

RENCONTRE INTERCANTONALE LATINE (RIL) 28 AVRIL 2026 – RÉSUMÉ GENRE, SANTÉ PSYCHIQUE ET ADDICTION : DIVERSITÉ ET LEVIERS D'ACTION

Ce résumé vise à rendre compte des idées les plus importantes des interventions.

Plénière - Genre, santé, addictions : regards historiques

Présentation de l'intervenante : Francesca Arena (UNIGE)

Francesca Arena est historienne de la médecine, spécialiste des questions de genre. Elle est actuellement Maître d'enseignement et de recherche suppléante à [l'Institut Éthique Histoire Humanités](#), à la faculté de médecine de l'université de Genève. Diplômée de l'Université de Florence avec un mémoire portant sur l'histoire de l'Asile de Florence, Francesca Arena a ensuite obtenu son PhD à l'Université d'Aix-Marseille, avec une thèse portant sur l'histoire de la psychiatrie. En 2014, elle a rejoint l'Université de Genève. Elle dirige actuellement le projet de recherche FNS-CMCSS Nuits polluantes : masculinité et médecine en Suisse et en France (XVIIIe - XXe siècles) et l'axe histoire du [PNR83 Gender and Clinical Practice: an Interdisciplinary Exploration of Clinical Cases](#).

Résumé

La conférence retrace l'histoire de substances psychotropes et les différences de genre des usages. En Occident c'est seulement à la fin du XIXe siècle que le terme « drogues » va désigner certaines substances (les opiacés, la cocaïne et les produits à base de chanvre) dans un contexte de réglementation ou d'interdiction. Les étapes de cette histoire sont profondément marquées par une dimension genrée, structurant les représentations et l'accès aux substances.

Des savoirs féminins aux empires masculins

Avant l'ère des empires, les savoirs sur les plantes enivrantes et hallucinogènes présentes en Occident (alcools, solanacées, champignons) constituaient un domaine de savoir aux mains des femmes. Ce rôle central dans la pharmacopée va progressivement disparaître avec l'arrivée des nouvelles substances et l'essor du savoir médical masculin.

Les trois grandes substances psychoactives — opium (depuis le Moyen-Orient), coca (depuis l'Amérique du Sud) et cannabis (depuis l'Orient) — arrivent en Occident via des dynamiques impériales, expérimentées par des hommes savants : essor de la chirurgie, contrôle géopolitique des champs d'opium, gestion de la main-d'œuvre coloniale.

La révolution chimique du XIXe siècle pousse plus loin cette logique : en isolant des principes actifs infiniment plus puissants — morphine (1804), cocaïne (1860), héroïne (1898) —, elle transforme ces plantes en produits industriels. Les guerres de Sécession (1861–65) créent les premiers « toxicomanes de masse » : des soldats. Dans le même temps, élixirs et vins de coca sont activement commercialisés auprès des femmes — non pas pour les émanciper, mais dans une logique de prescription et de contrôle médical. Cette approche permet d'identifier un déséquilibre dynamique entre facteurs de risque et de protection, garantissant ainsi une intervention au moment opportun pour prévenir l'aggravation de la situation.

Pathologisation genrée des usages

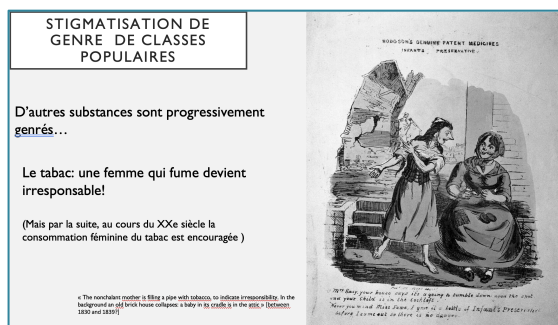
La pathologisation des usages est une construction de l'aliénisme — discipline masculine, ancêtre de la psychiatrie. Elle est profondément genrée : les femmes usagères sont réduites à une prétendue « faiblesse morale », érotisées et les hommes usagers stigmatisés sur la base de leur virilité. La cocaïne illustre ce double standard : d'abord symbole de virilité, elle est ensuite pathologisée comme rendant l'homme « impuissant » — et simultanément prescrite aux femmes contre la frigidité (Lutaud, 1895). Par ailleurs, dans le mouvements prohibitionnistes des femmes bourgeoises joueront elles-mêmes un rôle central de la fin du XIXe siècle.

