrain et apparaît dans des études telle que la recherche-action menée par l'Ilot en 2022 sur le sans-abrisme des femmes* (Blogie, 2022). Pour répondre à ces difficultés, des initiatives se développent tel que le projet BruZelle qui vise à **lutter contre la précarité menstruelle par la distribution gratuite de matériel**. Mais celles-ci **ne sont pas toujours connues des (ex-)usagères* de drogues** sur l'ensemble du territoire bruxellois.

L'ouverture des espaces en non-mixité tels que les espaces femmes* de DUNE, de Transit ou du Pilier (Modus Vivendi), parmi d'autres dispositifs ciblés, a également permis aux femmes* de partager diverses questions relatives à la santé sexuelle concernant **les différentes formes de contraception, le dépistage d'infections sexuellement transmissibles, du cancer du sein et du col de l'utérus, l'absence de règles ou encore la ménopause**. En outre, des questionnements relatifs au **consentement ou au plaisir sexuel** émergent au fil des discussions avec les consommatrices dont les parcours sont bien souvent marqués par des violences sexuelles (voir 3. iv).

Malgré l'émergence d'initiatives qui visent à aborder la santé sexuelle des (ex-)usagères* de drogues, **il existe encore peu d'espaces permettant de répondre à leurs besoins et**

interrogations. D'une part, les services spécialisés en assuétudes ne sont pas toujours formés aux aspects liés à la santé sexuelle. D'autre part, les consommatrices* se tournent peu vers les structures telles que le planning familial ou vers des consultations en gynécologie en raison des différents obstacles abordés précédemment. Les professionnel·le·s relèvent également **des difficultés au niveau du suivi des prises en charges** lorsque celles-ci sont mises en place, et ce malgré le développement de projets spécifiques à la santé sexuelle. Par exemple, le projet « Lovespot » est né d'une collaboration entre la Fédération laïque des centres de planning familial et I.Care⁴ pour proposer des permanences à destination des femmes* détenues qui sont également concernées par l'usage de drogues. Si les besoins en termes de santé sexuelle perdurent à la sortie de prison, les constats relèvent une difficulté de poursuivre l'accompagnement entamé.

ii. Grossesse et parentalité

Dans le contexte de l'usage de drogues, **l'accompagnement des projets de grossesse nécessite une prise en compte de situations sociales et de santé complexes.** En effet, les projets de grossesse peuvent apparaître parfois dans des périodes de consommation active, dans des situations de sans-abrisme ou de mal-logement, au sein de relations conjugales abusives ou problématiques, ou encore de manière inattendue. Les professionnel·le·s spécialisés relatent des exemples de projets de grossesse qui aboutissent dans de bonnes conditions pour l'enfant, la mère et pour le deuxième parent, mais ceux-ci nécessitent **un travail de dialogue continu entre les différentes parties prenantes** et au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Au sein du système social-santé généraliste, les professionnel·le·s **ne sont pas toujours formés au travail d'accompagnement** des projets et des suivis de grossesse. Ainsi, certaines enquêtes et études de cas font état de situations où des équipes expriment **des jugements moraux et de fortes résistances** par rapport à ces situations en commençant notamment par le retrait d'un implant contraceptif (Neff, 2022). Selon une étude récente menée à Bruxelles, 19,2% des étudiant·e·s en médecine de dernière année sont favorables à **punir les femmes* enceintes consommatrices d'alcool**, et 15,1% en cas de l'usage de drogues illicites (Richelle et al., 2022). D'après plusieurs enquêtes menées au niveau international, de nombreuses femmes* (ex-)usagères de drogues sont encore confrontées à **des contrôles abusifs de la part du système de santé, avec une rupture de la confidentialité** des données personnelles (Boyd, 2019). D'autres enquêtes ont pu mettre en évidence que le non-respect de la confidentialité touche de manière disproportionnée les consommatrices* en situation de précarité et/ou issues de l'immigration (Cohen, 2018).

⁴ Une association active dans l'aide socio-sanitaire en milieu carcéral à Bruxelles.

Dans l'ensemble, les grossesses en contexte d'usage de drogues font l'objet de résistances et de controverses sur le terrain mais également dans la recherche scientifique et au niveau politique. Or, les études montrent qu'**une approche punitive peut mener à une rupture de lien voire à l'auto-exclusion** des femmes* au niveau des services (Neff, 2022; Radcliffe, 2011). À l'inverse, **une approche thérapeutique qui repose sur la collaboration multidisciplinaire, une meilleure implication des mères ainsi qu'une prise en charge précoce et globale** engendre des bénéfices socio-sanitaires à la fois pour la mère et le bébé (Brulet et al., 2007 ; Women, 2012). En outre, un accompagnement adapté qui tient compte de la complexité des situations sociales et conjugales peut engendrer des changements notables **avec une meilleure gestion ou une interruption de la consommation**. Ce type de prise en charge permet également de réfléchir à des alternatives au placement des enfants par le-la juge ou à des configurations permettant le maintien du lien lorsqu'un placement s'avère indispensable (Brulet et al., 2007; Olinda Alves et al., 2015; Richelle et al., 2022; Women, 2012).

« J'avais un problème d'alcool et malheureusement, on a placé mes enfants. [...] Même si ça venait, je voudrais me faire avorter. Vous pensez que je veux encore faire des enfants pour les donner encore à l'état ?^b »

Globalement, ces différents constats et résultats d'enquête révèlent **une sur-responsabilisation des femmes* enceintes et des mères usagères de drogue** qui sont davantage soumises au jugement social par rapport au deuxième parent. Cette sur-responsabilisation se reflète notamment dans la fréquentation des services d'accueil liés à la parentalité des (ex-)consommatrices* en Belgique et

ailleurs. Contrairement aux autres services spécialisés en assuétudes, les femmes* y sont largement sur-représentées. En France, certains chiffres comptent 70 à 80% de femmes* pour 30 à 20% d'hommes dans ces centres pour parents (ex-)consommateur-ice-s (Neff, 2022). Ces chiffres ne tiennent pas compte des femmes* consommant uniquement de l'alcool – qui constitue un critère d'exclusion dans de nombreux services assuétudes et parentalité en Belgique. Par conséquent, les femmes* enceintes ou mères consommatrices d'alcool se confrontent non seulement à une sur-responsabilisation, mais également à une offre de services très limitée en matière d'accompagnement spécialisé.

