

17

Réduction des risques adaptée aux femmes

L'intérêt pour les questions de genre dans le champ des drogues semble assez tardif à deux exceptions près. L'histoire du système britannique de soins aux toxicomanes et des préoccupations de réduction des risques manifestées dès les années 1920, montre plutôt une certaine focalisation sur la question des femmes, les « drogués » étant volontiers présentés comme des femmes : les actrices, les entraîneuses de bars, les femmes célibataires, les femmes pauvres..., avec l'émergence d'un discours de genre, basé sur l'idée qu'une certaine catégorie de femmes « anormales » requière une action publique de normalisation (Seddon, 2008). L'analyse faite pour les États-Unis va dans le même sens, même si avant les années 1980, le peu de recherches sur les femmes et les drogues comportaient de nombreux stéréotypes sur les femmes criminelles vues comme « *mad* » c'est-à-dire folles, souffrant de troubles mentaux, « *sad* » malheureuses, victimes du pouvoir masculin ou d'exploitation ou « *bad* », à savoir mauvaises, avec une déviance sexuelle ou morale (Measham, 2002). Ces notions auraient évolué après les années 1990, quand les femmes ont été considérées comme des consommateurs « comme les autres », à la recherche du plaisir. Il faudra ensuite attendre les années 2000 pour que la littérature internationale révèle de nouveau un intérêt pour les questions de genre dans le champ des addictions (Simmat-Durand, 2009a). Bien que le constat général soit que les hommes et les femmes apparaissent différents dans leurs trajectoires de consommation (Wagner et Anthony, 2007) et dans la prévalence des comorbidités psychiatriques, la dimension du genre est peu mise en valeur dans les enquêtes. Ainsi, sur la question cruciale des polyconsommations, le rapport européen récent ne mentionne à aucun moment la question du genre et aucun tableau n'est présenté selon cette variable (*European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction*, 2009). Le constat global est que bien souvent les enquêtes ne prennent pas en compte la dimension du genre (*United Nations*, 2004). Les besoins spécifiques des femmes sont peu considérés dans la plupart des pays européens (*European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction*, 2006).

D'après les données « Eurosurveillance », un tiers des usagers d'opiacés au niveau européen sont des femmes (Gyarmathy et coll., 2009). Dans certains pays européens et aux États-Unis, les femmes représenteraient environ 40 %

des usagers de drogues et 20 % en Europe de l'Est (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Dans tous les cas, ces femmes usagères sont dans des âges de procréation. En France, les données des centres de soins spécialisés hors cannabis font état de 22 % de femmes en 2007 et une femme pour quatre hommes dans les Caarud. Environ un quart des remboursements de traitements de substitution aux opiacés a concerné des femmes (Canarelli et Coquelin, 2009). Les enquêtes nationales périnatales n'interrogent pas les femmes venant d'accoucher sur leur consommation de produits illicites ou prescrits (Vilain et coll., 2005).

Risques de transmission des maladies infectieuses

Pour l'ensemble des maladies sexuellement transmissibles et bien sûr pour le VIH, les femmes sont plus vulnérables biologiquement que les hommes (Lot, 2008). L'épidémie de sida a souligné la nécessité de mieux connaître les différences de genre dans les modes d'usage des drogues et les comportements à risque, en particulier en se focalisant sur les réseaux de sociabilité des femmes (Sherman et coll., 2001). D'autant plus qu'entre 1986 et 2000, la part des femmes dans les cas de sida aux États-Unis est passée de 7 % à 17 %, touchant en particulier les femmes d'origine étrangère par la combinaison de rapports de domination, de la pauvreté, de la violence et des usages abusifs de substances (Vernon, 2007). De même, en France, la part des femmes dans le nombre de cas de sida est passée d'un peu plus de 5 % en 1982 à 33 % en 2005 (Lot, 2008).

Les femmes usagères de drogues sont décrites comme ayant des comportements sexuels qui les exposent davantage au VIH, ne serait-ce que parce qu'elles ont une probabilité supérieure d'avoir un partenaire sexuel qui est aussi injecteur de drogues (Evans et coll., 2003). À Baltimore, une enquête a montré que l'incidence du VIH parmi les injectrices est plus que doublée pour celles ayant un partenaire sexuel injecteur. Il est fréquent que les femmes échangent des services sexuels contre des drogues, la promesse d'une protection, de la nourriture ou un hébergement (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008).

Les enquêtes montrent que les femmes rapportent plus de conduites à risques que les hommes et ce dans tous les pays, que ce soit pour les usages de drogues ou pour la sexualité. Deux enquêtes françaises à dix ans d'intervalle vont dans ce sens (Vidal-Trécan et coll., 1998 ; Jauffret-Roustide et coll., 2009a). Les femmes sont également plus souvent décrites comme ayant des conditions de vie précaires, ce qui est un facteur de risque supplémentaire.

Les femmes combinent les risques liés à l'injection et à la sexualité en ayant plus fréquemment un partenaire sexuel régulier injecteur, en partageant plus souvent le matériel et en se faisant plus souvent faire l'injection (Evans et

coll., 2003). Le seul point sur lequel les femmes sont décrites comme présentant moins de risques que les hommes concerne la gestion des plaies liées à l'injection : les hommes ont 3,82 fois plus de risques de manipuler de manière dangereuse une plaie (Roose et coll., 2009).

Risques sexuels

Les femmes usagères de drogues sont décrites dans l'enquête Coquelicot comme ayant plus souvent des relations sexuelles que les hommes usagers, plus souvent avec un partenaire occasionnel lui-même usager de drogues (81 *versus* 58 %) et recourant dix fois plus souvent à des rapports sexuels contre des drogues ou contre de l'argent. Près de 30 % des femmes contre seulement 1 % des hommes révèlent se livrer à la prostitution (Jauffret-Roustide et coll., 2008). Elles sont aussi décrites comme plus fragiles et plus dépendantes de leur partenaire sexuel, en particulier pour se procurer les substances et plus à risques de violences conjugales (Temple et coll., 2008), elles-mêmes sources de contamination par les infections sexuellement transmissibles. Elles sont de ce fait en plus mauvaise position pour négocier l'usage du préservatif (Stoner et coll., 2008) et considèrent que le risque affectif, soit la perte de leur partenaire, est plus important que le risque de contracter une infection (Jauffret-Roustide et coll., 2009b). De même, dans les recherches sur la prostitution, les femmes usagères pratiqueraient des tarifs plus bas, dans des conditions plus précaires, par exemple sous les porches ou dans la rue de façon générale, ou sous l'effet du manque, ce qui les empêchent de négocier et les prédisposent aux clients eux-mêmes toxicomanes ou à problèmes (Pryen, 1999).

