

des réflexions,
des pratiques autour
du champ des drogues
légalles et illégales

d é p e n d a n c e s

**Pour une prise en
compte des rapports
hommes-femmes**

d é p e n d a n c e s

septembre 2000 / no 11

3

Editorial

Viviane Prats

4

Des femmes au genre : que penser de la différence des sexes ?

Patricia Roux

8

Des espaces non mixtes en institution

Violaine Bernard

10

L'approche spécifique hommes dans le domaine de la dépendance

Herbert Müller

16

Les besoins spécifiques des femmes dans le domaine des toxicodépendances

Marie-Louise Ernst

20

Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants

Anne Dentan – Caroline Alvarez – Brigitte Nicod

26

Dépendances aux drogues illégales et prostitution

Valérie Dupertuis – Geneviève Ziegler

28

Alcool et toxicomanies : faut-il une approche spécifique selon le sexe ?

Anne-Catherine Menétrey

32

Cours Séminaires

Editorial

Viviane Prats,
collaboratrice ISPA,
coordinatrice plate-forme
romande Femmes, dépendances

Un numéro de dépendances consacré aux genres. Idée surprenante ! Des espaces séparés spécifiques femmes, ou spécifiques hommes, n'est-ce pas là un retour à l'obscurantisme ? Parfum de déjà connu, mais souvenez-vous donc de ces écoles du début du siècle : une porte pour les garçons qui travaillaient les mathématiques et les sciences exactes, une porte pour les filles reléguées aux tâches domestiques au travers des très vertueuses écoles ménagères. La différence c'est que la ségrégation spatiale d'alors conduisait les uns et les autres à des rôles assignés définis et socialement construits. Alors que les ateliers thématiques non mixtes d'aujourd'hui permettent une réflexion critique sur les rôles, l'identité, sur ce que signifie être femme et toxicodépendante ou être homme et toxicodépendant, sur ce qui se joue dans ma relation à l'autre, et dans ma consommation. Fascinant de constater dans ce numéro de dépendances que les initiatives prises pour développer des espaces de parole sexo-spécifiques pour les femmes ont chaque fois eu une incidence sur les hommes qui, eux aussi, revendiquent à leur tour de pouvoir réfléchir sur leurs spécificités masculines. Poser sa réflexion autour du concept de genre c'est s'autoriser à interroger l'organisation sociale de la relation entre les genres, c'est aussi intégrer qu'il est indispensable de comprendre que les différences de sexe ne sont pas à l'origine des inégalités entre hommes et femmes, mais au contraire que l'inégalité de ces rapports va permettre la construction des différences. Mais nous savons toutes et tous que, dans les sphères du pouvoir et dans les espaces de prise de décisions, la parité est encore trop souvent une utopie. Peut-être serait-il enfin temps de s'inscrire dans une perspective des genres qui nous permette de conjuguer à deux voix notre avenir commun.

Des femmes au genre : que penser de la différence des sexes ?

Patricia Roux, Professeure-associée, Université de Lausanne

Dans le cadre de ce numéro de dépendances sur la situation des femmes toxicodépendantes, il m'a été demandé de donner quelques repères théoriques pour aborder la question de la «spécificité» des femmes dans une «perspective de genre». Je n'ai jamais fait de recherche dans le domaine de la toxicodépendance et mes rares incursions sur ce terrain seront donc très allusives, mais je vais tenter de partager avec vous certaines réflexions sur la différence des sexes qui sont développées dans le champ des gender studies ¹.

Les diverses théories sur la différence des sexes que je vais succinctement présenter peuvent en effet apporter un certain support à des questions du genre: doit-on considérer que les femmes ont des problèmes de toxicodépendance différents des hommes, et que les réponses à ces problèmes doivent être différentes elles aussi? Les significations et les représentations symboliques attachées à la toxicodépendance sont-elles les mêmes selon que celle-ci touche une femme ou un homme? Est-il ou non pertinent de catégoriser les personnes selon leur sexe, faut-il accorder la priorité à d'autres différences (l'âge, le milieu social, le niveau de formation, l'origine...) ou se garder de toute catégorisation et individualiser les démarches entreprises avec les personnes toxicodépendantes?

Ces questions dépassent le problème même de la toxicodépendance et font plus généralement référence à la construction sociale des rapports entre hommes et femmes. Dans tous les domaines de la vie quotidienne, ces rapports sont structurés par des oppositions telles que la dépendance et l'autonomie, la soumission et la domination, l'injustice et l'égalité, la dévalorisation et la reconnaissance sociales, et à ce titre ils rendent compte d'une organisation sociale qui pénètre le mode de vie de chacune d'entre nous (voir Roux et al., 1999), y inclus des personnes toxicodépendantes. J'espère donc que mes réflexions interagiront avec les vôtres, avec vos pratiques professionnelles et vos préoccupations plus particulières.

La «nature» des différences

En forçant le trait, donc en omettant quelques notables résistances, l'on peut dire que jusque dans les années 60, l'ensemble du monde scientifique mais aussi le sens commun ont entretenu l'idée que les femmes et les hommes sont des êtres «naturellement» différents, tant par leurs caractéristiques biologiques que par leurs traits de caractère, leurs attitudes, leurs modes de pensée et leurs intérêts. Par la force de la «nature», qui se révélerait dans des différences biologiques, il existerait une identité féminine et une identité masculine, auxquelles sont associés de multiples images et stéréotypes qui évoquent ce que *sont* ou ce que *doivent* être les femmes d'un côté, les hommes de l'autre. Ainsi, les femmes sentent les choses, les hommes savent; elles sont disponibles et à l'écoute des autres, ils sont plus égocentriques; elles sont impulsives et ils sont rationnels; elles sont vulnérables et ont besoin d'être protégées, ils ont confiance en eux et sont autonomes; etc, etc. De cette spécificité propre à chaque sexe découlent «le plus naturellement du monde» des activités et des rôles sociaux spécifiques eux aussi: les femmes sont «faites» pour s'occuper de tout ce qui relève de l'*intérieur* (la maison, les enfants, les autres, le relationnel), et les hommes doivent vivre tournés vers l'*extérieur* (le travail professionnel, la politique, les lieux publics), conformément à leur sexe biologique respectif. La séparation du privé et du public, directement liée à une conception de l'humanité composée de deux

groupes de sexe fixes et stables, constitue ainsi un principe de division du monde allant de soi, inévitable, harmonieux avec un ordre naturel des choses. Ce principe s'est traduit par une invisibilisation des femmes : assignées au privé, elles ont été longtemps exclues d'une citoyenneté qui se déclinait au masculin.

La critique féministe

Depuis maintenant plus de 30 ans, un large mouvement, à la fois militant et théorique, dénonce les inégalités entre hommes et femmes que dissimule la naturalisation des différences de sexe (voir par exemple Delphy, 1991; Guillaumin, 1992; Mathieu, 1991). Malgré des dissensions sur lesquelles je reviendrai plus loin, l'ensemble des recherches et des théories féministes actuelles, portées généralement par des femmes mais aussi par quelques hommes, sont en accord au moins sur un point : la différence des sexes permet de hiérarchiser les activités masculines et féminines, c'est-à-dire d'accorder plus de valeur sociale aux premières qu'aux secondes. Par exemple, le travail professionnel est une valeur centrale dans nos sociétés, considéré comme source de reconnaissance et d'identité sociales, au point de drainer aujourd'hui encore des stéréotypes du genre « on n'est pas un « homme » si on ne travaille pas ». Or justement, le travail est avant tout un attribut masculin, auquel sont associés le rôle de pourvoyeur de fonds de l'homme, ses compétences et son autonomie. Même si l'intégration des femmes sur le marché de l'emploi s'est désormais renforcée, elles y occupent une position plus précaire que les hommes (travail à temps partiel et autres formes de travail atypiques, emplois moins rémunérés et subalternes, chances de promotion réduites, etc.), d'autant plus précaire qu'elle est systématiquement subordonnée aux exigences conjugales et familiales (Maruani et Nicole-Drancourt, 1989; OFS, 1998). A l'autre bout de la chaîne, avoir un enfant et assumer les tâches domestiques sont des activités considérées avant tout comme féminines, impliquant peu d'obligations de la part de la société et confinant les femmes dans une situation de dépendance à l'égard des hommes.

Dans les travaux scientifiques qui ont peu à peu contribué à imposer une perspective féministe, il y a donc un consensus sur le fait que la différence des sexes

est utilisée comme principe de division sociale hiérarchique, légitimant la domination des hommes et la subordination des femmes². Cette différence-là, qui fait au fond toute la différence³, est une construction sociale et culturelle. Ses contenus sont instables, variables selon les contextes et le cours de l'histoire. Jusqu'au XVIII^e siècle par exemple, il semblerait que la pensée philosophique et médicale raisonnait selon un modèle biologique unisexe, considérant le sexe comme un « axe » sur lequel les femmes et les hommes étaient rangés selon leur « degré de perfection métaphysique » et, notamment, leur « chaleur vitale » (Laqueur, 1992 : 19). Dans cette optique, les différences physiques n'étaient pas irrémédiablement opposées : le vagin était défini comme un pénis inversé, et les ovaires comme des testicules inté-

On peut définir le genre comme l'organisation sociale de la relation entre les sexes



Photo Interfoto

Agir contre l'infériorisation sociale des femmes

rieurs. Depuis, se substituant au modèle unisexe, la bipartition du monde en deux catégories sexuelles s'est constituée en principe organisateur des représentations sociales, des identités et des places respectives des femmes et des hommes. Plus rigide et fixiste, cette « nouvelle » conception naturalise les différences de sexe et contraint les femmes comme les hommes à adopter des comportements conformes à leur statut sexuel⁴. Afin de se distancer du déterminisme biologique contenu dans les notions de sexe et de dévoiler les

inégalités sociales qu'elles occultent, il fallait alors élaborer un nouveau concept qui soit apte à mettre en évidence le caractère social et construit de la relation entre les femmes et les hommes. C'est ainsi qu'émergea le concept de genre ⁵.

Le concept de genre

En termes substantiels mais explicites, on peut définir le genre comme l'organisation sociale de la relation entre les sexes (Scott, 1988). Cette organisation inclut aussi bien les institutions de pouvoir et de socialisation (l'école, l'Etat, l'Eglise, la famille, le marché du travail, le système politique, les médias, le langage) que les représentations sociales qui, dans le sens commun, attribuent au sexe des significations socioculturelles. Les institutions comme les représentations structurent les rapports sociaux, dans la mesure où elles diffusent des significations, des symboles et des normes qui conduisent à la formation ou à la construction d'identités genrées et d'activités sociales définies par le genre. Ainsi, le concept de genre tente d'analyser la nature de l'interdépendance entre le sujet individuel - homme ou femme - et l'organisation sociale, il décrit non pas un état mais la relation que les personnes et les groupes établissent avec le «système de genre» qui les façonnent et qu'ils contribuent à transformer ou à maintenir. Cette perspective implique une déconstruction des catégories «hommes» et «femmes» telles qu'elles ont été utilisées jusqu'à présent, considérant que leur contenu, voire leur existence, dépend totalement du rapport social qui les lie.

En d'autres termes, comme la classe et la race, le genre doit permettre d'analyser les formes diverses que prennent l'oppression, les inégalités sociales, l'organisation du pouvoir et de la domination. Ce concept réfute la logique voulant que les différences de sexe soient à l'origine des rapports inégalitaires entre hommes et femmes, pour au contraire mettre en évidence que c'est l'inégalité de ces rapports qui produit (construit) les différences.

Positions et théories féministes sur la différence

Pour en revenir à notre problématique initiale, la perspective de genre suggère

donc que tout discours sur la spécificité des femmes comporte le risque d'une essentialisation de la catégorie «femmes» (les femmes seraient dépendantes «par essence») et d'une naturalisation du sexe biologique, masquant le caractère arbitraire d'une bicatégorisation du monde dont la conséquence la plus explicite est sans doute la division sexuelle du travail (Jobin, 1995) ⁶.

L'essentialisme est cependant une théorie qui occupe toujours une place importante dans les recherches féministes. Ce courant revendique une essence spécifique aux femmes et une identité féminine, ainsi que, corollairement, des espaces qui leur seraient propres. Il célèbre la différence sexuelle, valorisant les caractéristiques féminines mais refusant la hiérarchie des différences. Du moins la refuse-t-il dans le sens qu'elle prend habituellement : certaines auteures féministes renversent en effet cette hiérarchie, jugeant que les femmes sont supérieures aux hommes, du fait par exemple qu'elles peuvent enfanter et vivre l'expérience unique de la maternité. Certaines des positions différentialistes ont un fondement naturaliste (Irigaray, 1990), d'autres non, considérant que la spécificité des femmes est produite par leur situation sociale et historique (Gilligan, 1982).

La seconde grande théorie de la différence des sexes est qualifiée d'humanisme ou d'égalitarisme. Elle analyse les différences entre hommes et femmes comme une production des rapports sociaux de sexe caractérisés par la domination masculine. Cette approche vise à l'abolition de la catégorisation homme/femme au profit d'une catégorie plus générale, «les êtres humains», et au développement d'espaces communément occupés par les femmes et les hommes. Elle œuvre dans une logique d'assimilation, soutenant que les femmes sont capables de faire ce que font les hommes. L'idée est que les femmes doivent être identifiées à l'humain universel et unique dont elles ont été exclues (Collin, 1992). Enfin, on peut repérer une troisième théorie qui s'appuie essentiellement sur les analyses de la sexualité élaborées par Michel Foucault (1976, 1984) et les travaux pionniers de Judith Butler (1990) sur la fluidité des identités sexuelles. Ce courant, qualifié de postmoderne ou post-structuraliste, s'intéresse plus aux différences entre individus de même sexe, donc entre femmes ou entre hommes, qu'aux différences entre sexes. Le but des féministes engagées dans cette démarche

est également de déstabiliser la hiérarchie sexuelle et de reconquérir l'autonomie des femmes, mais à la différence des approches précédentes, celle-ci implique de comprendre la diversité des expériences féminines plutôt que de mettre l'accent sur l'unicité de la catégorie «femmes». La perspective est réjouissante car elle permet de sortir d'une comparaison qui a toujours été unidirectionnelle, à savoir «les femmes sont différentes des hommes» ou «les femmes sont les égales des hommes» (qui plus est, «les femmes sont des hommes comme les autres»). En plus, elle permet de prendre en compte d'autres différences qui structurent aussi les rapports de domination, liées par exemple à l'âge, à l'ethnie ou à l'orientation sexuelle. Mais elle pose un problème de taille : si l'on ne se réfère plus à une catégorie «femmes», opposée socialement à celle des hommes, pour au contraire individualiser toutes les situations ou les problèmes rencontrés, comment agir contre des inégalités qui concernent toute la collectivité (la précarisation des femmes, leur assignation au travail domestique, leur difficile accès aux espaces publics...)? Les catégories servent de marqueur social des identités, des représentations, des idéologies et des institutions : peut-on faire comme si elles n'existaient pas, sous prétexte qu'elles sont socialement construites et, en ce sens, illégitimes?

