

Femmes et consommations de substances

Entre stigmatisations et invisibilité : quels enjeux pour l'accompagnement ?

Camille Robert, co-secrétaire générale du GREA, Master en politique et management publics, UNIL-IDHEAP
2019

Dre Tiphaine Robet, médecin cheffe de clinique, responsable du projet RUE des HUG

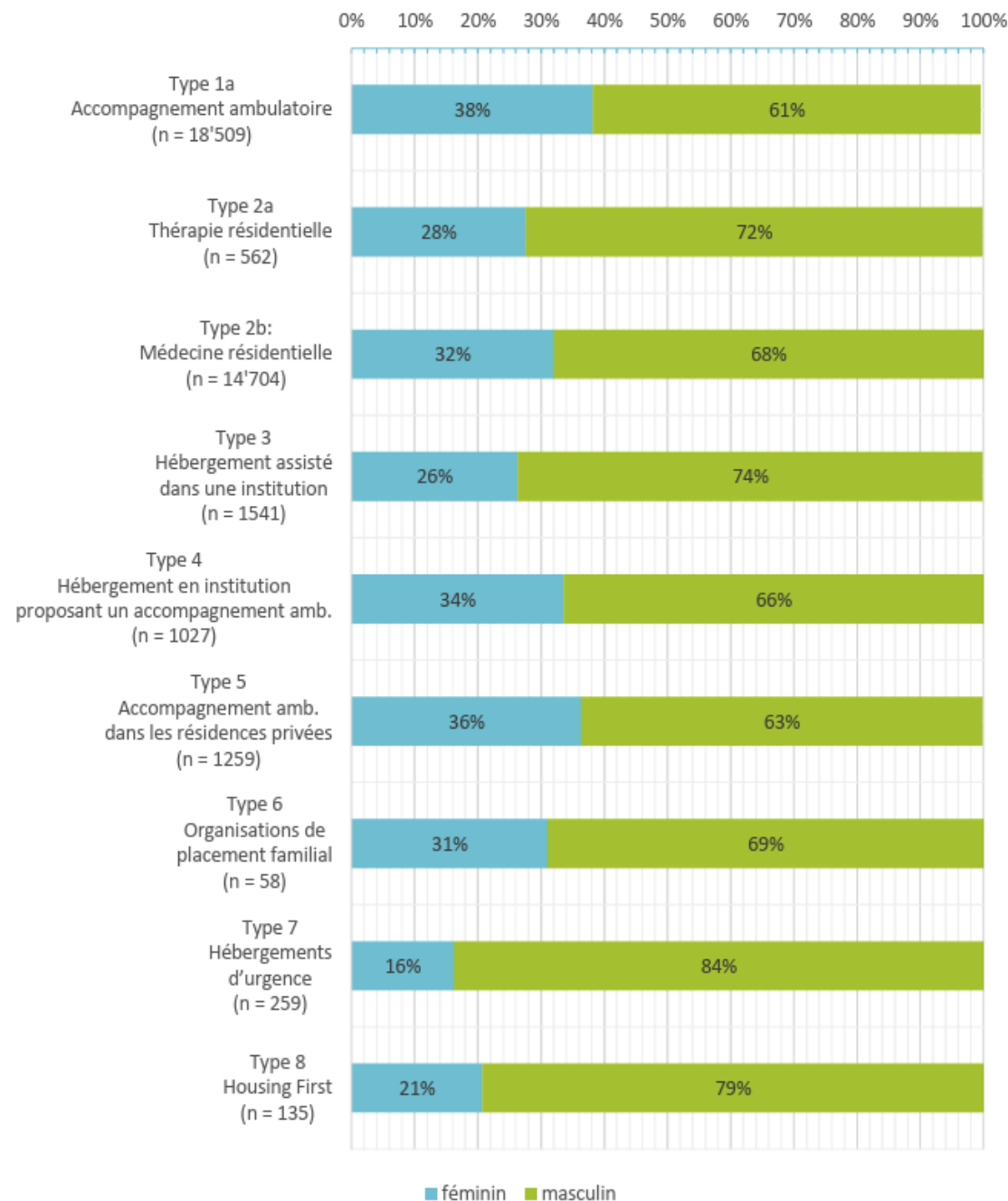
Pourquoi cette question ?

