

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

84

Périodique trimestriel
Octobre-décembre 2018

Jeunes, genres et usages de drogues (I)



**JEUNES,
GENRES
ET USAGES
DE DROGUES**

MARDI 4.12.2018 de 9^h à 16^h30



RISQUES JEUNES CHOIX ÉCOLE ASSUÉTUDES SANTÉ FÊTE AL-
COOL ADDICTION
GENCE JEU TAB
EXPÉRIENCES S
DE SOI PROHIBI
NABIS PRÉVENT
TOXICOMANIE F
TUDES SANTÉ FÊ
ÉDUCATION AD
CONDUITES À RISQUE EXPÉRIENCES SOINS ABUS CONSOM-
MATION ENNUI ESTIME DE SOI PROHIBITION GROUPE ECSTASY



PROSPECTIVE JEUNESSE

Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation fondé en 1978. L'association est active dans le domaine de la prévention des méfaits liés aux usages de drogues, dans une optique de promotion de la santé.

Prospective Jeunesse

propose **trois** services :

- Formation et accompagnement de professionnels (seuls ou en équipe)
- Publication de la revue **Prospective Jeunesse**
- Entretiens individuels

Prospective Jeunesse a créé, avec **Infor-Drogues** et **Modus Vivendi**, l'asbl **Eurotox**

www.eurotox.org

CONTACT 144 chaussée d'Ixelles, 1050 Bruxelles ■ 02 512 17 66
revue@prospective-jeunesse.be ■ www.prospective-jeunesse.be

Éditeur responsable

Pierre BALDEWYNS

Rédactrice en chef

Caroline SAAL

Comité d'accompagnement

Pierre BALDEWYNS, Christine BARRAS, Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE, Mathieu BIETLOT, Marc BUDO, Elodie DELLA ROSSA, Christel DEPIERREUX, Sarah FAUTRE, Damien FAVRESSE, Sabine GILIS, Alexis JURDANT, Bernadette TAEYMANS, Patricia THIEBAUT, Marinn TREFOIX, Jacques VAN RUSSELT

Équipe de rédaction

Patricia BERNAERT, Marta CHYLINSKI, Véronique DE CARPENTRIE, Guilhem de CROMBRUGGHE, Marie-Lyne FOISY, Céline LANGENDRIES

Dessins

Jacques VAN RUSSELT

Correction orthographique

Alexandra COENRAETS

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables de « **Prospective Jeunesse – Drogues Santé Prévention** ». Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction. Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Impression

Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page

MEDIA
animation
communication & éducation

ISSN: 1370-6306



Les yaourts au sel

La vidéo, issue d'une émission de divertissement, a fait le tour de la toile. Une dizaine d'enfants se succèdent dans un faux casting pour une publicité de yaourts. Garçons et filles reçoivent la même consigne : avaler une cuillère du produit laitier, et s'extasier de son goût délicieux. Les enfants seront surpris, les yaourts sont particulièrement salés. Leurs réactions prêtent à sourire, mais elles ont aussi vite attiré l'attention des internautes. Tandis que les garçons grimacent ostensiblement, voire signalent le problème, les filles masquent au mieux leur étonnement et s'en tiennent à la consigne. Cette différence de comportements est d'ailleurs commentée par la production de l'émission : les filles sont des menteuses. Éléphant. Des études confirment cette socialisation différenciée très précoce : alors que les petits garçons apprennent à affirmer leurs avis, les petites filles intériorisent très jeunes qu'on attend d'elles obéissance et discrétion.

Dans le numéro 83 de cette revue, Sylvie Ayrat et Yves Raibaud listaient différentes statistiques effrayantes de la valorisation de la virilité chez les petits garçons : en France, 95 % des sanctions scolaires concernent les garçons ; 96,5 % de la population pénitentiaire est masculine ; 69 % des tués en voiture sont des hommes ; 83,6 % des auteurs de crimes conjugaux sont des hommes ; 80 % des personnes décédées par overdose sont des hommes. Le revers de la médaille de cette éducation différenciée ?

Voici plusieurs mois que les questions d'inégalités de genre occupent très fortement l'espace médiatique et public. Prospective Jeunesse s'est dès lors interrogé : quelle place donner à ces questions dans le secteur de la prévention ? Quelles analyses tirer des différences de taux de fréquentation entre hommes et femmes dans les dispositifs de réduction des risques et de soin ? Quelles masculinités encourager auprès des jeunes ? Devant l'étendue et la complexité des questions soulevées, nous avons décidé de consacrer deux numéros et un événement intitulés « Jeunes, genres et usages de drogues ». Le deuxième numéro sera d'ailleurs une compilation des différentes interventions de cette journée.

Ce premier numéro rassemble des contributions hétérogènes : l'interview-plaidoyer d'une ex-usagère devenue pair aidante, Samanta Borzi ; les résultats de la première enquête d'ampleur sur la consommation féminine de drogues en Belgique (Gen-STAR, Sarah Simonis) ; l'analyse de la production de normes genrées au tribunal pour enfants par Arthur Vuattoux. La promotion de la santé n'est pas en reste grâce à l'appel de Catherine Markstein pour une auto-santé des femmes. Manuel Dupuis et Pierre-Henri Mullier ont récolté les représentations des patients de leur centre de jour sur l'alcoolisme au masculin et au féminin. Enfin, Michaël Hogge attire notre attention sur le risque d'hyponatrémie en cas de consommation de MDMA et de fortes chaleurs, phénomène peu connu et auquel les femmes sont potentiellement plus sensibles que les hommes.

Bonne lecture !

Caroline Saal
Rédactrice en chef

Les yaourts au sel 3
Caroline Saal

**Un traitement différent ?
Filles et garçons au tribunal pour
enfant** 4
Arthur Vuattoux

**Vers une prévention et un traitement
sensible au genre ?** 8
Sarah Simonis

**« Je porte ma voix
pour les autres »** 12
Interview de Samanta Borzi

**L'auto-santé, outil d'émancipation
des femmes !** 17
Interview de Catherine Markstein

**Genre et alcool.
Étude dans un centre de jour** 21
Pierre-Henri Mullier et Manuel Dupuis

**MDMA : Boire de l'eau, certes,
mais pas trop !** 26
Michaël Hogge

Retrouvez une bibliographie
complémentaire en ligne :
www.prospective-jeunesse.be/la-revue

Filles et garçons au tribunal pour enfants

Un traitement différent ?

> **Arthur Vuattoux**, maître de conférences à l'Université Paris 13, laboratoire IRIS
Co-responsable du Réseau thématique « Sociologie de la jeunesse » de l'Association française de sociologie¹

Les filles agissent-elles différemment des garçons face à la légalité ? Pourquoi les garçons constituent-ils l'écrasante majorité des mineurs déferés au tribunal ? Ou sont-ce les institutions judiciaires qui perçoivent les délinquances adolescentes et... influent sur un traitement différent des garçons et des filles au tribunal pour enfants ?²

La justice des mineurs est l'héritière, en France, des politiques publiques de l'après Première guerre mondiale, avec la nécessité de protéger et de sanctionner (en éduquant) les mineurs en difficulté. Ce paradigme mêlant protection, éducation et répression est incarné par le juge des enfants, qui juge tant en assistance éducative (mineurs protégés) qu'au pénal (mineurs poursuivis pour des crimes ou délits). Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse, l'institution publique en charge de l'éducation spécialisée de ces jeunes, sont également mobilisés, y compris au tribunal où ils interviennent en amont de la présentation devant le juge, pour évaluer, prendre des renseignements sur les jeunes, leur personnalité, leurs conditions de vie. Cette justice, considérée comme davantage « personnalisée » que celle des adultes, intègre différents moments de diagnostic, de qualification et de décision basés sur la personnalité des mineurs. L'objet de mon travail de terrain, mené au début des années 2010, consistait à comprendre en quoi cette personnalisation des procédures pouvait être perméable à des rapports sociaux des plus communs, basés notamment sur le genre.

Les questions qui se posaient alors étaient de plusieurs ordres : Comment une institution, dont l'objectif premier est de dire et d'appliquer des règles de droit, produit-elle ses jugements ? Les jugements produits sont-ils perméables à des normes extérieures à l'institution, mais prédominantes dans la société, à l'instar des normes de genre qui tendent à construire des figures différenciées de l'adolescence masculine et féminine, et des déviations associées ? Dans quelle mesure la justice produit-elle des formes d'arbitraire liées à la seule appartenance de genre des justiciables ?

L'institution judiciaire produit des normes de genre

Un tel questionnement implique, pour mieux définir le problème, de le situer au sein des controverses existantes en la matière. Le genre peut être défini, si l'on suit Eleni Varikas, comme « une grille de lecture, une manière de penser le monde et le politique à travers le prisme de la différence des sexes³ ». Travailler sur le genre implique donc de travailler sur des divisions propres au monde social, et notamment

1. (<https://jeunesse.hypotheses.org/>)
Courriel : Vuattoux@univ-paris13.fr

2. Ce texte est une version légèrement modifiée d'un texte préalablement paru dans la collection des *Tepsis paper* (documents de travail du Laboratoire d'excellence Tepsis, <https://tepsis.io/>).

3. VARIKAS E., *Penser le sexe et le genre*, Paris, Presses universitaires de France, 2006, p. 17.

sur la division des individus en deux genres distincts et naturalisés, c'est-à-dire construits comme s'ils étaient fondés en nature (comme si, par exemple, les hommes étaient réductibles à des hormones, ou au fait de posséder une anatomie dite masculine).

Dans le domaine de la justice, et plus singulièrement dans celui de la prise en charge judiciaire des adolescents, la question qui se pose est celle des déterminants genrés de la déviance : les filles agissent-elles différemment des garçons ? Pourquoi les garçons constituent-ils l'écrasante majorité des mineurs déferés au tribunal ? Les filles sont-elles « moins » délinquantes ?

On a identifié trois réponses possibles à ces questions. La première réponse n'est plus vraiment défendue dans le champ académique, mais persiste à orienter le sens commun et certains discours : c'est l'idée selon laquelle les différences observées dans la déviance des filles et des garçons sont fondées en **nature**. Les filles auraient tendance à contester l'ordre social et familial (contestation considérée comme typique de l'adolescence) par des formes de protestation intimes et légales (rejet parental, adoption de codes vestimentaires spécifiques), alors que les garçons protesteraient plus ouvertement, dans l'espace public, notamment en commettant des vols ou des violences les amenant devant le tribunal. Ces formes de protestations bien différenciées renverraient à une question de biologie, une question d'hormone, pourtant battue en brèche par les recherches les plus récentes⁴.

L'autre approche consiste à faire de ces « différences » une question de **socialisation** : les déviances féminines et masculines seraient en fait le fruit d'une socialisation différentielle. Ainsi, les filles seraient davantage habituées, par leurs parents ou par l'école, à respecter les règles sociales et seraient globalement écartées de l'espace public et des conduites à risques (en tout cas celles qui mènent à des réponses pénales). Les garçons, quant à eux, seraient plus libres d'agir, et par conséquent plus facilement amenés à dévier des règles sociales.

Si certains éléments de l'approche par la socialisation semblent pertinents, et ont été démontrés par de solides enquêtes, il convenait d'explorer une troisième voie, souvent sous-estimée. Cette troisième approche consiste à voir dans l'institution **un lieu de production des normes sociales**, y compris

Les filles, qui représentent près d'un délinquant arrêté sur cinq, disparaissent ensuite de la chaîne pénale, en étant soit relaxées, soit prises en charge en assistance éducative.

celles qui construisent les identités des filles et des garçons. Les normes de genre, et la représentation selon laquelle les filles et les garçons ne dévient pas de la même façon des normes sociales seraient en partie produites par les institutions du contrôle social.

La mise en perspective de quelques données chiffrées invite à suivre cette piste : **parmi les mineurs arrêtés par la police, 17 % sont des filles. Au tribunal, on ne recense plus que 10 % de filles parmi les adolescents jugés. Au terme de la chaîne pénale, dans les mesures de privation de liberté, elles ne sont plus que 7 %**⁵. Autrement dit, les filles, qui représentent près d'un délinquant arrêté sur cinq, disparaissent ensuite de la chaîne pénale, en étant soit relaxées (ou non poursuivies), soit prises en charge en assistance éducative (donc protégées par la justice). L'institution joue donc bien un rôle dans la manière dont sont organisées les carrières déviantes des filles et des garçons, et donc sur les représentations de la déviance afférentes.