Personnellement, il me semble qu'il faudrait développer des stratégies d'intervention qui puissent prendre en compte à la fois la catégorie «femmes» et la pluralité des expériences individuelles. Même si elles ont été créées et naturalisées par le pouvoir, les catégories «femmes» et «hommes» sont devenues des repères identitaires qui ne peuvent être ignorés si l'on veut comprendre ces expériences individuelles. Par contre, il est également nécessaire de déconstruire les différences qui ont été construites comme objectives, d'une part parce qu'elles sont productrices d'injustices et d'inégalité, et d'autre part parce qu'elles sont un instrument de domination qui confine les femmes dans un rôle de «victimes», objets plutôt que sujets de leur histoire. En d'autres termes, il s'agirait non seulement d'agir contre l'infériorisation sociale des femmes mais aussi pour une transformation des femmes en individus. L'appartenance au groupe ou à la société et l'identité personnelle sont deux sources d'autonomie qui entretiennent des rapports complexes, mais leur interdépendance me paraît incontournable.

Références

¹ Les *gender studies* ont été traduites par *études genre*, mais aussi par *études féministes*. Avec d'autres, je préfère le second terme dans la mesure où le développement de ces études s'est appuyé sur les mouvements féministes des années 70, relayant leurs préoccupations dans le champ scientifique.

² Parmi la multitude des travaux existants, voici quelques titres qui apportent des contributions différentes : un supplément de la Revue Futur antérieur, *Féminismes au présent* (1993); *L'invention du naturel*, édité par Gardey et Löwy (2000); *La domination masculine*, de Bourdieu (1998).

³ Voir à ce propos l'ouvrage du Collectif féministe *Femmes en grève* (Denisart et al., 1998).

⁴ Une bonne illustration des normes attachées au statut sexuel des personnes et de leur force contraignante ressort du rapport d'enquête qu'a produit un groupe de travail romand *Femmes, dépendances* (1998), et que j'ai lu pour préparer ma présente contribution. En effet, les femmes interviewées ont très nettement l'impression que les jugements portés sur une femme toxicodépendante sont plus négatifs que pour un homme vivant la même situation. La femme est perçue comme une mauvaise femme (qui plus est comme une mauvaise mère), elle est traitée de «putain» et est marginalisée, tandis que l'alcool par exemple a un rôle socialement intégrateur pour les hommes. Ils boivent du reste dans les lieux publics, alors que les femmes consomment en privé.

⁵ L'un des premiers ouvrages consacrés au concept de genre est celui d'Ann Oakley, 1972.

⁶ Dans son acception première, la division sexuelle du travail est la distribution des activités attribuées aux hommes et aux femmes, respectivement rémunérées (le travail salarié) et non rémunérées (le travail domestique).

Bibliographie

Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris : Seuil.
Butler, J. (1990). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York : Routledge.
Collin, F. (1992). Théories et praxis de la différence des sexes. *Journal M*, 53-54, 5-9.
Delphy, C. (1991). Penser le genre : quels problèmes ? In M.-C. Hurtig, M. Kail, & H. Rouch (Eds.), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes* (pp. 89-102). Paris : CNRS.
Denisart, D., Füssinger, C., Gafner, M., Kraus, C., Perrin, C., & Roux, P. (1998). *Le temps compté de l'égalité. Réflexions féministes*. Lausanne : Collectif Femmes en grève.
Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité. Tome 2 : L'usage des plaisirs*. Paris : Gallimard.
Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité. Tome 3 : Le souci de soi*. Paris : Gallimard.
Futur antérieur (1993). *Féminismes au présent*. Paris : L'Harmattan.

Gardey, D., & Löwy, I. (Eds) (2000). *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Editions des Archives Contemporaines.
Gilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Groupe de travail *Femmes, dépendances* (1998). Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Rapport de recherche, Lausanne : Rel'ier. Guillaumin, C. (1992). *Sexe, race et pratiques du pouvoir. L'idée de nature*. Paris : Côté-Femmes.

Irigaray, L. (1990). *Je, tu, nous : pour une culture de la différence*. Paris : Grasset.

Jobin, C. (1995). *Entre les activités professionnelles et domestiques : la discrimination sexuelle*. Lausanne : Editions d'En Bas.
Laqueur, T. (1992). *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris : Gallimard.

Maruani, M., & Nicole-Drancourt, C. (1989). *Au labeur des dames : métiers masculins, emplois féminins*. Paris : Syros, Alternatives.

Mathieu, N.-C. (1991). *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes.

Oakley, A. (1972). *Sex, gender and society*. London : Temple Smith.

Office fédéral de la statistique (1998). *Vers l'égalité ? La situation des femmes et des hommes en Suisse*. Berne : OFS.

Roux, P., Perrin, V., Modak, M., & Voutat, B. (1999). *Couple et égalité : un ménage impossible*. Lausanne : Réalités Sociales.

Scott, J. (1988). Genre : une catégorie utile d'analyse historique. *Les Cahiers du GRIF*, 37-38, 125-153.



Fil rouge

Le cannabis en liberté? Conséquences pour l'action éducative

12 octobre 2000, 8h45 - 17h, Crêt-Bérard

Avec:

Dr Jacques Besson, Pierre-Yves Aubert, Dr Pierre-André Michaud, Marie-Claude Axilais, Philippe Bonvin, Gérald Lugrin, Jean-Jacques Grob, Yvan Salin
Philippe Cohen, humoriste

Prix: Fr. 80.-

Inscription: Fil rouge, C.P. 638, 1401 Yverdon-les-Bains, tél. 024/426 34 34, fax 024/426 34 35

Des espaces non mixtes en institution

Violaine Bernard, éducatrice ARGOS/CRMT, Genève, coordinatrice plate-forme romande Femmes, dépendances

Dans une institution mixte s'occupant de personnes dépendantes, les vécus des résident-es influencent leurs rapports, en particulier dans les relations hommes-femmes. Si on y porte pas une attention particulière, les femmes peuvent avoir des difficultés à sortir des schémas établis.

Quelques réflexions sur l'expérience du Centre Résidentiel à Moyen Terme pour Adultes Toxicodépendants-es, CRMT (réd.).

Depuis la création du CRMT, Centre Résidentiel à Moyen Terme pour Adultes Toxicodépendants-es, la mixité a toujours obligé l'équipe éducative à s'interroger en termes de prévention sur les relations «hommes-femmes» au sein du résidentiel.

A partir des réflexions suscitées par la recherche¹ du groupe Femmes, dépendances, à laquelle j'avais activement participé, le CRMT s'est doté dès 1996 d'un espace non mixte au niveau des chambres: territoire protégé pour les femmes, avec une porte symbolique que les hommes ne pouvaient plus franchir sans s'exposer à une sanction majeure: la rupture du contrat passé avec l'institution. Pourquoi un espace de protection pour les femmes et pas pour les hommes? L'équipe est partie d'un constat assez fréquent: la femme dépendante ne sait pas se protéger, elle a eu des difficultés à dire non.

Sa sexualité a souvent été monnayée pour obtenir des produits.

Cet espace est devenu une sorte de garantie pour parer à l'intrusion et à l'envahissement du territoire. Après ces mesures d'aménagement des locaux, l'équipe a souhaité aller plus loin encore, en tentant une nouvelle expérience: la création d'un atelier thématique sur l'identité féminine. Il est intéressant de voir que cette démarche a eu une incidence sur les hommes, qui ont, eux aussi, exprimé le besoin de développer un espace leur permettant d'aborder la problématique de l'identité masculine.

Concrètement ces ateliers ont permis d'agencer de nouveaux espaces temps

durant le week-end, en proposant des loisirs différenciés pour les femmes et les hommes.

Pour les femmes, partir en ville avec une éducatrice, envahir les boutiques de mode, essayer des vêtements, se conseiller les unes et les autres, s'amuser et rire, devenir complices, puis tout reposer car le but n'est pas forcément de consommer, mais de passer un bon moment ensemble. Voilà une expérience simple et légère qui permettra plus tard de métacommuniquer sur le rapport au corps, la séduction, l'apparence, le plaisir d'être belle, lors de l'atelier thématique.

Quelques réflexions de l'équipe

Comment travailler et évoquer les difficultés et les compétences particulières aux femmes? La compréhension sur la condition féminine peut parfois nous poser des problèmes, si elle est trop conceptuelle et abstraite, c'est pourquoi les éducatrices se sont orientées vers une implication à la fois personnelle et thérapeutique: en effet, certaines de nos expériences personnelles nous ont sensibilisées aux besoins propres des femmes et cela contribue à construire notre façon de nous comporter vis à vis des femmes avec lesquelles nous travaillons.

Le processus d'identification à l'image de la femme comme archétype idéal du moi est parfois un long chemin parsemé de vieux conflits avec l'image de la mère.

Il faut aussi travailler sur l'estime de soi, souvent défaillante chez les femmes toxicodépendantes. «J'ose prendre le risque de dire ce que je pense et ce que je ressens, prendre le risque de briser l'harmonie, d'entrer en conflit, de me construire en tant que destin unique au carrefour du groupe de parole pour vivre la solidarité du partage...»

En institution nous devons veiller à préserver le dernier plaisir qui reste gratuit, le corps. Retrouver un sens, une histoire, une généalogie c'est redonner de l'espace à l'intérieur de soi. C'est donner aux résidentes le moyen de réfléchir à des solutions possibles.

Par exemple: Est-ce bien d'avoir de multiples partenaires? Que répondre? Tout dépend de sa propre vision du couple, de ce que l'on fait avec ses partenaires, comment on le fait et pourquoi on le fait, ouvrir un espace de réflexion qui va permettre aux femmes de réfléchir à leur comportement et à leur attitude. Notre travail consiste donc à faire émerger dans le groupe des questionnements qui leur permettront d'élaborer des réponses satisfaisantes afin qu'elles puissent se déterminer. Notre modeste

rôle est donc celui de poser les bonnes questions, au bon moment et au bon endroit.

Il est important de leur apprendre que les alternatives sont possibles, que dans cet espace de négociation et d'échange elles ont une place à prendre, que dans cet endroit tout le travail qu'elles pourront accomplir les aidera à reconquérir leur autonomie et leur identité féminine. Quand on pense quelque chose, il faut le dire!

Et parfois elles auront des soupirs de soulagement. «...Je ne suis pas toute seule dans mon cas...» Elles partagent certains moments clés de leur existence qu'elles relient d'une façon ou d'une autre à leur condition de femme et réfléchissent à leur vie et à leur manière de faire leur place dans l'institution.

Rapport à soi, aux autres, à la santé

Dans un processus d'abstinence, il y a une période parfois douloureuse d'interrogation sur la normalité et sur son identité.

Parfois aussi un retour sur les fragilités et les souffrances si bien anesthésiées par les produits. C'est dans ce contexte que nous travaillons. Il faut donc, si nous voulons être adéquates, pouvoir en prévention prendre en compte le plaisir que recherchent les jeunes femmes au travers de tout ce qu'elles font, y compris dans leur vie sexuelle et amoureuse.

– Quel est son rapport avec les autres?

– Comment se comporte-t-elle avec ses parents?

– Comment se sent-elle dans sa relation avec sa mère, son père, son amoureux?

– Quel est son état de santé?

Répondre à ces interrogations est un travail de construction de l'image de soi, long et complexe; avoir un espace non mixte pour pouvoir en parler, c'est un plus.

Références

¹Recherche Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande, 1998, Groupe de travail *Femmes, dépendances*.

d é p e n d a n c e s

- Vous aimez écrire?
- Vous avez envie de vous exprimer?
- Vous voulez faire part de votre expérience?

La revue "dépendances" reçoit volontiers vos textes, vos interventions, vos réflexions. Après lecture par le comité de rédaction, nous vous proposerons éventuellement une publication dans la rubrique "post-scriptum" ou dans le cadre d'un numéro "Tutti-frutti"

Les textes sont à envoyer à:

Rédaction de "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne ou case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Éditée
par:



Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et autres
toxicomanies



Groupe romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies

L'approche spécifique hommes dans le domaine de la dépendance

Herbert Müller, responsable thérapeutique, Casa Fidelio, Niederbuchsiten, (SO)
Traduction : Claire Roelli, COSTE

Depuis la création de Casa Fidelio en octobre 1993, les 24 hommes résidents y trouvent la possibilité de s'occuper de leur problématique de dépendance et d'entamer en même temps une réflexion sur le fait d'être homme. Considérés comme des personnes responsables, ils sont associés à la démarche dès le début de la thérapie.

Historique

Une institution thérapeutique spécifiquement destinée aux hommes et créée par des hommes !

D'où vient cette idée ?

Avant de mettre en œuvre le concept d'une approche spécifique, plusieurs collaborateurs de Casa Fidelio travaillaient dans une institution pour personnes toxicodépendantes accueillant à la fois des hommes et des femmes, avec des équipes et un personnel mixtes. Leurs collègues intervenantes manifestèrent alors leur insatisfaction par rapport à la prise en charge et l'ambiance de travail. Elles souhaitaient en effet mettre l'accent sur les besoins spécifiques des femmes. Elles conceptualisèrent leurs idées et commencèrent à les mettre en pratique avec comme conséquence leur propre départ ainsi que celui des résidentes. C'est ainsi qu'est née la première institution spécifique pour les femmes en Suisse, la Villa Donna. En automne 1995 elle fermait ses portes pour des raisons diverses. Au printemps 1996 la nouvelle institution «Femme et Enfant, CT Lilith» reprenait la maison de la Villa Donna à Oberbuchsiten (SO) pour continuer le travail sous une forme modifiée.

Que faisaient les hommes ?

Pendant ce temps les intervenants hommes, confrontés à cette situation, décidèrent de faire la même expérience en donnant aussi à leur travail une orientation sexo-spécifique.

Autrement dit, ils n'accueillirent plus de femmes durant une année afin de se consacrer entièrement à la réflexion autour de la condition, du statut et du rôle de l'homme. Cela se passa très bien au début et les intervenants eurent véritablement le sentiment de répondre aux besoins spécifiques des résidents. Mais plus tard, lorsque des femmes furent à nouveau intégrées à l'équipe, on se rendit compte qu'on n'avait pas suffisamment réfléchi aux conséquences possibles de cette intégration auprès des intervenants-hommes. Peu après l'engagement de ces collègues femmes, les résidents et les intervenants hommes leur attribuèrent rapidement les tâches dites «féminines», en projetant notamment dans le domaine relationnel tous les aspects liés traditionnellement aux représentations masculines de la femme. Cette situation provoqua un stress grandissant, interférant de plus en plus négativement sur le travail et la cohésion de l'équipe. Tous ces événements s'étaient donc produits dans l'ancienne institution, avant la création de Casa Fidelio.