Des écarts qui interrogent...

Malgré une féminisation croissante des consommations, les femmes sont nettement sous-représentées dans les offres d'accompagnement

StremLOW et al, 2023, p.71

La répartition de la clientèle selon le sexe



Pourquoi cette question ?

Tabelle II

Monitoring act-info 2024: Registrierte Klienten und Klientinnen mit eigenen Suchtproblemen bei Eintritt und Austritt pro Teilstatistik

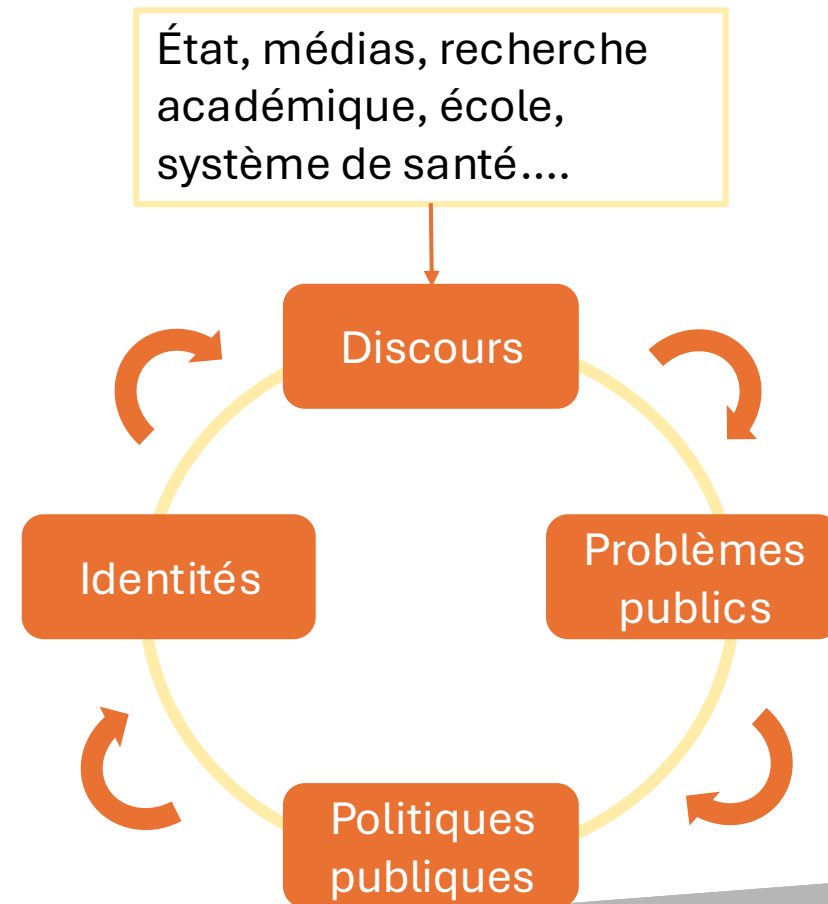
	SAMBAD		Stationär (FOS & Residalc)		OAT		HeGeBe		act-info (gesamt)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eintritt										
Männer	2819	72.0	749	68.2	1182	77.8	131	79.4	4881	72.9
Frauen	1096	28.0	349	31.8	338	22.2	34	20.6	1817	27.1
Total	3915	100.0	1098	100.0	1520	100.0	165	100.0	6698	100.0
fehlende Angaben	1		0		9		0		10	

Krizic et al, 2026, p. 8

Discours et politiques publiques

Quelques concepts :

- Intersectionnalité (K. Crenshaw)
 - Processus de « monopolisation de la représentation de groupes dominés par les membres de ces groupes qui sont détenteurs de propriétés dominantes » (Chauvin & Jaunait 2015)
- *Governing mentalities* (Du Rose, 2015)



Deux figures historiques construites par les discours

Femmes = vecteurs de maladie

Années 1980 : apparition de la problématique VIH

- production d'un savoir médicalisé et « psychiatrisé » sur les femmes usagères (Neff, 2018)
- comportements sexuels scrutés, stigmatisation, « réservoirs de maladies »