Malgré cette sur-responsabilisation des mères et femmes enceintes (ex-)usagères de drogues, les membres du GT soulignent **l'importance de prendre en compte la complexité des dynamiques conjugales** en contexte d'usage de drogues. En effet, l'implication du deuxième parent peut s'avérer difficile pour des raisons multiples, par exemple dans les situations d'emprise ou de violences conjugales. En outre, la reconnaissance de l'enfant se complexifie lorsque le deuxième parent se trouve en situation irrégulière et/ou de sans-abrisme.

iii. Travail du sexe/ prostitution

« Tu vas te prostituer pour avoir la cocaïne. Et tu es prêt à avoir peut-être quelqu'un qui est malade qui va te transmettre le VIH ou autre maladie. [...] On trouve quelqu'un qui dit, 'je te donne par exemple 50 euros mais c'est sans préservatif. Tu vas lui dire oui. Parce que tu as besoin de ces 50 euros pour consommer^b. »

D'après les constats de terrain, il n'est pas rare que **la dépendance aux produits psychoactifs implique l'échange de services sexuels** contre de l'argent ou des produits, voire un logement en fonction des situations (Shirley-Beavan et al., 2020). Dans les services bas seuil assuétudés, les personnes concernées ont tendance à éviter de coller une étiquette à cette activité qui n'est pas revendiquée en tant que profession, le « travail du sexe », mais qui s'inscrit dans le contexte de la dépendance au produit ou de la précarité. Dans certains cas, ces personnes parleront de « prostitution » ou diront simplement qu'elles s'en vont « faire de l'argent ».

Le flou autour des termes employés pour décrire ces services sexuels est révélateur des différentes formes de **stigmatisation perçues par les (ex-)usagères* de drogues**

et du tabou qui entourent parfois ces activités. Par conséquent, certaines consommatrices* semblent moins se tourner vers des associations spécialisées dans l'accompagnement des travailleur·euse·s du sexe, et semblent moins réceptives aux campagnes et matériels de prévention qui sont pourtant proposées de manière gratuite et anonyme. Pour pallier à ce problème, **l'ouverture des espaces femmes* dans différents services bas seuil assuétudés contribue à ouvrir un dialogue** autour des services sexuels, et notamment d'aborder les interrogations qu'ils suscitent au niveau de la santé sexuelle et reproductive (voir point 4).

Selon des enquêtes menées en France, le travail du sexe/ la prostitution dans le contexte d'une dépendance au produit **expose les consommatrices* à davantage de pratiques sexuelles à risque**, notamment des rapports non protégés pouvant engendrer des grossesses non désirées ou des maladies sexuellement transmissibles. Dans certains cas, les rapports sexuels se déroulent dans des squats et autres lieux où les conditions d'hygiène sont peu favorables. En outre, la situation de dépendance au produit amène parfois **l'acceptation de prix excessivement bas** par rapport aux tarifs pratiqués sur le marché (Des Jarlais et al., 2020; Jauffret-Roustide et al., 2008).

« Et tu es prêt à avoir peut-être quelqu'un qui est malade qui va te transmettre le VIH ou autre maladie. Qui va aller sans préservatif parce que toi, tu as besoin de ta consommation. [...] Très souvent. Par jour, s'il y a dix clients, il y en a huit qui te demandent sans préservatif^b. »

Sur base des constats récoltés et de la littérature, il est difficile de saisir précisément les conditions dans lesquelles se déroulent la consommation de drogues ou d'évaluer la gestion de celle-ci dans le contexte du travail du sexe/ de la prostitution. Le tabou se situe tantôt

autour des services sexuels, et tantôt autour de l'usage de drogues. D'après certains témoignages, **les femmes* trans travailleuses du sexe** plus spécifiquement auront **tendance à dissimuler à tout prix l'usage de drogues**, très tabou dans ces sphères et ce, même au sein de la communauté elle-même. En effet, ces publics cumulent également de multiples sources de discrimination liée à l'identité de genre, le travail du sexe ou encore le fait d'être sans-papier, et auxquelles la consommation vient se rajouter.

Dans l'ensemble, les services sexuels et l'usage de drogues sont des pratiques stigmatisées qui coexistent fréquemment et s'imbriquent de manière complexe. Ceci rend difficile le travail de réduction des risques auprès des femmes* qui sont particulièrement concernées.

iv. Violences basées sur le genre et dynamiques conjugales

Le groupe de travail relève **une omniprésence de violences multiples dans les parcours des femmes* (ex-)usagères de drogues**. Ces violences peuvent être sexuelles, physiques et/ou psychologiques et survenir avant et/ou après l'entrée dans la consommation.

« Il m'a laissé là, dans la tente... Puis le gars qui vendait le prod' m'a rejoint... Et... Mon mec était là et a fermé la tirette...^b »

Malgré la diversité de leurs parcours, des études menées sur des femmes* (ex-)consommatrices révèlent que **des traumatismes vécus pendant l'enfance et l'adolescence** sont fréquemment à l'origine de ruptures familiales accompagnées d'une entrée dans

la consommation (Barrault, 2014; Bornovalova et al., 2009). Selon les résultats d'une large enquête menée en France, les femmes* peuvent **recourir à l'usage de drogues en tant que stratégie d'autogestion de ces expériences traumatiques** (Jaufret-Roustide et al., 2008).

Quelle que soit son origine, **l'entrée dans la consommation serait souvent initiée au sein des relations conjugales**, en particulier pour les drogues par injection (Mburu et al., 2019). De ce fait, les (ex-)usagères* de drogues semblent exercer **un moindre contrôle par rapport à la gestion de leur consommation**. En effet, les enquêtes indiquent que le partenaire joue fréquemment un rôle central dans l'achat de produits psychoactifs, le maintien dans la consommation, mais aussi dans les interactions avec les services socio-sanitaires (Barrault, 2014). Globalement, il règne une certaine confusion lorsque les femmes* entretiennent des relations intimes avec leurs fournisseurs de produits. D'après les constats de terrain et la littérature, ces relations peuvent mener à **des situations de codépendance où les femmes* cumulent une dépendance à la fois au conjoint et au produit** (Perrin, 2022). Des travailleur·euse·s observent qu'une certaine dépendance au partenaire permet également aux femmes* de se sentir protégées face aux violences et pressions auxquelles elles s'exposent dans les milieux liés aux drogues. Ces

« Je reste jamais seule. Je me fais des alliés, mais hommes, car je n'aime pas la compagnie des femmes. Il y a beaucoup de jalousies. Puis, avec un homme je me sens plus en sécurité, même si ça a parfois un prix...^a »

différents constats vont dans le sens des études démontrant que **les femmes* (ex-)usagères de drogues sont touchées de manière disproportionnée par les violences sexuelles et physiques** (Perrin, 2018). Elles seraient 30 à 75% à avoir subi des abus sexuels au cours de la vie (Price & Simmel, 2002).