Afin d'approfondir cette hypothèse, l'enquête a consisté en une ethnographie de deux tribunaux pour enfants français, et s'est basée sur l'observation d'audiences durant une année, sur la réalisation d'entretiens avec les professionnels de la justice (magistrats et éducateurs, principalement), ainsi que sur l'analyse qualitative et quantitative de plus de 200 dossiers judiciaires pénaux et civils. Quelles sont les principales conclusions de ce travail ?

4. Voir notamment PAHLAVAN F., « Contribution des facteurs biologiques dans les manifestations des comportements d'agression chez les femmes », dans VERLAN P. et DÉRY M., *Les conduites antisociales des filles. Comprendre pour mieux agir*, Québec, PUQ, 2006.

5. Ces chiffres sont issus des statistiques pénales nationales, notamment du Ministère de la Justice, de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (Ministère de l'Intérieur) et du Casier judiciaire. Les chiffres sont ceux de l'année 2011.



La délinquante à protéger, le délinquant à surveiller: scripts genrés au tribunal

Les dossiers judiciaires analysés révèlent des régularités, des éléments d'interprétation qui distinguent assez nettement les dossiers des filles de ceux des garçons. Dans les dossiers des adolescentes, la procédure judiciaire semble focalisée sur les relations familiales et l'intimité des justiciables. Si une jeune fille est arrêtée après deux jours hors du domicile familial, les policiers et les éducateurs lui demanderont si elle a eu des relations sexuelles, si ces dernières étaient protégées, ou si elle a un problème relationnel avec ses parents. À l'inverse, l'analyse des situations des garçons montre une focalisation sur les actes commis, et éventuellement sur les groupes de pairs. On demandera davantage à un adolescent s'il a déjà commis de tels actes par le passé, si d'autres garçons l'ont incité à le faire, on fera un état des lieux de son entrée dans la délin-

quance. D'un côté, les adolescentes sont donc perçues comme des individus à protéger, quitte à mettre au second plan les éventuelles infractions commises, et les adolescents comme des délinquants, potentiellement délinquants en puissance. La logique à l'œuvre est donc celle d'une forte différenciation des prises en charge basée sur des normes de genre, celle qui consiste à voir les filles (et plus généralement les femmes) comme des personnes vulnérables et les garçons comme les figures légitimes de la déviance. À cela s'ajoute l'idée que le contrôle pénal, et notamment son lieu d'application le plus symbolique, la prison, serait peu adapté aux femmes, alors qu'il est une réponse tout à fait acceptable pour les hommes.

Ce constat n'est toutefois pas nouveau, ni spécifique à l'institution judiciaire: il ne vient que confirmer et préciser les connaissances acquises par ailleurs sur le traitement genré qui a cours dans la société. Ainsi, la sociologie de la sexualité a depuis longtemps

mis en évidence l'existence, dans la société étasunienne (et cela a également été montré pour les sociétés européennes) d'un « double standard sexuel » (*sexual double standard*), c'est-à-dire d'une conception différentielle de la sexualité en fonction du genre des adolescent·e·s. En effet, les sciences sociales ont mis en lumière la tendance qu'ont les institutions de contrôle de la jeunesse, notamment le cercle familial restreint (les parents ou proches parents), à considérer tacitement les filles comme des sujets sexuels à risque et donc à les contrôler, alors que les garçons sont laissés libres d'expérimenter leur sexualité (cette dernière étant parfois même perçue comme une manière de réguler les difficultés des garçons à l'adolescence). Ce double standard va par ailleurs au-delà de la seule gestion de la sexualité (au sens des actes sexuels), elle implique la mise en œuvre de normes différenciées de socialisation : les filles sont généralement moins autorisées à sortir du domicile parental et elles ne sont pas incitées à choisir leurs propres activités⁶.

Le double standard observé dans la famille trouve donc sa traduction dans les institutions du contrôle social, sous les traits d'un usage différentiel de la sanction et de la protection.

Afin de mieux cerner le phénomène et ses mécanismes, j'ai proposé de recourir à un concept emprunté, là encore, à la sociologie de la sexualité. John Gagnon parle de « scripts de la sexualité » pour décrire le fait que les individus, dans leur activité sexuelle, agissent à partir de schémas convenus ou consensuels (les schémas qui font, par exemple, que les différents moments d'un acte sexuel s'enchaînent d'une certaine manière, et non d'une autre⁷). Gagnon laisse la porte ouverte à un usage étendu du concept, et je propose de parler de « scripts de genre » pour décrire les schémas généraux qui orientent l'action des professionnels de la justice. Le fait de concevoir la délinquance des filles comme un problème psychique ou comme ayant une origine familiale et le fait de voir les garçons comme des délinquants en puissance, répondent à des scripts de genre largement partagés. Derrière

la notion de « script », il y a ainsi l'idée d'un sous-texte des actions humaines, communément partagé et institutionnalisé.

Le genre, les individus et les institutions

Faut-il en conclure que les professionnels de la justice, lorsqu'ils jugent (magistrats) ou qu'ils évaluent (éducateurs) les situations des mineurs, sont guidés par des « stéréotypes » de genre, influencés par leurs représentations des déviances des filles et des garçons ?

Il est en réalité nécessaire de bien comprendre que ces professionnels agissent au sein d'institutions, et que c'est à travers ces institutions qu'ils forment leurs jugements, leurs évaluations. Le genre est un système, qui organise les représentations et donne forme aux institutions. L'anthropologue Gayle Rubin décrit un « système de sexe/genre » qui a en charge « la socialisation des jeunes » et le fait de « fournir des définitions ultimes quant à la nature des êtres humains eux-mêmes⁸ ». Dans le même esprit, Mary Douglas met en avant la nécessité de percevoir les institutions comme fondées en nature, puis légitimées par des acteurs qui ne font qu'agir « sous pilotage institutionnel⁹ ».

La production du genre dans l'institution judiciaire obéit donc à un mécanisme mis en lumière par les études de genre et l'anthropologie : celui d'une « pensée institutionnelle¹⁰ » que partagent la plupart des agents de l'institution, et qu'ils relayent dans leurs activités les plus quotidiennes, de manière plus ou moins assumée. Le système de genre est un ensemble de pratiques, de discours, d'activités institutionnalisées, et cela explique notamment sa grande régularité sociologique.

Notons enfin que ce qui vaut pour le genre vaut pour les autres rapports de pouvoir qui ont cours dans la société et dont on peut trouver la trace dans les dossiers judiciaires. Les origines ethno-raciales, la classe sociale ou l'âge constituent aussi le socle de différenciations au sein de l'institution judiciaire¹¹.

6. CHESNEY-LIND M. et SHELDEN R.G., *Girls, Delinquency and Juvenile Justice. Fourth Edition*, John Wiley & Sons, 2014, p. 158.

7. GAGNON J., *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot, 2008 (1991).

8. RUBIN G., « Le marché aux femmes », dans *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*, Paris, EPEL, 2010, p. 75.

9. DOUGLAS M., *Comment pensent les institutions ?*, Paris, La Découverte, 2013 (1999).

10. *Ibid.*

11. Cette question occupe une partie importante de la thèse, et a notamment donné lieu à une publication : VUATTOUX A., « Les jeunes Roumaines sont des hommes comme les autres », *Plein Droit*, n° 104, 2015.

Drogues : vers une prévention et un traitement sensible au genre ?

> Sarah Simonis, chargée de projets scientifiques, Sciensano

La Belgique dispose de sa première étude sur les femmes usagères de drogues en Belgique. Sarah Simonis, qui a mené l'étude, revient pour nous sur les apprentissages principaux de cette recherche.

1. BACK, S.E., PAYNE, R.L., SIMPSON, A.N., & BRADY, K.T. (2010). Gender and prescription opioids: Findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Addictive behaviors*, 35 (11), 1001-1007;

TANG, A., CLAUS, R.E., ORWIN, R.G., KISSIN, W.B., & ARIEIRA, C. (2012). Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 123 (1-3), 160-166.;

VAN HAVERE, T., VANDERPLASSCHEN, W., BROEKAERT, E., & De BURDEAUDHUI, I. (2009). The influence of age and gender on party drug use among young adults attending dance events, clubs, and rock festivals in Belgium. *Substance Use and Misuse*, 44 (13), 1899-1915.

2. MONTANARI, L., SERAFINI, M., MAFFLI, E., BUSCH, M., KONTAGEORGIOU, K., KUJPEERS, W., OUWEHAND, A., POULOU, M., SIMON, R., SPYROPOULOU, M., STUDNICKOVA, B., & GYARMATHY, V.A. (2011). Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe. *Drugs Education Prevention and Policy*, 18 (1), 24-31.

3. GREENFIELD, S. F., BROOKS, A. J., GORDON, S. M., GREEN, C. A., KROPP, F., McHUGH, R. K., & MIELE, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (1), 1-21.

4. DE WILDE, J. (2006). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe* (Doctoral Dissertation). Gent: Academia Press Gent.;

KISSIN, W.B., TANG, Z.Q., CAMPBELL, K.M., CLAUS, R.E., & ORWIN, R.G. (2014). Gender-sensitive substance abuse treatment and arrest outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46 (3), 332-339.

5. Belspo: Belgian Science Policy Office — Politique scientifique fédérale belge.

6. + Partenaires (Eurotox asbl, Fédito BXL, VAD vzw). Rapport complet: www.belspo.be/belspo/drugs/project_docum_fr.stm#DR73.

Des différences significatives ont été observées en Belgique et dans le monde au sujet de la consommation (abusives ou non) d'alcool, de médicaments et de substances illicites chez les hommes et les femmes¹. Bien que le rapport homme-femme diffère d'un pays à un autre, ainsi qu'en fonction des modalités de traitement et de la substance d'abus principale, les données portant sur la demande de traitement mettent en avant que **les hommes sont quatre fois plus nombreux que les femmes** dans les services traitant des dépendances aux drogues².

L'entrée en traitement peut être **entravée par de nombreux facteurs** complexes, de nature socio-culturelle comme la stigmatisation sociale, socio-économique (pauvreté, niveau d'instruction), ainsi que par des obstacles systémiques (accessibilité géographique et financière des services, heures d'ouverture, absence de garderies³).

De plus, lorsque les femmes entament un programme de soins, elles ont tendance à présenter des **problèmes d'abus de substances plus graves**, incluant des troubles physiques, psychologiques, familiaux et socioéconomiques⁴.

Gen-Star est une étude Belspo⁵ réalisée par Sciensano en collaboration avec Ugent et HoGent⁶. Les objectifs de celle-ci étaient donc de déterminer les besoins d'une approche sensible au genre dans le domaine de la prise en charge des usagères de drogue ou d'alcool en Belgique, ainsi que les difficultés et les obstacles rencontrés par ces femmes lorsqu'elles utilisent ces services. L'étude était divisée en différents volets et comprend des analyses qualitatives (entretiens approfondis et focus groupes) et quantitatives (analyse de bases de données épidémiologiques), une revue de la littérature et des bonnes pratiques nationales et internationales, ainsi qu'un recensement des initiatives existantes.

Diversité des réalités

Au travers des entretiens réalisés avec les usagères, les différents parcours de femmes révèlent une grande diversité d'histoires et de trajectoires. Mais malgré cette variété, certaines caractéristiques spécifiques de femmes fréquentant d'une part les programmes ambulatoires et d'autre part les programmes résidentiels ont été distinguées, ainsi que leurs besoins.

FEMME ET ABSTINENCE: SUDAIN LA CRISE !!!



Les usagères fréquentant les programmes ambulatoires à bas seuil d'accès semblent rechercher davantage un soutien pratique, en ce compris une aide sociale, un accompagnement dans la recherche de logement, et de ressources financières. Des besoins immédiats, de base, comme manger, dormir, obtenir des seringues ou consulter un médecin, peuvent être observés pour un large éventail de consommatrices. En revanche, dans les programmes résidentiels de traitement, les femmes expliquent avoir davantage de besoins sur le long terme comme fonder une famille, avoir un emploi, aller en vacances et mener ce qu'elles appellent, une « vie normale ».

Étant donné les différences de besoins, le type d'aide offert peut grandement varier. De fait, les services offerts par les centres de traitement sont souvent adaptés à cette demande. Dans les services ambulatoires, l'aide fournie est liée à l'organisation de la vie quotidienne des consommatrices et les interventions visent à les aider à adopter un mode de vie plus sain et à accéder aux soins de santé primaires. Une assistance est proposée en ce qui concerne les consultations médicales, les procédures administratives ou les demandes d'emploi ou de formation. Même si un soutien et des conseils psychologiques sont également proposés, il ne s'agit pas de la priorité principale des consommatrices. Par contre, les consommatrices des programmes résidentiels visent à un changement complet de mode de vie et d'existence, en ce compris un nouveau départ dans la vie où la consommation d'alcool et de drogues n'a plus sa place. Ces patientes en soins résidentiels diffèrent de la plupart des patientes des programmes ambulatoires par le fait qu'elles sont engagées dans un processus différent de compréhension du rôle de la consommation de substances dans leur vie et sur la façon d'apprendre à vivre sans drogue ou alcool.