Ce bref regard en arrière pour montrer qu'une approche spécifique avec les hommes ne s'improvise ni ne s'instaure simplement du fait qu'il n'y a aucune femme parmi les résidents. L'équipe aussi doit être constituée de personnes du même sexe.

C'est ainsi que Casa Fidelio a été créé : une institution pour des hommes avec des hommes.

Spécifique femmes et ...

L'efficacité d'un travail sexo-spécifique dans le domaine de la toxicodépendance

repose sur la nécessité d'une préparation sérieuse et détaillée. Les femmes toxico-dépendantes sont minoritaires. Dans les institutions mixtes le taux d'occupation est le plus souvent de l'ordre de 20% pour les femmes et de 80% pour les hommes. Déjà dans la scène de la drogue elles ont été confrontées à un surnombre d'hommes. Elles y ont très souvent fait l'expérience de leur violence tout en étant parallèlement dépendantes d'eux. L'aspect le plus marquant est certainement la prostitution liée à la drogue. La nécessité pour elles d'une approche spécifique devient alors évidente. De notre point de vue, elles ont d'abord besoin d'un lieu protégé pour elles-mêmes, leur permettant de guérir leurs blessures. Elles ont besoin également d'une base sécurisante qui rende possible un processus de décisions leur permettant de construire une vie dans laquelle elles puissent se (ré)approprier leur responsabilité et leur autonomie.

... Spécifique hommes ?

Le besoin d'une approche sexo-spécifique pour les hommes n'a pas les mêmes origines que pour les femmes. Et ce besoin n'est pas si apparent. A Casa Fidelio, les hommes, collaborateurs ou résidents, ont d'abord été confrontés à l'absence des femmes. Ne pouvant plus se définir en tant qu'homme par rapport à elles (dans leur rôle de protecteur, par exemple), ils ont alors été amenés à rechercher dans la communauté d'autres aspects constitutifs de l'identité masculine. Si ceci est clair sur le plan théorique, ce n'est pas si évident dans la pratique et demande un travail sur soi.

Il semble que nous autres hommes, nous nous considérons quasi automatiquement comme une «norme». Sur le plan linguistique, par exemple, la forme masculine au pluriel est valable pour les deux sexes (même s'il y a progressivement des changements dans ce domaine: par exemple *Thérapeute/Thérapeuten* – actuellement *ThérapeuteInnen*).

Pour une approche sexo-spécifique, nous devons modifier notre façon de penser jusqu'alors «monodimensionnelle» du type «*Femme versus Homme*» vers une pensée à deux dimensions.

Une représentation à la fois différenciée et globale de la femme et de l'homme devient alors possible, permettant ainsi que des attributs ou caractères propres aux deux genres ne soient plus seulement attribués à un sexe, le dissociant de l'autre.

«Être un homme»

Riche de ses enseignements passés, Casa Fidelio a élaboré un concept de prise en charge spécifique pour développer de façon plus consciente et ciblée le travail avec les hommes. L'approche socio-thérapeutique comporte de ce fait un accent important sur la réflexion et la prise de conscience de soi en tant qu'homme.

L'approche thérapeutique proposée à des hommes par des hommes doit donner la possibilité aux résidents de se découvrir et de vivre en tant qu'homme d'une façon authentique. Les résidents acquièrent la possibilité de construire une nouvelle image d'eux-mêmes en développant la sensibilité à leurs propres sentiments et besoins.

Travailler sur des relations de couple ou des relations avec les femmes en général leur permet d'élaborer leurs expériences, par exemple leur représentation du pouvoir ou d'autres valeurs dites «masculines». A Casa Fidelio nous constatons souvent un déni ou une dévalorisation du

pouvoir de la femme, la tentative de garder le contrôle sur elle, voire d'en abuser.

La proximité souhaitée avec la ou le partenaire, en général avec elle, se traduit fréquemment par un manque de distance, un besoin de dorlotement, de fusion et d'accrochement durable ou alors par un détachement radical. Le ou la partenaire n'a plus l'espace pour garder son autonomie. Dans la thérapie il s'agit alors de réfléchir aux attitudes et comportements habituels en tant qu'homme, à la fois dans le couple, vis-à-vis des femmes, et vis-à-vis de soi-même, afin de les modifier et d'apprendre à vivre des relations d'égalité.

Les peurs refoulées

Les résidents – comme tant d'hommes dans notre société – ont rarement réfléchi à la relation qu'ils entretiennent avec leur mère et avec leur père, ce dernier ayant été si souvent absent, physiquement ou psychologiquement. S'ajoute à cela le fait que la plupart de nos résidents ont

Les femmes-objets ?

Point de vue exprimé par un résident dans le travail de groupe

Durant l'adolescence j'ai eu des problèmes avec mon besoin important d'avoir des relations sexuelles. Jusqu'à ce que je commence à fumer des joints, je n'avais pas de succès auprès des femmes. Dans les cercles que je fréquentais alors, j'en étais enfin arrivé à mon premier shoot et je me défoulais en conséquence. A travers mon activité d'opérateur dans un cinéma porno (clairement orienté vers la sexualité masculine), j'ai accumulé beaucoup de fantasmes sexuels. Lorsque j'ai fait la connaissance de ma future épouse j'ai voulu connaître un maximum dans ce domaine alors qu'elle était marquée par de mauvaises expériences. De ce fait, elle abordait le sujet d'une façon très hésitante. Parfois je réussissais à me réfréner et à lui témoigner du respect en la considérant comme quelqu'un qui m'était précieux mais à d'autres moments je la mettais sous pression ou je la manipulais pour arriver à mes fins.

Lorsqu'elle a demandé le divorce, j'ai été contraint de réfléchir à ma relation avec elle. J'ai alors cherché les causes de l'échec de notre couple. A mon avis une des raisons est certainement à rechercher dans mon attitude envers elle. Cela dit, l'égalité entre hommes et femmes m'apparaît comme une évidence. Dans ma famille, je suis entouré uniquement de femmes: ma mère et mes deux sœurs, toutes les deux de fortes personnalités, savent bien mieux gérer leur vie que moi. Ma fille commence aussi gentiment à me dépasser et je ne peux qu'admirer ces femmes. Dans mes relations avec les femmes jusqu'ici, j'ai toujours été l'élément dominant, ce qui correspond de moins en moins à mes aspirations d'aujourd'hui. Je ne sais pas quelle sera mon évolution dans ce domaine. En dehors de ma famille je n'ai pas d'amie – dans le sens d'amitié sans connotation sexuelle – et je n'ai pas de véritable ami non plus, ce qui me laisse penser que mes problèmes ne sont pas spécifiquement liés au genre féminin ou masculin mais qu'ils mettent plutôt en exergue mes problèmes relationnels.

vécu l'échec du mariage de leurs parents. Dans le domaine émotionnel, habituellement attribué aux mères, les pères n'ont pas témoigné une attention suffisante envers leur fils. Il s'avère alors difficile pour eux d'apprendre que les échecs, les peurs et les chagrins font partie de la vie d'un homme. Des peurs refoulées sont ainsi véhiculées et peuvent se transformer en important potentiel d'agressivité et de violence.

Ce mécanisme est visible chez les hommes. Avec le temps, ceux-ci ne se rendent plus compte qu'une angoisse les opprime et les anesthésie en permanence si bien qu'ils n'ont plus la possibilité de gérer les situations liées aux peurs. Ils n'en deviennent pas plus courageux mais toujours plus angoissés, plus agités, avec des comportements fixés sur des aspects de pouvoir et de rationalisation. Un des buts de la thérapie consiste à prendre conscience de sentiments comme la peur, le chagrin, la honte etc., à les reconnaître et à accepter que les émotions et les sentiments ne sont pas l'exclusivité des femmes. Un autre problème, généré par l'absence du père, est aussi l'impossibilité, pour le fils, de s'identifier au parent du même sexe.

Lorsque le père vit à la maison, la violence, en général paternelle, laisse de nombreuses blessures psychiques et physiques. Le fils les reproduit à son tour, détruisant ainsi le sentiment de proximité et de sécurité dans ses relations ultérieures. Il peut aussi se renfermer sur lui-même. La dissociation et le refoulement des sentiments et des émotions sont alors des réactions fréquentes. L'aspiration à être compris par le père et être l'objet de sa tendresse se transforme en haine, rejet et indifférence et conduit à une fuite vers des modèles masculins irréalistes véhiculés par le cinéma et la publicité.

Dans ce contexte, l'abus de substances psychotropes représente une des multiples stratégies par lesquelles des jeunes tentent de protéger leur «Être» blessé. Les drogues s'avèrent «fiabiles» dans leurs effets et sont toujours disponibles. Elles permettent un arrangement avec cette nostalgie de sécurité jamais rassasiée. Cela est particulièrement valable pour les substances à effet anesthésiant, qui par ailleurs atténuent toutes sortes d'émotions comme la douleur, la rage ou la tristesse et qui permettent une distanciation d'avec la réalité. D'un autre côté, les drogues peuvent aussi servir d'exutoire à des émotions telles que la rage qui, sans leur aide, ne pourraient être exprimées.

Beaucoup d'hommes qui viennent à Casa Fidelio ont vécu des expériences d'abus, avec des conséquences catastrophiques sur le développement de l'identité et de l'estime de soi. A ce titre ils ont fait l'expérience douloureuse du manque de distance, de la violence ainsi que d'autres abus les plus divers. Le noyau même de leur énergie vitale est touché. Les perturbations relationnelles, la honte et la culpabilité, une méfiance constante et des sentiments de haine sont les conséquences de ces agressions. Notre expérience montre que ces hommes ne peuvent que difficilement nommer dans un groupe, encore moins dans un groupe mixte, les abus psychiques, physiques ou sexuels dont ils ont fait l'objet.

Une «culture de conflit»

Une culture du conflit positive constitue une part essentielle de la communication (également dans une relation de partenariat) et doit être apprise. Le vécu quotidien commun donne à nos résidents un terrain d'expérimentation optimal. Le sujet est thématiqué individuellement et dans le travail de groupe.

Derrière chaque conflit il y a toujours un déclencheur ou un amplificateur émotionnel, mobile central, qu'il s'agit de trouver dans le travail individuel et de groupe.

Exemples :

- Les luttes de possession pour l'espace (territoire), l'argent et d'autres biens, ou pour des personnes (jalousie).
- Des revendications liées au statut, à des attentes de rôles, à l'identité.
- Le désir d'appartenance, de récompense.
- La résistance aux changements, le rapport à l'autorité.
- Le mélange du rationnel et des affects.
- Une attitude de vainqueur – perdant.
- Les conflits destructeurs, disproportionnés par rapport à la cause initiale.
- Le manque de nuances (c'est bien ou c'est mal), la tension émotionnelle disproportionnée qui empêche une gestion consciente et rationnelle des conflits.

Violence

La violence est connue depuis l'enfance, voire depuis la petite enfance. Les expériences ont été fréquentes : voitures cas-

sées, ivresse de la vitesse, violence au football, contre les femmes, contre les hommes, etc.

Agressions et violence, souvent confondues, ne sont pas pareilles. En règle générale, les agressions constituent une étape préliminaire à la violence. Les agressions sont connotées négativement. Le renforcement de la conscience de soi offre une possibilité de quitter un comportement de violence destructive. Seul celui à qui on n'enlève pas la responsabilité de ses actes et qui est appelé à en assumer la responsabilité renoncera à son comportement violent. Lorsque nous contrôlons le comportement de quelqu'un, nous ne le considérons pas comme responsable puisque c'est nous qui représentons son instance de contrôle.

Durant leur enfance, beaucoup d'hommes n'ont pas eu suffisamment de relations avec leur père et les hommes en général. Presque tout ce qui compte concrètement dans leur vie de garçon, qui les nourrit, les occupe et les protège vient des femmes.

Les hommes manquent ! *Ils participent à peine à l'éducation des petits enfants.* Un garçon ne sait pas vraiment ce qui est masculin. Une autorité vécue et expérimentée concrètement fait défaut. De ce fait, les garçons définissent le «masculin/viril» comme le contraire du «féminin». Les jeunes, pour se faire valoir comme virils, agissent la plupart du temps en opposition au comportement dit féminin.

Dans l'éducation des garçons, les hommes apparaissent souvent comme une instance punissante et/ou agressive ou comme le gentil organisateur d'excursions dominicales spectaculaires, ce qui transmet au jeune un modèle de virilité éloigné de toute réalité accessible. L'absence d'hommes, et par conséquent le manque d'expériences réalistes dans le quotidien implique que les jeunes n'ont pas de représentations concrètes de ce que veut dire *être un homme*.

Un résident de Casa Fidelio :

Je n'ai jamais eu de véritable ami d'une autre nationalité mais je n'ai jamais eu beaucoup d'amis suisses non plus. Je crois qu'il s'agit plutôt d'un problème relationnel qui m'est propre que de tendances xénophobes.

Un jeune doit construire sa «virilité» (Männlichkeit) en grande partie à partir de son imaginaire: «je ne suis rien et je dois coûte que coûte devenir un homme». La violence fait partie du quotidien des jeunes gens, à la fois parce qu'ils l'exercent sur autrui et parce qu'ils en font eux-même l'expérience. Faire l'expérience signifie ici que cela arrive et qu'on n'en «souffre» pas sur le plan émotionnel. Souffrir, dans le sens de prendre conscience et d'exprimer la douleur, présuppose le droit de l'avoir ressentie sans se juger soi-même. La «repousser» ou la mettre de côté est une dissociation des sentiments. Les jeunes que nous accueillons ont besoin de modèles masculins concrets dans la vie de tous les jours. L'isolement et la solitude sont des thèmes centraux. Le travail spécifique *Hommes* à Casa Fidelio implique aussi la recherche de nouvelles formes d'expression autour du noyau intérieur afin de développer l'unité de la personne.

Réflexions et interrogations autour de notre approche

- On constate une accumulation de tensions psycho-émotionnelles.
- La violence dans les relations surgit fréquemment sous l'influence de l'alcool.
- Comment ressentons-nous dans notre espace de vie et dans la société l'agression quotidienne contre soi? Comment les hommes qui ne visent pas de façon primaire pouvoir et capacité d'affirmation peuvent-ils être pleinement hommes?
- Comment peut-on croire encore, sous la pression des contraintes collectives et des différentes formes de hiérarchie, aux capacités de changements des hommes et aux capacités de modifier cette **dominance** ancestrale?