« Je n'avais pas énormément de temps. [...] Ça durait parfois 4-5 minutes. [...] C'est comme s'il n'y avait pas la place pour 'j'ai quelque chose à vous dire' ^b. »

Selon les constats de terrain et la littérature, ces violences sont peu détectées ou abordées par les professionnel·le·s notamment dans le secteur de la santé, qui recourent rapidement à une prise en charge médicamenteuse des symptômes conséquents (Stene et al., 2012 ; Romans et al.,

2008). Les violences et les dynamiques conjugales exposent les (ex-)usagères* de drogue à davantage de risques sanitaires liés à la consommation en elle-même. À titre d'exemple, une étude française permet de démontrer que si les femmes* recourent moins à l'injection que les hommes, **elles adoptent plus de comportements à risque auprès de leur partenaire**, comme le partage de seringues, de récipients de préparation ou de filtres (Jaufret-Roustide et al., 2008).

Des enquêtes menées sur des personnes LGBTQIA+ mettent en avant des situations comparables liées à la discrimination dont elles font l'objet. Celles-ci se confrontent également à des violences dans différents environnements sociaux, voire parfois à l'exclusion de leur foyer. Aux États-Unis, des enquêtes statistiques menées par exemple dans la ville de San Francisco estiment que **30% des adultes sans-abri s'identifient en tant que personne LGBTQIA+** (Ecker et al., 2019).

« J'ai utilisé, j'étais en couple avec D., un garçon d'Anvers, parce que quand je suis arrivée en Belgique, je suis arrivée à Anvers, et il s'injectait avant moi, et j'ai utilisé des seringues de lui, parce que je savais qu'il n'avait pas le sida ^b. »

Sans pour autant établir des liens de causalité, les recherches relèvent une combinaison fréquente entre la discrimination subie et l'usage de drogues (Meyer, 2003). Quant aux **personnes transgenres**, des enquêtes épidémiologiques révèlent **une incidence trois fois plus élevée de l'usage de drogues illicites** par rapport à la population générale, avec des situations plus critiques pour les femmes* transgenres (Newcomb et al., 2020).

« Non, même ma sœur m'a laissé tomber. Et si vous saviez tout ce que j'ai fait pour ma famille hein [...]. Non. Non, je n'ai plus d'amis. Il n'y a plus personne ^b. »

Dans l'ensemble, **les violences basées sur le genre et discriminations auxquelles s'exposent les femmes* et personnes LGBTQIA+ (ex-)usagères de drogues contribuent à l'isolement et à la dissimulation de la consommation**. Selon une étude qualitative menée au Canada auprès d'une

population de femmes*, ces phénomènes les exposeraient à **des risques accrus d'overdose** (Collins et al., 2020), qui peuvent survenir de manière volontaire ou involontaire. En outre, les

violences subies ne peuvent être isolées des nombreuses enquêtes réalisées sur la santé mentale de ces publics. Ces derniers seraient **davantage concernés par les troubles de l'humeur, les troubles anxieux dont les syndromes de stress post-traumatiques, et les troubles du comportement alimentaire** (Barrault, 2014; Lindsay et al., 2012; Meyer, 2003).

Selon les constats de terrain, les travailleur·euse·s se retrouvent parfois à **prendre en charge à la fois des victimes de violences et leurs agresseurs**, et certaines travailleuses se retrouvent elles-mêmes harcelées par certains usagers de services. Celles·eux-ci se questionnent sur le positionnement à adopter dans ces situations et sur le maintien d'un lien de confiance avec toutes les parties.

4. Offre de services sensibles au genre

Pour améliorer l'accessibilité des services et prendre en compte les problématiques que rencontrent les femmes* (ex-)usagères de drogues, plusieurs projets et initiatives se développent en Belgique et à l'étranger. Ceux-ci peuvent prendre la forme de **nouveaux dispositifs** qui ciblent ces publics de manière spécifique, tels que la création d'espaces femmes* en mixité choisie, ou bien **peuvent s'intégrer dans les pratiques existantes**, notamment à travers le développement de réseaux informels ou les programmes de formation. Si **l'intégration de la dimension de genre reste une démarche encore minoritaire dans le champ des assuétudes**, les constats de terrain et la revue de la littérature relèvent des bénéfices importants ainsi que des difficultés pour soutenir leur développement.

i. Les dispositifs spécifiques

En Belgique, une enquête récente a permis de cartographier les différents dispositifs spécifiques au genre et à destination des (ex-)usagères de drogues. Au total, cette recherche recense 26 initiatives diverses développées dans des services ambulatoires et résidentiels ou par le biais de programmes de promotion de la santé. Celles-ci concernent majoritairement la grossesse et la parentalité (Schamp et al., 2018). Mais plusieurs organisations représentées dans le GT font part d'autres initiatives qui se sont développées à Bruxelles au cours de ces dernières années et qui permettent d'englober les diverses problématiques que

« Ce que j'aime ici, c'est le calme et que tu prennes soin de nous toutes^a. »

rencontrent ces publics. En particulier, **plusieurs espaces femmes* se sont développés dans des services bas seuil assuétudes**, permettant d'offrir des plages d'accueil spécifiques et des lieux

d'échanges informels sécurisés. C'est notamment le cas chez DUNE et Transit. Dans ces espaces, les femmes* peuvent exprimer leurs vécus, avoir des réponses à leurs interrogations ou simplement bénéficier de l'entraide et de la sororité des autres femmes* présentes. Dans certains services, ces lieux n'existent pas formellement mais **des plages horaires spécifiques se mettent en place de manière spontanée** à l'initiative des (ex-)usagères* de drogues elles-mêmes. En effet, des travailleur·euse·s de terrain observent que des plages de consultation matinales, souvent plus calmes, sont parfois davantage investies par des femmes* en comparaison à d'autres moments de la journée plus animés et plus fréquentés par des hommes cisgenres. À travers le bouche-à-oreille, ces plages horaires sont progressivement investies par une plus grande proportion de femmes* demandeuses de moments en mixité choisie. Afin d'atteindre les (ex-)usagères* de drogues plus à distance des structures, des dispositifs futurs sont également en cours de préparation, notamment **le développement de dispositifs mobiles** tels que des bus permettant d'aller à la rencontre des femmes* (ex-)usagères de drogues dans leur environnement de vie.