Genre, intersectionnalité et statistiques

Les premières statistiques de fin du XIXe siècle révèlent déjà la dimension intersectionnelle. Sur 1000 cas de morphinomanie à Paris : 650 hommes (médecins, militaires, négociants, rentiers) et 350 femmes (43 % sans profession, 14 % « filles publiques » (travailleuses du sexe), ouvrières). Genre, classe sociale et profession se croisent dès l'origine des données illustrant la composante sociale des inégalités dans la santé.

Plusieurs mécanismes de stigmatisation coexistent :

- Femmes des classes populaires : une femme qui fume est irresponsable (XIXe s.) — puis le lobby du tabac retourne la stigmatisation en outil publicitaire au XXe siècle.
- Peuples colonisés : la médecine théorise que les populations « orientales » ont des « mœurs molles » propices à la drogue — dichotomie raciste entre usages blancs et usages racisés.
- Revalorisation contemporaine de la masculinité toxique : les hommes qui consomment des substances illicites sont à nouveau virilisés (Breaking Bad, The Knick) autour de la figure du preneur de risque.



Figures tirées de la présentation



Conclusion

L'histoire des substances psychotropes est fondamentalement politique, économique et genrée. Les normes morales et légales évoluent de façon non linéaire — elles ne reflètent pas les pratiques réelles de consommation mais les valeurs dominantes de chaque époque. L'intersectionnalité est un outil indispensable pour penser des réponses de santé publique adaptées et non stigmatisantes.

Atelier 1 - Impact de la socialisation genrée sur la santé psychique : focus sur les compétences psychosociales

Présentation de l'intervenant et l'intervenante : Gilles Crettenand (MenCare) et Stéphanie Romanens-Pythoud (Coraasp)

Stéphanie Romanens-Pythoud est directrice de [la Coraasp](#) depuis 2021, faïtière romande de plus de 30 organisations actives en santé psychique. Journaliste de formation et titulaire d'un MAS en santé publique de l'Université de Genève, elle débute sa carrière dans la presse avant de rejoindre une ONG de protection de l'enfance. Elle est engagée aujourd'hui dans le domaine de la santé mentale, où elle œuvre pour la déstigmatisation, la participation et la défense des droits des personnes concernées. Elle contribue également à la promotion de la santé mentale de la population à travers son engagement dans Santépsy, campagne des cantons latins dont la Coraasp est partenaire opérationnel.

Gilles Crettenand est économiste de formation (UNIGE, 1992). Il a occupé des fonctions de tous niveaux hiérarchiques dans le marketing (grande distribution), la gestion RH et financière (milieu académique), la gestion de projets (promotion de la santé – CAS en santé communautaire, UNIGE, 1995) et la direction d'institution sociale paraétatique dans différentes régions de Suisse. Il est également animateur d'espaces d'écoute, de parole et de lien (A. Barreto) et formateur au Flag system développé par Santé Sexuelle Suisse. Depuis 10 ans, il dirige [mencare Suisse romande](#), le Centre de compétence Hommes et masculinités qui développe des activités dans 5 pôles : Niudad – Travail avec les pères ; Sandro – Santé des hommes ; Seven : Responsabilisation et sexualité ; Oh boy – Travail avec les garçons et les hommes et Radical – Masculinité et violence.

Résumé

Le genre fait partie des déterminants de la santé individuelle. La socialisation genrée impose des normes de masculinité et de féminité qui ont un impact significatif sur le développement de certaines compétences psychosociales et, par ricochet, sur la santé mentale. Le lien entre CPS et comportements de santé est au centre de l'atelier qui vise à mieux comprendre les schémas de pensées et les croyances imprimés par l'éducation genrée pour contrer leurs effets délétères, en travaillant sur des cadres sécurisés où, les plus jeunes en particulier, pourront entraîner leurs compétences de vie et, ainsi, améliorer leur pouvoir d'agir sur leur santé.