Âges et substances typiquement « féminines »

Parmi les usagères de drogues en traitement, la catégorie d'âge des 15-30 ans est la moins représentée. La proportion de femmes tend ensuite à augmenter avec l'âge⁷. La constatation a été la même lors des entretiens : les femmes les plus jeunes étaient les plus difficiles à recruter dans les différents centres (traitement, bas seuil, prévention).

Dans le groupe des jeunes femmes (15 à 30 ans),

l'usage du cannabis est plus marqué que dans les autres catégories d'âge. De même, une plus grande proportion de jeunes femmes entre en traitement pour un usage problématique de cannabis. Les deux autres substances pour lesquelles les jeunes femmes entrent le plus souvent en traitement sont l'alcool et la cocaïne.

Si la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites telles que l'héroïne semble plutôt relever d'un comportement masculin, on observe *a contrario* que la consommation d'antidépresseurs et de tranquillisants est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Ce constat confirme les tendances observées dans le TDI⁸ depuis plusieurs années. De plus, pour l'usage d'alcool et des médicaments psychoactifs, l'augmentation des taux de prévalence⁹ est liée à l'âge. En revanche, pour les drogues illicites on observe un phénomène inverse, à savoir une plus grande prévalence parmi les jeunes.

En outre, si l'on considère la proportion d'hommes et de femmes qui entrent en traitement pour un usage problématique d'alcool, il semblerait que les femmes entrent plus facilement que les hommes. Les résultats indiquent aussi que les femmes se dirigent plus souvent vers les hôpitaux que vers les centres spécialisés. L'hypothèse que nous formulons serait que le type de substance consommée, l'alcool, pourrait expliquer le choix du centre.

7. Source : TDI, 2015, Sciansano.

8. TDI : *Treatment Demand Indicator* - Indicateur de la Demande de Traitement.

9. La prévalence est le nombre de personnes atteintes d'une maladie donnée au sein d'une population. Le taux de prévalence est la proportion de cas au sein de cette population.

Difficultés d'accès et problématiques spécifiques

Les entretiens réalisés nous ont permis de mettre en avant d'une part les obstacles spécifiques rencontrés par ces femmes ainsi que les facteurs motivationnels, d'autre part de voir émerger certains thèmes sous-jacents dans ces récits.

Parmi ces thématiques implicites, on peut retrouver notamment la question de l'approche holistique du traitement, c'est-à-dire qu'autant le corps que l'esprit doivent être pris en compte dans l'approche thérapeutique. Ensuite, la question de la stigmatisation sociale pèse lourdement sur ces femmes, induisant dès lors un sentiment de honte et de culpabilité qui peut entraver la reconnaissance de certains besoins spécifiques. Le travail avec les pairs les aide à se sentir mieux comprises et cela dans une optique de non-jugement, la question du sentiment de sécurité et enfin les responsabilités quotidiennes qui les empêchent de prendre soin d'elles et dès lors d'envisager une entrée en traitement.

Le sentiment de sécurité à l'intérieur du centre de traitement peut être triple. Tout d'abord, il y a le fait de se sentir en sécurité au niveau du produit et de l'environnement, autrement dit d'être éloignée de son entourage habituel. Ensuite la structure et les activités quotidiennes fournies par le centre aident également à maintenir ce sentiment de sécurité. Et enfin, le sentiment de sécurité peut être lié aux rapports avec les hommes. Premièrement, étant donné la faible proportion de femmes présentes en traitement par rapport aux hommes, le fait de se retrouver en minorité peut effectivement être difficile. Face à cela, se rajoute la question des traumatismes qui peuvent avoir été vécus par ces femmes liés notamment aux abus physiques, psychique et sexuel, ainsi que la question de la prostitution pour certaines. Toutes ces questions rendent les échanges difficiles, notamment dans les groupes de parole ainsi que, pour certaines, la cohabitation avec les hommes.

Un autre point important est la question de l'attachement affectif et des relations amoureuses qui se forment lors du séjour en centre. La plupart de ces aventures amoureuses mènent souvent et rapidement à un abandon de la cure. L'absence d'homme ou l'existence d'espaces de vie et d'échanges séparés sont souvent cités comme étant bénéfiques et positifs par ces femmes.

Enfin, la pression sociale des rôles sexués ainsi que les attentes liées à ces rôles peuvent être préjudiciables aux femmes et aux mères¹⁰. En effet, la femme est très souvent la première pourvoyeuse de soin pour les enfants, le mari ou compagnon, sans compter la prise en charge éventuelle d'autres proches. S'ajoutent à cela les responsabilités ménagères et la charge mentale. Cette pression ressentie, ainsi que les responsabilités liées aux différents rôles normatifs des femmes se reflètent dès lors sur leurs perceptions d'elle-même. Leur santé physique et mentale passe alors au second plan, préférant privilégier leurs responsabilités d'épouse, de mère et de travailleuse avant leur bien-être.

Pratiques existantes, et en Belgique ?

La question de la prise en compte du genre dans les centres de soins est relativement récente, mais pas inexistante. Une réelle réflexion a déjà été menée par certains professionnels et différents types d'initiatives en Belgique existent, chacune avec ses propres spécificités. En 2016, nous en avons dénombré 26, que ce soit au niveau de la prévention, de l'ambulatoire ou de l'offre résidentielle. Certaines initiatives sont mixtes, d'autres unisexes; une partie d'entre elles ciblent particulièrement la question de la parentalité et le suivi de la grossesse avec les soins périnataux, tandis que d'autres s'adressent plus globalement aux femmes à travers des groupes de parole ou des espaces réservés aux consommatrices. D'autres centres résidentiels ont mis en place une réflexion plus approfondie sur les notions de genre et de sexisme avec des règlements très spécifiques. Certains permettent aux mamans avec un enfant en bas âge de résider avec elles sur place.

Sur la base de leur expérience et de leur pratique quotidienne, les programmes impliqués dans cette recherche indiquent un réel besoin de pratiques spécifiques au genre. Les professionnels qui les mettent en œuvre accordent une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes, mais notent l'absence d'outils et de méthodes de travail adaptés, ainsi qu'une formation centrée sur les questions relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes. Par ailleurs, bien que la parentalité constitue un élément essentiel à prendre en considération dans le traitement des femmes, il convient de souligner qu'il ne faut pas limiter l'approche sensible au genre au rôle parental

10. NEALE, J., NETTLETON, S., & PICKERING, L. (2014). *Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration*. *International Journal of Drug Policy*, 25, 3-12.

Exemples spécifiques d'activités pour développer des pratiques sensibles au genre

- Dans les programmes résidentiels mixtes, la mise en œuvre d'activités réservées aux femmes peut aider les femmes à renforcer leur propre identité en tant que femme et à créer un sentiment d'appartenance au groupe. De plus, la difficulté d'être dans un grand groupe d'hommes peut être surmontée par des groupes de discussion spécifiques aux femmes sur des sujets liés à la sexualité, à la parentalité, à la violence ou à des besoins. Lorsqu'on aborde la question du genre, il est recommandé d'impliquer à la fois les hommes et les femmes. Par conséquent, le même type de groupes peut également être développé pour les hommes. Cette approche pourrait être un point de départ pour construire un changement de mentalité dans les deux groupes en ce qui concerne les rôles et comportements normatifs genrés.
- L'installation d'un **espace non-mixte** dans les programmes résidentiels, ainsi que l'installation séparée de chambres et de salles de bains sont recommandées.
- Dans les programmes de soins mixtes ambulatoires, installer un **espace physique spécifique** seulement pour les femmes est recommandé, ainsi que des **groupes de discussion unisexes**. Ces mesures permettent de créer des liens avec les membres du personnel sur la base d'une relation de confiance et encouragent les femmes à parler de sujets plus sensibles. Un tel environnement séparé et sûr est un élément essentiel pour dépasser la peur du jugement.
- Fournir un **accès à moindre coût aux consultations gynécologiques et aux moyens de contraception**.
- La **situation familiale doit être prise en compte** dans leur trajectoire de traitement, car les responsabilités familiales constituent souvent un obstacle à la recherche d'un traitement. Des recommandations spécifiques ont été établies comme: des services de garde d'enfants durant les consultations, des services adaptés pour créer ou soutenir le lien mère-enfant, créer une ligne téléphonique d'assistance pour les utilisatrices qui est également disponible en dehors des heures de bureau, ou envisager une combinaison de services « d'outreach » et de consultation ambulatoire.

des patients. Un cadre théorique ou une philosophie globale sont souhaitables. De cette manière la prise en compte du genre pourrait devenir un concept plus concret et plus accessible, ce qui pourrait stimuler d'autres services et les pousser à adopter cette approche dans leurs programmes.

Recommandations

Sur base des résultats de cette étude, nous avons formulé des recommandations regroupées autour de quatre thèmes majeurs incluant des mesures spécifiques pour développer un cadre structurel d'approches plus sensibles au genre. Un élément crucial pour mettre en œuvre avec succès ces recommandations est l'implication de tous les acteurs dans le processus de mise en œuvre, qu'il s'agisse du niveau politique ou pratique. Les autorités politiques aux niveaux fédéral, régional et local doivent être conscientes de la nécessité de travailler en étroite collaboration avec les différents acteurs sur le terrain et les centres spécialisés pour parvenir à des changements durables et efficaces¹¹.

11. Si vous désirez avoir pour plus d'informations concernant l'étude Gen-Star, vous pouvez contacter: sarah.simonis@sciensano.be. Vous pouvez également trouver le rapport complet via le lien suivant: www.belspo.be/belspo/drugs/project_docum_fr.stm#DR73, ou via le site: drugs.wiv-isp.be.

1. Vers une approche globale et intégrée

- Développer une approche intégrée en incluant chaque dimension de la personne — vie affective, sociale, culturelle, spirituelle, physique et mentale — par la combinaison et l'intégration des soins médicaux, du soutien social, du conseil psychologique, de l'autonomisation personnelle ainsi que des approches philosophiques et culturelles.
 - Développer un traitement intégré, prenant en compte la diversité et la complexité des réalités sociales et adapté aux besoins de chaque utilisatrice — en ce compris des services de garde d'enfants, de soutien au logement, de formation professionnelle, de services bas-seuils et de réduction des risques, de trauma et d'autres types de thérapie spécifique. Inclure une composante de suivi pour assurer la continuité des soins.
2. Fournir de nouvelles possibilités de formation pour les membres du personnel aux questions de genre et promouvoir l'échange de bonnes pratiques entre les différents services.
 3. Intégrer une vision plus large de la dimension de genre et des sujets liés aux stéréotypes de genre tels que la violence domestique, la parentalité et les responsabilités familiales. Promouvoir l'équité entre les sexes via des programmes psychoéducatifs incluant aussi bien les hommes et les femmes ou via des campagnes mondiales ou nationales de sensibilisation.
 4. Développer des campagnes de prévention ciblées et sensibles au genre, notamment autour de quatre aspects spécifiques: la stigmatisation sociale et le rôle des substances dans la vie des femmes, les groupes de discussion spécifiques, les stratégies de réduction des risques et les médicaments psychoactifs (ex.: benzodiazépine).

« Je porte ma voix pour les autres »

> Interview de **Samanta Borzi**, auteure et pair aidante

Polyconsommatrice pendant 20 ans, Samanta Borzi a couché son histoire sur papier¹. Les relations familiales, les coûts de la consommation, la rue, la perte d'un bébé, le placement du deuxième et cette troisième petite fille qui accompagnera ce que Samanta appelle son rétablissement. Elle souhaite, écrit-elle, exposer son point de vue, et faire évoluer les mentalités. Celles du grand public. Celles des médecins, des sages femmes, des services d'Aide à la jeunesse. Samanta revient aujourd'hui sur les défauts des institutions, sur les clichés qui guident trop souvent encore des réflexes professionnels et sur les lunettes de pair aidante qu'elle chausse désormais.

Comment vous en êtes venue à écrire votre témoignage *La drogue dans mes veines, mes enfants dans la peau* ?

Je ne crois pas au hasard, mais c'était un concours de circonstances. J'avais arrêté de consommer, je m'étais mise en ménage, mais je n'arrivais pas à me trouver une identité dans tout ça.

