

Chapitre I.

Les femmes et les drogues

1. On est de plus en plus conscient qu'il importe de prendre dûment en considération la problématique hommes-femmes dans les politiques et programmes en matière de drogues. Les déclarations politiques de 1998³ et 2009⁴ tiennent compte de cette problématique et l'Assemblée générale⁵ tout comme la Commission des stupéfiants⁶ y ont accordé une attention accrue au cours des dix dernières années. En outre, dans sa résolution sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030⁷, l'Assemblée a souligné l'importance critique de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Dans le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale, intitulé "Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue"⁸, les États Membres ont été encouragés à tenir compte des besoins particuliers des femmes dans le contexte de la politique sur les drogues. La Commission des stupéfiants, en tant que principal organe décisionnel du système des Nations Unies en matière de drogues, a adopté plusieurs résolutions concernant la situation des femmes au regard du problème mondial de la drogue. Afin de contribuer au progrès de politiques différenciées selon le sexe pour traiter ce problème, la Commission a de

³Déclaration politique adoptée par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, consacrée à la lutte commune contre le problème mondial de la drogue (résolution S-20/2 de l'Assemblée, annexe).

⁴Déclaration politique et Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue (voir *Documents officiels du Conseil économique et social, 2009, Supplément n° 8 (E/2009/28)*, chap. I, sect. C).

⁵Résolutions 58/138, 61/143, 63/241 et 70/182 de l'Assemblée générale.

⁶Résolutions 52/1, 55/5 et 59/5 de la Commission des stupéfiants.

⁷Résolution 70/1 de l'Assemblée générale.

⁸Résolution S-30/1 de l'Assemblée générale, annexe.

nouveau souligné récemment les besoins particuliers des femmes à sa cinquante-neuvième session, en mars 2016, en adoptant la résolution 59/5, intitulée "Prise en compte systématique de la problématique hommes-femmes dans les politiques et programmes en matière de drogues".

2. Reconnaisant l'importance de la différenciation selon le sexe, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a consacré le premier chapitre du présent rapport annuel à la question des femmes et des drogues. Toutefois, du fait de ses multiples aspects, cette question ne peut pas être traitée de manière exhaustive en un seul chapitre. De plus, les données sur les femmes toxicomanes sont rares, ce qui complique encore l'analyse. C'est pourquoi le présent chapitre se limite à quelques points essentiels: dommages liés à la drogue, populations particulières, prévention et traitement, et réadaptation des toxicomanes.

3. Les femmes toxicomanes peuvent être confrontées à de nombreuses difficultés: connaître une stigmatisation intense; être ostracisées par leur famille ou leur communauté; être brutalisées par leur partenaire ou des membres de leur famille; et se livrer, volontairement ou sous la contrainte, au commerce du sexe pour pouvoir à leur consommation ou à celle de leur partenaire. En outre, elles n'ont pas accès à un traitement différencié de la toxicomanie. Les quelques données disponibles au niveau mondial montrent que le nombre des femmes toxicomanes augmente parmi les jeunes et la population carcérale. Peu de pays assurent un niveau adéquat de traitement de la toxicomanie chez les femmes, et presque tous les pays doivent développer le traitement différencié selon le sexe pour pouvoir atteindre les normes les plus élevées possible en matière de santé des femmes.

4. Les données de la justice pénale montrent qu'un nombre croissant de femmes sont arrêtées pour des infractions liées à la drogue. L'incarcération des femmes commettant de telles infractions peut avoir des effets catastrophiques sur leurs enfants, en particulier si elles en ont principalement la garde. De plus, la toxicomanie atteint des niveaux très élevés chez les prisonnières, qui ont rarement accès à des services de traitement et de réadaptation.

A. Prévalence et modes d'abus de drogues

5. Les femmes et les filles représentent un tiers des personnes qui consomment des drogues dans le monde. En 2010, le nombre total estimatif de femmes dépendantes aux amphétamines était de 6,3 millions, celui des femmes dépendantes aux opioïdes de 4,7 millions et celui des femmes dépendantes à la cocaïne de 2,1 millions. Les femmes ont une prévalence élevée de dépendance aux amphétamines (0,31 %) en Asie du Sud-Est et en Océanie, de dépendance aux opioïdes (0,25 %) en Océanie et de dépendance à la cocaïne (0,22 %) en Amérique du Nord et en Amérique latine. Toujours en 2010, le nombre de femmes s'injectant des drogues dans le monde était estimé à 3,8 millions, soit 0,11 % du total de la population féminine mondiale⁹. Les modalités de la toxicomanie chez les femmes s'expliquent principalement par le fait que les situations propices à la consommation de drogues, qui sont dues à l'influence de l'environnement social ou culturel, ne s'offrent pas à elles de la même manière.

6. Généralement, les femmes commencent à consommer de la drogue plus tard que les hommes, et leur consommation est fortement influencée par celle de leurs partenaires. Toutefois, quand les femmes commencent à faire abus de drogues, leur taux de consommation de cannabis, d'opioïdes et de cocaïne progresse plus vite que celui des hommes et elles tendent à développer des troubles liés à l'usage de substances plus rapidement que les hommes. S'agissant des méthamphétamines, les femmes commencent à en consommer plus jeunes que les hommes et elles courent plus de risques que les hommes d'avoir un trouble lié à leur usage. Par rapport aux hommes, les femmes qui consomment de l'héroïne sont plus jeunes, ont tendance à prendre de plus petites quantités sur une période plus courte, sont moins enclines

à pratiquer l'injection et sont plus susceptibles d'être influencées par des partenaires sexuels consommateurs de drogues. Souvent, c'est quelqu'un d'autre, habituellement le partenaire, qui fait la première injection à une femme.