Ce que disent les chiffres — et leurs limites

Partant de la définition OMS de la santé mentale (bien-être, réalisation de soi, contribution à la communauté), l'atelier montre que la santé mentale est bien plus qu'un diagnostic psychiatrique : elle est influencée par des déterminants structurels, relationnels et individuels, et le genre traverse chacun de ces niveaux.

Pour la quasi-totalité des troubles psychiques (hors dépendances), la prévalence est plus élevée chez les femmes. Le taux de décès par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes, mais les pensées suicidaires et tentatives sont plus fréquentes chez les femmes — avec une augmentation notable entre 2017 et 2022. Ces données doivent être lues avec prudence :

- Biais d'expression : un homme socialisé à ne pas montrer sa faiblesse surestimera son état de santé.
- Biais d'auto-évaluation : beaucoup d'hommes ont du mal à identifier et nommer leurs besoins élémentaires.
- Question clé : les femmes vont-elles effectivement moins bien, ou consultent-elles simplement davantage ?

La socialisation genrée : mécanismes et conséquences

Les injonctions du modèle patriarcal binaire produisent une aliénation des deux côtés :

- Pour les hommes : ne pas montrer de faiblesse, dominer, performer — au prix d'une déconnexion de leurs émotions et de leurs besoins. À Montréal (2021), seulement 19 % des hommes en détresse psychologique élevée consultaient.
- Pour les femmes : être au service des autres, discrètes, bonnes mères. Elles développent des compétences relationnelles et émotionnelles, mais les orientent essentiellement vers l'extérieur.
- Les déterminants structurels pèsent davantage sur les femmes : violences conjugales, précarité (salaire moyen 16,2 % inférieur), charge domestique (32,4h/semaine vs 22h pour les hommes), isolement.

Pistes d'action

- Niveau structurel : politiques publiques, interventions en crèches et à l'école, promotion de modèles de rôles alternatifs (ex. congé paternité, plan d'action contre la violence patriarcale, ressource manosphere.ch).
- Niveau individuel : développer les compétences psychosociales (CPS) — émotionnelles, cognitives, sociales — dans des espaces sécurisants, notamment avec les hommes qui n'ont pas appris à s'écouter.



Figure tirée de la présentation

Source proposée par l'intervenant : [Livret Dégenré_vlourde 3](#)

Atelier 2 – Femmes et consommation de substances : entre stigmatisation et invisibilité, quels enjeux pour l'accompagnement ?

Présentation des intervenantes : Tiphaine Robet (HUG) et Camille Robert (GREA)

Camille Robert est co-secrétaire générale du [Groupement romand d'études des addictions](#) (GREA). Titulaire d'un Master en politiques publiques, elle a consacré son mémoire de fin d'études aux inégalités d'accès aux soins chez les femmes consommatrices de substances au travers d'une recherche de terrain. Son expertise combine la sociologie, les études genres, l'analyse des politiques publiques et le domaine des addictions.

Tiphaine Robet est médecin aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Elle pilote [l'équipe RUE](#) (Réponse Urgente et Engagée), qui amène des soins directement sur site aux consommateurs de substances en rue. Elle se spécialise en médecine de rue, addictologie et santé publique communautaire, avec une expertise particulière dans l'intervention auprès des publics en situation de grande précarité. Son parcours, marqué par des expériences en contextes humanitaires et de crise, articule pratique clinique de terrain, coordination de projets de santé et réflexion sur les politiques publiques de réduction des risques

Résumé

Les femmes consommatrices de drogues font face à une double stigmatisation qui façonne profondément leur parcours et leur rapport aux soins. Cet atelier propose d'abord un regard historique et sociologique sur les représentations sociales des femmes et mères usagères, puis examine les stratégies d'invisibilisation développées par les femmes concernées face au discours stigmatisant. La situation des femmes consommatrices de crack à Genève sera abordée au travers d'un retour d'expérience de terrain, permettant d'identifier les vulnérabilités spécifiques et les leviers d'un accompagnement adapté.