La princesse avait trouvé son prince, ma fille était auprès de moi, j'étais dans un combat pour récupérer la garde de mon fils, mais je ressentais un mal être latent, comme si je n'arrivais pas à exister en tant que personne. J'avais essayé différentes formations mais elles ne me convenaient pas. Un matin, sur Facebook, dans mon vieux pyjama, je vois apparaître une annonce disant « Cherchons des histoires extraordinaires à raconter ».

J'ai un bug, je me dis que j'ai une histoire à raconter ! Mais est-elle assez importante pour pouvoir être narrée ?

Après un échange téléphonique avec mon compagnon, j'appelle l'éditrice, Véronique de Montfort, chez les éditions Boîte à Pandore. De façon très saccadée, je lui ai raconté mon histoire. La première chose qu'elle m'a demandée, c'est « Est-ce que c'est vrai, tout ce que vous avez vécu ? ». Ensuite, elle m'a demandé de faire une chronologie de tout ce que je lui avais expliqué. « Vous faites deux, trois pages, avec ce qui vous semble essentiel ». J'ai commencé, mais impossible de sortir mon vécu sous forme de date. J'ai dû y mettre des mots, puis des adjectifs, des couleurs, des sensations, des émotions. J'étais néophyte et c'était assez abrupt. Au

1. Borzi Samanta, *La drogue dans mes veines, mes enfants dans la peau. L'histoire extraordinaire d'une femme qui voulait devenir ordinaire*, La Boite de Pandore, 2016.

plus j'écrivais, je crois, au plus j'étais à l'aise avec les mots et avec ce que je voulais exprimer. C'était même une jouissance, de trouver le mot juste pour définir exactement ce que je ressentais.

Je suis arrivée à notre rendez-vous avec 20 pages. En lisant, elle a dit : « C'est bon, je vous édite ! ». J'ai demandé qui allait l'écrire, et elle m'a répondu : « Vous. Vous faites ça très bien ! ». Son téléphone a sonné et elle a dit qu'elle rappellerait plus tard, car elle était avec une auteure. À partir de ce moment, je suis devenue auteure. C'est assez insensé, comme coup de bol, et il faut voir d'où je venais... Cette dame, très *working girl*, hyper occupée, m'a donné toute ma place. Cette confiance m'a motivée. Elle m'a proposé une méthodologie qui ne m'a pas convenu du tout. J'ai donc fait très simple. J'ai commencé par le premier souvenir, le premier déclencheur, et j'ai avancé. Après un mois de page blanche, je me suis levée quotidiennement, très tôt, à 4 heures du matin. La maison était paisible, je me faisais mon petit café et j'écrivais... Je l'ai écrit en neuf mois, comme une gestation, et je l'ai fini par hasard le jour de mon anniversaire, le 9 février !

La parole d'une usagère est une parole rare dans les médias, en politique, où les premiers et les premières concernés par les questions de drogues sont souvent absents.

Oui, on oublie que les consommateurs de produits sont des citoyens, des citoyennes. Beaucoup de gens m'ont demandé comment j'avais pu assumer. C'est l'inverse que je ne comprends pas, ne pas assumer. Je suis quand même assez fière de mon parcours, de sa transformation. J'ai été chanteuse aussi : j'ai gardé toute ma tête malgré une grosse consommation de 22 ans d'héro et de coke. Certes, j'ai quelques problèmes d'attention, de fatigue chronique, de mémoire. Je prends beaucoup de notes pour ne pas oublier. Mais j'ai la chance de pouvoir m'exprimer correctement, je la saisis, je porte ma voix pour les autres. C'est important.

Vous écrivez : « Je suis une ex-toxicomane, c'est mon identité ». Vous aviez besoin de le revendiquer clairement ?

Je ne suis pas que ça, mais c'est une de mes identités. Quand j'ai écrit et publié mon histoire, il y a plus de cinq ans, je voulais me servir de l'écriture pour m'en extraire. Je voulais humaniser mon parcours, montrer mon humanité, même quand je consomme enceinte, même quand je confie mon fils aux Services d'Aide à la Jeunesse. Quand je serrais la main de quelqu'un, j'avais l'impression que mon histoire était inscrite sur mon front. Je voulais la raconter. Des anecdotes, j'en ai plein. J'ai déjà été mise au cachot alors que je venais porter plainte pour viol. Mais j'étais prostituée. Une prostituée qui se plaint de viol, pour beaucoup de policiers, c'est compliqué à comprendre. Je voulais exprimer tout ça. Quand le livre est sorti, le débat sur les salles de consommation était déjà en cours. Les journalistes ont utilisé des passages de mon témoignage. Ça a libéré ma parole, m'a permis d'affûter mon discours, tout en restant authentique.

Je pensais être contactée par des personnes toxicomanes, mais le public qui m'a le plus contactée, ce sont des familles, des enfants de personnes toxicomanes. Il leur manquait justement quelque chose pour humaniser leurs parents. Mon témoignage leur disait : « Ce n'est pas parce qu'il ne t'aime pas, ou pas assez, qu'il foire ; c'est parce qu'il ne s'aime pas assez lui-même ».

Lâcher prise face à la dépendance d'une personne qu'on aime est difficile pour l'entourage.

Parfois, l'entourage me semble plus mal en point que la personne toxicomane. « Que puis-je faire ? » est une question obsédante. C'est compliqué de parler d'amour responsable. Ce que j'entends par là, c'est accepter que la personne qu'on aime va se planter, quoi qu'on y fasse ; accepter qu'elle va couler, et l'accompagner avec amour, être simplement présent quand elle a besoin de nous.



Il faut accepter que la personne vive son expérience, et qui sait ? Peut-être qu'un jour, elle écrira un livre. D'autres s'en iront. La vie est ainsi faite.

Votre livre pose également un regard sur les pratiques professionnelles des intervenants que vous avez croisés.

Lorsque vous racontez le sevrage de votre fils, vous expliquez combien vous aviez envie d'être là pour lui, combien vous vous sentiez impuissante et combien la réaction de l'infirmière, qui vous écarte, vous affecte.

J'avais très peur qu'on m'enlève le droit d'être présente. Le message était que toute contestation de ma part vis-à-vis du protocole en place signifiait un manque de volonté à collaborer. Après un accouchement, toutes les hormones vous envahissent, le besoin de tenir son bébé est là. Savoir qu'il est en

souffrance, savoir que c'est à cause de soi, c'est très dur. Mon instinct, c'est le peau à peau. Mais l'infirmière m'en empêche. Elle me dit « Non, on va l'emmailloter ». Je hurle et elle m'abandonne. Je ne conçois absolument pas qu'elle ait fait ça, mais, sur le moment, je n'ai pas de marge de manœuvre.

Vous dites que, plus tard, on vous a expliqué que c'était une procédure instituée. Est-ce qu'on vous a expliqué les raisons sur le moment ?

Non ! Mais aujourd'hui, ça a changé. Les hôpitaux recrutent d'ailleurs des bénévoles qui viennent s'occuper des bébés en sevrage, les câliner. Je pense que les infirmières trouvaient la pratique justifiée, mais c'était une horrible pratique. Elles ont eu tellement peur, elles sont tellement contaminées par le cliché de la mère toxicomane qui va forcément maltraiter l'enfant, qu'elles m'ont

séparée de mon fils immédiatement. C'est au niveau des pratiques professionnelles qu'il faut passer le message, qu'il faut identifier les erreurs. À ce moment-là, j'avais besoin d'écoute. D'être guidée par quelqu'un qui pouvait me parler comme une mère, et pas comme une intervenante médicale.

La consommation d'alcool ou de drogues chez les femmes est peu étudiée.

Aujourd'hui, quelle est votre réflexion sur les stigmatisations de femmes usagères ? Des différences vous ont marquée ?

Je ne sais pas trop que répondre. Évidemment, la maternité était un moment horrible. Je portais la vie, et j'avais besoin de consommer pour fonctionner. C'est une distorsion énorme, et je le savais. Mon sentiment de culpabilité n'a jamais été aussi fort. Le produit m'a aussi servi à me couper de mon resenti de culpabilité. Lors des descentes², je sentais le bébé bouger et je me disais « Qu'est-ce que je fais ? ». Le plus difficile dans mon parcours, c'est cette période. Je me suis aussi beaucoup coupée des autres. Lors de la grossesse de Sacha, le gynécologue lui-même n'en revenait pas de suivre une mère consommatrice. Comment aurait-il pu m'accompagner ? Les travailleurs ont à trouver ce moyen d'accompagner. Je l'ai trouvé dans l'haptonomie³.

Vous écrivez que les institutions sont adaptées à la masse, et non pas à l'individu.

Oui, chacun a son histoire personnelle. Peut-être qu'une maman peut être atteinte à la fois de dépendance et de mauvaise santé mentale. Peut-être qu'elle peut poser des actes problématiques. La protection de l'enfant reste la priorité. Mais je ne représentais aucun danger. J'assistais à une prise de pouvoir. Je pense qu'il faut vraiment analyser qui est la personne, quelle est son histoire et identifier des solutions dans les protocoles, accepter qu'elles vont différer d'une personne à l'autre. Mon rôle de pair aidante⁴ est justement de contribuer à améliorer les pratiques professionnelles par mes propres

Les représentations des rôles sociaux des femmes, en particulier celui de la maternité, alimentent, consciemment ou non, une violence institutionnelle de la part de certains représentants de la police, de la justice et de la santé. Dans ses livrets de bonnes pratiques, Eurotox formule quelques recommandations pour les professionnels, parmi lesquels :

- Renforcer la place de la vie affective et sexuelle dans la Réduction des risques
- Introduire la parole autour de la grossesse et du projet de maternité dans les dispositifs de RDR et de traitement
- Construire des partenariats entre le secteur assuétudes et le secteur périnatal, les professionnels des maternités afin d'éviter les prises en charge urgentes et chaotiques
- Informer l'usagère des avantages des soins périnataux, des effets des drogues pendant la grossesse, des risques des usages paternels et des options thérapeutiques, pour elle et son bébé
- Prévenir le sevrage du nouveau-né et le syndrome d'alcoolisation fœtale
- Préparer l'hospitalisation
- Encourager le rôle actif du/de la partenaire
- Encourager le lien avec le nouveau-né

**Pour en savoir plus,
retrouvez les livrets de Bonnes pratiques d'Eurotox :**

www.eurotox.org

lunettes de pair. Et ce rôle lui-même, d'ailleurs, n'a pas la même efficacité auprès de toutes les personnes que je rencontre. Certains apprécient mon écoute, mais quelques-uns n'acceptent pas mon aide à cause de mon parcours. C'est leur choix.

Qu'est ce qui vous a menée à la pair aideance ?

Après le livre et après un atelier d'écriture à la prison de Berkendael que j'avais organisé bénévolement, je me suis retrouvée femme de ménage et comédienne. C'était très particulier comme période, les deux expériences contrastaient très fort. Après toutes ces années dans la rue, mon corps ne gérait pas le travail de femme de ménage. C'était trop lourd. J'ai parlé à un ancien thérapeute de mon envie d'être dans le social et d'être rémunérée. Il m'a conseillé de postuler aux plans hivernaux du SAMU. J'ai envoyé mon

2. La descente désigne la fin des effets de la drogue consommée. Ses manifestations sont variables (fatigue, état dépressif, anxiété...).

3. L'haptonomie est une méthode de préparation à l'accouchement, qui consiste à communiquer avec son bébé *in utero* par le biais de caresses et d'attouchements à travers la paroi du ventre. Elle inclut la mère comme le père.

4. La pair aideance désigne les pratiques d'accompagnement et de soutien de publics confrontés à la précarité, à des problèmes de santé mentale ou à des usages de drogues problématiques, par des pairs. Elle repose sur une « expertise du vécu » : les pairs apportent leurs propres expériences, une entraide, un soutien moral et un regard sur les pratiques institutionnelles.

CV, et j'ai été engagée. Après la fin du plan hivernal, *Housing first*⁵ m'a proposé alors la pair aideance. La sélection a duré deux mois et, aujourd'hui, je collabore avec eux depuis 7 mois. J'adore. C'est presque utopique. Nous ne travaillons pas sur les comportements parfaits (manger sainement, arrêter de consommer...) mais nous visons le rétablissement en fonction de ce qui convient à la personne. Ça varie beaucoup. Dans mon cas, le plan de rétablissement était l'arrêt total du traitement de substitution, de toute béquille médicamenteuse, mais aussi de trouver un job, de me sentir valorisée professionnellement, et d'être une bonne mère. Une autre personne va vouloir fonctionner en prenant sa méthadone tous les jours. On en revient à l'adaptation à la personne, et non à la masse. En cela, *Housing first* porte mes valeurs.

Vous dites aussi qu'il faut prendre soin des travailleurs sociaux. Est-ce une réflexion issue justement de votre expérience « des deux côtés de la barrière » ?