Partage des seringues et du matériel

Les pratiques de partage rapportées par les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple (Jauffret-Roustide et coll., 2009b), ou de manière plus générale parmi leur réseau affectif, familial, sexuel ou amical (Sherman et coll., 2001). Cet échange au sein du couple n'est pas vécu comme une pratique à risque. Les femmes peuvent faire l'objet de discriminations dans l'accès à l'information sur une éventuelle contamination de leur partenaire, comme l'a montré une histoire de vie recueillie à Paris : le beau-frère de Christine refuse que son meilleur ami partage sa seringue car il se sait séropositif, alors qu'il l'a utilisée les jours précédents pour elle (Simmat-Durand, 2009b). Le risque de partage des seringues ou du matériel est plus fort chez les femmes que chez les hommes, car de manière courante, ce sont elles qui injectent en dernier (Frajzyngier et coll., 2007 ; Wright et coll., 2007).

Une enquête auprès de 150 femmes usagères de programmes d'échange de seringues en Californie montre que les femmes qui ont partagé leur seringue sont plus souvent d'âge inférieur à 30 ans, ou blanches, ou vivant avec un usager de drogue par voie intraveineuse, ou sans domicile, ou récemment

incarcérées ou ayant subi une agression sexuelle dans l'année précédente ou ayant une histoire familiale de consommation de drogue par voie intraveineuse (Lum et coll., 2005).

Les femmes prêtent plus souvent leur matériel à un partenaire sexuel que les hommes (Vidal-Trécan et coll., 1998). Ainsi, les femmes sous-estiment les risques liés au partage du petit matériel, quand bien même elles refusent de partager les seringues ou considèrent comme répugnant de réutiliser une seringue (Sheard et Tompkins, 2008).

Injection au sein du couple et injection par autrui

Les femmes sont décrites comme plus souvent initiées par les hommes aux pratiques d'injection dans le cadre des relations intimes, en particulier à l'adolescence (Eaves, 2004). Dans l'enquête Coquelicot, les auteurs rapportent ces mêmes observations « aucun homme n'a évoqué avoir été initié aux drogues par son partenaire sexuel » ; ils le font plus souvent au sein d'un groupe de pairs (Jauffret-Roustide et coll., 2008). Une étude australienne montre néanmoins que si les femmes ont plus de risques d'avoir un partenaire sexuel qui injecte également et de partager le matériel, elles peuvent également être à l'origine de l'initiation au sein d'un groupe de pairs féminins. Le modèle masculin d'initiation pourrait dans ce cas sembler un idéal pour de jeunes femmes « modernes » (Bryant et Treloar, 2007). Des résultats obtenus à New-York sur plus de 300 nouveaux injecteurs montrent que la proportion de femmes initiées par un homme est de 62 % contre 19 % par une femme (Frajzyngier et coll., 2007).

Les femmes non seulement partagent plus souvent le matériel d'injection avec leur partenaire sexuel, mais présentent plus de risques de se faire injecter (Sheard et Tompkins, 2008). Cette pratique est décrite comme un prédicteur indépendant du risque d'exposition au VIH, dans des pays comme la Russie (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008).

Les raisons évoquées pour que les femmes se fassent injecter leurs drogues par des hommes sont de divers ordres : biologiques du fait de veines de surface plus petites, de rapports de domination ou de contrôle de leurs consommations par leurs partenaires, du fait que ce sont les hommes qui se procurent les drogues et le matériel et par la reconnaissance mutuelle de la compétence masculine pour le faire (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). L'injection par autrui pourrait représenter une forme de violence entre partenaires sexuels, d'autant plus quand elle a démarré à la première injection mais c'est une question qui est rarement posée par les personnels des centres de traitement, ce qui empêche de prendre en compte cette dimension de violence (Wright et coll., 2007). Elles sont alors dépendantes du partenaire non seulement pour l'injection mais également pour toutes les étapes préparatoires qu'elles ne maîtrisent pas.

Les personnes qui injectent ne sont pas seulement les partenaires sexuels, mais aussi des amis, des rencontres ou des personnes de la famille. Pour les 45 femmes interviewées en Écosse et qui se font injecter, cette pratique est plus à risque de blessures, douleur et d'implications psychologiques comme la domination et la perte d'indépendance que l'auto-injection, mais elle traduit leur manque de confiance en soi, de connaissances et, paradoxalement, la peur de la seringue (Sheard et Tompkins, 2008).

Ainsi, dans une étude à San Francisco sur 844 usagers par voie intraveineuse recrutés dans la rue, Evans et coll. (2003) relèvent que les femmes cumulent significativement plus souvent trois conduites à risque d'infections virales : l'emprunt d'une seringue usagée, le partage du petit équipement et le fait de se faire faire l'injection par une tierce personne.

Un suivi de cohorte à Vancouver, portant sur plus de 1 000 personnes séronégatives a montré une incidence du VIH à 36 mois doublée parmi celles qui ont sollicité une aide pour leur injection, qui étaient trois fois plus souvent des femmes (O'Connell et coll., 2005).

Prostitution, prison, violences, errance et troubles de la santé mentale comme facteurs de risque

La prostitution, la violence et l'errance sont reconnues comme des facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles, du VIH et des hépatites (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Une étude parmi 683 femmes américaines consommant du crack montre qu'elles sont plus à risque de contracter le VIH si elles ont connu des événements traumatiques de la petite enfance et si elles sont sans domicile (Wechsberg et coll., 2003). Une autre étude parmi le même type de population relève le lien entre le risque pour le VIH et le niveau de détresse psychologique et démontre que des interventions prenant en compte la santé mentale permettaient de réduire les prises de risque tant sexuelles que liées aux drogues, au contraire des interventions ne prenant pas en compte cette dimension (Sterk et coll., 2006).

En particulier, pour les femmes sans domicile, on note l'interaction de multiples problèmes de santé, comme des taux accrus de maladies sexuellement transmissibles, mais aussi de santé mentale et même une comorbidité psychiatrique avec l'usage de stupéfiants et l'engagement dans des pratiques de prostitution de survie (Magee et Huriaux, 2008). Ces femmes ne subsistent que par une économie de rue, prostitution, revente de drogues, vols à l'étalage et sont confrontées à la violence et à la domination masculine (Moore, 2009), ce qui les expose davantage à la contamination par le VIH, évaluée comme un risque secondaire en regard des risques d'agressions, de viols, d'interpellations, de vols ou même de meurtres (Epele, 2002). La consommation de substances parmi les femmes recourant à des hébergements collectifs, en particulier après des violences familiales, est ainsi notable, marquant le lien entre ces deux phénomènes (Poole et coll., 2008).