7. Les femmes ont un niveau d'usage de drogues plus élevé dans les pays à haut revenu que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Quelle que soit la substance en cause, la différence entre les sexes est moins marquée chez les jeunes que chez les adultes. Les femmes représentent aussi une forte proportion des personnes qui font abus de médicaments de prescription. Le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe a signalé que l'usage de médicaments de prescription par les femmes augmente avec l'âge, atteignant un pic chez les femmes dans la trentaine. Bien que les données soient limitées, l'Allemagne et la Serbie ont indiqué que les surdoses mortelles dues à l'abus de médicaments de prescription étaient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes¹⁰. Des études montrent que les femmes sont plus enclines à consommer des médicaments de prescription, comme les stupéfiants analgésiques et tranquillisants (par exemple, benzodiazépines) à des fins non médicales¹¹. Cette situation est aggravée par le fait que les femmes sont beaucoup plus vulnérables à la dépression, à l'anxiété, aux traumatismes et à la victimisation que les hommes. Les femmes disent consommer des drogues pour faire face aux situations de stress, et il est prouvé qu'elles sont beaucoup plus susceptibles que les hommes de se faire prescrire des stupéfiants et des anxiolytiques¹².

8. La prévalence de l'usage illicite, de l'abus par injection et de la dépendance à la drogue est systématiquement plus élevée chez les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes. Chez les femmes transgenres, l'abus de drogues, notamment par injection, est aussi fréquent, les chiffres allant d'environ 30 % aux États-Unis d'Amérique à 42 % en Australie et jusqu'à 50 % au Portugal et en Espagne. Cependant, une étude menée au Pakistan en 2004 a révélé que moins de 2 % des femmes transgenres s'étaient injecté des drogues au cours de l'année écoulée¹³.

¹⁰Marilyn Clark, *The Gender dimension of non-medical use of prescription drugs* (Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2015).

¹¹L. Simoni-Wastila, G. Ritter et G. Strickler, "Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs", *Substance Use and Misuse*, vol. 39, n° 1 (2004), p. 1 à 23; 2007 ESPAD Report: *Substance Use Among Students in 35 European Countries* (Stockholm, Comité suédois d'information sur l'alcool et autres drogues, 2009).

¹²ONUDD, *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Vienne, 2011).

¹³Sarah Larney *et al.*, "Global epidemiology of HIV among women and girls who use or inject drugs: current knowledge and limitations of existing data", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 69, suppl. 2 (juin 2015).

⁹Harvey A. Whiteford *et al.*, "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 382, n° 9904 (2013), p. 1575 à 1586.

B. Initiation à la consommation, raisons et circonstances de l'abus

9. L'abus de drogues, notamment par injection, commence généralement à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les jeunes particulièrement vulnérables, tels que ceux qui sont sans abri, commencent parfois à pratiquer l'injection dans les premières années de leur adolescence. Les femmes, comme les hommes, prennent des drogues pour des raisons diverses, notamment pour en faire l'expérience, pour répondre à la pression des pairs, pour s'évader ou pour se détendre. Des facteurs tels que la personnalité ou l'environnement peuvent conduire une femme à passer de l'abus de drogues à l'abus de drogues par injection. D'autres facteurs peuvent être le fait d'avoir souffert de maltraitance physique ou sexuelle pendant l'enfance, le travail sexuel et la socialisation avec des personnes faisant abus de drogues par injection.

10. Certaines femmes déclarent consommer des substances pour alléger le stress ou les émotions négatives qu'elles ressentent ou pour faire face à un divorce, à la perte de la garde des enfants ou au décès d'un parent. Celles qui présentent des troubles liés à l'usage de substances ont souvent connu une éducation difficile et subi des conflits au sein de leur famille, et ont dû assumer précocement des responsabilités d'adultes. Elles ont souvent un toxicomane dans leur famille et nombre d'entre elles considèrent leurs problèmes relationnels comme l'un des facteurs les ayant amenées à l'usage de substances. En outre, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux apparaissent souvent avant les problèmes liés à un tel usage. Parmi les autres raisons que les femmes avancent pour expliquer l'abus de drogues figurent l'aide au régime, la lutte contre l'épuisement, le soulagement de la douleur et l'automédication des problèmes de santé mentale.

1. Facteurs biologiques

11. La dépendance à la drogue est déterminée par une combinaison de facteurs biologiques, environnementaux, comportementaux et sociaux. Les facteurs qui accroissent le risque de dépendance sont notamment: le fait d'être un homme, un tempérament avide de nouveautés et de sensations, l'apparition précoce d'une attitude provocatrice et de troubles du comportement, de mauvais résultats scolaires et le manque de sommeil. Les femmes peuvent être confrontées à des problématiques particulières se rapportant en partie à des facteurs biologiques.

12. La dépendance s'installe lorsque les neurones d'une personne s'adaptent à l'exposition répétée à la drogue et

ne fonctionnent normalement qu'en présence de celle-ci. La variabilité génétique peut déterminer dans une large mesure le risque que court un individu de devenir dépendant, de sorte que comprendre le rôle des facteurs génétiques peut aider à traiter la toxicomanie. On pense que ces facteurs représentent entre 40 % et 60 % de la vulnérabilité d'une personne face à l'addiction. Des études réalisées sur des jumeaux ont révélé que la probabilité d'héritabilité des troubles addictifs se situe, sur une échelle allant de 0 à 1, entre 0,39 pour les hallucinogènes et 0,72 pour la cocaïne¹⁴. Une méta-analyse d'études réalisées sur des jumeaux conduite par Verweij et al. (2010) a montré que, parmi les femmes, l'usage problématique de cannabis pouvait être attribué pour 59 % aux gènes partagés, tandis que chez les jumeaux hommes, ce taux était de 51 %.