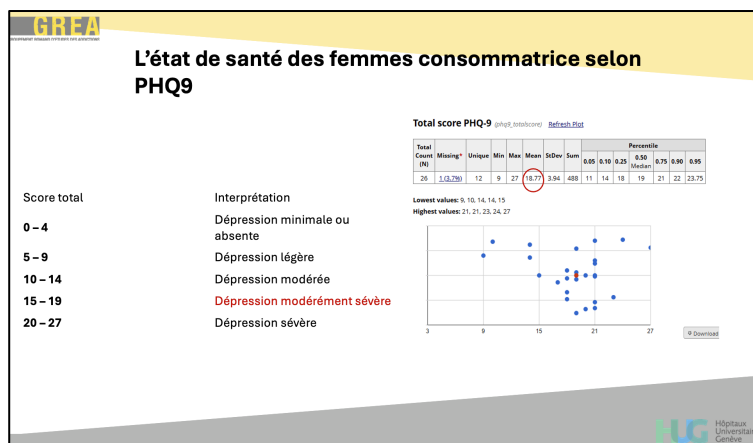
En 2024, les femmes ne représentent que 27 % de la clientèle accompagnée dans les structures spécialisées (données act-info). Ce chiffre est le signe d'une invisibilité construite, non d'une moindre prévalence. Deux figures historiques stigmatisantes structurent les représentations : la femme vectrice de maladie (crise du VIH, femmes réduites à des « réservoirs ») et la mauvaise mère (panique morale des crack babies). Ces représentations persistent dans les discours professionnels contemporains.

Mécanismes d'invisibilisation

- Clandestinité active : éviter certains lieux, consommer la nuit, maintenir une apparence soignée pour se protéger.
- Stigmates cumulés : femmes racisées, mères, migrantes subissent des discriminations croisées.
- Espaces pensés au masculin : absence de prestations gynécologiques, sanitaires communs, personnel non formé.
- Angle mort de la maternité : la crainte du retrait d'enfant constitue un frein majeur à l'entrée dans les soins.

Données de terrain — Projet RUE (HUG)

Sur 308 personnes suivies, environ 80 femmes (moins d'un tiers). Score PHQ-9 moyen des femmes : 18,77/27 — dépression modérément sévère. Les femmes qui parviennent en consultation arrivent dans un état de santé plus dégradé, car elles organisent leur invisibilité plus longtemps. Elles entrent presque exclusivement par démarche spontanée (0 % via maraude). Une fois engagées, elles restent plus durablement dans les soins. Aucune personne trans ou non-binaire n'a été suivie depuis le début du programme — niveau d'invisibilité encore supérieur.



Neutralité vs impartialité

La neutralité (traiter tout le monde de la même façon) reproduit les inégalités en ignorant les vulnérabilités spécifiques. L'impartialité (adapter l'accompagnement aux besoins réels) vise l'équité des résultats — même si cela crée des tensions pratiques dans les équipes.

Recommandations clés

- Former toutes les équipes sur les violences, le genre et la parentalité.
- Créer des espaces dédiés aux femmes (non-mixité choisie, groupes de parole).
- Accueillir les mères avec leurs enfants pour lever le frein majeur à l'entrée en résidentiel.
- Formaliser la collaboration avec la protection de l'enfance pour qu'elle soit pérenne.
- Institutionnaliser ces questions — elles ne peuvent pas reposer uniquement sur des personnes engagées.

Atelier 3 - IA, santé psychique et genre : quand les biais deviennent des facteurs de risque

Présentation de l'intervenante : Laura Tocmacov (Impact IA)

Laura Tocmacov est directrice et co-fondatrice de la [fondation impactIA](#), engagée depuis 2018 pour des IA responsables, alignées sur les droits fondamentaux. Elle co-préside l'association Psychédélos (association suisse des Patient·es des thérapies assistées par psychédéliques) et siège au conseil de fondation de Conscience et Santé Mentale, qui explore le potentiel des thérapies assistées par psychédéliques pour la santé mentale. Son fil rouge : l'*empowerment* des individus, le renforcement de la capacité d'agir et la souveraineté cognitive, face aux systèmes — qu'il s'agisse d'IA ou de santé mentale. Elle œuvre à créer des espaces, des méthodes et des repères qui rendent du pouvoir aux personnes, et transforment la complexité en choix éclairés.