Si la plupart de ces dispositifs ne font pas encore l'objet d'évaluations spécifiques, les constats de terrain permettent de souligner leurs nombreux bénéfices.

Premièrement, la création de lieux ou de moments spécifiques aux femmes* (ex-)usagères de drogues permet d'augmenter leur fréquentation habituellement faible des services bas seuil et ainsi, **d'améliorer l'accès et le recours au système social-santé**. Ce constat rejoint les observations de collègues travaillant auprès des publics en situation de migration dans le Parc Maximilien à Bruxelles, majoritairement fréquenté par des hommes cisgenres. En 2018, la création d'un dispositif spécifique aux femmes*, la Sister's House, a permis d'attirer les femmes* en situation de migration bien présentes mais jusqu'alors invisibles sur le territoire bruxellois. Comme pour les espaces femmes* des services bas seuil assuétudes, la Sister's House facilite **l'identification et la compréhension des problématiques spécifiques** que rencontrent les publics de femmes*. Progressivement, les dispositifs en mixité choisie constituent **des lieux privilégiés pour tisser des liens de confiance** non seulement entre les femmes* usagères des services, mais également entre celles-ci et les travailleuses. L'instauration d'un climat de confiance est particulièrement importante pour les femmes* (ex-)usagères de drogues, dont les trajectoires sont souvent marquées par des longues histoires conflictuelles avec les intervenant·e·s psychosoci·aux·ales, par exemple lors de signalements auprès des services de protection de la jeunesse.

Deuxièmement, les dispositifs spécifiques facilitent les réorientations des femmes* (ex-)usagères de drogues au sein du réseau social-santé. En permettant de tisser des liens de confiance auprès des professionnel·le·s, ces dispositifs facilitent l'accompagnement vers d'autres structures, telles que des services de santé sexuelle et reproductive ou de prise en charge de violences sexuelles ou conjugales. D'une part, ce travail d'accompagnement permet aux femmes* consommatrices de surmonter leur crainte de se retrouver face au jugement des professionnel·le·s au sein de différents services non spécialisés en assuétudes. D'autre part, il permet à ces professionnel·le·s non spécialisés de se familiariser avec ce public et d'apprendre à aborder le sujet de l'usage de drogues. De manière globale, les dispositifs spécifiques favorisent l'interconnaissance entre des professionnel·le·s issus de différents secteurs et permet ainsi d'améliorer le suivi de la prise en charge.

Enfin, les travailleur·euse·s soulignent les bénéfices des dispositifs spécifiques en termes de **sensibilisation aux questions de genre** et ce à différents niveaux. En améliorant la connaissance des situations rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues, les professionnel·le·s questionnent leurs propres pratiques et habitudes institutionnelles, ce qui permet parfois d'aboutir à l'adaptation des protocoles d'accompagnement. La création d'espaces femmes* au sein des services bas seuil permet également **d'ouvrir un dialogue constructif autour des rapports de genre avec les hommes bénéficiaires** qui fréquentent ces services.

À l'étranger, plusieurs enquêtes menées sur de larges échantillons ont été réalisées pour **évaluer l'efficacité des initiatives spécifiques au genre** dans le champ des assuétudes. Pour ce faire, les études emploient des méthodes multiples et évaluent par exemple **la prise en compte des problématiques spécifiques** que rencontrent les femmes* telles que les situations de violence, les traumatismes, la santé mentale et sexuelle. D'autres enquêtes comparent des programmes de prise en charge en mixité et en mixité choisie, évaluent l'influence de l'accès à une garderie pour les enfants, ou encore, mesurent l'influence d'un personnel majoritairement féminin. Malgré la variabilité des méthodologies employées, du profil des (ex-)usagères* de drogues incluses, ou encore des dispositifs évalués, les résultats d'enquête **soulignent de manière récurrente les bénéfices amenés par une approche sensible au genre** dans le champ des assuétudes. Parmi ces bénéfices, on retrouve **une meilleure accessibilité** des services socio-sanitaires, une **diminution des arrestations** liées à la consommation, ainsi qu'**une moindre nécessité de recourir aux services de santé mentale** suite à la prise en charge (Evans et al., 2013; Kissin et al., 2014).

ii. Le travail en réseau

Malgré le développement de dispositifs spécifiques dont les bénéfices sont multiples, ceux-ci restent encore minoritaires sur le terrain. Par ailleurs, ils ne permettent pas à eux seuls de répondre à la complexité des problématiques rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues. Les constats et la littérature soulignent la nécessité de **développer le travail en réseau, d'améliorer la collaboration multidisciplinaire** et de **décloisonner les secteurs** pour pouvoir répondre aux différents besoins de ces publics (Mutatayi et al., 2022; Olinda Alves et al., 2015; Schamp et al., 2018).