13. Les femmes peuvent être confrontées à des problèmes spécifiques en cas d'abus de substances, en partie à cause de différences d'ordre biologique et de distinctions liées au sexe. La recherche a montré que l'expérience que les femmes ont de la drogue et la capacité de récupérer après l'usage de drogue peuvent être influencées par les hormones, le cycle menstruel, la fertilité, la grossesse, l'allaitement et la ménopause. Dans des études sur la femme, la phase folliculaire du cycle menstruel, pendant laquelle les niveaux d'estradiol sont élevés et ceux de progestérone bas, est associée avec une plus grande réactivité aux stimulants. Une étude sur la réaction à l'administration de cocaïne a montré que les femmes en phase lutéale disent se sentir moins euphoriques que les femmes en phase folliculaire ou les hommes¹⁵. La recherche a aussi mis en évidence différents effets de génotypes à monoamine oxydase A (MAO-A) (enzyme qui inactive les neurotransmetteurs monoamines, par exemple la sérotonine) sur la psychopathologie et le comportement des femmes¹⁶. Il est avéré aussi que les abus sexuels pendant l'enfance et la violence du partenaire intime constituent des facteurs de risque spécifiques de comportement antisocial et d'usage de drogues chez les femmes et peuvent entraîner des rechutes au bout de nombreuses années¹⁷.

¹⁴Laura Bevilacqua et David Goldman, "Genes and addictions", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 85, n° 4 (2009).

¹⁵Mehmet Sofuoglu et al., "Sex and menstrual cycle differences in the subjective effects from smoked cocaine in humans", *Experimental Clinical Psychopharmacology*, vol. 7, n° 3 (1999), p. 274 à 283.

¹⁶J. Kim-Cohen et al., "MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis", *Molecular Psychiatry*, vol. 11, (2006), p. 903 à 913.

¹⁷Office of Research on Women's Health, "Research summaries, FY 2011" (Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 2011).

2. Facteurs sociaux et environnementaux

14. Certains pays connaissent un fort taux de chômage ainsi que des taux de disponibilité des drogues et de criminalité qui créent un environnement susceptible de favoriser l'usage problématique de drogues. Il a été avancé qu'il existait une relation de réciprocité entre une situation socioéconomique défavorisée et l'usage de drogues. Vivre dans la pauvreté peut occasionner un stress chronique, qui influe sur la santé mentale de l'individu, auquel les drogues peuvent offrir un sursis temporaire. En outre, mais dans une moindre mesure, faire abus de drogues peut entraîner une dégradation de la situation socioéconomique. Dans le cas des femmes, l'impact de ces facteurs est souvent exacerbé. Ainsi, une enquête menée par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) concernant l'impact de l'usage de drogues sur la cellule familiale en Afghanistan a révélé des liens solides entre la consommation de drogues, le chômage et la pauvreté¹⁸. Plus de la moitié des personnes qui étaient employées avant de prendre de la drogue avaient ensuite perdu leur travail et plus d'un tiers des enfants interrogés ont dit qu'ils avaient été obligés de quitter l'école parce qu'un membre de leur famille faisait abus de drogues. Les groupes de population caractérisés par des niveaux élevés de consommation de drogues ont souvent un accès restreint à l'aide sociale, aux soins de santé et au réseau associatif local, et il leur est donc difficile d'obtenir une aide afin de rompre le cycle de la pauvreté et de l'abus de drogues.

15. Une vaste étude à laquelle ont participé près de 3 000 personnes qui consommaient de la drogue en Inde¹⁹ a fait apparaître que presque 10 % de ces usagers étaient des femmes. Nombre d'entre elles étaient analphabètes et très peu avaient reçu une formation professionnelle. La plupart consommaient de l'héroïne. Ces femmes faisaient communément état de problèmes tant physiques que psychologiques, y compris des fausses couches ou des interruptions de grossesse, résultant de leur abus de drogues. Environ la moitié des femmes qui ont participé à l'étude se livraient au commerce du sexe pour pourvoir à leur consommation, augmentant le risque de contracter le VIH, qui pouvait être transmis à l'enfant en cas de grossesse ou d'allaitement. Les conflits conjugaux étaient une cause fréquemment évoquée de début de consommation.

¹⁸ONUDC, *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan* (Vienne, 2014).

¹⁹Inde, Ministère de la justice sociale et de l'autonomisation, et ONUDC, Bureau régional pour l'Asie du Sud, "Women and drug abuse: the problem in India – highlights of the report" (New Delhi, 2002).

C. Dommages liés à la drogue

1. Infection à VIH, surdoses et autres conséquences négatives sur la santé

16. Souvent, les études sur l'abus de drogues et les dommages qui y sont liés ne portent pas spécifiquement sur les femmes, ce qui limite toute évaluation précise de la manière dont différents aspects affectent les femmes toxicomanes. En outre, la plupart des recherches menées le sont dans des pays à revenu élevé, ce qui limite la compréhension globale de la situation. Néanmoins, un volume raisonnable de données sur le VIH chez les femmes ont été produites, ce qui donne quelques indications sur le problème, compte tenu du lien entre l'injection de drogues et le risque d'infection à VIH. La prévalence du VIH parmi les consommatrices de drogues peut varier considérablement, allant de niveaux très bas dans plusieurs pays à plus de 50 % dans certains autres, comme l'Estonie et les Philippines. En République-Unie de Tanzanie, 72 % des femmes qui s'injectent de l'héroïne sont séropositives, contre 45 % des hommes. Au Sénégal, la prévalence du VIH chez les femmes qui pratiquent l'injection est trois fois plus élevée que chez les hommes.