Les femmes usagères de drogues, en particulier injectrices, déclarent beaucoup plus souvent se procurer de l'argent ou de la drogue contre des services sexuels, tandis que les hommes utilisent plutôt la délinquance comme principale source de revenus. Une enquête parmi un réseau d'usagers de drogues par voie intraveineuse à Sydney (Australie) montre ainsi que 77 % des femmes contre 23 % des hommes sont travailleurs sexuels alors que 28 % des hommes contre aucune femme déclarent tirer leurs revenus de la délinquance (Roxburgh et coll., 2005). Or, les travailleurs sexuels dans cette étude rapportent trois fois plus souvent avoir emprunté une seringue, deux fois plus souvent en avoir prêté une, avoir injecté dans l'espace public, avoir eu des problèmes d'injection. D'autres études montrent que les femmes usagères sont dans une position plus fragile que les autres prostituées car elles acceptent des rapports plus risqués ou à moindre prix (Pryen, 1999). Les femmes usagères de drogues ont plus de risques de pratiquer la prostitution dans la rue car elles sont considérées comme indésirables dans les hôtels et maisons closes, ce qui les expose à une clientèle plus précaire, en particulier d'usagers de drogues (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Une étude parmi de jeunes usagers de drogues canadiens montre également que ceux qui ont été travailleurs sexuels ont un risque notablement plus élevé d'être infectés par le VHC, avec une incidence cumulée à trente-six mois de 68,4 % *versus* 38,8 % (Shannon et coll., 2010).

Les violences subies sont également fréquemment rapportées par les usagers de drogues par voie intraveineuse. Une étude canadienne sur plus de 1 000 injecteurs montre que les femmes ayant des problèmes de santé mentale, qui ont besoin d'aide pour l'injection et qui sont sans logement, ont deux fois plus de risques de subir des violences (Marshall et coll., 2008). Dans tous les pays, les femmes usagères de drogues à problème sont décrites comme ayant subi plus souvent que les hommes des violences, en particulier sexuelles (Cagliero et Lagrange, 2004). La nécessité de services pouvant les prendre en charge de manière adéquate sur ce point est soulignée par exemple au Royaume-Uni où deux tiers des femmes en traitement pour un usage de drogues seraient concernées (Simpson et McNulty, 2008). De manière générale, les faits de violence contre les femmes travailleuses sexuelles sont couramment cités comme un risque majeur pour la transmission du VIH (Shannon et coll., 2009).

Alors que les femmes sont moins souvent incarcérées que les hommes (5 % de la population détenue en France), elles le sont de manière disproportionnée pour les infractions relatives aux stupéfiants et l'accroissement des femmes en prison est préoccupant dans de nombreux pays. Au Royaume-Uni, le nombre d'incarcérations féminines sur les dix dernières années a augmenté de 414 % et deux tiers des femmes en prison ont un problème de drogues (Simpson et McNulty, 2008).

Risques liés à la maternité

La découverte dans les années 1980 du syndrome d'alcoolisation fœtale, puis du syndrome d'abstinence néonatale, a entraîné l'émergence comme problème de santé publique des consommations des femmes enceintes. Ce fut le cas, en particulier aux États-Unis avec la médiatisation des « *crack babies* », la cocaïne s'étant largement répandue et sa consommation chez les jeunes femmes ayant explosé (Lester et coll., 2004).

D'après les estimations européennes, parmi les femmes usagères à problèmes 6,5 à 11 % seraient enceintes chaque année, soit 30 000 usagères d'opiacés, qui ont un risque élevé pour les maladies sexuellement transmissibles, pour le sida et les hépatites et pour les troubles mentaux (Gyarmathy et coll., 2009). Au Royaume-Uni, 1 % des nouveau-nés auraient une mère usagère de drogues à problèmes et autant une mère consommatrice problématique d'alcool (Simpson et McNulty, 2008). En France, peu de données nationales évaluent la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. Les enquêtes nationales sur la santé comme le Baromètre Santé 2005 comportent une question sur la grossesse mais les résultats n'ont pas été diffusés, hormis l'information que : « chez les 15-49 ans, 11 % des femmes enceintes déclarent avoir bu de l'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête, contre 38 % des autres femmes » (Guillemont et coll., 2006). Les enquêtes portant sur la période périnatale sont menées en milieu médical, au moment de l'accouchement. L'enquête nationale périnatale a comporté une question sur l'alcool en 1998 mais pas en 2003, les femmes ne sont pas interrogées sur leurs consommations de substances illicites. Seules les données de l'Audipog, obtenues sur la base d'un volontariat de certaines maternités, concernent la toxicomanie pendant la grossesse, intraveineuse ou autre et donnent une estimation de 2 400 à 5 000 naissances concernées chaque année. Le nombre de femmes enceintes usagères de traitements de substitution aux opiacés peut quant à lui être estimé à environ 3 500 (Simmat-Durand, 2009c). S'y ajoutent d'autres consommations non évaluées et environ 1 600 femmes consommant plus de trois verres d'alcool par jour pendant la grossesse (Audipog, 2004).

Les conditions de vie précaires, souvent plus marquées chez les femmes enceintes usagères de drogues, amènent à s'interroger sur les effets respectifs de ces deux facteurs dans la survenue des conséquences pour les nouveau-nés tant dans le cas des drogues illicites (Schempf et Strobino, 2008) que dans celui des traitements de substitution (TSO) (Simmat-Durand et coll., 2010) et prouvent la nécessité dans tous les cas d'une prise en charge globale des grossesses, prenant en compte ces aspects multifactoriels.

Grossesses non désirées ou chez les adolescentes

Les risques de grossesses non désirées sont rapportés avec des produits comme la cocaïne qui entraîne des désinhibitions (Jaufret-Roustide et coll., 2009a),

ou avec l'alcool, mais on observe également des perturbations des cycles menstruels. Les usagères d'opiacés présentent couramment des aménorrhées et se croient stériles, d'où le risque de grossesse non désirée y compris lors de la mise en place des traitements de substitution, ce qui avait été relevé surtout en lien avec le Subutex prescrit en médecine de ville (Brewer, 2008 ; Lejeune et Simmat-Durand, 2003). Dans une étude portant sur 159 femmes sous traitement par Subutex en France, pratiquement une sur deux a indiqué n'avoir pas programmé la grossesse en cours, et cette proportion était encore du tiers chez celles ayant les meilleures conditions sociales, soit un niveau baccalauréat, un logement personnel, vivant en couple et ayant des revenus du travail (Simmat-Durand et coll., 2009c).