« Je les trouvais assez distants quand j'ai parlé de ça [de la consommation de drogues]. Il y en a une avec qui j'en ai parlé, mais elle est assez expéditive cette personne, même en dehors des consommations, les consultations ne durent pas longtemps. J'ai l'impression que si je demande n'importe quoi comme médicaments, elle va me le donner, elle ne creuse pas^b. »

Si une pluralité de secteurs sont concernés, les constats et la littérature pointent l'importance du travail de collaboration **entre les institutions spécialisées en assuétudes et les associations spécialisées dans les violences basées sur le genre**. En effet, les violences de genre et leurs conséquences au niveau de la santé mentale sont particulièrement omniprésentes dans les parcours des (ex-)usagères* de drogues. Cependant, **leur prise en charge est encore trop souvent fragmentée**. En Belgique et à l'étranger, les professionnel·le·s spécialisé·e·s dans la prise en

charge des violences de genre ne sont pas formé·e·s aux assuétudes. Comme pour de nombreux autres secteurs tels que celui de la santé mentale, il arrive que les **modalités d'accueil soient peu flexibles et peu adaptées** aux situations rencontrées par les consommatrices*, voire que **l'usage de drogues figure parmi les critères d'exclusion**. D'un

autre côté, les équipes spécialisés en assuétudes ne se sentent pas outillées pour prendre en charge les violences sexuelles et/ ou conjugales et autres violences basées sur le genre. Face à ces manquements, les (ex-)usagères* de drogues se retrouvent exclues du système institutionnel et dans des environnements peu sûrs où elles s'exposent à des risques accrus de problèmes socio-sanitaires (Shirley-Beavan et al., 2020).

Un autre domaine qui ressort des constats et de la recherche concerne les collaborations dans **le contexte de la santé sexuelle et reproductive**. Comme abordé précédemment, les équipes spécialisées en assuétudes ne sont pas suffisamment outillées pour aborder la sexualité, ce qui entrave les réorientations vers des professionnel·le·s spécialisé·e·s, elles·eux-mêmes peu sensibilisé·e·s à l'usage de drogues. En contexte de grossesse et de parentalité, les situations sont marquées par une tension entre l'accompagnement des mères (ex-)usagères* de drogues et la protection de l'enfant. Leur prise en charge exige un travail de concertation important afin de pouvoir prendre des décisions et d'impliquer au mieux les parents. Des enquêtes menées à l'étranger ont pu montrer **les bénéfices des concertations multidisciplinaires intra et interinstitutionnelles** pour réfléchir à des stratégies d'accompagnement communes, prendre en compte les histoires et les points de vue des mères, et éviter des recours trop rapides au judiciaire (Olinda Alves et al., 2015).

D'après la littérature et ce qui s'observe sur le terrain, un « réseau » qui s'étend au-delà du système institutionnel peut également engendrer des bénéfices en termes de prise en charge, d'accessibilité et d'orientation. En effet, **les collaborations avec les organisations locales féministes et culturelles jouent un rôle fondamental** pour faire médiation entre les structures et pour déstigmatiser les consommatrices aux yeux de la société y compris des professionnel·le·s. À Barcelone, le centre de réduction des risques Metzineres exclusivement pour femmes* s'est créé en s'inscrivant dans le tissu communautaire notamment par l'organisation d'événements sociaux de quartier. Une étude d'évaluation qualitative a permis de démontrer les bénéfices de cette approche communautaire, notamment pour favoriser l'interconnaissance mais également pour sortir de l'isolement et d'un environnement exclusivement orienté autour de la drogue (Shirley-Beavan et al., 2020).

De manière transversale, le développement d'une offre de services sensible au genre est **un processus en cours mais qui se confronte à certaines difficultés**.

« J'aime bien venir ici [à l'espace femmes*] mais c'est pas assez souvent... Si je rate le jour de la permanence, bah je dois attendre la semaine prochaine... C'est pas assez souvent tu vois...^a »

Par exemple, les initiatives sont généralement portées par un nombre réduit de travailleur·euse·s en plus de leurs activités courantes. Celles-ci et **ne sont pas toujours soutenues au niveau institutionnel et ne bénéficient pas nécessairement d'un budget spécifique**. Malgré l'efficacité de dispositifs sensibles au genre

démontrée dans la littérature scientifique internationale, les bénéfices ne sont parfois pas

reconnus sur le terrain. En effet, les initiatives peuvent être perçues comme étant facultatives et donc pas forcément indispensables.

Par ailleurs, les constats relèvent une grande hétérogénéité dans ce qui se met en place dans les structures. Les initiatives reposent notamment sur des interprétations diverses des inégalités de genre et sur des méthodes de travail multiples, ce qui rejoint les données de la littérature (Schamp et al., 2018). Selon les membres du GT, cette **diversité de l'offre sensible au genre** est à soutenir car elle **permet de répondre à la diversité et à la complexité des situations** rencontrées par les (ex-)usagères* de drogues. En revanche, les travailleur·euse·s relèvent une **méconnaissance des différents dispositifs ainsi qu'une difficulté à se faire connaître**. En effet, les initiatives se lancent de manière diffuse, c'est le cas notamment des réseaux informels, des intervisions ou des espaces femmes* en mixité choisie.

Parmi les autres difficultés rencontrées, certains constats mentionnent également une difficulté pour les (ex-)consommatrices* de bénéficier d'une offre sensible au genre et notamment des espaces femmes*. En effet, ces lieux se développent principalement dans des services bas seuil fréquentées par des consommatrices* actives, ce qui s'avère parfois confrontant pour les personnes plus à distance du produit. **La généralisation de dispositifs sensibles en genre** au sein de différents types de structures permettrait **d'améliorer l'accessibilité pour une diversité de profils** de femmes* (ex-)usagères de drogues ou à différents moments de leur parcours, et de faciliter la circulation au sein du réseau.

Recommandations

La synthèse des constats du GT – Femmes*, genre et assuétudes contribue à visibiliser les situations que rencontrent les femmes* (ex-)usagères de drogues, à **déconstruire les représentations sociales stigmatisantes**, et à **condamner la discrimination et les violences** qu'elles subissent. En outre, elle permet de souligner les mécanismes à travers lesquels l'invisibilisation et les préjugés **exposent ces publics à des risques** socio-sanitaires et les éloignent du système social-santé.

À partir de cette synthèse, ce GT vise à ouvrir un dialogue avec les directions d'institutions et les autorités politiques pertinentes à tous les niveaux de pouvoir et ce, en collaboration étroite avec la société civile et les associations de terrain. Ce dialogue doit permettre le développement de mesures concrètes et budgétisées pour intégrer une dimension de genre dans les pratiques et dans les politiques en matière de drogues.