Résumé

En santé mentale, les IA ne se contentent pas d'« aider » : elles classent, orientent, suggèrent... et amplifient. Elles amplifient nos normes, nos catégories, nos angles morts. Quand des biais de genre existent déjà dans les données, les diagnostics et les parcours de soins, les IA peuvent les accélérer et les rendre plus difficiles à contester — avec un impact direct sur la souveraineté cognitive : qui interprète un vécu, qui définit le « risque », qui influence les choix ? Cet atelier ouvre la boîte de Pandore sans détour : là où les biais deviennent facteurs de risque, et là où des IA peuvent, au contraire, renforcer l'autonomie, la protection et l'accès au soin, à condition de poser des garde-fous.

Quelques précisions sur l'IA

L'IA n'est pas un outil comme les autres. Elle peut simuler l'empathie, agir de façon autonome en fonction d'un objectif (agentivité), et produire du contenu nouveau. On la définit comme une entité capable d'apprendre sans être explicitement programmée.

On distingue trois niveaux :

- l'IA faible (ANI), spécialisée dans une tâche — c'est le cas de ChatGPT ou Claude
- l'IA forte (AGI), qui pourrait généraliser ses connaissances à un niveau humain
- la super IA (ASI), capable de s'améliorer elle-même.

Sur le plan technique, on oppose l'IA classique (règles codées ou *machine learning*) aux IA génératives, qui produisent du nouveau à partir de grands modèles de langage entraînés sur des masses de données. Les systèmes d'IA se situent sur une échelle d'agentivité croissante : du *chatbot* aux réponses scriptées, à l'assistant, à l'agent autonome, jusqu'à l'essaim d'agents coordonnés autour d'un objectif commun.

Quand les biais deviennent des facteurs de risque

Santé psychique, addictions et genre : la triple peine algorithmique

- Algorithmes de recommandation qui **ciblent les vulnérabilités psychologiques** et renforcent les comportements addictifs
- Chatbots « thérapeutes » sans garde-fous : risque de **dépendance relationnelle** à des entités genrées
- Biais de genre dans le diagnostic des addictions : l'IA reproduit le **sous-diagnostic chez les femmes**
- Modèles de prédiction du risque suicidaire calibrés sur des **profils masculins**

impactIA 21

© 2026

Figure tirée de la présentation

Biais de genre et enjeux en santé mentale

L'IA n'invente pas les biais de genre, elle les industrialise. Les modèles ont ingéré des données massivement produites par des hommes blancs cisgenres, dans lesquelles les femmes sont sous-représentées. Moins de 22 % des développeurs en IA sont des femmes. Résultat : les assistantes vocales (Siri, Alexa) incarnent la serviabilité au féminin, et les algorithmes de diagnostic reproduisent la sous-détection du TDAH, de l'autisme et des addictions chez les femmes.

En santé psychique, cela génère une triple peine algorithmique : les algorithmes de recommandation renforcent les comportements addictifs en ciblant les vulnérabilités ; les *chatbots* « thérapeutes » exposent à des risques de dépendance relationnelle ; et les modèles de prédiction du risque suicidaire, calibrés sur des profils masculins, manquent leur cible chez les femmes.

Se pose aussi la question de la souveraineté cognitive : les IA étant conçues pour aller dans notre sens, comment distinguer ses propres pensées de celles qu'on nous a subtilement suggérées ? Une étude de Marc Zao-Sanders (avril 2025) révèle d'ailleurs que les trois premières raisons pour lesquelles les gens utilisent l'IA sont : la thérapie et le soutien émotionnel, l'organisation de leur vie, et la recherche d'un sens à leur existence — ce qui dit beaucoup sur la place qu'elle occupe désormais dans l'intimité des personnes.