J'ai beaucoup d'empathie pour les travailleurs sociaux, oui. Ça précède ma propre expérience professionnelle, j'en parle dans le bouquin justement. Que s'est-il passé avec ce médecin qui me gifle alors que je suis au sol ? Comment en est-il arrivé là ? Avait-il trop d'heures de service derrière lui ? Était-il usé ? Usé de ce public dont je faisais partie ? Peut-être avait-il quelqu'un dans son entourage aux prises avec les mêmes probléma-

tiques. Qui sait ? Par ailleurs, le public dépendant n'est pas un public avec lequel il faut attendre des résultats. Peu s'en sortiront. Ils passeront des étapes. Mais, au fond, ça veut dire quoi, s'en sortir ?

Revenons à ce médecin. Je suis persuadée que nous ne naissons pas mauvais, mais que nous le devenons. Nous sommes transformés par nos expériences de vie. Au sein d'*Housing first*, nous avons des supervisions mensuelles, qui font partie de notre travail. J'ai le droit de dire : « OK, je ne peux plus faire telle chose pendant deux semaines ». Nous avons le droit à la vulnérabilité. Nous verbalisons et adaptons. Cette démarche me paraît fondamentale. Les mécanismes institutionnels, les enjeux financiers, le tournant politique vers la droite, tout ça pèse sur les épaules des assistants sociaux. Il faut ouvrir la parole, mais ça demande de lever les tabous dans les institutions. Les interventions entre membres de différentes institutions servent à identifier les difficultés, ce qui peut ne pas fonctionner, et à nous apporter des solutions mutuelles.

Et aujourd'hui, auriez-vous envie de réécrire ?

Sur la pair aideance, surtout, et sur le travail holistique que je fais. Mais actuellement, je ne trouve pas les mots. J'ai aussi un projet de roman, autour de l'idée « Naît-on mauvais ou le devient-on ? ». Il est dans mon PC depuis 2 ans, j'y reviendrai peut-être.

5. Le *Housing first* est un programme d'insertion sociale de personnes sans-abris, dont la première étape est le relogement sans conditions.

L'auto-santé, outil d'émancipation des femmes !

> Interview de **Catherine Markstein**, médecin et fondatrice du réseau Femmes et Santé

Inspiré par le mouvement de santé des femmes, le collectif Femmes et Santé prône la réappropriation de la santé comme outil d'émancipation des femmes, du début à la fin des règles et au-delà. Catherine Markstein nous retrace l'histoire de cette asbl devenue réseau.

D'où vient la création du réseau Femmes et Santé ?

Nous étions deux femmes médecins, Mimi Szyper et moi, et notre réflexion s'est développée en parallèle à un ras-le-bol du paternalisme hospitalier. Le milieu hospitalier est un microcosme très fort hiérarchisé, peu démocratique, voire autoritaire. Tout en bas, se trouvent les patients. Viennent les infirmières, puis les médecins. En haut, il y a les chefs de service, qui sont très majoritairement des hommes. Mimi et moi voulions sortir de ce microcosme, travailler à un projet qui corresponde plus à nos valeurs. J'avais 49 ans, je travaillais dans un service de soins palliatifs. Dans ce domaine, la personne est beaucoup plus au centre du processus de soins, c'était déjà une petite révolution à l'hôpital. J'ai beaucoup souffert cependant des résistances et des projections très péjoratives sur notre travail. Accompagner des personnes atteintes d'une maladie incurable était perçu par certains comme de la charité de bonnes sœurs. Ce dénigrement de notre travail était vraiment vexant et très lourd. Les soins palliatifs, le traitement de la douleur ne sont pas une sous-catégorie de la médecine mais un domaine très développé. Il faut le prendre très au sérieux. Contrairement au cliché, la médecine n'est pas que la guérison. Elle n'est pas toujours possible et longtemps la pratique médicale a négligé les autres voies.

Le soulagement, l'accompagnement, la perspective d'affaiblir la douleur, de diminuer des symptômes entravant la qualité de vie des malades, sont des piliers de la pratique médicale.

Dans les années 70, en Europe, en Amérique latine et aux États-Unis, naît un mouvement contestataire, qui s'inscrit dans le mouvement de libération des femmes, le mouvement pour la santé des femmes. L'autodétermination, la valorisation des compétences, des pratiques et des connaissances propres des femmes étaient au cœur.

Ce mouvement privilégiait une culture de transmission horizontale à un enseignement vertical. Il nous avait marquées. Nous en ressentions des influences dans notre pratique, dans notre rencontre avec l'autre personne. Nous étions autour de la cinquantaine et nous nous intéressions à la surmédicalisation des cycles de vie. Cette période est appelée communément la ménopause. Ce terme est lié à sa médicalisation : je n'utilise plus jamais ce mot qui évoque un arrêt, un stop, une fin. Or il s'agit juste de nos dernières règles. Ça ne regarde personne. Nous étions révoltées de cette surmédicalisation.

Comment avez-vous décidé d'agir ?

Nous avons décidé de mettre en place des groupes de femmes, pour qu'elles puissent donner leur ré-

ponse par rapport à cette surmédicalisation. Comment vivent-elles les choses ? Que représente cette période pour elles ? C'est une adaptation tout à fait physiologique du corps, une période un peu chaotique, mais c'est une transition stimulante, la recherche d'un nouvel équilibre. Toute la vie est faite de changements physiologiques : l'adolescence, la grossesse, l'allaitement... Médicaliser, donner des médicaments, dont certains se sont avérés extrêmement dangereux, ressemble à gaver les femmes en menaçant les récalcitrantes : « Si vous ne faites pas ça, vous n'êtes plus une « vraie » femme ». Beaucoup de médecins et de firmes pharmaceutiques lient toujours ces changements physiologiques à une sorte de maladie déficitaire. Une transition physiologique n'est pas une maladie. Entre outre, la traiter comme telle vulnérabilise les femmes. Elles sont dépossédées de la confiance dans leur corps, du savoir concernant ses changements. Plutôt que de remplir l'espace avec des prétendues informations, très construites sur ce que doit être un corps de femme, sa vie, sa sexualité, nous avons choisi de nous taire et de donner la parole aux participantes. Nous faisons de l'*input* de temps à autre, mais pas celle des firmes pharmaceutiques ni des médias féminins. Nous déconstruisons les manipulations aux visées commerciales, nous expliquons les changements hormonaux. Par leurs échanges, les participantes répondaient à leurs propres inquiétudes : « Vais-je encore être séduisante ? Comment mon corps va-t-il changer ? »

Progressivement, vos centres d'intérêt se sont multipliés. Comment ?

Dans nos groupes de femmes, elles se réappropriaient ces savoirs facilement puis la parole s'ouvrait sur cette période pas facile, mais importante pour la construction d'une nouvelle identité. De sexualité, d'amour, de travail, nous déviions sur des sujets politiques : la violence reflétée dans les médias, la pollution, le bruit, le monde scolaire... Progressivement, ces femmes de 50 ans se sont dit qu'elles n'allaient pas rester entre elles. Elles observaient ce que les gynécologues disaient à leurs filles, elles voulaient partager leur réappropriation de leurs corps avec de plus jeunes générations. Et ça, c'est la belle histoire de Femmes et Santé. Dans le groupe intergénérationnel, il y avait des jeunes femmes qui proposaient d'autres activités : un groupe de contra-

ception hormonale, un groupe sur l'hygiène menstruelle, un groupe sur l'auto-examen gynécologique, etc. Je voulais sortir de la médecine préventive terriblement basée sur la peur, de fausses promesses ainsi que sur l'idéologie du risque zéro, et proposer aux femmes la promotion de la santé : comment garder mes seins, mon corps, mon périnée, en bonne santé ? Sont apparus **les ateliers créatifs de la santé**. Ensuite, le ministère nous a donné la mission de créer une plateforme, de plaidoyers, de revendications. La naissance de Femmes & Santé date de l'automne 2004. Or il faut une renaissance du mouvement de la Santé des femmes, qui tienne tête à cette médecine des appareils, à la biomédecine qui veut contrôler et dominer notre corps et nos cycles de vie pour des raisons économiques.

C'est aussi très installé culturellement, on a envie d'être rassurée sur son état de santé.

Tout à fait ! On a peur et on nous fait peur. Nous croyons, nous apprenons à croire que, dès le départ, notre corps est fragile, potentiellement malade, imparfait face aux critères de beauté, invalide à certains moments. Inadapté ! Malheureusement, en Europe, cette représentation se transmet souvent de mère en fille.

Un réflexe est aussi de s'intéresser à notre corps au moment où, justement, il montre des signes de dysfonctionnement. Comment mobiliser des personnes en amont, quand « tout va bien », « tout est normal » ?

Effectivement, la santé est souvent présentée comme un ensemble de prescriptions à suivre pour ne pas tomber malade. Nous avons fonctionné par le travail en réseau. Dès le départ, Femmes et Santé a travaillé avec les grandes associations de femmes, surtout Vie féminine et les Femmes Prévoyantes Socialistes, mais aussi avec des

plannings, avec certaines maisons médicales. Nous avons présenté notre approche à des maisons de quartiers, à des associations. Nous nous sommes intégrées, nous avons créé les contacts.

Nous avons aussi créé collectivement un référentiel expliquant nos ateliers¹, pour que les femmes puissent l'utiliser en autogestion totale, sans spécialiste, sans expert. Nous voulions qu'avant le recours à la consultation médicale, les femmes, organisées entre elles, se sollicitent, s'échangent des informations, des idées, fonctionnent en réseau. Il y a des très belles expériences de ce type, des groupes existant depuis 20 ou 30 ans. Les femmes issues du Maghreb ont fort développé cet échange. C'est très fort, c'est extraordinaire, il faut absolument valoriser et travailler ça. Cette valorisation est très difficile, parce qu'en action communautaire, la première prescription est l'apprentissage du français langue étrangère pour ces femmes. Oui, ça contribue à leur émancipation, mais il ne faut pas le faire en dévalorisant leurs apports et leurs connaissances. Il ne faut pas mettre un couvercle sur leur approche.

Comment défaire ces représentations d'une santé forcément médicalisée ?

En donnant le pouvoir d'agir ! Ce n'est pas une question individuelle, c'est une question collective. Tout le référentiel d'auto-santé est construit pour augmenter la confiance en soi, mais aussi pour partager avec les autres. C'est l'*empowerment* le plus basique. Le groupe est là pour échanger. Une personne exprime un ressenti et, immédiatement, quelqu'un dans le groupe va réagir en miroir : « moi aussi, ça m'arrive ». Se sentir reconnu et compris est le fondement de toute thérapeutique. Toute femme a des connaissances, même si nous en sommes déjà très coupées. Nos mères, nos grands-

mères nous ont transmis des choses. Si on rassemble tous ces apports, il y a un grand bol de savoirs qui se crée, se compose dans chaque groupe. Bien sûr, quand on est malade, on va chez le médecin. Il est là pour ça. Mais nous devons nous réapproprier notre santé. Elle nous appartient.

Quelles discriminations faites aux femmes dans le cadre de la santé vous semblent nécessiter une attention particulière ?

Premièrement, je pense aux discriminations en action communautaire, par rapport aux savoirs et aux compétences des femmes. Certains véhiculent des préjugés que les femmes originaires du Maghreb veulent échapper au contrôle médical en appliquant des remèdes. La société occidentale n'a plus l'habitude de cette santé : ici, tout est contrôlé et l'enfant doit être vu souvent. Il y a des statistiques, des protocoles, et si l'enfant ne correspond plus à ces protocoles, alors on va l'examiner, le traiter... Certaines femmes veulent échapper à cette surmédicalisation, et la non-connaissance du français les fragilise, les expose plus à la prescription médicale. On ne fait pas venir un traducteur ou une traductrice, le médecin se fait un jugement complètement subjectif, et la femme ne peut pas placer un mot. Dans une pratique médicale vraiment participative, démocratique, inclusive, la parole de la personne est extrêmement importante, elle fait entièrement partie du traitement.