Ce travail est issu d'un **processus collectif et participatif** qui inclut la parole d'un public diversifié de citoyen·ne·s, de travailleur·euse·s de terrain, de chercheur·e·s ainsi que de femmes* (ex-)usagèr·e·s de drogues elles-mêmes. Comme le souligne l'introduction de cette synthèse, les membres du GT expriment la volonté d'inclure dans cette réflexion les expériences de toute personne s'identifiant en tant que femme mais aussi celles des minorités sexuelles et de genre.

En raison **des difficultés pour aller à la rencontre de ces populations**, à la fois sur le terrain et dans la recherche scientifique, les recommandations issues de cette synthèse s'appuient majoritairement sur les expériences et sur des données récoltées auprès de femmes cisgenre. En poursuivant ses activités et à travers la mise en œuvre de ses recommandations, les membres du GT ont l'ambition **de favoriser le développement de mesures plus inclusives** reflétant la diversité des populations concernées par les rapports de pouvoir liés au genre.

À l'issue de ce travail qui marque le début d'un processus, cette première fiche de constats soulève huit **propositions de recommandations**, qui se déclinent en plusieurs pistes d'action :

Recommandation 1 : Stimuler la capacité d’agir des femmes* (ex-)usagères de drogues et créer des conditions permettant d’obtenir le soutien de l’entourage.
<i>Pistes d’action</i>
1.1 Recueillir les témoignages pour rétablir la parole des femmes* (ex-)usagères de drogues et avoir des données empiriques concernant les violences, notamment à travers la réalisation de focus groups.
1.2 Valoriser et stimuler la capacité d’agir des femmes* (ex-)usagères de drogue, notamment en soutenant l’existence des espaces en mixité choisie proposant des activités diversifiées (telles que des cours d’autodéfense physique et verbale ou des groupes de parole thématiques).
1.3 Impliquer les femmes* dans les processus de réflexion et de décision les concernant.
1.4 Organiser des groupes de discussion avec l’ensemble des usagè·e·s de services (toutes orientations sexuelles et tous genres confondus) pour développer des stratégies permettant de travailler un passage vers une mixité sécurisante et non-discriminatoire.
1.5 Organiser des groupes de discussion ouvertes aux familles et aux proches pour ouvrir le dialogue autour des dynamiques de genre.
1.6 Favoriser la réinsertion sociale en dehors des milieux liés aux drogues et le développement d’un réseau de soutien informel à travers l’organisation d’activités diversifiées au niveau du quartier.
1.7 Favoriser le partage d’expériences entre expertes du vécu et développer la pair-aidance ; et faciliter l’accès à des activités occupationnelles rémunérées.

Recommandation 2 : Sortir les femmes* (ex-)usagères de drogues de l’invisibilité et intégrer une perspective de genre dans la production de la connaissance sur le thème des assuétudes.
<i>Pistes d’action</i>
2.1 Soutenir la recherche scientifique en intégrant une perspective de genre – en collaboration étroite avec les associations de terrain et les femmes* (ex-)usagères de drogues.
2.2 Récolter des statistiques et recueillir les données des services permettant d’objectiver les constats de terrain et de visibiliser les situations des femmes* (ex-)usagères de drogues.
2.3 Diffuser les résultats de recherche et les outils issus des groupes de réflexion en diversifiant les canaux de diffusion (ex : via les réseaux sociaux) et en

concertation avec les personnes ayant participé aux enquêtes.

Recommandation 3 : Développer et/ou adapter les campagnes de prévention en matière de drogues en intégrant les problématiques spécifiques rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues.

Pistes d'action

3.1 Développer des supports visuels et de la documentation en collaboration avec et à destination des femmes* (ex-)usagères de drogues.

3.2 Créer des jeux et des interventions basés sur un langage accessible pour aborder les messages de prévention spécifiques pour les femmes*.

3.3 Diffuser les activités de prévention en multipliant les canaux de diffusion et notamment à travers l'organisation d'évènements.

3.4 Développer des campagnes de sensibilisation à destination des citoyen.ne.s pour travailler plus largement sur la stigmatisation, la discrimination et les violences.

Recommandation 4 : Améliorer l'accès aux services (non-)spécialisés en assuétudes en tenant compte des freins organisationnels et des obstacles majeurs liés aux multiples formes de stigmatisation.

Pistes d'action

4.1 Penser l'accueil des usagè·e·s des services sur base d'une charte commune qui exclut les comportements violents et discriminatoires envers les femmes* (ex-)usagères de drogues, en l'adaptant au contexte local.

4.2 Créer des services en mixité choisie afin de favoriser l'accessibilité pour les femmes* (ex-)usagères de drogues.

4.3 Adapter l'offre de services de prise en charge des violences basées sur le genre (tels que les centres de prise en charge de violences sexuelles ou le planning familial) à la réalité du terrain ; et adapter l'accueil aux situations rencontrées par les femmes* (ex-)usagères de drogues.

4.4 Assurer la garde des enfants ou proposer des alternatives pendant la prise en charge des femmes* (ex-)usagères de drogues.

4.5 Créer un label « drug user friendly » pour améliorer l'accueil dans les services généralistes ou non spécialisés en assuétudes – et assurer la mise en œuvre par l'intermédiaire d'organismes spécialisés.

4.6 Proposer des formations sur l'accueil des femmes* (ex-)usagères de drogues dans les services généralistes ou non spécialisés en assuétudes, en veillant à adapter ces formations au contexte institutionnel et professionnel.

4.7 Apporter des réponses pour éliminer les barrières multiples auxquelles se

confrontent les femmes* (ex-)usagères de drogues (ex : flexibilité des horaires, aide en ligne, accessibilité géographique, non-jugement) ; et simplifier les procédures à l'admission dans les structures.

4.8 Améliorer la visibilité de l'offre de services auprès des femmes* (ex-)usagères de drogues, notamment à travers le travail de proximité et les relais de référence.

Recommandation 5 : Intégrer la dimension de genre dans l'ensemble des dispositifs, dans notre approche et en favorisant l'implication de nos bénéficiaires.

Pistes d'action

5.1 Soutenir et pérenniser les dispositifs spécifiques à destination des femmes* (ex-)usagères de drogues tels que les espaces femmes* en mixité choisie et autres initiatives qui émergent du terrain (ex : équipes mobiles, aide en ligne...)