Un article espagnol invite les opposants aux traitements de substitution à considérer que la contraception est par excellence un moyen de réduire les risques des grossesses non désirées tout comme les traitements de substitution devraient être un moyen de réduire les addictions non désirées (Brewer, 2008). *A contrario*, il serait utile de rappeler que d'empêcher des grossesses non désirées constitue une réduction des risques : de grossesses non suivies, de conséquences périnatales, d'atteintes immédiates et futures des enfants exposés.

Au Royaume-Uni, parmi les 7 600 adolescentes prises en charge dans un service d'aide aux toxicomanes, 20 % avaient au moins un enfant, ce qui pose de plus le problème de l'immaturité de ces mères (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 2004).

Conséquences périnatales

Les travaux sur la sociologie de la reproduction et la pénalisation des comportements pendant la grossesse tendent à ne voir les femmes que comme des « containers à fœtus » et leurs corps sont considérés comme impropres à la reproduction quand elles absorbent des substances (Ettorre, 2004). La pénalisation des femmes enceintes consommant des substances illicites, voire de l'alcool, est une tentation pour de nombreux pays et cette situation est couramment dénoncée. En effet, cette « chasse aux sorcières » amène les femmes à ne pas faire suivre leurs grossesses, de crainte de se voir retirer leur enfant, d'être stigmatisées ou de faire face à des réactions hostiles du personnel de maternité. Or, le non suivi des grossesses est en soi un risque bien connu de prématurité ou d'incidents obstétricaux (Vilain et coll., 2005). Les études sur les femmes consommatrices d'héroïne révèlent des niveaux de grossesses non suivies couramment de l'ordre de 40 % (Lejeune, 2007).

Les taux de fausses couches ou de prématurité sont élevés parmi les femmes consommant des substances psychoactives. Des anomalies fœtales, des retards de croissance intra-utérine et des syndromes de sevrage des nouveau-nés figurent parmi les conséquences les plus fréquentes, outre les effets de l'alcool sur le fœtus et particulièrement le syndrome d'alcoolisation fœtale. Un arrêt

brutal de la consommation pendant la grossesse, en particulier des opiacés, peut provoquer un manque chez les fœtus et un syndrome de sevrage dont l'intensité peut provoquer la mort fœtale (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Pour cette raison, les recommandations actuelles sont de ne jamais tenter un sevrage en cours de grossesse mais de proposer un traitement de substitution aux opiacés (Lejeune, 2007 ; Simmat-Durand, 2009c).

Le syndrome de sevrage du nouveau-né est le risque majeur suite à une exposition aux opiacés, aux benzodiazépines et dans une moindre mesure au tabac, cannabis ou alcool. Il se manifeste quelques heures ou quelques jours après la naissance par un ensemble de symptômes non spécifiques, dont les effets cumulés permettent d'établir un score à l'aide de grilles de recueil appelées scores de Finnegan ou de Lipsitz. Dans les cas les plus sévères, les enfants doivent recevoir un traitement médicamenteux, souvent du chlorhydrate de morphine, pendant quelques jours à quelques semaines. Les syndromes modérés sont traités par des techniques de nursing et le contact prolongé avec la mère, au mieux par l'allaitement (Morrisson et coll., 1996 ; Micard et coll., 2003).

Transmission materno-fœtale des maladies infectieuses

Les interventions visant à une meilleure surveillance médicale de la grossesse chez les femmes usagères de drogues doivent prévenir les risques de transmission verticale des maladies infectieuses et/ou permettre une prise en charge immédiate des nouveau-nés (Gyarmathy et coll., 2009).

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été réduit à moins de 1 % avec les multithérapies en cours de grossesse, mais existe toujours, du fait en particulier des non suivis de certaines femmes, toxicomanes, errantes ou migrantes en situation irrégulière.

Le risque de transmission vertical est majeur pour l'hépatite B et existe pour l'hépatite C pendant la grossesse et à la naissance, mais non avec l'allaitement et l'usage de drogues est le facteur prédominant (Resti et coll., 2002). Ce risque dépend de la charge virale et est minimisé par l'arrêt de l'injection, par exemple lors d'une mise sous traitement de substitution aux opiacés (Gyarmathy et coll., 2009). Les hépatites C et la mononucléose sont des risques infectieux qui coexistent chez les femmes injectrices. Une étude révèle que le risque de transmission materno-fœtale de l'hépatite C est augmenté chez les femmes ayant d'autres infections, indépendamment de leur recours à l'injection (Azzari et coll., 2008). D'après une étude italienne portant sur 1 372 dyades mères-enfants, l'usage de drogues chez la mère constitue un risque majeur de transmission verticale de l'hépatite C sans co-occurrence du VIH (Resti et coll., 2002).

Concernant l'hépatite B, également répandue parmi les usagers de drogues, les recommandations sont de donner des immunoglobulines aux nouveau-nés et

de les vacciner simultanément en salle d'accouchement. Ceci nécessite de pouvoir identifier les populations à risque (Gyarmathy et coll., 2009).

Traitements de substitution pendant la grossesse

Un traitement de substitution pendant la grossesse présente l'intérêt majeur d'inscrire la mère dans un suivi obstétrical et de son addiction. Il permet un dosage régulier du produit, même s'il ne règle pas la question du syndrome d'abstinence à la naissance, qui affecte plus de la moitié des enfants dont la mère a pris de la méthadone ou de la buprénorphine (Balstad et coll., 2009).

Les débats sur la diminution de la posologie chez une femme enceinte existent encore, en particulier parmi les usagères, alors que le consensus médical serait plutôt en faveur d'une augmentation des doses pour tenir compte du métabolisme de la mère et en particulier de sa prise de poids (Simmat-Durand, 2010a). Peu de liens ayant été prouvés entre la posologie du traitement de substitution aux opiacés et la sévérité du syndrome de sevrage du nouveau-né, les inconvénients d'une baisse de posologie paraissent supérieurs, car il existe un risque que la mère trouve un équilibre par une consommation de produits plus tératogènes, en particulier l'alcool (Lejeune et coll., 2006).