Conclusion

L'IA ne crée aucun problème nouveau : elle amplifie ce que nous n'avons pas résolu. Elle reproduit à grande échelle nos inégalités, nos stéréotypes et nos discriminations. C'est autant une question technologique que politique et sociale.

Atelier 4 - Gender mainstreaming dans les politiques de drogues

Présentation de l'intervenante : Céline Mavrot (UNIL)

Céline Mavrot est Professeure assistante en gouvernance des systèmes de santé à l'Université de Lausanne. Spécialiste de science politique, ses recherches portent notamment sur les politiques de prévention, les politiques en matière de substances illégales, ainsi que les controverses publiques sur des questions de santé. Elle dispose également d'une longue expérience en recherche partenariale et en évaluation des politiques publiques, et mène de nombreux mandats pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique, de cantons ou d'organisations non-gouvernementales. Elle a récemment mené une étude comparative des essais-pilotes de réglementation du cannabis dans les villes suisses.

Résumé

L'atelier vise à aborder les leviers et obstacles au déploiement d'une approche sensible au genre dans les politiques en matière de consommation de substances, dans une perspective de justice sociale et d'égalité de santé. Il présente les notions de base en matière de politiques publiques, ainsi que les points aveugles concernant la prise en compte du genre et de l'intersectionnalité dans le domaine de la consommation de substances. De bonnes pratiques en termes de *gender mainstreaming* sont mises en évidence. Les éléments sont discutés de manière interactive afin de favoriser une articulation concrète avec les expériences des participant-es.

Introduction

Le genre est une construction sociale et historique : une catégorisation binaire du monde opérant par réductionnisme et naturalisation du féminin et du masculin. Il produit des effets de domination et de subordination, qui se diffusent tant sur les plans politique, social, institutionnel et interpersonnel. L'intersectionnalité — par ex. racisme, classisme, LGBTQphobie, validisme — permet de comprendre comment les rapports de pouvoir s'imbriquent et se cumulent. La prise en compte des dominations genrées, ainsi que de toute autre forme de domination liée à des assignations identitaires, est importante pour comprendre les trajectoires de femmes* consommatrices. Ces dernières sont exposées à des stigmates et des violences particulières, dont il est question dans cet atelier.

Biais systémiques dans les institutions médicales

- Les femmes sont encore soupçonnées d'exagérer la douleur (héritage historique de la construction médicale de « l'hystérie ») ; elles sont sous-diagnostiquées sur des pathologies considérées comme masculines (par ex. AVC).
- Tendance à surestimer les causes psychologiques chez les femmes, et les causes corporelles chez les hommes.
- *Gender-blindness* du monde médical : un corps est traité comme un corps — ce qui tend à invisibiliser le poids des déterminants de genre dans les prises en charge.

Les expériences discriminantes, par exemple des expériences de stigmatisation par les institutions médicales ou sociales par des femmes* consommatrices, peuvent conduire à des comportements d'évitement des structures, au détriment du bien-être des personnes et de leur santé.

Femmes consommatrices : une vulnérabilité structurelle

Les trajectoires, contextes d'usage et besoins varient considérablement selon les caractéristiques sociales. Les femmes en situation de consommation peuvent cumuler : précarité, dépendance à une tierce personne pour consommer (moins de maîtrise sur les modes d'acquisition et de consommation du produit, conduisant à un accroissement de la prise de risque), soupçon d'incompétence parentale, danger accru dans l'espace public et exposition aux violences de genre, stigmatisation multiple et intériorisation du stigmate, renvoi à des figures archétypales (mère, victime, travailleuse du sexe). Les structures de réduction des risques n'ont souvent pas été conçues pour les accueillir dans la spécificité de leurs besoins.

Gender mainstreaming : concept et limites

Le *gender mainstreaming* est une approche top-down visant à intégrer le genre dans toutes les décisions publiques, dès leur planification et jusqu'à l'étude de leurs impacts. La Confédération a élaboré une Stratégie Égalité 2030, mais centrée sur la conciliation vie/travail et les violences — sans mention du travail social, des addictions ou de la réduction des risques. Le *gender-mainstreaming* est une opportunité pour visibiliser la thématique et l'ancrer institutionnellement, mais a aussi été critiqué pour souvent rester à l'état programmatique, ne pas être lié à des financements concrets, donner lieu à des phénomènes de *gender-washing*, ou encore renforcer la binarité hommes/femmes.