5.2 Développer l'offre de services d'accompagnement non-stigmatisant des femmes* enceintes et des mères (ex-)usagères de drogues et soutenir l'implication des pères/co-parents en tenant compte des situations sociales et conjugales.

5.3 Nommer un·e référent·e pour réagir au harcèlement, à la discrimination et aux violences basées sur le genre au sein des structures.

5.4 Organiser des groupes de parole autour des questions liées au genre en diversifiant les groupes de participant·e·s (LGBTQIA+, femmes*, hommes*, travailleur·euse·s).

5.5 Prévenir les violences basées sur le genre à travers la sensibilisation des hommes cisgenres et une déconstruction des normes autour de la masculinité, notamment en proposant des groupes de paroles diversifiés (mixtes et non-mixtes).

Recommandation 6 : Soutenir le développement d'une approche sensible au genre auprès des professionnel·le·s de terrain.

Pistes d'action

6.1 Développer l'accompagnement des équipes et/ou les formations en matière de genre et d'usage de drogues à destination des professionnel·le·s de terrain et les rendre obligatoires pour les corps médical, paramédical et social, sans oublier les établissements pénitentiaires.

6.2 Déconstruire les stéréotypes liés au genre, à l'usage de drogues et à la maternité en stimulant une réflexion sur sa propre position, son histoire de vie et ses représentations.

6.3 Organiser des interventions et des supervisions d'équipe autour des questions de genre rencontrées sur le terrain au sein des services spécialisés et non-spécialisés en assuétudes.
6.4 Travailler sur les compétences communicationnelles et relationnelles, notamment l'écoute active ou la communication non violente.
6.5 Implémenter une approche sensible au genre au niveau structurel dans les services en développant des protocoles ; et s'appuyer sur les réflexions issues de groupes de travail spécialisés tels que le GT – Femmes*, genre et assuétudes.
6.6 Améliorer les connaissances légales autour des violences basées sur le genre au niveau des équipes.

Recommandation 7 : Développer le travail en réseau afin d'améliorer l'accompagnement et l'orientation des femmes* (ex-)usagères de drogues ainsi que la continuité des suivis
<i>Pistes d'action</i>
7.1 Décloisonner les secteurs et soutenir les collaborations inter-institutionnelles ; et veiller à intégrer les services spécialisés dans les violences basées sur le genre, les associations féministes et LGBTQI+, les services spécialisés dans la santé sexuelle et reproductive ou encore les établissements pénitentiaires.
7.2 Organiser des immersions entre les services pour faciliter le partage d'expériences ; et notamment faire connaître les pratiques qui se développent dans les espaces en mixité choisie.
7.3 Améliorer le travail d'orientation au sein du réseau, et élargir le spectre des aides possibles en intégrant de manière proactive les associations féministes et LGBTQI+.

Recommandation 8 : Travailler sur une réflexion institutionnelle autour du genre en ouvrant le débat avec les pouvoirs publics.
<i>Pistes d'action</i>
8.1 Interpeller les pouvoirs publics et poursuivre le travail de plaidoyer ; et intégrer une perspective de genre dans le développement de politiques de réduction des risques – qui nécessite une réforme des cadres législatifs répressifs (notamment la loi de 1921 sur le trafic des stupéfiants).
8.2 Identifier les acteur·ice·s-clés responsables pour la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail.
8.3 Mettre en place un processus d'évaluation continue pour assurer le suivi des mesures implémentées.

Références bibliographiques

- Angelotta, C., Weiss, C. J., Angelotta, J. W., & Friedman, R. A. (2016). A Moral or Medical Problem? The Relationship between Legal Penalties and Treatment Practices for Opioid Use Disorders in Pregnant Women. *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 26(6), 595-601. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.09.002>
- Barrault, M. (2014). Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes: *Psychotropes*, Vol. 19(3), 9-34. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0009>
- Blogie, E. (2022). *Sans-abrisme auféminin : Sortir de l'invisibilité. Recherche-action sur les violences faites aux femmes les plus précaires (sans abri) et préfiguration d'un centre de jour pour femmes*. L'Îlot.
- Bornovalova, M. A., Ouimette, P., Crawford, A. V., & Levy, R. (2009). Testing gender effects on the mechanisms explaining the association between post-traumatic stress symptoms and substance use frequency. *Addictive Behaviors*, 34(8), 685-692. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.04.005>
- Boyd, S. (2019). Gendered drug policy : Motherisk and the regulation of mothering in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 68, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.10.007>
- Brulet, C., Chanal, C., Ravel, P., Mazurier, E., Boulot, P., & Faucherre, V. (2007). Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes : 114 grossesses suivies en 5 ans. *La Presse Médicale*, 36(11, Part 1), 1571-1580. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.05.017>
- Cohen, L. (2018). Informing Consent : Medical Malpractice and the Criminalization of Pregnancy. *Michigan Law Review*, 116.7, 1297. <https://doi.org/10.36644/mlr.116.7.informing>
- Collins, A. B., Boyd, J., Czechaczek, S., Hayashi, K., & McNeil, R. (2020). (Re)shaping the self : An ethnographic study of the embodied and spatial practices of women who use drugs. *Health & Place*, 63, 102327. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102327>
- Coppel, A. (2022). Histoire des usagères de drogues et réduction des risques face au stigmat. In *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*.
- Des Jarlais, D. C., Sypsa, V., Feelemyer, J., Abagiu, A. O., Arendt, V., Broz, D., Chemtob, D., Seguin-Devaux, C., Duwve, J. M., & Fitzgerald, M. (2020). HIV outbreaks among people who inject drugs in Europe, North America, and Israel. *The Lancet HIV*, 7(6), e434-e442.
- Ecker, J., Aubry, T., & Sylvestre, J. (2019). A Review of the Literature on LGBTQ Adults Who Experience Homelessness. *Journal of Homosexuality*, 66(3), 297-323. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1413277>
- e Cruz, C. C., Salom, C. L., Dietze, P., Burns, L., & Alati, R. (2019). The association between experiencing discrimination and physical and mental health among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 65, 24-30.
- Evans, E., Li, L., Pierce, J., & Hser, Y.-I. (2013). Explaining long-term outcomes among drug dependent mothers treated in women-only versus mixed-gender programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 293-301. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.04.003>