Autres risques pour les enfants

Les conséquences de consommations de substances psychoactives pendant la grossesse sont difficiles à évaluer en particulier du fait des polyconsommations fréquentes y associant le tabac et l'alcool (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 2004 et 2007). Les interventions de réduction des risques ne sauraient ignorer les dommages aux enfants de parents toxicomanes et devraient s'efforcer de hiérarchiser des interventions visant à réduire ces risques. Les recherches donnant la parole aux femmes consommant des opiacés montrent qu'elles en sont conscientes (Murphy et Rosenbaum, 1999) et qu'elles développent des stratégies pour protéger leurs enfants, comme d'arrêter ou de diminuer leurs consommations, de rechercher un traitement et particulièrement la méthadone, tenir les enfants à l'écart de leurs pratiques et de leurs relations liées à la drogue... (Richter et Bammer, 2000). Le tableau 17.I récapitule ces risques.

Les risques de négligence ou de maltraitance sont de première importance quand il s'agit des enfants de parents ayant une addiction. Dans beaucoup de pays, ces enfants font systématiquement l'objet d'un signalement aux services de l'enfance (Simmat-Durand, 2007). Aux États-Unis, les estimations montrent que 40 à 80 % des familles repérées par les services de l'enfance connaissent des problèmes d'usage d'alcool ou de drogues (Rockhill et coll., 2008). Une étude australienne sur 119 enfants de mères usagères a estimé que le risque de placement de ces enfants est treize fois plus élevé que celui des cas-témoins (McGlade et coll., 2009).

Tableau 17.1 : Risques chez l'enfant liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse (traduit d'après *Advisory Council on Misuse of Drugs, 2004*)

Âge (ans)	Santé	Éducation et développement cognitif	Relations et identité	Développement émotionnel et comportemental
0-2	Syndrome de sevrage Mauvaise hygiène Sous-alimentation Mauvais suivi de santé Vaccins non à jour Défaut de sécurité	Manque de stimulation dû à la polarisation des parents sur les drogues et leurs propres problèmes	Difficultés d'attachement Séparation d'avec les parents biologiques	Insécurité liée à l'instabilité parentale ou aux absences Hyperactivité, inattention, impulsivité et agressivité
3-4	Examens médicaux et dentaires oubliés Mauvaise alimentation Danger physique Violence physique	Manque de stimulation Absence ou irrégularité de la préscolarité	Mauvais lien avec les parents Peut être contraint de prendre de trop grandes responsabilités	Hyperactivité, inattention, impulsivité, agression, dépression et anxiété Peur d'être séparé Acquisitions de comportements inadéquats

Comme autres risques pour les enfants, il faut citer l'exposition passive aux produits, au tabac en particulier, à la cocaïne aux États-Unis (Garcia-Bournissen et coll., 2009), mais aussi les accidents d'ingestion de substances licites ou illicites détenues par les mères, même si les traitements de substitution ou autres psychotropes ont un conditionnement rendant le produit inaccessible aux jeunes enfants (Powis et coll., 2000).

Réduction des risques visant les femmes

Une politique de réduction des risques visant les femmes s'appuie sur des travaux qui mettent en évidence que les addictions ont des causes et des conséquences spécifiques pour elles. Les approches punitives vis-à-vis des femmes qui consomment pendant la grossesse ont été pendant longtemps les plus nombreuses. Très récemment, sont apparus des programmes de réduction des risques centrés sur les mères et les femmes enceintes pour leur offrir des services dédiés, y compris en milieu hospitalier (Macrory et Boyd, 2007). Les précurseurs de ces services ont été les Anglais dès 1995 avec les sages-femmes de liaison drogues (Macrory et Boyd, 2007). Globalement, l'analyse des programmes de prise en charge des soins aux toxicomanes montre que le genre n'est toujours pas une dimension prise en compte (Ettorre, 2004).

Les expériences américaines de soins intégrés pour les mères et les enfants sont nombreuses et ont fait l'objet de plusieurs méta-analyses. Certaines sont centrées sur le point de vue des femmes et montrent que les gains essentiels obtenus par ces programmes sont le développement de l'estime de soi, la

capacité à développer un support social, un engagement avec le personnel de la structure, une meilleure facilité à exprimer leurs besoins et à reconnaître leurs comportements destructeurs (Sword et coll., 2009). Mais une autre revue montre que beaucoup des programmes visant les mères et leurs enfants restent encore trop centrés sur les problèmes spécifiques de la grossesse et non sur une prise en charge globale des femmes (Uziel-Miller et Lyons, 2000), avec une approche trop souvent punitive (Macrory et Boyd, 2007), du fait d'une politique nationale encore peu centrée sur la réduction des risques.

Une recherche a également montré que des programmes de prévention du risque VIH spécifiquement tournés vers les femmes donnent de meilleurs résultats, par la diminution de l'usage de drogues en général et pendant les relations sexuelles en particulier, et l'usage plus fréquent du préservatif pour les rapports à risques (McCoy et coll., 1998).

Lieux spécifiques, horaires aménagés, professionnels féminins

Les recherches montrent que les femmes se présentent moins spontanément que les hommes dans les lieux de soins (Hser et coll., 1987). Beaucoup de travaux ont tenté d'identifier les raisons qui leur sont propres pour éviter ces établissements et les facteurs qui pourraient favoriser leur accès au traitement (United Nations, 2004). Un des obstacles majeurs pour les femmes à la recherche d'un traitement serait que l'usage illicite de stupéfiants peut constituer une base légale pour le retrait de la garde des enfants, et qu'elles se signalent comme toxicomanes en fréquentant les lieux de soins spécifiques (Powis et coll., 2000). Mais par ailleurs, conserver la garde de leurs enfants, ou les protéger, serait une motivation majeure pour les mères à entrer dans un programme de soins et la présence d'enfants est un soutien essentiel pour l'inscription dans le soin des mères (Simmat-Durand, 2009c). Pour toutes ces raisons, les femmes tendent à ne pas fréquenter les centres de soins spécialisés et à se tourner vers leur généraliste, voire à préférer se débrouiller seules, sans cure ni traitement (Covington, 2006). Le partenaire, lui-même usager de drogues, est généralement décrit comme un obstacle à un traitement, car le couple s'est construit sur le rapport au produit, alors que les femmes sont décrites comme un soutien pour les hommes dépendants (Tuten et Jones, 2003). Des expériences américaines de traitement résidentiel permettant l'accueil conjoint des mères et des enfants sont néanmoins rapportées et comportaient 35 structures en 1999 (Clark, 2001). Les coûts de telles structures sont jugés extrêmement mineurs au regard des coûts d'hospitalisation générés par l'exposition *in utero* des enfants, en particulier à l'alcool (Clark, 2001).

Il existe très peu de lieux d'accueil mère-enfant en France quand il y a une problématique d'addictions chez les femmes. Ces lieux sont notoirement insuffisants en région parisienne, bien que l'on dispose d'une nouvelle structure en 2010, de moyen séjour de *post partum*. Le constat est le même au

niveau européen, même si les États se targuent d'offrir chacun au moins un tel centre (Groupe Pompidou, 2001). Le manque est encore plus criant concernant des services de santé de la reproduction destinés aux usagers de drogues. Aux États-Unis, les services proposés en matière de soins aux toxicomanes sont décrits comme peu adaptés aux minorités et aux femmes, avec des personnels majoritairement masculins et blancs (Stocco et coll., 2002). Dans la littérature internationale, à défaut de lieux de soins spécifiques, les programmes proposent des horaires dédiés aux femmes, adaptés à la vie familiale, avec des services de garde des enfants ou de consultations orientées vers le suivi contraceptif ou de grossesses, des aides à domicile, ou un service de transport du domicile au lieu de soins (Pinkham et Malinowska-Sempruch, 2008). Des programmes intégrés de prise en charge globale des femmes, proposant tout à la fois le soin des addictions, les traitements somatiques et de santé mentale et des services sociaux existent, mais en se focalisant trop sur la période de grossesse ne sont pas toujours adaptés à une prise en charge dans la durée des femmes et de leurs enfants. Des expériences de programmes de prévention spécifiquement adaptés aux femmes travailleuses sexuelles ont montré leur efficacité, en particulier sur l'amélioration de leurs conditions d'hébergement (Bowser et coll., 2008). Un programme américain portant sur 35 centres offrant une prise en charge des grossesses et du *post partum* montre les excellents résultats obtenus parmi les 3 000 femmes accueillies de 1996 à 1999, en termes de mortalité infantile, prématurité, retard de croissance intra-utérin. Ces résultats sont imputés au fait de disposer d'un suivi médical, prénatal, obstétrical intégré, mais aussi à la meilleure alimentation et à la diminution du stress pendant cette période (Clark, 2001).

Services centrés sur la féminité et le lien mère-enfant

Malgré les connaissances accumulées sur les spécificités sexuelles et de genre des addictions, les services de traitement aux toxicomanes peinent à fournir des prises en charge répondant aux besoins spécifiques des femmes, par exemple sur la connaissance des différences métaboliques (Greaves et Poole, 2008). De même, les programmes de prévention de la consommation des substances ne sont pas suffisamment spécifiques pour les adolescentes, ignorant des facteurs comme le stress, la dépression, l'image corporelle (Kumpfer et coll., 2008). Les sites de prévention sur les usages de drogues pourraient comporter des pages consacrées aux problèmes féminins : actuellement un tiers de la clientèle est négligé dans ses spécificités et ne trouve pas l'information qui l'intéresse. L'exemple de l'information sur « grossesse et Subutex » a été analysé et montre que l'absence de données fiables laisse la porte ouverte à toutes les pratiques et aux conseils les plus inadéquats sur Internet (Simmat-Durand, 2010b).

Ainsi, la plupart des centres de traitements pour toxicomanes sont décrits comme non à même de prendre en charge des femmes enceintes et les services

de maternité peu au fait des besoins spécifiques des consommatrices (Covington, 2006). Des services offrant une approche multidisciplinaire des problèmes d'addiction et de maternité sont « souhaités » dans la plupart des rapports sur ces questions, afin de limiter les risques (Gyarmathy et coll., 2009). Mais pour l'instant, une place très faible est faite dans les centres de soins spécialisés aux toxicomanes en France, à des vacations de gynécologie, à la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées, hors les services de bas seuil, par ailleurs rares (Boutique Femmes). Au Royaume-Uni, les recommandations des pouvoirs publics vont également vers la disponibilité de l'information sur la contraception dans les lieux de soins pour toxicomanes, y compris dans les centres méthadone ou les lieux d'échange de seringues (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 2004). Dans certains pays, le choix s'est porté sur la mise en place de services transversaux susceptibles de prendre en charge les femmes dans les hôpitaux, comme des sages-femmes de liaison en Irlande (Scully et coll., 2004).

Mais dans la mouvance de la prise en charge actuelle des femmes enceintes, le point qui apparaît important est d'offrir des services spécifiques comme des sages-femmes dédiées à ces futures mères pour leur permettre de développer des liens de bonne qualité avec leurs enfants (Suchman et coll., 2004), d'autant plus qu'elles ont souvent une image maternelle déformée par les carences de leur propre enfance, peu de savoir-faire dans l'expression de leurs sentiments et peu de ressources pour sortir du cercle de la violence (Wesely et Wright, 2009).

En conclusion, les travaux sur les risques spécifiques rencontrés par les femmes usagères de drogue sont donc extrêmement nombreux mais se heurtent à un faible intérêt dans le débat public, hors les dérives sur des discours discriminatoires (Greaves et coll., 2002) ou les approches purement féministes. Même le simple fait de ne pas publier la majorité des enquêtes nationales en prenant en compte la variable du genre est révélateur de ce malaise. Les données dont on dispose le plus facilement sont celles concernant les adolescentes, dont les comportements de consommation de substances psychoactives sont décrits comme en augmentation et avec une nouvelle dangerosité (*binge drinking*, crack), ne serait-ce que par la proportion de jeunes filles concernées (Beck et coll., 2006). Comment dès lors supposer que dans moins d'une dizaine d'années, elles seront conscientes des risques pris lors des grossesses si aucune mesure de prévention spécifique n'est clairement soutenue dans l'opinion publique ?