« Many crack-addicted women engage in any manner of sexual activity, under any circumstances, in private or in public, and with multiple partners of either sex (or both sexes simultaneously). Indeed, the tendency of crack users to engage in high-frequency sex with numerous anonymous partners is a feature of crack dependence [...] »

(Inciardi, Lockwood & Pottieger, 1993)

Deux figures historiques construites par les discours

La mauvaise mère

Années 1980-2000 : panique morale autour des *crack babies*

- la mère usagère est un danger pour ses enfants et la société (Du Rose 2015, Neff, 2018)
- ce qui justifie des mesures ciblées : traitement forcé, incarcération, retrait de l'enfant
- ces mesures ont d'autant plus ciblé les femmes précaires et racisées

« Addiction prevents a mother from responding to her infant's needs; her primary focus is on her drug of choice, not on her child »

(Brooks et al, 1994)

« Oui bien sûr, on est vue différemment quand on est une femme dépendante. On est vue différemment, parce que c'est nous qui faisons les bébés, c'est nous qui devons les porter pour neuf mois. Donc je pense que la vision envers les femmes dépendantes est plus sévère, ouais. »

(Hannah* dans Robert, 2019)

Stigmatisation et invisibilité

Clandestinité active

Stratégies d'invisibilisation mises en place par les femmes pour se protéger et protéger leurs enfants

- Éviter certains lieux
- Consommer seulement de nuit
- Maintenir une apparence soignée
- Travail du care

Dupertuis et al, 1998 ; Robert, 2019

Stigmates cumulés

Les femmes racisées, d'origine étrangère, mères, âgées et/ou seules subissent des discriminations croisées amplifiées.

Honte liée au VSS, culpabilisation

Stuntz, 1998 ; Robert, 2019

Victimisation par les pairs

Minoritaires dans les milieux de consommation, les femmes y subissent souvent harcèlement, exploitation et violences

Du Rose, 2015 ; Robert, 2019

« On est bien rabaissée, dans la consommation. Quand c'était chez moi par exemple, j'étais souvent la seule femme. De temps en temps j'avais une copine qui venait, mais sinon ce n'était que des hommes, et après ils veulent plus, ils veulent du sexe, le produit et ça, ça va ensemble. » Suzanne, entretien dans Robert 2019.

Stigmatisation et invisibilité

Des espaces pensés au masculin

Locaux, institutions pas/peu pensés pour accueillir des femmes

- Espaces, sanitaires et douches communs
- Absence de prestations de base (hygiène menstruelle, gynécologie)
- Formation du personnel