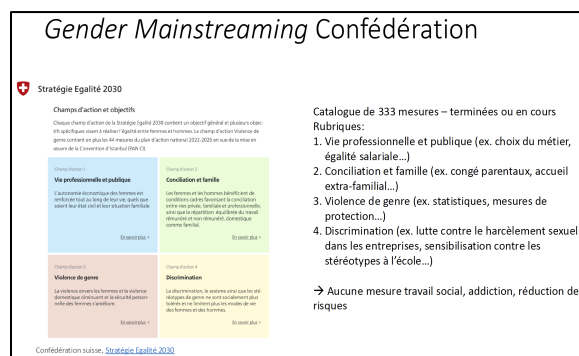


Figure tirée de la présentation

Bonnes pratiques pour les institutions de réduction des risques sur la base de la littérature (*bottom-up*, sur le terrain)

- Groupes (de soutien, de parole, d'activités...) non-mixtes, adaptation spatiale des lieux liées aux besoins, langage inclusif
- Gestion de la grossesse, accompagnement parental adapté et non-stigmatisant
- Services de garde d'enfants dans les structures ou horaires compatibles avec la charge parentale
- Travail en réseau avec différents services clés et sensibilisation de ceux-ci aux besoins des consommatrices (notamment via des formations) : institutions médicales, périnatales, sociales, pénales, pénitenciaires, police
- Kits de *drug testing* discrets, protections hygiéniques et sexuelles, modalités adaptées de remise du matériel de consommation

- Diversification du profil des travailleur-euses au sein des institutions de réduction des risques, inclure *people with lived experience* dans la planification et la gestion des lieux
- Cadrage en termes de droits et de citoyenneté

Pistes d'action pour renforcer l'inclusivité des structures au niveau local dans le futur :

- budgets spécifiques au genre,
- visibilité médiatique,
- organisation d'assises
- genre et réduction des risques (personnes concernées-politique-administration-professionnel·les),
- plaidoyer auprès des administrations et parlements locaux,
- formations ;
- raccrocher les revendications à la Stratégie Égalité de la Confédération.

Note : pour le détail des références bibliographiques sur les différents points mentionnés ici, voir les slides de la présentation

Annexes : présentations PDF du plénum et des ateliers de 1 à 4

GENRE, SANTÉ, ADDICTIONS : REGARDS HISTORIQUES

Francesca Arena, Institut Ethique, Histoire, Humanités, UNIGE
francesca.arena@unige.ch

28 avril 2026
 RIL 2026 Genre, santé psychique et addiction : diversité et leviers d'action

Impact de la socialisation générée sur la santé psychique

Gilles Crettenand, responsable mencare
 Stéphanie Romanens-Pythoud, directrice Coraasp
 RIL – 28 avril 2026

1

3

Femmes et consommations de substances

Entre stigmatisations et invisibilité : quels enjeux pour l'accompagnement

2

Camille Robert, co-secrétaire générale du GREA, Master en politique et management publics, UNIL-IDHEAP
 Dre Tiphaine Robet, médecin cheffe de clinique, responsable du projet RUE des HUG

4

Céline Mavrot, Prof. Assistante en systèmes de santé
 Institut des sciences sociales
 Université de Lausanne

« Genre, santé psychique et addiction : diversité et leviers d'action »
 Rencontre Intercantonale Latine, 28 avril 2026

Comment penser le *gender mainstreaming* dans les politiques drogues?

Céline Mavrot, Prof. Assistante en systèmes de santé
 Institut des sciences sociales
 Université de Lausanne

WHERE IS THE
GENDER
IN
HARM REDUCTION?

WORKSHOP REPORT
 A tool for collective reflection and strategizing about including gender in harm reduction approaches in New Haven and Connecticut