17. Dans l'ensemble, même dans les cas d'épidémies généralisées qui surviennent en Afrique subsaharienne, les travailleuses de l'industrie du sexe ont 12 fois plus de probabilité d'être séropositives que la population féminine en général. De même, dans d'autres environnements avec une prévalence moyenne à élevée de VIH, ou dans les épidémies généralisées de VIH, il a été constaté que la probabilité d'une infection à VIH était forte²⁰. Les détenues ont elles aussi des taux élevés d'infection à VIH tant par rapport à l'ensemble de la population que par rapport aux détenus de sexe masculin²¹.

18. Les femmes qui s'injectent des drogues déclarent fréquemment partager des aiguilles, en donnant comme raisons l'ignorance des risques, l'impossibilité d'obtenir des aiguilles en pharmacie et la peur d'être prises par la police. Certaines femmes déclarent partager des aiguilles avec leur partenaire en signe d'amour ou de confiance. De mauvaises techniques d'injection abiment les veines et causent de graves complications. Les femmes qui s'injectent des drogues connaissent des problèmes comme la fatigue, la perte de poids, la douleur du sevrage, la

²⁰Stefan Baral *et al.*, "Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, vol. 12, n° 7 (2012), p. 538 à 549.

²¹Kate Dolan *et al.*, "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, suppl. n° 1 (2015), p. S12 à S15.

dépression et les tendances suicidaires; bon nombre ont aussi contracté des infections sexuellement transmissibles et des hépatites. Pour ces femmes, l'accès aux soins de santé est entravé principalement par la stigmatisation des femmes qui font abus de drogues par injection.

19. En 2012, plus de 15 000 femmes sont décédées d'une surdose aux États-Unis. Dans ce pays, entre 1999 et 2010, le nombre de décès liés à l'usage d'analgésiques opioïdes délivrés sur ordonnance parmi les femmes a été multiplié par 5, tandis que chez les hommes il a été multiplié par 3,6. Un passage en revue des données sur la mortalité au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord au cours de la période 2007-2008 a révélé de plus fortes hausses des surdoses (toutes substances confondues) chez les femmes que chez les hommes (17 % pour les premières et 8 % pour les seconds). En particulier, il y a eu parmi les femmes une augmentation de 8 % des décès par surdose d'héroïne ou de morphine et de 20 % des décès par surdose de cocaïne pendant cette période²².

2. Maladie mentale

20. La cooccurrence de troubles liés à l'usage de substances et d'une maladie mentale est difficile à diagnostiquer ainsi qu'à traiter, et elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Si les femmes souffrant d'une telle cooccurrence ne sont pas soignées, elles connaîtront une évolution clinique plus mauvaise que celles qui présentent un trouble unique. En Europe, la dépression majeure comorbide est plus fréquente chez les femmes présentant des troubles liés à l'usage de substances que chez les hommes présentant de tels troubles. Parmi ce groupe de femmes, la prévalence de la dépression majeure est deux fois plus forte que dans la population féminine en général²³. Le pronostic est plus défavorable pour les personnes présentant un double diagnostic, qui ont besoin d'un accompagnement plus intense et risquent davantage de se suicider, que pour celles chez qui un trouble unique est diagnostiqué²⁴. Les traitements efficaces en cas de double diagnostic attachent une égale importance aux deux types de troubles et impliquent la prestation de services pleinement intégrés.

²²Silvia Martins *et al.*, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. 105, n° 11 (novembre 2015).

²³EMCDDA, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe* (Luxembourg, Bureau des publications de l'Union européenne, 2015).

²⁴Stephanie Hartwell, "Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system", *Criminal Justice Policy Review*, vol. 15, n° 1 (mars 2004).

21. Une comparaison entre des détenues chez lesquelles est posé un double diagnostic et des femmes atteintes uniquement d'une maladie mentale grave a révélé que le premier groupe était davantage susceptible d'avoir des besoins plus immédiats en services (tels que le logement) une fois remis en liberté et risquait plus de récidiver. Une fois en prison, certaines femmes risquent de développer des troubles dépressifs et anxieux massifs. En outre, bien qu'une baisse de la prévalence des symptômes psychiatriques ait été constatée chez les hommes condamnés, ce n'est pas le cas chez les femmes placées en détention provisoire.

3. Violence

22. On estime qu'une femme sur trois dans le monde a fait l'objet de violences physiques ou sexuelles. Les taux de violences physiques et sexuelles subies par les femmes traitées pour toxicomanie sont très élevés, puisqu'ils atteignent de 40 % à 70 %²⁵. Cette violence a des conséquences néfastes sur la santé mentale, physique et procréative des femmes. Environ 20 % de celles qui ont subi des violences développent un trouble psychiatrique, tel qu'une dépression ou un état de stress post-traumatique. Une enquête menée par l'ONU DC concernant l'impact de l'usage de drogues sur la cellule familiale en Afghanistan a révélé que la consommation de drogues augmentait la probabilité de violences familiales²⁶. Dans une étude entreprise en 2015, le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe a constaté que les femmes toxicomanes faisaient l'objet de davantage de violences que celles qui ne l'étaient pas. Les taux de violences étaient même plus élevés encore parmi les toxicomanes enceintes ou se livrant au commerce du sexe²⁷.