- Flavin, J., & Paltrow, L. M. (2014). Punishing pregnant drug-using women : Defying law, medicine, and common sense. In *Women, Children, and Addiction* (p. 127-127). Citeseer.
- Goodman, D., Whalen, B., & Hodder, L. C. (2019). It's Time to Support, Rather Than Punish, Pregnant Women With Substance Use Disorder. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914135-e1914135. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14135>
- Grant, B. F., Moore, T., Shepard, J., & Kaplan, K. (2003). Source and accuracy statement : Wave 1 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 52.
- Hawkes, S., & Buse, K. (2013). Gender and global health : Evidence, policy, and inconvenient truths. *The lancet*, 381(9879), 1783-1787.
- Hoareau, E. (2012). Un usage féminin des substances ? *Le sociographe*, n° 39(3), 17. <https://doi.org/10.3917/graph.039.0017>
- Jauffret-Roustide, M., Oudaya, L., Rondy, M., Kudawu, Y., Le Strat, Y., Couturier, E., Emmanuelli, J., & Desenclos, J.-C. (2008). Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *médecine/sciences*, 24, 111-121. <https://doi.org/10.1051/medsci/2008242s111>
- Kissin, W. B., Tang, Z., Campbell, K. M., Claus, R. E., & Orwin, R. G. (2014). Gender-Sensitive Substance Abuse Treatment and Arrest Outcomes for Women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 332-339. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.09.005>
- Lindsay, A. R., Warren, C. S., Velasquez, S. C., & Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women : The Healthy Steps to Freedom program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.027>
- Martin, C. E., Scialli, A., & Terplan, M. (2020). Unmet substance use disorder treatment need among reproductive age women. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107679. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107679>
- Mburu, G., Limmer, M., & Holland, P. (2019). Role of boyfriends and intimate sexual partners in the initiation and maintenance of injecting drug use among women in coastal Kenya. *Addictive behaviors*, 93, 20-28.
- Medina-Perucha, L., Scott, J., Chapman, S., Barnett, J., Dack, C., & Family, H. (2019). A qualitative study on intersectional stigma and sexual health among women on opioid substitution treatment in England : Implications for research, policy and practice. *Social Science & Medicine*, 222, 315-322. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.022>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Mutatayi, C., Morton, S., Robles Soto, N., Kristín I. Pálsdóttir, & Vale Pires, C. (2022). *Implementing a gender approach in drug policies : Prevention, treatment and criminal justice; a handbook for practitioners and decision makers*. Council of Europe.
- National Academies of Sciences, E. (2016). *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders : The evidence for stigma change*. National Academies Press.
- Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique: *Déviance et Société*, Vol. 42(3), 569-595. <https://doi.org/10.3917/ds.423.0569>

- Neff, M. (2022). Les maternités acceptables en centre de soins aux addictions. In *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques* (Le Bord de l'Eau).
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of sexual behavior, 49*(2), 645-659.
- Nieweglowski, K., Corrigan, P. W., Tyas, T., Tooley, A., Dubke, R., Lara, J., Washington, L., Sayer, J., Sheehan, L., & Team, A. S. R. (2018). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research & Theory, 26*(4), 323-329.
- Olinda Alves, E., Pereira Diniz, A., & Moreira, T. (2015). Drogues et précarité sociale : Un risque pour la relation mère-bébé: *Revue de l'enfance et de l'adolescence, n° 92*(2), 213-222. <https://doi.org/10.3917/read.092.0213>
- Perrin, S. (2018). Femmes et dealers. Une recherche de terrain au sein du deal de classes moyennes bordelais: *Psychotropes, Vol. 24*(1), 15-37. <https://doi.org/10.3917/psyt.241.0015>
- Perrin, S. (2022). Couples et drogues. L'influence des des drogues sur le choix du partenaire, les dynamiques conjugales et les séparations. In *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*.
- Price, A., & Simmel, C. (2002). Partners' influence on women's addiction and recovery : The connection between substance abuse, trauma, and intimate relationships. *University of California at Berkeley*.
- Radcliffe, P. (2011). Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity : The moral career of drug treatment. *Social Science & Medicine, 72*(6), 984-991. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.017>
- Richelle, L. et Aron, M. (2023). Chapitre 2.2 : Attentes et besoins des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales de Lou Richelle intitulée « Comment améliorer l'accompagnement des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances illicites en médecine générale » [Thèse de doctorat non encore déposée]. Département de médecine générale, ULB.
- Richelle, L., Dramaix-Wilmet, M., Roland, M., & Kacenenbogen, N. (2022). Factors influencing medical students' attitudes towards substance use during pregnancy. *BMC Medical Education, 22*(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03394-8>
- Schamp, J., Simonis, S., Van Havere, T., Gremeaux, L., Roets, G., Willems, S., & Vanderplasschen, W. (2018). Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final Report. *Brussels: Belgian Science Policy*.
- Schmitt, F. (2022). *L'accès des femmes aux CAARUD: une discrimination négative indirecte*. Le Bord de l'eau.
- Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C., & Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services : A literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal, 17*(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-5>
- Transit ASBL. (2021). *Transit ASBL : Rapport d'activité 2021*.

- Verissimo, A. D. O., & Grella, C. E. (2017). Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment, 75*, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.013>
- Women, A. C. on H. C. for U. (2012). ACOG Committee Opinion No. 524 : Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstetrics and gynecology, 119*(5), 1070-1076.

À propos de ce document

Éditeur responsable

Ce texte est édité par la FEDITO BXL asbl, *Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes*.

Siège social : Rue Washington 40, 1050 Bruxelles (Belgique)

N° d'entreprise : 0433.424.011

Éditeur responsable : S. Leclercq (directeur), Rue Washington 40, 1050 Bruxelles (Belgique)

Contact

Stéphane Leclercq (directeur) | 02 / 514 12 60 | [s.leclercq\(@\)feditobxl.be](mailto:s.leclercq(@)feditobxl.be)

Personnes de contact du GT : Sophie Godenne (DUNE), Manoë Jacquet (Femmes et Santé), Lise Meunier (Réseau Hépatite C / Enaden), Laetitia Peeters (Transit).

Droit d'auteur

Ce texte est mis à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution – Pas de Modification 4.0 International](#).

* * *

FEDITO BXL asbl · Mai 2023

feditobxl.be