Robert, 2019

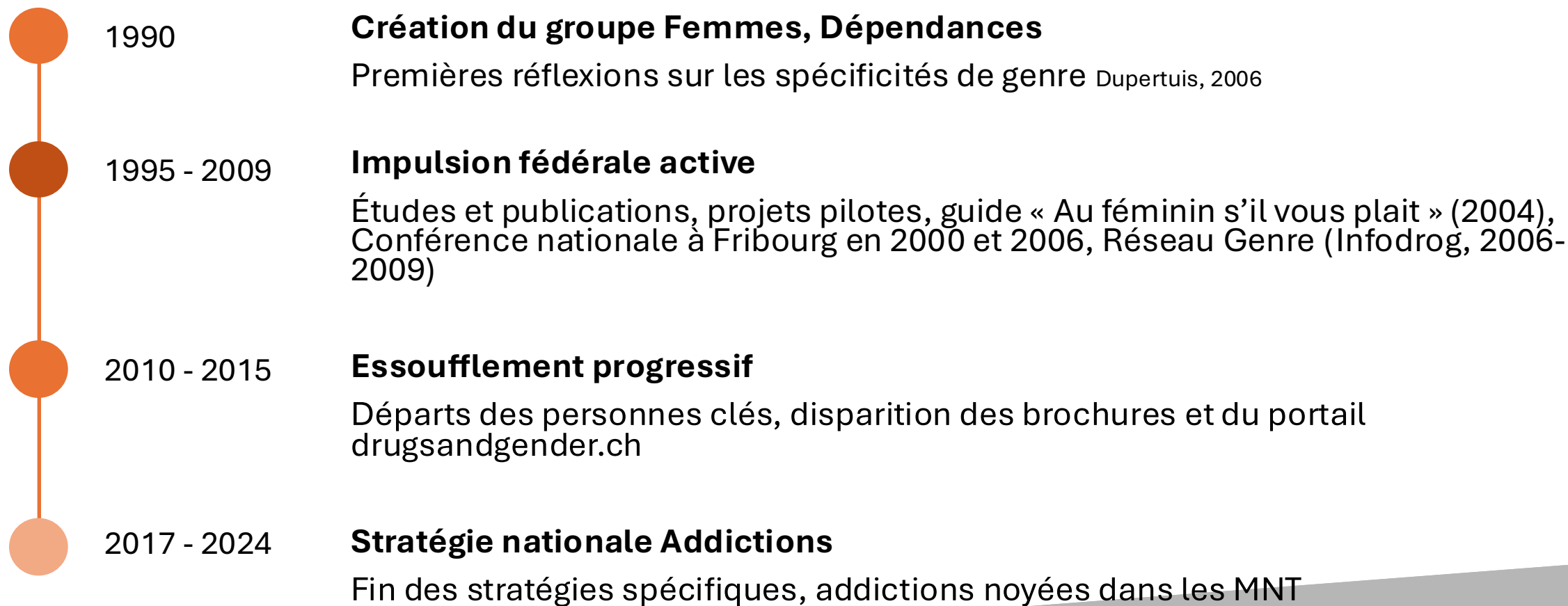
L'angle mort : la maternité

Crainte de la séparation avec l'enfant

- Méconnaissances des professionnels et des femmes concernées
- Absence de structures d'accueil parent-enfant
- Un choix impossible

« Je crois que pour les mamans, il y a encore beaucoup à faire. Avec des petits enfants. Parce qu'au départ, moi je croyais qu'à [institution] il y avait un endroit, un coin enfants, pour que quand ils viennent ils puissent être un peu à l'écart. On disait qu'avant il y avait des chambres pour les enfants, pour qu'ils puissent venir dormir avec leur parent, mais bon ce n'est pas évident ». Suzanne*, entretien dans Robert, 2019.

Pourquoi la politique publique peine à évoluer?



Les recommandations



Former toutes les équipes

Pas seulement les convaincu·e·s — proposer la formation continue directement en institution, sur les violences, le genre, la parentalité.

Colombo, 2016 ; Robert, 2019



Remettre en vie les outils

Malette Genre (2003) et guide « Au féminin s'il vous plaît ! » (2004) — évalués positivement, peu diffusés. Les mettre à jour, promouvoir activement.

Ernst et al., 2004 ; Dupertuis, 2006



Inclure les femmes concernées

Toute nouvelle mesure doit être conçue de manière participative avec les personnes directement concernées. L'adhésion est une condition du succès.

Colombo, 2016 ; Robert, 2019



Formaliser la collaboration PSA

Formaliser les collaborations, créer un dispositif structuré pour la parentalité en situation d'addictions (ex. police) + cadres éthiques clairs

Colombo, 2016 ; Dentan et al., 2000



Espaces dédiés aux femmes

Groupes de parole, activités non-mixtes, espaces d'échange — dans les structures ambulatoires comme résidentielles.

Bernard, 2000 ; Kündig, entretien, 2019



Accueillir mères et enfants

Permettre aux mères de recevoir leurs enfants en visite ou de les accompagner — condition clé pour l'accès au résidentiel.

Wellenstein, 2010 ; Robert, 2019

Pour conclure

L'invisibilité des femmes consommatrices et/ou dépendantes n'est pas un hasard

C'est le résultat de représentations sociales et de politiques publiques qui les marginalisent (au sens propre de la marge)

- Femmes invisibles = chiffres rassurants ; chiffres rassurants ne produisent pas de politiques
- Les rendre visibles, parler comme acte professionnel et politique
- Institutionnalisation nécessaire de ces questions

Références

Bernard, V. (2000). Des espaces non mixtes en institution. *Dépendances*, 10 : 8-9.