4. Incarcération

23. La proportion de femmes impliquées dans des infractions liées à la drogue est en augmentation. Ces trente dernières années, le nombre de femmes incarcérées aux États-Unis pour de telles infractions a augmenté de plus de 800 %, la hausse étant de 300 % chez les hommes. Les deux tiers des femmes détenues dans des prisons fédérales du pays le sont pour des infractions non violentes

²⁵Mayumi Okuda *et al.*, "Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey", *Psychiatric Services*, vol. 62, n° 8 (août 2011).

²⁶*Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan*.

²⁷Thérèse Benoit et Marie Jauffret-Roustide, *Improving the Management of Violence Experienced by Women Who Use Psychoactive Substances* (Strasbourg, Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, 2016). Disponible à l'adresse: www.coe.int/.

liées à la drogue. En Europe et en Asie centrale, plus de 25 % (et jusqu'à 70 % au Tadjikistan) des détenues ont été condamnées pour des infractions liées à la drogue. En Amérique latine, entre 2006 et 2011, la population carcérale féminine a presque doublé, et 60 % à 80 % des détenues sont incarcérées pour des infractions de ce type.

24. Les femmes qui n'ont reçu qu'une éducation scolaire limitée ou qui manquent de possibilités d'emploi sont celles qui sont le plus fréquemment impliquées dans le trafic de drogues. La plupart des femmes qui sont arrêtées pour avoir passé de la drogue en contrebande n'ont jamais été condamnées auparavant et beaucoup sont nées à l'étranger. En Argentine, sur 10 détenues étrangères condamnées pour des infractions liées à la drogue, 9 étaient des passeuses et l'écrasante majorité était constituée de primo-délinquantes²⁸. Ces détenues n'ont pas de liens familiaux, sociaux ou institutionnels dans le pays où elles se trouvent, et elles purgent souvent des peines de longue durée.

D. Populations particulières qui consomment des drogues

1. Les détenues et leurs enfants

25. Bien que les hommes soient 10 fois plus nombreux que les femmes au sein des populations carcérales, le nombre de femmes incarcérées augmente. Au cours des quinze dernières années, le nombre de femmes emprisonnées a augmenté d'environ 50 %²⁹. En 2015, plus de 700 000 femmes et filles étaient détenues dans des établissements pénitentiaires de par le monde, soit en attente de jugement, soit après avoir été reconnues coupables et condamnées³⁰. La prévalence de l'usage de drogues parmi les prisonniers est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Dans le monde, entre 30 et 60 % des détenues ont fait abus de drogues dans le mois ayant précédé leur emprisonnement, alors que c'est le cas de 10 à 50 % de leurs homologues masculins.

26. Lorsque les femmes sont emprisonnées, la vie de famille est souvent considérablement perturbée; en

Amérique latine, un tiers des détenues perdent leur logement et seulement 5 % des enfants continuent de vivre chez eux une fois que leur mère est en prison. Une étude réalisée au Brésil a montré que la plupart des enfants continuent d'être élevés par leur mère lorsque leur père est emprisonné, mais quand c'est elle qui est incarcérée, ils ne sont que 10 % à être pris en charge par leur père. En Amérique latine, la plupart des détenues sont des primo-délinquantes et, du fait qu'elles s'occupent principalement des enfants, leur incarcération implique souvent que ceux-ci les accompagnent en prison ou se retrouvent sans abri.

27. Du fait du nombre insuffisant de prisons spécifiquement destinées aux femmes, ces dernières sont souvent incarcérées loin de leur foyer, de sorte qu'il leur est difficile de recevoir des visites. La séparation d'avec leurs communautés, foyers et familles a des incidences très préjudiciables sur leur bien-être mental. Les détenues souffrent beaucoup plus que les hommes de troubles psychiatriques tels que dépression, trouble bipolaire, psychose, état de stress post-traumatique, anxiété, trouble de la personnalité et dépendance à la drogue.

28. Une grande proportion des femmes en prison à travers le monde sont en détention provisoire. Certaines le sont depuis des années; souvent depuis une période plus longue que la peine qu'elles encourent. Au Pakistan, plus de la moitié des détenues interrogées pour une étude de l'ONUDC étaient en cours de jugement et un cinquième avaient attendu ce moment plus d'un an. L'inspection de neuf prisons dans le pays n'avait permis de recenser pratiquement aucune installation de loisirs, aucun service éducatif ou sanitaire pour les femmes ou les enfants et aucun programme de formation professionnelle s'adressant aux femmes. Dans une prison, 60 détenues partageaient une salle de toilettes, et dans 8 des 9 prisons, l'eau censée être potable était en fait insalubre et véhiculait des maladies. Les installations médicales étaient inadaptées et ne comportaient aucun service de santé mentale. La plupart des soins de santé spécialisés pour les femmes étaient dispensés par des organisations non gouvernementales et non par le Ministère de la santé ou les services pénitentiaires. Dans les petites villes, des détenues avaient accouché en prison sans aucune assistance médicale³¹.

29. Plusieurs pays d'Amérique du Sud ont modifié leur législation interne relative à la détention provisoire des femmes enceintes et des mères qui allaitent. Ces femmes peuvent ainsi rester chez elles en attendant leur jugement.

²⁸ Corina Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America", IDPC Briefing Paper (International Drug Policy Consortium, 2013).

²⁹ Roy Walmsley, "World Female Imprisonment List", 3rd ed., World Prison Brief (Londres, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London, 2015).

³⁰ Ibid.

³¹ ONUDC, *Females Behind Bars: Situation and Needs Assessment in Female Prisons and Barracks* (Islamabad, 2011).

30. Les pays qui souhaitent réduire le nombre de détenues ont la possibilité de recourir aux dispositions du paragraphe 4, alinéa c, de l'article 3 de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988³², qui prévoit clairement des solutions de remplacement de l'incarcération en disposant que "dans les cas appropriés d'infractions de caractère mineur, les Parties peuvent notamment prévoir, au lieu d'une condamnation ou d'une sanction pénale, des mesures d'éducation, de réadaptation ou de réinsertion sociale, ainsi que, lorsque l'auteur de l'infraction est un toxicomane, des mesures de traitement et de postcure".

2. Travailleuses du sexe

31. Les travailleuses du sexe qui font abus de drogues par injection s'exposent à de graves risques sanitaires, sont menacées de violence et souffrent de marginalisation. De nombreux pays appliquent des peines sévères, voire la peine de mort, aux personnes qui se livrent au commerce du sexe. Il existe une forte corrélation entre la consommation de drogues et le commerce du sexe: la dépendance à la drogue peut conduire une femme au commerce du sexe comme moyen de pourvoir à sa consommation, et la consommation de drogues peut être un moyen pour les femmes de faire face aux exigences et à la nature de ce travail.

32. Les niveaux d'abus de drogues et d'infection à VIH et les cas d'incarcération sont élevés parmi les travailleuses du sexe dans le monde. Au Myanmar, un tiers des travailleuses du sexe interrogées pour une étude ont déclaré prendre des stimulants de type amphétamine pour des raisons professionnelles, ce qui aggrave les risques d'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles auxquels elles s'exposent. Les travailleuses du sexe consommatrices de drogues étaient trois fois et demie plus susceptibles de signaler être atteintes d'une infection sexuellement transmissible que les autres³³.

33. Les travailleuses du sexe prennent des stimulants de type amphétamine pour se donner de l'énergie et contrôler leur poids. Au Cambodge, les travailleuses du sexe

interrogées pour une étude ont aussi déclaré que ces substances augmentaient leur confiance et leur permettaient de mieux maîtriser la situation avec les clients. Toutefois, cet usage est associé à un comportement sexuel risqué et à des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles. L'usage chronique de ces stimulants peut conduire à la paranoïa et à l'agressivité³⁴.

3. Femmes enceintes

34. La dépendance à la drogue est fortement corrélée à des grossesses non désirées, à des problèmes à la naissance et à la maltraitance ou la négligence envers les enfants. La consommation de drogues pendant la grossesse peut entraîner des naissances prématurées, des bébés de faible poids à la naissance et des hémorragies postpartum. Les femmes qui consomment des drogues pendant la grossesse sont aussi plus susceptibles d'être admises dans les unités de soins intensifs pendant l'accouchement et sont davantage exposées à une mortalité infantile plus élevée.

35. Une exposition aux drogues *in utero* peut provoquer toute une série de troubles émotionnels, psychologiques et physiques. Les enfants en question peuvent souffrir de problèmes graves de développement nécessitant des soins complémentaires qui pèsent à la fois sur les personnes concernées et sur la société. Les enfants exposés à un environnement où l'on consomme des drogues présentent un risque considérablement plus élevé que les autres de souffrir de maltraitements physiques et sexuelles, de même que de négligence.

36. Les bébés dont la mère a consommé du cannabis pendant la grossesse peuvent souffrir de problèmes de développement neurologique; l'exposition au cannabis en bas âge peut avoir des conséquences néfastes sur le développement du cerveau et le comportement. Plus tard, ces enfants risquent de manifester des troubles de l'attention, des difficultés d'apprentissage et de mémorisation, de l'impulsivité et des problèmes de comportement à l'école. En outre, ils sont plus susceptibles que les autres de consommer du cannabis à l'âge adulte.

³²Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1582, n° 27627.

³³Katie Hail-Jares *et al.*, "Occupational and demographic factors associated with drug use among female sex workers at the China-Myanmar border", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 161 (avril 2016).

³⁴Marie-Claude Couture *et al.*, "Correlates of amphetamine-type stimulant use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia", *Drug and alcohol dependence*, vol. 120 (janvier 2012).

E. Prévention et traitement de la dépendance à la drogue et réadaptation

1. Prévention de l'abus de drogues

37. Les programmes de prévention des troubles liés à l'usage de substances visant des populations particulières varient d'un pays à l'autre. L'objectif principal de la prévention est d'aider les personnes, en particulier les jeunes, à éviter l'initiation à la consommation ou, si elles ont déjà commencé à prendre des drogues, à éviter qu'elles ne deviennent dépendantes. Les programmes de prévention ciblent souvent les enfants et les familles à risque, les prisonniers, les personnes vivant avec le VIH/sida, les femmes enceintes et les travailleuses du sexe. De tels programmes devraient accorder une attention particulière à la stigmatisation associée à la consommation de drogues, notamment pour les femmes. Il faudrait élaborer des interventions spécifiques permettant aux femmes de participer aux programmes de prévention.

38. La fourniture aux femmes enceintes d'un traitement intégré fondé sur des données probantes peut avoir un impact positif sur le développement des enfants, le fonctionnement émotionnel et comportemental de la mère et les compétences parentales.

2. Obstacles à l'accès aux traitements

39. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la plupart des gouvernements n'ont pas de dotation budgétaire spécifiquement allouée au traitement des troubles liés à l'usage de substances. En outre, l'intégration de services de prévention et de traitement de la toxicomanie dans les systèmes nationaux de santé est rare. Les traitements s'adressant spécialement aux femmes enceintes (disponibles dans 31 % des pays) et aux travailleuses du sexe (disponibles dans 26 % des pays) sont peu nombreux et leur couverture est limitée. Toutefois, de tels services existent pour les femmes enceintes dans 61 % des pays d'Europe, et 40 % des pays d'Asie du Sud-Est en offrent aux travailleuses du sexe³⁵.

40. Au niveau mondial, les femmes représentent un tiers des personnes qui font abus de drogues, mais seulement un cinquième de celles qui suivent un traitement. Elles se heurtent à d'importants obstacles systémiques,

structurels, sociaux, culturels et personnels lorsqu'elles souhaitent accéder à un traitement pour toxicomanie. Parmi les principaux obstacles d'ordre structurel, on peut citer l'absence de services de prise en charge des enfants et les attitudes critiques à l'égard des femmes qui font abus de drogues, en particulier si elles sont enceintes. Souvent, les programmes de traitement en établissement n'admettent pas les femmes avec enfants.

41. Les femmes toxicomanes peuvent ne pas demander à suivre un traitement, car elles craignent de perdre la garde de leurs enfants. Parmi les autres raisons du faible suivi de traitement peuvent figurer des attitudes hostiles de la part du personnel médical, ou des établissements submergés de clients masculins, ce qui les rend peu accueillants pour les femmes.

42. Dans de nombreux pays, les femmes toxicomanes sont stigmatisées. Elles peuvent donc être réticentes à révéler leur consommation et hésiter à recourir à des services de santé, y compris au traitement de la toxicomanie, par crainte de discrimination. Les femmes et les filles consommatrices de drogues peuvent perdre le soutien de leur famille, se retrouver avec des possibilités d'emploi limitées et se tourner vers l'industrie du sexe, ce qui exacerbe encore la stigmatisation à leur égard.

43. Les femmes enceintes peuvent avoir peur de demander de l'aide du fait d'une éventuelle intervention des autorités et des répercussions juridiques ou sociales que cela pourrait avoir. Pourtant, si les femmes enceintes qui font abus de drogues ne sont pas traitées, cela peut avoir des incidences majeures sur la santé de leurs bébés. Certains des facteurs qui motivent les femmes à suivre un traitement sont la grossesse, la maternité et l'entrée de leur partenaire en traitement. Si le partenaire d'une telle femme abandonne son traitement, celle-ci risque de faire de même. La question de savoir si les couples doivent entamer une réadaptation ensemble ou séparément est très controversée: bien que de nombreux experts affirment que le couple doit se séparer pour surmonter la dépendance, beaucoup de couples ont suivi avec succès un traitement de concert. Néanmoins, les relations survivent rarement si l'un des deux seulement cesse sa consommation.

44. En général, moins de femmes que d'hommes qui en ont besoin ont effectivement accès à un traitement. Cela est particulièrement vrai dans les pays à revenu faible ou intermédiaire; en Afghanistan, malgré les taux élevés d'usage d'opium et d'héroïne parmi elles, les femmes ne représentent que 4 % des personnes traitées et, au Pakistan, ce taux est de 13 %. Dans certaines régions du monde, comme le Moyen-Orient, les femmes continuent de jouer

³⁵OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Genève, 2010).

le rôle traditionnel de gardienne du foyer, tandis que les hommes vont travailler en dehors. Lorsque les femmes sortent de ce rôle en consommant des drogues, cela peut entraîner une stigmatisation qui les empêche de chercher à faire traiter leur toxicomanie.

45. L'accès des femmes au traitement a augmenté en République islamique d'Iran avec l'ouverture de services de traitement qui leur étaient réservés. Au cours des 10 années qui ont précédé l'ouverture de ces services, moins de 20% des femmes consommant des drogues avaient accès à un traitement. Compte tenu des effets positifs des services réservés aux femmes, le nombre de ces services a augmenté dans le pays.

3. Résultats des traitements

46. Bien que les études réalisées auprès de la population ne montrent pas de différences claires entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le maintien en traitement et l'achèvement de celui-ci, il existe certains facteurs à considérer. Deux facteurs susceptibles d'avoir un net effet négatif sur l'issue du traitement chez les femmes sont un double diagnostic et des antécédents de traumatismes. Il est donc important que les programmes de traitement en tiennent compte pour être plus efficaces.

47. Bien que les traitements réservés exclusivement aux femmes soient encore une approche nouvelle, ils ont été accueillis de manière positive par les femmes. Celles qui en suivent s'y sentent mieux comprises et peuvent y nouer plus facilement des rapports avec d'autres femmes. Certaines affirment éprouver un sentiment d'insécurité ou être victimes de harcèlement dans les programmes mixtes. Celles qui suivent des programmes réservés aux femmes indiquent que l'accès à des conseils individuels, l'absence de harcèlement sexuel et les services de garde d'enfants sont importants.

48. Pour que les services de traitement soient adaptés aux différences entre les sexes, ils doivent aussi offrir un environnement non punitif et adopter une attitude positive à l'égard des femmes et de leurs besoins. Dans les pays où le traitement de la toxicomanie féminine est encore un phénomène récent, le personnel a probablement besoin d'une formation pour surmonter ses biais éventuels et être en mesure de fournir des services sans porter de jugement. En ce qui concerne la probabilité que le traitement entamé soit poursuivi, elle est exactement la même chez les femmes et chez les hommes, mais de multiples facteurs peuvent l'accroître, notamment l'adoption d'une approche axée sur les patients, l'existence de structures d'accueil des enfants sur place et l'offre de

conseils en matière de traumatismes ou de violences sexuelles. Les programmes de traitement devraient aussi apporter aux femmes des compétences, des connaissances et un soutien qui leur permettent de modifier leur comportement en matière d'abus de substances lorsqu'elles retournent dans leurs familles et leurs communautés. Le processus de réadaptation doit empêcher les rechutes en apprenant aux femmes à maîtriser l'impulsion à consommer des drogues. Les objectifs ultimes du processus de réadaptation sont d'aider les femmes à reprendre le contrôle de leur vie, d'améliorer leur santé personnelle et de leur permettre de rétablir des relations saines avec leurs enfants, leurs familles et leurs communautés.

49. De nombreuses études confirment que les traitements sont efficaces tant pour les femmes que pour les hommes, avec des différences minimales dans les résultats. Toutefois, il est apparu que les femmes sont plus réceptives que les hommes au traitement de la dépendance à la méthamphétamine. Le premier type de traitement proposé aux femmes toxicomanes devrait être volontaire, le traitement obligatoire devant être limité à des cas exceptionnels. Le recours à des centres de détention obligatoire des toxicomanes a été critiqué par plusieurs organismes des Nations Unies³⁶, notamment pour la raison que les femmes détenues dans ces centres sont particulièrement exposées à la violence et aux sévices sexuels.

F. Recommandations

50. L'OICS encourage les États Membres à recueillir et communiquer des données, ventilées par âge, sexe et autres facteurs pertinents, lorsqu'ils fournissent des informations par l'intermédiaire du questionnaire destiné aux rapports annuels et dans leurs rapports à la Commission des stupéfiants.

51. Tous les gouvernements sont encouragés à recueillir des données ventilées par sexe sur la participation aux programmes de prévention et l'accès aux services de traitement, pour permettre l'allocation efficace des ressources. Des interventions ciblées, fondées sur des recherches, peuvent être particulièrement indiquées pour satisfaire les besoins spécifiques des consommatrices de drogues.

³⁶Organisation internationale du Travail *et al.*, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", déclaration commune, mars 2012. Consultable sur www.unodc.org.

52. Les mesures visant à prévenir et traiter l'abus de drogues chez les femmes doivent être mieux financées, mieux coordonnées et davantage fondées sur des données probantes. Outre les gouvernements, d'autres parties prenantes, comme les organisations non gouvernementales et les établissements universitaires, peuvent dispenser un traitement et recueillir des données pour une meilleure compréhension de la toxicomanie féminine.

53. Les gouvernements devraient faire une priorité de la fourniture de soins de santé facilement accessibles aux femmes dépendantes à la drogue. Certains groupes, tels que les femmes toxicomanes enceintes, ont besoin des services renforcés d'une équipe pluridisciplinaire spécialement formée. Les soins prénatals pourraient comprendre le dépistage du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles afin d'améliorer la détection et la prise en charge de ces maladies, mais ces mesures ne devraient pas avoir un caractère punitif.

54. Les programmes de traitement de la toxicomanie devraient être propres à garantir la sécurité des personnes et une certaine confidentialité, grâce à des espaces ou des temps réservés aux femmes. Les services deviennent plus accessibles lorsqu'ils prévoient des structures d'accueil pour les enfants et des interventions ou stratégies en faveur des femmes qui se livrent au commerce du sexe ou qui ont été victimes de violence sexiste. Afin de mettre en pratique l'égalité hommes-femmes, les décideurs devraient s'employer à rendre ces services plus disponibles, plus accessibles, plus abordables et plus acceptables pour les femmes qui consomment de la drogue.

55. Le droit des femmes à la santé comprend le droit de ne pas être soumises à la torture, à des traitements forcés et à des expérimentations. Les programmes de traitement de la toxicomanie devraient être soumis aux mêmes normes de sécurité et d'efficacité que ceux ciblant d'autres affections. En outre, les formes inhumaines ou dégradantes de traitement des toxicomanes, comme les centres de détention obligatoire, devraient être éliminées en faveur d'autres solutions de traitement résidentiel librement consenti fondées sur des données probantes au sein de la communauté.

56. Les gouvernements devraient assurer la prestation de services de prévention de l'abus de drogues et de traitements fondés sur des données probantes, en particulier au sein des communautés socialement désinsérées. Les stratégies devraient viser les groupes à haut risque, comme les femmes enceintes, les travailleuses du sexe et les détenues.

57. Les mesures visant à éliminer la stigmatisation associée à la toxicomanie, en particulier chez les femmes, devraient faire partie des premières priorités des gouvernements. Ceux-ci doivent faire preuve d'esprit d'initiative pour que la discrimination prenne fin. Les femmes qui consomment de la drogue, se livrent au commerce du sexe ou sont infectées par le VIH ont besoin d'une protection et d'un meilleur accès aux services.

58. Les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok)³⁷ mentionnent expressément les programmes de traitement des toxicomanies et recommandent l'offre, au sein de la collectivité, de programmes de traitement de la toxicomanie réservés aux femmes et adaptés à leurs besoins et à leurs traumatismes, ainsi que l'amélioration de l'accès des femmes à ce type de traitement dans l'intérêt de la prévention du crime ainsi qu'aux fins de la déjudiciarisation et de l'application de peines de substitution. Elles mettent l'accent sur la nécessité d'assurer le respect de la dignité des femmes en prison et d'éviter toute source de violence physique ou sexuelle.

59. L'OICS encourage les gouvernements à prendre en compte les besoins et les circonstances propres aux femmes qui font l'objet d'une arrestation, d'une détention, de poursuites, d'un procès ou d'une peine pour des infractions liées aux drogues, y compris des mesures adéquates pour traduire en justice les agresseurs de femmes détenues pour des infractions liées aux drogues. Les gouvernements devraient s'inspirer, selon qu'il conviendra, des Règles de Bangkok, des Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo)³⁸ et de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela)³⁹.

³⁷Résolution 65/29 de l'Assemblée générale, annexe.

³⁸Résolution 45/110 de l'Assemblée générale, annexe.

³⁹Résolution 70/175 de l'Assemblée générale, annexe.