Plus largement, le racisme est prégnant. Il existe beaucoup de projections très péjoratives, formatées sur des catégories de femmes. On projette sur les femmes afro-descendantes qu'elles sont comme ci, comme ça, qu'elles supportent mieux l'accouchement, qu'elles ont moins de douleurs ou plus de douleurs, qu'elles sont plus naturelles. On « suggère » souvent un examen gynécologique aux femmes réfugiées. C'est presque une stratégie hygiéniste vis-à-vis de celles qui arrivent sur le territoire. Cet examen est très souvent pratiqué par des hommes, à contrepied des habitudes dans d'autres

1. Référentiel Auto-santé des femmes, publié par Femmes et Santé, le Monde selon les Femmes et la Fédération des Centres Pluralistes de Planning familial. Il est disponible au prix de 8 euros auprès de ces associations.

cultures, et ça peut faire peur à une femme qui arrive dans un pays différent du sien. Or l'examen pourrait être très facilement exercé par une infirmière ou bien par une sage femme. Ensuite, on leur conseille souvent une contraception chimique, parce qu'on ne veut pas que ces femmes « fassent des gosses et encore des gosses ». Dans le passé, les femmes étrangères ont été soumises à des examens forcés. Nous savons, par exemple, que, encore dans les années 1970, à la Réunion, des médecins français,

La place n'était pas vide

Catherine Markstein continue à transmettre ses regards critiques sur les pratiques médicales envers les femmes et sur les chemins de libération dans une conférence gesticulée, inspirée par celle de Frank Lepage. « Je voulais être dans la transmission, raconter ce que j'ai vécu, être en contact avec la génération qui va me suivre. »

Plus d'infos sur

https://conferences-gesticulees.be/?page_id=517

dans un élan de politique nataliste, pratiquaient sur les habitantes des stérilisations sans leur consentement. Dans notre beau pays aussi, il y a des dérives. Il faut vraiment faire très attention. Privilégions de demander par exemple d'envoyer des infirmières ou bien des sages femmes parler avec ces femmes migrantes, la présence d'un traducteur ou d'une traductrice, de travailler en groupe. Le groupe permet de se sentir plus en sécurité et non seules face à l'autorité médicale, qui représente un pays qui fait un peu peur. La discrimination est souvent très subtile, difficile à détecter. Mais il y a des préjugés qui circulent. Il faut les combattre.

Enfin, il est heureux que la charge mentale soit plus présente dans le débat public. Les conditions de vie des femmes ainsi que l'inégalité de la répartition des tâches domestiques ont des impacts directs et indirects sur la santé. Gardons le souci des autres, mais il doit être partagé de manière émancipatrice.

Genre et alcool

Étude dans un centre de jour

> **Pierre-Henri Mullier** et **Manuel Dupuis**, psychologues au centre de jour l'Orée

Actuellement, émerge le concept d'alcoolisme de genre dans la littérature scientifique. Des spécificités jusqu'alors peu investiguées le deviennent au point de questionner l'existence d'un alcoolisme féminin et masculin. En témoignent d'ailleurs les nouvelles pratiques de *gender marketing*, concept aussi innovant qu'interpellant. Au Centre de jour l'Orée, nous sommes fréquemment confrontés à des rapports sociaux de genre, façonnant notre clinique. C'est pourquoi nous avons questionné notre prise en charge dans le cadre d'un groupe de travail continu. Cet article dévoile les représentations qui ont émergé, afin d'observer et dégager leur impact potentiel dans l'accueil de notre public.

Dessine-moi un(e) alcoolique

Notre appréhension de la question des représentations s'est inspirée du livre de Saint Exupéry, *Le Petit Prince*. Dans cette histoire, un passage met en scène la rencontre d'un aviateur et d'un Petit Prince. Ce dernier demande à l'adulte de lui dessiner un mouton. Après plusieurs essais infructueux, l'aviateur perd patience et lui dessine une boîte à l'intérieur de laquelle se trouve son mouton ce qui, à la surprise de l'aviateur, ravit l'enfant.

Dans cet échange, nous sommes témoins d'attentes qui s'entrechoquent aux représentations trop infidèles de l'adulte. Ce n'est que par une manipulation conceptuelle créative et hasardeuse que les représentations stéréotypées se voient enfermées plutôt que subies, ouvrant un espace de rencontre en retour.

Que se dégagerait-il d'une telle rencontre si ce mouton laissait place au sujet alcoolique, voire à une femme alcoolique ? Serions-nous également amenés à redessiner nos représentations¹ ? Au travers de cette analogie, nous introduisons l'importance d'observer les représentations qui parsèment le travail clinique en alcoologie. Insistons sur l'intérêt, tant pour le patient que pour le soignant, de se dégager de ces représentations afin de créer un espace de rencontre thérapeutique.

Boire, c'est mal(e) ?

Au sein de notre clinique, nous sommes régulièrement témoins du regard social et sociétal dont le sujet alcoolique fait l'objet : il serait manipulateur, manquerait de volonté... En parallèle, les démarches de soins constituent un réel défi pour les usagers et usagères, tant concernant leur insertion

1. Dans cet article, nous nous référons à la définition de représentation sociale comme « une forme de connaissances socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social », Jodelet Denise, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1994.

sociale, que dans l'énergie qu'elles nécessitent et suscitent. La honte, les rendez-vous ratés, le besoin d'être appuyé d'un tiers, les pré-alcoolisations parfois nécessaires à la prise de parole sont autant d'exemples qui témoignent du poids de cette maladie et de son étiquetage social.

Si l'alcoolique est l'objet de représentations négatives, il semblerait qu'il en soit encore davantage vis-à-vis du genre. Nolen-Hoeksema (2004) souligne par exemple que sur le plan psychosocial, une consommation évaluée comme excessive est jugée plus négativement pour une consommatrice plutôt que pour un consommateur².

Chez le soignant, Geirsson, Hensing, & Spak (2009) montrent par ailleurs que les représentations de la consommation d'alcool, les recommandations, mais aussi le traitement proposé par les praticiens de santé diffèrent selon le genre du patient³. Il est ainsi davantage proposé aux hommes une diminution de leur consommation, tandis qu'un arrêt total sera souvent prescrit aux femmes.

Nous constatons ainsi que la maladie alcoolique ne peut pas s'extraire de la réalité sociale dans laquelle elle s'inscrit. Quelle place les représentations peuvent-elles donc avoir dans la clinique de l'alcoologie en matière de genre ?

Des représentations spécifiques

Au centre de jour L'Orée, nous accueillons quotidiennement un public mixte souffrant en majorité d'une dépendance à l'alcool, globalement sur un mode indifférencié de genre. Les femmes sont sous-représentées à raison, en moyenne, d'une femme pour deux hommes. De notre pratique quotidienne avec les patients, de nos réflexions en groupe de travail, ainsi que d'un espace de parole ouvert ciblé sur cette thématique, nous avons pu faire émerger des représentations diverses ainsi que des spécificités. Ces observations sont évidemment non exhaustives, issues de moments thérapeutiques limités dans le temps.

Le masculin l'emporte, le féminin le porte ?

En amont de ce groupe de travail, nous avons imaginé quelles pourraient être, chez nos patients, les représentations associées à l'alcoolisme de genre. Inscrits dans une époque marquée par le changement, nous anticipons des perceptions diverses et nuancées à l'image de notre société.

Pourtant, dans le discours des usagers, ce sont majoritairement des représentations classiques et inégalitaires qui règnent. Ainsi, l'homme qui boit bénéficie d'une immunité sociale par le caractère festif et naturel de ses consommations, là où la femme honteuse doit se cacher pour rester pure et responsable.

Comment comprendre ces représentations dichotomiques qui persistent dans le temps malgré leur caractère stéréotypant ? Comment répondre au fait qu'elles puissent nourrir les consommations et freiner les démarches de soins ? De bon nombre de représentations sur l'alcool jaillit l'idée d'une norme sociale qui fait office de repère, de normalité. Nous comprenons que le pouvoir des représentations réside dans le fait qu'il n'est pas nécessaire qu'elles soient réalistes et objectives pour qu'elles impactent la réalité et la façonnent. Leur ténacité vient parfois d'ailleurs s'ancrer dans l'inconscient collectif. Elles agissent donc comme une ligne de conduite qui guide les pensées, les comportements et les émotions sans que celles-ci soient forcément acceptées rationnellement par le sujet.

Face à la maladie alcoolique et à ces messages sociaux paradoxaux, nous sommes ainsi témoins du défi que constitue pour une femme alcoolique l'acte de se positionner et de trouver une juste place. Cela n'est pas sans susciter une certaine ambiguïté identitaire. En effet, l'alcoolisme n'est pas une maladie congruente avec l'image de la féminité. Le processus d'étiquetage qui se construit parallèlement menace l'intégrité et l'identité de ces femmes qui doivent mettre en place des comportements psy-

2. NOLEN-HOEKSEMA, S. (2004). *Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems*. *Clinical Psychology Review*, 24 (8), 981-1010.

3. GEIRSSON, M., HENSING, G., & SPAN, F. (2009). *Does Gender Matter? A Vignette Study of General Practitioners' Management Skills in Handling Patients with Alcohol-Related Problems*. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (6), 620-625.

chologiquement coûteux si elles veulent s'en préserver et correspondre à cette image sociale de femme « (hy) performante ». Nous pouvons ainsi entendre que, tant que l'alcoolisation n'est pas devenue visible, l'alcoolisme peut parfois rester longtemps une affaire privée, à soi, pour soi. Certaines d'entre elles vont même jusqu'à fantasmer le fait d'être homme, symbole d'une maladie dont l'expression et l'impression seraient dépendantes du genre. Entamer des démarches de soins, c'est donc parfois révéler l'insoupçonnable, l'innommable et rendre public un symptôme qu'il a fallu longtemps mettre sous silence.

Chez l'homme, être alcoolique fait également l'objet d'évaluations sociales négatives. Toutefois, comparée aux femmes, cette consommation abusive est souvent jugée comme davantage congruente avec les rôles sociaux traditionnellement imputés à ce dernier. La permissivité et l'indulgence semblent être des traits représentatifs qui influencent le regard porté sur la maladie. Pourtant, l'homme n'en jouit pas comme d'un facteur protecteur : il en pâtit également mais par des mécanismes différents, qui freinent la mise au travail sur soi et la capacité de se réinventer en dehors du champ des représentations.

La parentalité

La question de la parentalité en regard du genre est apparue un élément-clé à un niveau psychologique et identitaire pour les patients, ainsi que dans l'organisation des soins.

Le *diktat* de la femme-mère

La féminité est fréquemment perçue par le biais du pôle maternel, qu'il soit potentiel ou réel. Cependant, alcoolisme et maternité sont perçus et traités comme inconjugables. Les sentiments de responsabilité, de culpabilité, voire la honte de ne pas avoir la sensation d'accomplir correctement ce rôle de mère, se confrontent violemment à l'injonction exprimée et intériorisée d'être une « bonne mère ».

Les critères d'exigence associés au rôle maternel sont tels qu'ils suscitent une pres-

sion amenant bien souvent à de l'épuisement psychologique, voire physique. Les manquements dus à la maladie doivent être compensés et l'alcool recouvre à cet égard une fonction d'automédication à différents symptômes, notamment d'ordre anxieux et dépressif.

Dans notre centre, les mères évoquent régulièrement ce devoir de porter la responsabi-



Des phénomènes cliniques tels que le déni de l'alcoolisme chez l'homme ou la dissimulation de la consommation chez la femme ne sont plus perçus comme des traits inhérents aux patients mais bien comme une réponse adaptative aux stéréotypes de genre. Dans cette démarche de travail, le soignant réinjecte ainsi du sens à des comportements perçus a priori comme dysfonctionnels.

lité de l'éducation des enfants. Ceci peut parfois mettre en péril la prise en charge au vu de nos exigences en matière de présence, ceci ouvrant par ailleurs une réflexion par rapport à la flexibilité de notre cadre.

Par exemple, pour Claudine, la maternité a constitué un temps une barrière psychologique à la fréquentation du centre dans une dynamique complexe. L'attention portée à son système de représentations a permis de se décaler d'une vision où ses comportements étaient au départ décryptés surtout par une interprétation psychologique, qui laissait supposer une phase dépressive. Sa situation actuelle la renvoie à l'idée qu'elle est une mauvaise mère. Elle pense que sa présence est indispensable à la maison lorsque son fils est chez elle. Or, être à la maison la renvoie à de fortes angoisses qui la clouent au lit et renforcent son impuissance à être « une bonne mère ». Dans ce contexte, elle ne peut évidemment aller mieux, déprimée quand elle reste à la maison, culpabilisée pour son fils quand elle vient au centre. Cette question de la maternité et de la présence au centre a pu être creusée, et les derniers entretiens ont permis à la patiente de se rendre compte de la nécessité de se dégager d'une obligation à être là quantitativement pour son fils, quel que soit son état psychologique.

Une paternité silencieuse

La question de la paternité interpelle également, en entretiens individuels davantage qu'en groupes de parole, car les pères s'y révèlent plus volontiers. Dans le discours des hommes, la paternité entachée de l'alcoolisme est perçue socialement comme un élément secondaire comparé aux femmes. De l'extérieur, le vide, l'exclusion ou le décrochage paternel sonnent comme une conséquence normale, logique des alcoolisations à répétition. Le *pater familias* déchu d'un respect enlisé dans l'alcool manque de fiabilité et de crédibilité.