La grande difficulté de découvrir et de comprendre les expériences passives ou actives de la violence s'explique par le fait que chacun souhaite la placer le plus loin possible de soi afin de ne pas être confronté à sa propre violence.

Nous demandons au résident de Casa Fidelio d'accepter de se confronter à lui-même ou d'acquiescer cette disponibilité durant le séjour. Ce sujet est abordé consciemment soit dans les groupes, soit dans les entretiens individuels ou alors

par le biais de travaux avec la terre qui deviennent un support à l'expression des émotions.

Sexualité

En abordant des sujets comme la sexualité, l'érotisme ou la tendresse nous sommes inévitablement amenés à réfléchir aussi sur l'homosexualité, qui comporte encore et toujours une composante discriminatoire.

La tendresse est un autre sujet important: quand et où faisons-nous une utilisation mécanique de la tendresse dans le but d'obtenir quelque chose? L'ambivalence par rapport à la tendresse se révèle dans les entretiens. Ces points

Les hommes doivent modifier leur façon de penser monodimensionnelle



Photo Interfoto

Prendre conscience de soi en tant qu'homme

en font partie intégrante lorsque nous abordons notre sexualité.

Casa Fidelio est un espace protégé où les hommes peuvent s'exprimer sans crainte de perdre la face.

La maxime «ce qui n'a pas le droit d'être, n'est pas!» ne correspond ni à la réalité ni à la sexualité masculine.

D'autres thèmes sont aussi abordés: la difficulté d'être fidèle, l'infidélité comme quelque chose pouvant maintenir ou détruire une relation, ou encore pouvant être blessante, la consommation de la pornographie, la prostitution...

Il existe une vaste palette pour aborder la

sexualité masculine. Mais pour ce faire, il faut de l'espace, beaucoup d'espace. Ni la morale ni l'idéalisation mais au contraire la formulation et l'expression des nostalgies et des curiosités dans un environnement de confiance et de sécurité permettent de traiter ce sujet.

Des ressources

Une vision de l'Homme reposant sur ses forces, ses capacités et sa réussite doit occuper une position centrale.

Le contrôle sur sa propre vie suppose des détours qui doivent être acceptés. Les objectifs de Casa Fidelio visent l'intégration dans le quotidien social, c'est à dire :

- Transmission de ce qui est appris.
- Création active de l'environnement social.
- Capacité à gérer les conflits.

Le résident a la possibilité de consolider et d'augmenter ses ressources. L'échange permet d'apprendre ensemble et d'expérimenter ce qui a été appris. Concrètement, une semaine à Casa Fidelio se répartit en thérapie, pédagogie, travail et loisirs.

La thérapie vise une plus grande autodétermination et le renforcement de la confiance en ses propres forces jusqu'à leur réalisation dans le cadre de notre

société. Cela consiste en premier lieu à construire une relation de confiance qui permet au résident de disposer d'un espace pour guérir de ses blessures, de ses sentiments de culpabilité et de son imaginaire.

Les domaines thérapeutiques et pédagogiques comprennent des entretiens de groupe et individuels, des groupes à thème spécifique, des groupes d'entraide, un atelier d'écriture et un autre de terre. L'intégration des proches est une partie importante de la thérapie. Avec les collaboratrices de la communauté thérapeutique Lilith nous conduisons des entretiens de couples et soignons les échanges professionnels.

Les pères ou pères en devenir peuvent se préparer à leur futures tâches de père. Un stage dans la garderie d'enfants de la communauté thérapeutique Lilith à Oberbuchsiten fait partie de cet apprentissage.

Le domaine du travail comprend la construction de nos bâtiments en bois et en torchis en contraste avec la pierre et le béton, l'exécution de mandats de construction externes, la menuiserie, le ménage, des travaux de paysagiste ainsi que la gestion du bureau des résidents.

Dans la mesure du possible, les résidents travaillent dans leur métier ou bien reçoivent un appui technique dans le domaine où ils sont occupés. Deux résidents ont terminé avec succès leur apprentissage de dessinateur en génie

civil et d'employé de commerce.

Enfin, les activités de groupe, la marche, la grimpe, le foot, etc. constituent quelques-unes de nos activités de loisirs dont une partie est également réservée à la formation continue individuelle et à la participation aux associations locales.

En conclusion, un résumé

Les résidents ont besoin de modèles masculins concrets car les représentations qu'ils ont de leur masculinité sont issues essentiellement de leur imaginaire et reposent sur des images négatives du type : « je ne suis rien et je dois coûte que coûte devenir un homme ». Faire l'expérience d'être orienté, de découvrir sa voie sont les bases sur lesquelles le travail spécifique est construit à Casa Fidelio. Ces bases aident les résidents à trouver toujours plus de formes d'expression de leur Être afin de se développer dans une perspective globale (d'unité).

Que ce type d'offre ait un sens dans le domaine des dépendances est prouvé par le nombre important des demandes d'admission avec un taux d'occupation de 96% dès le début.

Avez-vous des questions ? Vous souhaitez faire une visite ? N'hésitez pas à nous contacter.

Le texte allemand et français peut être téléchargé sur www.infoset.ch

Les besoins spécifiques des femmes dans le domaine des toxicodépendances

Marie-Louise Ernst, psychologue lic.phil.I, OFSP, Berne

Suite à un certain nombre d'études qui ont mis en évidence les différences entre les genres en ce qui concerne les modes de consommation, les causes du développement d'une dépendance, la réalité quotidienne durant la période de dépendance et les facteurs qui entravent ou favorisent la sortie de la dépendance, l'Office fédéral de la santé publique OFSP a formulé un mandat visant à la promotion d'une intervention en toxicomanie tenant équitablement compte des besoins particuliers femmes. Quelques éléments de ce travail.

Quel mandat ?

Le mandat donné par l'OFSP porte sur des mesures relevant des quatre champs d'intervention suivants :

1. Supervision, formation continue et mise en réseau des spécialistes, des groupes de travail et de projet, des institutions et des autorités.
2. Documentation des aspects concernant spécifiquement les femmes dans tous les secteurs de l'intervention en toxicomanie.
3. Relations publiques.
4. Représentation de la Suisse dans des commissions internationales (telles que le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe) en rapport avec les aspects concernant spécifiquement les femmes toxicodépendantes et la participation à un réseau international centré sur cette question.

Dans le cadre de ce mandat, deux instruments ont notamment été élaborés ; l'un sera présenté brièvement et l'autre sera développé ici.

Un argumentaire a été élaboré à l'intention des associations, des instances publiques concernées, des intervenant-es spécialisé-es et des politicien-nes intéressé-es par la question des drogues. On y trouve des arguments précis expliquant pourquoi les femmes doivent absolument bénéficier d'interventions spécifiques.

Un instrument de qualité

Par ailleurs, le désir de se pencher sur les questions liées à la qualité des prestations à bas seuil offertes au groupe cible

des femmes s'est fait jour lors d'un *colloque national sur l'assurance qualité et les normes de qualité dans l'aide à la survie*. Un groupe de travail interdisciplinaire et intersectoriel s'est ensuite formé dans le but d'élaborer un catalogue de critères déterminants pour le travail à bas seuil auprès des femmes consommant des drogues.

Après une première réunion constitutive de ce groupe de travail, il s'est formé un « noyau » de cinq intervenantes qui ont procédé par étapes, en suivant le modèle élaboré par Marianne Meinhold. Dans son ouvrage sur l'assurance de qualité dans le domaine du travail social, l'auteure propose une méthode de définition des critères de qualité que nous avons appliquée dans les grandes lignes.

Le résultat de chacune des étapes décrites dans le chapitre suivant a ensuite été soumis pour discussion à un groupe d'accompagnement, composé de 12 autres femmes travaillant sur le terrain. Le groupe de travail bénéficiait ainsi d'un lien direct avec tous les secteurs de l'aide à bas seuil (antennes de proximité, centres d'hébergement d'urgence, programmes d'occupation et d'emploi, travail de rue, programmes de prescription d'héroïne). En parallèle, on a veillé à avoir une représentation équitable entre institutions spécifiquement destinées aux femmes et institutions mixtes avec offres différenciées selon les sexes, afin que leurs besoins respectifs puissent s'exprimer.

Les étapes parcourues

En premier lieu, nous avons procédé à un *brain-storming* pour nous faire une idée

de toutes les activités et tâches accomplies dans les institutions représentées dans le groupe de travail. Cet **état des lieux** a débouché sur une masse de données, que nous avons ensuite triées en nous posant les questions suivantes :

- Quelles sont les prestations offertes ?
- Quels résultats concrets visent-elles ?
- Hormis les femmes qui fréquentent notre service, quels autres groupes cibles sont-ils aussi pris en compte ?

Ces **éléments d'observation concrète** ont été formulés séparément pour les différents secteurs d'aide à bas seuil (logement, travail, structures de jour), ce qui nous a obligées à nous interroger sur notre pratique en nous demandant au moyen de quelle(s) offre(s) nous cherchions à atteindre quel(s) objectif(s).

L'étape suivante a consisté à dégager les objectifs et les offres que nous considérons comme incontournables pour répondre adéquatement aux besoins particuliers des femmes. Cette **échelle des priorités** commune a été au centre de plusieurs discussions, aussi animées que clarifiantes. Il en est ressorti que la subdivision en catégories spécifiques d'intervention (logement, travail, structures de jour) n'était guère utile et pouvait, par conséquent, être abandonnée. Il s'est en effet avéré qu'à de rares exceptions près (comme par exemple la « mise à disposition de lits »), les prestations qui devaient absolument être mises à la disposition des femmes étaient les mêmes dans les différents secteurs de l'aide à bas seuil. Il convenait ainsi de garantir partout un accès facile à des informations spécialement destinées aux femmes, d'aborder la prévention du sida avec chaque cliente et de fonder systématiquement toute intervention sur les ressources dont disposent les femmes concernées.

Par la suite, nous avons donc ventilé les éléments d'information mis en commun selon d'autres critères, c'est-à-dire en les regroupant selon les trois dimensions que sont **les structures, le processus et les résultats**. Ces trois éléments correspondent d'ailleurs à la définition actuelle de la qualité. La qualité des structures est déterminée par l'infrastructure de l'institution, par la manière dont celle-ci est organisée, par le niveau de formation de ses collaborateurs-trices, autrement dit par l'ensemble des ressources disponibles. La qualité du processus dépend de la manière dont les activités se déroulent au fil du temps. La qualité du résultat se mesure au degré de réalisation de

l'objectif visé par une prestation. L'évaluation de la qualité implique donc la mise en rapport des éléments structurels (conditions-cadre) et des processus (manières de faire) avec les résultats positifs et négatifs constatés.

Cette **catégorisation** nous a fait prendre conscience du fait qu'il subsistait, au terme de notre réflexion, cinq grands axes d'intervention que nous considérons comme pertinents pour infléchir le travail dans le domaine de l'aide à bas seuil de manière à ce qu'il réponde mieux aux besoins spécifiques des femmes.

Nous en étions ainsi arrivées à la dernière étape, celle qui allait nous permettre d'articuler les différentes prestations et les caractéristiques des institutions en termes de structures, de processus et de résultats avec les **cinq axes fondamentaux d'intervention**.

Dans la mesure où les services d'aide à bas seuil entendent répondre équitablement aux besoins spécifiques des femmes toxicodépendantes, il convient, de notre point de vue, qu'ils prennent en compte ces cinq axes fondamentaux d'intervention, à savoir :

1. Amener les femmes à reprendre conscience de leur capital-santé

Les questions de santé dont il s'agit ici sont celles auxquelles seules les femmes sont confrontées ou celles qui les touchent sensiblement plus souvent ou autrement que les hommes. Outre le risque accru d'une infection par le VIH que présentent les relations sexuelles auxquelles elles sont contraintes ou le partage de seringues avec d'autres toxicomanes, il faut également rappeler les risques de grossesse involontaire et de maladies gynécologiques auxquelles elles sont exposées. La grossesse et la maternité sont souvent une lourde charge, même lorsque l'enfant est désiré. De plus, le capital-santé de ces femmes est d'autant plus en péril qu'elles adoptent un mode de consommation plus intensif et plus risqué, tout en subissant de fréquentes atteintes à leur intégrité physique. Il faut donc aider les femmes qui fréquentent les services à bas seuil à se réapproprier leur corps et à en avoir une image plus positive.

2. Sensibiliser le milieu institutionnel aux besoins spécifiques des femmes toxicodépendantes

Différentes études montrent que ces femmes reçoivent plutôt moins de soutien

que les hommes de la part de leur famille, de leur partenaire ou de leur milieu social. Même lorsqu'elles sont sorties de la dépendance, leur passé les poursuit en ce sens qu'elles font l'objet de discriminations plus nombreuses et plus durables que les toxicomanes hommes.

En tant que mères, elles sont généralement confrontées au regard particulièrement réprobateur de leur entourage et aux pressions morales pour avoir mis au monde un bébé « drogué ». On ne leur reconnaît pas le droit ni la capacité d'élever des enfants – souvent jusque dans les milieux thérapeutiques, dont la réprobation s'exprime plus ou moins ouvertement.

Sensibiliser l'entourage de ces femmes signifie, par exemple, améliorer l'information du corps médical et du personnel qui travaillent dans les hôpitaux ou dans les cabinets des généralistes et rendre l'opinion publique plus attentive à la situation particulière de ce groupe de personnes.

3. Encourager les femmes à sortir de leur rôle de victime

La violence est une constante dans le parcours de vie de nombreuses consommatrices de drogues. Entre 40 et 70% des femmes prises en charge par les institutions actives dans ce domaine ont été maltraitées et sexuellement abusées depuis leur plus tendre enfance. Le fait de grandir et d'évoluer dans un contexte dans lequel l'intégrité personnelle est aussi souvent blessée a deux conséquences majeures :

- se prostituer devient plus facilement de l'ordre du possible,
- les violences subies à l'âge adulte finissent par être perçues comme « normales », puisqu'elles sont dans la droite ligne des abus et des mauvais traitements subis dans l'enfance.

Pendant longtemps, la violence, la sexualité et la prostitution n'ont pas été prises en considération dans l'aide aux toxicomanes, ce qui a encore sensiblement aggravé ce problème. Réalité plus grave encore : il est établi qu'environ 10% des thérapeutes, des psychologues et des médecins ont des rapports sexuels avec leurs patientes. Ces questions étant taboues, elles ne peuvent pas être affrontées et réglées, ce qui renforce le processus général de « victimisation ». Les femmes concernées sont en quelque sorte maintenues captives de leur condition de victime.