Brooks, C., Zuckerman, B., Bamforth, A., Cole, J. & Kaplan-Sanoff, M. (1994). Clinical Issues Related to Substance-Involved Mothers and Their Infants. *Infants Mental Health Journal*, 15(2): 202-217.

Chauvin, S. et Jaunait, A. (2015). L'intersectionnalité contre l'intersection. Raisons politiques, N° 58(2), 55-74. <https://doi.org/10.3917/rai.058.0055>.

Colombo, A. (2016). *La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner. Rapport de recherche-intervention*. Givisiez : Haute école de travail social Fribourg.

Dentan, A., Alvarez, C. & Nicod, B. (2000). Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants. *Dépendances*, 11 : 20-24.

Dupertuis, V., et al. (1998). *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes*. Lausanne : groupe Femmes, dépendances.

Dupertuis, V. (2006). Plateforme romande Femmes, Dépendances : pour la prise en compte des spécificités des dépendances des femmes. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2) : 144-147.

Du Rose, N. (2015). *The governance of female drug users: Women's experiences of drug policy* (1st ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89h83>

Ernst, M.-L., Linder, R., Dupertuis, V., Eckmann, F. & Praplan, G. (2004). *Au féminin s'il vous plaît ! La pratique*. Traduit de l'allemand par Neu, E. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Inciardi, J. A., Lockwood, D., & Pottieger, A. E. (1993). *Women and crack-cocaine*. New York: Macmillan.

Krizic et al. (2026). Act-info Jahresbericht 2024, BAG/Addiction Suisse

Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique. *Déviance et Société*, 3(42) : 569-595.

Robert, C. (2019). *Femmes toxicodépendantes et inégalités d'accès aux soins dans le canton de Vaud : analyse de politique publique* [Mémoire de master en politique et management publics, Institut des hautes études en administration publique, Université de Lausanne].

StremLOW, J. ; Eder, M. ; Knecht, D. ; Wyss, S. (2023). Les bases du pilotage (inter-)cantonal de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Rapport final. Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social, Lucerne.

Stuntz, W. J. (1998). Race, Class, and Drugs. *Columbia Law Review*, 98(7): 1795-1842.

Wellenstein, A. (2010). Prise en charge de la mère toxicomane. Sélection bibliographique. *Psychotropes*, 16(3) : 67-75.

Le terrain

Données, réalités: repenser l'accompagnement en addictologie

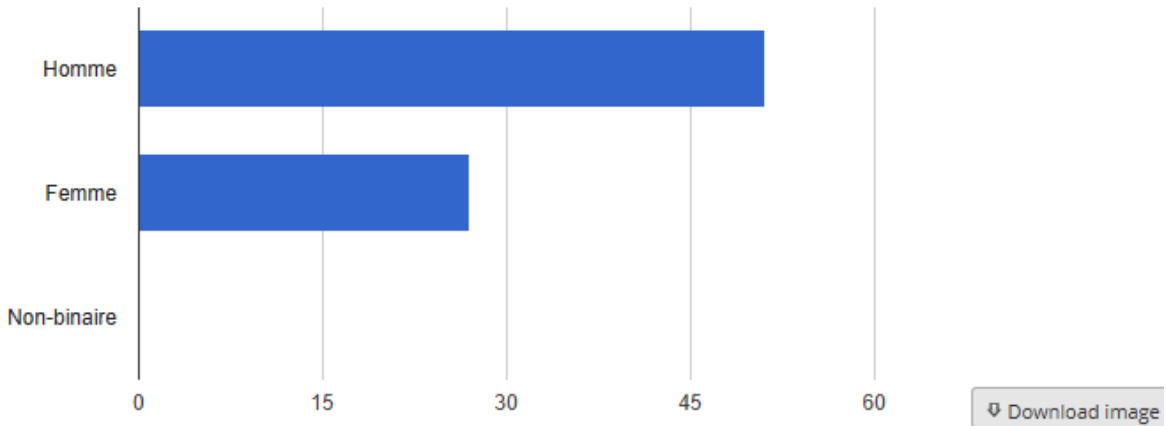


Terrain : femmes et crack à Genève

Genre *(genre)* [Refresh Plot](#) | [View as Bar Chart](#) ▼

Total Count (N)	Missing*	Unique
78	0 (0.0%)	2

Counts/frequency: Homme (51, 65.4%), Femme (27, 34.6%), Non-binaire (0, 0.0%)



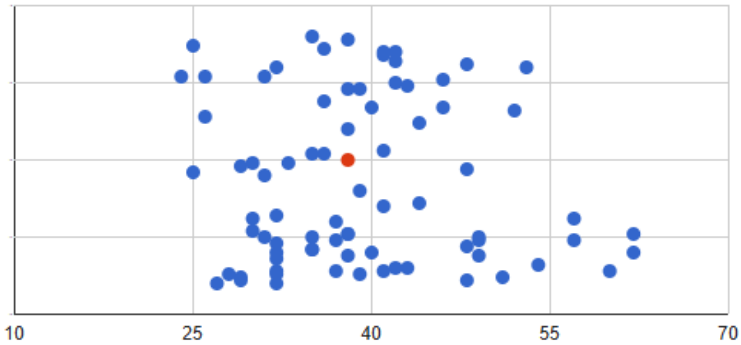
Age chez les patients
suivis

Âge (age) [Refresh Plot](#)

Total Count (N)	Missing*	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
78	0 (0.0%)	30	24	62	39.04	9.01	3045	26	29	32	38	43.75	51.30	57

Lowest values: 24, 25, 25, 26, 26

Highest values: 57, 57, 60, 62, 62



Download

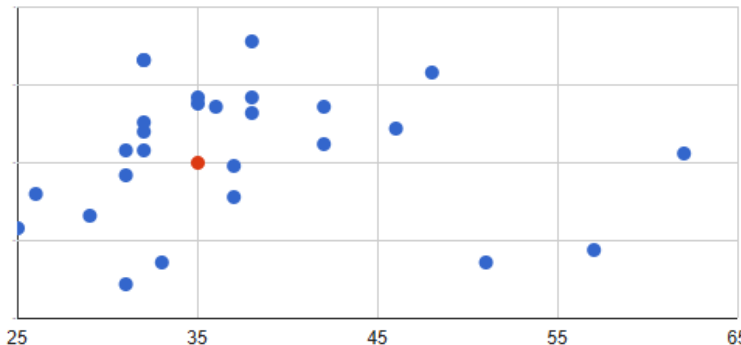
Age chez les femmes

Âge (age) [Refresh Plot](#)

Total Count (N)	Missing*	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
27	0 (0.0%)	16	25	62	37.33	8.90	1008	26.90	30.20	32	35	40	49.20	55.20

Lowest values: 25, 26, 29, 31, 31

Highest values: 46, 48, 51, 57, 62



Download

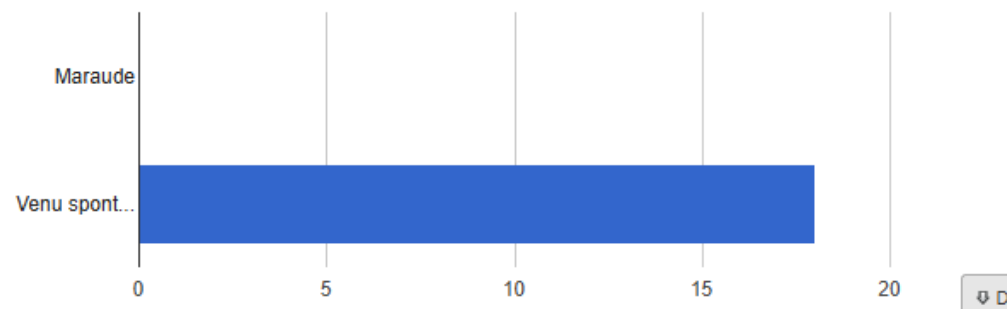
Logement : 1/3 à la rue, 1/3 logement précaire (hébergement d'urgence), 1/3 logement fixe

Deux voies d'entrée possibles dans les soins : l'accompagnement direct depuis la maraude, ou des patients qui se présentent spontanément à la consultation.

Voie d'entrée dans les soins (*voie_admission*) [Refresh Plot](#) View as Bar Chart ▼

Total Count (N)	Missing*	Unique
18	0 (0.0%)	1

Counts/frequency: Maraude (0, 0.0%), Venu spontanément (18, 100.0%)



100% des femmes suivies ne sont PAS venues via les maraudes, mais spontanément à la consultation.

Pourquoi ?

- Insécurité en maraude (espace masculin, peur du regard)
 - Stratégie de protection : garder une image « fonctionnelle » et éviter d'être identifiées comme usagères. La maraude = trop visible
 - Maternité / contrôle social : signalement, placement de l'enfant etc (pour certaines femmes rentrer dans les soins = perdre son enfant)
 - Peur d'être identifiée, notamment en lien avec des activités de prostitution non légale
- Relation différente aux soins : les femmes viennent donc plus tard. Mais quand elles viennent, elles sont actives.
- Nos dispositifs d'aller-vers sont conçus pour aller vers... ceux qui sont visibles.
Or les femmes, précisément, organisent leur invisibilité.
- La maraude seule est insuffisante pour les femmes (ce n'est pas que les femmes ne sont pas atteintes par la maraude, mais c'est que la maraude ne les atteint pas.

Observation de terrain

- Les femmes sont rarement seules dans l'espace public : souvent en groupe ou accompagnées d'un homme
- L'accès à une interaction individuelle est difficile : échanges brefs, superficiels, sous contrainte
- Présence fréquente d'un homme lors des consultations

L'état de santé des femmes consommatrice selon PHQ9

Score total

0 – 4

5 – 9

10 – 14

15 – 19

20 – 27

Interprétation

Dépression minimale ou absente

Dépression légère

Dépression modérée

Dépression modérément sévère

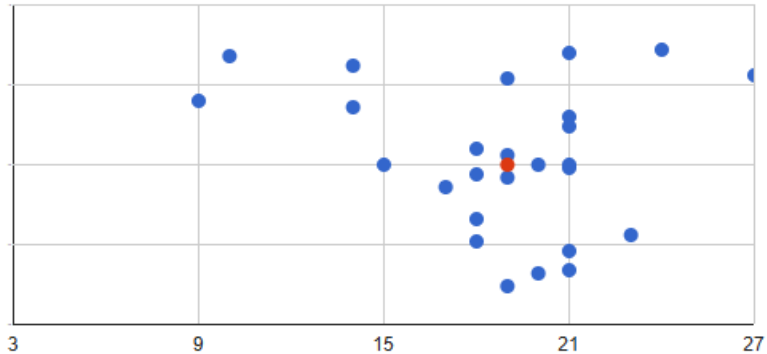
Dépression sévère

Total score PHQ-9 (phq9_totalscore) [Refresh Plot](#)

Total Count (N)	Missing*	Unique	Min	Max	Mean	StDev	Sum	Percentile						
								0.05	0.10	0.25	0.50 Median	0.75	0.90	0.95
26	1 (3.7%)	12	9	27	18.77	3.94	488	11	14	18	19	21	22	23.75

Lowest values: 9, 10, 14, 14, 15

Highest values: 21, 21, 23, 24, 27



Download

Impartialité vs neutralité ?



Neutralité

Traiter tout le monde de la même manière

Approche “universelle” des dispositifs

Ignore les inégalités de départ

Risque de reproduire les exclusions

Dispositifs pensés pour le public majoritaire
(souvent masculin)

Peu de prise en compte des violences

Accès standardisé (horaires, lieux, cadre)

Impartialité

Adapter l'accompagnement aux besoins
spécifiques

Approche différenciée selon les vulnérabilités

Reconnaît les inégalités structurelles

Vise à réduire les inégalités d'accès aux soins

Dispositifs ajustés aux réalités des femmes

Intègre systématiquement la question des
violences

Accès adapté (discrétion, sécurité, flexibilité)

La neutralité vise l'égalité de traitement - L'impartialité vise l'équité des résultats

Comment nous améliorer ?

- Créer des espaces sécurisés en mixité choisie
- Intégrer systématiquement les violences dans l'anamnèse
- Adapter les dispositifs à la maternité (enfants, peur du signalement)
- Travailler sur les modalités d'accès (horaires, confidentialité, discrétion)
- Former les équipes aux enjeux de genre

Merci !