BIBLIOGRAPHIE

ADVISORY COUNCIL ON MISUSE OF DRUGS. Hidden Harm: responding to the needs of children of problem drug users. Home office, 2004

ADVISORY COUNCIL ON MISUSE OF DRUGS. Hidden Harm: Three years on: realities, challenges and opportunities. Home Office, 2007

AUDIPOG (ASSOCIATION DES UTILISATEURS DE DOSSIERS INFORMATISÉS EN PÉDIATRIE OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE). La santé périnatale en 2002-2003. Évaluation des pratiques médicales. Coordination Inserm (audipog.inserm.fr), Lyon, 2004, 40p

AZZARI C, MORIONDO M, INDOLFI G, BETTI L, GAMBINERI E, et coll. Higher risk of Hepatitis C virus Perinatal Transmission from Drug User Mothers is Mediated by Peripheral Blood Mononuclear Cell Infection. *Journal of Medical Virology* 2008, **80** : 65-71

BALSTAD B, SARFI M, WELLE-STRAND GK, RAVNDAL E. Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of Neonatal Abstinence Syndrome. *European Addiction Research* 2009, **15** : 128-134

BECK FO, LEGLEYE SP, DE PERETTI G. L'alcool donne-t-il un genre ? *Travail, genre et Société* 2006, **15** : 141-160

BOWSER BP, RYAN L, SMITH CD, LOCKETT G. Outreach-based drug treatment for sex trading women: The Cal-Pep risk-reduction demonstration project. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 492-495

BREWER C. Reduccion de danos en embarazos no deseados y de adicciones no deseadas: une instructiva analogia (Harm-reduction for unwanted pregnancies and unwanted addictions: an instructive analogy). *Adicciones* 2008, **20** : 5-14

BRYANT J, TRELOAR C. The gendered context of initiation to injecting drug use: evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review* 2007, **26** : 287-293

CAGLIERO S, LAGRANGE H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. OFDT, 2004

CANARELLI T, COQUELIN AL. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances*, OFDT 2009 : 1-4

CLARK HW. Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: treatment and policy implications. *Child Welfare* 2001, **80** : 179-198

COVINGTON SPS. Gender matters: creating services for women and girls, 2006. Personal Communication

EAVES CS. Heroin use among female adolescents: the role of partner influence in path of initiation and route of administration. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2004, **30** : 21-38

EPELE ME. Gender, violence and HIV: women's survival in the streets. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2002, **26** : 33-54

ETTORRE E. Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy* 2004, **15** : 327-335

EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. A gender perspective on drug use and responding to drug problems, 2006, 37p

EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. Polydrug use: patterns and responses, 2009

EVANS JL, HAHN JA, PAGE-SHAFER K, LUM PJ, STEIN ES, et coll. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2003, **80** : 137-146

FRAJZYNGIER V, NEAIGUS A, GYARMATHY VA, MILLER M, FRIEDMAN SR. Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode. *Drug and Alcohol Dependence* 2007, **89** : 145-452

GARCIA-BOURNISSEN F, NESTERENKO M, KARASKOV T, KOREN G. Passive environmental exposure to cocaïne in canadian children. *Pediatr Drugs* 2009, **11** : 30-32

GREAVES L, POOLE N. Bringing sex and gender into women's substance use treatment programs. *Substance Use & Misuse* 2008, **43** : 1271-1273

GREAVES L, VERCOE C, POOLE N, MORROW M, JOHNSON J. Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise. Condition féminine, Canada, 2002

GROUPE P. Grossesse et toxicomanies, état des lieux en l'an 2000. Editions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2001

GUILLEMONT J, ROSILIO T, DAVID M, LÉON C, ARWIDSON P. Connaissance des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Evolutions* 2006, **3**

GYARMATHY VA, GIRAUDON I, HEDRICH D, MONTANARI L, GUARITA B, et coll. Drug use and pregnancy-challenges for public health. *EuroSurveillance* 2009, **14** : 3-36

HSEY YL, ANGLIN MD, MCGLOTHLIN W. Sex Differences in Addict Careers. 1. Initiation of Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1987, **13** : 33-57

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, RONDY M, KUDAWU Y, LE STRAT Y. Trajectoires de vie et prises de risque chez les femmes usagères de drogues. *Médecine Sciences* 2008, **24** : 111-121

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, RONDY M, LE STRAT Y, COUTURIER E, et coll. Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologiques et socio-anthropologiques, Enquête Coquelicot 2004-2007, France. *BEH* 2009a, **10-11** : 96-99

JAUFFRET-ROUSTIDE M, OUDAYA L, GUIBERT GL. Femmes, cocaïne et risques sanitaires : données épidémiologiques et sociologiques. *Néonatalogie PSE* 2009, **29**, 395-419. XXXIX^e Journées Nationales de Néonatalogie 2009b

KUMPFER KL, SMITH P, SUMMERHAYS JF. A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use & Misuse* 2008, **43** : 978-1001

LEJEUNE C. Conséquences périnatales des addictions. *Archives de Pédiatrie* 2007, **14** : 656

LEJEUNE C, SIMMAT-DURAND L. Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leur nouveau-nés. OFDT, Paris, 2003

LEJEUNE C, SIMMAT-DURAND L, GOURARIER L, AUBISSON S. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug and Alcohol Dependence* 2006, **82** : 250-257

LESTER B, ANDREOZZI L, APPIAH L. Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. *Harm Reduction Journal* 2004, **1** : 5

LOT F. Epidémiologie du VIH/Sida et des autres infections sexuellement transmissibles chez les femmes. *Médecine Sciences* 2008, **24** : 7-19

LUM PJ, SEARS C, GUYDISH J. Injection Risk Behavior among Women Syringe Exchangers in San Francisco. *Substance Use & Misuse* 2005, **40** : 1681-1696

MACRORY F, BOYD SC. Developing primary and secondary services for drug and alcohol dependent mothers. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2007, **12** : 119-126

MAGEE C, HURIAUX E. Ladies'night: evaluating a drop-in programme for homeless and marginally housed women in san francisco's mission district. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 113-121

MARSHALL BDL, FAIRBAIRN N, LI K, WOOD E, KERR T. Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence* 2008, **97** : 237

MCCOY VH, MCCOY CB, LAI S. Effectiveness of HIV interventions among women drug users. *Women Health* 1998, **27** : 49-66

MCGLADE A, WARE R, CRAWFORD M. Child protection outcomes for infants of substance-using mothers: a matched-cohort study. *Pediatrics* 2009, **124** : 285-293

MEASHAM F. "Doing gender"- "doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems* 2002, **29** : 335-373

MICARD S, BRION F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés : enquête française et européenne. *Arch Pédiatr* 2003, **10** : 199-203

MOORE D. "Workers", "clients" and the struggle over needs: understanding encounters between service providers and injecting drug users in an Australian city. *Social Science & Medicine* 2009, **68** : 1161-1168

MORRISSON CL, SINEY C. A survey of the management of neonatal opiate withdrawal in England and Wales. *European Journal of Pediatrics* 1996, **155** : 323-326

MURPHY S, ROSENBAUM M. Pregnant women on drugs. combating stereotypes and stigma. Rutgers university press, New Brunswick, 1999

O'CONNELL JMM, KERR TP, LI KM, TYNDALL MWMD, HOGG RSP, et coll. Requiring help injecting independently predicts incident hiv infection among injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* 2005, **40** : 83-86

PINKHAM S, MALINOWSKA-SEMPRUCH K. Women, Harm Reduction and HIV. *Reproductive Health Matters* 2008, **16** : 168-181

POOLE N, GREAVES L, JATEGAONKAR N, MCCULLOUGH L, CHABOT C. Substance use by women using domestic violence shelters. *Substance Use & Misuse* 2008, **43** : 1129-1150

POWIS B, GOSSOP M, BURY C, PAYNE K, GRIFFITHS P. Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug & Alcohol Review* 2000, **19** : 171-180

PRYEN SP. Usage de drogues et prostitution de rue. L'instrumentalisation d'un stigmaté pour la légitimation d'une pratique indigne. *Sociétés Contemporaines* 1999, **36** : 33-51

RESTI M, AZZARI C, GALLI L, ZUIN G, GIACCHINO R, et coll. Maternal drug use is a preeminent risk factor for mother-to-child hepatitis c virus transmission: results from a multicenter study of 1372 mother-infant pairs. *The Journal of Infectious Diseases* 2002, **185** : 567-572

RICHTER KP, BAMMER G. A hierarchy of strategies heroin-using mothers employ to reduce harm to their children. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000, **19** : 403-413

ROCKHILL A, GREEN BL, NEWTON-CURTIS L. Accessing substance abuse treatment: issues for parents involved with child welfare services. *Child Welfare* 2008, **87** : 63-93

ROOSE RJ, HAYASHI AS, CUNNINGHAM CO. Self-Management of injection-related wounds among injecting drug users. *Journal of Addictive Diseases* 2009, **28** : 74-80

ROXBURGH A, DEGENHARDT L, BREEN C. Drug use and risk behaviours among injecting drug users: a comparison between sex workers and non-sex workers in Sydney, Australia. *Harm Reduction Journal* 2005, **2** : 7

SCHEMPF AH, STROBINO DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2008, **85** : 858-873

SCULLY M, GEOGHEGAN N, CORCORAN P, TIERNAN M, KEENAN E. Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women in Dublin, Ireland. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004, **26** : 27-33

SEDDON T. Women, harm reduction and history: Gender perspectives on the emergence of the 'Bristis System' of drug control. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 99-105

SHANNON K, KERR T, STRATHDEE SA, SHOVELLER J, MONTANER JS, et coll. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ* 2009, **339** : b2939

SHANNON K, KERR T, MARSHALL B, LI K, ZHANG R. Survival sex work involvement as a primary risk factor Hepatitis C virus acquisition in drug-using youths in a Canadian setting. *Archives of Pediatrics and Adolescence* 2010, **164** : 61-65

SHEARD L, TOMPKINS C. Contradictions and misperceptions: an exploration of injecting practice, cleanliness, risk and partnership in the lives of women drug users. *Qualitative Health Research* 2008, **18** : 1536-1547

SHERMAN S, LATKIN C, GIELEN A. Social factors related to syringe sharing among injecting partners: A Focus on Gender. *Substance Use & Misuse* 2001, **36** : 2113-2136

- SIMMAT-DURAND L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société* 2007, **31** : 305-330
- SIMMAT-DURAND L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2009a, **10-11** : 86-89
- SIMMAT-DURAND L. Dialogues avec Christine et ceux qui l'ont prise en charge. In : Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. SIMMAT-DURAND L (ed.). L'Harmattan, Paris, 2009b, 192p
- SIMMAT-DURAND L. Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. L'Harmattan, Paris, 2009c, 283p
- SIMMAT-DURAND L. Les forums internet, lieux d'échanges et d'informations sur les grossesses sous Subutex. *Psychotropes-Revue internationale des toxicomanies* 2010a, **16**, sous presse
- SIMMAT-DURAND L. Pregnancy under high-dose Buprenorphine: the opinions expressed on french internet forums. *Substance Use and Misuse* 2010b, **45**, sous presse
- SIMMAT-DURAND L, LEJEUNE C, GOURARIER L, THE GEGA . Pregnancy under high-dose buprenorphine. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2010, **142** : 119-123
- SIMPSON M, MCNULTY J. Different needs: women's drug use and treatment in the UK. *International Journal of Drug Policy* 2008, **19** : 169-175
- STERK CE, THEALL KP, ELIFSON KW. The Impact of Emotional Distress on HIV Risk Reduction Among Women. *Substance Use & Misuse* 2006, **41** : 157-173
- STOCCO P, LLOPIS LLACER JJ, DEFAZIO L, FACY F. Women and opiate addiction: a european perspective. IREFREA and European Commission, Valencia, 2002
- STONER SA, NORRIS J, GEORGE WH, MORRISON DM, ZAWACKI T, et coll. Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors* 2008, **33** : 1167
- SUCHMAN N, MAYES L, CONTI J, SLADE A, ROUNSAVILLE B. Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behavior management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004, **27** : 179-185
- SWORD W, JACK S, NICCOLS A, MILLIGAN K, HENDERSON J, et coll. Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-analysis of processes and outcomes. *Harm Reduction Journal* 2009, **6** : 32
- TEMPLE JR, WESTON R, STUART GL, MARSHALL LL. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addictive Behaviors* 2008, **33** : 1244
- TUTEN M, JONES HEE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence* 2003, **70** : 327
- UNITED NATIONS. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Office on drugs and crime, 2004
- UZIEL-MILLER ND, LYONS JS. Specialized substance abuse treatment for women and their children: An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000, **19** : 355-367

VERNON IS. American Indian Women, HIV/AIDS, and Health Disparity. *Substance Use & Misuse* 2007, **42** : 741-752

VIDAL-TRECAN G, COSTE J, COEURET M, DELAMARE N, VARESCON-POUSSON I, et coll. Les comportements à risque des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998, **46** : 193-204

VILAIN A, DE PERETTI C, HERBET JB, BLONDEL B. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. *Etudes et Résultats, DREES* 2005, **7**

WAGNER FA, ANTHONY JC. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence* 2007, **86** : 191

WECHSBERG WM, LAM WKK, ZULE W, HALL G, MIDDLESTEADT R, et coll. Violence, homelessness, and HIV risk among crack-using african-american women. *Substance Use & Misuse* 2003, **38** : 669-700

WESELY JK, WRIGHT JD. From the inside out: efforts by homeless women to disrupt cycles of crime and violence. *Women and Criminal Justice* 2009, **19** : 217-234

WRIGHT NMJ, TOMPKINS C, SHEARD L. Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug users. *Health and Social Care in the Community* 2007, **15** : 417-425