Le dispositif d'aide aux toxicomanes doit être conçu de manière à ce qu'elles parviennent à se libérer de cette condition.

4. Soutenir les femmes dans leurs efforts pour créer ou renouer des liens sociaux

La socialisation des femmes les rend dépendantes sur le plan affectif et relationnel, tout en les dotant de compétences sociales qui sont aussi de précieuses ressources personnelles. Ces deux aspects, indissociables d'une même réalité, constituent tout à la fois une chance et un piège.

Ainsi, il est plus fréquent qu'une femme se mette à consommer de la drogue sous l'influence de son partenaire masculin que l'inverse. Les consommatrices de drogues sont plus nombreuses à vivre avec un compagnon qui fait de même et cette relation détermine dans une large mesure leur mode de consommation et leur intégration dans le milieu de la drogue.

Le processus de désengagement et la sortie de la drogue sont favorisés par l'entraide au sein de la famille et un réseau de soutien diversifié, c'est-à-dire par un contexte qui fait que la relation de couple n'est pas le seul lien important dans la vie de ces femmes. Les institutions d'aide à bas seuil doivent donc s'efforcer, tout en remplissant leur mission plus générale, d'encourager et d'appuyer les femmes dans ce sens.

5. Accompagner les femmes dans leur développement professionnel

Les femmes qui consomment des drogues illégales bénéficient en moyenne d'une meilleure formation scolaire que les hommes dans la même situation. Toutefois, elles sont plus nombreuses à ne pas avoir de diplômes professionnels. Il leur est plus difficile de subvenir à leurs besoins par un travail régulier et bien payé. Il en résulte que les perspectives de réinsertion socioprofessionnelle des femmes qui fréquentent les centres d'aide à bas seuil sont généralement bouchées et, partant, que leurs chances d'accéder à une occupation valorisante et qui donne un sens à leur vie sont des plus minces. Souvent, le seul «projet» qu'elles peuvent encore réaliser est celui de devenir mère, ce que la société réprouve aussi. Ce cinquième axe d'intervention consiste donc à accompagner les femmes qui entrent dans les programmes d'occupation et de travail de telle façon qu'elles puissent se fixer de nouveaux objectifs dans ce domaine et les concrétiser.

Des prestations concrètes

Quelles sont maintenant les prestations permettant d'atteindre ces objectifs? Nous allons le montrer par un exemple.

Prenons l'objectif 1: **Amener les femmes à reprendre conscience de leur capital-santé.** Les prestations correspondant à la réalisation de cet objectif sont les suivantes:

- Mettre à disposition une chambre individuelle.
- Mettre à disposition des lits (pour les offres d'hébergement).
- Une gynécologue est régulièrement présente.
- Accès direct et simple aux informations qui concernent les femmes.
- La prévention du sida est discutée avec chaque cliente.
- Programme de prescription d'héroïne ou de substitution à la méthadone (avec garderie d'enfants).
- Remise de seringues, de préservatifs et d'articles hygiéniques.
- Accompagnement des clientes aux services médicaux et de santé.
- Consultation et / ou «orientation» concernant des problèmes spécifiques aux femmes et leur santé.

L'étape suivante consiste à mettre en relation les éléments structurels, les processus et les résultats avec les prestations pour obtenir un instrument de qualité. On montre cela par l'exemple de la prestation **présence régulière d'une gynécologue**:

Prestation/Offre	Structure
• La gynécologue est présente deux fois par mois pendant deux heures	• Un cabinet de consultation est à disposition. • Les honoraires de la gynécologue sont autant que possible pris en charge par la caisse maladie. Une somme de base de Fr. ... fait partie du budget. • Le concept comporte un alinéa spécifiant qu'une consultation médicale et gynécologique est accessible aux clientes.

Processus

- En un mois, les collaborateurs et les collaboratrices mettent toutes les clientes au courant de cette nouvelle offre durant leurs entretiens avec elles.
- L'équipe motive les clientes à utiliser la nouvelle offre et les accompagne si elles en expriment le souhait.
- L'équipe s'informe systématiquement (à l'aide d'un guide d'entretien) auprès de toutes les clientes pour connaître leurs impressions à propos de la nouvelle offre. Le résultat de cette consultation est consigné par écrit.
- Après six mois, une discussion est organisée entre la gynécologue et l'équipe. Les résultats de cet échange et les renseignements fournis par les clientes influencent la suite du travail.

Résultat

- Après une année, 60% des clientes ont eu recours au moins une fois à cette offre.
- Après une année, les infections ont diminué de 30% chez les clientes.
- Une année plus tard, 40% des clientes ont accès à un cabinet de consultations gynécologiques.

Voilà. Désormais, les milieux concernés ne disposent plus seulement des connaissances scientifiquement établies qui permettent d'argumenter solidement en faveur d'une action plus différenciée et mieux adaptée aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes. Avec l'instrument présenté, ils disposent également d'un guide pratique pour la réaliser sur le terrain dans des conditions qui garantiront la qualité de ces interventions. Cet instrumentaire sera publié prochainement, en allemand et en français, par l'Office fédéral de la santé publique.

Références bibliographiques :

- « Femmes-dépendances-perspectives, Bases conceptuelles pour le développement et la promotion d'interventions spécifiques auprès des femmes consommant des drogues illégales. Rapport établi à la demande de l'Office fédéral de la santé publique, Berne, mars 1995. Disponible auprès de l'OCFIM, 3000 Berne.
- « Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande, Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes ». Groupe Femmes, dépendances. Lausanne, juillet 1998.

- « Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leurs besoins particuliers. Un argumentaire destiné aux associations et aux autorités, aux spécialistes et aux hommes et femmes politiques intéressés par l'intervention en matière de drogues. » Office fédéral de la santé publique OFSP, 1998.
- « Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, Einführung und Arbeitshilfen » Marianne Meinhold. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1997.

Un réseau d'accompagnement des mères toxicomanes et de leurs enfants

Anne Dentan, co-responsable de Rel'ier, Lausanne et coordinatrice plate-forme romande Femmes, dépendances ; Caroline Alvarez, coordinatrice petite enfance au Service de protection de la jeunesse, Lausanne ; Brigitte Nicod, assistante sociale,

La perception des relations parents-enfants s'est passablement modifiée ces dernières années. Elles ont évidemment eu une influence sur les mères toxicomanes et leurs enfants. Pour rendre ces changements effectifs, il est indispensable de travailler avec les différents intervenants en contact avec les mères et leurs enfants. Expérience pragmatique de création d'un réseau (réd.).

Pendant longtemps, les mesures de protection de l'enfance consistaient à retirer l'enfant d'un milieu perçu comme dangereux, ce que du reste nous avons constaté à travers les interviews réalisées auprès des femmes toxicodépendantes¹ qui exprimaient le drame qu'avait signifié pour elle ce retrait.

Depuis plusieurs années on a reconnu que la protection de l'enfant ne pouvait se réaliser qu'en favorisant la préservation du lien mère-enfants, parents-enfants, et que toute solution bénéfique pour ce dernier devait être conçue en tenant compte du bien-être et de la santé physique et psychique de la mère. Ce qui n'exclut pas parfois des mesures de placement.

Pour penser une solution adéquate pour l'enfant, sa mère ou ses parents, il faut pouvoir réfléchir à la situation en toute sécurité. Il est primordial que la mère soit rassurée sur les intentions des différents professionnels rassemblés autour d'elle. En ce sens le travail en réseau autour de la mère et avec elle revêt une importance particulière. En effet, la nais-

sance d'un enfant dont la mère se trouve en phase de toxicomanie active est perçue de façon particulièrement dramatique, à la fois par la mère ou les parents, tiraillés entre la peur de ne pas être à la hauteur et la crainte de se voir éventuellement retirer la garde, et par les professionnels les inquiet-es pour le bien-être et la sécurité de l'enfant.

Dans le cas d'une naissance, le travail en réseau sera d'autant plus difficile qu'on n'a pas affaire à une seule personne, mais au couple mère-enfant, voire au noyau familial parents/enfants, ce qui élargit considérablement l'éventail des intervenant-es concerné-es.

Or ces professionnel-les n'ont pas forcément la même perception du problème. Leur formation est différente (assistantes sociales, médecins, psychologues, nurses), l'institution qui les mandate a sa mission propre. Ainsi, à formation professionnelle identique, deux assistantes sociales pourront par exemple se trouver en concurrence, voire en conflit, à propos d'une situation qu'elles suivront à un titre et à des moments différents.

Niveau 1	Représentations (l'individu)	Références personnelles qui impriment le sens de l'action
Niveau 2	Formation professionnelle (la profession)	Champ des connaissances et des techniques
Niveau 3	Provenance institutionnelle (l'institution)	Mandat, mission

Ces trois niveaux interfèrent constamment dans les réunions de réseau. Plus particulièrement la difficile question du «qui fait quoi», d'ordre structurel, est souvent parasitée par des questions de contenu (on fait comment, au nom de quelle vision). Ce risque de parasitage se répercutera inmanquablement sur la mère et donc, sur l'enfant. Pour prendre la juste mesure des problèmes et convenir ensuite de modalités d'accompagnement adéquates, il est donc impératif de poser en préalable un cadre de collaboration clair entre les secteurs d'intervention concernés.

Je me propose ici de rendre compte d'une démarche initiée par le groupe de travail «Personnes ressources Petite Enfance» du SPJ (Service de Protection de la Jeunesse) qui a tenté, en collaboration avec Rel'ier (Relais, Information et Réseau), de mettre en place des conditions de collaboration stable avec les principaux partenaires concernés de façon à ce que le «comment» des accompagnements puisse alors s'élaborer et se réaliser au mieux. C'est donc le niveau 3 du tableau ci-dessus dont il sera question dans ces lignes.

Cette démarche a regroupé beaucoup de partenaires². Nous allons nous attacher ici aux deux acteurs institutionnels principaux, à savoir :

- Le groupe de travail «Personnes Ressources Petite Enfance» du SPJ, à l'origine de la démarche.
- Les services du CHUV (notamment maternité et néonatalogie), chronologiquement les premiers concernés puisque c'est là que va naître l'enfant.

Vu la disparité des contextes régionaux, il faut préciser que la démarche a été engagée dans un premier temps avec **les partenaires lausannois**. C'est aussi à Lausanne que se concentre le plus grand nombre de situations (la moitié de celles signalées dans l'ensemble du canton). La mise en place d'un cadre de collaboration inter-institutionnel stable est apparemment très simple. Il suffit de le vouloir, en instaurant une rencontre pour convenir des modalités de travail...

L'ennui, c'est que les niveaux de décision et les lieux où apparaissent les problèmes ne sont pas les mêmes. Plus les institutions en présence sont «lourdes» (nombre de collaborateurs-trices impliqués, nombre de secteurs de travail), plus cette dynamique peine à se mettre en place.

Si l'on considère notre expérience avec du recul, on observe qu'il a fallu un certain nombre de pré-requis pour que des rencontres inter-institutionnelles aient pu se réaliser.

- a) Nécessité d'une conscience du problème au niveau intra-institutionnel : passer de la mauvaise humeur individuelle (les professionnel·les sont insatisfait·es de la collaboration avec d'autres collègues du réseau) à la conscience au niveau des équipes d'un problème d'ordre plus général ; formuler en quoi il consiste.
- b) Faire de l'ordre «chez soi» : présenter, au niveau institutionnel, une identité claire de son action et des limites de son action face aux autres institutions ; c'est à cette condition que les intervenant·es, pris séparément, pourront également avoir une position claire avec leurs collègues.
- c) Nécessité d'un appui de la hiérarchie connaissant la démarche et lui accordant une certaine stabilité dans la durée.

Mais ce qui, dans notre cas, a réellement facilité l'impulsion du processus tient à des facteurs tout à fait informels, à savoir :

- La présence de «pionnières». Les problèmes surgissent toujours sur le terrain. C'est donc à partir de là qu'une volonté doit apparaître pour les traduire et les répercuter plus loin. Cette volonté qui émane de la base peut nécessiter une grande part d'engagement et d'initiative gratuite pour être enfin entendue.
- Le fait que des collègues d'institutions différentes aient des contacts amicaux ou aient autrefois travaillé dans le même lieu : cette dimension «informelle» peut se révéler extrêmement utile lorsqu'il s'agit, justement, de tendre des ponts par delà la méfiance inter-institutionnelle.

Il a donc fallu qu'un travail préalable se réalise tant au SPJ qu'au CHUV pour que l'utilité d'une démarche inter-institutionnelle et les objectifs à poser dans ce type de rencontre apparaissent clairement. A remarquer que ces conditions sont à la fois fragiles et aléatoires, subordonnées à une motivation qui tienne dans la durée.

Les dynamiques inter-institutionnelles

Au SPJ

Rappelons que le Service de Protection de la Jeunesse a principalement pour

mission de conseiller et d'aider les familles et enfants mineurs en difficulté pour prévenir, limiter ou faire disparaître les dangers qui les menacent, si les parents ne peuvent prendre seuls les mesures nécessaires (LPJ, art.1). Le SPJ est généralement chargé de mener l'enquête sociale afin de déterminer si une mesure s'avère nécessaire ; si c'est le cas il est en général mandaté pour en garantir la mise en œuvre. Le groupe de travail «Personnes Ressources Petite Enfance» a été créé en mars 1996 à partir du constat que le travail avec la petite enfance nécessite la mise en place d'autres réseaux que pour les enfants en âge scolaire.

Un des premiers problèmes auxquels le groupe s'est trouvé confronté a été le suivi d'enfants en bas âge dont la mère ou les parents ont de graves problèmes de toxicodépendance.

Confronté·es à des mères toxicodépendantes, beaucoup en traitement à la méthadone, les intervenant·es du SPJ avaient en effet de grandes inquiétudes par rapport au produit, à son usage et à ses effets sur la mère. D'où l'organisation d'une rencontre avec une médecin prescrivant des traitements de substitution.

«En quoi consiste un traitement à la méthadone», c'était aussi une manière de demander : «mais que fait le médecin?» dans des situations perçues comme extrêmement risquées pour l'enfant.

Deux situations avaient été présentées, l'une par la médecin invitée, l'autre par une assistante sociale, toutes deux significatives d'une perception de «dysfonctionnement», en tous cas d'une perplexité, par rapport à ce que l'«autre» avait fait, ou n'avait pas assez fait.

Ces deux présentations ont illustré clairement que la perception des problèmes est relative à la position de l'intervenant par rapport à sa cliente, à sa patiente :

- Pour les intervenant·es du SPJ, centré·es sur l'enfant, l'usage abusif des produits était perçu comme une menace difficile à mesurer en termes de risque pour l'enfant.
- Pour la médecin, centrée sur la mère, la prise en compte de l'abus de psychotropes ainsi que des rechutes s'inscrivait dans un travail thérapeutique qui se construit avec la mère.

Bref, derrière la question informative de départ (en savoir plus sur les traitements

à la méthadone), des problèmes de fond sont apparus clairement, en particulier **l'évaluation du risque pour l'enfant au moment de la naissance**. Les assistantes sociales ont exprimé clairement le souhait de partager la responsabilité dans l'évaluation des mesures à prendre de façon à ce que le choix final puisse être assumé par toutes les parties.

Au service social de la maternité (CHUV)

Le service social de la maternité est un petit service intégré dans un hôpital universitaire d'importance (CHUV) où les médecins assistants changent tous les 6 mois.

A la maternité, le suivi des mères qui avaient un problème de toxicomanie était compliqué par une série de difficultés de communication au niveau interne entre les services concernés (maternité, néonatalogie, pédiatrie, service de psychiatrie de liaison).

Dans ce contexte, le service social de la maternité était généralement seul à prendre en charge ces mères durant la grossesse, à faire l'évaluation de leur situation et à organiser le réseau d'aide pour leur retour à domicile. Ce travail était parfois remis en cause par l'un ou l'autre de ces services au moment de la sortie de la mère. Les parents du bébé se trouvaient alors tiraillés entre plusieurs points de vue. En 1998, la mise en place d'un **colloque de prévention** réunissant les assistantes sociales du service social de la maternité ainsi que les responsables des quatre services mentionnés avec, selon les situations, des intervenant-es extérieur-es (Centre Saint Martin, SPJ, Centre de puériculture de Lausanne et environs, etc.) a considérablement amélioré la situation.

Le rôle de ce colloque pluridisciplinaire consiste en effet à évaluer les situations, organiser la prise en charge à tous les niveaux (médical, psychiatrique et social) ainsi qu'à décider quel sera le réseau d'aide aux futurs parents dès leur rentrée à domicile.

Les retombées bénéfiques de cette innovation se sont rapidement fait sentir :

- Par la diminution du poids de la responsabilité pour les assistantes sociales de la maternité (partage des décisions lors du colloque de prévention).
- Une meilleure coordination interne Maternité-Néonatalogie.
- Une meilleure coordination avec des services extérieurs comme le SPJ ou le Centre Saint Martin facilitant ainsi

l'intervention éventuelle de ces deux acteurs avant la naissance de l'enfant.

- L'amélioration de la communication avec les parents qui reçoivent un message plus clair des possibilités de prise en charge par rapport à leur fragilité.
- Une disponibilité accrue des médecins (gynécologues et pédiatres) pour permettre à la mère, aux parents, de poser toutes sortes de questions autour du sevrage et de l'hospitalisation du bébé en néonatalogie, des possibilités ou des risques liés à l'allaitement, etc.

On constate que les dynamiques internes dans les deux institutions sont opposées :

- Le SPJ est marqué par **l'externalité**. Les collaborateurs-trices du SPJ sont constamment appelé-es à travailler «dehors» avec des partenaires extérieurs à leur institution. Leurs difficultés relèvent d'abord du travail en réseau, avec des collègues d'autres provenances. La création du groupe «Personnes Ressources Petite Enfance» a été un facilitateur permettant de recenser les difficultés et de se donner des moyens d'action et de réflexion.
- Le CHUV, au contraire, est marqué par **l'internalité**. En tant que structure hospitalière, il héberge des patientes qui peuvent se déplacer d'un service à l'autre. Les premières difficultés recensées sont d'ordre interne, d'où la nécessité d'une cohérence au niveau intra-institutionnel afin que le contact avec l'extérieur soit possible. La mise en place du colloque de prévention rassemblant des collaborateurs-trices de tous les services est l'élément facilitateur.

Ainsi, dans les deux cas, la création d'une instance (groupe de travail «Personnes Ressources Petite Enfance», Colloque de prévention) a permis de poser les problèmes au niveau institutionnel.

Les rencontres inter institutionnelles

Dans la perspective du SPJ

Dans la pratique, plusieurs assistantes sociales avaient eu des contacts avec des collègues du service social de la maternité. Une collaboration existait déjà, mais au cas par cas. Cela pouvait se passer bien ou mal, dépendant des contacts individuels de ces professionnelles.

Plusieurs problèmes avaient été soulevés :

- Le SPJ intervenait souvent seulement à partir de la naissance et parfois même après avoir reçu le mandat sans avoir discuté le cadre mis en place par le CHUV.
- Il n'existait pas de collaboration formalisée pour ce type de situation ni au moment de l'évaluation initiale, ni au moment de la prise en charge.
- Le nombre de situations signalées au moment de la naissance augmentait.

Dans la perspective du service social de la maternité (CHUV)

Les tensions avec les services extérieurs provenaient d'une incompréhension mutuelle : difficultés avec le SPJ ne voyant la mère et l'enfant qu'après la naissance ; difficultés avec les puéricultrices héritant de situations trop lourdes, une fois les mères de retour à la maison. C'est dans ce contexte et dans une volonté d'ajustement des pratiques que le groupe de travail «Personnes Ressources Petite Enfance» a souhaité partager une réflexion concernant **la prise en charge au moment de la naissance**. On notera que les dysfonctionnements évoqués de part et d'autre étaient du même ordre puisque SPJ et CHUV tenaient un discours parallèle :

- les assistantes sociales du service social (CHUV) reprochaient à leurs collègues du SPJ de ne pas être présentes au moment de la grossesse...
- ... et ces dernières regrettaient de n'être convoquées qu'au moment de la naissance ou même, plus tard, après avoir reçu un mandat de surveillance.

Objectifs et description de la rencontre 1

Préparée en concertation avec le service social de la maternité, la rencontre avait pour objectif de baliser les différentes étapes entre le moment où une situation à risques est détectée à l'hôpital, et celui où la mère sort de l'hôpital : où, comment et avec qui se discute et se négocie l'évaluation d'une situation à risques, la décision de la signaler ou non, la mise en place d'un suivi ?

Posée en ces termes, en effet, la problématique n'«appartient» plus tout à fait à l'hôpital pour s'élargir à l'extérieur, en intégrant les autres intervenant-es, ceux qui seront présent-es dans la durée.

Au cours de cette rencontre le rôle ainsi que le fonctionnement du colloque de prévention ont été clarifiés. Plus précisément, il a été possible de formaliser dans un document qui sera remis lors de la rencontre suivante :

- Le fonctionnement du colloque de prévention (organigramme).
- Le rôle du colloque se portant garant de **l'évaluation du risque** pour l'enfant à la sortie de l'hôpital), du **signalement** ou pas à l'autorité tutélaire, des décisions de **modalités de suivi** notifiant qui prend la relève à la sortie de l'hôpital.

Alors pourquoi a-t-il fallu une réunion entière pour communiquer les informations factuelles qu'un simple organigramme pourrait contenir ? Pourquoi a-t-il fallu passer par la description de situations pour reconstruire et comprendre ce qui se passe habituellement au colloque de prévention ?

C'est que chacun croit que l'autre « sait »... Un tel constat, banal en soi, a pourtant des répercussions qui peuvent être très paralysantes.

A cette clarification structurelle, d'autres questions touchant le réseau d'accompagnement et de soutien ont été abordées, notamment :

- Le constat de la lourdeur des réseaux (nombre de personnes en présence, fonctionnement).
- Le rôle du SPJ dans le réseau ; doit-il se cantonner à un rôle de contrôle ? Ou doit-il aussi s'investir dans une fonction plus quotidienne d'accompagnement dans la durée ? La question est restée ouverte.

C'est sur ces questions que la seconde rencontre a été planifiée : comment s'organise le réseau, **à partir de la sortie** ? Et dans cette mise en place, quel est le rôle des assistantes sociales du SPJ ? Quelles sont les attentes des intervenant-es concerné-es ? Qui fait quoi ? (rôles spécifiques dans le travail auprès des familles) ? Quelle place est-elle laissée aux parents ainsi qu'au réseau primaire ?

Rencontre 2

La rencontre a été marquée par un fort décalage entre les attentes des partenaires du SPJ intéressé-es prioritairement à la question du cadre d'une part, et, d'autre part, la difficulté des collègues du SPJ à y répondre : obnubilés

par les formes de la prise en charge (placement ou non, par exemple), elles ont été « sourdes » aux questions touchant la définition de leur rôle.

Par ailleurs la discussion a aussi donné l'occasion aux participant-es de parler de leurs pratiques dans le soutien aux parents, en évoquant l'implication de ceux-ci dans les processus de décision ; les difficultés de contacts avec les parents « parfois manipulateurs ou menteurs » a aussi mis en évidence le facteur de la peur : peur des parents au centre de la prise en charge, se sentant jugés, menacés ; peur des intervenant-es, tiraillé-es entre la conviction qu'il faut laisser l'enfant auprès de sa mère et les risques encourus.

Cette deuxième rencontre illustre très précisément les formes de parasitage, évoquées en introduction, à savoir la difficulté à dissocier l'aspect formel et structurel (mandat, mission, rôle) du

La volonté est nécessaire pour que des rencontres inter-institutionnelles aient lieu



Photo Interfoto

Comment construire un réseau ?

contenu final de la réponse sociale, à savoir la forme que prendra l'appui aux parents.

Bilan

Du temps pour organiser la connaissance

Les rencontres sont les marqueurs qui ont ponctué ce processus de reconnaissance inter-institutionnelle. Mais pour chacune de ces rencontres, avant comme

après, du travail a été réalisé pour «défricher» le terrain et pour mettre à profit la dynamique amorcée.

Exemple de retombée concrète, une grille de travail interne permettant aux collègues du SPJ d'être mieux à même de réagir lors d'un premier contact téléphonique lorsque le service social de la maternité présente une situation nouvelle. La réalisation de cet outil montre que:

L'incompréhension mutuelle («ils ne nous contactent pas assez tôt»/ «ils ne viennent pas quand on leur demande») a été balayée

Le SPJ s'est donné les moyens de répondre à la demande du CHUV.

La connaissance engendre la confiance

Ces rencontres, qui ont aussi été des confrontations, ont ouvert la voie à plus de confiance. Or, par effet de cascade, la confiance entre intervenant-es se répercute sur les mères qui, elles, passent d'une institution à l'autre. Car il s'agit bien d'un «passage»: c'est parce que le SPJ entre en matière de façon cohérente que les services du CHUV (néonatalogie, maternité, service social) pourront «lâcher» tranquillement l'enfant...

Mais pas seulement: pour que le travail social mené avec les femmes durant leur grossesse jusqu'à la naissance de l'en-

fant se fasse au mieux, il faut que les intervenant-es du moment aient la conviction suffisante (et donc la confiance requise) pour «recommander» le SPJ aux femmes. Ce point est fondamental parce qu'il permet de prévenir la peur, d'ancrer auprès des jeunes mères l'idée d'un soutien, et non uniquement celle d'un contrôle stigmatisant; et enfin parce qu'il garantit une forme de continuum dans le suivi. Chaque intervenant-e-maillon ayant conscience de sa place, et de celle des autres, en amont et en aval, ne recommence pas l'histoire mais apprend à s'inscrire au milieu d'une histoire en mouvement.

Pour garantir une collaboration dans la durée

Nous avons signalé plus haut les «prérequis», – conditions préalables qui ont favorisé la démarche de connexion inter-institutionnelle. Nous en avons montré en même temps le caractère à la fois fragile et aléatoire.

Les changements institutionnels internes (par exemple, colloque de prévention des services autour de la périnatalité au CHUV) **doivent être reconnus** au niveau des responsables hiérarchiques et visibilisés.

En effet, la reconnaissance du cadre (notamment le balisage formel des étapes d'évaluation, de signalement, de

mise en place de mesures d'accompagnement et la clarification des responsabilités dans ces moments successifs) permet à celui-ci d'exister par delà les personnes qui ont pris l'initiative de la réflexion. Pour cela, il faut que l'organisation à l'interne soit garantie dans la durée. En d'autres termes, il faut que le terrain, débroussaillé et balisé par des intervenant-es engagé-es et motivé-es survive au changement des personnes. On a vu en effet les incidences énormes des changements de chefs de clinique au CHUV par exemple.

C'est aussi à cette condition que les formes de soutien et d'accompagnement pourront être abordées au sein du travail interdisciplinaire.

Références

¹ *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en suisse romande*, «Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes» rapport de recherche du groupe *Femmes, dépendances*, juillet 1998 dans ce rapport 1/3 des femmes mentionnent avoir perdu la garde de leurs enfants

² Centre Saint Martin, CPL (Centre de puériculture de Lausanne et environs), *Sages femmes indépendantes*, foyer le Coteau, AEMO (Action éducative en milieu ouvert).

Dépendances aux drogues illégales et prostitution

Valérie Dupertuis, intervenante au bus *Fleur de pavé*, Lausanne
Geneviève Ziegler, Présidente de l'Association *Fleur de pavé*, Lausanne

Fleur de pavé, un projet de santé communautaire avec des personnes prostituées à Lausanne, a vu le jour en 1996. Une équipe d'intervenantes composée conjointement de femmes prostituées et de femmes formées dans le champ du médico-social propose, depuis quatre ans, des permanences trois fois par semaine la nuit, dans un bus sur les lieux de la prostitution de rue. Une présentation permettant la réflexion

Le travail de *Fleur de pavé* a rencontré une large adhésion de la part du public cible des utilisatrices : nous avons passé d'une moyenne de 12 à 22 personnes rencontrées par soir, ceci entre le début et la fin de l'année 99. Le financement est actuellement assuré par la Ville de Lausanne, le canton de Vaud et l'OSEO (bureau de réductions des risques). L'histoire et les objectifs de *Fleur de pavé* s'inscrivent dans trois des recommandations de l'étude «Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande»¹ à savoir : prise en compte de la dimension relationnelle dans la demande d'aide ; aménagement des structures tenant compte de la demande des femmes (accessibilité et type de prestations) ; sensibilisation du grand public ainsi que des professionnel·les à une approche des genres.

Une porte d'entrée dans un domaine méconnu

Ce projet est né dans le champ *toxicomanie* ; c'est au nom de cette préoccupation que nous avons souhaité développer une réflexion sur la question des besoins spécifiques des femmes toxicomanes particulièrement marginalisées : celles qui se prostituent. Dans le même temps, la ville de Lausanne a proposé de réfléchir aux différentes prestations offertes aux femmes en grandes difficultés ainsi qu'à la question de l'accès à ces prestations. Une recherche d'information nous a amenées à interroger six femmes toxicomanes prostituées pour comprendre

leurs conditions de vie et leurs besoins. Très rapidement, le projet d'une permanence d'accueil sur les lieux de travail des personnes qui se prostituent a été formulé : un bus offrant café, seringues, préservatifs et espace de parole a été mis en place. L'équipe de base a été renforcée par des femmes actives professionnellement dans le réseau toxicomanie à Lausanne. Ce fut le cas des pionnières de l'équipe médico-sociale. D'autres femmes avec expérience de la prostitution et non dépendantes ont été recrutées pour compléter l'équipe d'intervenantes. La parité (le partenariat) dans l'équipe, entre des femmes venant d'horizons différents, chacune avec sa formation et ses expériences propres, est au cœur de notre action : la confiance dont nous bénéficions dans ce milieu repose sur cette double appartenance des intervenantes. Nous savons aussi que ce partenariat est parfois difficile à vivre. D'emblée, les utilisatrices du bus nous ont fait comprendre que leurs réalités étaient multiples et que leurs activités dans la **prostitution** étaient le fil rouge de notre action : quelles soient très jeunes, Suissesses, clandestines, consommatrices de drogue, exerçant la prostitution de manière occasionnelle, la rencontre s'est faite sur le plan humain, entre femmes, et l'exercice de cette profession en est le centre.

Au début de notre intervention sur les lieux de prostitution, nous avons été confrontées à une stigmatisation très forte des femmes prostituées toxicomanes de la part des prostituées qui ne l'étaient pas. Les consommatrices de drogue étaient soupçonnées de mettre à

mal les règles sanitaires (ne pas utiliser systématiquement le préservatif) et celles des tarifs. Ces représentations négatives de la femme toxicomane «prête à tout» pour de l'argent étaient aussi véhiculées par la presse d'alors, prompt à faire des amalgames et des généralités. Lors des premiers mois de permanences, ce thème a été très présent dans les discussions à l'intérieur du bus. Il y avait souvent des rumeurs sur «celle-là, elle a fait ça, pour ce prix-là!». Au fil des ans, le bus a servi de lieu de rencontres entre des femmes aux réalités de vie différentes, qui, peu à peu ont commencé à se tolérer puis, pour certaines, à sympathiser. Certaines, parmi les «droguées», sont devenues des personnes avec des prénoms; certaines des femmes non dépendantes ont été perçues comme étant moins agressives et intolérantes. Actuellement, les femmes dépendantes et les autres se partagent l'espace du bus. La remise de seringues stériles suscite beaucoup moins de peur et de remarques négatives. Dans le domaine sanitaire, il y a eu prise de conscience que les questions liées au VIH concernent bien toutes les femmes et que la prévention en la matière est la même pour toutes: le préservatif. Ce travail sur les représentations ne concerne pas que les utilisatrices du bus. En effet, au sein même de l'équipe des intervenantes, nous faisons au jour le jour un travail collectif sur nos représentations; nous construisons notre équipe par une démarche d'appropriation mutuelle. Cette démarche, qui a parfois suscité des tensions importantes, est, selon nous, garante de la continuité de l'association, car elle crée le lien entre des réalités différentes et complexes.

Pour toutes les intervenantes, cela doit être considéré comme une *formation continue* qui est, pour les unes et les autres un outil indispensable lors des permanences dans le bus. Pour les intervenantes issues du domaine médico-social, cela les prépare à être attentives et disponibles pour faire une place et accepter une réalité multiple, parfois houleuse mais de toute façon complexe. Pour les intervenantes ayant une expérience de la prostitution, cela les renforce dans leur rôle d'intervenantes, présentes dans le bus pour accueillir et orienter des personnes dans le réseau médico-social.

Aujourd'hui

Depuis près d'une année, nous constatons une fréquentation accrue du bus de la part de femmes migrantes ce qui nous a confrontées à d'autres types de questions:

- Comment communiquer avec ces personnes? Comment parler de prévention? Comment promouvoir concrètement l'utilisation des préservatifs, du lubrifiant, dans d'autres langues et avec des repères culturels qui nous échappent?
- Comment orienter ces femmes dans le réseau médico-social en particulier pour celles qui sont clandestines?
- Et, par-dessus tout, comment instaurer une relation de confiance, même rudimentaire, si ces femmes savent qu'elles ne resteront pas longtemps au même endroit et ... que nous le savons aussi?

Face à ces interrogations nous cherchons à nous adapter et à trouver des ressources, principalement dans le réseau lausannois, pour pouvoir répondre à cette situation nouvelle pour nous et qui, il faut le dire, nous interroge beaucoup.

Pour l'instant, nous cherchons à élargir notre équipe d'intervenantes avec des femmes issues de ces communautés.

Dans ces conditions, et en lien avec les situations de rue rencontrées, nous pensons que la prostitution doit être appréhendée dans toute sa complexité: la focalisation sur l'étiquette de *toxicomanie* qui a été, dans le cas de Fleur de pavé, une porte d'entrée pour accéder au domaine de la prostitution de rue à Lausanne, n'est actuellement plus suffisamment pertinente pour comprendre la réalité dans laquelle nous évoluons.

Les problématiques qui apparaissent aujourd'hui comme centrales s'articulent bien plus autour de l'exclusion sociale et de ses conséquences. Et là, c'est encore une autre histoire...

Références

¹ *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande*. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. *Femmes, dépendances*, ISPA, 1998.

² *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande*. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. *Femmes, dépendances*, ISPA, 1998.

Alcool et toxicomanies : faut-il une approche spécifique selon le sexe ?

Anne-Catherine Menétrey, psychologue, Saint-Saphorin

Comment sont perçues les femmes dépendantes ? Quelles hypothèses sont émises au sujet de leur maladie ? Quelles images sont véhiculées au sujet des femmes dépendantes dans notre société ? Quelles sont les spécificités de la dépendance féminines ? Faut-il des traitements et une prévention spécifique pour les femmes ? Telles sont les questions traitées dans cet article tiré d'une conférence donnée par Anne-Catherine Menétrey dans le cadre de l'ANPA, à Lepin-le-Lac, en 1997 (réd.).

C'est en 1990 que j'ai créé un groupe de travail¹ sur la question de l'alcoolisme des femmes ou, plus généralement, sur les comportements de consommation et sur les dépendances au féminin. Pour la direction de l'institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, c'était une idée inattendue, mais elle fut accueillie favorablement, dans la mesure où la proposition «femmes et alcool» pouvait correspondre aux représentations qu'on se faisait à l'époque, celles de la femme en tant qu'épouse d'un homme alcoolique, ou en tant que mère ou future mère, portant la responsabilité de l'enfant à naître. Ce ne sont pas ces aspects-là qui m'avaient inspiré l'idée de ce groupe de travail. Je voyais plutôt les femmes en elles-mêmes, dont les recherches ne nous parlaient pratiquement jamais, car il était rare, à l'époque, qu'on présente des données séparées pour les femmes et les hommes. Je savais aussi que les femmes sont minoritaires dans les lieux d'accueil et de traitement pour alcooliques et que les circonstances particulières de leur entrée dans la consommation abusive ne pouvaient pas être prises en compte dans ces conditions. J'éprouvais enfin un malaise personnel à constater le silence, la gêne ou la réprobation suscitées, même chez les professionnel/les, par les femmes toxicomanes ou alcooliques. Ce groupe de travail, composé exclusivement de femmes, a mis du temps à trouver ses marques et à formuler ses hypothèses. Au départ, les positions des unes et des autres, en correspondance avec ce qu'on trouvait dans les livres consacrés à ce sujet, se déterminaient

autour de 4 options. Selon la première, les femmes consommaient de l'alcool de manière névrotique et clandestine, dans le secret de leur foyer. A cette hypothèse, les «féministes» opposaient l'idée que les femmes boivent par plaisir, qu'elles l'on toujours fait, qu'elles boivent de manière aussi conviviale que les hommes, et que ce sont eux qui ont tenté de les tenir éloignées des rituels virils de la dégustation. Plutôt masculine, la troisième option allait dans le sens d'une consommation en évolution, liée à l'émancipation des femmes. Elles se mettent à vivre comme les hommes, à adopter leurs comportements, elles travaillent, elles sortent, donc elles boivent. Avec une nuance légèrement revancharde, on laissait entendre qu'ayant voulu l'égalité, elles connaîtraient aussi les effets secondaires et les maladies liées aux excès de la vie sociale. Enfin, la quatrième option, qui est celle sur laquelle nous nous sommes mises d'accord et que je me propose de développer ici, privilégie la thèse selon laquelle la dépendance alcoolique est la même maladie chez l'homme et chez la femme, mais que les modes de sortie, ainsi que les circonstances de son apparition et les facteurs de risque, en amont, sont différents, une différence qui justifie une prévention et des prises en charge spécifiques. Il ne s'agit nullement ici de se laisser entraîner dans une quelconque guerre des sexes, la seule chose qui compte étant l'efficacité de notre politique de prévention.

Il n'en reste pas moins que l'approche de ces questions doit beaucoup à la subjectivité et aux représentations sociales. La

manière dont tous nous nous engageons dans la prévention est relative à la perception de notre propre consommation d'alcool et le regard que la société porte sur nous. Je me suis intéressée à l'image de la femme dans la publicité pour l'alcool, ou, à l'inverse dans les affiches contre l'alcool, et j'y ai trouvé tous les mythes traditionnels. Le féminin, c'est l'interdit, le mal, la tentation, l'envoûtement. La femme est d'un côté représentée comme la déesse païenne de la terre et de la fécondité, de l'autre comme la mère pétrie de vertus, comme l'épouse patiente, comme l'infirmière soignant les blessés de guerre à coups de cognac... Étonnez-vous après ça que les femmes rencontrent quelques problèmes d'identité ou quelques conflits de rôles!

Des fragilités précoces

Si les filles semblent connaître moins de problèmes psychiques que les garçons dans l'enfance, ce n'est plus le cas à l'adolescence, car elles vivent leur puberté plus difficilement qu'eux². Les enquêtes périodiques que nous conduisons sur la santé des écoliers³ révèlent des différences intéressantes dans les préoccupations des filles et des garçons. Entre 11 et 16 ans, les soucis des filles concernent prioritairement les sentiments, l'identité et le look, alors que les garçons sont surtout sensibles aux contraintes scolaires ou matérielles. Les filles expriment des préoccupations plus marquées concernant les relations avec les amis proches et la famille, redoutant les conflits avec ou entre les parents, alors que les garçons mettent la priorité sur les sorties et les copains. Par ailleurs d'autres recherches⁴ posent des hypothèses sur les stratégies de « coping » différenciées en fonction du sexe. Ainsi, les filles se montreraient plus sensibles aux tracas quotidiens, plus démunies pour faire face aux difficultés et surmonter les événements négatifs dont elles croient devoir s'attribuer la responsabilité. On dit, schématiquement, que les femmes attribuent leurs réussites au hasard et leurs échecs à elles-mêmes, alors que les hommes feraient l'inverse, attribuant leurs réussites à leurs capacités et leurs échecs à la malchance.

Les caractéristiques des filles, dès l'adolescence, peuvent donc constituer autant de facteurs de risques par rapport à des difficultés ou des dépendances futures. On constate ainsi une certaine fragilité au niveau de l'image de soi, pouvant

entraîner par la suite des sentiments de honte portant soit sur l'apparence physique soit sur la non-conformité par rapport aux rôles traditionnels. Autre caractéristique, la priorité accordée au pôle émotionnel peut aller jusqu'à une grande vulnérabilité à la sécurité affective, accompagnée d'une agressivité retournée contre soi, avec des risques de somatisation. Enfin l'importance primordiale du pôle relationnel entraîne une forte responsabilisation à l'égard d'autrui, avec une tendance au dévouement qui peut aller jusqu'à l'aliénation et l'auto-exploitation. La culpabilité accompagne souvent la vocation d'aider autrui. Dans ce même ordre d'idées, la fragilité aux conflits familiaux fait parfois des filles les victimes toutes désignées de la violence ou des abus sexuels, subis dans le silence, précisément pour échapper aux conflits ou à l'abandon. Ces éléments de différenciation ont d'ores et déjà des répercussions sur la prévention. En effet, l'apprentissage de la résistance à la pression du groupe semble n'être d'aucune utilité pour les filles, tandis que l'appel à la solidarité et à l'entraide peut se révéler carrément contre-productif, dans la mesure où l'aide est précisément ce qui rend les filles dépendantes.

Des modes de réaction différenciés

Les facteurs de risques qu'on vient de décrire sont liés à des enjeux, des dimensions, des préoccupations qui se traduisent en termes de comportements, avec des caractéristiques propres aux jeunes filles ou aux femmes. En effet le mal-être et les problèmes liés à l'adolescence provoquent souvent chez les filles des troubles corporalisés, avec des symptômes psychosomatiques, des tendances dépressives, des troubles de l'alimentation et des modes de consommation portant plus souvent sur les « drogues » adaptatives, à savoir le tabac et les médicaments. Les garçons et les hommes, eux, adoptent plus souvent des comportements extériorisés : violence, prises de risque, délinquance, consommation excessive (ivresse, défonce) de drogues illégales et d'alcool. Ces comportements ont également des conséquences différenciées, allant dans le sens d'une morbidité plus grande pour les femmes et d'une mortalité plus précoce chez les garçons. Entre 15 et 19 ans, les garçons meurent trois fois plus souvent que les filles d'accidents et de suicide.

Pour en venir plus spécifiquement à la consommation de psychotropes, on ne constate pas une évolution croissante dans la consommation des femmes, sauf pour le tabac. Pour ce qui concerne l'alcool, la proportion des maladies alcooliques reste semble-t-il de 1 femme pour 2 hommes; elle est d'une femme toxicomane pour trois hommes pour ce qui concerne les drogues dures. En revanche, pour le tabac, les jeunes filles sont à égalité avec les jeunes gens, ou elles les dépassent même légèrement, alors que la proportion de femmes qui abusent de médicaments psychotropes est nettement supérieure à celle des hommes, et ceci dès l'enfance.

Indépendamment du nombre des consommatrices, on constate des différences dans les modes de consommation. Il reste vrai que les femmes s'alcoolisent plus fréquemment de manière solitaire, et chez elles la polytoxicomanie est nettement plus fréquente. Une enquête sur le devenir des patients alcooliques traités dans des lieux de traitement⁵ montre que la moitié des femmes consommaient à la fois de l'alcool et des médicaments, ce qui n'était le cas que d'un homme sur cinq. En revanche, la consommation conjointe de drogues légales et illégales concernait 6% des femmes comme des hommes.

Abus et dépendances, quelques facteurs de cause

Parmi les causes souvent citées d'une alcoolisation excessive chez les femmes, on trouve en premier les abus sexuels et la violence dans l'enfance. La peur de perdre leur sécurité affective semble être pour les filles une des raisons pour lesquelles elles parviennent à supporter dans le silence des situations inacceptables, qui engendrent à long terme la honte et la haine de soi. On parle moins souvent, en revanche, de la violence actuelle suivie dans la vie quotidienne des femmes. De plus, et là on atteint l'intolérable, il faudrait encore mentionner les abus sexuels subis par des femmes alcooliques ou toxicomanes de la part de leur thérapeute. Sur ce point, les chiffres se situent entre 10 et 30% des femmes en traitement.

Une autre raison de l'entrée des femmes dans la consommation excessive concerne leur manière d'accompagner un partenaire qui consomme. Il y a à cela plusieurs motifs : la femme se sent souvent tenue d'accompagner son compagnon,

par peur de le perdre si elle le laisse sortir seul. Parfois, c'est lui qui fournit le produit, notamment quand il est illégal. Parfois également, c'est pour le sauver que la femme accepte de consommer avec lui, se promettant qu'ils arrêteront et qu'ils s'en sortiront ensemble. En tout cas de nombreuses femmes affirment qu'elles sont entrées dans la consommation à cause de leur compagnon, alors qu'aucun homme n'admettra jamais la réciprocité.

S'il semble admis que les femmes accordent, dès l'enfance, une priorité au pôle émotionnel et qu'elles disposent ainsi, souvent, d'un réseau relationnel étendu (notamment pour les toxicomanes aux drogues illégales) on constate, paradoxalement, qu'elles ne bénéficient pas d'un soutien social efficace. En fait, leurs attachements souffrent souvent d'un manque de réciprocité: elles apportent plus d'aide qu'elles ne reçoivent. La rumeur, par exemple, veut que 9 femmes sur 10 restent avec leur partenaire alcoolique, ce qui n'est pas le cas que d'un homme sur dix. C'est pourquoi l'alcoolisation des femmes se passe souvent dans une grande solitude.

Les causes de dépendance, pour les femmes, se situent également dans la problématique de l'identité et des rôles sociaux. Pour les hommes aussi d'ailleurs. Il est intéressant de noter tout de même qu'il y a eu, dans l'histoire, des comportements féminins addictifs qui n'ont pas été problématisés. Ainsi, au début du siècle, a-t-on vu de nombreuses femmes «modernes» se livrer à la morphinomanie sans qu'on s'en offusque outre mesure. Or c'est juste après qu'a commencé de se répandre ce que Louise Nadeau, la fameuse alcoologue québécoise, appelle «le mythe de la vraie femme». La femme n'a dès lors plus été représentée que sous les traits de la vestale gardienne du foyer, la mère, la soignante. A son cahier de charges, on a naturellement inscrit le bien-être de son époux, au point qu'on a pu dire que si un homme boit au bistrot, c'est que sa femme n'est pas capable de le retenir à la maison et qu'elle ne fait donc pas son travail de vraie femme. Transgresser ce rôle-là en s'accordant les plaisirs de la boisson, voire de l'ivresse, c'est une trahison. C'est ce que Louise Nadeau, nomme «la transgression des dames de cœur». C'est à partir de là que la culpabilisation des femmes consommatrices d'alcool est devenue très forte. Comme le disait un ministre de la santé du Québec: l'ivresse, chez l'homme, ce n'est pas beau à voir, mais chez une femme «c'est carrément répugnant».

C'est souvent par refus de ces rôles prescrits que les femmes se sont mises à boire ou à consommer des drogues. Le changement des mœurs et l'émancipation, contrairement à ce qu'on pourrait croire, n'ont pas arrangé les choses. Or ces anciens rôles se sont dévalorisés, enfermant par exemple les femmes au foyer dans des conflits d'identité encore plus difficiles qu'auparavant.

Les cibles de la société de consommation

Les représentations véhiculées par la société de consommation, en particulier par la publicité, peuvent sérieusement aggraver le désarroi de nombreuses femmes et les inciter à la consommation. On peut noter par exemple que la publicité pour les médicaments s'adresse principalement aux femmes. En consommer peut être l'indice d'un hyperconformisme par rapport à l'image de la femme fragile et dépendante, mais aussi, à l'inverse, d'un refus des images traditionnelles (dans ce cas, la consommation serait une manière de transgresser la prescription médicale et sociale et de reprendre le pouvoir sur soi et sur son propre corps).

Nous nous sommes donc intéressées à la réponse que la société apporte aux problèmes de santé des femmes, et avons constaté que le diagnostic médical ainsi que la «médicalisation» de la vie des femmes contribuent à accroître leur consommation. Très souvent, les difficultés des femmes sont interprétées comme un défaut de santé, et au lieu de les attribuer à des circonstances collectives liées à un statut social et professionnel défavorisé, on en fait une insuffisance individuelle. Un exemple intéressant nous est fourni par ce qu'on a appelé des «hystéries de masse». Il s'agit de malaises constatés chez des femmes travaillant dans des ateliers, manifestés par des maux de tête, nausées, maux de dos etc. On a d'abord cherché l'explication du côté de la biologie en attribuant ces phénomènes aux périodes menstruelles, qui, chez des femmes qui sont toujours ensemble, auraient une certaine synchronicité. En tout cas, on a posé avec une quasi-certitude qu'il s'agissait de symptômes psychogènes, qui pouvaient également provenir de la manière des femmes de somatiser le stress, car elles n'auraient pas la même capacité que les hommes de le gérer et de le surmonter. Il est plaisant de relever qu'un phénomène

semblable étant advenu à un groupe d'hommes, on n'a pas parlé d'hystérie de masse, mais «d'encéphalomyélite myalgique bénigne»! De fait, on peut faire l'hypothèse que ces malaises seraient dus non pas à des phénomènes psychiques, ni à un agent toxique clairement détecté, mais à une accumulation de nuisances agissant en interactions.

Plusieurs exemples montrent que l'attitude des médecins face aux troubles décrits par les femmes diffère de celle qu'ils adoptent avec les hommes. Les investigations diagnostiques sont moins poussées et moins techniques, les traitements plus longs, orientés davantage vers des médications et des thérapies plus généralistes et moins spécifiques. Une enquête faite à Genève dans une consultation de quartier indique que les médecins (y compris les femmes) prescrivent des psychotropes aux femmes trois fois plus souvent qu'aux hommes. Il y a des raisons de penser que face à des femmes souffrant de problèmes d'alcool, certains médecins restent tout autant inadéquats et «généralistes» dans leur diagnostic. Nous connaissons des cas précis où l'alcoolisme n'a jamais été mentionné et où la consultation s'est conclue par des prescriptions de médicaments psychotropes.

Traitements et prises en charge

Qu'il s'agisse de drogue ou d'alcool, les femmes sont nettement sous-représentées dans les institutions de traitement résidentielles. En principe, 85% des institutions sont ouvertes aux femmes, mais jusqu'à ces dernières années, certaines régions n'offraient strictement rien aux femmes dépendantes. De manière générale, peut-être parce qu'elles ne se retrouvent qu'en petite minorité au milieu des hommes, les femmes ne choisissent pas d'abord les traitements résidentiels et privilégient les aides ambulatoires non spécialisées. Elles sont confrontées, de plus, au lancinant problème des enfants, car elles craignent qu'on leur en retire la garde si elles demandent de l'aide et avouent leurs difficultés.

Ces dernières années, quelques lieux d'accueil et/ou de prise en charge réservés aux femmes se sont ouverts en Suisse, mais ils n'ont pas eu le succès escompté et la plupart ont déjà fermé. Nous continuons pourtant à penser qu'une offre spécifique pour les femmes

se justifie, même s'il s'agit d'une offre partielle, à l'intérieur d'une structure mixte. En effet, on constate que dans les groupes mixtes, les femmes ont plus difficilement la parole et pas sur les sujets qui les concernent directement. L'une d'elles racontait récemment que dès qu'elle prend la parole dans son groupe d'entraide les hommes regardent leur montre... Que ce soit vrai ou non, le fait est qu'elles ne se sentent pas valorisées, ou alors il faut reprendre les jeux de séduction qui leur ont si peu convenu jusqu'ici. De plus, le traitement d'une dépendance ou d'une toxicomanie implique souvent un parcours régressif vers les traumatismes des premières années de la vie. Sur ce chemin, les femmes rencontrent souvent des histoires d'abus sexuels ou de violence qu'elles vivent avec une image d'elles-mêmes si dégradée qu'il est presque impossible de le faire sous le regard des hommes.

Quelques perspectives préventives

Au terme de ce survol de la question des spécificités féminines dans la consommation d'alcool et d'autres drogues, on

ne peut qu'esquisser quelques pistes pour la prévention. Notre groupe de travail s'efforce de définir les axes d'une prévention primaire pour les filles en tenant compte des caractéristiques observées et présentées ici.

Compte tenu de la situation de dépendance affective souvent constatée, une des stratégies devrait porter sur la question des attachements, en mettant l'accent sur la réappropriation de soi. La vocation d'aider les autres et de se consacrer au bien-être des proches n'est pas une qualité à encourager chez les jeunes filles. Si l'on doit valoriser leur capacité de créer des liens et de constituer un réseau social, il faut les mettre en garde contre les dangers de la co-dépendance et l'aliénation de leur autonomie.

L'objectif de la prévention pourrait être défini en termes de pouvoir, un pouvoir défini comme la capacité d'avoir prise sur son destin et de se construire dans un processus d'identification à long terme. Pour terminer sur une note optimiste, on soulignera la force et le courage des femmes qui s'engagent souvent avec beaucoup de détermination dans une recherche d'authenticité et de clarification des rôles. Si ce processus doit être soutenu, il faut autant que possible qu'il ne fasse pas le détour par la consumma-

tion de produits qui, si elle aide parfois à voir clair et à dire non à l'inacceptable est par trop destructrice de l'estime de soi. Or la conscience et l'estime de soi de la mère font la force des générations futures.

Références

¹ Actuelle plate-forme romande *Femmes, dépendances*.

² Monique Bolognini, colloque *Femmes, dépendances*, 27 avril 1997.

³ ISPA/OMS, enquête sur la santé des écoliers de 11-16 ans.

⁴ Daniel Cordonier: «Événements quotidiens et bien-être à l'adolescence», Édition Médecine et Hygiène, Genève 1995.

⁵ Etienne Maffli, catamnèse sur le devenir des patients alcooliques après 7 ans. ISPA, 1996.

COURS SEMINAIRES

Modules fordd

Introduction à la recherche et à l'évaluation dans le domaine de l'addiction (niveau 1)

Jeudis 21 septembre - 26 octobre - 23 novembre 2000

B. Broers, médecin, DAS/MC, Genève - B. Favrat, PMU/DAS, Lausanne - J. Besson, médecin, DAS, Lausanne - B. Yersin, médecin, CHUV, Lausanne - A-F. Chevalley, DAS, Genève - J-B. Daeppen, CHUV/DAS, Lausanne - B. Stoll, PMU, Lausanne; IMSP, Genève

Travail interdisciplinaire avec les proches du patient dépendant

Vendredi 20, mardi 24, mercredi 25 octobre 2000

Dr P. Gache, dép. de médecine communautaire des H.U.G. - Dr Sekera, dép. de médecine communautaire des H.U.G. - Mme D. Danis, psychologue FSP, psychothérapeute ASP, Clinique de la Métairie - Mme C. Carnino, psychologue spécialiste FSP en psychothérapie, Maison de l'Ancre - M. D. Raimon, éducateur, praticien PNL, Maison de l'Ancre - Mme M. Harder, assistante sociale, conseillère en alcoologie - M. M. Bonjour, Directeur de la Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme - M. A. Quiroga, infirmier, dép. de médecine communautaire des H.U.G. - M. D. Alhadeff, psychologue FSP, dép. de médecine communautaire des H.U.G.

Approche cognitivo-comportementale des addictions (niveau 2)

lundis 23, 30 octobre, 6, 13 novembre
Dr Christine Davidson, Genève - Arlette Perrin, psychologue, Genève - Françoise Bourrit, psychologue, Genève - Dr Marina Kroker, Genève

Aspects médico-psychiatriques des dépendances; comorbidités

Jeudis 2 et 9 et 16 novembre 2000

PD Dr J. Besson, DAS, Lausanne - Dr T. Bischoff, AVMCT, Bussigny - Dresse B. Broers, DAS, Genève - Dr J.B. Daeppen, CHUV, DAS, Lausanne - Dresse H. Decrey, PMU, DAS, Lausanne - Dr M. Marset, PEPS, DAS, Genève - Dresse M. Monnat, PMU, DAS, Lausanne - Dr P. Sanchez-Mazas, CSM, DAS, Lausanne - Dresse C. Schnyder, Calypso, DAS, Lausanne - Dresse V. Schweizer, Vallon, DAS, Lausanne - M. R. Stachel, CSM, DAS, Lausanne - PD Dr B. Yersin, CHUV, DAS, Lausanne

Les représentations sociales, les valeurs et les normes qui légitiment l'intervention médico-sociale

Jeudi 23, mardi 28 novembre et mercredi 6 décembre 2000

Jean-Dominique Michel, licencié en anthropologie - Alain Clémence, dr en sciences sociales et en pédagogie - Daniel Kübler, dr en sciences politiques - Marc Hunyadi, dr en philosophie - Renaud Stachel, assistant social, responsable du Service social de St-Martin

Pour information: fordd - cp 638 - 1401 Yverdon - 024/426 34 34 - fax 024/426 34 35

Perfectionnement professionnel GREAT/ARIA

Enjeux éthiques des diagnostics médicaux: VIH/SIDA et hépatites

1 jour - 12 septembre

Martine Monnat, Médecin - Claude de Jonckheere, Dr en sciences de l'éducation - Joakim Delarive, gastro-entérologue, Lausanne - Amalio Telenti, médecin, consultation HIV, CHUV

Promouvoir une éthique de la responsabilité

1 jour - 21 septembre

Claude de Jonckheere, Dr en sciences de l'éducation - Jean-Pierre Garbade, avocat, Genève - Nicolas Heller, resp. centre prescription d'héroïne, Bâle - Jean-François Briefer, Dr. en psychologie, DAS, Genève

Travailler avec les émotions après le sevrage

2 jours - 23 et 24 novembre

Frédéric Neu, psychologue, Lausanne

Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses

2 jours - 6 et 7 décembre 2000

Jacqueline Reverdin, enseignante à l'école d'ambulanciers, Genève - Chantal Berthet et Emmanuel Ducret infirmiers, Genève - Thierry Musset, infirmier, Genève

Renseignements et inscription:

GREAT/ARIA, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon, 024/426 34 34, fax 024/426 34 35