Or, derrière ce tableau aux allures silencieuses, ces hommes évoquent fréquemment un profond mal-être lié au fait d'être éloigné, partiellement ou totalement, de leur(s) enfant(s). L'abstinence ouvre souvent une porte pour la réappropriation de la place de père. Pouvoir reconstruire une image et un récit à partir de ces représentations est primordial et prend du temps.

En témoigne le cas de Sylvain, 55 ans, dont la situation complexe avait relégué la paternité au second plan par une attitude désinvestie. En explorant ses représentations, nous avons pu prêter une oreille attentive au décalage que suscitait cette image d'« abstinent au travail » au regard infidèle d'« abonné absent » auquel ses proches le résumaient par souffrance. La méta-communication par le biais des représentations a permis au patient de pouvoir nuancer ces réalités et élaborer une nouvelle vision unifiante.

Discussion

Les représentations en matière d'alcool mais aussi de genre sont extrêmement présentes chez nos patients, dans leur entourage ainsi que chez les soignants. Celles-ci guident le patient dans son interprétation du monde mais peuvent contribuer à le figer dans une dynamique répétitive et aggraver certains symptômes, dont l'alcoolisation est un exemple.

Dans cette étude, nous avons observé que les représentations associées à la dépen-

dance à l'alcool trouvent des ancrages différents selon le genre, et que celles-ci freinent les prises en charge de soin par des mécanismes spécifiques. Par ailleurs, les inégalités culturelles traditionnellement marquées se manifestent encore aujourd'hui au travers de représentations dichotomiques stigmatisantes. Comme si l'alcoolisme ne se suffisait pas à lui seul pour témoigner d'une souffrance, les représentations de genre peuvent constituer une entrave supplémentaire aux soins dont il faut tenir compte.

En tant que soignants, dans quelle mesure rejoignons-nous des stéréotypes en se levant dans des représentations préfabriquées ? Comment apprivoiser ces représentations comme matériel de rencontre, à défaut de rendre compte ?

Accueillir le patient alcoolique et collaborer avec lui demande d'appréhender ces représentations, évolutives et caractéristiques de l'époque et de la culture dans laquelle elles s'inscrivent. De cette manière, le soignant peut apprécier tout le système de représentations qui a pris racine dans des croyances, des expériences révélatrices du parcours du sujet. En questionnant la genèse de ces schémas mentaux, le soignant tend l'oreille vers un vécu singulier et évite une modéli-

sation simplifiante qui peut occulter une étape centrale dans notre travail : l'écoute d'un sujet et de son fonctionnement.

D'un point de vue clinique, s'ouvrir à ses représentations ainsi qu'à celles de son interlocuteur, c'est parfois décaler sa vision pour diminuer les risques de collapse thérapeutique. Les impressions, la catégorisation des patients dans certains profils de consommateur, voire certains diagnostics, sont des exemples d'éléments dont il nous semble fondamental de pouvoir parfois se dégager. Cette attitude amplifie l'émergence d'un espace de rencontre et diminue les résistances des patients. D'autre part, des phénomènes cliniques tels que le déni de l'alcoolisme chez l'homme ou la dissimulation de la consommation chez la femme ne sont plus perçus comme des traits inhérents aux patients mais bien comme une réponse adaptative aux stéréotypes de genre. Dans cette démarche de travail, le soignant réinjecte ainsi du sens à des comportements perçus a priori comme dysfonctionnels dans une dynamique ressourçante qui borde les perceptions du sujet sans les déformer. Ainsi, à l'instar du Petit Prince, il est parfois de bon ton d'apprivoiser les représentations pour pouvoir réenchanter la relation.

Paroles glanées au fil des entretiens

« J'aurais préféré être un homme, Ça aurait été plus simple. Un homme qui boit trop, c'est souvent perçu comme drôle, un bon vivant. Une femme qui boit trop, c'est moche, ça inspire la pitié... On est des cachotières et des manipulatrices quand on apprend à cacher ce vice. » (Parole de femme)

« J'ai eu besoin de plusieurs cures pour faire face aux rechutes. Quand j'y retournais, ce qu'on voyait ce n'était pas mon combat mais mon absence, le fait que j'avais encore échoué en tant que père. » (Parole d'homme)

« Au début, je ne trouvais même pas le temps pour boire. Je ne m'octroyais mon verre qu'après avoir rempli mes tâches de mère. Après, je m'octroyais mon moment de répit. Avec le temps, l'alcool a pris toute la place et, rapidement, on me pointait du doigt pour ce que je ne pouvais plus assumer. » (Parole de femme)

Ecstasy/MDMA et réduction des risques

Boire de l'eau, certes, mais pas trop !

> Michaël Hogge, docteur en sciences psychologiques, chargé de projets à Eurotox

Selon les récentes déclarations du parquet d'Anvers, deux femmes sont décédées cet été 2018 quelques jours après avoir fait un malaise à Tomorrowland¹. Elles avaient apparemment consommé de la MDMA. Mais la cause principale de ces décès s'est avérée être une consommation excessive d'eau. La météo particulièrement caniculaire a très certainement favorisé cette hydratation excessive, en combinaison avec les effets de la MDMA. Mais les usagers d'ecstasy sont-ils conscients de ce risque ? Alors qu'un des messages essentiels fournis par les dispositifs de réduction des risques est de justement penser à bien s'hydrater... Ces décès sont certes rares, mais un décès évitable est un décès de trop !

MDMA : plusieurs complications possibles

Une consommation de MDMA peut parfois induire différents types de complications ainsi que des troubles du comportement favorisant une atteinte de l'intégrité physique de la personne. Ces complications dépendent à la fois de ce qui est effectivement consommé (quelle quantité de MDMA et par quelle voie d'administration, consommation conjointe d'autres produits, etc.), des caractéristiques de la personne (état psychologique, état physique, antécédents médicaux, etc.) et de l'environnement de consommation (contexte physique et social, conditions climatiques, etc.).

La complication la plus fréquente est l'**hyperthermie maligne** (ou hyperpyrexie), à savoir une élévation anormale de la température corporelle. Elle peut entraîner dans sa forme sévère une coagulation du sang dans les micro-vaisseaux et une destruction des cellules musculaires, entraînant un dysfonctionnement des fonctions vitales (hépatiques, rénales, cardiaques).

La MDMA a un effet hyperthermique parce qu'elle accélère le métabolisme musculaire. Elle provoque une élévation de la température corporelle au repos dans un environnement climatisé, mais cette hyperthermie est généralement modérée aux doses habituelles. L'hyperthermie maligne est donc

1. Tomorrowland est un festival belge de musique électronique.

essentiellement précipitée par un dosage excessif combiné à d'autres facteurs : environnement surchauffé, danse ininterrompue, manque d'hydratation et d'aération, consommation d'autres produits hyperthermiques (stimulants, certains médicaments) ou de produits déshydratant tels que l'alcool. Même si l'élévation de la température est un phénomène dose-dépendant, la sévérité de l'hyperthermie ne dépend ni de la quantité ingérée ni du taux plasmatique de MDMA, mais plutôt du contexte de consommation ainsi que de l'hydratation. Une étude intéressante réalisée sur des rats mâles (Brown & Kiyatkin, 2004) a montré qu'en leur administrant une dose de MDMA 5 fois inférieure à la dose létale, une légère hyperthermie est observée lorsque la température ambiante est fixée à 23 °C et que les rats sont au repos, mais elle n'est que rarement fatale. En revanche, la température corporelle (cérébrale) ainsi que la mortalité par hyperthermie augmentent très fortement lorsque la température ambiante est fixée à 29 °C. Cette étude a aussi mis en évidence que les effets hyperthermiques de la MDMA sont amplifiés lorsque les mâles sont mis en contact avec des femelles. Cette étude souligne donc clairement l'impact du contexte physique et social sur les effets hyperthermiques de la MDMA et la mortalité associée.

La consommation de MDMA peut également induire un trouble nommé **syndrome sérotoninergique**, provoqué par une activité excessive du système de neurotransmission impliquant la sérotonine². Ce syndrome se manifeste par des symptômes mentaux (agitation, confusion, angoisse, désorientation) et neuromusculaires (tremblements, rigidité musculaire, contractions musculaires et mouvements oculaires involontaires, mouvements désordonnés) ainsi que par des signes de dérèglement du système nerveux autonome (tachycardie, tachypnée, hyperthermie, transpiration abondante, diarrhée, nausée...). Celui-ci est généralement observé en cas de consommation conjointe de MDMA et d'autres substances psychoactives agissant partiellement ou principalement sur la neu-

rotransmission sérotoninergique. C'est le cas de certains antidépresseurs (en particulier les inhibiteurs sélectifs de recapture de sérotonine ou ISRS, ainsi que les inhibiteurs de la monoamine oxydase ou IMAO) ou d'autres drogues (mCPP, LSD, MDEA, MDA, cocaïne, amphétamine, etc.). Il serait fatal dans 10 à 15 % des cas.

La MDMA peut aussi occasionner la mort suite à une hépatite toxique, un arrêt cardiaque (mort subite) ou encore une hémorragie cérébrale chez des personnes présentant des pathologies ou une vulnérabilité préexistantes, mais ces cas sont rares.

Enfin, la littérature scientifique fait également état d'intoxications et de décès ayant pu être imputés à une **consommation excessive d'eau** (voir par exemple, Hartung et al., 2002; O'Connor et al., 1999), qui peut engendrer une pathologie nommée **hyponatrémie**. Il s'agit d'un trouble de l'équilibre hydro-électrolytique, c'est-à-dire de la répartition de l'eau et des minéraux nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. L'hyponatrémie se caractérise par une concentration en sodium anormalement faible dans le plasma sanguin (moins de 135 mmol/litre). Elle est généralement provoquée par une consommation et/ou une rétention excessive d'eau. L'excès d'eau entraîne une dilution du sodium et une chute de sa concentration dans le sang. Or le sodium est un élément indispensable au maintien de la balance hydrique de l'organisme (répartition correcte de l'eau dans et en dehors des cellules). Un déficit en sodium va entraîner une augmentation de la quantité d'eau dans les cellules, par effet osmotique de passage de l'eau du milieu extracellulaire vers le milieu intracellulaire. Ce passage d'eau vers les cellules crée alors un œdème cellulaire, particulièrement dangereux sur le plan neurologique. En effet, l'augmentation du volume du cerveau va entraîner sa compression dans la boîte crânienne, ce qui entravera la circulation sanguine et donc l'oxygénation des cellules.

Au niveau symptomatologique, lorsque la concentration en sodium plasmique est

2. La sérotonine est un neurotransmetteur. Le système de neurotransmission sérotoninergique est impliqué dans de nombreuses fonctions physiologiques telles que la thermorégulation, le cycle veille-sommeil, l'agressivité, les comportements alimentaires et sexuels, ou encore l'humeur. La MDMA agit sur certains mécanismes impliqués dans la neurotransmission sérotoninergique, ce qui permet de comprendre l'étendue et les caractéristiques de ses effets.

inférieure à 125 mmol/litre, on observera le plus souvent des vertiges et des nausées. Entre 120 et 115 mmol/litre, des maux de tête et un état confusionnel ou de stupeur seront observés. Et lorsque la concentration tombe sous les 115 mmol/litre, l'œdème cérébral et l'hypoxie résultant de la compression excessive du cerveau sont tels que le tableau clinique évoluera progressivement vers des crises convulsives, une perte de conscience, voire un coma, pouvant mener au décès de la personne. Les symptômes se développent généralement entre 2 à 12 heures après l'ingestion de MDMA, mais ils peuvent parfois survenir plus tardivement et se confondre avec un état de fatigue intense voire un sommeil profond. L'hyponatrémie engendre également des troubles digestifs (nausées, vomissements) et musculaires (perte de tonus, crampes, tremblements) non spécifiques. Cette pathologie n'est pas forcément fatale, et lorsque l'hyponatrémie est légère, elle peut même être asymptomatique. La nature des symptômes, leur intensité, et l'évolution du tableau clinique dépendront de la gravité du trouble osmotique ainsi que de sa rapidité d'installation.

Hyponatrémie : plusieurs causes/ facteurs de risque

La consommation de MDMA est susceptible de favoriser l'hyponatrémie par **plusieurs mécanismes distincts** :

- La connaissance par les usagers du risque d'hyperthermie en cas de consommation de MDMA a instauré chez certains d'entre eux une **habitude de consommation de grande quantité d'eau par crainte de déshydratation**. Cette crainte peut être exacerbée par l'altération des perceptions et du jugement induite par le produit. Ainsi, l'assèchement de la bouche et de la gorge lié à la prise de MDMA peut être perçu comme une gêne ou un signal physiologique de déshydratation, favorisant la consommation répétée d'eau. Cet apport excessif en eau va diluer le sodium

sanguin et en faire baisser dangereusement la concentration.

- Danser pendant une longue période de temps et se retrouver dans un milieu confiné et surchauffé entraînent une augmentation de la température corporelle, qui favorise le **phénomène de transpiration**. Or d'importantes quantités de sodium sont évacuées par la sueur², ce qui en diminue la concentration dans l'organisme. Ce phénomène sera intensifié en cas de consommation excessive d'eau, puisque la concentration résiduelle sera davantage diluée.
- La consommation de MDMA induit une **sécrétion de vasopressine**³, une hormone ayant des effets antidiurétiques (inhibition de la fonction rénale). La vasopressine va favoriser la rétention d'eau et entraîner une diminution de la concentration de sodium dans le sang. Il existerait par ailleurs une variabilité interindividuelle au niveau de la quantité de vasopressine sécrétée suite à la prise de MDMA (Hall & Henry, 2006).
- Il n'est pas exclu qu'un quatrième mécanisme puisse aussi intervenir, même si nous n'avons pu le relever directement dans la littérature : la MDMA a un **effet anorexigène** (diminution de la sensation de faim), au même titre que d'autres substances amphétaminiques. En outre, certains usagers recommandent de ne pas manger avant la prise du produit afin d'accélérer et intensifier la « montée » et de diminuer le risque de nausées. Une réduction de la prise alimentaire lors de la consommation de MDMA pourrait donc également favoriser le risque de carence en sodium et autres sels minéraux, et ainsi augmenter le risque d'hyponatrémie.

Globalement, il est probable que les formes asymptomatiques d'hyponatrémie liées à la consommation de MDMA soient essentiellement dues à une sécrétion anormale de vasopressine, en l'absence de consommation excessive d'eau ou de sudation importante. En revanche, en cas de conjonction

2. La quantité de sodium éliminée par la sueur varient grandement d'un individu à l'autre, indépendamment des quantités de sueur transpirées, de sorte que certaines personnes sont plus à risque que d'autres de développer des signes d'hyponatrémie (voir Lara et al., 2016).

3. Une sécrétion anormale de vasopressine peut également être provoquée par d'autres substances telles que certains antidépresseurs, anti-inflammatoires ou neuroleptiques, mais également par plusieurs infections virales (dont le VIH et l'herpès), par diverses affections pulmonaires telles que la tuberculose ou l'asthme, ou encore par certaines tumeurs (voir Peri, Pirrozi, Parenti, Festuccia & Menè, 2010, pour une revue détaillée). La sécrétion de vasopressine est également favorisée par la consommation de nicotine, en particulier chez les personnes qui ne fument pas régulièrement. Les usagers de MDMA qui présenteraient ou cumuleraient ces facteurs seraient donc plus vulnérables au risque de développement d'hyponatrémie.

de plusieurs mécanismes (surconsommation d'eau, sudation importante, production anormale de vasopressine, sous-alimentation), le risque d'hyponatrémie symptomatique est élevé. La surconsommation d'eau ainsi que la transpiration abondante étant elles-mêmes favorisées par une température ambiante élevée, le contexte de consommation joue certainement un rôle non négligeable dans la survenue des formes symptomatiques. Mais il semble aussi que certaines particularités physiologiques (probablement d'origine génétique) rendent certaines personnes plus vulnérables au risque d'hyponatrémie, en raison d'une élimination de sodium importante dans la sueur ou d'une production élevée de vasopressine lors d'une prise de MDMA.

Hyponatrémie : les femmes particulièrement à risque

Même si les cas de décès causés par une hyponatrémie semblent relativement rares, il est probable qu'ils soient sous-estimés. Une récente étude montre d'ailleurs que l'hyponatrémie asymptomatique est beaucoup plus fréquente que l'on ne le croit chez les usagers de MDMA (van Dijken et al., 2013). Ces auteurs ont comparé, lors d'une *rave party* survenue à Amsterdam, différentes mesures biologiques et comportementales chez des personnes ayant consommé de la MDMA ainsi que chez des personnes qui n'en ont pas consommé. Parmi les consommateurs de MDMA, 14,3 % (soit 9 personnes sur 63) présentaient un taux de sodium plasmatique égal ou inférieur à 135 mmol/litre, alors qu'aucune carence en sodium n'a pu être observée chez les non-consommateurs. Cette hyponatrémie était de nature asymptomatique chez tous les sujets. Elle s'observait principalement chez des femmes (dans 8 cas sur 9). Celles-ci ne se distinguaient toutefois pas des autres consommatrices de MDMA, au niveau de l'indice de masse corporelle, de la quantité d'eau ou d'autres liquides ingérés ou encore de la quantité de pilules consommées⁴, ce qui est compatible avec le caractère multifactoriel de ce trouble.

En cas de consommation de MDMA, les femmes sont également plus vulnérables que les hommes au risque de développement de l'hyponatrémie symptomatique, en particulier à celui de convulsions et de coma (Rosenson, Smollin, Sporer, Blanc, & Olson, 2007). Cette vulnérabilité semble pouvoir s'expliquer par plusieurs mécanismes métaboliques et hormonaux :

- La consommation de MDMA entraîne **une sécrétion de vasopressine plus importante chez les femmes que chez les hommes**, et l'effet antidiurétique serait accentué car elles sont par ailleurs plus sensibles aux effets de cette hormone, en raison d'une activation accrue des récepteurs à la vasopressine situés au niveau des reins.
- Les femmes présentent une **plus grande sensibilité que les hommes aux effets sérotoninergiques de la MDMA**, ce qui entraîne chez elles une accentuation de la soif ainsi que de l'assèchement de la bouche, pouvant favoriser la prise d'eau.
- Les cellules nerveuses du cerveau féminin semblent **plus sensibles** que celles des hommes à une **carence en sodium**, ce qui augmente le risque de développer un œdème cérébral et conséquemment une crise convulsive ou un coma. Ce risque est par ailleurs **exacerbé pendant la période menstruelle**.

En conclusion

L'hyponatrémie est une complication liée à l'usage de MDMA qui, au même titre que l'hyperthermie maligne, est induite par une conjonction de facteurs liés aux produits consommés, à la personne et à l'environnement. Bien que le plus souvent asymptomatique, la forme aiguë de cette complication peut malheureusement être fatale. Sa prise en charge repose sur le traitement de l'œdème cérébral (injection de mannitol) et sur une correction des désordres électrolytiques (par restriction hydrique à 1L/24h, administration de NaCl, administration d'un diurétique). Une réanimation doit parfois être

4. La quantité précise de MDMA contenues dans les pilules n'était pas connue.

envisagée. L'intervention doit être rapide, d'où l'importance de pouvoir en reconnaître les signes cliniques (pour une présentation détaillée des aspects de prise en charge, voir Lassonde, 2005).

Cette complication semble facilement évitable. Pourtant, elle n'est que très rarement intégrée de manière explicite dans les supports et outils de réduction des risques liés

à l'usage de MDMA. Nous recommandons donc d'informer aussi les usagers sur ce risque en l'intégrant aux approches psycho-éducatives et aux supports informatifs disponibles.

Des campagnes plus spécifiques pourraient également être envisagées auprès des femmes usagères, en particulier en cas de météo caniculaire.

Bibliographie

- BROWN, P.L., & KIYATKIN, E.A. (2004). *Brain hyperthermia induced by MDMA ('ecstasy'): Modulation by environmental conditions. European Journal of Neuroscience*, 20, 51-58.
- HALL, A.P., & HENRY, J.A. (2006). *Acute toxic effects of 'Ecstasy' (MDMA) and related compounds: overview of pathophysiology and clinical management. British Journal of Anaesthesia*, 96, 678-685.
- Hartung, T.K., Schofield, E., Short, A.I., Parr, M.J.A., & Henry, J.A. (2002). *Hyponatraemic states following 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") ingestion. Quarterly Journal of Medicine*, 95, 431-437.
- Lara, B., Gallo-Salazar, C., Puente, C., Areces, F., Salinero, J.J. & Del Coso, J. (2016). *Interindividual variability in sweat electrolyte concentration in marathoners. Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 13:31.
- LASSONDE A., « L'hyponatrémie. Une conséquence diluée de l'hydratation », *Le Médecin du Québec*, 2005, 40, 51-55.
- O'CONNOR, A., CLUROE, A., COUCH, R., GALLER, L., LAWRENCE, J., & SYNEK, B.N. (1999). *Death from hyponatraemia-induced cerebral oedema associated with MDMA ("Ecstasy") use. New Zealand medical journal*, 112, 255-256.
- PERI, A., PIRROZI, N., PARENTI, G., FESTUCCIA, F., & MENÈ, P. (2010). *Hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH). Journal of Endocrinologic Investigations*, 33, 671-682.
- ROSENSON, J., SMOLLIN, C., SPORER, K.A., BLANC, P., & OLSON, K.R. (2007). *Patterns of ecstasy-associated hyponatremia in California. Annals of Emergency Medicine*, 49, 164-171.
- VAN DIJKEN, G.D., BLOM, R.E., HENÉ, R.J. BOER, W.H. & NIGRAM Consortium (2013). *High incidence of mild hyponatraemia in females using ecstasy at a rave party. Nephrology Dialysis Transplantation*, 28, 2277-2283.

Un trimestriel pour interroger sous des regards différents les thèmes liés aux usages de drogues, la promotion de la santé et les politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Retrouvez tous les numéros sur le site :

www.prospective-jeunesse.be

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

Milieux de vie

- Famille et parentalité (n^{os} 22, 24, 42, 43, 44, 49)
- L'école (n^{os} 3, 4, 6, 25, 29, 55, 57, 64, 67, 77-78)
- La fête (n^o 35)
- Le monde du travail (n^o 26)
- La prison (n^{os} 13, 16, 40, 65)
- Milieu du sport (n^o 53)

Produits et leurs effets

- Plaisir (n^{os} 7, 8, 9, 10)
- Dépendance (n^o 39)
- Drogues de synthèse (n^{os} 14-15)
- Cannabis (n^{os} 18, 20, 21, 72)
- Alcool (n^o 32)
- Tabac (n^o 33)
- Alicaments (n^o 19)
- Ordinateur et internet (n^{os} 47, 69, 58, 77-78)
- Amour (n^o 48)

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (n^{os} 31, 34, 56, 61, 71, 73, 77-78, 82)
- Pratiques de prévention (n^{os} 31, 50-51, 59, 60, 63, 70, 80)
- Réduction des Risques (n^{os} 27, 28, 54, 79)
- EVRAS (n^o 76)
- Représentations (n^o 46, 84)
- Secret professionnel (n^o 23)
- Travail en réseau (n^{os} 45, 66)
- Soins aux usagers (n^{os} 41, 52)
- Participation (n^{os} 67, 68)

Contextes d'usage

- La loi et la répression judiciaire (n^{os} 1, 2, 38, 65, 72, 79)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (n^{os} 11, 12, 36, 37)
- Culture et consommation (n^{os} 5, 17, 30, 58, 62, 77-78, 81, 83)

ABONNEMENT ANNUEL gratuit ou de soutien

Prix au numéro : 4 euros *Frais d'envoi compris*

Numéro de compte bancaire: BE04 2100 5099 0831

Formulaire d'abonnement ou de commande au numéro

Institution

Nom Prénom

Téléphone Courriel

Adresse de livraison

Rue Numéro

Code postal Ville

Pays

Type d'abonnement (entourez votre choix)

L'abonnement est gratuit

Toutefois vous pouvez souscrire à un abonnement de soutien (24 euros)

- Je désire souscrire à un abonnement de soutien oui non

- Je souhaite une facture oui non

Commande au numéro Nombre désiré et numéros

Date Signature

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

84

Périodique trimestriel
Octobre-décembre 2018

Prospective Jeunesse, Drogues | Santé | Prévention
est un trimestriel lancé en décembre 1996.

Lieu interdisciplinaire de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue, cette revue interroge sous des regards différents des thèmes liés aux usages de drogues, à la promotion de la santé et aux politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Chaque numéro aborde un thème particulier.

Celui-ci est consacré à Jeunes, genres et usage de drogues (I).

Pour consulter les sommaires des numéros parus ou
contacter l'équipe de rédaction, visitez le site :

www.prospective-jeunesse.be

Avec
le soutien de la



Wallonie

Avec le soutien de la Région Wallonne
et agréé par la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale

