

« Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives »



Consultation de professionnels menée
en septembre et octobre 2015
dans quatre villes d'Europe :
Paris, Rome, Madrid et Lisbonne.

Thérèse Benoit
Marie Jauffret-Roustide

« Améliorer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives »

Consultation de professionnels
menée en septembre
et octobre 2015
dans quatre villes d'Europe :
Paris, Rome, Madrid et Lisbonne.

Thérèse Benoit :
consultante en actions de santé.
Marie Jauffret-Roustide :
Sociologue, chargée de recherche
à l'Inserm (Cermes3).

*Les vues exprimées dans ce document
sont de la responsabilité des auteurs et
ne reflètent pas nécessairement la ligne
officielle du Conseil de l'Europe*

Toute demande liée à la reproduction ou
à la traduction de ce document en tout
ou en partie doivent être adressée à la
Direction de la communication
(F-67075 Strasbourg Cedex ou
publishing@coe.int). Toute autre
correspondance relative à ce document
doit être adressée à Groupe Pompidou
– Direction générale des Droits de
l'Homme et de l'Etat de Droit.

Couverture et mise en page :
Service de la production des documents
et des publications (SPDP,
Conseil de l'Europe

Photos de couverture : Shutterstock

© Conseil de l'Europe, mars 2016
Imprimé dans les ateliers
du Conseil de Europe

Table des matières

PRÉFACE	5
I. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	7
1.1. Définitions des concepts	8
1.2. Premiers résultats de la revue de littérature	9
1.3. Objectifs	10
1.4. Équipe projet	11
II. MÉTHODOLOGIE	13
2.1. La préparation des groupes	14
2.2. La composition des focus groups	14
2.3. Le déroulement des focus groups	16
III. RÉSULTATS	19
3.1. Typologie des violences : imbrication, interdépendance et renforcement des différentes formes de violences	20
3.2. Les déterminants du lien entre violence et usage de substances psychoactives chez les femmes	30
3.3. Les actions de prise en charge des violences	42
3.4. Les obstacles à la prise en charge globale des femmes usagères et victimes de violences	51
3.5. Recommandations pour une prise en charge globale effective des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives	62
IV. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	73
Limites	73
Forces	74
Conclusion	75
ANNEXE : GUIDE D'ANIMATION DE FOCUS GROUP	79

Préface

Le « Groupe Pompidou », groupe de coopération en matière de lutte contre l’abus et le trafic illicite de stupéfiants du Conseil de l’Europe, promeut la santé publique et la mise en oeuvre d’une politique en matière de drogues respectant les droits de l’homme et soutenant l’intégration des questions d’égalité des genres dans la politique. En tenant le premier symposium en 1988 sur les femmes et les drogues, le Groupe Pompidou a été un pionnier en Europe concernant la question du genre dans les politiques drogues.

Dans le cadre du mandat 2014-2018, le Groupe Pompidou renoue avec ce domaine avec l’introduction d’une dimension de genre dans les politiques drogues.

Ceci n’aurait pas été possible sans le soutien politique et financier du département de politiques anti-drogues de la Présidence du Conseil des Ministres de l’Italie. Les activités couvrent trois domaines différents qui sont en phase avec la mission du Groupe Pompidou qui consiste à promouvoir le lien entre recherche, politique et pratique.

Research on the gender dimension in the Non-Medical Use of Prescription Drugs in Europe and in the Mediterranean Region (NMUPD)

Cette recherche a abouti à une publication ISBN de 2015 couvrant des données de 17 pays. L’étude révèle que les femmes représentent une catégorie à haut risque pour l’usage non-médical de médicaments délivrés sous ordonnance et qu’il n’existe ni en Europe, ni en région Méditerranée de système d’observation standardisé concernant cet usage. L’étude adresse des recommandations aux autorités nationales et conclut à la nécessité de mieux comprendre le lien qui existe entre la consommation de drogues chez les femmes et la violence.

Recherche sur la violence, les femmes et les drogues

Une revue de littérature sur les violences (subies ou produites) et l'usage de substances psychoactives de drogues chez les femmes en Europe et dans la région Méditerranée a été menée en 2015. 63 articles publiés dans 12 pays ayant trait à la question de la violence et l'usage de substances psychotropes parmi les femmes, figurent dans cette recherche préliminaire.

Femmes, Violence et Drogues

Afin d'inscrire cette recherche dans une perspective opérationnelle, une consultation à travers des focus groups de professionnels de la prise en charge de la toxicomanie et de la réduction des risques a été menée dans quatre pays : France, Italie, Portugal et Espagne. Les recommandations ont été présentées au cours d'un séminaire sur les femmes, les drogues et la violence, les 10-11 décembre 2015 à Rome, qui a rassemblé des professionnels d'Italie et de 22 pays travaillant dans le domaine de la prise en charge des addictions et de la réduction des risques.

Des informations sur ces consultations et les recommandations font l'objet de ce rapport.

Par son action visant à introduire une dimension de genre dans les politiques drogues, le Groupe Pompidou contribue à la stratégie du Conseil de l'Europe 2014-2017 pour l'égalité entre les hommes et les femmes qui a pour but d'assurer la promotion et l'autonomisation des femmes pour atteindre la réalisation effective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les États membres du Conseil de l'Europe.

I. Présentation de l'étude

Les traumatismes et les violences subis par les femmes durant l'enfance ou à l'âge adulte ponctuent les trajectoires de vie des femmes usagères de drogues. Les professionnels de la prise en charge de la dépendance et de la réduction des risques sont confrontés de manière minoritaire à ces femmes, les files actives des dispositifs spécialisés étant essentiellement constituées d'hommes. Les parcours chaotiques et les traumatismes et violences subis par les femmes rend leur prise en charge parfois plus complexe¹.

Cette thématique a été largement discutée et mise en avant dans les consultations Eranid (European Research Area Network on Illicit Drugs; réseau de onze organisations dans six États membres de l'Union européenne, Belgique, France, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) ayant pour objectif la définition de priorités de recherche dans le domaine des drogues illicites menée en 2014². Cette question a été abordée sous différents aspects, comme déterminant de l'entrée dans l'usage, comme facteur favorisant le processus de dépendance ou rendant plus difficile le processus de sortie. Les chercheurs, professionnels de la prise en charge et les institutionnels participants à ces consultations ont déploré les limites de la recherche sur cette thématique, en soulignant le fait que la méconnaissance de ce sujet pouvait limiter l'efficacité de la prise en charge des femmes usagères de drogues.

-
1. Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Rondy M, Kudawu Y, Le Strat Y, Couturier E, Emmanuelli J, Desenclos JC. Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues, *Medecine/Science* 2008; 2(24), mars: 111-121.
 2. Jauffret-Roustide M, Chauvin C, Santos A. Priorités de recherche dans le domaine des drogues illicites et des sciences humaines et sociales, Rapport ERANID, septembre 2014.

À l'initiative du Groupe Pompidou, et dans le cadre des activités visant à introduire la dimension de genre dans les politiques en matière de drogues (programme de travail 2015-2018), une première recherche exploratoire « Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne » a été menée en avril 2015³. Ce travail d'état des lieux avait comme objectif principal d'initier une revue de la littérature sur les violences et traumatismes subis par les femmes usagères de drogues ; et comme objectifs secondaires de définir des pistes de recherche dans le domaine et de proposer des pistes d'orientation pour la pratique professionnelle.

1.1. Définitions des concepts

La notion de « violences » devait être définie en tenant compte de ces objectifs. Elle devait être assez large pour ne pas limiter la recherche à un stade exploratoire, mais suffisamment circonscrite pour permettre son utilisation dans une démarche opérationnelle.

Dans les sciences sociales et en particulier en sociologie, le concept de violence est vu principalement sous deux angles : d'une part du point de vue de la violence physique, analysée par le prisme d'institutions étatiques censées réguler la violence (la police, l'école, la justice...) et d'autre part sur le plan symbolique, renvoyant aux écrits de Pierre Bourdieu, qui explique la domination sociale par un processus de légitimation des inégalités par les institutions de l'État⁴. On parle dans ce cas de violence symbolique. De manière plus générale, il n'existe pas de définition stable de la violence dans les sciences sociales. Cette difficulté tient à la dimension relative de la violence selon l'époque, les normes et les valeurs d'une société. La sociologie traite moins de la violence elle-même que de ses manifestations (délinquance, agressivité de groupes, guerre...). Dans cette consultation, la caractérisation de la violence s'est inscrite dans une logique inductive, laissant la liberté à chaque intervenant de la définir par lui-même, sans partir de définition préconçue.

3. Benoit T, Dambélé S, Jauffret-Roustide M, « Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne », 2015. Elle faisait suite à la publication sur « la dimension de genre dans l'usage non médical de médicaments prescrits sous ordonnance en Europe et dans la région Méditerranée », étude menée en 2014 et qui, dans ses recommandations, appelait à mieux comprendre la question de la violence et de l'usage de drogues chez les femmes.
4. Pierre Bourdieu, Jean-Claude Passeron. *La reproduction*. Editions de Minuit (1970) ; Sylvain Crepon, « *La sociologie face à la problématique de la violence* » in « *Psychologie de la violence* » (Sous la direction de Bormann et de Guy Massat), Edition Studyrama (2005), pp.147-155.

Dans la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique⁵, le terme « violence à l'égard des femmes » est défini comme « une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée ». Cette convention appelée aussi Convention d'Istanbul « repose sur l'idée qu'il s'agit d'une forme de violence fondée sur le genre dans la mesure où elle est exercée sur les femmes parce qu'elles sont des femmes ».

Les « substances psychoactives » recouvrent l'ensemble des drogues illicites et des médicaments psychotropes prescrits sous ordonnance lorsque ceux-ci sont consommés en dehors d'un usage médical. Ce terme permet de dépasser le statut licite ou illicite du produit et de s'attacher plutôt aux effets psychoactifs procurés par les produits et aux dommages sanitaires et sociaux qui peuvent y être associés. Si l'alcool a été exclu des mots clés dans les moteurs de recherche de la revue de littérature, il revient très fréquemment dans les études, qui soulignent une consommation d'alcool souvent associée à celle d'autres substances.

1.2. Premiers résultats de la revue de littérature

Les résultats mis en évidence dans les publications consultées lors de la revue de littérature confirment une dimension de genre dans le phénomène des violences, et établissent également un lien positif entre usage de substances psychoactives et expérimentation des situations de violences, subies et perpétrées, autour de trois constats majeurs :

- ▶ une prévalence des violences subies chez les femmes usagères de drogues supérieure à celle chez les femmes en population générale ;
- ▶ une prévalence des violences subies chez les femmes usagères de drogues supérieure à celle observée chez les hommes usagers de drogues ;
- ▶ un recours aux substances psychoactives plus important chez les personnes ayant subi des violences au cours de la vie que chez celles n'en ayant pas subi.

5. <http://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention>

Même si ses déterminants en sont encore mal connus, l'hypothèse d'un lien entre violences subies et usage de substances psychoactives chez les femmes semble donc confirmée par les différentes recherches menées en Europe. Il nous semblait alors important d'en explorer les conséquences et les implications en termes de dépendance et de prise en charge dans les structures accueillant des femmes usagères de substances psychoactives.

Lors de cette recherche exploratoire, des pistes pour l'action ont ainsi été identifiées à partir des études disponibles et des chercheurs consultés. Elles concernaient principalement la nécessité d'une approche globale, intégrant la question des violences subies dans la prise en charge des femmes usagères de produits psychoactifs dans les structures de traitement de la dépendance, impliquant :

- ▶ la généralisation et la systématisation de la détection de l'expérience des violences subies par les femmes, en particulier chez certains groupes vulnérables (tels que les prostituées, les femmes enceintes...)
- ▶ l'amélioration des connaissances des caractéristiques sociodémographiques des femmes consommatrices de substances psychoactives et ayant subi des violences, afin de déterminer les facteurs socioculturels favorisant les violences et le recours aux produits psychoactifs ;
- ▶ l'approfondissement des connaissances des systèmes existants de prise en charge des femmes dépendantes victimes de violences. L'idée étant de mieux comprendre certains mécanismes pour ajuster les mesures d'intervention sanitaire et sociale ;
- ▶ Le développement d'outils pour prendre en charge la question de la violence subie par les professionnels de santé et de la dépendance et réduire leurs conséquences sur la santé.

Afin d'inscrire cette recherche dans une logique opérationnelle, et de répondre à la mission du Groupe Pompidou de promouvoir le lien entre recherche, politique et pratique, une seconde phase a été proposée sous la forme d'une consultation de professionnels de la prise en charge des addictions et de la réduction des risques et des dommages.

1.3. Objectifs

La consultation qui est l'objet du présent rapport poursuit les objectifs suivants :

- ▶ évaluer la prise en compte des spécificités de genre et des violences subies par les femmes dans les dispositifs de réduction des risques (RdR) et de prise en charge de la dépendance ;

- ▶ connaître les difficultés auxquelles sont confrontés les intervenants en RdR et leurs besoins ;
- ▶ proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des violences chez les femmes UD dans les structures de RdR et de la prise en charge de la dépendance.

1.4. Équipe projet

Thérèse Benoît, consultante en actions de santé, a mené le projet, animé les focus groups, analysé les données collectées et rédigé le rapport.

Marie Jauffret-Roustide, sociologue chargée de recherche, à l'Inserm (Cermes3 ; Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société), a eu un rôle de soutien scientifique sur le projet, en particulier sur les aspects méthodologiques et la relecture du rapport.

II. Méthodologie

A fin de recueillir les expériences et recommandations des professionnels, des consultations ont été organisées dans quatre pays européens de la zone Méditerranée : Espagne, France, Italie, Portugal, en septembre et octobre 2015.

La méthode de consultation choisie a été celle du « focus group », technique qualitative dont le but est de recueillir des informations à partir de discussions centrées sur des situations concrètes particulières, en favorisant à la fois les prises de parole individuelles et les moments de discussion collective. En suivant un guide d'animation de focus group, les participants sont invités à exprimer leurs points de vue et expériences. Cela permet de recueillir des informations tout en notant également les points de divergence ou de convergence sur les problématiques discutées. Ce type de méthodologie, qui s'inscrit dans une démarche inductive, vise à faire émerger les représentations individuelles et collectives, mais peut également faire émerger des pistes pour l'action.

Interroger les professionnels sur la question des violences vécues par les femmes fréquentant leurs services présente plusieurs intérêts :

- ▶ approfondir et compléter les résultats des études publiées en Europe sur le lien existant entre usage et violence chez les femmes par des observations de terrain ;
- ▶ croiser les informations recueillies par les acteurs de terrain du phénomène des violences fondées sur leurs observations avec les résultats d'études quantitatives ou qualitatives menées auprès des populations des structures ;
- ▶ identifier les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels – qui sont en première ligne – dans leur pratique, au regard des missions de santé publique qui leur sont confiées et des facteurs multiples ayant des implications dans le champ d'intervention qui est le leur.

2.1. La préparation des groupes

Le profil de participants recherchés pour les focus groups était celui de professionnels travaillant dans des structures accueillant des femmes usagères de substances psychoactives (exclusivement ou non), et de préférence « référents » ou « impliqués » auprès de la population spécifiquement féminine des usagers de drogues. Le contact avec les structures pour les inviter aux focus groups s'est fait sur la base de réseaux et d'une méthode de type boule de neige.

Dans les trois pays de l'étude membres du Groupe Pompidou (France, Italie et Portugal), les correspondants permanents du Groupe ont été contactés et sollicités pour participer à l'identification des professionnels. En Espagne, c'est le département de lutte contre les drogues du ministère de la Santé qui a facilité ce travail d'identification. En France, la connaissance des acteurs du champ de la réduction des risques et de la prise en charge par les membres de l'équipe de recherche a permis de contacter directement un grand nombre de structures. En Italie, en Espagne et au Portugal, quelques contacts associatifs ont également été transmis par les réseaux professionnels français.

De nombreux contacts ont été ensuite pris par mails comprenant : une présentation du projet (avec en pièce jointe la Revue de littérature réalisée en mai) ; une proposition pour les professionnels travaillant avec des publics de femmes usagères de substances psychoactives à participer au focus group (avec plusieurs dates possibles pour définir la tenue du focus group en fonction de leurs disponibilités) ; une demande d'information sur d'éventuelles autres personnes à contacter pouvant être intéressées par une participation au focus group.

L'inscription s'est ensuite faite sur une base volontaire. Les participants étant donc des personnes intéressées par le sujet, avec une réflexion préalable et/ou des attentes sur la prise en compte de la question des violences chez les femmes usagères de drogues.

2.2. La composition des focus groups

Au final, 33 personnes ont participé aux quatre focus groups répartis de la façon suivante.

	Date	Nombre de participants	Nombre de femmes	Nombre d'hommes
Paris	16 sept.	8	8	0
Rome	28 sept.	9	9	0
Madrid	8 oct.	7	5	2
Lisbonne	22 oct.	9	6	3
Total		33	28	5

Une première observation est la très forte représentation des femmes dans les focus groups, puisque 85 % des professionnel-le-s ayant participé à la consultation étaient des femmes, 100 % dans les focus groups organisés à Paris et à Rome, alors que les invitations avaient été envoyées aux responsables des structures, hommes ou femmes, les invitant à identifier les personnes dans leur service « référentes » auprès de ce public ou impliquées sur cette thématique. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette surreprésentation des femmes : un intérêt personnel lié à l'expérience des rapports sociaux de genre, et à l'inverse une difficulté pour les hommes à s'intéresser à ces questions, et de manière plus générale, un défaut d'intérêt vis-à-vis de la question de genre dans le champ des addictions.

Afin de pouvoir recueillir le plus grand nombre d'informations, et refléter la diversité des dispositifs d'intervention et des besoins des structures relatifs à cette question, nous avons veillé à diversifier notre échantillon en sollicitant des professionnel-le-s travaillant dans différents types de structures et occupant des fonctions très diverses.

Concernant le type de structures ou de services représentés, il s'agissait à la fois de structures associatives et de services publics, d'État ou municipaux. Sur leurs missions, ils comprenaient principalement des structures menant des actions auprès de personnes usagères de drogues illicites :

- ▶ des centres de prise en charge de la dépendance ;
- ▶ des centres d'accueil d'usagers de drogues à bas seuil d'exigence – donc un espace réservé aux femmes et aux transsexuelles (Paris) ;
- ▶ des dispositifs mobiles de réduction des risques, auprès d'usagers précaires dans la rue ou dans les milieux festifs (Madrid, Lisbonne) ;
- ▶ des communautés/appartements thérapeutiques ;
- ▶ un réseau d'appui à la parentalité auprès de personnes ayant des problématiques de santé liées à l'usage de substances psychoactives (Paris)...

Mais aussi des organisations menant des actions auprès des femmes victimes de violences (Rome), dans :

- ▶ des dispositifs d'accueil pour femmes victimes d'agression mis en place dans les services d'urgence hospitaliers ;
- ▶ des centres d'accueil de femmes victimes de violences ou de la traite.

Les postes représentés par les participant-e-s étaient également très variés :

- ▶ directrices/présidentes d'association ;
- ▶ chef de service/coordinatrice ;
- ▶ psychologues, thérapeutes ;

- ▶ éducateurs, intervenants de terrain, travailleuse
paire, travailleurs sociaux;
- ▶ chargées de recherche.

La comptabilisation précise de la répartition entre les différents postes et différentes structures est impossible, car parmi les participant-e-s, certaines personnes occupaient différentes fonctions et/ou travaillaient au sein de différents organismes.

Cette grande diversité de professionnel-le-s travaillant selon des angles divers en direction d'un public de femmes usagères de substances psychoactives a permis de recueillir des informations diversifiées sur les formes multiples et particulières que peuvent prendre les violences, les actions de prise en charge existantes et les limites des dispositifs de prise en charge relevés par les participant-e-s.

2.3. Le déroulement des focus groups

Les consultations ont été menées à l'aide d'un guide d'animation de focus group, construit à partir des problématiques identifiées lors de la revue de littérature et visant à approfondir les pistes pour l'action proposées par les chercheurs consultés lors de la recherche exploratoire.

Les thèmes à aborder ont été formulés sous forme des huit questions suivantes :

- ▶ Pouvez-vous décrire tous les types de violences auxquels sont ou ont été confrontées les femmes fréquentant vos structures ?
- ▶ Dans votre pratique, observez-vous des caractéristiques ou facteurs de vulnérabilité spécifiques aux femmes victimes de violences ?
- ▶ Quelles sont, selon vous, les conséquences des situations de violence sur la santé et la consommation ?
- ▶ Comment ces violences et leurs conséquences en matière de santé et de dépendance sont-elles détectées puis prises en charge dans vos structures ?
- ▶ En quoi la prise en charge des violences et de leurs conséquences contribue-elle à la réussite des traitements, du suivi, à l'amélioration des conditions de vie des personnes ?
- ▶ Certaines populations vulnérables nécessitent-elles une prise en charge ou des actions spécifiques ?
- ▶ Existe-t-il, selon vous, des freins structurels ou institutionnels qui limitent l'efficacité des actions de prise en charge des violences et de leurs conséquences par les structures ?

- Selon vous, quels moyens ou connaissances / informations supplémentaires seraient nécessaires pour améliorer la prise en charge des violences des femmes usagères ?

Le guide d'animation de focus group contenait également des sous-thèmes pouvant faire l'objet de relances (*voir annexe*) lorsqu'ils n'étaient pas évoqués spontanément dans les focus groups, mais ces questions n'étaient pas verbalisées immédiatement. Dans les faits, très peu de relances ont été faites, en raison principalement de la richesse des discussions, mais aussi des contraintes de temps inhérentes au mode de recueil d'informations retenu. Nous avons par ailleurs veillé à laisser les intervenants s'exprimer de manière spontanée sur des thèmes non prévus dans le guide, afin de s'inscrire dans une logique inductive, partant des représentations et des préoccupations des acteurs interrogés.

Remerciements

Nous tenons à remercier ici : Les participants aux focus groups.

Paris : Bénédicte Bertin / association Charonne,
Cécile Bettendorff / Fédération Addiction,
Perrine Carpentier / Association Horizon,
Clara Maggi et Céline Oyhenard / Association Pierre-Nicole, Rosine Réat / réseau Dapsa,
Emma Richaud / association Proses,
Odile Vitte / APS Contact ;

Rome : Germana Cesarano / Centro Diurno Semiresidenziale, Elisa Ercoli / Differenza Donna NGO,
Simona Lanzoni / Fondazione Pangea onlus,
Silvana Stamati et Farkhondeh Ajdari / Magliana 80, Fiammetta Murgia et Federica Gaspari / Cooperativa Parsec, Augusta Angelucci / S. Camillo Hospital,
Barbara Gualco / Université de Florence ;

Madrid : Alessandro Bua / Médicos del Mundo,
Pilar Gonzalez Blanco / Delegación gobierno para el plan nacional drogas,
Raquel Cantos / Fundacion Atenea,
Nieves Lahuerta et Ruth Olmos / Instituto de Adicciones de Madrid,
Patricia Martínez Redondo / Genero y drogodependencias / Fundacion Salud y Comunidad,
Leandro Palacios / Instituto Spiral ;

Lisbonne : Adriana Curado et Magda Ferreira / GAT- In Mouraria, Elsa Belo et Sofia Pintéus / Ares do Pinhal, Pedro Monteiro / APDES - Check-in, Monica Lunes, Teresa Molina, Ricardo Lopes et José Ribeiro / Dicast.

Les personnes ayant facilité la mise en contacts avec les professionnels et/ ou l'organisation technique des focus groups.

France : Danièle Jourdain-Menninger / Mildeca, Nathalie Simonnot / Médecins du Monde,

Italie : Patrizia de Rose, Elisabetta Simeoni et Alessandra Frascini / Département de la politique de lutte contre les drogues du Conseil des ministres italien, Alessandra Liquori O'Neil / Unicri.

Espagne : María Sofía Aragón Sánchez et Tomás Hernández / Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Portugal : Sofia Santos et Fatima Trigueiros / Sicad, Marta Borges et Joaquim Fonseca / Dicast, Luís Mendão et Ricardo Fuertes / GAT, Carla Fernandes et Raquel Rebelo / Medicos del Mundo,

Olga Fernando, Christine Libéras et Sophie Enderlin pour avoir assuré l'assistance linguistique à Rome, Madrid et Lisbonne.

III. Résultats

Cette partie expose les éléments ayant émergé lors des discussions et débats au cours des quatre focus groups qui se sont tenus à Paris, Rome, Madrid et Lisbonne en septembre et octobre autour du thème de « la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives ».

Le premier point présente une typologie des violences auxquelles sont confrontées les femmes usagères de substances psychoactives, établie à partir des observations des professionnel-le-s, dans une démarche inductive, sans qu'une définition préalable leur ait été proposée. Les discussions sur les types de violences mettent en évidence les différentes formes que peuvent prendre les violences subies par les femmes ainsi que les différents contextes dans lesquelles elles s'exercent, qu'il s'agisse de la relation intime, interpersonnelle, de la dimension institutionnelle et sociale, mais également leur interdépendance et la façon dont elles se renforcent mutuellement.

Si les études de la revue de la littérature établissent un lien entre violence subie et usage de substances psychoactives chez les femmes, il nous a semblé nécessaire d'essayer de mieux en comprendre les déterminants, cela dans le but de pouvoir approfondir les pistes pour une prise en charge globale. Si chaque cas est singulier, chaque trajectoire spécifique, les observations des professionnel-le-s permettent de voir dans les violences subies un déterminant important de l'entrée dans la consommation, de la sévérité de la dépendance, et un obstacle à la sortie de l'usage, confirmant le fait que la prise en charge des violences subies est une condition essentielle de la réussite des traitements et de la prévention des rechutes.

Face aux situations de violences auxquelles sont confrontées les femmes usagères de substances psychoactives, les professionnel-le-s de la réduction des risques et de la prise en charge de la dépendance ont mis en place des actions diverses afin de répondre aux situations d'urgence, de traiter les conséquences physiques et psychologiques des violences subies sur le long terme, et de construire un réseau avec les différents acteurs intervenant autour de la question de la violence, incluant les dispositifs de protection et de réinsertion sociale.

Ces actions reposent encore toutefois trop souvent sur l'implication et la volonté des acteurs, et rencontrent des freins dans leur implantation. Le cloisonnement des prises en charge, la stigmatisation dont sont victimes les femmes « toxicomanes » dans les dispositifs généraux, la non-formation et parfois les résistances des équipes des services de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance, mais aussi la non-reconnaissance et valorisation de ces actions dans les politiques publiques sont autant d'obstacles à une prise en charge globale réelle et effective des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. De plus, la dimension structurelle des inégalités de genre, sociales et culturelles, constitue un frein fondamental à l'amélioration de la prise en charge, sur lequel il convient également d'agir.

À partir des difficultés et des obstacles rencontrés par les professionnel-le-s dans l'accompagnement des femmes usagères de substances psychoactives, et pour que la prise en charge globale des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives se construise à la fois au niveau du dispositif opérationnel et dans les politiques publiques, en reconnaissant la nécessité d'une approche intégrant une dimension de genre prenant en compte les spécificités d'un groupe particulièrement exposé aux violences dans un contexte d'inégalités sociales, économiques et culturelles, des recommandations sont présentées à la fin de cette partie.

3.1. Typologie des violences : imbrication, interdépendance et renforcement des différentes formes de violences

3.1.1. Les violences interpersonnelles, présentes ou passées

Les violences dans la sphère privée, familiale ou conjugale

Les violences physiques sont les premières repérées dans les structures et ont été citées dans les quatre focus groups. Elles sont souvent perpétrées par le partenaire sexuel, dans le cadre de la relation intime, et accompagnées de violences psychologiques. Il s'agit souvent de violences répétées, au sein d'un même couple ou tout au long de la trajectoire amoureuse de femmes qui retrouvent le même type de relation auprès de différents partenaires. La gravité des violences physiques auxquelles sont confrontées les femmes victimes de la part de leur conjoint a été évoquée, allant parfois jusqu'à l'utilisation d'armes, y compris d'armes à feu. « Au centre, nous avons eu plusieurs situation où ça a été jusqu'à la mort » (directrice de centre/Paris).

Les violences subies dans l'enfance

Les violences relatées par les usagères des services sont aussi les violences subies dans l'enfance. Elles décrivent des parcours de vie souvent très chaotiques, ponctuées de souffrances et de violences subies dès le plus jeune âge. Il peut s'agir de viols ou incestes perpétrés par le père ou d'autres membres de la famille, de coups, mais également de violences plus symboliques liées à l'absence d'intérêt qui a pu leur être accordé dans leur famille. « *Ces violences subies dans l'enfance sont souvent des violences réelles, agies par le corps, mais elles ont aussi souvent à voir avec une violence symbolique, sur la place que les femmes ont eue petites dans la famille, le non-désir d'un père ou d'une mère pour elles, la façon dont elles ont été traitées dans la famille et parfois aussi par les services sociaux* » (psychologue/Paris).

3.1.2. Les violences liées au milieu

Les violences spécifiques au milieu de la toxicomanie

Des violences sont intimement liées à la pratique ou à l'environnement de la consommation de drogues. Dans les relations s'inscrivant autour de l'achat et la consommation, les femmes peuvent être considérées comme une monnaie d'échange, par des dealers comme par les usagers, qui proposent des relations sexuelles en échange de produits. Dans d'autres cas plus rares, il arrive que des femmes soient aussi exposées aux violences par le biais d'autres femmes usagères, qui les mettent en relation avec un homme ou un groupe d'hommes, en échange d'avantages (financiers ou en produit). Ces violences sont exercées ou expérimentées de façon plus ou moins directe, plus ou moins prégnantes ou conscientes, et sont particulièrement constatées et reportées par les professionnel-le-s accueillant des femmes consommatrices évoluant dans des contextes de forte précarité (fréquentation de scènes de consommation ouvertes, absence de logement...).

Néanmoins, cette violence liée à l'usage s'exerce également dans d'autres milieux et y compris dans le cas de consommations occasionnelles. Dans les milieux festifs par exemple, la consommation de produits et la baisse de vigilance qui s'ensuit exposent davantage les femmes aux agressions sexuelles. « *Le harcèlement sexuel y est fréquent, notamment lorsqu'il y a une consommation avancée ou prononcée d'alcool ou de substances et lorsque la personne s'éloigne du groupe d'amis qui lui procurait une sécurité* » (éducateur/Lisbonne) Souvent, dans les groupes, ce sont les femmes qui conservent les substances, car le risque qu'elles se fassent fouiller est considéré comme moins important ; elles se retrouvent ainsi en première ligne en cas de contrôle et gèrent le stress lié au

fait d'avoir le produit sur soi. Pour l'achat également, elles peuvent être identifiées comme mieux placées pour s'en occuper, une fois encore parce qu'en tant que femmes, elles sont considérées comme pouvant potentiellement obtenir de meilleurs prix ou produits auprès des dealers en échange de prestations sexuelles, ce qui les expose là aussi à de potentielles situations de violence.

Les violences liées à la pratique prostitutionnelle

Les femmes usagères et dans des situations de grande précarité rencontrées dans les programmes de proximité où les centres d'accueil à bas seuil d'exigence sont souvent amenées à se prostituer pour financer leur consommation et parfois celle de leur compagnon. La prostitution, qu'elle soit occasionnelle ou régulière, peut ainsi être considérée comme une violence en soi. « La prostitution est une violence quotidienne. Elle peut être considérée en elle-même comme une violence vécue par les femmes, souvent motivée par les besoins de financer l'achat du produit. Il peut s'agir de pratique régulière ou occasionnelle, d'échanges économico-sexuels, d'un hébergement en *échange de relations sexuelles* » (psychologue / France).

En outre, il est communément admis qu'une femme usagère qui se prostitue peut quel que soit le contexte fournir des rapports sexuels tarifés. « *Parce que j'étais consommatrice de drogue on entendait que j'étais à vendre à tout instant. Et ça, c'est extrêmement humiliant. Le moment où on fait son travail est une chose, le moment où l'on achète la substance est autre chose, mais on ne fait jamais la différence entre un moment et un autre* » (travailleuse paire / Lisbonne).

L'environnement dans lequel se déroule l'activité prostitutionnelle est également source d'exposition aux violences. Les viols, les vols, les agressions perpétrées par les clients, des passants ou des policiers, ainsi que les rapports sexuels sans préservatifs imposés ont été cités. La pénalisation de la prostitution ou de son exercice dans certains cadres ou sous certaines formes augmente encore le contexte d'invisibilité dans lequel se trouvent les femmes, et par là même leur exposition au risque de violences. Ces situations conduisent les femmes à mettre en place des systèmes de protection, dans lesquelles elles sont amenées à céder une partie de leur revenu (en argent ou en produit). Ce qui a pour effet d'une part de produire/reproduire/maintenir des relations de dépendance ; et d'autre part d'augmenter leur activité prostitutionnelle, la totalité des revenus tirés de celle-ci ne leur revenant pas.

Le cas des femmes victimes de la traite

Le cas des femmes victimes de la traite est un cas spécifique. Les violences, psychologiques et physiques, sont perpétrées par les organisations qui

exploitent ces personnes. Elles précèdent souvent l'activité prostitutionnelle et sont exercées précisément à des fins d'exploitation. Elles sont différentes en fonction du genre, des nationalités, les groupes ethniques, de l'âge. « *Chez les prostituées d'Europe de l'Est, les violences sont généralement perpétrées par les hommes, qui ont souvent recours au viol. Chez les femmes nigérianes, ce sont d'anciennes prostituées qui exercent la coercition sur les plus jeunes de la même nationalité. Il y a aussi une forme de coercition, morale et psychologique, de la part de la famille, qui compte sur le soutien financier des femmes, participant d'une façon indirecte au processus d'exploitation. Il est impossible pour la victime de rentrer chez elle, ce qui la met dans une situation de non-retour* » (directrice / Rome). À ces violences s'ajoutent les discriminations et le racisme de la part des forces de l'ordre rapportés par les professionnel-le-s. Le fait d'être en situation irrégulière augmente aussi considérablement l'exposition aux violences.

3.1.3. Les violences institutionnelles

Dans les institutions et structures partenaires

L'ensemble des professionnel-le-s présent-e-s lors des focus groups ont évoqué spontanément la question du manque d'accueil, les comportements hostiles, voire agressifs, des professionnel-le-s de nombreux services ou institutions partenaires à l'égard des femmes usagères de drogues. « *Je pense que nous pouvons également parler de la violence au sein des services de santé et des services sociaux, nous savons que les femmes usagères se heurtent à des obstacles pour accéder à ces services et même lors de l'utilisation des services. Il y a beaucoup de préjugés et un manque de préparation de la part des professionnel-le-s. Je pense que d'une façon générale, à l'école, à l'hôpital, dans l'emploi, il y a une ambiance, un environnement qui est très peu favorable aux toxicomanes et en particulier aux femmes usagères* » (chargée de recherche / Lisbonne).

Déposer une plainte pour des violences perpétrées par son conjoint ou un viol peut se révéler extrêmement compliqué. Les femmes usagères de substances psychoactives, et ce d'autant plus lorsqu'elles se prostituent, sont avant tout perçues et traitées comme des coupables, responsables des violences dont elles ont été victimes. Ce que confirment le manque de crédit apporté à leur récit, le faible empressement à instruire le dossier, la priorité accordée à d'autres services (quand la plainte porte par exemple sur un trafiquant qui fait l'objet d'une enquête). « *Il y a aussi la violence faite du côté d'une loi qui ne protège pas. Comment nos patientes pourraient imaginer que la loi va les protéger, c'est plutôt une loi qui les condamne, qui les assigne à une place de coupable, donc aller porter plainte et se mettre du côté de la victime, c'est assez illogique pour certaines* » (psychologue / Paris).

Dans le cas des femmes usagères se prostituant, l'absence de protection a également été mentionnée. « Physiquement en tant que femmes travailleuses du sexe, nous n'avons aucune protection par rapport aux hommes, je connais des filles qui ont risqué leur vie et la police n'intervient pas dans des cas difficiles parce que la situation est toujours minimisée par la police puisqu'il s'agit de toxicomane » (travailleuse paire / Lisbonne).

Les importantes différences de traitements, de la part de services de première urgence comme les pompiers, les services d'urgence ou de traumatologie, dont font l'objet les femmes usagères de drogues venant de subir un viol ou une agression sont également reportées. Les préjugés et comportements agressifs à leur égard, le discours moralisateur selon lequel « elles l'auraient bien cherché », l'absence de réponses qui leur sont proposées, sont autant de violences supplémentaires pour les femmes.

Ces préjugés et comportements agressifs se retrouvent également dans d'autres institutions, notamment dans les services de maternité ou de protection de l'enfance. Là où les professionnels ne sont pas spécialisés dans le domaine, les femmes enceintes ou mères usagères sont le plus souvent très mal vues. Même si les professionnels ont mentionné que des progrès avaient été réalisés, les représentations sur les usagères de drogues réduites à la figure de « mauvaise mère » sont encore très présentes : « Dans les structures de protection de l'enfance, il y a plus d'agressivité que l'on ne pense. Il y a des préjugés de la part des fonctionnaires travaillant dans ces structures, qui sont très prompts à vouloir retirer les enfants aux femmes toxicomanes » (psychiatre / Lisbonne).

Dans les structures accueillant des usagers de drogues

Au sein même des structures travaillant auprès de publics usagers de drogues, les professionnels ont spontanément évoqué le fait que certaines violences symboliques pouvaient également être exercées. Tout d'abord, le manque de formation et de connaissances sur la question des violences et sur les réponses à y apporter de la part des professionnels accueillant les femmes usagères conduit à ne pas reconnaître, aborder ou répondre à cette question, ce qui constitue une violence supplémentaire. « *Dans les traitements on n'a pas vraiment pris en charge la violence sexuelle des femmes toxicomanes, parce que nous ne sommes pas prêts en tant que professionnels pour faire face à ça, et c'est une erreur aussi de prétendre intervenir si l'on n'est pas préparé. Mais c'est une autre violence qui existe, qui s'exerce, qui n'est pas dite, le fait que dans la prise en charge institutionnelle, ce problème-là ne soit pas évoqué, ne soit pas dit, cela continue à générer des traumatismes* » (chargée de projet / Madrid).

Une autre violence est la non-reconnaissance par les professionnels des femmes usagères comme des sujets actifs, et des stratégies qu'elles développent elles-mêmes. « *Ce sont les chercheurs ou les professionnels de la prise en charge qui font face à ce problème sans tenir compte de l'expérience des femmes. C'est un peu lié à la place qu'on leur reconnaît au niveau de la représentation symbolique. Lorsqu'on parle de violence par rapport à ce groupe, on présente un sujet passif, comme s'il n'y avait pas de stratégie personnelle pour aborder la situation, comme si c'était à nous de décider ce que nous pouvons appeler violence, comment cette violence est vécue, quelle est la dépendance à laquelle elle a donné lieu, sans reconnaître une capacité de gestion des situations par ces femmes elles-mêmes* » (éducateur / Madrid).

La question de la masculinisation des structures a été largement citée. Qu'il s'agisse des usagers des services ou des intervenants, les structures accueillant les usagers sont majoritairement dominées par la présence des hommes. L'investissement nécessaire à la prise en charge du public féminin des structures, et en particulier de la question des violences subies, est proportionnellement très important en comparaison du pourcentage de femmes dans les files actives des structures. « Il y a une violence un peu subtile peut-être, que l'on n'appelle pas toujours violence. C'est la masculinisation des centres de traitement » (chef de service / Madrid). Dans le public masculin se trouvent également souvent les auteurs des violences exercées sur les femmes, par exemple des dealers ayant exercé des pressions sur elles ou exigé des rapports sexuels en échange de produit. Le contexte d'insécurité est donc reproduit dans le lieu d'accueil, censé être un endroit protégé. « Car dans ce contexte d'ambiance très masculine, les femmes ne viennent pas fréquenter nos services. Un exemple très concret, beaucoup de femmes sont travailleuses du sexe, lorsqu'elles se rendent chez nous dans nos services, elles sont face à *une majorité d'hommes, et beaucoup de nos usagers sont des clients, des clients de leur travail sexuel. Donc pour elles, c'est très désagréable. Elles ne se sentent ni à l'aise ni en sécurité. Ou elles sont finalement face à face à leurs clients* » (chargée de recherche / Lisbonne).

La situation particulière des communautés thérapeutiques a été évoquée dans l'ensemble des focus groups. Les relations entre les femmes usagères, les hommes usagers et le personnel des communautés rejouent les rapports qui s'exercent à l'extérieur, les femmes y sont souvent stigmatisées et harcelées, de la part de certains usagers mais aussi parfois de certains intervenants. Toute marque de sympathie de la part des femmes peut être perçue comme un jeu de séduction de leur part. Dans le cas d'un flirt, les femmes sont également jugées et considérées comme coupables, l'idée étant ancrée qu'elles utilisent leur corps pour obtenir des drogues en échange. Ce qui conduit parfois les femmes à accepter, comme elles le faisaient avant la mise à l'abri, d'entrer dans

une relation selon une stratégie de protection, afin d'éviter harcèlement et violence de la part des autres résidents et du personnel du centre.

Ces situations s'observent également dans des structures de prise en charge employant du personnel masculin non formé. « Il y a des espèces de zones grises institutionnelles surtout quand il y a l'hébergement, où il y a des membres de personnel type les hommes d'entretien ou les aides-soignants, des veilleurs de nuit, des gens qui ne sont pas du tout formés. *Et les femmes qu'on accompagne ont aussi des profils où elles vont aller chercher des trucs chez les hommes, et c'est important que les hommes répondent autrement, mais quand c'est des hommes qui ne sont pas formés et qui ont les clés des appartements, qui passent n'importe quand... c'est des choses qui sont compliquées donc on s'est déjà bien pris la tête...* » (éducatrice / Paris).

Via les politiques dans le cadre des lois en matière de drogues

Dans plusieurs focus groups, le cadre législatif a également été décrit comme pouvant avoir une influence sur l'exposition aux violences. « Le caractère illicite de la drogue est aussi facteur de violences, parce que ça crée ce milieu justement un peu en dehors, à part » (chargée de mission/Paris). « Le fait qu'au Portugal il y a eu la dépénalisation de la drogue, ça c'est vrai et c'est un progrès important, mais nous avons toujours un marché de la drogue qui est illégal, déréglementé; les gens qui consomment de la drogue doivent forcément se mouvoir dans un milieu qui est dangereux et particulièrement *dangereux pour les femmes* » (chargée de recherche / Lisbonne).

3.1.4. Les violences sociales et culturelles

Les femmes usagères de drogues sont victimes d'une double stigmatisation : en tant que femmes et en tant que toxicomane.

Les inégalités et représentations liées au genre

Dans l'ensemble des focus groups, les participant-e-s ont abordé la question de la violence structurelle, symbolique, liée à l'organisation patriarcale de la société, aux représentations et aux inégalités de genre, sociales et économiques. « Du simple fait d'être femme, et du fait du tissu social, des relations de pouvoir, certaines femmes sont victimes de violences structurelles physiques *et psychologiques, le fait qu'elles soient toxicomanes fait que cette violence est accrue, le fait que leur situation socio-économique soit faible ou instable contribue également à ce que ce soit aggravé. Si c'est une prostituée, c'est encore pire* » (chargée de recherche/Madrid).

D'autre part, les rôles et places sont culturellement assignés en fonction du genre, et les femmes sont victimes d'une forte stigmatisation dès lors qu'elles s'écartent de la place qui leur est culturellement et socialement attribuée ou n'adoptent pas les attitudes attendues d'elles. Cette violence sociale et culturelle est réelle et a un impact important sur la situation des femmes usagères. « Il y a aussi la question de la pression misogyne, qui n'est pas forcément les coups, les blessures, mais ce qui existe dans la société globale, et là dans le microcosme du monde de la drogue c'est puissance dix, mais c'est à peu près les mêmes ressorts » (psychologue/Paris).

Ces représentations sociales sont intériorisées par les femmes elles-mêmes. Certaines usagères ont des propos extrêmement conservateurs, elles tiennent à tout prix à une société patriarcale. Le décalage entre leur situation et l'« *idéal très élevé à atteindre* » les met dans un état d'échec permanent. « *C'est une violence qu'elles s'appliquent à elle-même; en s'appuyant sur un discours social violent* » (chef de service/Paris). Cette situation conduit les femmes à banaliser les violences qu'elles-mêmes ou d'autres usagères subissent, considérées comme légitimes, voire méritées. « *Les victimes de violences sont fortes, résilientes. Le problème c'est que culturellement cela est accepté. En d'autres termes "si j'ai été agressée, abusée, frappée, je mérite cela, il avait raison". Ceci est un problème culturel. Tout cela concerne les rôles* » (directrice/Rome).

Une stigmatisation encore plus importante pour les femmes usagères

Les femmes usagères de drogues correspondent encore moins que d'autres groupes de femmes à l'image de la femme véhiculée par les normes sociales et culturelles. Et sont de fait encore plus stigmatisées de par leur usage que les hommes, la consommation de substances psychoactives, à l'instar de l'alcool, étant mieux tolérée chez les hommes que chez les femmes. « Pour la société en général, voir une femme toxicomane, une sans-abri dans la rue, est différent de voir un homme dans cette même situation, et en général la société pointer du doigt plus la femme que l'homme. Elle est très mal perçue » (psychiatre/Lisbonne).

Cette stigmatisation est encore plus importante pour les femmes usagères enceintes ou les mères. L'idée qu'une femme usagère ne peut pas être une bonne mère est ancrée. La menace d'un placement de l'enfant est forte et présente. Le jugement est extrêmement fort, y compris dans le milieu de la consommation, où une femme enceinte qui continue de consommer, de se prostituer peut être violemment rejetée. « L'opprobre est terrible au sein de la communauté des consommateurs, où il y a aussi beaucoup de représentations, une femme enceinte qui continue *de consommer se fait vraiment rejeter* » (éducatrice/paris); « on vient te raconter sa nuit, ce qu'elle a pris, ce qu'elle a fait, combien de clients *elle a fait, il y a un jugement hyper fort* » (chef de service/Paris).

Focus : Violences exercées versus violences subies

La question des violences perpétrées par les femmes consommatrices de substances psychoactives a également été largement abordée lors des focus groups et est un élément important à prendre en compte lors des actions de prise en charge.

Les violences exercées sur un membre de la famille

Ces violences peuvent être exercées sur les enfants, sur le partenaire, sur la famille (de plus en plus de jeunes sous l'emprise de produits commettent des actes violents envers leurs parents). « Pendant la grossesse, la violence se traduit par l'effet des produits sur le développement du fœtus, avec des accouchements prématurés, parfois catastrophiques. » (Psychologue/Paris).

Les violences envers les membres des équipes

Il est également observé que les violences envers les membres des équipes sont plus souvent dirigées vers les femmes que vers les hommes, ce qui une nouvelle fois implique une dimension de genre. La violence peut ainsi s'exercer contre « *ce que renvoie l'intervenante, l'éducatrice de sa vie de femme, qu'elle soit enceinte, qu'elle vieillisse, etc. Cela est aussi à prendre en compte* » (chef de service/Paris). Par ailleurs les femmes professionnelles peuvent être également l'objet de violences de la part d'hommes usagers des structures. « *Il arrive également que les femmes techniciennes professionnelles fassent l'objet de violence de la part des hommes toxicomanes, elles sont bien souvent la cible d'agressivité plus souvent que les hommes. Je le remarque souvent dans mon travail* » (psychiatre/Lisbonne).

Les femmes peuvent aussi chercher à vérifier « si l'institution dans laquelle elles arrivent va perpétuer la violence symbolique qu'elles ont subie enfant, assez vite elles vont essayer de se trouver une place et de vérifier si les soignants vont tenter d'abuser d'elles d'une façon ou d'une autre de nouveau, je crois qu'elles sont assez douées pour ça. *Elles nous tendent pas mal de pièges [...] Ça c'est très répétitif, on voit bien comment elles mettent en place des stratégies pour vérifier à quel point elles sont exclues de notre désir, à quel point on ne s'intéresse pas elle, qu'on ne les prend pas en charge comme elles le souhaiteraient* » (psychologue / Paris).

Les violences envers d'autres femmes

Dans les contextes de consommation de rue, les violences telles que les bagarres de rue, attitudes prédatrices sur des consommatrices plus jeunes, rivalités entre femmes usagères de drogues sont fréquentes.

Il n'est pas rare que ces altercations se déroulent dans le centre, dans la salle d'accueil ou devant le centre, avec une certaine volonté d'être montrées, « comme pour vérifier qui va être la préférée de l'équipe soignante. Il y a vraiment des choses très infantiles comme ça, de rapport dans la fratrie qu'on voit *se répéter* » (psychologue / Paris). Le phénomène de la violence perpétrée par des femmes sur d'autres femmes « est un phénomène très complexe, parce que les femmes qui exerçant des pressions psychologiques sur d'autres femmes sont en général victimes de *violences* » (directrice / Rome) « Parce qu'elles *souffrent de violences, de harcèlement de la part des hommes, et qu'elles reportent ça sur d'autres femmes* » (directrice CAV / Rome). *Par ailleurs, si ce phénomène est encore très minoritaire, certaines études menées en Italie indiqueraient qu'en termes relatifs les violences perpétrées par les femmes augmenteraient plus que celles perpétrées par les hommes* » (chercheuse / Rome).

Les violences exercées contre soi-même

Et puis il y a les violences des femmes exercées contre elles-mêmes. « Sur leur corps, avec ces marques liées à la toxicomanie, ces espèces de pustules qu'elles présentent au point d'injection du fait de piqûres répétées au même endroit avec là *aussi un certain savoir-faire quand même pour se faire mal. Il y a des patientes qui entretiennent des blessures [...] des scarifications beaucoup. Tout ce qu'on connaît des stigmates des toxicomanes, les dents, les cheveux, la peau...* » (psychologue / Paris).

Le fait de s'auto-infliger des violences est également de plus en plus souvent observé chez les adolescents, prenant la forme de scarifications : « qu'ils consomment de l'alcool et des drogues ou qu'ils n'en consomment pas. Il y a une augmentation *chez les adolescents du phénomène du cutting* » (directrice / Rome).

Si les comportements violents sont observés chez les femmes usagères de drogues, les déterminants de ces violences sont néanmoins différents de ceux des violences perpétrées par les hommes, selon une étude menée en Suède par l'équipe du professeur Tom Palmstierna*. L'étude montre notamment que les facteurs favorisant les comportements violents chez les femmes incluent les victimisations précoces, les violences sexuelles et plus tard l'usage de drogues ou d'alcool.

* Palmstierna T, Olsson D, « Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse », Acta psychiatrica Scandinavica, 2007.

Ce que les professionnels de terrain décrivent à partir de leurs observations illustre la façon dont les violences que subissent les femmes usagères de drogues se manifestent sous des formes diverses, et s'exercent dans différents contextes et à différents niveaux. Il peut s'agir de violences physiques ou

psychologiques, agies ou symboliques, subies dans le cadre de la vie privée ou au contraire dans l'espace public, exercées par des proches ou des relations nouées dans le milieu de la consommation, mais aussi par des institutions, y compris parfois dans les structures de prise en charge de la dépendance, où l'absence de prise en considération des violences tout comme le fait de penser ce public comme un groupe de sujets passifs en leur déniaient toute stratégie personnelle peuvent représenter des violences en soi.

Ces violences peuvent relever du champ des violences à l'égard des femmes, et être non spécifiques aux femmes usagères de substances psychoactives. Elles peuvent au contraire être liées à l'usage de substances psychoactives et concerner l'ensemble des usagers, comme les violences subies dans l'enfance ou la stigmatisation liée à l'usage de drogues. Ainsi, les participant-e-s aux focus groups ont régulièrement rappelé que ces violences concernaient aussi les hommes usagers de drogues. Néanmoins, le constat de différences en termes quantitatifs mais surtout des formes spécifiques que prennent les violences lorsqu'elles sont dirigées contre les femmes est partagé par l'ensemble des professionnel-le-s ayant participé aux focus groups, ainsi que la volonté d'aller plus loin dans l'intégration de cette question dans l'exercice de leur pratique.

Traversant l'ensemble des milieux dans lesquels les femmes usagères de drogues circulent, les violences qu'elles subissent s'entretiennent et se renforcent mutuellement. La double stigmatisation dont les femmes usagères de substances psychoactives sont victimes en tant que femmes et en tant que « toxicomanes » est encore renforcée par d'autres facteurs. Les formes multiples et interdépendantes des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives ont des implications en termes de prise en charge. Il est donc nécessaire d'approfondir la question des déterminants du lien entre violences et usage et de la violence elles-mêmes, afin d'améliorer les actions de prise en charge.

3.2. Les déterminants du lien entre violence et usage de substances psychoactives chez les femmes

Prendre en charge les dépendances suppose de connaître les déterminants, directs et indirects, de celles-ci, afin de pouvoir intervenir sur les facteurs favorisant l'entrée dans l'usage, augmentant la sévérité ou la gravité de la dépendance, ou freinant la sortie de la consommation. Les résultats présentés dans les études consultées lors de la revue de littérature indiquent que les violences sont un déterminant important de l'usage de substances psychoactives et de l'évolution des rapports à l'usage. Ainsi, les chercheurs de l'université

de Navarre constatent dans leur étude⁶ une proportion des patients dépendants ayant été victimes de violences au cours de la vie (46 %) beaucoup plus importante qu'en population générale en Espagne (5 %) et significativement plus élevée chez les femmes (79,6 %) que chez les hommes (37,8 %). Dès lors, la prise en compte des violences comme déterminant direct de la dépendance mais aussi des déterminants spécifiques des violences subies par les femmes devient une composante essentielle des actions de prise en charge des femmes usagères de substances psychoactives.

Cette partie vise, à partir des observations des professionnels ayant participé aux focus groups dans les quatre villes d'Europe, à mieux cerner le lien existant entre violences et usage de drogues, les déterminants de ce lien, les conséquences des situations de violences sur la dépendance et la santé, et ce que cela implique en termes de prise en charge.

3.2.1. Les violences subies : un déterminant de l'entrée et du maintien dans l'usage

La première observation unanimement partagée par les professionnel-le-s est le lien de causalité entre l'expérience des violences subies, passées et présentes, et le recours aux substances psychoactives.

Le recours à l'usage pour gérer le psycho-trauma

Lorsqu'ils n'ont pas été pris en charge au moment où ils se sont produits, les événements psycho-traumatiques peuvent avoir des conséquences psychologiques sur le long terme. Dans ce cas, le recours à l'usage de substances psychoactives peut être appréhendé comme une stratégie pour oublier l'épisode traumatique ou supporter les conséquences psychologiques chroniques générées par celui-ci. « Les femmes qui ont été victimes d'abus dans l'enfance disent qu'elles ont commencé à prendre des drogues pour perdre le contact avec l'émotion que rappelle le trauma, parce que dans le trauma les souvenirs peuvent survenir soudainement sans prévenir, cette expérience est si insupportable, si violente pour elles qu'elles utilisent des substances pour se protéger, pour ne pas se souvenir » (directrice CAV / Rome).

Le fait d'avoir, dans l'enfance, été témoin de violences, physiques ou psychologiques, perpétrées sur une autre personne, sur sa mère ou un membre de la fratrie par exemple, peut également être un facteur favorisant l'entrée dans la consommation. « J'ai oublié de mentionner une autre forme de violence

6. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A, « Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment », *Journal of Interpersonal Violence*, 2014.

qui est vraiment significative, celle des enfants témoins de violence physique. Quand les enfants ont été témoins pendant des années de violences, *jusqu'à ce qu'ils deviennent adolescents, le risque de devenir dépendant aux drogues est très élevé* » (directrice CAV/Rome).

Le recours aux substances psychoactives dans un but de gestion du trauma s'observe également dans des cas où de jeunes femmes ont été victimes d'agression sexuelle dans un contexte festif. « Même si elles ne consomment qu'occasionnellement, on observe une augmentation de leur *consommation le week-end après un épisode d'agression sexuel, sans qu'elles se rendent forcément compte du lien qu'il y a entre les deux* » (chargée de projet/Madrid).

Le recours à l'usage pour supporter des situations de violences quotidiennes

Les femmes subissant des violences dans la relation conjugale, notamment celles qui ont le moins de possibilité de s'en extraire pour des raisons matérielles ou culturelles, ont également souvent recours aux substances psychoactives pour supporter leur situation. Les violences subies sont dans de nombreux cas le facteur ayant provoqué l'entrée dans la consommation. « *Chez les femmes d'un certain âge, finalement c'est quelque chose qui s'ajoute à tout ce contexte culturel, éducatif... L'alcool et les psychotropes notamment atténuent, permettent aux femmes de supporter leur situation sans partir, sans briser le lien avec les autres personnes* » (psychologue/Madrid).

La consommation est ainsi souvent maintenue et/ou encouragée, par le conjoint, car elle permet de garder sa compagne dans une situation de dépendance. « *Le conjoint essaie de maintenir la femme dans la toxicomanie, parce qu'ainsi elle reste plus facilement victime d'abus sexuels, de violence... Si la femme n'était pas droguée, elle ne tolérerait pas, elle ne supporterait pas ces situations, et ça, on le constate assez souvent* » (chef de service/Madrid).

Dans le cas des femmes se prostituant, les substances psychoactives sont également utilisées pour parvenir à supporter l'activité prostitutionnelle. Il est intéressant de noter que dans ce contexte, les professionnels mentionnent que les produits ont une dimension instrumentale ponctuelle, dans la mesure où le sevrage est concomitant avec l'arrêt de la prostitution : « *Les jeunes femmes ou les travailleurs du sexe d'Europe de l'Est ont tendance à utiliser des amphétamines et médicaments psychotropes qui sont fournis par les organisations qui les exploitent. Les médicaments et les drogues les aident à gérer et à supporter les activités de prostitution, je pense que c'est important d'insister sur ce point. Il est important de dire que les femmes qui rejoignent les services de protection qui*

sortent de l'exploitation arrêtent presque immédiatement l'utilisation de substances » (psychologue/Rome).

Néanmoins, le sens du lien de causalité n'est pas figé. La consommation peut également précéder l'usage, et conduire les femmes à des situations où elles s'exposent aux violences, dans les contextes même de la consommation, au moment de l'achat et lors d'activités illégales ayant pour but de financer le produit. Dans ces cas, l'on peut dire que c'est l'usage qui, pour être assuré, est un déterminant de l'exposition aux violences. Dans tous les cas, on assiste bien souvent à la mise en place d'un cercle vicieux dans lequel se retrouvent enfermées les femmes usagères de substances psychoactives.

3.2.2. Les implications en termes d'accès à la prise en charge de la dépendance

Les situations de violences interpersonnelles comme de violences sociales, parmi lesquelles la forte stigmatisation dont sont victimes les femmes usagères de substances psychoactives, a des conséquences en matière d'accès aux dispositifs de prise en charge des dépendances.

La consommation « cachée » des femmes consommatrices de psychotropes

Une partie importante des femmes victimes de violences ayant recours aux produits psychotropes ne se présentent pas dans les centres accueillant les personnes usagères de drogues, ne se reconnaissant pas elles-mêmes dans cette « catégorie », tout particulièrement quand elles consomment des médicaments : *« Nous avons toujours soupçonné que nous perdons un pourcentage de femmes important, de femmes victimes de violences, lorsqu'il s'agit de femmes qui ont recours à des médicaments qui sont légaux et donnés sur ordonnance. Autrement dit, c'est une population silencieuse qui a cette consommation, une consommation qui a les caractéristiques de la toxicomanie, qui a des conséquences sur le comportement, mais c'est une consommation qui fait que la situation de violence est tolérée en quelque sorte. Ces femmes-là finalement n'ont jamais accès au traitement mais nous soupçonnons quand même qu'il y a un pourcentage important de femmes victimes de violences qui ont cette consommation abusive de médicaments psychotrope, de cachets, des benzodiazépines entre autres » (chef de service/Madrid).*

Le retard dans le recours aux traitements

La stigmatisation dont sont victimes les femmes usagères de drogues peut entraîner un accès plus tardif à la prise en charge, en particulier avec la crainte

de se voir retirer la garde de leurs enfants quand elles sont mères : « Socialement c'est beaucoup plus mal vu chez les femmes que chez les hommes, donc elles mettent très longtemps à se décider, à cause de la pression, d'autant plus s'il y a des enfants, parce que s'ajoute *la peur se voir retirer leur enfant, ce qui correspond à des menaces réellement proférées. On dit aux femmes "on va te retirer la garde de l'enfant", elles ont peur qu'on leur retire leurs enfants et donc c'est pour ça qu'elles ne veulent pas avouer* » (chef de service/Madrid).

Une autre explication dans le retard au recours aux traitements est la pression exercée par le conjoint pour que la femme n'aille pas consulter. Soit parce que le partenaire n'assume pas ou nie la consommation de sa compagne, soit parce que la consommation de celle-ci constitue une possibilité de contrôle sur elle, augmente la dépendance de la femme à la situation de couple, limitant ainsi ses capacités d'échapper à la violence exercée par son partenaire.

Cette dissimulation de consommation et ce retard dans l'accès aux structures de prise en charge ont une implication forte en termes de gravité de la dépendance au moment du recours aux soins. « Si les dépendances sont si graves, si sévères, c'est souvent lié au fait que le recours soit tardif et que les situations soient avancées » (chargée de recherche/Madrid).

3.2.3. Des facteurs d'ordre personnel ou psychologique peuvent favoriser l'usage, la dépendance, constituer un frein à la sortie de l'usage et favoriser les rechutes

Certains facteurs peuvent avoir une influence sur l'entrée ou le maintien dans l'usage. Il importe donc d'identifier lors de la prise en charge la situation dans laquelle chaque femme se trouve, afin de pouvoir agir sur l'ensemble des déterminants de sa dépendance.

La co-dépendance aux produits et à la relation

Il existe des situations qu'on pourrait qualifier de « *co-dépendance* » ou « *bi-dépendance* » : où la dépendance à l'usage et la dépendance – affective comme matérielle – sont extrêmement intriquées. « L'emprise affective peut aller extrêmement loin. *Certaines prennent de tels risques qu'on se dit qu'elles vont finir par se faire tuer par leur mec* » (psychologue/Paris). Pour certaines femmes, il est ainsi très difficile de se mettre à distance de la relation dans laquelle s'exercent les violences. « Même dans le cas de violences physiques graves, les femmes – et parfois les enfants – mettent tout en œuvre pour protéger le partenaire *lorsque celui-ci est responsable* » (chercheuse/Rome).

La question des liens affectifs est donc un aspect fondamental à prendre en compte au moment de la prise en charge de la dépendance des femmes victimes de violences. « Lorsque la question des violences subies dans le couple n'est pas prise en compte, les risques de rechute après l'arrêt de l'usage sont particulièrement importants, encore plus lorsque le partenaire est également usager de substances psychoactives. Il y a donc un travail spécifique, concret, cohérent par rapport à tout ce qui est lié à la dépendance affective, sans quoi les résultats ne seront pas satisfaisants. Lorsqu'il s'agit de femmes victimes de violences, il faut essayer autant que possible d'éviter la réitération, la répétition des liens avec les personnes qui ont exercé ces violences ou avec d'autres personnes qui interviennent plus tard » (psychologue/Madrid).

D'autant plus que le risque de rechute va de pair avec la répétition des relations de dépendance affective. « Une femme qui sort d'une relation où elle est maltraitée dans le but de fournir le produit peut avoir tendance, une fois sortie de l'usage, à retourner dans une relation identique. Dévalorisée affectivement, le fait d'être de nouveau en position d'être la personne qui obtient l'argent est une source de pouvoir puisque c'est elle qui fournit la substance au couple. Même si c'est une perspective erronée, c'est quelque chose qui la valorise » (travailleuse paire/Lisbonne).

À l'emprise amoureuse peut d'ailleurs s'ajouter l'emprise du milieu de la consommation dans lequel les violences s'exercent. Certaines femmes ont du mal à s'en éloigner, ou y reviennent même après de longues périodes de rupture, en postcure ou en appartement thérapeutique par exemple.

Si certains facteurs d'ordre personnel ou psychologique ont une influence en termes d'entrée ou de maintien dans l'usage, d'autres facteurs ont été présentés comme des facteurs aggravant l'exposition aux situations de violences. Et peuvent constituer de fait des freins à la sortie de l'usage ou rendre complexe la prise en charge.

Les comorbidités psychiatriques

Dans les focus groups réalisés à Paris, Rome et Lisbonne, les comorbidités psychiatriques ont été citées comme un facteur augmentant l'exposition aux violences des femmes usagères de substances psychoactives. « Il y a des comorbidités psychiatriques. Nous, on a eu de jeunes femmes qui étaient diagnostiquées schizo-phrènes et il y avait comme ça une répétition sans fin du même profil d'hommes sur lesquels elles tombaient qui étaient systématiquement des hommes dont elles allaient être victimes de violences. C'est hyper compliqué parce qu'il y a une autre spécificité qui est psychiatrique et avec laquelle il est complexe de travailler » (éducatrice/Paris); « On trouve souvent des comorbidités, des

troubles tels que l'anorexie, des troubles mentaux, des psychoses chez ces personnes qui ont été abusées. Elles en viennent parfois à se prostituer » (psychologue/Rome).

La dégradation de l'estime de soi

La dégradation de l'« estime de soi », le « manque d'amour-*propre* », la « honte » observés chez de nombreuses femmes usagères sont encore renforcés chez celles ayant subi des violences lorsqu'elles étaient enfants. Ce sont parmi les plus grands obstacles à surmonter. « La grande majorité des femmes qu'on accompagne ont subi des violences pendant leur période de conso qui font écho à des violences subies petites » (éducatrice/Paris). Elles peuvent avoir mis en place un processus de revictimisation, de répétition lié à une image de soi dégradée et difficile à reconstruire : « Et nous observons que les relations violences sont reproduites, donc les femmes ont tendance à se retrouver de façon répétitive elles-mêmes dans une relation avec un homme violent, elles ont tendance à provoquer, à revivre le trauma, à répéter ces situations presque comme quelque chose de nécessaire. Elles demandent presque à être victimes » (psychologue/Rome). « Plus les personnes sont exposées jeunes, plus elles vont avoir une estime de soi, une image de leur corps détériorée dans le futur, donc elles vont se voir dans des termes négatifs. Et cela va conduire à des actes contre elles ou des autres dans le futur » (directrice/Rome).

Le déni de la situation de violence

La prise de conscience et l'acceptation de ce qui a été subi, toléré, de la destruction qui s'est opérée pendant de nombreuses années, est également très difficile pour les femmes, qui peuvent aussi pour cette raison se trouver dans l'incapacité d'assumer. « Il y a aussi un effet de destruction, quand tu émerges et que tu vois – je pense notamment à une jeune femme que j'avais accompagnée au tribunal – les photos des suites des violences de ton compagnon, de l'homme qu'elle appelait son compagnon, psychologiquement c'est extrêmement dur de se dire mais comment j'ai pu rester avec ce type, comment je me présente au monde, avec ce parcours de vie, comment je m'aime à nouveau alors que je me suis laissée... Comment j'assume ça vis-à-vis des autres, c'est quelque chose de terrible qui peut ramener vers des histoires de consommation et du coup c'est aussi, je pense que quand il y a association c'est quand même de ce type de violence. [...] il y a une fragilisation, il y a un salage de la structure même de la personne qui est pour le coup extrêmement violente » (psychologue/Paris). Ce type de situations demande un accompagnement très spécifique. Faute de quoi la poursuite ou la reproduction de situations identiques peut

être vécue comme moins douloureuse que l'affrontement de la relation telle qu'elle a été, de son image vis-à-vis des autres et des implications pour l'avenir.

Focus : Le lien entre usage et violences concerne tous les types de produits

Ce qui ressort des consultations est que le lien entre violence et usage concerne tous les types de produits, ce qui diffère pourrait être la nature du lien.

Certains produits ont des effets engendrant des comportements violents

Dans le focus group de Paris, le crack et l'alcool sont décrits comme des drogues à dimension sexuelle, entraînant des dérives sexuelles importantes, contrairement à l'héroïne. Sur les scènes de consommation de crack notamment, il est rapporté que des viols collectifs peuvent être perpétrés. De manière plus générale, les produits stimulants auxquels le crack, la cocaïne ou les amphétamines appartiennent sont souvent associés à des conduites violentes. L'alcool est aussi identifié comme à l'origine de beaucoup de violences, et dans tous les contextes, à la maison comme dans la rue.

À Lisbonne, c'est « l'injection de benzodiazépine » qui est identifiée comme produisant de la violence. « Le flash ressenti rend la personne violente. En étant violente, elle engendre de la violence, et elle reçoit de la violence » (chargée de recherche). Cette drogue est alors présentée comme « pire que la cocaïne. Les personnes injectant des benzodiazépines ont une attitude très défensive, très agressive, des tendances suicidaires. Le suicide revient souvent dans leur conversation » (travailleuse paire).

Certains produits sont consommés pour supporter des situations de violences

À Rome, l'apport des professionnelles des centres d'accueil pour femmes victimes de violences témoigne qu'une très grande majorité de femmes victimes de violences, non usagères de drogues illicites, consomment de l'alcool et des médicaments psychotropes, antidépresseurs et anxiolytiques (directrice). Dans le cas des prostituées d'Europe de l'Est, le recours aux médicaments psychotropes pour supporter la situation est également fréquemment constaté.

Le caractère « social » de certaines drogues engendre indirectement des violences

Au-delà des effets produits par les substances psychoactives, c'est le caractère « social » de certaines drogues qui induit des situations de violence, par exemple,

« les femmes qui consomment de l'héroïne finissent par se retrouver dans des situations sociales beaucoup plus dégradées que les femmes qui consomment de l'alcool » (chef de service/Madrid). Ces situations de dégradation de la situation sociale qui exposent aux violences et qui constituent également des violences en soi peuvent concerner l'ensemble des produits dans les situations de dépendance, dans la mesure où la perte de contrôle peut entraîner un désengagement dans les sphères professionnelles et sociales conventionnelles.

Les produits utilisés dans le but de commettre des agressions

Certaines drogues, telles que l'alcool et le GHB, sont utilisées de façon volontaire dans l'objectif de perpétrer des violences dans le cadre de la « soumission chimique », notamment dans les milieux festifs et chez les jeunes femmes. Toujours dans ces contextes, une consommation excessive d'alcool ou associée à des produits de synthèse peut également provoquer des états d'inconscience chez des jeunes femmes, « *qui constatent quand elles reprennent conscience des marques physiques d'agressions sexuelles, mais ne se souviennent pas de ce qu'il s'est passé* » (directrice CAV / Rome).

3.2.4. Les facteurs d'ordre sociaux ou culturels pouvant favoriser l'usage, la dépendance ou constituer un frein à la sortie de l'usage et un facteur favorisant les rechutes

D'autres facteurs concernant l'environnement social et culturel des femmes sont à prendre en compte car ils peuvent renforcer l'exposition des femmes aux violences ou les maintenir dans une situation de « co-dépendance » à la relation et au produit.

La banalisation de la violence

Le milieu de la « toxicomanie » est un milieu où la violence est ordinaire, elle fait partie intégrante de la vie. Cette banalisation, qui constitue une violence symbolique intériorisée, est un obstacle important à la prise en charge des violences. Celle-ci est perçue comme légitime, méritée, courante. Perçue comme normale par les femmes usagères, « le climat global de violence rend également difficile pour les professionnels d'identifier les violences spécifiques dont sont victimes les femmes » (éducatrice / Paris).

La précarité

Le public des femmes fréquentant les centres d'accueil pour usagers de drogues à bas seuil d'exigence et les centres de prise en charge de la dépendance

représentés dans les focus groups est un public spécifique, composé essentiellement de femmes dans des situations précaires et qui cumulent les difficultés. Sans qu'il soit possible dans cette consultation d'établir des distinctions socio-économiques en raison du biais important lié au public observé, la précarité a néanmoins été citée comme un facteur favorisant l'exposition aux violences.

À Paris, des participantes du focus group en contact par ailleurs avec un public de femmes plus insérées, soit dans le cadre d'un projet de recherche soit dans le cadre de leur activité professionnelle, constatent que, si les violences touchent également ces femmes mieux insérées, elles sont néanmoins moins présentes et systématiques.

La précarité a également été citée comme « un facteur de vulnérabilité et d'exposition aux violences évident et considérable, les femmes vivant dans la rue étant particulièrement exposées » (psychologue et chargée de recherche / Lisbonne). La précarité est un facteur d'exposition aux violences mais également un facteur limitant la possibilité de mise à distance de la violence. L'absence de ressources propres et la dépendance matérielle favorisent les situations de violences et limite la possibilité d'y échapper. « Il y a des situations de violence dans lesquelles des femmes ne quittent pas leur agresseur et supportent des violences insupportables » (directrice / Rome) ; « Je pense aussi, j'ai constaté que les femmes victimes de violence ont beaucoup de difficulté à demander du secours et à donner suite à cette demande de secours parce que la femme en question dépend de son agresseur et donc il est très rare qu'elle donne suite à la plainte qu'elle a déposée auprès des autorités. Parce qu'elle courra le risque d'être victime d'agression redoublée et elle dépend également matériellement de cet homme, de ce compagnon » (psychologue / Lisbonne).

La dépendance matérielle : un frein à la sortie de l'usage

La seule prise en compte des composantes psychologiques et affectives est insuffisante pour répondre de façon satisfaisante à la question de la prise en charge des violences et de la dépendance. Au-delà du traitement et de la prise en charge médicale, et du travail psychologique, le travail de réinsertion sociale doit être associé, afin de favoriser la réussite de la sortie de la dépendance et de l'exposition à la violence.

« Pour ce qui est de la prise en charge d'individus qui ont subi de très forts traumatismes dans l'enfance et l'adolescence, il y a une première phase où il est possible d'interrompre la consommation mais il est difficile de faire que cette interruption dure du fait de la souffrance qui vient d'autrefois. Donc la tendance à la rechute est plus forte.

Là c'est très difficile, et puis il y a aussi de très grandes difficultés au plan de la réinsertion lorsque la personne est sevrée. Donc premièrement, il y a la difficulté du sevrage et puis ensuite la difficulté de la réinsertion, l'obtention de compétences, d'outils qui lui permettront de maintenir cette abstinence, et c'est très difficile d'obtenir des ressources dans ce domaine, nous en avons trop peu » (psychologue / Lisbonne).

Envisager une sortie de l'usage sans travailler suppose donc de permettre aux femmes d'accéder à une autonomie matérielle, sans laquelle les rechutes sont presque inévitables. « Tout ce que vous avez dit est vrai les rechutes dont j'ai été victime ont toujours été dues à une absence de possibilité de réinsertion sociale. Le traitement c'est une chose, et ça va, mais lorsqu'il s'agit de retrouver de l'autonomie, de retrouver un sens pour la vie, une valeur pour soi-même on n'a pas de réponse, et une personne qui est déjà perturbée au niveau de l'estime de soi sans ces ressources retourne rapidement dans la consommation. Et je suis d'accord avec vous pour le conseil thérapeutique, après des années d'abstinence j'ai encore des consultations et c'est très important, mais le fait que la réinsertion sociale ne se fasse pas ou se fasse très mal c'est vraiment un facteur d'échec pour tous les traitements aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Aujourd'hui nous parlons des femmes victimes de violences » (travailleuse paire / Lisbonne).

Focus : des groupes plus exposés aux violences

Certains groupes de personnes, moments de la vie ou situations ont été évoqués dans les focus group comme particulièrement exposés ou exposant aux situations de violences.

Les femmes se prostituant

Les législations pénalisant la prostitution ou certaines pratiques prostitutionnelles peuvent également augmenter les risques de violences subies par les femmes, contraintes à exercer leur activité dans les endroits les moins visibles, et où de fait les possibilités et risques d'agressions sont plus importants. « Je pense que l'on peut également de façon générale parler de la violence dans le contexte des politiques. Comme je l'ai dit le fait que le travail du sexe ne soit pas légal ne soit pas reconnu comme travail, ne soit pas règlementée, ça, c'est une violence pour les femmes » (chargée de recherche / Lisbonne).

Les femmes étrangères en situation irrégulière

Elles sont aussi surexposées du fait de l'illégalité dans laquelle elles se trouvent. Parce qu'elles ne peuvent courir le risque d'aller porter plainte de peur d'être expulsées, elles constituent des cibles privilégiées d'agressions.

Les personnes transsexuelles

Les personnes transsexuelles, qui subissent de très fortes agressions de la part des hommes, ont également été citées dans les focus groups comme un groupe très exposé qui ne doit pas être délaissé.

Les femmes enceintes

Le moment de la grossesse a également été cité dans les focus group comme un moment où les violences psychologiques et physiques augmentent, ce que l'étude de cohorte menée dans la région de Valence⁷ en 2008 par l'équipe du centre de recherche en santé publique de Valence (présentée dans la revue de littérature) avait également souligné.

Les femmes en couple avec un partenaire consommateur

Les femmes en couple dont le conjoint est consommateur seraient également plus exposées aux situations de violences, qu'il s'agisse de violences psychiques dans le couple provoquées et/ou amplifiées par la consommation de substances psychoactives, ou exposition aux violences (entrée dans la prostitution pour payer la consommation du couple...)

3.2.5. L'arrêt des violences : un facteur favorisant la sortie de l'usage

La mise à l'abri des femmes victimes de violences semble un prérequis au succès d'une prise en charge de la dépendance, même si elle ne la garantit pas. L'apport des participantes du focus group de Rome, travaillant auprès des femmes victimes de trafic, montre que lorsque les femmes entrent dans la consommation pour supporter les violences subies, elles peuvent abandonner rapidement la prise de médicament dès la mise à l'abri. « Il est important de dire que les femmes qui rejoignent les services de protection, *qui sortent de l'exploitation arrêtent presque immédiatement l'utilisation de substances. Les femmes qui viennent dans notre centre qui accueillent les femmes victimes de trafic, en général elles arrêtent de consommer quand elles ne sont plus exploitées sexuellement. Parce que les drogues sont utilisées pour leur permettre de supporter le travail de prostitution ou pour être plus performantes dans le travail sexuel* » (psychologue / Rome).

Les informations recueillies lors de la consultation des professionnel·e·s montrent à quel point la dimension des violences et celle de l'usage sont

7. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J., «*Intimate Partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain*», Psychosomatic medicine, 2005.

liées, sans jamais toutefois pouvoir en déterminer la nature du lien de manière précise. L'exposition aux violences comme l'entrée dans l'usage peuvent avoir des déterminants communs. Les violences peuvent constituer un déterminant d'entrée ou du maintien dans l'usage, quand réciproquement l'usage et la dépendance peuvent représenter des facteurs favorisant l'exposition aux violences, ou la survenue de comportements violents. Ces facteurs et déterminants peuvent être d'ordre psychologique, individuel, ou social et culturel, voire relever du champ des politiques. La prise en charge d'une personne suppose de pouvoir répondre de manière globale aux différents aspects la maintenant dans une situation de violences et/ou de dépendance, ce qui implique des ressources et des moyens adaptés à des situations variées existants et s'articulant entre eux.

3.3. Les actions de prise en charge des violences

La prise en charge globale des femmes usagères de drogues victimes de violences suppose d'agir sur l'ensemble des déterminants de la dépendance mais aussi sur ceux des violences, celles-ci étant, comme nous l'avons vu, un facteur favorisant le recours à l'usage, un obstacle à la sortie de l'usage et un facteur favorisant les rechutes. Les professionnels exerçant auprès de femmes usagères subissant ou ayant subi des violences se trouvent ainsi confrontés à des personnes présentant des problématiques multiples. Or la prise en charge des violences subies par les femmes, si elle est une condition de la réussite des traitements et de la prévention des rechutes, n'est pas inscrite dans les projets d'établissement ou missions des structures agissant auprès des personnes usagères de drogues. Cette question est encore aujourd'hui insuffisamment prise en compte et reléguée à une place secondaire.

Les réponses à la question des violences dans les structures accueillant des femmes usagères de substances psychoactives relèvent donc souvent de décisions ou d'initiatives prises par les structures, les équipes de direction ou une ou plusieurs personnes au sein des équipes portant cette problématique. De par le caractère non reconnu de leur mission dans ce domaine ou parce qu'elles/ils se heurtent à des obstacles structurels ou institutionnels en dehors de leur domaine d'intervention, ces actions peuvent être limitées dans leur mise en place.

Cette partie vise à approfondir les actions de prise en charge des violences développées par les professionnel-le-s de la réduction des risques et de la dépendance et les limites auxquelles elles/ils se heurtent, endogènes ou exogènes, lors de leur mise en place.

3.3.1. Les actions de prise en charge dans l'urgence

Le premier niveau de réponse concerne les actions mises en place face aux situations de violences aiguës et pour lesquelles il est nécessaire/possible d'agir immédiatement.

L'accompagnement

L'accompagnement des femmes ayant subi des violences est une des activités largement mises en œuvre par les structures accueillant ce public.

Ces accompagnements peuvent se faire, dans le cas de viols ou d'agressions physiques, au commissariat, dans les services médico-judiciaire, dans les services de traumatologie. En effet, la parole d'une femme usagère, qui plus est sous l'effet de produit et/ou si elle se prostitue, est rarement considérée, et il est important qu'un accompagnateur vienne soutenir sa plainte, ne serait-ce parfois que pour montrer à la femme ayant subi l'agression qu'une ou des personnes accordent du crédit à sa parole.

De plus, la violence est souvent banalisée chez les femmes elles-mêmes, qui ont intériorisé le fait d'être des coupables et non des victimes, et un travail doit être fait auprès d'elles pour les amener à déposer une plainte. Parce que les femmes pensent « normal » de subir des actes de violence lorsqu'elles vivent dans la rue, « la plainte permet justement d'inscrire quelque chose autour de l'acte de violence, et de travailler sur le fait qu'il n'est pas normal de subir cet acte de violence » (psychologue / Paris).

Néanmoins, avant d'accompagner une femme porter plainte, il faut s'être assuré que la plainte ne mettra pas la femme davantage en danger. Dans certains cas, en effet, si la plainte ne donne lieu à aucun suivi, aucune mise à l'abri, le retour de la femme dans la situation précédant la plainte auprès de l'auteur des violences peut avoir de graves conséquences.

La mise à l'abri

La mise à l'abri dans des structures d'hébergement dont l'adresse n'est pas communiquée est donc une composante essentielle de la prise en charge des violences. Cependant, les structures classiques d'hébergement pour les femmes victimes de violences ne sont souvent pas adaptées aux spécificités des femmes usagères. Soit elles n'acceptent pas les femmes consommatrices actives, soit les règlements intérieurs sont trop difficiles à respecter par les femmes. « Dans ces ressources, *il n'y a pas de prise en charge spécifique qui tienne compte de tous les problèmes de ce cas particulier qui va être accepté. Eh bien ça devient difficile et effectivement on ne peut pas garantir que la femme en question*

va rester dans cet hébergement, dans ce dispositif, parce que finalement son cas ne peut pas être abordé correctement » (chargée de projet / Madrid). Pour répondre à ce besoin, « une ressource spécifique a été créée, des hébergements où les femmes consommatrices sont acceptées, y compris avec leur enfant⁸ ».

Focus : La détection des violences

« Les femmes montrent plus qu'elles ne disent les violences subies, la mise en mots est difficile » (psychologue/paris).

Souvent l'identification se fait dans les structures lorsque des marques de violences existent et sont visibles. « On est témoins aussi de manifestations de violence conjugale, vous en parliez, elles en parlent assez peu je trouve elles viennent nous montrer, avec des cocards, bien sûr, et c'est à nous de pouvoir en parler mais ça vient difficilement dans la parole » (psychologue / Paris). Ce n'est pour autant pas forcément à ce moment-là que le sujet peut être abordé. En outre, d'autres violences sont moins visibles et la question de la détection et de ses modalités se pose alors.

Faut-il ou non demander aux femmes si elles font ou ont été l'objet de violences lors de leur accueil dans les structures de réduction des risques ou de prise en charge de la dépendance. Cette question a été largement débattue, notamment lors du focus group de Paris. De façon très majoritaire, les intervenants déclarent ne pas aborder directement ce sujet, alors que de nombreux autres sujets délicats peuvent être abordés lors du premier entretien. Le fait de poser ou non la question des violences subies est dans ce groupe actuellement débattu dans les équipes, qui ont pu également faire appel à des intervenants extérieurs. En général, ceux-ci étaient plutôt favorables au fait de poser la question afin de pouvoir connaître la situation dans laquelle se trouve l'usagère du service. La question de la réponse se pose alors, car en absence de réponse à apporter, la violence peut-être redoublée pour la femme qui s'est confiée et exposée, et pour l'intervenant qui se retrouve désarmé par rapport à cette situation.

Il faut aussi savoir respecter le temps de la personne. Certaines femmes ont à la fois un problème de dépendance aux substances psychoactives et subissent des violences. Lorsqu'elles viennent dans les structures de réduction des risques ou de prise en charge de la dépendance, c'est en premier lieu de leur consommation qu'elles viennent s'entretenir, c'est pour cette problématique qu'elles viennent chercher des réponses. Si par ailleurs elles subissent des violences,

8. Projet Malva : www.fsyc.org/malva.

elles peuvent préférer ne pas aborder ce sujet et cela pour différentes raisons : parce qu'il est prématuré pour elles d'aborder cette question, parce qu'elles ont développé des stratégies propres leur permettant de « gérer » la situation, parce qu'elles se sont adressées à une autre ressource spécifique pour ce problème particulier.

Bien souvent, c'est la femme usagère qui va, au moment qu'elle choisit, dévoiler la situation qu'elle vit aujourd'hui ou les violences subies dans l'enfance. La personne dépositaire peut alors être n'importe quel intervenant de l'équipe. Là encore, c'est bien souvent l'usagère qui va choisir à qui se confier, et le cadre dans lequel elle va le faire. Cela peut être lors de situations informelles, en discutant, en fumant une clope, lors d'un accompagnement chez la gynécologue, à la piscine, où la question du corps se pose de façon plus évidente. Ou encore lors d'activités qui rappellent l'enfance, un atelier cuisine ou des soins avec une psycho-esthéticienne. Ensuite cette information pourra être partagée avec le reste de l'équipe qui pourra élaborer une stratégie pour prendre en charge cette question.

Sans aller jusqu'à parler de protocoles de détection formalisés, diverses stratégies se sont développées pour susciter la parole des femmes victimes de violences. Et les participant(e)s aux focus groups disent tous(tes) que la question de la prise en charge des violences a pris une part de plus en plus importante ces dernières années. « C'est un peu comme pour le reste de la médecine, tu diagnostiques *ce que tu recherches en fait* » (chef de service / Madrid).

Le centre d'accueil bas seuil B18, à Paris, a mis en place en partenariat avec le programme du Lotus Bus de l'association Médecins du monde un observatoire des violences. « *Cet observatoire consiste à recenser toutes les violences subies par les femmes dès qu'elles nous les racontent, qu'il s'agisse de la violence du compagnon, du client, des violences entre elles. Tout est consigné, avec l'accord de l'usagère (avec qui, quand, comment, les coups ce que l'on voit d'apparent et ce qui ne l'est pas, est-ce qu'il y a une plainte, puis tout le processus judiciaire mais toujours en accord avec elle, ce qui permet parfois de pouvoir les emmener jusqu'au commissariat). Et on peut voir jusqu'où ça été, s'il y a eu une procédure menée. Parfois certaines ont été jusqu'à la confrontation, donc jusqu'au passage au tribunal, mais c'est vraiment très minoritaire. On travaille là-dessus* » (chef de service / Paris). Cet observatoire, initialement mis en place pour documenter la situation des femmes se prostituant et mesurer l'évolution des prises de risques en fonction de la pénalisation de certaines activités dans les législations (pénalisation du racolage, des clients...), s'est révélé être un outil permettant d'engager des discussions avec de nombreuses femmes, et en particulier de travailler les situations de répétition où l'évitement est important.

Les femmes ont été amenées progressivement à alimenter l'observatoire : « Au départ on a communiqué en disant qu'on avait une inquiétude particulière sur les violences qu'elles subissaient. Qu'on avait des difficultés à recevoir leurs paroles [...] que c'était compliqué pour nous, qu'on avait pensé à recenser ces questions pour dresser un état des lieux de ce qui se passe à travers la prostitution et la consommation, mais que c'était aussi un outil pour elles, quand les violences sont répétées, on peut à partir du fichier, revoir les agressions passées et montrer que la violence en cours n'est pas nouvelle ou isolée. À un moment donné on peut reprendre ce fichier et leur dire tu te rappelles, il y a trois mois tu es venue nous voir, tu avais telle et telle marque sur le visage, il s'est passé telle et telle choses, c'est encore la même chose. »

À Madrid, les équipes de l'Instituto de Adicciones de Madrid (qui relève de la municipalité) ont élaboré un protocole d'intervention et de prise en charge des femmes victimes de violences, qui est sur le point d'être publié. « Le protocole est le résultat d'une étude qui a pris environ deux ans, et ça a été fait avec ce que nous appelons un groupe d'amélioration, avec des professionnels de différents dispositifs pour avoir une vision globale pour avoir un document qui soit beaucoup plus riche. On a travaillé avec des gens qui ont une sensibilité particulière par rapport aux problèmes, qui ont une expérience préalable parce que leurs centres ont déjà travaillé avec cette vision-là. Tout ceci s'inscrit dans le cadre du plan municipal dont l'un des objectifs du point de vue stratégique est de prendre en charge la perspective de genre dans tous les domaines, qu'il s'agisse de la prévention de la prise en charge directe, de la réinsertion, des traitements, lorsque le document sera prêt l'institut des toxicomanies a prévu de faire une formation systématique dans tous les centres pour qu'il y ait donc cette formation et pour que l'on puisse donner des outils à tous les professionnels qui travaillent dans ces centres, pour qu'ils aient donc cette perspective de genre pour que l'on puisse détecter des violences et s'y atteler. Dans le document, on trouve différentes approches, c'est-à-dire comment prévenir comment aborder *la prévention de la violence* » (chef de service / Madrid).

Une autre façon d'amener les femmes à aborder la question des violences est d'aborder une approche qualifiée de « féministe » par certaines intervenantes, même si tous les participants ne mettent pas derrière ce terme cette même définition. Pour elles, il s'agit de parler de la violence dans son acception large, pas seulement de ses manifestations les plus graves, visibles ou spectaculaires, comme les agressions, les viols, les assassinats, mais d'aborder « toute cette violence subtile, *structurelle, habituelle contre les femmes*, [...] Quand on tient compte de cette espèce de violence latente contre les femmes en général, cela amène les femmes à rester,

à poursuivre leur traitement, à ouvrir des portes sur des choses dont on avait l'impression qu'elles n'étaient pas prêtes à aborder. Tout ça parce qu'on évite la confrontation, qu'on aborde les choses de façon plus indirecte. Et en outre cela permet d'améliorer la prise en charge donc pour traiter les femmes qui sont victimes de violences et qui sont toxicomanes il faut sans aucun doute cette approche féministe » (chargée de recherche / Madrid).

3.3.2. Les actions de prise en charge au long cours

Le suivi psychologique, individuel, thérapeutique

Un grand nombre des structures ayant participé aux focus groups, y compris dans les programmes d'accueil bas seuil, proposent des consultations ou un suivi psychologique ou psychosocial aux femmes usagères. Ces consultations ne sont pas spécifiques aux femmes ayant subi ou subissant des violences, et ne sont pas toujours le lieu, comme nous venons de le voir, où les violences sont exprimées. Le suivi psychologique fait néanmoins partie du processus de guérison de nombreuses femmes dépendantes et victimes de violences et aide les femmes à reconnaître comme réelle la situation de violence dans laquelle elles se trouvent, avant de les accompagner vers le changement. Il répond également à la question du psycho-trauma, évoquée par de nombreux participants dans l'ensemble des focus groups comme un problème majeur auquel sont confrontées les femmes ayant subi des violences.

Les espaces dédiés aux femmes

Les femmes fréquentant les centres accueillant les usagers de drogues se retrouvent souvent de nouveau en présence d'hommes ayant été à l'origine des agressions, ou même quand ce n'est pas le cas, dans un environnement masculin identifié comme potentiellement dangereux. Afin de permettre aux femmes d'échapper à ces situations, des espaces ou des temps dédiés prenant différentes formes sont mis en place par des centres.

Certaines structures ont des espaces physiques, des locaux destinés aux femmes et aux transsexuelles, tel l'Espace femmes du centre d'accueil B18 à Paris. D'autres structures prévoient certains créneaux horaires « réservés aux femmes, où elles peuvent venir avec leur enfant, mais ce n'est pas spécialement pendant ce temps-là qu'elles vont déposer les violences qu'elles ont subies, c'est plus un espace où on essaie de faire quelque chose autour du bien-être de la confiance en soi, de la coiffure du mieux-être, et puis un espace où elles se disent qu'elles sont tranquilles, *que ça fait du bien de se poser* » (psychologue/Paris).

D'autres structures où l'accueil est toujours mixte proposent des ateliers spécifiques pour les femmes. Ce peut être des moments où sont proposées des activités sur des thématiques spécifiques, autour de problématiques en lien avec la santé ou sur les questions de l'image et de l'estime de soi. Les ateliers animés par une psycho-socio-esthéticienne peuvent par exemple être l'occasion pour les femmes d'accepter les marques visibles des violences qu'elles ont subies. Les thématiques dans certains cas sont choisis par les femmes, et les équipes font parfois appel à des intervenants extérieurs, *« ce n'est pas forcément là où les questions personnelles surgissent, mais ce sont plutôt des moments conviviaux et de prise en charge spécifique sur des thématiques en commun »* (directrice / Paris).

La question des groupes de parole a également été évoquée, avec des différences importantes constatées selon que les groupes étaient mixtes ou non mixtes. *« Il y a des groupes spécifiques pour les femmes, réservés aux femmes, où l'on aborde tout. Le suivi du traitement, qui est une partie importante, est beaucoup plus facile lorsqu'on a ces ressources spécifiques pour les femmes. Et alors on peut aborder la question de la violence, et là elles peuvent verbaliser beaucoup mieux dans un contexte où elles se sentent mieux comprises du fait qu'il y a cette approche éminemment féministe. Ce n'est pas quelque chose qu'on a étudié de façon analytique mais c'est quelque chose qu'on a quand même apprécié, constaté. Les femmes qui viennent à ce groupe y restent longtemps en général elles ne manquent pas de séance, cela se passe bien »* (chef de service / Madrid).

La mixité des équipes a également été abordée dans sa complexité. À Paris, l'expérience des équipes ayant mis en place des espaces dédiés aux femmes les porterait plutôt à privilégier une mixité au sein des équipes. La présence de femmes au sein des équipes est nécessaire et rassurante pour les femmes, certaines ne souhaitant pas discuter avec les hommes des équipes. *« Après sur la question de la présence d'hommes et de femmes dans l'équipe, c'est vrai qu'elles en parlent beaucoup plus facilement à des femmes en fait. Et parfois mes collègues me disent "quand t'es pas là, telle fille elle ne rentre pas. Enfin elle reste à la porte, elle demande ce qu'elle veut, et elle repart en fait »* (psychologue / Paris). Néanmoins, la représentation que les femmes victimes de violences ont des hommes peut aussi être intéressante à travailler à travers le lien avec du personnel masculin, lorsque celui-ci est formé et sensibilisé à cette question. *« Travailler le lien avec les hommes de l'équipe, qui sont dans des postures autres que celles de leurs clients, peut avoir un impact. Dans le sens où des accompagnements peuvent être faits par des éducateurs hommes, après avoir toujours demandé aux filles si ça leur convenait, mais quand elles acceptent en fait, ça crée aussi un autre rapport et change leur représentation, où l'homme n'est pas forcément un agresseur, et c'est assez intéressant de voir ce que ça peut provoquer comme mouvement, qui va un peu vers une réparation, du moins une tentative de réparation. »*

L'association des usagers, l'auto-support

Permettre aux femmes d'accéder à des groupes d'auto-support ou à des associations d'usagers est aussi une action proposée par certaines structures mais qui reste encore très marginale. Ainsi, à Paris, des usagères des services sont orientées vers une réunion spécifique créée à l'initiative d'une association travaillant auprès de femmes prostituées et qui fonctionne très bien.

L'embauche de travailleuses paires peut de façon évidente modifier la relation des femmes usagères à la structure *« Certaines personnes que je connaissais dans le contexte de la consommation, dont je suis sortie depuis quelques temps, sont entrées dans la structure où je travaille par empathie, parce qu'elles se sont rendu compte qu'il y avait quelqu'un comme elles, ça leur permettait de se sentir à l'aise et protégées au moment où elles prennent contact avec la structure »* (travailleuse paire / Lisbonne).

Malgré cela, force est de constater que les femmes usagères sont encore peu associées à l'élaboration des projets de manière active et participent peu à l'organisation et aux actions dans les structures, la question de la représentation du sujet perçu comme passif, victime et non autonome étant une nouvelle fois soulevée.

3.3.3. Les actions de consolidation de la sortie de l'usage et la mise à distance des situations de violence

Le travail auprès de l'entourage

Comme cela a été évoqué plus haut, le rôle de l'entourage est primordial pour que les femmes puissent échapper ou s'extraire aux situations de violences ou génératrices de violences. *« Et puis j'ajouterai aussi le travail en parallèle autant que faire se peut auprès des personnes importantes, de l'entourage. Parce qu'on ne parle pas seulement de ce que fait la femme, mais il y a aussi ce que son entourage l'autorise à faire, il faut travailler auprès des familles auprès des conjoints des compagnons c'est très important aussi »* (psychologue / Madrid).

Dans les structures de traitement de la dépendance, l'accent est naturellement mis sur le suivi et les progrès du traitement. *« Or en ce qui concerne la recrudescence de la violence, la femme est plus exposée dans la mesure où elle a moins d'appui, la violence est donc proportionnellement plus grande lorsque l'appui est moindre, qu'il s'agisse de l'appui de la famille ou des structures. Et ça c'est peut-être plus grave que la gravité de la dépendance »* (chargée de recherche / Lisbonne).

La réinsertion, l'autonomisation

La question de la sortie de la dépendance des femmes et du dépassement des situations de violence est donc conditionnée à celle de leur autonomie

matérielle. L'apport des participantes au focus group de Rome travaillant dans les centres d'accueil de femmes victimes de violences est très riche en la matière, dans la mesure où est proposée une approche globale s'efforçant de prendre en compte les différents déterminants de la violence et en particulier la dimension sociale et politique, afin de ne pas réduire uniquement la prise en charge à la dimension psychologique. « Une étude a été menée pour essayer de voir quel était le coût social de la violence. Les résultats montrent clairement que si on ne donne pas à une femme l'opportunité de briser ce cercle de la violence, elle ne peut gérer et dépasser les différentes difficultés et inadaptations auxquelles elle peut être confrontée : absence d'emploi, perte de son logement, besoins spécifiques pour ses enfants, lorsque ceux-ci par exemple souffrent d'hyperactivité ou de troubles de l'attention. [...] Les services sociaux s'adressent à un problème ou à un autre, mais ils n'ont pas d'approche, de stratégie globale. Et cela évidemment ne conduit pas à une amélioration parce qu'il est essentiel pour la femme de recouvrer une identité sociale, une autonomie lui permettant de s'attaquer à ses problèmes individuels. C'est ce que nous pensons être la spécificité des centres antiviolence. L'approche que nous utilisons dans notre centre antiviolence n'est pas la psychothérapie individuelle, c'est l'analyse des implications sociales du phénomène et l'organisation d'un programme de vie alternatif, qui implique différentes activités, les mettant en lien avec des partenaires institutionnels et non institutionnels » (directrice CAV / Rome).

3.3.4. Les actions indirectes afin d'améliorer la prise en charge

La construction de partenariats

Les activités supposent d'avoir au préalable identifié des structures proposant ces services et construit des liens avec elles. Des progrès notables ont été réalisés dans le dialogue avec les associations ou organisations accueillant des femmes victimes de violences et des partenariats ont été noués sans que des protocoles aient forcément été formalisés. Des réunions de concertation avec des instances concernées par ces questions, où participent la police, la gendarmerie, les juges, les travailleurs sociaux, les centres d'hébergement spécialisés dans l'accueil des femmes victimes de violences ont été mises en place en Seine-et-Marne (banlieue parisienne) et à Madrid. « Il y a un lieu de rencontre où se retrouvent différents services municipaux ; différentes organisations, c'est ce qu'on appelle le forum technique des toxicomanies. Et à ce forum il y a différents groupes l'un des groupes est sur la violence de genre, il y a des tables rondes, et là nous abordons toutes ces questions » (chef de service / Madrid).

Mais ces partenariats restent encore trop dépendants de la volonté des acteurs locaux et des liens existants entre les équipes des différentes structures. Et au-delà des problèmes de sensibilisation des structures de mise à l'abri sur les questions de l'usage de drogue, les réglementations et protocoles administratifs empêchent parfois la prise en charge effective des femmes concernées.

La formation

Certaines associations ont également commencé à mettre en place ou à programmer des formations sur les violences afin de favoriser l'implication des professionnels en familiarisant avec cette thématique qu'elles/ils peuvent ne pas oser aborder, par crainte de ne pas être compétent dans ce domaine : « *Dernièrement, on s'intéresse fortement au psycho-traumatisme, donc on est en train de se former, certains membres de l'équipe ont fait une formation et puis là on fait une formation en interne pour l'ensemble de l'équipe* » (directrice / Paris). D'autres formations ont eu lieu sur la prise en charge de la dépendance avec une perspective de genre : « Nous ça fait déjà plusieurs années au moins trois ou quatre ans qu'on prévoit ces séminaires de formation pour les professionnels avec la perspective de genre et le travail sur les toxicomanies et j'en veux pour preuve ce qu'on a obtenu » (psychologue / Madrid).

La question de la prise en charge globale qui comprendrait la détection et une réponse aux violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives occupe aux dires des professionnels une place de plus en plus importante au sein des structures. De façon non systématique, et à l'initiative des équipes projet ou de la direction sensibilisées à cette problématique, des activités de prise en charge se mettent en place. Toutefois, ces actions restent isolées et leur impact est limité par un certain nombre de freins structurels, institutionnels ou socioculturels.

3.4. Les obstacles à la prise en charge globale des femmes usagères et victimes de violences

Alors que la nécessité de prendre en charge la question des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives s'impose de plus en plus dans les structures de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance comme un facteur influençant le processus de gestion ou de sortie de l'usage, les professionnel-le-s se trouvent dans une situation où les actions qu'ils mettent en place pour répondre aux situations concrètes auxquelles ils sont confrontés se heurtent à des obstacles dans un dispositif existant n'ayant pas encore intégré cette dimension.

3.4.1. La non-intégration de la perspective de genre

Traiter la question des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives suppose de développer dans les services de réduction des risques ou de prise en charge de la dépendance une approche spécifique au regard des besoins du public féminin. Or cette approche est loin d'être développée partout et systématisée pour des raisons endogènes aux structures mais aussi faute d'être initiée et portée politiquement.

Focus : L'approche intégrée de la dimension de genre* : éléments de compréhension

« Le concept de l'approche intégrée de la dimension de genre est né dans les années 1990. Les années 1980 avaient vu l'introduction d'actions spécifiques/positives visant à s'attaquer aux désavantages subis par les femmes. Cela a été le coup d'envoi de politiques orientées vers les femmes, bien que marginales. Ces politiques se focalisaient sur "ce que les femmes n'avaient pas", l'hypothèse implicite étant que le problème venait des femmes, et que c'était donc aux femmes de changer. Il s'est cependant avéré que les actions spécifiques en faveur des femmes n'apportaient qu'une solution partielle. Elles préparaient les femmes à fonctionner dans une culture majoritairement masculine mais ne la remettaient pas en question. Ce constat a débouché sur une nouvelle période, la période de l'intégration de la dimension de genre, avec un recentrage sur les systèmes et les structures, sur le lien entre les femmes et les hommes et leurs besoins individuels.

Cette approche a bénéficié d'un accueil favorable à l'échelon international, lors de la quatrième Conférence des Nations unies sur les femmes, organisée en 1995 à Pékin. L'intégration de la dimension de genre reconnaît que les structures existantes ne sont pas neutres du point de vue du genre, mais qu'elles privilégient l'un ou l'autre sexe de différentes façons, et de manière plus ou moins subtile. Par conséquent, des politiques d'apparence neutre sur le plan du genre peuvent en fait renforcer les divisions et donc défavoriser encore davantage les femmes ou les hommes. »

Les définitions données ci-dessous sont celles des Nations unies et du Conseil de l'Europe

« L'intégration de la dimension de genre, "... c'est évaluer les incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des

hommes dans l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines – politique, économique et social – de manière à ce que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Le but est d'atteindre l'égalité entre les sexes". »

(Nations unies. Ecosoc, 1997, <http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/1997/e1997-66.htm>)

« L'approche intégrée consiste en la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en œuvre des politiques ».

(Conseil de l'Europe. Intégration de la dimension de genre: cadre conceptuel, méthodologie et présentation des bonnes pratiques. Strasbourg. 1998

[http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/02_Gender_mainstreaming/100_EG-S-MS\(1998\)2rev.asp#TopOfPage](http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/02_Gender_mainstreaming/100_EG-S-MS(1998)2rev.asp#TopOfPage)) »

* Les extraits présentés dans cet encadré proviennent du Guide Equal de l'intégration de la dimension de genre de la Commission européenne,

http://ec.europa.eu/employment_social/equal_consolidated/data/document/gendermain_fr.pdf, disponibles également en anglais, espagnol, portugais et italien.

Des freins au sein des structures

La question se pose en effet d'avoir des actions spécifiques pour une population minoritaire dans les files actives: « Sur la question des femmes, à part dans les lieux spécifiques qui n'accueillent que des femmes, elles sont minoritaires, du coup c'est compliqué au sein des équipes, il y a aussi la question entre guillemets de la rentabilité des actions qui sont proposées, du maintien au long cours, et là je pense que c'est important aussi de pouvoir soutenir les professionnels » (psychologue / Paris).

Une autre difficulté pour intégrer cette approche est qu'il y a une confusion entre « la nécessité de traiter de manière spécifique les femmes et les hommes avec l'inégalité de traitement. L'égalité de traitement reviendrait à traiter tout le monde de la même façon, la question des spécificités est très compliquée. » (chargée de projet / Paris). Pour certains acteurs au sein des équipes, « avoir une approche spécifique reviendrait donc à remettre en question l'égalité d'accès ou

aux droits » (psychologue / Paris), ou à considérer les femmes « obligatoirement comme des victimes, des personnes faibles » (chargée de projet / Paris).

Enfin, cette approche, au-delà du rapport aux usagers, remet en cause les rapports de genre dans son ensemble, et peut être déstabilisante pour certains intervenants car cela les amène à s'interroger sur leur propre identité et leur parcours, mais également sur leurs propres préjugés et la manière dont ils peuvent contribuer à renforcer les inégalités sociales de genre : « Je pense que ça remet en cause, qu'on soit un homme ou une femme, c'est pour ça que j'ai trouvé que c'était intéressant de travailler sur la question des femmes, ça m'a appris aussi sur moi-même, sur mes représentations, et sur comment sans le savoir, sans le vouloir, eh bien tu participes... et moi c'est ça que j'ai trouvé intéressant, mais du coup c'est aussi difficile pour les équipes parce que ça remet en cause... et puis ça va aussi sur des terrains qui sont souvent en lien avec des souffrances, des difficultés. » (psychologue / Paris).

Une approche nécessaire à intégrer selon les professionnels

La violence concerne les femmes au premier plan, comme le prouvent les statistiques. « Au Portugal la question de la violence sur les femmes est évoquée au plan général. Une femme y est tuée chaque semaine à la suite de violences domestiques, soit 50 femmes par an en moyenne, donc c'est un problème sur lequel on alerte la société » (psychiatre / Lisbonne).

Les risques courus par les femmes en situation de grande précarité sont de façon évidente plus élevés et graves et il est important d'y répondre de façon différenciée. « Je crois qu'on doit tenir compte de situations spécifiques, avoir des considérations spéciales, par exemple, le risque que court une femme dans la rue sans abri, ce n'est pas le même qu'un homme sans abri, mais quand on les inscrit sur une liste d'attente, ils sont traités de la même façon. Donc je crois qu'il faut quand même tenir compte de ces spécificités et si par-dessus le marché c'est une femme victime de violences, c'est une autre spécificité qui devrait être aussi prise en *considération de façon spéciale* » (chef de service / Madrid).

Le fait de ne pas intégrer la dimension de genre participe à garder éloignées les femmes usagères des dispositifs d'accueils d'usagers de drogues, en particulier en raison de la proportion plus importante d'hommes reçus dans les services. « Nous avons des services qui sont composés d'hommes et fréquentés par des hommes et cela crée une ambiance très *masculine, même si les professionnels sont souvent des femmes. Mais ceux qui reçoivent un appui sont surtout des hommes. Et nous savons qu'il y a des femmes qui n'arrivent même pas au service de réduction des dommages, qui sont le premier front, ni aux services de prise en charge. Il y a déjà beaucoup de facteurs qui ont été relevés dans la littérature*

qui en expliquent le pourquoi et on l'a dit, le rôle de la femme dans la famille, la stigmatisation plus forte qui fait que les femmes se rapprochent moins des services alors que ne faisons-nous pas ? [...] Pour autant que je le sache au niveau de la réduction des dommages, nous n'avons pas de services spécifiques exclusivement pour les femmes » (chargée de recherche / Lisbonne).

L'approche de « l'égalité de traitement » a montré ses limites dans d'autres domaines, qui commencent également à intégrer la question des spécificités de genre. « C'est comme dans la recherche médicale, on ne réagit pas forcément de la même façon au même traitement selon qu'on est un homme ou une femme par exemple pour la trithérapie. En effet tu peux avoir des stigmates liés à la trithérapie par exemple qui sont plus difficiles à gérer par une femme que par un homme, et on commence à s'en rendre compte » (chef de service / Paris).

Une absence de données permettant l'évaluation

L'intégration de la dimension de genre suppose de pouvoir évaluer l'incidence pour les femmes et pour les hommes des actions mises en place dans les structures de prise en charge, y compris sur la question des violences. Il est donc important d'avoir un recueil de données permettant de présenter l'ensemble des indicateurs et résultats avec une répartition par sexe, afin d'évaluer d'une part l'impact des actions n'intégrant pas la dimension de genre et de voir les éventuels écarts en fonction du genre, et d'autre part l'impact des actions spécifiques développées auprès des femmes par rapport aux actions non spécifiques, et les écarts éventuels. Or dans les faits ces indicateurs n'existent pas. « Je crois que la perspective de genre est fondamentale pour prévenir les situations de violence, mais aussi en général pour aborder le *problème des toxicomanies, qu'il s'agisse de la lecture des différents modèles de masculinité ou féminité, de comment cette perspective de genre a une incidence sur la consommation, sur la dépendance. Je ne veux pas que qui que ce soit se vexe, mais je crois qu'il nous reste beaucoup à faire dans ce domaine, et je crois que si on part sur cette voie, si on emprunte cette voie on verra qu'il y aura davantage de chose, c'est-à-dire des dispositifs spécifiques pour les femmes, on verra bien qu'il y a des femmes qui sont victimes de violences sévères, des femmes qui consomment activement [...] Il faut absolument avoir la perspective de genre et être capable de comprendre comment ces aspects de genre ont une incidence au niveau de tout ce qui est santé mentale, comportement, aussi bien des hommes que des femmes. [...] Et aussi bien dans le plan d'action en vigueur à l'heure actuelle que dans la stratégie nationale, à mon avis, par rapport aux critères dont nous avons parlé, il n'y a pas cette intégration de la perspective de genre, l'intention est là, mais ce n'est pas une réalité, les données reflétant la réalité sociale des personnes*

toxicomanes, autrement dit toute la politique qui va fixer la détection, le traitement, etc., n'a même pas les données ventilées par sexes. Évidemment ces données ne sont pas interprétées ni analysées, elles n'existent même pas. Alors si on n'a même pas ça alors, à quoi est-ce qu'on est confrontés ? On est confronté à des petites choses par-ci par-là, des personnes qui se trouvent à différents niveaux de la prise en charge, des petites actions concrètes, qui ont effectivement ce regard, cette vision, et qui obtiennent une ressource de ce côté, autre chose par là ; mais si les stratégies ou la stratégie politique qui définit comment détecter et prévenir et traiter le problème des toxicomanies, si ça tenait compte de la perspective de genre comme il faut, qu'on ne reste pas à des intentions, je pense que les choses pourraient complètement changer. Les objectifs, les mesures, les actions tout changerait et à partir de ce document, tous les autres seraient élaborés » (chargée de recherche / Madrid).

3.4.2. Un cloisonnement des services de prise en charge des dépendances et d'accueil de femmes de violences

Le cloisonnement des prises en charge s'opère à tous les niveaux, et c'est un point sur lequel l'ensemble des participants aux focus groups est unanime. « Il y a un problème fondamental, dès lors qu'une femme est toxicomane, elle n'a pas accès aux ressources auxquelles une autre femme aurait accès, parce que dès l'instant où elle est toxicomane, on l'envoie immédiatement vers le réseau responsable des problèmes de toxicomanie. C'est-à-dire qu'une femme toxicomane n'est pas sur un pied d'égalité avec les autres femmes qui peuvent avoir accès à des ressources destinées à la population générale. Ces ressources excluent les femmes toxicomanes même s'il y a une coordination entre différentes ressources. Dans la réalité, une femme toxicomane n'a accès qu'au réseau spécifique aux femmes toxicomane » (chef de projet / Madrid).

La quasi-impossible mise à l'abri des femmes consommatrices actives

La non-possibilité de prise en charge dans les centres anti-violences des femmes consommatrices actives est un problème majeur. D'un côté, les femmes consommatrices ne peuvent obtenir de places dans des structures de mise à l'abri ou des appartements pour les femmes victimes de violences, ce qui les maintient dans les situations d'exposition aux violences. D'un autre côté, les femmes victimes de violences hébergées dans les structures de mise à l'abri sont amenées à taire leur consommation souvent problématique de médicaments psychotropes, de peur d'être exclues des structures d'hébergement. « En fait, dans les appels d'offres publics, nous n'avons pas l'autorisation d'accueillir des personnes dépendantes aux drogues. Elles peuvent être victimes de trafic, elles peuvent être victimes de violences, mais nous n'avons

pas le mandat pour travailler avec elles » (directrice CAV / Rome). Pourtant ces deux problèmes sont souvent liés, et ne peuvent être traités de façon satisfaisante que par une prise en charge globale.

Le conditionnement au dépôt de plainte pour les mises à l'abri

Les restrictions concernant la mise à l'abri peuvent aller au-delà de la question de la toxicomanie. Le protocole formalisé dans la région de Florence conditionne l'hébergement dans un centre anti-violence au dépôt de plainte de la femme victime d'agression sexuelle se présentant dans un service d'urgence. « Non elle ne peut pas, pas encore, le protocole ne permet pas cela. Parce que la police doit être impliquée. Et ça, *c'est un gros problème, nous considérons que c'est une grande faiblesse du dispositif. Parce que comme ma collègue l'a précédemment fait remarquer, il serait souhaitable que les femmes qui n'ont pas reporté les crimes puissent néanmoins avoir accès aux centres antiviolence. Mais ce n'est pas le cas pour l'instant* » (chercheuse / Rome). Là encore, cette limitation peut avoir des conséquences importantes quant au maintien des femmes dans des situations d'exposition aux violences.

Le cloisonnement lié aux troubles psychiatriques

La prise en charge des personnes usagères de drogues souffrant de troubles psychiatriques est également problématique. « *Dans notre projet Malva, c'est l'une des choses que nous avons remarquées, qu'il y avait beaucoup de femmes qui commençaient à consommer des drogues ou de l'alcool, et des femmes qui s'en cachaient d'ailleurs pour la plupart, mais c'était effectivement pour supporter la situation de violence à laquelle elles étaient exposées. Lorsqu'il s'agissait de femmes consommant de l'héroïne ou dans des conditions d'exclusion ou de marginalité, de femmes qui étaient l'objet de beaucoup de violences physiques sexuelles psychologiques, elles venaient souvent dans l'institution après avoir été diagnostiquées comme ayant un trouble de la personnalité. Ces femmes finissaient par quitter les institutions parce que le traitement ne s'adapte pas à leurs problèmes ou parce qu'elles ne s'adaptent pas au traitement et elles retombent dans un cycle de violence qui est encore accru. C'est un profil assez clair de ces femmes souffrant d'un trouble de la personnalité pour lesquelles il est difficile d'intervenir* » (chargée de projet / Madrid).

Une prise en charge encore segmentée en fonction des produits

Malgré le fait que le phénomène de poly-consommation semble avéré et partagé par nombre de participants, il subsiste encore parfois l'idée que certains produits seraient des drogues et d'autres non (le plus souvent en lien avec le statut licite ou illicite du produit), ce qui a un impact en termes d'orientation et

de segmentation de la prise en charge. Ainsi, les médicaments psychotropes ne sont souvent pas considérés comme des drogues. Et la co-dépendance à l'alcool est souvent abordée comme un problème de second plan. « J'aimerais ajouter quelque chose. En Italie, il y a une mauvaise interprétation du concept d'abus de drogues. On parle de la consommation d'héroïne comme une dépendance mais les gens ne considèrent pas l'alcool ou la cocaïne comme dangereux. Et les médicaments psychotropes, *les drogues légales, sont souvent non reportés comme étant un problème. L'abus d'alcool est sous-estimé, très sérieusement sous-estimé* » (directrice CAV / Rome).

L'absence de formations croisées

Le cloisonnement décrit ci-dessus est également le fait d'un manque de formation ou même de sensibilisation des professionnels aux questions non spécifiquement traitées dans leurs domaines d'activité respectifs. Ainsi, les professionnels travaillant dans les centres d'accueil de femmes victimes de violences ne sont formés ni à la détection de la dépendance ni aux problématiques entourant la consommation. « Notre approche, par exemple, ne tient pas compte ou n'inclut pas une connaissance approfondie de l'usage de substance, car nos professionnels *ont été formés des années avant de travailler dans nos centres, et dans leur formation la dépendance aux drogues et les autres formes de dépendance étaient très rarement mentionnées* » (directrice CAV / Rome).

D'un autre côté, le personnel des structures accueillant des femmes usagères de drogues est également peu formé à la question de la détection des violences et à leur prise en charge : « Disons que dans les traitements on n'a pas vraiment pris en charge la violence sexuelle subie par les femmes toxicomanes, parce que nous ne sommes pas prêts en tant que professionnels pour faire face à ça, et c'est une erreur aussi de prétendre intervenir si l'on n'est pas préparé » (chargée de Projet / Madrid).

L'absence de travail en réseau

Un manque de coordination et de travail en réseau sur la problématique des violences subies chez les femmes usagères de substances psychoactives de la part d'acteurs exerçant sur le même territoire est également déploré par certains participants. « *Des lacunes existent dans le lien entre ces différences structures. Les ressources existent mais le travail en réseau ne se fait pas, contrairement à ce qui existe dans d'autres domaines, sur les questions de l'IVG, des mutilations génitales, on n'a peut-être jamais considéré les femmes toxicomanes comme un sous-groupe qui aurait besoin de quelque chose de spécifique. On réfléchit toujours au cas d'une femme lorsqu'elle arrive dans un service mais peut-être qu'il faudrait avoir une réflexion plus globale* » (psychologue / Lisbonne).

3.4.3. L'efficacité des prises en charge limitée par la faiblesse des réseaux de soutien et des dispositifs de réinsertion sociale

Au-delà de la segmentation et du cloisonnement des prises en charge, les professionnels se trouvent confrontés à des personnes présentant des difficultés accentuant leur vulnérabilité face aux risques de violences et de rechute après une période d'abstinence, sans avoir la possibilité d'agir sur ces déterminants, qui relèvent de facteurs d'ordre personnel et social, et pour lesquels ils observent une insuffisance de dispositifs existants. Ainsi, les actions mises en place par les structures de réduction des risques ou de prise en charge des dépendances, ou encore des centres d'accueil de femmes victimes de violences, et les résultats de celles-ci se voient limitées par l'absence ou l'insuffisance de dispositifs permettant d'inscrire ces résultats dans la durée. Les professionnels assistent alors à une répétition voire à une aggravation des situations ayant amené les femmes dans leurs structures, et à une absence de perspectives ou d'issues positives faute de réponses adaptées et suffisantes.

Des dispositifs de soutien insuffisants

Permettre aux femmes d'échapper aux situations de violences suppose des dispositifs de soutien complexes et globaux. Or « les dispositifs automatiques pour les femmes victimes de violences sont très rigides. Le problème n'est pas que les femmes victimes de violences refusent de porter plainte parce qu'elles ont un problème de confiance en elle, ou parce qu'elles sont attachées à leur agresseur, mais parce qu'une femme ne peut vraiment mettre son histoire d'agression de violence derrière elle que si elle a une alternative sûre et durable. Malheureusement, les services qui ne sont pas spécialisés dans les cas traitant les violences approchent la question en termes de motivation personnelle alors que le problème objectif est qu'il est vraiment nécessaire d'avoir un réseau pour soutenir ces femmes. Et si une femme n'a pas ce réseau de soutien, elle ne pourra pas être en mesure de rompre ce cycle de violence. Et forcer une femme à porter plainte après une agression si elle n'a pas d'alternative signifie d'exposer cette femme au risque d'être encore tuée, nous avons de nombreux cas de femmes qui ont été tuées. [...] Et nous nous devons un réseau d'aide, de soins de services d'aide juridique d'insertion sociale, d'aide à la parentalité. Nous avons besoin d'avoir un réseau de soutien aux femmes. Le problème c'est que nous encourageons les femmes victimes de violence à porter plainte, mais qu'après personne ne s'intéresse à ce qui leur arrive par la suite, par rapport à leurs enfants, ou est-ce qu'elles vont aller vivre par la suite, est-ce qu'elle va avoir une aide financière, tout ça est très problématique, nous devons avoir une approche globale » (directrice CAV / Rome).

L'absence de possibilités de réinsertion sociale

Les femmes usagères de substances psychoactives fréquentant les structures de réduction des risques et de prise en charge représentées dans les focus groups sont souvent dans des situations de grande précarité. Faute de perspectives de réinsertion sociale, l'autonomie matérielle des femmes est fortement compromise et le retour à des situations de relation dans lesquelles les femmes sont dépendantes et donc plus vulnérables face aux éventuelles violences est souvent leur seule solution. Cette problématique a particulièrement été discutée dans les focus groups de Rome et de Lisbonne.

L'insuffisance de dispositifs d'accompagnement des femmes usagères de substances psychoactives vers l'autonomie matérielle et la nécessité d'en développer afin de prévenir les retours à des situations de violences et les rechutes après une période d'abstinence est partagée par des professionnel-le-s gérant des centres d'accueil pour femmes victimes de violences : « Un autre problème est que les femmes ne peuvent pas briser le cercle de la violence car elles ne se voient pas comme économiquement indépendantes. Et dans la plupart des cas, elles ne le sont pas. Donc s'il y avait un dispositif pour soutenir les femmes vers l'indépendance économique cela pourrait aider les femmes à briser ce cycle de la violence. Car de nombreuses femmes dépendent totalement *économiquement de leurs partenaires* » (directrice / Rome) ; et par celles/ceux travaillant dans des structures de réduction des risques ou de prise en charge des dépendances : « Les femmes toxicomanes, qu'elles aient été gravement violentées ou pas sont des femmes qui n'ont que peu de débouchés professionnels car elles ont très peu d'instruction elles ont des débouchés professionnels infimes, donc il faut lorsqu'on travaille un changement de vie, elles ont très peu de moyens très peu de ressources, et cela ne vient que complexifier la situation. Je crois qu'il est fondamental de disposer de ressources pour aider la personne après la sortie de la consommation car cesser de consommer c'est une *chose, maintenir cette abstinence c'est autre chose, et c'est plus difficile* » (psychologue / Lisbonne).

Ces observations sont confirmées par le témoignage d'une travailleuse paire ayant connu elle-même plusieurs rechutes liées une absence de possibilités de réinsertion sociale. « Je suis d'accord pour dire que chaque fois qu'il y a une rechute à la suite d'un traitement, la rechute est toujours plus destructive, et que par conséquent la personne sera d'autant plus prête à accepter davantage de violence d'humiliation par ce que son estime de soi est encore amoindrie. Donc on part toujours du point où on est arrivé et c'est toujours plus destructeur. Tout ce que vous avez dit est vrai les rechutes dont j'ai été victime ont été toujours dues à une absence de possibilités de réinsertion sociale. Le traitement c'est une chose, et ça va, mais lorsqu'il s'agit de retrouver de l'autonomie, de retrouver un sens pour la vie, une valeur pour

soi-même on n'a pas de réponse, et une personne qui est déjà perturbée au niveau de l'estime de soi sans ces ressources retourne rapidement dans la consommation. Et je suis d'accord avec vous pour le conseil thérapeutique, après des années d'abstinence j'ai encore des consultations et c'est très important, mais le fait que la réinsertion sociale ne se fasse pas se fasse très mal c'est vraiment un facteur d'échec pour tous les traitements aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Aujourd'hui nous parlons des femmes victimes de violences » (travailleuse paire / Lisbonne).

3.4.4. Le non-financement des actions

La question des moyens financiers affectés aux actions de prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives a également été abordée comme limitant les possibilités d'interventions des structures.

Les incertitudes quant à la reductibilité des budgets

La question de la pérennité et de la reductibilité des budgets est une préoccupation forte des participant-e-s, dans une période de crise où les financements dédiés aux volets sociaux sont de plus en plus menacés. « Le traitement à la méthadone, ça fait partie du noyau dur de la prise en charge, et c'est garanti moyennant différentes formules sur le territoire, mais l'aspect social de la prise en charge des toxicomanes, là il y a des inégalités énormes entre les différentes communautés autonomes, et même sur un même territoire, en fonction de l'orientation du gouvernement, ça peut changer aussi. Les traitements de base sont garantis sur tout le territoire espagnol, mais la prise en charge, *ce n'est pas que le traitement de base, si on parle d'une prise en charge intégrale, il y a beaucoup d'éléments qui ne sont pas traités de la même façon sur tout le territoire national* » (éducateur / Madrid).

La non-reconnaissance des actions spécifiques à la prise en charge des violences

Les actions de prise en charge des situations de violences ne sont pas valorisées en tant que telles dans les structures de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance. D'une part, elles n'apparaissent pas en tant que telles dans les budgets des associations: « On a un budget général, global et on doit le gérer et il y a des choses que nous devons faire obligatoirement, il y en a d'autres où nous avons la liberté de recourir à des services pour compléter le nôtre. *C'est ce que l'on a fait avec les dépistages, par exemple* » (directrice CAV / Rome); ne sont pas présentées comme activités spécifiques dans les projets: « *Non on n'a pas de service comme cela. On peut faire des activités qui*

s'adressent plus spécifiquement aux femmes, mais nous n'avons pas de service qui soit spécifique, au niveau du plan financier, ce n'est pas prévu. Par exemple pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes là nous avons un service spécifique » (chargée de recherche / Lisbonne), « Concernant le domaine des addictions, je ne pense pas que la question des violences soit même mentionnée. La question *des violences de genre chez les usagers de drogues n'est jamais mentionnée* » (directrice / Rome).

D'autre part, le travail de réseau n'est pas réellement pris en compte, ni reconnu dans les rapports d'activité. « Pour nous, une demi-journée passée au réseau Dapsa pour deux professionnels, c'est 40 actes qui ne seront pas dans le rapport d'activité. La question de la violence ne se traite pas qu'avec la victime et au niveau de la prise en charge, elle se traite dans le réseau social. Parce que c'est des prises en charge complexes, donc du coup forcément ça demande plus d'énergie, c'est-à-dire, c'est du sur-mesure... » De la même façon, quel que soit le temps qui y est consacré, chaque acte est comptabilisé comme un acte, indépendamment du temps qui y est consacré, « on va comptabiliser tous les actes qu'on fait auprès des patients, et encore, qu'on l'accompagne sur une demi-journée ou qu'on le reçoive cinq minutes, c'est le même tarif entre guillemet, mais alors toutes les rencontres d'équipes, les concertations, etc., c'est zéro » (psychologue / Paris). Cela révèle un paradoxe, car d'un côté « on incite les professionnels à mettre en place ces actions, mais en fait on ne reconnaît pas leur travail, donc du coup ça met les gens *dans des situations compliquées* » (psychologue / Paris).

3.5. Recommandations pour une prise en charge globale effective des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives

En raison du lien établi entre violences et usage de substances, et parce que la violence concerne une proportion importante des femmes usagères fréquentant les services de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance, la réponse aux violences subies devrait être considérée comme faisant partie intégrante de la prise en charge globale des femmes usagères de substances psychoactives. Pourtant, de nombreuses limites internes aux services mais également structurelles font que les femmes usagères de substances psychoactives se retrouvent exclues des dispositifs généraux de prise en charge des violences, sans pour autant qu'au sein des structures accueillant des femmes usagères soient mises en place des ressources spécifiques pour pallier ce manque d'accès au dispositif général. Dans les établissements accueillant des usagers de substances psychoactives particulièrement précarisés, la banalisation des violences au sein du milieu de la consommation, la faible représentation des femmes dans les files actives et la non-valorisation

du travail complexe et au long cours autour de cette problématique font que les équipes de direction hésitent à proposer des actions spécifiques et que des résistances persistent au sein même des intervenants.

La prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives doit donc être soutenue au niveau politique afin qu'elle ne relève plus d'initiatives individuelles mais d'une stratégie globale impliquant les différents acteurs intervenant auprès de cette population, en mettant en place les conditions sociales et politiques permettant de réaliser cette prise en charge. Si cette perspective est d'ores et déjà partagée par de nombreux responsables et décideurs politiques, l'apport de cette consultation de professionnels permet d'identifier à partir de la pratique de terrain ce qui ne fonctionne pas ou fonctionne moins bien et ce qui pourrait être mis en place pour permettre une prise en charge globale véritablement effective.

3.5.1. Intégrer la dimension de genre dans les structures de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance

Les structures existantes ne sont pas neutres du point de vue du genre, elles privilégient l'un ou l'autre sexe de différentes façons, et de manière plus ou moins subtile. Afin d'assurer la meilleure prise en charge, il est donc nécessaire d'avoir des approches spécifiques en direction de chacun de ces groupes.

Replacer les violences dans un contexte d'inégalités sociales et économiques

« Bien que le statut juridique des femmes en Europe se soit incontestablement amélioré ces dernières décennies, l'égalité effective est encore loin d'être une réalité. Même si l'on constate des progrès (niveau d'éducation, participation au marché du travail, représentation politique), des disparités entre les femmes et les hommes perdurent dans de nombreux secteurs, maintenant les hommes dans leur rôle traditionnel et restreignant les possibilités des femmes de faire valoir leurs droits fondamentaux et d'affirmer leur capacité de décision et d'action. Le déséquilibre des forces entre les femmes et les hommes trouve son expression la plus poussée dans la violence faite aux femmes, qui constitue à la fois une violation des droits de l'être humain et un obstacle majeur à l'égalité entre les femmes et les hommes. »

Extrait de la « Stratégie 2014-2017 pour l'égalité entre les femmes et les hommes » de la Commission pour l'égalité entre les femmes et les hommes (GEC) du Conseil de l'Europe.

Les violences vécues par les femmes ne peuvent être expliquées uniquement par des facteurs psychologiques et individuels, mais doivent être replacées dans un contexte d'inégalités sociales et économiques où les rôles sont fixés par des normes sociales. « Tout au début, j'ai parlé de ces facteurs structurels. Il y a inégalité de genre dans la société à plusieurs niveaux, et qui a ensuite des retombées sur la situation spécifique des femmes toxicomanes. On a parlé de l'accès au marché du travail qui est plus difficile pour elles, et les femmes ont des revenus inférieurs aux hommes, elles sont plus dépendantes, pour cette raison aussi elles sont plus dépendantes lorsqu'il y a une relation intime qui s'établit, il y a des normes sociales qui comme je l'ai dit sont beaucoup plus lourdes et stigmatisantes pour les femmes » (chargée de recherche / Lisbonne).

Cette approche permet de sortir de discours parfois moralisateurs et culpabilisants, véhiculés notamment par certains professionnel-le-s, faisant porter aux femmes l'entière responsabilité de leur situation. Adopter cette approche « féministe » avec des femmes ayant une image d'elles-mêmes très dégradée peut également les aider à mieux comprendre les situations de violences auxquelles elles sont confrontées, à sortir de la culpabilité, à améliorer le regard qu'elles portent sur elles-mêmes et à développer des stratégies pour se dégager de ces situations.

Lutter contre les représentations et reconnaître les stratégies personnelles

En outre, il est important de ne pas réduire les femmes exclusivement à une identité de victime, mais de reconnaître leurs capacités à mettre en place des stratégies personnelles et de les prendre en compte lors de la prise en charge. « Il faut faire attention au risque d'un discours trop systématique qui mette forcément les gens qui ont traversé ces épisodes terribles en position de victime alors qu'il y en a un certain nombre qui face à un traumatisme ont entamé un processus de réparation... » (psychologue / Paris).

Associer les hommes dans le processus de prévention des violences

Intégrer la dimension de genre suppose de construire des approches tenant compte de spécificités résultant d'une interaction entre deux groupes dont les places sont déterminées socialement. Dire cela, c'est reconnaître que les normes sociales et culturelles contraignent également les hommes à se comporter selon les rôles qui leur sont assignés, et qu'il est ainsi nécessaire d'analyser avec eux ce qui motive le recours à la violence afin de pouvoir la prévenir. « La question du genre est absolument transversale, ce n'est pas un hasard si 80 % des toxicomanes sont des hommes, donc si j'arrive à introduire cette perspective de genre je pourrais peut-être mieux traiter aussi

ces hommes toxicomanes, *et pas seulement les femmes toxicomanes* » (chargée de recherche / Madrid).

3.5.2. Mettre en place au niveau institutionnel les conditions d'une prise en charge globale effective des femmes usagères de substances psychoactives victimes de violences

Assurer un accès inconditionnel des femmes usagères de substances psychoactives aux dispositifs de protection

Les femmes usagères de substances psychoactives, quelle que soit leur situation, doivent pouvoir bénéficier des mêmes conditions de mise à l'abri que les autres femmes victimes de violences. Qu'elles soient consommatrices actives ou non, qu'elles aient déposé plainte ou non, qu'elles aient une couverture sociale ou non, qu'elles soient en situation régulière ou non, toutes les femmes victimes de violences doivent pouvoir accéder aux dispositifs de protection sans condition. Là où les législations ne permettent pas l'inclusion de femmes consommatrices actives dans les centres d'hébergement accueillant les femmes victimes de violences, il est nécessaire de créer des ressources spécifiques.

Par ailleurs, les professionnels jouant un rôle dans l'accès au dispositif de protection des femmes victimes de violences devraient être formés et tenus d'assurer un accueil sans préjugés des femmes ayant subi des violences et en particulier des agressions sexuelles. Les difficultés pour une femme de déposer une plainte à la suite d'un viol en raison de l'accueil dans les commissariats dépassent largement le groupe des femmes usagères de drogues, et sont dénoncées par de nombreuses associations soutenant les femmes victimes de violences. Mais le fait de consommer ou d'être sous l'emprise de produits, ou encore celui de se prostituer, ajoute encore à la non-reconnaissance de la parole des femmes ayant subi cette agression. « Il faut des passerelles via la police, via les pompiers, je suis très en colère, je pense que ça manque de formation. *Il faut voir la façon dont un pompier traite une usagère de drogue qui vient de se faire violer, il y a une différence de traitement, je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire avec la police, les pompiers, les urgences...* » (chef de service / Paris).

Encourager l'inscription des activités de détection et de prise en charge des violences avec une dimension de genre dans les projets d'établissement

Qu'il s'agisse d'actions de prise en charge directe, de détection ou d'orientation, les violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives doivent être prises en considération dans les structures les accueillant. Pour

que la prise en compte de ce problème se fasse dans tous les services de réduction des risques et de prise en charge des dépendances, et afin d'obtenir l'adhésion des équipes des services, la réponse aux situations de violences subies par les femmes devrait être inscrite dans les projets d'établissement. « Je dirais que c'est une histoire d'équipe et d'organisation de l'établissement, c'est pour ça que si vraiment on a quelque chose à recommander, c'est que vraiment ça fasse partie du projet d'établissement. Il faut vraiment que ça soit institutionnalisé, parce que là aussi après c'est vraiment une question de personne, une question de qui il y a dans l'équipe, de qui il y a dans la direction » (directrice / Paris).

Renforcer la coordination et le travail en réseau entre les différents acteurs

Chaque femme se présentant dans un service est porteuse de multiples problématiques auxquelles une institution ne peut répondre à elle seule. La coordination entre les acteurs intervenant sur un même territoire, dans le domaine des addictions, de la prise en charge des femmes victimes de violences, des organismes de réinsertion, mais aussi les médecins généralistes, des services hospitaliers, de la police, doit être portée politiquement. « Il faut aussi tisser des liens institutionnels, qui aillent au-delà des personnes, que ce soit quelque chose qui soit reconnu en tant que tel et travaillé, et qui prenne une assise institutionnelle » (directrice / Paris).

Les stratégies de prise en charge globale doivent être construites à partir de groupes de travail ou de comités de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs, organismes publics ou associations travaillant sur un même territoire, autour de cette problématique spécifique qu'est la violence et/du groupe spécifique des femmes usagères de drogues. Cela permettra une meilleure prise en charge des violences subies par les femmes usagères fréquentant les structures de réduction des risques ou de prise en charge de la dépendance, mais les liens créés pourront également donner des outils aux professionnels accueillant des femmes victimes de violences pour aborder la question de l'usage de substances psychoactives, dont les médicaments psychotropes.

Les femmes usagères de substances psychoactives doivent être invitées à participer à ces espaces de coordination, afin d'être associées dès l'élaboration et la construction des protocoles et des projets. « J'aimerais aussi évoquer un autre facteur que nous avons déjà évoqué il s'agit des changements de société. Et je pense que le militantisme, le plaidoyer mené par les associations peut être très utile pour l'empowerment des femmes qui utilisent de la drogue. Souvent les usagers de drogues et en particulier *les femmes ne sont pas sollicitées pour l'élaboration de politiques et de programmes. Donc au Portugal il y a un déficit*

du militantisme en général et en particulier dans le domaine des drogues. Nous pensons donc qu'il faut faire appel aux usagères pour trouver des solutions » (chargée de recherche / Lisbonne).

Intégrer la prise en charge des violences subies par les femmes usagères dans les stratégies et plan nationaux

Afin de garantir une prise en charge globale des femmes usagères victimes de violences il est nécessaire de prévoir d'inscrire l'approche intégrée de la dimension de genre et la question des violences dans les stratégies et les plans nationaux de lutte contre les drogues, mais aussi d'intégrer la question de la dépendance aux substances psychoactives dans les plans de lutte contre les violences. *« Je crois que nous sommes d'accord sur le fait que les questions des drogues et des violences subies par les femmes doivent être présentes dans le cadre des politiques en matière de drogues et des politiques de lutte contre les violences. L'intégration est ce dont nous avons besoin »* (directrice / Rome).

Sécuriser et pérenniser les financements

Dans un contexte de crise économique, il est important de sécuriser les financements des structures de prise en charge des addictions et de lutte contre les violences, en particulier sur les volets sociaux, les plus menacés.

Généraliser la prise en considération de la question des violences dans les structures suppose de reconnaître le temps nécessaire à la réalisation de ce travail, mais également d'y adjoindre des ressources humaines et de temps adaptées, et prévoir l'inscription et la comptabilisation et une visibilité de ces actes en tant que tels dans les rapports d'activité. *« Il faut une reconnaissance du temps passé, et des effectifs supplémentaires »* (directrice/Paris). *« La chose commune, c'est l'accompagnement physique, ça veut dire mobiliser une personne de l'équipe systématiquement. On fait un appui au commissariat, aux UMJ [unité médico-judiciaire]... Donc ça, c'est à prendre en compte ça, on est assez d'accord. »* (chef de service / Paris).

Au-delà des accompagnements, le temps consacré à construire le réseau et à tisser des liens avec les partenaires est également à prendre en compte. *« Il faut valoriser le travail de lien entre professionnels et y affecter des moyens. On l'a déjà dit mais je ré-insiste, parce que pour ces situations-là qui sont si difficiles, le travail doit forcément être collectif, et le travail collectif c'est du vrai travail, qui prend du temps, et du coup ça a un coût... »* (psychologue / Paris). Ce travail demande d'autant plus de temps qu'il doit être maintenu et répété en permanence au gré des changements dans les équipes.

Afin de garantir la prise en compte de ces activités, les appels à projets doivent intégrer la dimension de genre et la prise en charge des violences et des lignes budgétaires spécifiques doivent être créées.

3.5.3. Soutenir les actions par des programmes de formation

La détection et la prise en compte des violences subies par les femmes supposent de pouvoir y apporter des réponses adaptées, qu'il s'agisse d'actions en termes de prise en charge, ou d'orientation vers un dispositif spécialisé dans cette prise en charge. Ne pas reconnaître une situation de violence manifeste ou n'avoir pas de réponse à apporter lorsqu'on se retrouve dépositaire d'un récit de violence peut constituer en soi une violence supplémentaire, en premier lieu pour les femmes concernées, mais aussi pour les professionnel-le-s se retrouvant impuissants face à une situation alarmante.

Sensibiliser les équipes aux spécificités de genre et à la question des violences

Même si de nombreuses associations ont fait une place importante à la question des violences et de la prise en charge des usagers de drogues avec une dimension de genre, cette dernière est encore loin d'être partagée de façon unanime dans les équipes des structures de réduction des risques. Par ailleurs, les violences sont encore trop souvent considérées comme « banales » et faisant partie du quotidien des usagers de substances psychoactives en situation de précarité. Il est donc nécessaire de travailler avec les équipes sur les spécificités de genre, les représentations liées au genre et les rapports de genre s'inscrivant dans un système fondé sur un modèle patriarcal.

Développer les formations sur la prise en charge du psycho-trauma

La question de la présence de psycho-traumatisme chez les femmes usagères de substances psychoactives fréquentant les services de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance est revenue et a occupé une place importante dans tous les focus groups. Néanmoins, selon certain-e-s professionnel-le-s, le psycho-trauma serait encore insuffisamment étudié dans les cursus de formation des psychologues « Je pense également que les psychologues devraient plus se concentrer sur le trauma qu'ils ne le font actuellement parce qu'il est difficile de trouver des gens avec les connaissances spécifiques sur le sujet. La formation des psychologues devrait plus concerner la question du trauma. Il n'y a pas de formation spécifique. Il faut sensibiliser les psychologues aux différents types de trauma » (directrice / Rome).

Favoriser les échanges de pratiques entre les professionnel-le-s des addictions et celles/ceux de la prise en charge des violences

Le partage de savoir entre les équipes travaillant dans les services accueillant des femmes usagères et celles travaillant dans les centres accueillant les femmes victimes de violences devrait être encouragé et généralisé, tant la question des violences et celle de l'usage de substances psychoactives semblent liées. « J'ai fait un stage dans un hôpital, dans le département de psychiatrie, quelqu'un d'un laboratoire est venu parler de la clozapine (*un médicament*) et de la violence. Et je me suis rendu compte qu'il y a beaucoup à apprendre sur la violence » (psychologue / Lisbonne); « et des formations réciproques, nous pourrions organiser des formations réciproques. C'est une grande opportunité que vous nous donnez *de pouvoir échanger ici. Toutes ces formes d'échanges impliquant une formation sont importantes* » (directrice CAV / Rome).

3.5.4. Intégrer la dimension de genre dans le système de veille sanitaire

Les professionnels adaptent et créent des réponses face aux situations qu'ils rencontrent, à partir de leurs observations et de leur expertise. Néanmoins, certain-e-s regrettent l'absence d'un système de veille sanitaire de collecte de données standardisées et ventilées par sexe, qui permettrait d'une part d'évaluer l'impact des actions sur le long terme, et d'autre part de construire des stratégies en fonction de critères établis en intégrant une dimension de genre et permettant de mieux comprendre les déterminants sociaux, économiques et démographiques du phénomène de la violence.

Évaluer l'impact des stratégies

La question de l'évaluation a été abordée lors des focus groups, afin de pouvoir assurer la formalisation puis la transférabilité des expériences de terrain qui fonctionnent : « *Je crois qu'il faudrait aussi encourager la culture de l'évaluation de nos interventions parce qu'on a des expériences concrètes de partage de connaissances, de rencontres, de publications, je ne sais pas si vous êtes d'accord avec moi mais moi je trouve qu'il faudrait qu'il y ait des exercices de systématisation. Il ne s'agit pas simplement que moi j'évalue mon expérience et que je la divulgue, il faudrait qu'on puisse faire des évaluations, voir ce qui a bien marché et ce qui a mal marché, parce que parfois nous adaptons nos projets par rapport à ce que nous constatons au quotidien, mais ce serait pas mal d'avoir une méthodologie d'évaluation depuis le début avec la perspective de genre aussi, prendre un temps de recul et puis évaluer au final* » (psychologue / Madrid).

Documenter et analyser le phénomène de la violence

Il est également important de pouvoir de façon systématisée documenter le phénomène de la violence, et donc de mettre en place un système de veille sanitaire incluant des indicateurs spécifiques. « Concernant les personnes consommatrices de drogue, comme nous parlons de vue à court terme et de faiblesses, nous n'avons pas analysé ce problème suffisamment, nous comptabilisons les cas, mais nous n'avons pas d'analyse structurée de ce phénomène. *Dans nos services, nous avons des services publics de traitement des addictions, mais nous ne traitons pas ce problème d'une façon globale. Donc oui je pense que c'est un problème majeur, nous devons analyser le phénomène dans sa globalité. Parce que si nous observons et écoutons ce que ces femmes disent, nous n'avons pas de données sur ce phénomène. Et il n'y a pas de service ad hoc ou de centre d'accueil qui assure une prise en charge globale du problème. Les problèmes de violences n'incluent pas des questions sur l'abus de substances psychoactives. Si vous remplissez un dossier sur les violences il n'y aura pas de questions sur l'usage de drogue et si vous remplissez un dossier sur des questions de drogue il n'y aura pas de questions sur les violences* » (chargée de recherche / Madrid).

Certaines discussions ont également donné lieu à des débats entre les intervenants porteurs de points de vue différents et qui n'ont pu être tranchés, mais ces discussions révèlent la richesse et l'avancement de la réflexion des acteurs de terrain concernant les réponses et l'organisation des réponses à la question des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives. Parmi ces discussions importantes on peut citer celles concernant :

- ▶ l'opportunité de développer des ressources spécifiques pour les femmes usagères de substances psychoactives ou au contraire d'organiser l'accueil de femmes usagères de substances psychoactives, y compris consommatrices actives, dans les espaces d'accueil des femmes victimes de violences ;
- ▶ les avantages d'une prise en charge intégrée et ceux de la diversité de l'offre, l'idée étant de pouvoir proposer des réponses multiples répondant aux besoins spécifiques de chaque femme ;
- ▶ l'utilisation du terme « féministe » dans les approches intégrant la dimension de genre ne fait également pas consensus, certains intervenants pointant les multiples interprétations pouvant être faites de ce terme, quand d'autres insistent sur la nécessité de replacer les situations personnelles dans un contexte global dont la structure même est productrice d'inégalités et favorise les violences à l'égard des femmes, et le fait que ce terme permet de reconnaître cette réalité sociale ;

- ▶ l'équilibre à trouver entre les dispositifs relevant du service public, qui permettraient une plus grande pérennité des financements, et ceux relevant de structures non gouvernementales, souvent plus réactives au regard de situations particulières demandant une plus grande souplesse dans la mise en œuvre des interventions ;
- ▶ ...

Ces discussions méritent d'être poursuivies et approfondies. Elles mettent en avant la richesse de la réflexion et des propositions déjà élaborées par les professionnel-le-s travaillant auprès des femmes usagères de substances psychoactives et confronté-e-s à la question des violences subies par ces femmes, et la nécessité de créer des espaces de rencontre et de débat, dans la perspective de construire les stratégies et plans d'action en tenant compte des réalités observées sur le terrain, et à partir des différents points de vue défendus par les acteurs en fonction de la place qu'ils occupent dans le processus de prise en charge.

IV. Limites et forces de l'étude

Limites

Partant d'un constat partagé par les professionnels lors des consultations Eravid ayant pour objectif la définition de priorités de recherche dans le domaine des drogues illicites menée en 2014⁹, et à partir des pistes d'actions dégagées lors de la recherche exploratoire « Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne » menée en avril 2015¹⁰, la consultation de professionnels s'est concentrée principalement sur les violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives fréquentant les structures de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance, afin de s'inscrire dans une approche opérationnelle.

Ainsi, les problématiques liées à l'usage non médical de médicaments psychotropes prescrits sous ordonnance ont été très peu abordées dans le cadre de la présente étude, les femmes ayant exclusivement recours à ces substances, souvent considérées comme non problématiques au vu de leur caractère licite, ne fréquentant pas ou très peu les centres spécialisés de prise en charge de la dépendance. Ces médicaments sont souvent prescrits dans des cabinets privés, et une recherche associant des médecins généralistes, des psychiatres et des professionnel-le-s intervenant dans les centres accueillant les victimes de violences pourrait être menée pour approfondir la question de la détection des violences dans le cadre de la médecine de ville.

9. Jauffret-Roustide M, Chauvin C, Santos A., *op. cit.*

10. Benoit T, Dambélé S, Jauffret-Roustide M, *op. cit.*

Par ailleurs, il n'a pas été possible d'aborder de façon approfondie les situations spécifiques de groupes particulièrement vulnérables ou exposés, tels que les femmes enceintes ou les femmes usagères se prostituant.

Par ailleurs, la méthode choisie propose une analyse des discours des professionnels à partir d'une approche empirique à visée inductive, au plus près des perceptions et des pratiques décrites par les acteurs eux-mêmes, sans confrontation aux données de la littérature.

Concernant le terrain, la méthodologie choisie est qualitative, l'échantillon est de taille restreinte et non représentatif. Nous avons toutefois veillé à ce que l'échantillon soit diversifié dans chaque ville, permettant de prendre en compte une variété de contextes professionnels. La composition des groupes était différente dans chaque focus group, qu'il s'agisse de la représentation femmes/hommes, du type de structures représentées ou encore de la fonction des intervenants.

Les consultations se sont tenues dans quatre capitales, les résultats présentés sont donc produits à partir de l'expérience de professionnels exerçant dans des situations spécifiques (non représentatives de ce qui est fait à l'échelle d'un pays et non exhaustives) et déconnectées d'une analyse des politiques publiques spécifiques à chaque pays.

Les résultats présentés ne doivent donc être ni généralisés, ni utilisés à des fins de comparaison entre les politiques et les dispositifs d'actions mis en œuvre dans les différents pays de l'étude.

Forces

La démarche proposée a permis de réunir et de recueillir une somme d'informations précieuses de la part de professionnels directement en prise avec la problématique étudiée.

La dynamique collective de discussion recherchée dans la démarche du focus group a limité les prises de parole convenues, contribuant à assurer une forte liberté de parole des acteurs interrogés. La base volontaire de la participation a favorisé l'inclusion dans les groupes de personnes d'horizons divers ayant une démarche réflexive sur leurs propres pratiques, et particulièrement impliquées sur la thématique de la consultation. Les données collectées ont été particulièrement riches et ont mis en évidence des points de convergence, mais également de débat entre les différents acteurs, mettant en évidence la complexité des déterminants entre violence, usage de produits psychoactifs et genre.

La plupart des focus groups ont regroupé des professionnels exerçant dans des structures spécialisées dans le champ des addictions et de la réduction des risques, mais la participation dans le focus group qui s'est tenu à Rome de professionnelles intervenant dans les dispositifs d'accueil et de protection des femmes victimes de violences a permis d'apporter un point de vue complémentaire et d'un grand enseignement.

Ces consultations ont été caractérisées par des débats de grande qualité qui, à partir de situations expérimentées et partagées dans l'exercice d'une pratique professionnelle, ont permis de mettre en évidence des processus sociaux complexes donnant lieu à une meilleure compréhension des déterminants entre violence, usage de produits psychoactifs et genre, et des pistes d'action à envisager.

Conclusion

Les apports de la consultation de professionnel-le-s qui s'est tenue au cours de quatre focus groups en septembre et octobre à Paris, Rome, Madrid et Lisbonne, sur la question de « la prise en charge des violences subies par les femmes usagères de substances psychoactives » sont nombreux.

Loin de s'en tenir à une définition étroite de la violence, les participant-e-s décrivent un continuum de violences s'exerçant à l'encontre des femmes usagères de substances psychoactives sous différentes formes et à tous les niveaux d'organisation de la société. Ces violences peuvent être des violences subies dans le cadre d'une relation intime, faisant souvent écho à des violences vécues dans l'enfance; des violences liées au milieu de la consommation ou à la pratique prostitutionnelle, en partie dues à la criminalisation ou pénalisation de ces pratiques; des violences exercées au cours du processus de protection, dans des institutions où les femmes usagères sont systématiquement renvoyées à leur statut de délinquante, donc de coupables, mais aussi parfois dans les structures de prise en charge de la dépendance, lorsque les femmes se voient reléguées au statut de sujet passif sans que soient reconnues ou prises en compte les stratégies qu'elles ont elles-mêmes mises en place; des violences sociales et culturelles, qui maintiennent les femmes dans des situations de dépendance en leur déniaient un même accès à l'emploi et à l'espace public que les hommes tout en les accusant de se comporter de façon non conforme à ce qui est attendu d'elles en fonction de normes données ou d'accepter des situations de violences en raison de leur faiblesse de caractère.

Ils mettent en évidence l'interdépendance de ces différentes formes de violences, qui s'entretiennent et se renforcent mutuellement, la complexité de ce phénomène et la multiplicité des déterminants à prendre en considération

lors de la prise en charge des femmes usagères des services, tout en reconnaissant la singularité de chaque situation.

Les professionnel-le-s travaillant auprès de personnes usagères de substances psychoactives, plus encore lorsqu'il s'agit de publics se trouvant dans des situations précaires ou de dépendances matérielles, sont quotidiennement confronté-e-s à la question des violences. Longtemps considérée comme banale dans le milieu de la « toxicomanie », la violence et sa prise en charge ont commencé à prendre une place plus importante dans les structures de réduction des risques ou de prise en charge de la dépendance, même si de nombreuses résistances existent encore au sein même des équipes, pas toujours convaincues de la plus-value de mettre en place des actions spécifiques pour un public souvent minoritaire dans les files actives. Pourtant, si la prise en charge des violences n'est pas la mission principale des services de réduction des risques ou de la prise en charge de la dépendance, celles-ci constituent un déterminant important de l'entrée dans l'usage, de la sévérité de la dépendance et un obstacle à la sortie de l'usage. En tant que tels, elles devraient être systématiquement prises en compte lors du processus de prise en charge de la dépendance.

Les structures de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance ont développé de nombreuses actions pour répondre à la question des violences, mais ces actions complexes et de longue haleine, qui demandent des moyens humains et en temps importants, sont encore peu reconnues par les institutions publiques, pas assez valorisées dans les rapports d'activité et insuffisamment financées. Par ailleurs, le cloisonnement des différents dispositifs de prise en charge fait qu'il n'existe souvent pas de réponse adaptée aux situations spécifiques des femmes usagères de substances psychoactives, qui sont de fait exclues des dispositifs généraux de mise à l'abri. Les préjugés existant dans les structures partenaires à l'égard des personnes usagères de substances psychoactives mais aussi le manque de formation sur la question des violences au sein des structures de réduction des risques et de prise en charge de la dépendance sont également des freins à une prise en charge réelle et effective. Enfin, la sortie de l'usage et la mise à distance des violences ne peuvent être maintenues que si les conditions d'une autonomie matérielle sont mises en place.

Face à ces constats, les professionnel-le-s insistent sur la nécessité de renforcer les liens et la coordination entre tous les acteurs travaillant auprès des femmes victimes de violences, de soutenir la formation et la sensibilisation des partenaires à la question de l'usage de drogue, afin de lutter contre les représentations et de permettre ainsi un accès inconditionnel de toutes les femmes aux dispositifs de protection, quelle que soit leur situation au regard de leur consommation. Au sein des structures de réduction des risques et

de prise en charge de la dépendance, il est important de généraliser la prise en compte de la question des violences en intégrant la dimension de genre. Cette approche doit permettre de replacer la question des violences dans une perspective globale, qui prenne en compte leurs déterminants sociaux et culturels, afin de ne pas réduire les causes des violences à des facteurs exclusivement psychologiques.

De cette consultation ressort une attente forte des professionnel-le-s vis-à-vis des politiques. Afin que les conditions d'une prise en charge réelle et effective des violences des femmes usagères de substances psychoactives soient réalisées, une première étape pourrait être la reconnaissance du lien entre violences et usage de substances psychoactives par l'inscription de la question des violences dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre les drogues, et par celle de la dépendance aux substances psychoactives dans les stratégies et plan nationaux de lutte contre les violences à l'égard des femmes.

Annexe :

Guide d'animation de focus group

Consultation :
« Prise en charge des violences subies par les femmes usagères de drogues »

1. Dans un premier temps, je vais vous demander de décrire tous les types de violences auxquelles sont ou ont été confrontées les femmes fréquentant vos structures ?

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Violences psychologiques, physiques et sexuelles,
- ▶ Actuelles ou subies dans l'enfance ou par le passé,
- ▶ Violences domestiques ou institutionnelles (accès à l'emploi, police, rue, prostitution, migration illégale, stigmatisation des femmes)

2. Dans votre pratique, observez-vous des caractéristiques spécifiques chez les femmes victimes de violences, que ce soit en termes de profils, de comportements ou de produits consommés ?

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Parcours de vie des patients (en dehors du parcours de consommation)
- ▶ Produits consommés (crack vs opiacés, drogues illicites vs médicaments psychotropes)
- ▶ Comportements violents,
- ▶ Situation en termes d'emploi, de logement, niveau d'éducation
- ▶ Dépendance familiale, de couple, isolement
- ▶ facteurs de vulnérabilité : parentalité

3. Quelles sont selon vous les conséquences de ces situations de violence sur la santé, l'entrée dans la consommation, la sévérité de la dépendance, la sortie de l'usage...

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Santé mentale
- ▶ Cercle vicieux: violence – usage – violence (dépendance comme facteur d'exposition aux violences)
- ▶ Acceptation de la violence par les femmes qui la subissent, qui finit par être perçue comme quelque chose de normal.
- ▶ Augmentation dans la prise de risques (prostitution, mises en danger).
- ▶ Sévérité de la dépendance
- ▶ Retard dans le recours aux soins

4. Comment, dans vos structures, ces violences et leurs conséquences en matière de santé et de dépendance sont-elles détectée et/ou prises en charge ?

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Suivi/traitement psychologique
- ▶ Ateliers de restauration de l'estime de soi
- ▶ Travail avec les hommes
- ▶ Mise à l'abri
- ▶ Partenariat avec des associations (planning, ateliers santé ville...)
- ▶ Groupes de parole, auto-support

5. Selon vous, en quoi la prise en charge des violences et de leurs conséquences contribue-elle à la réussite des traitements, du suivi, à l'amélioration des conditions de vie des personnes...

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Meilleure adhésion aux traitements
- ▶ Limitation des rechutes
- ▶ ...

6. Selon vous, de quels moyens ou connaissances/informations supplémentaires les structures de traitement de la dépendance ou de réduction des risques auraient besoin pour améliorer la prise en charge de la question des violences.

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Partage de pratiques
- ▶ Etudes scientifiques
- ▶ Rôle des partenariats
- ▶ Connaissance des dispositifs existants
- ▶ Lien avec l'international

7. Selon vous, existe-t-il des freins structurels ou institutionnels qui limitent l'efficacité des actions des centres de traitement de la dépendance ou de réduction des risques en ce domaine ?

Thèmes devant être abordés a minima :

- ▶ Questions d'ordre social : discriminations dans l'accès à l'emploi...
- ▶ Accès au logement, à l'hébergement...
- ▶ Législation : ex/prostitution ; migrants, répression...
- ▶ Police, rue, prostitution, immigration illégale...
- ▶ Rapport sociaux de sexe au désavantage des femmes
- ▶ Recours aux soins tardif pour les femmes en raison de la stigmatisation

8. Quels sont les besoins spécifiques à certaines populations à risque élevé :

- ▶ Les femmes enceintes et mères (lien entre séparation et maintien dans l'usage)
- ▶ Les prostituées,
- ▶ Les migrantes
- ▶ Les jeunes
- ▶ Les femmes en couple avec un partenaire dépendant

9. Avant de terminer ce focus group, y a-t-il une thématique que nous n'avons pas abordée et qui vous semble importante ?

Les parcours de vie des femmes qui consomment des drogues sont ponctués par des traumatismes et de la violence, subis dans l'enfance ou à l'âge adulte. Ces femmes sont minoritaires parmi les patients rencontrés par les professionnels de la gestion des addictions et de la réduction des risques et des dommages, qui prennent en charge principalement des hommes.

La publication du Conseil de l'Europe de 2015 sur *La dimension de genre dans l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance en Europe et dans la région Méditerranée* appelait à mieux comprendre le lien entre consommation de drogues chez les femmes et la violence.

Une revue de la littérature sur les violences subies par les femmes consommatrices de drogues a d'abord montré que les consommateurs de drogues sont, au sein de la population générale, davantage confrontés à la violence et que leur consommation augmente avec les violences subies, notamment parmi les femmes.

Afin d'inscrire cette recherche dans une perspective opérationnelle, le Groupe Pompidou, à l'initiative de l'Italie, a lancé une consultation de professionnels à travers des groupes de réflexion dans quatre pays : la France, l'Italie, le Portugal et l'Espagne.

Les recommandations issues de cette consultation visant à améliorer la prise en charge des femmes consommatrices de drogues et victimes de violence figurent dans ce document.

Les professionnels demandent aux politiques, en premier lieu, la reconnaissance du lien entre violences et usage de substances psychoactives par l'inscription de la question des violences dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre les drogues, et par l'inscription de la dépendance aux substances psychoactives dans les stratégies et plan nationaux de lutte contre les violences à l'égard des femmes.

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits de l'homme du continent. Il compte 47 États membres, dont 28 sont également membres de l'Union européenne. Tous les États membres du Conseil de l'Europe ont signé la Convention européenne des droits de l'homme, un traité visant à protéger les droits de l'homme, la démocratie et l'État de droit. La Cour européenne des droits de l'homme contrôle la mise en œuvre de la Convention dans les États membres.

www.coe.int



Governo Italiano
Dipartimento politiche antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE