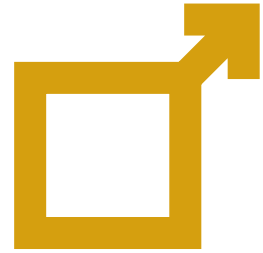


GENRE MASCULIN ET DÉPENDANCES

Données de base et recommandations





Remerciements

Nous tenons à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport, lequel a pu voir le jour grâce au financement de l'OFSP.

En premier lieu, Mme Marie-Louise Ernst, qui a accompagné nos travaux dès leur début et qui nous a fait bénéficier de sa grande expérience dans le domaine du genre et des dépendances.

Christel Goumaz a traduit et adapté en français le chapitre 6 et Dominique H. Jenni le chapitre 9. Nicole Graf a fait la relecture finale du document en langue française. La version en langue allemande a été traduite par medax et retravaillée par Mme Karin Diodà. Merci pour leur contribution.

Nos remerciements vont aussi au comité de pilotage interne, qui, par ses remarques, ses relectures et ses conseils a consolidé le contenu du rapport: Mme Sabine Dobler, Mme Geneviève Praplan, Mme Jacqueline Sidler, M. Holger Schmid et M. Etienne Maffli de l'ISPA, ainsi que M. Philippe Chastonay de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Genève.

Un très grand merci à Mme Edith Bacher du secteur "recherche scientifique" de l'ISPA pour son précieux travail de mise en forme des références scientifiques.

Enfin, nos remerciements vont aussi aux expert-e-s (liste en annexe) qui ont, par leur expertise et leur expérience, contribué à enrichir le contenu du rapport de leurs apports concrets et réflexions issues de leur pratique.

Ce rapport a en outre bénéficié de contributions essentielles issues de deux mandats précédents, financés par l'OFSP. Nos remerciements vont donc à:

Franziska Güttinger, Jürgen Rehm et Ulrich Frick, de l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF), à Zurich;

Harald Klingemann du Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB), à Berne.

Genre masculin et dépendances: données de base et recommandations

Michel Graf, en collaboration avec Beatrice Annahein et Janine Messerli

Editeur: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Lausanne, 2006

ISBN 2-88183-114-1

Graphisme: Atelier Grand, Sierre

Imprimeur: Satzart AG, Berne

Pour vos commandes: ISPA, CP 870, 1001 Lausanne

021 321 29 35 – librairie@sfa-ispa.ch

Ce rapport peut être téléchargé gratuitement sur le site Internet de l'ISPA: www.sfa-ispa.ch

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	5
--------	---

Partie I Des bases pour comprendre

1. Introduction	11
------------------------	-----------

1.1	Le mandat: situation initiale	11
1.2	Forme et contenu du rapport	12
1.3	S'intéresser au genre masculin	13
1.4	Glossaire commenté	14
1.4.1	Genre	14
1.4.2	Gender mainstream ou approche intégrée de l'égalité des genres	15
1.4.3	Approche sexospécifique	15
1.4.4	Egalité entre les femmes et les hommes	16

2. La masculinité en question	17
--------------------------------------	-----------

2.1	Devenir "un homme", ou le <i>doing gender</i>	17
2.2	La construction de la masculinité et son influence sur la santé des hommes	18
2.2.1	Introduction	18
2.2.2	Le genre: un modèle construit	19
2.2.3	Etre un homme: une forme de pression et d'autogoal	19
2.2.4	"T'es un homme, tu ne pleures pas!"	20
2.2.5	De l'image traditionnelle unique à la multiplicité du genre masculin	21
2.2.6	Un lien entre identité masculine stéréotypée et consommation de substances psychoactives	22

3. Enjeux et mécanismes de l'addiction	24
---	-----------

3.1	Les déterminants de la santé et leur implication dans la consommation	24
3.2	Le mécanisme de la récompense	24
3.3	Les vulnérabilités génétiques et familiales	25
3.4	Les différences physiologiques	26

Partie II Des âges, des modes de consommation, des risques et conséquences, vus sous l'angle masculin...

4. Enfance et adolescence: l'individu et le groupe, dans un contexte de vie	29
4.1 La place de la famille, le rôle des parents dans la petite enfance	29
4.2 La consommation des adolescents et jeunes adultes en chiffres	30
4.2.1 Alcool	30
4.2.2 Tabac	32
4.2.3 Médicaments	33
4.2.4 Cannabis	33
4.2.5 Héroïne et cocaïne	34
4.3 Les facteurs psychologiques	35
4.4 Prise de risque et masculinité	36
4.5 Les pairs	39
4.6 L'école, l'apprentissage	41
4.7 Les conduites sociales problématiques associées	43
4.8 L'école de recrues	45
5. Les hommes à l'âge adulte: une somme d'individualités qui ont des points communs	49
5.1 La consommation en chiffres	49
5.1.1 Alcool	49
5.1.2 Tabac	50
5.1.3 Médicaments psychoactifs	50
5.1.4 Cannabis	51
5.1.5 Héroïne	52
5.1.6 Cocaïne	53
5.2 Le monde professionnel	53
5.3 Vieillesse: de nouveaux problèmes pour les hommes	57
5.3.1 Les faits et chiffres de consommation	57
5.3.2 Les motifs de consommation des hommes âgés	59
6. Migration, genre, dépendance	62
6.1 Introduction	62
6.2 La migration: un risque pour la santé?	62
6.3 La migration a-t-elle des effets différents chez les hommes et les femmes?	64
6.4 Migration, genre et dépendance	65

Partie III Quand la consommation dérape et induit des problèmes

7. Les problèmes associés à la consommation 71

7.1	Morbidité et mortalité: différences hommes – femmes	71
7.1.1	Alcool	71
7.1.2	Tabac	73
7.1.3	Cannabis	74
7.1.4	Héroïne et cocaïne	74
7.1.5	Infractions à la Loi fédérale sur les stupéfiants (Lstup)	76
7.1.6	Prostitution masculine et consommation de substances psychoactives	76
7.2	Les comorbidités psychiatriques: que sait-on des aspects masculins?	77
7.2.1	Alcool	78
7.2.2	Tabac	78
7.2.3	Cannabis	79
7.2.4	Héroïne et cocaïne	80
7.3	Violence dans le couple	80
7.3.1	Généralités sur les liens entre violence et consommation de substances psychoactives	80
7.3.2	L'homme violent dans le couple	82
7.3.3	Violence dans le couple et consommation de substances psychoactives	83

8. La prise en charge au masculin 87

8.1	Introduction	87
8.2	Prise en charge des problèmes d'alcool	88
8.3	Prise en charge des problèmes de drogues illégales	90
8.3.1	Les prises en charge institutionnelles	90
8.3.2	Les programmes de substitution	92
8.3.3	Les prises en charge à bas seuil	93
8.4	Prise en charge du tabagisme	96
8.5	L'intervention brève: une piste au masculin	97
8.6	Le genre masculin dans les institutions	99
8.6.1	Le gender mainstream	99
8.6.2	Etre père et en traitement	100
8.6.3	Thérapeute: genre à genre ou mixte? Ebauche de pistes	100
8.7	Autorémission	103

Partie IV La dépendance au jeu

9. Jeu problématique, dépendance au jeu: un thème nouveau à aborder aussi au masculin	109
9.1 Jeux de hasard, jeu problématique et dépendance au jeu	109
9.2 Epidémiologie	109
9.3 Profil sociologique des joueurs problématiques	110
9.4 Différences spécifiques au sexe chez les joueurs problématiques	111
9.4.1 Initiation au jeu et évolution du problème	111
9.4.2 Préférences en matière de jeux	112
9.4.3 Comorbidité	114
9.4.4 Prévalence des sexes dans le traitement	114
9.5 Traitement: offres thérapeutiques et concepts en Suisse	115

Partie V Liste des recommandations finales et conclusion

10. Les recommandations finales	119
10.1 Introduction	119
10.2 Recommandations en matière de prévention primaire et secondaire	120
10.3 Recommandations en matière de prise en charge	125
10.4 Recommandations en matière de recherche scientifique	127
10.5 Recommandations en matière de santé publique	128
10.6 Recommandations pour des thématiques spécifiques	129
11. Conclusion	132

Annexe

12. Liste des expert-e-s consulté-e-s	135
--	------------

RÉSUMÉ

Masculinité et santé

L'omniprésence de l'homme dans la thématique des dépendances pourrait laisser croire que tout est fait par lui et pour lui dans ce domaine. Pourtant, lorsqu'on analyse, dans une perspective de construction sociale du genre, l'influence de l'image traditionnelle de la masculinité, laquelle imprègne fortement les façons de voir et d'agir, on constate que cette dernière a pu, pour certains hommes, jouer le rôle de facteur de risques dans la consommation de substances psychoactives, tout comme dans d'autres comportements de santé. Ainsi, l'homme va moins chez le médecin, et lorsqu'il y va, il consulte pour des troubles relativement graves et nécessitant des soins spécialisés. L'homme doit donc entamer un processus d'émancipation, au sens où il doit découvrir les autres facettes de la masculinité, au-delà du stéréotype de machiste viril, fort et sans émotions. Si les différences entre les sexes sont déjà présentes avant la naissance, dans la vulnérabilité des embryons mâles, et que cette vulnérabilité semble se poursuivre dans les premiers stades du développement de l'enfant, certaines approches du développement humain postulent que c'est plus sur des déterminants sociaux que génétiques que l'identité masculine se construit. L'éducation contribue à la perpétuation des stéréotypes des genres, au travers des jeux, jouets et attentes parentales. A l'adolescence, la force d'inertie du groupe de pairs renforce les images traditionnelles de la masculinité, tout comme la publicité par exemple. Pourtant, l'homme ou l'adolescent ne sont pas des victimes passives d'un rôle social prescrit, ni simplement conditionnées par leur culture et les normes sociales dominantes; ils agissent et se comportent de manière à être reconnus dans ces modèles et par là même, les perpétuent. Même si de nombreuses formes de masculinités existent, elles ne sont que peu visibles et promues dans la société

actuelle. La norme dominante, avec ses injonctions de nécessité d'être fort, courageux, insensible peut ainsi pousser certains jeunes à affirmer leur masculinité au travers de la consommation abusive de substances psychoactives.

Enfance et adolescence

En matière de risque de consommation problématique de substances psychoactives, l'influence du milieu familial est caractérisée à la fois par le modèle de consommation des parents et la qualité du lien qui les unit à leurs enfants. Ainsi, les hommes qui consomment des drogues ont beaucoup plus fréquemment que les autres hommes un père, une mère ou les deux parents ayant un problème de drogue, les problèmes de consommation de la mère ayant une influence prépondérante. Les hommes développant tardivement une dépendance ont grandi plus fréquemment que les autres hommes dans des familles séparées ou divorcées. La cohésion familiale et le dialogue sont des facteurs protecteurs importants pour les garçons. Les abus sexuels chez les garçons sont une thématique encore taboue; pourtant, bien que ces abus soient moins fréquents chez les garçons que chez les filles, l'impact de ces traumatismes sur le risque de dépendance à l'âge adulte est aussi considérable que pour les filles.

Mis à part pour la consommation de tabac, où le comportement des filles est semblable à celui des garçons, et des médicaments, nettement plus consommés par les filles, pour toutes les autres substances psychoactives, la consommation des garçons est plus élevée que celle des filles. La consommation précoce, les abus ponctuels constituent les principaux problèmes chez les garçons. Ces comportements sont à mettre en lien, entre autres, avec la prise de risque, comportement typiquement masculin très valorisé

chez les garçons, que l'on peut aussi associer à la recherche de sensations fortes. Le groupe des pairs, de par l'importance que les jeunes garçons lui accordent, renforce encore ce phénomène, de manière objective ou subjective (perceptions normatives). L'insatisfaction scolaire a un lien évident avec la consommation de substances psychoactives, en particulier chez les garçons. Les jeunes intégrés dans des groupes ayant des comportements déviants ont un risque de consommation de substances psychoactives augmenté. De fait, la consommation excessive ponctuelle d'alcool est associée chez les garçons à la violence et à d'autres difficultés relationnelles, et une consommation fréquente de cannabis est associée à des problèmes sociaux fréquents chez les garçons de 15 ans. Les différences sexospécifiques sont à prendre en compte dans les approches préventives. En particulier, l'image traditionnelle de la virilité, du garçon fort ou mauviette, est à remettre en question et en discussion avec les jeunes garçons eux-mêmes, afin de les inciter à oser exprimer leurs sentiments, leurs peurs, leurs doutes, sans chercher à leur imposer une nouvelle norme. On doit aussi ouvrir cette discussion avec les filles, pour que le dialogue autour des stéréotypes puisse briser les images préconçues réciproques.

Age adulte

A l'âge adulte, les consommations d'alcool chroniques à risque ainsi que les ivresses sont toujours plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes; la consommation dans les situations à risque, comme la conduite d'un véhicule, est un fait plus marqué chez les hommes. Des actions spécifiques, ciblées envers les comportements masculins, doivent donc s'intensifier. En matière de tabagisme, plus d'hommes que de femmes fument, et en plus grande quantité. Les offres de désaccoutumance sexospécifiques doivent donc se développer. Si la consommation de cannabis a augmenté en dix ans aussi bien chez les femmes que chez les hommes, la proportion de ces derniers est le double de celle des femmes. Dans la même période, la consommation d'héroïne a baissé chez les hommes, mais pas la fréquence, la totalité des consommateurs mascu-

lins déclarant consommer chaque semaine au moins. Pour la consommation de cocaïne, une augmentation est constatée pour les deux sexes, les hommes étant plus concernés que les femmes. Cette prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes doit inciter à des actions sexospécifiques ciblées. La vie professionnelle a une grande importance aux yeux des hommes; le chômage augmente leur risque de consommation d'alcool et de médicaments, tout comme le poids des responsabilités professionnelles. A l'inverse, être homme au foyer semble être perçu par les hommes concernés comme une position sociale fragile. Le monde professionnel est donc un contexte où il est primordial d'implanter des actions de prévention primaires et secondaires sexospécifiques.

En vieillissant, hommes et femmes ont des risques liés à la consommation de substances psychoactives qui augmentent, de par la fragilité physiologique des individus. En matière de consommation d'alcool, près d'un homme âgé sur cinq a une consommation d'alcool à risque, épisodique ou chronique. Le nombre de fumeurs diminue avec l'âge. Un quart des hommes de 65 à 74 ans est fumeur, soit le double des femmes, et encore un homme sur 6 fume après 75 ans, soit le triple des femmes. La consommation de tabac reste donc un problème masculin chez les aînés. Pour les médicaments, leur consommation quotidienne augmente fortement avec l'âge, que ce soit pour les calmants ou les somnifères, pour lesquels l'augmentation est massive entre 55 et 64 ans et dès 75 ans et plus, tranche d'âge dans laquelle près d'un homme sur douze est concerné. La proportion des hommes reste toujours plus faible que celle des femmes. Peu, voire pas de données sont disponibles pour la consommation de drogues illégales. Le rôle joué par la fin de la vie active dans l'entrée en consommation ou l'augmentation de cette dernière n'est pas clair. Toutefois, il est essentiel de préparer les hommes à la retraite, à de nouvelles activités, aux hobbies et autres occupations, à la création d'un nouveau réseau social, au réapprentissage d'un autre rythme de vie, à la gestion d'un budget plus serré ainsi qu'à la vie à deux, en face à face.

Conséquences de la consommation

Les impacts négatifs sur la santé de ces comportements de consommation sont connus: les femmes souffrent plus de maladies chroniques liées à l'alcool que les hommes, lesquels sont touchés plus nettement par les comportements à risque, comme la conduite en état d'ébriété par exemple. La dépendance à l'alcool est un problème fortement masculin.

Pour le tabagisme, les hommes de plus de 40 ans admis dans les hôpitaux suisses présentent souvent une maladie liée à la consommation de tabac. L'infarctus est d'ailleurs l'une des principales causes d'hospitalisation chez les hommes de 40 à 79 ans. Les autres maladies liées au tabac sont également fréquentes dans cette catégorie de patients.

Les conséquences sur la santé de la consommation de cannabis à long terme sont maintenant de mieux en mieux connues: risque accru de développer un cancer des poumons ainsi que d'autres affections du système respiratoire, risque accru de développement précoce de schizophrénie et de dépressions latentes, atteinte de la mémoire et de la perception, dépendance psychique et symptômes physiques modérés de sevrage. Les risques de troubles de l'humeur associés à la consommation de cannabis sont moins élevés chez les hommes que chez les femmes. Il faut aussi prendre en considération les effets aigus, comme les troubles de l'attention et de la concentration, la réduction des facultés motrices et les atteintes de la mémoire à court terme. Si les différences de risques entre hommes et femmes ne sont que peu évidentes, la proportion d'hommes consommant actuellement du cannabis étant plus élevée que celle des femmes, et ce dans toutes les classes d'âge, on peut craindre que les conséquences négatives de la consommation chronique de cannabis ne se développent dans le futur et concernent essentiellement les hommes.

La consommation d'héroïne par voie d'injection comporte comme risque principal la transmission des virus des hépatites et du sida. La consommation de cocaïne est en lien étroit avec

les troubles de la circulation sanguine du muscle cardiaque et des infarctus du myocarde. Le nombre de décès dus à la consommation de drogue – causes directes – est en diminution constante depuis 1994, année de l'introduction de la prescription médicale d'héroïne, et ce de manière plus nette chez les hommes que chez les femmes. Les conséquences de la consommation chronique de drogues illégales, outre les atteintes à la santé, sont essentiellement sociales et judiciaires. Les données issues des statistiques montrent – entre 1997 et 2003 – une proportion constante d'hommes ayant commis des infractions à la Lstup, de l'ordre de 85%. La grande majorité concerne la consommation de cannabis, les hommes âgés de 18-24 ans étant les plus représentés. La cocaïne vient en deuxième position et l'héroïne en troisième dans la tranche d'âge des 30 ans et plus.

Les comorbidités psychiatriques associées ne sont pas suffisamment analysées sous l'angle du genre. Les liens entre la violence dans le couple et la consommation de substances psychoactives sont mis en évidence dans de nombreuses études, sans pour autant qu'une causalité claire puisse être dégagée. Une série d'évidences scientifiques démontre une relation positive entre les troubles psychopathologiques et l'augmentation du risque de violence conjugale. Même en l'absence de causalité claire, l'existence de liens entre la consommation de substances psychoactives des hommes et la violence conjugale physique ou psychologique doit inciter les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la résolution de conflits conjugaux à aborder systématiquement la question de la violence en lien avec la consommation de produits, en particulier s'ils sont en présence de symptômes, même très légers, de violences physiques avérées. Parallèlement, les intervenant-e-s dans le domaine des dépendances doivent être attentifs aux signes précurseurs de la violence dans les couples, afin de les aborder et de les prévenir autant que possible. Il serait judicieux de thématiser de manière plus systématique avec les hommes la question de leur propre violence.

Prise en charge

En règle générale, les motifs des hommes pour sortir de la dépendance ou de la consommation problématique sont différents de ceux des femmes. Les problèmes liés au travail et les problèmes juridiques, en particulier ceux liés à la conduite en état d'ébriété, constituent la motivation principale pour les hommes à entreprendre un traitement. Ce sont donc plutôt des contraintes structurelles et sociales qui incitent les hommes à arrêter. Ces derniers entrent en traitement plus tardivement que les femmes.

Les polyconsommations de substances, ainsi que les comorbidités psychiatriques associées à ces usages imposent de développer de plus en plus des approches thérapeutiques pluridisciplinaires et non centrées sur une seule substance. Toutefois, le paysage suisse des institutions résidentielles de traitement est clairement divisé en deux types d'approches: celles essentiellement destinées aux personnes ayant des problèmes d'alcool et celles abordant les drogues illégales dans leur ensemble. Parmi les hommes entrant en traitement pour des problèmes d'alcool ou de drogues illégales, l'isolement social est un facteur fragilisant à prendre en compte, ce d'autant plus que le rôle positif joué par l'entourage dans le rétablissement est primordial. Pour les hommes en traitement, le fait d'avoir un emploi est un facteur important du rétablissement. Les questions du déni, de l'ambivalence, ainsi que celle de la souffrance psychique doivent être thématiques, afin de renforcer la motivation des hommes à entreprendre une thérapie, à s'y maintenir et à éviter les rechutes. Une approche pragmatique des drogues illégales doit inciter à développer des offres de substitution ainsi que des structures d'accueil à bas seuil, très utilisées par les hommes.

En matière de tabagisme, les hommes de plus de 45 ans sont moins motivés à l'arrêt que les femmes. Les critères de succès le plus fréquemment mis en évidence sont une initiation tardive, une faible consommation ainsi qu'une inhalation peu accentuée, pas de consommation d'alcool associée, un contexte de vie non fumeur et un entourage motivant. Le fait d'avoir été fumeur de

cigare semble aussi augmenter le succès. Les simples injonctions au traitement ne fonctionnent pas bien.

Les approches dites d'interventions brèves et d'entretiens motivationnels, qui impliquent le patient dans les différentes décisions, en lui donnant la possibilité de décrire sa situation et d'en tirer les enseignements utiles pour diriger la suite du traitement, sont des approches prometteuses pour les hommes en particulier, en ce sens qu'elles leur redonnent une part de pouvoir sur leur problème. Les employeurs ont un rôle important à jouer dans la motivation des hommes à entreprendre un traitement, ainsi que dans la réinsertion. Le réseau social est une composante importante pour le rétablissement des hommes, y compris lorsqu'il s'agit d'autorémision. Les liens familiaux sont particulièrement importants et positifs pour eux. Pour aider les hommes à (re)construire un réseau social, il est important de travailler avec eux sur leurs déficits relationnels par le biais de techniques de développement personnel, les amenant à travailler sur le renforcement de compétences sociales telles que la capacité à l'empathie, la participation, la coopération et la communication respectueuse d'autrui.

Il est essentiel de donner une place prépondérante à la réflexion sur l'intégration de l'égalité des genres dans le concept des institutions (gender mainstream). Les activités proposées aux clientes, la mixité ou non dans la clientèle ou/et dans l'équipe, voire dans le comité ou le conseil de direction, entre autres, doivent être basées sur une conception égalitaire de l'homme et de la femme, qui prenne en compte leurs besoins et différences.

Thèmes spécifiques

La réflexion sur les hommes et sur le genre masculin – comme sur les femmes et sur le genre féminin d'ailleurs – se doit d'être transversale; elle concerne donc aussi les thématiques comme la prostitution masculine, la population migrante, l'armée. Dans les nouveaux problèmes de santé publique actuels et à venir, la vision sexospécifique doit être intégrée dès le début. C'est le cas

en particulier pour le jeu pathologique. La recherche scientifique doit aussi systématiquement intégrer la variable "sexe" dans ses analyses, afin de donner aux acteurs et actrices de la santé publique les connaissances indispensables pour développer des approches sexospécifiques en prévention et dans le traitement.

En conclusion

Le rôle joué par la construction sociale des genres dans la consommation de substances psychoactives n'est pas complètement élucidé. Il a vraisemblablement une influence différente selon les substances consommées, les positions sociales des individus et la culture dominante dans la société. Un des intérêts de la réflexion sur la construction sociale des genres est de rappeler combien le contexte social est déterminant dans le choix d'un comportement, donc devrait l'être dans la manière de le prévenir et de le prendre en charge. L'homme se doit – encore et toujours – d'être fort et performant; cette image traditionnelle de la masculinité reste dominante. La

consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales est, pour certains hommes, une réponse individuelle à ce qu'ils ont intégré comme une attente sociale majeure. Dès lors, il faut que les hommes puissent entendre qu'il existe d'autres formes de masculinités, qu'ils peuvent élargir le champ de leurs rôles, de leurs émotions, de leurs fragilités. Il ne faut pas qu'on oublie la face cachée de la masculinité. Cette dimension est à promouvoir dans toutes les approches. Une réflexion similaire doit être faite dans les approches préventives.

L'approche selon les genres doit, dans le futur, se développer en synergie entre les genres, c'est-à-dire que les recherches scientifiques, les projets de prévention, de communication grand public et de prise en charge doivent aborder systématiquement les deux genres, au sens d'une approche intégrée (gender mainstream). Ce n'est que de cette manière que pourra s'implanter progressivement une réelle égalité des chances, une véritable prise en compte de la diversité et de la différence des genres dans notre société.

1. Introduction

1.1 Le mandat: situation initiale

Depuis 1994, l'OFSP se préoccupe de la question du genre dans la prise en charge des dépendances. Un premier rapport ⁽³⁾ a servi de base à une réflexion sur la place du genre féminin dans les institutions de traitement; il a été suivi par d'autres publications ^(2, 6) et échanges de pratiques (citons pour exemple la plate-forme «femmes et dépendances»).

La problématique de la relation du genre masculin avec sa santé n'a été que récemment étudiée en Europe, en Allemagne en particulier. En Suisse, le thème de "la santé au masculin" s'est développé depuis 1995; divers ateliers et projets ont été réalisés avec le Centre de formation de Gwatt. Ils sont à l'origine de la formulation du manifeste sur la santé des hommes, lequel a été présenté au public en avril 2000 ⁽⁷⁾. Quant à la problématique du genre masculin dans les questions de dépendances, bien qu'elle était déjà pour certains acteurs du terrain une préoccupation, elle n'est étudiée que depuis 2001, au moment où l'OFSP élargit le mandat sur l'égalité des genres au thème de la masculinité.

Deux premiers mandats sont alors réalisés: l'un, sous la responsabilité de Franziska Güttinger de l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF) de Zürich ⁽⁴⁾, décrit l'ampleur de la question en Suisse (épidémiologie, analyse des causes et des facteurs de risques, approches efficaces en thérapie et prévention), et fait une revue de la littérature scientifique au niveau européen. L'autre mandat, assuré par Harald Klingemann (Schweizerische Suchtforschung und Beratung SSB, Berne) complète une année plus tard ces informations ⁽⁵⁾, en apportant une réflexion sociologique sur la masculinité et en élargissant la recherche de littérature à divers ouvrages publiés. Ces deux documents ont servi de base et de point de départ au présent rapport. Ainsi, de nombreuses références scientifiques citées dans ce rapport ont été récoltées, analysées et utilisées par les deux auteurs précédents dans leurs propres documents, à ce jour non publiés. Elles sont reprises ici, avec leur source originale.

Conformément au mandat de l'OFSP, les données et informations recensées dans les deux rapports ont été actualisées et complétées. La recherche des études et articles scientifiques a été élargie à la communauté internationale, et la bibliographie ouverte aux publications moins scientifiques. De nouvelles thématiques ont été ajoutées. Les experts les plus en vue dans le domaine du genre masculin ont été sollicités à partager leurs expériences et à donner des pistes de développement futur. Enfin, plusieurs recommandations ont été formulées, à l'attention des décideurs et des professionnel-le-s impliqué-e-s de près ou de loin dans les questions liées aux dépendances.

1.2 Forme et contenu du rapport

Le rapport aborde les divers thèmes essentiels liés à la question du genre masculin et des dépendances en cinq parties. La présentation didactique du rapport doit en faciliter une lecture rapide ou détaillée, selon les besoins.

Deux lectures possibles

Dans la colonne de droite, on trouvera, sous forme de phrases-clés, des facilitateurs de lecture, mettant en évidence les principaux facteurs de risque et protecteurs propres aux hommes.

Des accroches dans la colonne

Les recommandations, quant à elles, sont signalées sous forme d'encadrés, à la suite des données et informations ayant servi à les formuler. Elles sont ensuite synthétisées et regroupées en fin de rapport.

Les recommandations en encadré

Les références sont notées entre parenthèses dans le texte; elles sont ensuite répertoriées en fin de chaque chapitre.

Références en fin de chaque chapitre

Divers expert-e-s du terrain (voir liste dans l'annexe), impliqué-e-s professionnellement dans la thématique du genre masculin, ont participé à des ateliers de discussion ou ont répondu à un questionnaire écrit pour enrichir le présent rapport de leurs expériences et visions concrètes de la question; les avis d'experts sont indiqués dans ce rapport en *italique*.

Avis d'experts en italique

La première partie permet d'acquérir les bases nécessaires pour comprendre les enjeux d'une problématique nouvelle. On y trouvera donc des notions de base sur la masculinité et les liens de l'homme avec la santé. L'intention n'est pas ici de proposer une analyse sociologique exhaustive de la question, mais plutôt de donner une notion de la construction du genre masculin. Les personnes intéressées à plus de détails se référeront à la bibliographie pour approfondir leurs connaissances.

Des bases pour comprendre

Un survol des mécanismes de l'addiction aux plans biologique et physiologique complète cette introduction.

La deuxième partie analyse, sous forme de curriculum, les différents déterminants de la santé qui influencent, au cours du développement d'un individu, ses comportements de consommation de substances psychoactives. Successivement, l'enfance et ses enjeux familiaux, la période de l'adolescence, faite de bouleversements psychologiques et sociaux, l'âge adulte et l'ancrage des comportements ainsi que la vieillesse, associée à un nouveau rythme de vie seront analysés à la fois sous l'angle de la consommation de substances psychoactives et celui de la spécificité du genre masculin. Le groupe spécifique des migrants est analysé à part.

Des âges, des modes de consommation, des risques et conséquences, vus sous l'angle masculin

La troisième partie aborde les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives: maladies, mortalité, délinquance et comorbidités psychiatriques. Un chapitre traite de la prise en charge des hommes dépendants. Il décrit les profils des consommateurs à l'entrée en traite-

Quand la consommation induit des problèmes

ment, analyse les chances de succès, développe des réflexions et propositions pour intégrer la notion du genre masculin dans les institutions.

La quatrième partie traite d'un thème qui prend de l'ampleur et qui mérite d'être abordé dès les premières analyses de manière sexospécifique: le jeu pathologique. Ses analogies, mais surtout ses différences avec les autres dépendances, dues au fait qu'il s'agit d'une addiction non associée à une substance psychoactive, ont nécessité d'en faire un thème annexe, dissocié des autres.

Le jeu pathologique

La cinquième partie regroupe les recommandations spécifiques au genre masculin à mettre en œuvre, à poursuivre ou à renforcer, selon les axes de prévention, de prise en charge, de santé publique et de recherche scientifique. On y trouvera donc l'ensemble des recommandations faites tout au long du rapport. Les recommandations prioritaires sont tramées en gris clair.

Recommandations finales

Les exemples de projets et offres réalisés dans le domaine spécifique du genre masculin sont actualisés en permanence sur le site Internet www.drugsandgender.ch. Ainsi qu'il se définit lui-même, «le site Internet [drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) est un répertoire complet et régulièrement actualisé d'offres de prises en charge spécifiques et adaptées aux besoins particuliers des femmes et des hommes dans le traitement des problèmes de drogue en Suisse». RADIX Promotion de la santé (www.radix.ch) propose aussi de nombreuses offres adaptées aux hommes, ainsi qu'une liste de littérature sous la rubrique «Plaque tournante - La santé au masculin». Sur le site de l'OFSP sous «Gender Health – égalité des chances dans le domaine de la santé», on trouvera de nombreux liens et références utiles (http://www.bag.admin.ch/gender/gender_health/f/index.htm), dont celui du site www.genderhealth.ch, qui propose un glossaire complet, pour l'heure uniquement en langue allemande.

Des exemples de projets on-line

1.3 S'intéresser au genre masculin

L'homme est omniprésent dans le domaine des dépendances: consommateur, client, mais aussi médecin, thérapeute, travailleur social, directeur d'institution. Difficile dès lors de penser que le système de soins n'est pas entièrement dévolu au genre masculin! Les hommes n'ont-ils pas tout ce qu'il leur faut? Pourquoi alors vouloir rédiger un rapport sur la question?

Tout pour l'homme?

Parce que ces faits cachent en réalité une (quasi) absence de réflexion en profondeur sur les besoins et différences des hommes en traitement et sur les aspects du rôle masculin. Le courant féministe des années 90 a mis en évidence les lacunes en matière de prise en charge spécifique pour les femmes et a réussi à progressivement compenser l'inégalité des chances. C'est maintenant aux hommes de s'atteler à une telle réflexion, non pas en termes de (re)prise de pouvoir, mais bien en termes de déficits spécifiquement masculins à combler. Ce que les femmes ont développé pour elles-mêmes n'est pas en cause ici; leur démarche doit simplement servir d'exemple pour le genre masculin.

Bénéficiaire du courant féministe

L'étape qui a consisté à différencier les besoins des femmes de ceux des hommes est essentielle; elle permet d'adapter les prises en charge aux besoins, expériences de vie et souhaits des femmes concernées. De plus en plus, les offres développées interpellent les femmes, qui se sentent ainsi plus soutenues et prises au sérieux. De par sa nature, cette approche sexospécifique améliore l'accès au système d'aide et augmente l'efficacité des prises en charge des femmes. L'expérience a montré que ces approches leur ont permis de reconnaître et d'élargir leurs rôles, de reconnaître leurs besoins, de développer leurs ressources et réaliser leurs projets de vie (voir le site www.drugsandgender.ch).

Connaître les besoins sexospécifiques

Et les hommes, bénéficient-ils d'approches spécifiques à leurs besoins? Pas complètement. Une grande partie de leurs besoins est certainement prise en compte dans les offres thérapeutiques résidentielles, ambulatoires et à bas seuil actuelles. Cependant, sans une réflexion de fond sur le genre masculin, on peut craindre que les offres thérapeutiques ne couvrent finalement que les besoins correspondant à l'image traditionnelle de la masculinité véhiculée majoritairement par notre société. Cette même société qui a, par quelques-unes de ses injonctions viriles, fragilisé certains individus, joue le rôle de facteur de risque dans la consommation de substances psychoactives. En effet, les études scientifiques montrent le lien entre l'intériorisation de la norme masculine dominante et les comportements à risque pour la santé (voir aussi le chapitre 2), dont la consommation de cigarettes, d'alcool et d'autres drogues font partie.

Faire évoluer l'image traditionnelle de la masculinité

La femme s'est engagée depuis longtemps dans un processus d'émancipation; l'homme doit maintenant en faire autant. Cependant, il manque aujourd'hui une réflexion systématique sur les approches sexospécifiques, qu'elles soient masculines ou féminines. Le présent rapport veut contribuer à stimuler cette réflexion, en apportant des éléments théoriques, scientifiques et empiriques et donner des pistes et exemples aux professionnel-le-s du domaine et aux autres acteurs de l'éducation et de la politique.

Permettre à l'homme de s'émanciper: une contribution à la réflexion

1.4 Glossaire commenté

1.4.1 Genre

Par genre il faut entendre la construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine. L'identité culturelle et sociale ("genre") et l'identité biologique ("sexe") ne coïncident pas forcément: être une femme ou être un homme est davantage déterminé par les rôles sociaux, les activités sociales et professionnelles, la personnalité que par des critères particuliers (et naturels) liés au sexe (définition issue de www.drugsandgender.ch).

L'utilisation des termes "genre" et "sexe" n'est pas aisée dans la pratique. S'il est évident que le terme "genre" sera employé à chaque fois qu'on parle d'un individu dans un contexte social, il est moins évident de trancher

lorsqu'on l'utilise dans le discours épidémiologique. Mettra-t-on le terme "genre" à cocher au début d'un questionnaire ou plutôt "sexe"? Quelle référence conceptuelle se cache derrière ces choix et surtout, comment ces deux termes seront-ils interprétés et utilisés par les répondants? Notons ici qu'en langue allemande, ce problème n'existe pas, les deux termes étant fondus en un seul (Geschlecht).

1.4.2 Gender mainstream ou approche intégrée de l'égalité des genres

L'approche intégrée consiste en la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques (définition du Conseil de l'Europe) ⁽¹⁾.

Le Conseil de l'Europe précise que ⁽¹⁾: «La définition de l'approche intégrée souligne l'objectif, le processus, l'objet et les sujets actifs du "mainstreaming". Les objets du "mainstreaming" sont toutes les politiques à tous les niveaux et à tous les stades, tandis que les sujets actifs du "mainstreaming" sont les acteurs généralement impliqués dans le domaine. L'approche intégrée de l'égalité peut vouloir dire que le processus de prise de décision est réorganisé de façon à ce que les auteurs généralement impliqués sachent comment intégrer une dimension d'égalité en tant que qualification normale des décideurs au sein du processus de prise de décision.

Cette définition souligne également la façon dont l'approche intégrée prend en compte les insuffisances des politiques spécifiques d'égalité entre les sexes. L'approche intégrée de l'égalité implique que cette égalité doit s'obtenir dans les politiques courantes. Il suppose une définition plus vaste et plus complète de l'égalité, qui attribue une valeur propre à la diversité et à la différence. Parce qu'elle reconnaît la nécessité de (ré)organiser, d'améliorer, de faire évoluer et d'évaluer les processus de prise de décision, l'approche intégrée remet en cause la polarisation masculine de la société et le caractère structurel de l'inégalité des sexes. Elle pose également le problème de l'égalité en dehors des seules compétences des groupes spécialisés, et requiert la participation du plus grand nombre à l'élaboration d'une société mieux équilibrée. Il s'agit donc d'un dispositif global visant à accélérer et renforcer les processus égalitaires au sein de la société.»

1.4.3 Approche sexospécifique

L'approche sexospécifique implique la mise en œuvre de mesures, programmes et projets qui ne favorisent ou ne désavantagent, directement ou indirectement, ni les hommes ni les femmes dans les questions afférentes à la santé. Cette égalité doit être assurée au niveau de la prise en compte des besoins spécifiques à chacun des deux sexes (définition issue de www.drugsandgender.ch). En somme, une mise en pratique des concepts cités précédemment.

1.4.4 Egalité entre les femmes et les hommes

On entend par égalité l'égalité de visibilité, autonomie, responsabilité et participation des deux sexes à/dans toutes les sphères de la vie publique et privée. Le concept d'égalité entre les sexes, hors de toute référence aux différences liées au sexe, s'oppose simplement au concept d'inégalité entre les sexes, c'est-à-dire aux disparités des conditions de vie des femmes et des hommes. Il soutient le principe d'une participation totale des femmes et des hommes à la vie en société (définition du Conseil de l'Europe) ⁽¹⁾.

Selon le Conseil de l'Europe ⁽¹⁾: «Depuis longtemps - et c'est encore souvent le cas - l'égalité des sexes a été définie en Europe comme le fait de fournir aux filles et aux garçons, aux femmes et aux hommes, des droits égaux *de jure*, des opportunités égales, des conditions et des traitements égaux dans toutes les sphères de la vie et tous les domaines sociaux. On reconnaît cependant de nos jours qu'une égalité de droits (*de jure*) ne mène pas nécessairement à une égalité de fait (*de facto*). Il est essentiel de comprendre que les conditions de vie des femmes et des hommes sont fort différentes - dans une certaine mesure en raison de la fonction de reproduction des femmes. La question ne se limite pas à l'existence de telles différences, mais au fait que celles-ci ne devraient pas se traduire de façon négative au plan des conditions de vie des femmes comme des hommes, qu'elles ne devraient pas induire de discrimination, mais au contraire être prises en compte sous forme d'un partage égal des pouvoirs économiques, sociaux et politiques. L'égalité des sexes n'est pas la similitude ou l'identité de ceux-ci, pas plus qu'elle ne doit établir pour norme les conditions et modes de vie des hommes.»

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil de l'Europe. (2005). *Qu'est-ce que l'approche intégrée de l'égalité et quelles sont ses origines?* Dernière visite novembre 2005, en ligne: http://www.coe.int/T/F/Droits_de_l%27Homme/Egalit%2702._Approche_int%27gr%27e/EG-SMS%281998%2902r%27v+1.asp#P89_22611.
2. Ernst, M.-L., Linder, R., Dupertuis, V., Eckmann, F., & Praplan, G. (2004). *Au féminin, s'il vous plaît! La pratique*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
3. Ernst, M.-L., Rottenmanner, I., & Spreyermann, C. (1995). *Femmes, dépendances, perspectives. Bases conceptuelles pour le développement et la promotion d'interventions spécifiques auprès des femmes consommant des drogues illégales*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
4. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (non publié). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
5. Klingemann, H. (non publié). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
6. Office fédéral de la santé publique (OFSP). (1998). *Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leurs besoins particuliers, car...* Berne: OFSP.
7. Radix (2000). *La santé au masculin: un manifeste*. Berne: Radix.

2. La masculinité en question

2.1 Devenir "un homme" ou le *doing gender*

Avant même la naissance, les différences entre les sexes sont déjà présentes. Peu après la fécondation, où plus d'embryons mâles ont été conçus, semble-t-il parce que les spermatozoïdes transportant les chromosomes Y sont allés plus vite que ceux transportant les X, ceux-ci sont beaucoup plus vulnérables et sont détruits en plus grand nombre que les embryons femelles (7). Par la suite, le fœtus mâle est encore très fragile à tous les risques obstétricaux qui peuvent survenir avant la naissance. Cette vulnérabilité prénatale semble se poursuivre dans les premiers stades du développement de l'enfant. Si certaines théories se basent sur des faits biologiques et génétiques pour expliquer en partie cette différence entre les sexes, d'autres approches s'appuient sur l'impact des déterminants culturels et sociaux pour comprendre comment, étape par étape, la fragilité des garçons se construit autour du concept de l'identité masculine. Ce n'est pas l'objectif ici de présenter toutes les théories sociologiques qui abordent la question de la masculinité. Il ne sera donc fait référence qu'à quelques-unes d'entre elles.

L'identité masculine est le produit d'un processus actif qui débute dès la petite enfance; féminité et masculinité ne sont pas simplement déterminées par la nature ou socialement, elles doivent s'acquérir, se construire et se mettre en scène (concept du "doing gender") (5). De ce point de vue-là, l'attitude des parents envers leur enfant est un des premiers éléments qui va déterminer l'identité de celui-ci. Les nouveaux-nés masculins étant moins matures que les filles, ils nécessitent vraisemblablement une plus grande attention de la part de leurs parents, ce que certaines études démontrent au travers des types d'interactions et mimiques (7). Dès leur plus jeune âge, les garçons sont plus sensibles, émotifs, anxieux que les filles et demandent plus de contacts physiques avec les adultes. En particulier, leur mère met beaucoup d'énergie et de lien émotionnel à calmer leur état d'excitation, au détriment, selon certains auteurs, de leur développement. En grandissant en âge, tout se passe comme si le garçon répond à ce surinvestissement maternel en niant peu à peu ses peines et douleurs, pour ne pas montrer ses sentiments et appeler à l'aide si nécessaire. Une manière peut-être de se distancier de la figure adulte la plus aimante, qui passe la plus grande partie de sa journée auprès d'eux: leur mère et les autres femmes qui les entourent (1, 10, 12). Pour les garçons vivant dans une famille monoparentale, dont le père est absent ou alors trop peu présent, par choix ou obligation professionnelle, la construction de leur propre masculinité au travers d'une image masculine présente dans leur quotidien passera plus encore que pour les autres par une forme de distanciation de l'image de la mère. La différenciation entre ce qui à leurs yeux est féminin et eux-mêmes peut se traduire aussi par une exagération de leur mise en scène de comportements typiquement masculins – comme ceux liés à la santé – afin de se distancier des attitudes féminines et de

Tout petit déjà, le garçon "intègre" que ses sentiments peuvent être un poids pour ses proches...

Une éducation trop stéréotypée selon les genres

construire une orientation masculine affirmée et claire. Les adultes renforcent encore cette construction de stéréotypes au travers des jouets, des jeux, des attitudes et du langage utilisés avec les garçons ou les filles (2). Ainsi, le style d'éducation par rapport à l'identité des garçons passe par une socialisation orientée vers la prise de risque, la réussite et l'efficacité, alors que les filles sont "poussées" dans une orientation de socialisation et de sauvegarde de la santé (6).

Plus tard dans leur développement, les adolescents seront confrontés à diverses attentes sociales, à divers modèles masculins et se forgeront alors leur propre identité individuelle, de manière multidéterminée. Même si notre société offre aujourd'hui diverses images de l'homme (certes moins nombreuses et nettement moins acceptées socialement que pour la femme) qui permettent aux adolescents de construire leur image masculine de manière variée et indépendante, les stéréotypes latents ont encore une force d'inertie. Ils sont cultivés dans les groupes de pairs avec lesquels les jeunes passent une grande partie de leur temps. Reste que la capacité à parvenir à construire sa propre identité masculine, et donc à bénéficier de ce nouveau regard sur les comportements des genres, est étroitement liée, on l'a vu plus haut, à son environnement social et ses ressources individuelles propres. Or, l'image sociale masculine traditionnelle postule que l'homme ne doit pas exprimer ouvertement ses insécurités et ses peurs, parce qu'elles sont considérées comme "non masculines". Cela conduit certains adolescents à ne plus vouloir percevoir leur corps et leurs sentiments comme des signaux de bien-être ou de mal-être, et les amène à dépasser leurs propres limites ou celles posées par les autres. Les conséquences négatives d'une intégration très forte de l'image de la masculinité traditionnelle sur la santé, le comportement social et la relation avec l'autre sexe sont aujourd'hui très bien documentées (1, 10, 12).

Les stéréotypes des genres sont cultivés dans les groupes de jeunes

2.2 La construction de la masculinité et son influence sur la santé des hommes

(Pour une revue de littérature sur le sujet, voir Courtenay (4), dont l'essentiel de ce chapitre est tiré.)

2.2.1 Introduction

En Suisse, l'espérance de vie des hommes à la naissance est de sept ans inférieure à celle des femmes (moyenne 1988 – 2003) (9). Les hommes vont moins souvent chez le médecin que les femmes, sauf lorsqu'il s'agit de maladies ayant des diagnostics sévères (voir aussi sous 2.2.4). Ils ont un mode de vie lié à des risques de santé élevés et considèrent leur corps comme une "machine" servant à répondre aux exigences de rendement qui leur sont imposées et pouvant, en cas de panne, être réparée à l'aide de médicaments. Aux yeux de beaucoup d'hommes, avouer sa mauvaise santé est une faiblesse, plus encore s'il s'agit de sa santé psychique (13). Alors que la femme porte une attention marquée à sa santé et à celle de sa famille, l'homme adopte fréquemment des comportements à risque

comme consommer de l'alcool, du tabac ou des drogues illégales, conduire vite ou/et sous l'emprise de l'alcool, ne pas attacher sa ceinture de sécurité, être agressif ou violent... L'adoption, respectivement la modification des comportements de santé est un enjeu majeur de santé publique, car il constitue un des facteurs les plus importants influençant la santé de l'individu et par là même celle de la société. Or, les attitudes et comportements de santé à risque sont des moyens utilisés par certains hommes pour démontrer leur masculinité, leur virilité, leur force et finalement leur pouvoir sur les femmes; la prise de risque leur permet de conforter leur statut social envers elles. Le manque flagrant d'études scientifiques qui ont exploré cette question par le passé, et qui se comble peu à peu sous l'impulsion des approches féministes sur le genre, semble indiquer que l'affirmation du côté "naturel et inévitable" des comportements masculins dommageables à leur santé soit un fait qui perpétue l'hégémonie masculine ⁽³⁾.

Masculinité et comportements de santé: des liens

2.2.2 Le genre: un modèle construit

Les approches féministes ont permis de comprendre la notion de "genre" dans une perspective constructiviste, évitant de figer le rapport homme-femme dans un rapport de sexe statique et déterministe, basé sur le seul fait de l'inné. Dans cette approche, les hommes et les femmes agissent selon leur conception de la féminité ou de la masculinité, acquise et assimilée dans leur culture. Le genre est donc une construction sociale bâtie par les interactions entre individus plus que dans les individus eux-mêmes. Elle propose ainsi une vision dynamique, évolutive et sociale des genres, ancrée dans une culture et dans une époque. Bien que chaque individu ait ses propres caractéristiques, attitudes et comportements, il cherche à – ou pense devoir – se conformer à l'image sociale de son genre telle qu'il l'a intégrée, répétant ainsi des stéréotypes, lesquels construisent l'image d'autres individus, dans une dynamique active plus ou moins consciente. Toujours selon cette théorie, l'homme ou l'adolescent ne sont pas des victimes passives d'un rôle social prescrit, ni simplement conditionnés par leur culture et les normes sociales dominantes; ils agissent et se comportent de manière à être reconnus dans ces modèles et par là même, les perpétuent (voir aussi le chapitre 2.1).

2.2.3 Etre un homme: une forme de pression et d'autogoal

De fait, l'image de l'hégémonie masculine dominante impose ses normes au travers de la publicité, mais aussi des structures sociales comme l'école, le monde du travail, la politique, entre autres exemples, générant un renforcement mutuel des images sociales (attentes) et des réponses des individus. On peut aussi parler ici d'une forme de pression sociale qui invite ou incite l'enfant, l'adolescent et l'homme adulte à correspondre à des normes sociales constamment suggérées et vécues comme dominantes. Pourtant, de nombreux hommes ne souhaitent pas correspondre à cette image, parce qu'ils ne s'y retrouvent pas. Ils ne se reconnaissent pas dans ce stéréotype masculin et voudraient le transformer, afin de pouvoir vivre librement leur propre masculinité, sans être perçu comme des "faibles", à la fois par leurs pairs et par les femmes. Ici, la perception normative joue

La spirale de répétition des stéréotypes du genre masculin

un rôle important. Le fait de croire que les autres attendent d'un individu un comportement-type, fait qu'on ne cherche pas à vérifier cette conviction et qu'on adopte donc l'attitude sociale qu'on croit être celle attendue. Dans notre cas, ne pas se conformer au stéréotype de l'homme fort, robuste, self-reliant, constituerait un risque d'exclusion sociale; y a-t-il alors une réelle option à ne pas se fondre dans "l'attente sociale masculine"? Pourtant, pour les hommes comme pour les femmes, l'enfermement dans une image sociale est un piège réducteur: les "hommes" et les "femmes" n'existent pas en tant que catégorie homogène. Il y a autant de types d'hommes ou de femmes que d'individus et autant de différences liées au statut socioculturel, économique, ethnique, etc. à l'intérieur du groupe d'hommes ou de femmes, qu'entre les hommes et les femmes eux-mêmes. Certains auteurs ⁽¹⁵⁾ ont d'ailleurs développé des typologies plus variées de la masculinité, qui regroupent les hommes en quatre catégories allant d'individus ayant intégré un concept de la masculinité traditionnelle à ceux revendiquant un statut de "nouvel homme", qui ne seraient pas emprisonnés dans ces schémas. Reste qu'on ne peut ignorer, dans une perspective sociologique, les courants et tendances dominants liés aux genres.

2.2.4 "T'es un homme, tu ne pleures pas!"

C'est en effet sur une image d'un homme fort, viril, qui sait prendre des risques que la société a construit l'image de la santé, renforçant ainsi les normes masculines dominantes de la société. Cette course au pouvoir, à l'hégémonie du genre masculin, peut induire chez certains hommes des pratiques sociales et sanitaires à risque qui, paradoxalement, nuisent à leur propre santé. On peut ainsi dresser la liste des "commandements" associés à l'image sociale masculine traditionnelle dans nos sociétés industrielles occidentales, lesquels lui donnent le "droit" d'être un homme:

- Tu démontres une apparence forte, robuste, agressive, tu en imposes.
- Tu n'as ni faiblesse ni vulnérabilité.
- Tu n'as jamais mal, tu ne reconnais pas ta douleur.
- Tu contrôles toujours tes émotions et ton corps.
- Tu n'écoutes pas tes propres besoins.
- Tu n'as jamais besoin d'aide.

Dès lors, ne pas s'intéresser à sa santé, ne pas prendre en compte les consignes de sécurité, refuser de s'arrêter de travailler pour un simple "bobo", dormir peu, conduire après avoir bu, tout cela devient "normal", parce qu'attendu, voire demandé socialement. En particulier, pour un homme, être malade représente aux yeux de ses pairs une faiblesse qui induit une diminution de pouvoir envers eux.

Etre un homme, c'est ne pas s'intéresser à sa santé

Ainsi, les injonctions sociales ayant construit son identité masculine l'empêchent partiellement d'oser dire ses maux et faire appel à un médecin pour l'aider à se soigner. Se soigner, car la part de maîtrise sur soi revendiquée par le genre masculin est essentielle dans la réflexion sur les approches thérapeutiques. La statistique des consultations chez un médecin généraliste ⁽⁸⁾ est sur ce point éloquente: jusqu'à 74 ans, les hommes

sont systématiquement moins nombreux (59%) que les femmes (63%) à consulter un médecin généraliste. Chez les plus de 75 ans, les hommes sont toutefois plus nombreux que les femmes à consulter un médecin généraliste au moins une fois en douze mois.

En matière de consultation pour troubles psychiques ou psychiatriques, les personnes à la recherche d'une aide professionnelle pour traiter un problème psychique s'adressent, dans environ deux tiers des cas, à un spécialiste (médecin, médecin psychiatre, psychologue ou autre) en pratique privée ⁽¹¹⁾. Un dernier tiers recourt aux offres de traitement rattachées à une clinique. Dans le détail, il apparaît que les hommes (47.9%) se tournent plus fréquemment vers un spécialiste, autrement dit vers un psychiatre ou un psychologue que les femmes (34.9%). Ces dernières consultent davantage des médecins hors du domaine de la psychiatrie (33.3%) que les hommes (17.0%). Ce constat est à mettre en lien avec le fait que les hommes consultent des spécialistes en cas de troubles graves et avérés, alors que les femmes se préoccupent plus précocement de leur santé et ont donc recours à des généralistes.

L'homme va moins chez le médecin, et lorsqu'il y va, il consulte pour des troubles relativement graves et nécessitant des soins spécialisés

2.2.5 De l'image traditionnelle unique à la multiplicité du genre masculin

La démonstration de la masculinité s'exprime différemment selon les individus, en fonction de l'âge, de l'ethnie, du statut social, économique, éducationnel et de l'orientation sexuelle. Selon ces facteurs, les hommes exprimeront leur masculinité par le port d'une arme, avec leurs poings, dans leur sexualité, dans le sport, en s'investissant dans un travail physique, au travers de leur voiture ou encore de leur puissance financière. Dans notre société en mutation, les repères traditionnels s'effritent; la famille nucléaire classique – couple avec enfants – n'est plus forcément la norme, les femmes s'engagent professionnellement, font de la politique, bousculant ainsi les rôles sociaux traditionnels. Certains hommes se voient ainsi eux aussi confrontés à la double charge "famille – travail" dans laquelle ils estiment devoir investir beaucoup plus pour la sphère professionnelle que celle familiale. Pourtant, dans ce nouveau rôle, les hommes – tout comme les femmes d'ailleurs! – ne reçoivent que peu de reconnaissance de leur entourage, quand ce ne sont pas des reproches ou de la réprobation. Tirillés entre leur rôle "historique" de pourvoyeur des finances et leurs envies d'être des pères présents et attentifs, ballottés entre différents rôles, classiques et nouveaux, nombre d'entre eux ne savent plus à quoi se référer pour garder leur pouvoir et leur place, sans pour autant prendre les rôles et places des femmes. Cette absence de repères clairs leur fait douter de leur estime d'eux-mêmes. Les attentes et besoins des femmes les submergent, les déstabilisent, les angoissent. Quelle place reste-t-il pour leurs rôles masculins traditionnels, de pères, de chefs de famille? Quelle(s) nouvelle(s) forme(s) de masculinité(s) les hommes doivent-ils, peuvent-ils exprimer? En effet, aujourd'hui, les hommes savent ce qu'on leur reproche d'être, dominateurs, violents, imbus de pouvoir, omniprésents... Il est moins évident pour eux de savoir ce qu'ils devraient être.

Trop peu de nouvelles formes de masculinités

2.2.6 Un lien entre identité masculine stéréotypée et consommation de substances psychoactives

L'appartenance à une classe sociale va faciliter ou non l'expression de différentes formes de masculinité. Des ressources sociales limitées pour construire sa propre identité masculine, comme appartenir à une ethnie minoritaire, avoir un statut social défavorisé, un niveau éducatif bas ou une orientation sexuelle différente (homosexualité) favorisent une construction identitaire masculine fortement imprégnée des stéréotypes dominants. Or, de plus en plus de recherches scientifiques démontrent le lien évident qu'il y a entre l'intériorisation de la norme masculine dominante et les comportements à risque pour la santé, dont la consommation de cigarettes, d'alcool et d'autres drogues font partie.

Les ressources personnelles et sociales permettent de modifier l'image traditionnelle de la masculinité

Une image stéréotypée de la masculinité signifie l'adoption de comportements sanitaires à risque

En effet, la consommation problématique de substances psychoactives est à considérer comme une manière pour certains hommes d'exprimer leur masculinité ⁽¹⁴⁾. Cela leur permet d'exister socialement et de tenter de résoudre leurs problèmes, à la fois en les extériorisant et en les refoulant dans leur conscience. Cette ambivalence est encore renforcée par le besoin d'avoir le contrôle total sur leurs propres comportements à risque. Dans cette perspective, la pratique de sports extrêmes, l'appartenance à une bande et la consommation excessive d'alcool ou de drogues constitue pour un homme la démonstration de sa suprématie, de sa capacité à dépasser les limites, de sa force – y compris en matière de violence – pour autant qu'il montre qu'il a la situation complètement sous contrôle. Paradoxalement, l'ivresse fait aussi partie de la démonstration de la masculinité. Dès lors, la différenciation entre "tenir le coup" – boire beaucoup sans paraître ivre – et "prendre une cuite" est floue, avec pour risque particulièrement élevé, dans les deux cas, de glisser dans la dépendance.

La consommation de substances psychoactives comme signe de masculinité

L'approche de la santé par les genres doit inciter à analyser les consommations de substances psychoactives des différentes classes sociales et éducationnelles sous un autre jour, celui de la construction sociale du genre, laquelle nous indique des pistes pour modifier les attitudes et comportements des hommes en amont (prévention primaire) et dans tous les domaines de l'aide aux personnes concernées par les problèmes de dépendance.

Travailler sur l'identité masculine et ses implications dans les attitudes quotidiennes, sur les représentations de la santé, sur les attentes sociales des autres et de soi-même constitue une approche prometteuse pour modifier petit à petit l'image de l'hégémonie masculine et ses conséquences négatives sur les comportements de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brandes, H., & Bullinger, H. (1996). *Handbuch Männerarbeit*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
2. Clerget, S., & Leroy, P. (2005). *Elever un garçon aujourd'hui. En faire un homme, pas un macho*. Paris: Albin Michel.
3. Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley / Los Angeles: University of California Press.
4. Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
5. Faulstich-Wieland, H. (2000). Sozialisation von Mädchen und Jungen - Zum Stand der Theorie. *Diskus*, 2, 8-14.
6. Gilles, E. (2005). Pourquoi les jeunes prennent des risques. *Allez savoir!*, 31, 17-23.
7. Kraemer, S. (2000). The fragile male. *BMJ*, 321, 1609-1612.
8. Observatoire suisse de la santé (OBSAN). (2005). *Taux de consultation des médecins généralistes*. Dernière visite août 2005, en ligne: http://www.obsan.ch/monitoring/statistiques/6_5_1_1/2002/f/6511.pdf.
9. Office fédéral de la statistique (OFS). (2004). *Espérance de vie*. Dernière visite août 2005, en ligne: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/bevoelkerung/stand_u_struktur/blank/kennzahlen0/lebenserwartung.html.
10. Rohrmann, T. (2002). Jungensozialisation. In D. Bange & W. Körner (éd.), *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (pp. 261-269). Göttingen: Hogrefe.
11. Rüesch, P., & Manzoni, P. (2003). *La santé psychique en Suisse - Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (OBSAN).
12. Schnack, D., & Neutzling, R. (2000). *Kleine Helden in Not. Jungen auf der Suche nach Männlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
13. Violi, E. (2003). *Les hommes, la masculinité et la santé*. *Infothèque*, 15(2), 18-23.
14. Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern - Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.
15. Zulehner, P. (2004). Masculine identities: Quantitative evaluation of Germanic men's perspectives on their masculine identity. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(1), 118-124.

3. Enjeux et mécanismes de l'addiction

3.1 Les déterminants de la santé et leur implication dans la consommation

On l'a vu dans le chapitre précédent, les aspects normatifs et sociaux associés à l'intériorisation de la masculinité et à la manière de la vivre constituent des facteurs de grande importance dans la décision de consommer des substances psychotropes. Cependant, d'autres déterminants jouent un rôle dans l'entrée en consommation et dans le développement d'une dépendance. Ce sont des facteurs liés à l'individu, aux plans biologique, génétique et psychopathologique, à sa personnalité (comme l'estime et la confiance en soi, la tolérance à la frustration, la capacité à gérer les conflits), à l'environnement social, familial, scolaire et professionnel, à des facteurs sociétaux comme les perspectives d'avenir, l'exclusion sociale, le consumérisme, la performance à tout prix, mais aussi l'accessibilité aux produits. Tous ces facteurs ont aussi un lien avec la manière dont l'individu vit et perçoit sa propre masculinité ou sa féminité. Il faut encore rappeler que ces déterminants peuvent autant avoir des effets de protection que de risque: plus une personne dispose de facteurs de protection, moins elle est susceptible d'utiliser des substances psychotropes de manière problématique. C'est le cumul de plusieurs facteurs qui induit la situation d'usage et d'abus ⁽⁶⁾. L'ensemble de ces facteurs sont impliqués dans les divers modes de consommation (expérimentation, usage occasionnel, consommation chronique, dépendance, abus ponctuel) et à certains stades du développement de l'individu. Ils sont abordés en détail dans le présent rapport au travers des chapitres suivants.

De multiples déterminants

Il est essentiel d'établir une distinction entre les substances et leur potentiel de toxicité ainsi qu'entre les différentes manières de les consommer et le contexte dans lequel cette consommation se passe. Pour chacune des substances psychoactives traitées, nous précisons donc tout au long du rapport, les différents enjeux et risques associés, en fonction des âges et des contextes.

3.2 Le mécanisme de la récompense

Des données récentes de la neurobiologie ⁽⁸⁾ ont permis de montrer que tous les produits engendrant une dépendance chez l'être humain (amphétamine, cocaïne, morphine, héroïne, cannabis, nicotine, alcool, etc.) stimulent la libération de dopamine dans le noyau accumbens, une structure sous-corticale du cerveau. La dopamine agit dans le "circuit de la récompense", lequel définit l'état de satisfaction physique et psychique de l'individu. Les substances psychoactives, en augmentant la production de dopamine, stimulent les structures du circuit de la récompense et induisent une sensation de satisfaction. Or, ce système est normalement activé en l'absence de substances psychoactives, à l'occasion de récompenses

naturelles (nourriture, boisson, sexualité...). Au fil des expériences vécues, selon le rapport de l'INSERM ⁽⁸⁾: «ce n'est plus la récompense qui active les neurones dopaminergiques mais les signaux annonçant l'arrivée de cette récompense. Au cours de son développement, chaque individu se constitue donc un ensemble de signaux qui lui sont propres et dont la perception lui permet d'anticiper une satisfaction et de s'adapter à son obtention. Un signal non suivi de récompense déclenche une frustration. La prise de substances psychoactives, en activant les systèmes dopaminergiques de façon intense, conduit l'individu à mémoriser des événements qui n'ont pas de réalité physiologique mais qui, parce qu'ils sont associés à la prise du produit, l'en rendent dépendant. Même si la conception dopaminergique des processus de dépendance représente une avancée considérable dans notre compréhension de la toxicomanie, la dopamine n'est vraisemblablement que le dernier maillon d'une chaîne neuronale impliquant d'autres neuromodulateurs».

Aucune différence entre les sexes dans le mécanisme de la récompense n'est mise en évidence dans ce rapport d'experts.

On note toutefois que les réactions neuro-psychologiques à la consommation de cocaïne diffèrent entre les hommes et les femmes, sans que les résultats des diverses études menées soient convergents ⁽¹³⁾. Ainsi, selon certaines études, les hommes ressentiraient plus fortement que les femmes les effets euphoriques de la cocaïne, mais moins nettement qu'elles les effets sur le système psychomoteur. Cependant, les différences de l'impact de l'abus de cocaïne sur le développement d'une dépendance chez les hommes et les femmes ne sont pas démontrées.

3.3 Les vulnérabilités génétiques et familiales

L'ensemble des études familiales, de jumeaux et d'adoption ont montré une part héréditaire dans la dépendance alcoolique; cette héritabilité, bien que fort complexe au plan étiologique, est estimée entre 40% et 60% chez les hommes. Les dépendances les plus sévères semblent être les plus susceptibles d'être héritées ⁽⁷⁾. On doit toutefois souligner que le facteur génétique est un facteur additif aux autres déterminants que sont l'environnement familial, les habitudes alimentaires, les pathologies associées et les normes de notre société, entre autres.

Pour la cocaïne, les héritabilités estimées ⁽⁹⁾ sont de 39% pour l'usage de la substance, 79% pour l'abus et 65% pour la dépendance. Kendler ⁽⁹⁾ relève que la vulnérabilité à l'abus et la dépendance à la cocaïne chez les femmes en particulier est fortement influencée par des facteurs génétiques.

En matière de tabagisme, une étude récente ⁽¹⁴⁾ a constaté l'existence d'un lien entre la dépendance à la nicotine et une variation observable sur un gène particulier, appelé CYP2A6, qui contrôle la rapidité avec laquelle la nicotine est métabolisée. Une certaine variation du gène CYP2A6 ralentit

le métabolisme de la nicotine, entraînant vraisemblablement une exposition prolongée du cerveau à la substance. Aucune différence entre les sexes n'est indiquée dans cette étude.

3.4 Les différences physiologiques

Au plan physiologique, on peut constater une plus grande vulnérabilité de la femme à l'alcool, due essentiellement à une proportion différente des masses graisseuses et musculaires dans l'organisme, ayant pour conséquence une plus faible proportion de liquide organique chez une femme de même poids qu'un homme; dès lors, une quantité égale d'alcool dans l'organisme d'une femme sera plus concentrée que chez un homme, respectivement le taux d'alcool plus élevé, et l'impact de cet alcool en sera donc plus important. La faible activité enzymatique au niveau de l'estomac chez les femmes comparativement aux hommes les fragilisent encore plus. Au plan scientifique, des études ont démontré que les femmes développent des problèmes sanitaires et sociaux plus rapidement et avec de moins grandes quantités d'alcool que les hommes ^(1, 12, 15). Ainsi, le risque de développer une cirrhose chez les hommes augmente significativement avec une consommation d'alcool de 40 g par jour, alors que cette quantité n'est que de 20 g chez les femmes ⁽³⁾.

En matière de tabac, le risque de maladies pulmonaires, à consommation égale, est plus élevé chez la femme que chez l'homme, vraisemblablement du fait d'une surface et d'un volume des poumons moindres chez la femme (et d'un rôle possible des oestrogènes) et que leur apparition est plus précoce (environ 5 ans avant l'homme) ⁽¹⁰⁾.

Le cannabis, en particulier le THC, n'a pas d'effet sur le taux de testostérone masculine; par contre, les effets pour la femme durant le cycle de menstruation sont assez évidents, comme le relève une expertise de Fischer et al. ⁽⁵⁾.

Pour la cocaïne, une étude ⁽⁴⁾ montre que la vasoconstriction des vaisseaux cérébraux induite par la prise de cocaïne est influencée chez la femme lors du cycle de menstruation. Par ailleurs, d'autres études ^(2, 11) ont montré que les femmes avaient, en comparaison avec des hommes ayant une anamnèse semblable en matière de consommation de cocaïne, moins d'insuffisances d'irrigation cérébrales et un dommage neuronal frontal moins conséquent.

Des études en imagerie cérébrale ont constaté des différences intéressantes entre les femmes et les hommes dépendants de l'héroïne: une plus grande densité de récepteurs μ -opioïdes a été trouvée dans les cerveaux féminins que dans ceux des hommes ⁽¹⁶⁾.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blume, A. (1986). Women and alcohol. *JAMA*, 256, 1467-1470.
2. Chang, L., Ernst, T., Strickland, T., & Mehringer, C. M. (1999). Gender effects on persistent cerebral metabolite changes in the frontal lobes of abstinent cocaine users. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 716-722.
3. Cyr, M. G., & Moulton, A. W. (1990). Substance abuse in women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 17(4), 905-925.
4. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., & Mader, R. (éd.). (2005). *Männer, Frauen, Sucht*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
5. Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., & Fallu, J.-S. (2004). *Cannabis prevention among youth (with special focus on gender differences)* (Bericht No. 178). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
6. INSERM. (2001). *Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Expertise collective*. Paris: Les Editions INSERM.
7. INSERM. (2003). *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendances - Expertise collective 2003*. Dernière visite août 2005, en ligne: http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_ch15.pdf, <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivealcool.ht>.
8. INSERM. (2004). *Tabac: comprendre la dépendance pour agir - Expertise collective 2004*. Dernière visite août 2005, en ligne: <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivetabac.html>, <http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac-dependance.html>.
9. Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (1998). Cocaine use, abuse and dependence in a population-based sample of female twins. *British Journal of Psychiatry*, 173, 345-350.
10. Langhammer, A., Johnsen, R., Holmen, J., Gulsvik, A., & Bjermer, L. (2000). Cigarette smoking gives more respiratory symptoms among women than among men. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(12), 917-922.
11. Levin, J. M., Holman, B. L., Mendelson, J. H., Teoh, S. K., Garada, B., Johnson, K. A., et al. (1994). Gender differences in cerebral perfusion in cocaine abuse: Technetium-99m-HMPAO SPECT study of drug-abusing women. *Journal of Nuclear Medicine*, 35(12), 1902-1909.
12. Lieber, C. S. (1997). Gender differences in alcohol metabolism and susceptibility. In R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (éd.), *Gender and alcohol: Individual and social perspectives* (pp. 77-89). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
13. Lukas, S. E., Sholar, M., Lundahl, L. H., Lamas, X., Kouri, E., Wines, J. D., et al. (1996). Sex differences in plasma cocaine levels and subjective effects after acute cocaine administration in human volunteers. *Psychopharmacology (Berl)*, 125(4), 346-354.
14. O'Loughlin, J., Paradis, G., Kim, W., DiFranza, J., Meshfedjian, G., McMillan-Davey, E., et al. (2004). Genetically decreased CYP2A6 and the risk of tobacco dependence: A prospective study of novice smokers. *Tobacco Control*, 13, 422-428.
15. Schenker, S. (1997). Medical consequences of alcohol abuse: Is gender a factor? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(1), 179-181.
16. Zubieta, J. K., Dannals, R. F., & Frost, J. J. (1999). Gender and age influences on human brain mu-opioid receptor binding measured by PET. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 842-848.

PARTIE II

Des âges, des modes de consommation,
des risques et conséquences, vus sous
l'angle masculin...

4. Enfance et adolescence: l'individu et le groupe, dans un contexte de vie

4.1 La place de la famille, le rôle des parents dans la petite enfance

L'influence du milieu familial est caractérisée à la fois par le modèle de consommation des parents et la qualité du lien qui les unit à leurs enfants. Les enfants adopteront ou non les comportements de consommation de leurs parents en fonction de la qualité du lien relationnel qu'ils ont avec eux ⁽²⁰⁾. La consommation de produits psychoactifs des parents induit de manière importante la consommation de cannabis des enfants. Mais le fait que les parents ne soient pas consommateurs de substances psychoactives n'induit pas systématiquement une abstinence chez les enfants. La quasi totalité des études montrant l'influence de la famille comme prédicteur de la consommation de substances des enfants sont nord-américaines et ne reflètent donc pas complètement les aspects culturels de notre pays. Ainsi que le soulignent Güttinger et al. ⁽¹⁴⁾, une seule étude jusqu'à présent a été conduite en Europe ⁽²⁵⁾. Deux facteurs – que l'on retrouve aussi chez les femmes mais à un plus faible degré – sont déterminants pour les hommes: les habitudes de consommation des parents et le comportement relationnel et éducatif parental. Ainsi, les hommes qui consomment des drogues ont beaucoup plus fréquemment que les autres hommes un père, une mère ou les deux parents ayant un problème de drogue, les problèmes de consommation de la mère ayant une influence prépondérante. Les hommes développant tardivement une dépendance ont grandi plus fréquemment que les autres hommes dans des familles séparées ou divorcées; par ailleurs, la cohésion familiale est un facteur protecteur, puisque les enfants ayant vécu dans une famille à forte cohésion ont significativement moins de problèmes de drogue que les autres. Les études épidémiologiques ⁽⁴⁴⁾ montrent de manière empirique que la possibilité de confier ses soucis aux parents a un effet protecteur contre la consommation de substances psychoactives, et ce de manière encore plus forte chez les garçons que chez les filles.

Cohésion familiale et dialogue comme facteurs protecteurs importants pour les garçons

Ainsi, le rôle du père est-il considéré par les experts consultés comme une composante importante à thématiser avec des adolescents en rupture. Bien souvent, le père est perçu comme un "absent" virtuel, témoin passif de l'éducation de son enfant. Il en découle une image paternelle fragile, en lien avec un manque de personne de référence masculine pour le garçon. Ces enfants-là ne savent pas vraiment ce que représente "être un homme".

L'équipe de Güttinger ⁽¹⁴⁾, se basant sur l'étude de Küfner ⁽²⁵⁾ note que les traumatismes vécus durant l'enfance, comme les abus corporels, sexuels ou émotionnels, ainsi que les déficits relationnels sont significativement plus fréquents chez les hommes consommant des drogues que chez les autres. Les abus émotionnels ^a constituent, selon cette étude, un facteur de risque

Les abus sexuels et corporels sont aussi présents chez les garçons

^a voir définition sous: http://en.wikipedia.org/wiki/Emotional_abuse

masculin important pour le développement d'une dépendance à l'âge adulte. Küfner suggère que ce déficit relationnel peut induire par la suite une plus forte orientation de l'enfant vers des groupes de pairs, lesquels peuvent avoir une influence négative sur l'intention de consommer des drogues.

Dans l'étude citée ⁽²⁵⁾, le lien entre abus sexuel, négligence physique et consommation et dépendance est analysé. Si la proportion de garçons ayant subi de tels abus sont à chaque fois plus élevées chez les consommateurs de drogue et personnes dépendantes que dans les autres groupes, le lien statistique n'a pas été démontré (OR non significatifs). On relèvera cependant la forte proportion de garçons qui sont concernés par cette problématique invisible, voire taboue, le pourcentage d'abus sexuels chez les garçons s'élevant à 26.2% pour les personnes devenues dépendantes et 21.2% pour celles consommant des drogues; ces données correspondent à celles de diverses études, selon lesquelles un homme sur six en France ⁽⁸⁾ et 10.9% des garçons en Suisse ⁽¹⁵⁾ a été sexuellement agressé durant son enfance ou son adolescence. Alors que ce facteur de risque est clairement établi pour les femmes, il s'agit d'étudier ce phénomène de plus près chez les garçons aussi, ainsi que de dépister le plus précocement possible les garçons abusés sexuellement. En effet, les troubles décrits chez les enfants ayant été abusés sexuellement ⁽³⁾ sont préoccupants: angoisses, phobies, troubles dépressifs dès le plus jeune âge, faible estime de soi, culpabilité, troubles identitaires et émotionnels chez les enfants d'âge scolaire, idées suicidaires, conduites asociales et détresse psychologique à l'âge adulte. Leur ressemblance avec d'autres facteurs de risque de dépendance sont évidents et doivent inciter à développer des stratégies de dépistage dans ce sens, puisque moins de la moitié (41.7%) des garçons concernés en a parlé avec quelqu'un ⁽¹⁵⁾.

Un tabou: les abus sexuels chez les garçons

Abus = risque élevé de consommation et de dépendance, pour les garçons aussi

Des actions de prévention orientées vers la famille sont nécessaires; elles sont partie intégrante d'une politique familiale visant à augmenter la qualité de vie des familles et à renforcer et soutenir le rôle éducatif des parents, particulièrement celui du père.

Les approches de prévention des abus sexuels sont à encourager, tout comme celles incitant les enfants à briser la loi du silence et à oser parler des sévices vécus. Une sensibilisation des professionnelles à la question des abus sexuels sur les garçons est à entreprendre, afin de faciliter un repérage précoce de ces situations.

4.2 La consommation des adolescents et jeunes adultes en chiffres

4.2.1 Alcool

Quatre jeunes sur cinq âgés de 13 ans ont déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie; chez les jeunes de 16 ans, le pourcentage est

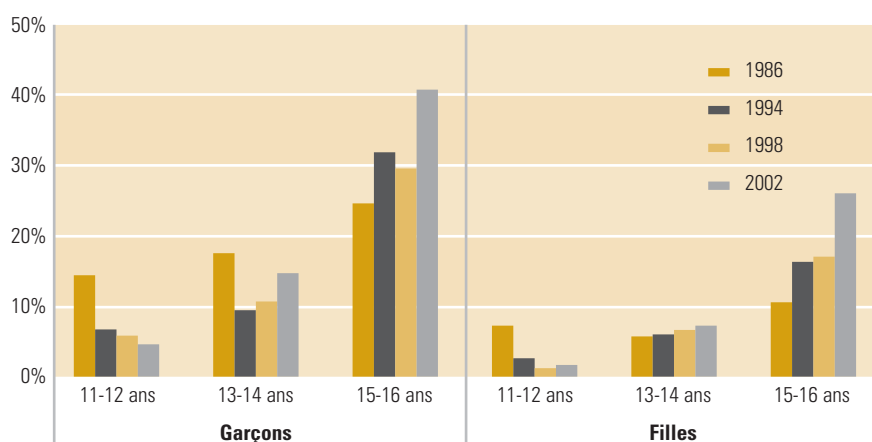
de 94%. En règle générale, il s'agit toutefois d'un essai par curiosité. Tout juste 10% des jeunes âgés de 13 ans ont pourtant consommé de l'alcool à quarante reprises, voire plus. Une situation préoccupante, puisque plus un enfant consomme précocement de l'alcool, plus les risques de développer des problèmes d'alcool à l'âge adulte sont grands ⁽⁶⁾; cette association est plus marquée chez les filles que chez les garçons ⁽⁴⁰⁾.

La consommation d'alcool précoce est un problème

Pour les jeunes de 15 à 16 ans, une consommation d'alcool hebdomadaire est à considérer comme un comportement à risque; depuis 1986, la proportion des jeunes consommant chaque semaine est en nette augmentation, passant chez les garçons de 24.3% en 1986 à 40.5% en 2002; pour les filles, l'évolution est de 10.3% à 25.8% ⁽²⁴⁾. L'augmentation de la consommation hebdomadaire s'accélère à partir de 13-14 ans (voir graphique 4.1). On constate ⁽³⁴⁾ que la consommation hebdomadaire évolue peu entre 16 et 20 ans, pour atteindre 54.3% chez les garçons en filière d'apprentissage et 31.6% pour les apprenties, alors que la proportion des étudiants du même âge est de 68.6% chez les garçons et 39.6% chez les filles.

Graphique 4.1

Consommation hebdomadaire d'alcool chez les élèves de 11 à 16 ans. Enquête HBSC 2002 ⁽²⁴⁾.



La bière reste la boisson alcoolique préférée des garçons (32.9%), devant les alco pops (21.5%) et les spiritueux (11.9%); chez les filles, les alco pops viennent en tête (19.8%), devant la bière (10.1%) ⁽⁴²⁾.

Chez les jeunes de 16 ans, les consommations excessives ponctuelles constituent une grande préoccupation; 31.8% des garçons et 25.5% des filles de 16 ans ont consommé 5 verres ou plus par occasion, et ce une à deux fois dans le mois précédant l'enquête ⁽¹³⁾. Ils sont 19.7%, resp. 9.7% à l'avoir fait trois fois et plus.

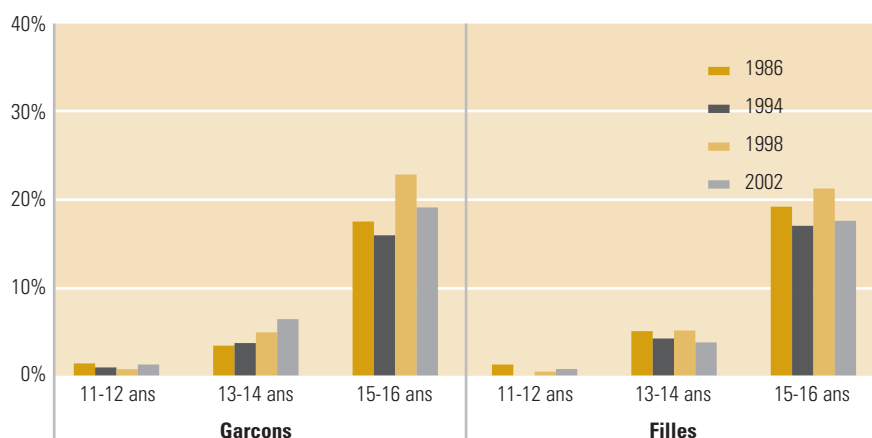
Chez les adolescents et jeunes adultes déjà, les différences de comportement de consommation d'alcool sont nettes. Il s'agit donc de développer des approches en prévention primaire et secondaire spécifiques aux genres. On abordera de manière privilégiée avec les garçons la thématique de l'image virile de l'alcool, de son statut de produit "cool", de la recherche d'ivresses et de son sens, entre autres. La consommation hebdomadaire des 15-16 ans doit inciter à mettre en place ces mesures le plus précocement possible.

4.2.2 Tabac

L'accélération de la consommation hebdomadaire observée pour l'alcool est aussi claire pour la consommation de tabac: 9% des garçons de 13-14 ans fument chaque semaine au moins contre 26.1% dans le groupe d'âge des 15-16 ans ⁽⁴²⁾. Même constat chez les filles, avec 7.9% à 13-14 ans et 25.0% à 15-16 ans. Il en va de même pour la consommation quotidienne de tabac (voir graphique 4.2). L'étude ESPAD ⁽¹³⁾ arrive ainsi à un pourcentage de 37.8% de consommatrices (30 derniers jours) et 38.2% de consommateurs pour les adolescent-e-s de 16 ans. L'absence de différence notable entre les sexes laisse penser que la tendance de la convergence des comportements de consommation des filles vers ceux des garçons continue et pourrait déboucher d'ici quelques années sur une consommation égale chez les adultes, à un niveau très élevé.

Graphique 4.2

Consommation quotidienne de tabac chez les élèves de 11 à 16 ans. Enquête HBSC 2002 ⁽²⁴⁾.



L'enquête suisse sur la santé des écoliers ⁽⁴²⁾ fait le constat que sur les 20 000 adolescent-e-s de 15-16 ans qui consomment chaque jour des cigarettes, 69.2% des garçons et 70.7% des filles indiquent fumer le matin avant d'aller à l'école, 48.3% des garçons et 59.2% des filles fument parce qu'ils ou elles n'arrivent pas à arrêter; les garçons fument en moyenne 6.6 cigarettes par jour et les filles 6.4. Au final, 57.3% des garçons et 59.0% des filles ont au moins 2 signes de dépendance avérés.

Chez les 16-20 ans (34), des différences apparaissent non seulement entre les sexes, mais dans les filières de formation: chez les apprenti-e-s, filles et garçons sont assez proches, aussi bien à 16 ans (29% filles vs 25% garçons) qu'à 20 ans (41.3% vs 45.2%), avec cependant une plus forte progression des fumeurs chez les garçons. Cette différence est encore plus marquée chez les étudiant-e-s, qui passent chez les filles de 17.4% à 16 ans à 22.4% à 20 ans, alors que la proportion des garçons augmente de 18.4% à 34.3% entre 16 et 20 ans.

Une prévalence de consommation quasi identique chez les garçons et les filles de 15 ans ne veut pas forcément dire qu'il faut faire une prévention unisexe contre le tabagisme. Les motifs de consommation sont sur ce plan déterminants. La progression différenciée constatée par la suite semble bien indiquer la présence de facteurs sociaux et structurels qui influencent la consommation et son arrêt. Il est nécessaire de continuer à faire de la prévention avec les jeunes adultes et de développer des actions de prévention sexospécifiques dans les entreprises formatrices et les écoles professionnelles.

4.2.3 Médicaments

Nous n'avons que très peu d'indications sur la consommation de médicaments des adolescents en général; seule la consommation de médicaments en tant que drogue est recensée: 2% des garçons et 4% des filles de 11 à 16 ans indiquent prendre des médicaments pour en ressentir les effets psychoactifs (42).

Chez les jeunes adultes de 16-20 ans (34), on constate en 2003 une tendance similaire à celle des adultes: l'usage d'antidouleurs est plus fréquent chez les jeunes femmes (17.3%) que les jeunes hommes (5.8%), celui de médicaments pour dormir aussi (1.4% des jeunes femmes contre 1% des jeunes hommes); la différence entre les sexes est encore plus marquée (7.7% vs 1.0%) pour les médicaments contre la nervosité et l'angoisse.

La faible prévalence chez les adolescents met toutefois en évidence un comportement à hauts risques de dépendance future, corroboré par les données chez les 16-20 ans. Même si ce comportement est plus marqué chez les filles, il est indispensable de développer des approches préventives qui incluent cette préoccupation, aussi bien pour les filles que pour les garçons.

4.2.4 Cannabis

Les deux grandes études portant sur les adolescents (13, 42) indiquent des taux de prévalence semblables: environ la moitié des garçons de 15-16 ans et quatre filles sur dix ont déjà consommé du cannabis dans leur vie. Il y a près du double de garçons comparé aux filles qui disent avoir consom-

mé du cannabis 40 fois et plus durant leur vie ⁽¹³⁾. 34.4% des garçons disent consommer actuellement et 6.8% l'avoir fait une fois seulement (HBSC) ⁽⁴²⁾, soit 41.2% au total, ce qui est proche des résultats de ESPAD ⁽¹³⁾ (41.6% de consommateurs de 16 ans dans les 12 mois écoulés). Chez les filles, ces taux sont plus bas, aux alentours d'une fille sur trois. 31.8% des garçons de 16 ans ⁽¹³⁾ ont consommé dans les 30 derniers jours contre 18.4% des filles, soit un total de 25.8% des jeunes de 16 ans, parmi lesquels 23.1% disent l'avoir fait 20 fois et plus. Cela veut dire que 5.1% des jeunes de 16 ans garçons et filles confondus fument presque chaque jour du cannabis, ce qui est extrêmement préoccupant.

Cette tendance se confirme chez les 16-20 ans ⁽³⁴⁾, où 3.8% des filles et 12.7% des garçons indiquent fumer du cannabis tous les jours.

Les garçons sont beaucoup plus concernés par le cannabis que les filles: ils sont plus nombreux à en consommer, consomment plus fréquemment et une forte proportion d'entre eux fument quotidiennement. Des approches spécifiques sont à développer, que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire.

4.2.5 Héroïne et cocaïne

Chez les adolescents de 15-16 ans, la prévalence à vie de la consommation d'héroïne est relativement stable entre 1994 et 2002 ⁽⁴²⁾, ces données n'étant toutefois pas statistiquement significative, du fait du faible nombre de cas: chez les garçons: elle passe de 1.6% à 1.7%, alors qu'elle est stable chez les filles, avec un taux de 0.6%. Chez les 16-20 ans ⁽³⁴⁾, la prévalence à vie n'augmente pas par rapport aux 15-16 ans.

Pour la consommation de cocaïne des adolescents, la tendance entre 1994 et 2002 ⁽⁴²⁾ est à la hausse, la prévalence à vie passant de 0.7% à 1.7% chez les filles et de 1.1% à 3.4% chez les garçons. La prévalence à vie chez les 16-20 ans ⁽³⁴⁾, de 3.6% chez les filles et de 8.1% chez les garçons indique une tendance accrue à l'expérimentation, celle-ci étant toujours plus marquée pour les garçons que pour les filles.

Bien que ne concernant qu'un très faible pourcentage des jeunes, la consommation d'héroïne, stable depuis 1994, mais surtout celle de cocaïne, en nette progression chez les garçons et trois fois plus élevée que chez les filles, doivent être prises au sérieux; des démarches de prévention ciblées sur la consommation de cocaïne, en particulier des garçons, doivent se développer.

4.3 Les facteurs psychologiques

Depuis de nombreuses années, l'accent est mis sur le renforcement de l'estime de soi, la confiance en soi, la capacité à gérer le stress comme moyens de prévenir la consommation de drogues. De très nombreuses études scientifiques ont en effet démontré que moins les adolescents se sentent bien dans leur corps et dans leur tête, plus leur consommation de produits psychoactifs est problématique. Ainsi, on peut constater empiriquement ⁽⁴³⁾ que le fait de se trouver en mauvaise santé physique est un facteur de risque pour la consommation de toutes les substances psychoactives chez les garçons comme chez les filles, alors que le mal-être psychique semble augmenter la consommation d'alcool des adolescentes de 14-15 ans et n'a pas d'influence significative pour les garçons. Fischer et al. ⁽¹⁰⁾ constatent que «si les filles semblent plus consommer du cannabis dans le but de réduire leur état psychique négatif, ce n'est pas le cas des garçons, qui consomment plutôt pour se relaxer et ressentir des effets sensoriels et cognitifs et pour améliorer leur état psychique positif ^b».

On constate un lien fort entre la perception de son image corporelle et la consommation de substances psychoactives, chez les jeunes filles de 14-15 ans en particulier, les garçons n'y étant pas sensibles ⁽⁴³⁾. L'insatisfaction avec son corps a un lien avec la recherche d'ivresse fréquente et la consommation quotidienne de tabac chez les filles de 15-16 ans (HBSC 2002, propres calculs), mais pas chez les garçons et ni pour la consommation de cannabis. On relèvera aussi que de nombreuses adolescentes (et aussi des femmes) craignent de prendre du poids si elles arrêtent de fumer, ce qui constitue un obstacle à l'arrêt. Plus de 4 filles sur dix (42%) de 15 ans contre un garçon sur sept (15.2%) se font du souci parce que quelque chose ne leur plaît pas à propos de leur corps. Seuls 5.6% des garçons de 16 ans souhaiteraient changer considérablement leur apparence physique; c'est le cas de 13.8% des filles du même âge ⁽⁴²⁾. Les préoccupations de poids chez les garçons sont d'un autre ordre que pour les filles: près d'un garçon sur 5 de 16 ans se trouve trop maigre, alors que ce n'est le cas que d'une fille sur 12 ^(42, 34). On peut faire un lien ici avec le fait de vouloir – de devoir? – être musclé, afin de correspondre à l'image virile de l'homme et aux critères esthétiques de la publicité, du cinéma et des pairs.

Les garçons ont une confiance en eux élevée; à tous les âges entre 11 et 16 ans, ils se déclarent plus sûrs d'eux que les filles. En moyenne, 85.7% des garçons de 11-16 ans contre 70.5% des filles ont confiance en eux. Ce constat est corroboré par une haute estime de soi des garçons: 82% des 11-16 ans estiment qu'ils valent quelque chose, contre 72% des filles ⁽⁴²⁾. On peut toutefois se demander, puisque cette étude est constituée de réponses personnelles (self reporting), dans quelle mesure les garçons ne répondent pas conformément à ce qu'ils croient être l'image masculine valorisante et souhaitée et qu'ils cachent ainsi une moins bonne estime d'eux-mêmes que celle qu'ils ressentent vraiment. En effet, dans une perspective traditionnelle de la masculinité, un adolescent peut-il se permettre "d'avouer" qu'il va mal?

Le mal-être augmente le risque de consommer des substances psychoactives

La consommation de cannabis des garçons n'est pas en lien avec le mal-être

L'image virile de l'homme comme facteur de risque

Les garçons: plus sûrs d'eux

Pas facile pour les garçons d'oser dire: "Je vais mal"

^b Adapté et repris librement en français du document original en langue anglaise

Si on analyse les questions relatives au suicide, on peut légitimement craindre que le décalage entre le discours "avoué" et la réalité vécue soit particulièrement marqué et préoccupant chez les garçons. En effet, que se soit dans la tranche d'âge 14-16 ans ⁽⁴²⁾ ou celle des 16-20 ans ⁽³⁴⁾, la proportion de filles déclarant avoir songé fréquemment au suicide est significativement plus élevée que celle des garçons, avec des taux de 3.6% des garçons et 8.2% des filles entre 14 et 16 ans et 13% resp. 21.6% chez les 16-20 ans. Les tentatives de suicide sont elles aussi plus fréquentes chez les filles dans les deux tranches d'âges étudiées (1.9% des garçons entre 14-16 ans et 3.2% des 16-20 ans vs 3.9% et 8.2% chez les filles). Pourtant, le taux de suicide des hommes en Suisse (29.3 pour 100 000 habitants), est 2.5 fois plus élevé que celui des femmes ⁽⁴⁸⁾. Si l'aspect lié au manque d'intérêt pour son propre corps – relevé par Klingemann ⁽²³⁾ citant Kilmartin ⁽²²⁾ – lequel apparaît aussi en matière de comportements dommageables à la santé, est une composante masculine qui a certainement une influence sur le passage à l'acte réussi à l'âge adulte, la difficulté à exprimer ses sentiments et malaises est à mettre en évidence ici, afin de développer des approches de prévention du suicide spécifiquement adaptées au genre masculin, trop largement ignoré dans ce domaine ⁽¹⁹⁾.

*Le suicide: motus et bouche cousue
chez les garçons...*

...mais passage à l'acte ensuite

L'image traditionnelle de la virilité, du garçon fort ou mauviette, est à remettre en question et en discussion avec les jeunes garçons eux-mêmes, afin de les inciter à oser exprimer leurs sentiments, leurs peurs, leurs doutes. On doit aussi ouvrir cette discussion avec les filles, pour que le dialogue autour des stéréotypes puisse briser les images préconçues réciproques.

Toutefois, il faut veiller à ne pas imposer une nouvelle norme aux adolescents et leur laisser le choix et le droit de se déterminer; il s'agit donc d'offrir à chacune et chacun d'autres perspectives, d'autres horizons. Le modèle "*être un adolescent et un homme équilibré*" ⁽³⁵⁾ offre à ce sujet de nombreuses pistes pour y parvenir.

4.4 Prise de risque et masculinité

Les premiers comportements à risque s'expriment fréquemment à l'adolescence, dans une phase de son développement où le jeune doit faire face à des objectifs très exigeants: séparation affective d'avec les parents, indépendance économique, formation d'une identité personnelle et d'une orientation sexuelle, le tout dans une société aux repères peu clairs, parce que constituée aujourd'hui de valeurs très hétéroclites.

L'adolescence: un défi incroyable!

Ballottés dans leur recherche d'estime de soi et d'appartenance au groupe, les adolescents, garçons et filles, développent des comportements à risque, qui sont autant de signes d'une volonté de se défaire d'une souffrance, de se débattre pour exister enfin ⁽³⁰⁾. Les différences entre garçons et filles

dans la manière d'exprimer cette souffrance sont connues: les filles dirigent leur comportement contre elles-mêmes, faisant de leur corps un lieu d'amortissement de leur souffrance, (troubles internalisés comme la dépression ou l'anxiété), alors que les garçons expriment leur malaise dans l'agir et les conduites à risque, de provocation, de défi, de transgression, etc., dont la consommation de substances fait partie ⁽⁴⁾. Ils sont stimulés en cela par leurs pairs, qui, dans leur imaginaire d'adolescents, valorisent les conduites à risque comme signe de la virilité ⁽³⁰⁾. Il s'agit de montrer "qu'on en a", qu'on n'a pas froid aux yeux. Les comportements de consommation de substances sont par ailleurs considérés comme socialement acceptables et bien intégrés, puisqu'ils sont aussi fréquents chez les hommes adultes, comme c'est le cas de la consommation d'alcool par exemple. Citons comme illustration les "concours de saoulerie", sorte de rituels initiatiques typiquement masculins, qui permettent aux participants de faire la preuve qu'ils sont "des hommes, des vrais"; la même attitude dans un groupe de filles n'aurait certainement pas pour conséquence de prouver qu'elles sont de vraies femmes, bien au contraire ⁽²⁹⁾. A cet égard, il semble bien que les comportements à risque typiquement masculins, extravertis, s'avèrent plus "désirables" socialement que ceux du modèle féminin, introverti. Dès lors, les comportements à risque des garçons se propagent aussi chez les filles, alors que le contraire ne se vérifie pas. La convergence des comportements de consommation de substances psychoactives des filles vers ceux des garçons illustre bien cette tendance ⁽⁴⁾.

Garçons: extravertis

Filles: introverties

*Prise de risque: garçons, valorisés,
filles, dévalorisées*

Les prises de risque semblent aussi suivre des modes, dont on ne sait guère pourquoi elles apparaissent et disparaissent. L'écho que font les médias de certaines pratiques à risque pourraient favoriser la multiplication de certaines d'entre elles, les apparentant alors à des exploits. Cette recherche de démonstration spectaculaire, consciente ou non, est une composante de la prise de risque.

Médiatiser le risque le rend attractif

Pour tous les comportements de consommation de substances psychoactives, les garçons ont une perception plus faible de leur dangerosité que les filles ⁽⁴²⁾; à l'exception de la cigarette, où quasi autant de filles (13.4%) que de garçons (16.1%) estiment que fumer n'est pas dangereux, les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles à ne pas trouver dangereux de consommer de l'alcool (17% vs 7.9%), de l'héroïne (3% vs 1.5%) ou du cannabis (16.5% vs 8.7%). Cette tendance des garçons à sous-évaluer les risques se retrouve aussi dans les questions relatives à la conduite d'une voiture (41.1% vs 28.6%), ou encore pour les relations sexuelles non protégées (10.5% vs 3.5%).

*La notion de risque: plus acceptée
par les garçons*

Mais qu'elles soient valorisées socialement ou réprouvées, ces prises de risque chez les jeunes apportent aussi des sensations, du plaisir. La récompense, c'est d'abord le plaisir éprouvé, la sensation elle-même, et après coup seulement le fait d'avoir relevé un défi ⁽¹²⁾. Dépasser ses limites, c'est aussi s'affirmer, devenir autonome, se distancier par rapport à la famille. A cela s'ajoute un sentiment d'invulnérabilité, de "jeu avec la mort" (ordalie). Les adolescents sont plus nettement attirés par la recherche de sensations

fortes que les filles ⁽³⁴⁾.

La recherche de sensations a fait l'objet de nombreuses études pour tenter d'en expliquer l'origine ⁽⁵⁰⁾. L'amateur de sensations (sensation seeker) a été défini comme un individu ayant besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles et complexes, et voulant s'engager dans des activités physiques et sociales risquées, dans le but de maintenir un haut niveau de stimulation. La question de leur propre niveau d'activation et d'éveil cérébral, et partant, d'un aspect génétique dans la prise de risque, est un postulat encore non vérifié. Toutefois, il est clairement démontré que la recherche de sensations est une dimension impliquée dans plusieurs addictions ⁽⁵⁰⁾. Ainsi, la recherche de sensations peut donc constituer l'un des facteurs essentiels favorisant les premières alcoolisations, notamment chez les sujets les plus jeunes ⁽¹⁾. Une étude ⁽³⁷⁾ montre que chez les jeunes adultes non fumeurs la recherche de sensations est associée à une plus grande sensibilité initiale aux effets subjectifs de la nicotine. Cette recherche de sensations prédit par ailleurs la polyconsommation d'alcool, de tabac et de marijuana ⁽³²⁾.

*Recherche de sensations = risque
d'addiction*

Relevons cependant que certains auteurs estiment que la recherche de sensations fortes peut aussi conduire à des activités à risque positives ⁽¹⁷⁾, comme le rafting, l'escalade sportive ou d'autres sports extrêmes, pratiqués aujourd'hui de manière sécuritaire. Un lien est suggéré avec le fait que les jeunes adoptent des comportements à risque négatif lorsqu'ils sont confrontés à peu de défis et qu'ils ne disposent que de faibles ressources sociales et matérielles.

Les experts interrogés abordent aussi la question de la prise de risque par des approches dites de "gestion des risques" ou de prises de "risques contrôlés" (voir par exemple le concept "risflecting.at") et de pédagogie de la découverte; ils soulignent avec les jeunes que la prise de risque – le défi – est aussi ancrée dans leur réalité quotidienne, par exemple lorsqu'ils ont à se présenter à un examen ou devant un employeur potentiel.

Le lien démontré entre recherche de sensations et consommation de substances psychoactives doit nous inciter à développer des approches préventives précoces spécifiques pour ce type de population, essentiellement masculine, à la fois envers le comportement à risque lui-même, mais aussi à l'égard des consommations de substances qui y sont associées. La notion de gestion des risques est à inclure dans ces approches.

A cet égard, canaliser l'envie de sensations, offrir des possibilités de frissonner à risque contrôlé est aussi une alternative à laquelle réfléchir, selon les publics auxquels on s'adresse.

4.5 Les pairs

L'adolescence, c'est l'âge des bandes, des clans, des "amis pour toujours", de l'appartenance et de l'indépendance, des premières relations amoureuses... Les loisirs se passent entre copains et copines ⁽⁴³⁾: 31% des garçons et 25% des filles se retrouvent ensemble 4 à 5 fois par semaine, directement après l'école. Si vers 12-13 ans les sorties du soir sont des exceptions, cela devient plus fréquent vers 15 ans, âge où les jeunes disent sortir environ 2 fois par semaine. Dans ce contexte, 5% des adolescents se font du souci parce qu'ils n'ont pas de vrai-e-s ami-e-s. Les pairs sont indispensables pour se forger des compétences sociales; les garçons adolescents cherchent à appartenir à un groupe, à être comme les autres pour renforcer leur statut social, alors que les jeunes filles se tournent plus volontiers vers un-e seul-e ami-e. On constate que la perception que les garçons ont des attentes et comportements de leurs pairs est très souvent surévaluée: prise de risque et consommation de produits par les pairs sont ainsi systématiquement exagérées par celui qui ne le fait pas! Autrement dit, la plupart des jeunes croient que les autres ont déjà vécu des ivresses, fumé du cannabis, pris des risques ou eu des relations sexuelles, alors que ce n'est pas forcément le cas. Le décalage entre perception et réalité pose problème, car il induit une fausse attente sociale, une sorte de pression vers une norme qui n'existe pas dans la réalité. Dès lors, si un jeune croit que "tous les autres l'ont déjà fait", il sera beaucoup plus facilement disposé à le faire lui aussi, si l'occasion se présente ⁽¹⁸⁾.

L'importance des ami-e-s

Les perceptions normatives, une forme d'autogol

Cette approche est confirmée empiriquement ⁽²⁶⁾: aussi bien pour les états d'ivresse que pour la consommation de cannabis, les résultats confirment l'association entre l'usage individuel et la manière de consommer du groupe de pairs de référence. Un grand nombre d'écoliers qui consomment du cannabis à l'école ou juste avant l'école semble créer une norme sociale favorisant la consommation de cannabis non seulement dans le groupe des usagers de cannabis mais aussi auprès des autres élèves de l'établissement scolaire.

L'effet du groupe sur la consommation

D'autres données viennent étayer le lien entre le groupe et l'individu dans sa manière de consommer ou non des substances psychoactives: les adolescent-e-s qui consomment de l'alcool jusqu'à l'ivresse, du tabac quotidiennement ou du cannabis de manière fréquente ont beaucoup plus d'ami-e-s qui sont aussi consommatrices ou consommateurs; il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons dans cette étude (HBSC 2002, calculs ISPA), comme de nombreuses études le corroborent par ailleurs, ainsi que l'indiquent Fischer et al. ⁽¹⁰⁾. Ces mêmes auteurs ont toutefois recensé diverses études qui montrent que les garçons ayant des amis qui fument du cannabis sont plus enclins à le faire eux aussi ⁽³³⁾ et que la fonction de l'acceptation par les pairs est importante pour eux ⁽³¹⁾. Ainsi, ils citent une étude australienne ⁽⁵⁾, qui a mis en évidence que les jeunes de 14 à 15 ans dont la plupart de leurs amis consomment du cannabis ont un risque 6 fois plus élevé de devenir consommateur quotidien que les autres, alors que cet effet est négligeable pour les filles.

Le groupe des pairs: important dans les choix des garçons

En matière de tabac, des études ont montré que les filles qui fument du tabac estiment qu'elles attirent plus facilement l'amitié ⁽²⁾, qu'elles sont respectivement plus appréciées socialement ⁽²¹⁾. La fréquence des sorties semble jouer un rôle dans la consommation, et ce de manière plus marquée chez les garçons que chez les filles ⁽⁴³⁾: les jeunes qui sortent deux fois ou plus chaque semaine consomment plus que ceux qui sortent moins souvent. Près de 30% des adolescents disent fumer parce que les autres fument; c'est un peu moins le cas pour les filles (24.9%) ⁽⁴²⁾. Plus les adolescents grandissent en âge, moins les pairs sont importants dans leur choix de fumer, et ce aussi bien chez les garçons que chez les filles.

Par contre, pour l'alcool et les drogues, l'importance des ami-e-s dans le choix de consommer augmente clairement avec l'âge, pour les garçons en tous les cas: un quart d'entre eux dit boire de l'alcool à 14 ans "parce que leurs ami-e-s avec qui ils sont boivent" et un tiers à 16 ans. Les filles sont moins sensibles à l'effet des pairs en matière de consommation d'alcool, puisqu'elles sont en moyenne 22.6% à en tenir compte contre 29.4% des garçons. Pour la consommation de drogues, les pairs jouent un rôle identique chez les garçons et les filles: on note une augmentation de leur importance dans leur choix avec l'âge, avec en moyenne 30% des 14-16 ans qui indiquent consommer des drogues parce que les ami-e-s le font. L'âge du groupe classe dans lequel on est semble avoir une influence sur le comportement de consommation ⁽²⁷⁾: pour les tranches d'âge de 13 à 15 ans, plus un enfant est âgé dans sa classe, plus ses ivresses ponctuelles sont fréquentes comparativement aux enfants les plus jeunes. Par la suite, dans la tranche d'âge des 15 à 17 ans, l'effet "grand" n'existe plus, comme s'il avait été "rattrapé" par les plus jeunes au fil du temps; il est remplacé par une différence marquée entre les sexes, les garçons de 15 à 17 ans ayant de plus nombreux états d'ivresse que les filles. Ainsi, le fait d'être plus âgé que les autres membres d'un groupe classe constitue un facteur de risque de consommation excessive ponctuelle d'alcool.

Dans les groupes d'adolescents de 13 à 15 ans, il semble nécessaire de mettre en place des stratégies de résistance à la pression de groupe pour éviter que les plus jeunes soient influencés par le comportement des plus âgés et de proposer des approches de gestion et perception des risques pour ces derniers. Pour les groupes de jeunes plus âgés, soit dès 15 ans, il faut plus largement prendre en compte les différences de genre.

A y regarder de plus près, comme le constatent Güttinger et al. ⁽¹⁴⁾, il semble que les garçons sont initiés à la consommation de substances par leurs pairs masculins, alors que les filles commencent "en couple", avec leur copain ⁽⁴⁵⁾. C'est aussi le cas des opiacés pour les garçons ⁽⁷⁾, pour lesquels l'influence des autres et la pression du groupe semblent un prédicteur plus important que la curiosité et la réduction du stress (plutôt féminin) ⁽⁴⁶⁾.

Le groupe influence les garçons...

Le rapport susmentionné ⁽¹⁴⁾ constate par ailleurs que, plus que l'effet du produit, il semble que le contexte de consommation, vécu comme agréable, positif, y compris dans les relations dans le groupe, entre les personnes, joue un rôle déterminant dans l'installation de la dépendance chez les individus masculins ⁽⁴⁶⁾. Les femmes sont plus sensibles à la relation individuelle, avec une seule personne ^(7, 49). Cela semble être corroboré par d'autres études qui montrent que la manière dont on a construit et appris à gérer le lien social est un déterminant de la consommation de drogues (voir par exemple l'étude qualitative de Hänninen and Koski-Jännes ⁽¹⁶⁾).

...tout comme le contexte de consommation

L'importance du groupe de pairs dans la construction de l'identité masculine et dans l'initiation et l'ancrage des comportements de consommation de substances psychoactives doit nous inciter à travailler les activités de prévention primaire et secondaire aussi en groupes de même sexe.

Briser les perceptions normatives, parler du rôle du groupe dans les choix personnels, de la place de chacun dans le groupe sont autant d'activités préventives à développer aussi bien en groupes non mixtes que mixtes. Le thème des relations garçons – filles et des enjeux sous-jacents d'image personnelle, de rivalités, de séduction est à inclure dans ces approches.

4.6 L'école, l'apprentissage

Une adaptation réussie en milieu scolaire, correspondant en partie à une adoption des normes sociales reconnues, peut jouer sur le comportement vis-à-vis des drogues, en particulier du cannabis: plus un jeune est scolairement adapté (attitude et performances), moins il est susceptible d'avoir des relations avec des pairs utilisateurs de drogues ⁽²⁰⁾. Les garçons semblent moins bien s'adapter à l'école que les filles, si l'on prend comme indicateur les résultats scolaires, qui, aussi loin que remonte la recherche pédagogique met en évidence qu'à âge égal, les filles ont toujours eu en moyenne des résultats scolaires supérieurs à ceux des garçons, lesquels sont surreprésentés parmi les enfants qui doublent leur année ⁽⁴⁷⁾. Les garçons sont par ailleurs plus nombreux que les filles à avoir des problèmes de discipline, de vandalisme et de violence à l'école. Bien sûr, dans leur grande majorité, les garçons vont bien; toutefois, une réflexion sur une meilleure prise en compte du regard des garçons sur l'école aurait des vertus préventives en matière de consommation de substances psychoactives. On sait que les garçons apprennent mieux en agissant ⁽³⁹⁾. Contrairement aux filles, les garçons ont souvent d'autres activités que l'école pour se valoriser: sport, loisirs, force physique, entre autres. Gagner la reconnaissance des pairs par un comportement inapproprié serait, pour certains garçons, plus valorisant que d'avoir de bons résultats scolaires. L'influence

L'école ne semble pas bien adaptée aux garçons

L'école: pour les garçons, ce n'est pas le meilleur lieu pour frimer!

des pairs masculins est certainement forte. On pourrait donc penser, et suivre en cela Gagnon ⁽¹¹⁾, que la réussite scolaire intéresse les garçons lorsqu'elle s'apparente à un défi ou à une démarche concrète en lien avec le quotidien; les garçons auraient besoin de savoir à quoi leur sert l'école, afin de les satisfaire.

Cette démarche serait d'autant plus utile que la relation entre la satisfaction à l'école et la consommation de substances psychoactives est évidente pour toutes les tranches d'âge ⁽⁴³⁾. Les jeunes qui fument, boivent ou prennent du cannabis se retrouvent deux fois plus dans la catégorie des insatisfaits de l'école que les autres. La proportion des garçons insatisfaits de l'école et consommateurs de substances est toujours nettement plus élevée que celle des filles.

Insatisfaction et consommation: un lien évident, surtout chez les garçons

Alors, cause ou conséquence? Celui ou celle qui ne se sent pas bien à l'école se met à boire et fumer, ou celui ou celle qui fume ou boit ne se sent pas bien accepté à l'école? Pour y répondre, on peut relever que dans le développement de l'adolescent-e, sa relation avec l'école est antérieure à sa consommation: ce serait donc plus son environnement scolaire qui l'influence que le contraire. Ce lien de causalité est utile dans la mesure où il permet de souligner le potentiel positif du milieu scolaire qui peut créer un climat favorable à la non-consommation de produits psychoactifs en "faisant aimer l'école" aux enfants. Les adolescents soulignent eux-mêmes que la participation, l'écoute, la responsabilisation leur donnent le sentiment de pouvoir influencer quelque peu la vie de la classe, ce qui les valorise et, ajouterons-nous, réduit les risques de consommation. Ces pistes sont à développer, dans une perspective de prévention globale basée sur l'empowerment, avec les enfants et les enseignant-e-s. On relèvera aussi que l'univers scolaire, dans le degré primaire en particulier, est très fortement féminin: dans le degré préscolaire et primaire, il y a 86.9% de femmes dans le corps enseignant et, pour l'ensemble de l'école obligatoire, la proportion de femmes enseignantes est de 61.2% ⁽³⁶⁾.

L'implication des adolescents dans la vie de l'école est un facteur protecteur...

En tous les cas, les ruptures scolaires ou d'apprentissages (drop out) sont à prendre très au sérieux, car elles constituent un facteur prédictif de consommation problématique majeur, comme une étude ⁽⁹⁾ l'a mis en évidence. La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis est significativement plus élevée dans le groupe des jeunes en rupture que chez les autres, sans pour autant qu'une différence entre les genres n'ait été constatée. La perception qu'ont les adolescent-e-s de l'intérêt de leur patron et de leurs enseignants pour eux-mêmes est un élément important dans leur propre motivation durant l'apprentissage, en particulier pour les garçons. La reprise d'une formation influence les consommations et le sentiment de bien-être, plutôt que l'inverse. Un constat qui renforce la nécessité de mettre en place des mesures de prévention de la rupture d'apprentissage pour prévenir l'usage de substances psychoactives.

...aussi durant l'apprentissage!

Travailler sur le climat scolaire en prenant en compte les différences entre les genres est une priorité de prévention qui aura un impact sur la consommation de substances psychoactives. Cette approche doit se faire en concertation avec les jeunes eux-mêmes, dans un esprit d'empowerment. Ce sera l'occasion de thématiser les questions relatives au sens de l'école, à sa finalité, son rôle, pour mieux en faire comprendre les enjeux, et viser ainsi à motiver les garçons à s'investir dans les activités scolaires. Prévenir les échecs scolaires et les ruptures d'apprentissage va aussi dans ce sens.

L'école est le lieu privilégié de repérage précoce des adolescent-e-s en situation de risque: la baisse de motivation, les mauvais résultats scolaires, l'indiscipline sont autant de signes à prendre au sérieux et précocement, et ce aussi dans une perspective de prévention de la consommation de substances psychoactives.

L'école est aussi le contexte légitime pour implanter des activités de prévention spécifiques aux problèmes de consommation de substances psychoactives. Ces actions ont un impact positif, pour autant qu'elles soient faites en concertation avec les enseignant-e-s et les parents. Il est essentiel aussi de réfléchir aux aspects spécifiques aux genres pour l'animation de ces activités. Des approches sexospécifiques sont à privilégier, avec des rencontres mixtes. Les groupes de garçons devraient être animés par des hommes, ceux de filles par des femmes, afin de permettre aux deux groupes de s'exprimer plus librement, sans rivalité, sans frime, sans crainte du ridicule, aussi. Pour les garçons, c'est une occasion de plus d'expérimenter la relation à un autre homme, une autre image du père et de l'autorité.

4.7 Les conduites sociales problématiques associées

Comme le soulignent Güttinger et al. ⁽¹⁴⁾, certaines consommations sont assez clairement associées à des conduites sociales problématiques. L'inverse est aussi constaté. Ainsi, la dévalorisation personnelle (insatisfaction et faible conscience de sa propre valeur) conduit à rencontrer des pairs ayant des comportements déviants et à une consommation élevée de cigarettes et de spiritueux ⁽⁴⁵⁾. Garçons et filles réagissent de même ⁽²⁸⁾. Le fait d'être accepté dans un groupe déviant est semble-t-il une manière de rehausser son estime de soi.

Facteur de risque: intégrer un groupe de pairs ayant des comportements déviants

De fait, une étude ⁽²⁵⁾ montre que les comportements déviants précoces sont des prédicteurs de consommation future de drogues, sans pour autant que cela ne soit toujours le cas. Dans cette étude, dans le groupe des hommes toxicomanes, 59% d'entre eux ont eu maille à partir avec la police avant qu'ils ne soient consommateurs, alors que ce n'est le cas que pour 29% des hommes non consommateurs. Ainsi, l'appartenance à des

gangs ou à d'autres groupes marginaux, tout comme les comportements agressifs constituent un risque de consommation de cannabis pour les garçons, selon Fischer et al. ⁽¹⁰⁾.

Par ailleurs, la consommation précoce de substances psychoactives est un facteur de risque d'apparition de consommation problématique avant l'âge adulte ⁽⁴¹⁾, sans que cela ne soit un prédicteur de dépendance, en tous les cas pour les hommes (plus évident pour les femmes) ⁽²⁵⁾.

Chez les jeunes de 15 ans ⁽¹³⁾, la consommation d'alcool est clairement associée à de nombreux problèmes sociaux; ce sont chez les jeunes qui ont eu plus de deux ivresses ponctuelles dans le mois précédant l'enquête que les problèmes sociaux associés sont le plus fréquents. Aucune différence significative cependant est à constater entre les garçons et les filles, sauf pour les bagarres (13.5% des garçons vs 4.9% des filles) et les problèmes avec la police (8.6% vs 5.9%), deux comportements typiquement associés à une image virile, masculine, forte et fortement réprouvés s'ils sont adoptés par des filles ("ça ne se fait pas!"). Entre 16 et 20 ans ⁽³⁴⁾, cette tendance s'amplifie, puisqu'il y a près du double de garçons comparé aux filles qui relatent des problèmes individuels (33% vs 17%), relationnels (27% vs 15%) ou de relations sexuelles (15% vs 8%) en lien avec leur consommation d'alcool.

Chez les garçons: des problèmes identiques aux filles, mais plus de violence

Les problèmes des garçons s'amplifient

Les problèmes sociaux associés à la consommation fréquente de cannabis (20 fois et plus dans le mois écoulé) quant à eux sont plus fréquents chez les garçons de 15 ans que chez les filles ⁽¹³⁾, à l'exception des baisses de performance scolaire et des querelles, concernant à chaque fois environ un quart des jeunes des deux sexes. On note cependant dans d'autres études ⁽¹⁰⁾ que les mauvais résultats scolaires constituent un facteur de risque masculin. Entre 16 et 20 ans ⁽³⁴⁾, les problèmes associés à la consommation de cannabis sont moins fréquents que pour l'alcool, mais toujours plus présents chez les garçons que chez les filles.

Cannabis et problèmes sociaux fréquents chez les garçons

Les conduites sociales problématiques associées à la consommation de substances psychoactives sont autant de révélateurs du mal-être des adolescents, en particulier des garçons. Une prévention précoce, qui prend en considération ces actes de délinquance comme des signaux d'un malaise et d'une éventuelle consommation associée doit être intensifiée. L'école et le lieu d'apprentissage, on l'a vu, sont des contextes privilégiés pour repérer ces situations et les aborder.

Les approches de prévention secondaire sont elles aussi indispensables et doivent être intensifiées pour ce groupe cible. Elles prennent en considération de manière globale l'individu et ses problèmes et l'aident à les résoudre conjointement. Les jeunes garçons en rupture sociale et scolaire doivent pouvoir bénéficier de structures adéquates à seuil bas. Le projet *supra-f*, mené sous l'égide de l'OFSP, est un modèle à développer.

Les structures d'accueil et de conseils ponctuels, comme l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) (www.umsa.ch), ou le projet DEPART (dépistage, évaluation et parrainage d'adolescents consommateurs de substances, à découvrir sous www.umsa.ch) à Lausanne, sont des exemples à suivre dans ce domaine.

4.8 L'école de recrues

L'école de recrues est aujourd'hui encore une étape pour ainsi dire incontournable de la vie des hommes. Le contexte de vie particulier, presque uniquement entre hommes, dans lequel les activités et l'état d'esprit sont marqués par la virilité, constitue une entité qui influence vraisemblablement les comportements traditionnels masculins de beaucoup de recrues. La consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales échappe-t-elle à cette tendance?

Les enquêtes sur la consommation des recrues, malheureusement trop rares et peu récentes, semblent démentir cette hypothèse (1991/92 et 1999, non publiées): en 1991/92, seuls 3.5% des recrues interrogées ont déclaré avoir fumé du tabac pour la première fois à l'école de recrues, la même proportion indiquait avoir consommé de l'alcool pour la première fois durant l'armée et moins d'un demi pourcent s'est initié aux drogues illégales dans ce contexte. Les données de l'enquête 1999 sont identiques. L'école de recrues ne semble donc pas avoir un effet initiatique en matière d'entrée en consommation de substances psychoactives.

Cependant, on peut craindre que cette période particulière ne soit l'occasion de renforcer des comportements acquis, voire de les amplifier. Les conditions de vie en groupe, la pression sociale exercée, le stress ou l'en-nui ainsi que le rythme quotidien inhabituel peuvent conduire à augmenter la consommation. Ainsi, un quart des recrues interrogées (1991/92) qui consommaient des drogues illégales ont augmenté leur consommation de manière significative durant l'école de recrues. L'enquête de 1999 note quant à elle que les consommations de substances, quelles qu'elles soient, sont au minimum restées les mêmes qu'avant, quand elles n'ont pas augmenté. Les données précises manquent pour quantifier ces faits, relatés par les responsables militaires ⁽³⁸⁾.

Les conséquences pour les consommations futures ne sont pas claires; on peut toutefois craindre que les individus les plus fragilisés par la vie militaire vont maintenir ces comportements sur le long terme. L'armée a donc une responsabilité en matière de prévention des consommations de substances psychoactives. Elle assume son rôle de manière évidente depuis l'entrée en vigueur du concept "armée sans drogues" datant de 2003.

L'école de recrues: un lieu de renforcement des comportements de consommation

Le cadre de vie militaire et les comportements masculins traditionnels associés font partie d'un système de fonctionnement inhérent à l'armée et à ses principes. Il n'y a pas de raison que ce système change de manière fondamentale dans le futur. Les jeunes adultes qui sont déstabilisés momentanément par cet autre style de vie, et qui auraient recours aux drogues légales et illégales pour gérer leurs tensions, doivent être au moins protégés de cela. Aussi, il est impératif que les dirigeants de l'armée suisse fassent tout pour réduire drastiquement l'accès à toutes les substances psychoactives durant l'école de recrues. En interdisant, comme c'est le cas actuellement pour les drogues illégales et dans une moindre mesure l'alcool, un usage qui peut nuire à la sécurité, ils remplissent en partie ce rôle. La question de la consommation de tabac doit être abordée, à la fois en termes de contexte de vie sans fumée et dans une vision de prévention active de l'ancrage des comportements dommageables à la santé. Ces mesures sont reconnues comme efficaces pour freiner l'intention de consommer des individus les plus vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adès, J. (1995). Conduites de dépendance et recherche de sensations. In D. Bailly & J.-L. Vénisse (Eds.), *Dépendance et conduites de dépendance* (pp. 147-166). Paris: Editions Masson.
2. Aloise-Young, P., Hennigan, K., & Graham, J. (1996). Role of the self-image and smoker stereotype in smoking onset during early adolescence: A longitudinal study. *Health Psychology, 15*(6), 494-497.
3. Born, M., Delville, J., Mercier, M., Sand, E. A., & Beeckmans, M. (1996). Les abus sexuels d'enfants - Interventions et représentations. Liège: Editions Mardaga.
4. Choquet, M. (2004). Des troubles différenciés à l'adolescence. *La Santé de l'homme, 372*, 6-7.
5. Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, M., & Patton, G. C. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction, 95*(11), 1679-1690.
6. DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*, 745-750.
7. Dobler-Mikola, A. (1992). Drogenabhängigkeit bei Frauen. Einige empirische Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Drogenabhängigen. In C. Bendel, A. Brianza & I. Rottenmanner (Eds.), *Frauen sichten Süchte*. Lausanne: ISPA-Press.
8. Dorais, M. (1997). *Ça arrive aussi aux garçons - L'abus sexuel au masculin*. Montréal: VLB Editeur.
9. Ferron, C., Cordonier, D., Schalbetter, P., Delbos-Piot, I., & Michaud, P.-A. (1997). *La santé des jeunes en rupture d'apprentissage*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
10. Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., & Fallu, J.-S. (2004). *Cannabis prevention among youth (with special focus on gender differences)* (Bericht No. 178). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
11. Gagnon, C. (1999). *Pour réussir dès le primaire: filles et garçons face à l'école*. Montréal: Les éditions du remue-ménage.
12. Gilles, E. (2005). Pourquoi les jeunes prennent des risques. *Allez savoir!*, 31, 17-23.
13. Gmel, G., Rehm, J., Kuntsche, E. N., Wicki, M., & Grichting, E. (2004). *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz*. Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen (Forschungsbericht). Lausanne / Zürich: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme / Institut für Suchtforschung.

14. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (non publié). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
15. Halpérin, D., Bouvier, P., & Rey Wicky, H. (Eds.). (1997). *A contre-cœur, à contre-corps - Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants*. Genève: Editions Médecine et Hygiène.
16. Hänninen, V., & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1837-1848.
17. Hansen, E. B., & Breivik, G. (2001). Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behaviour among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 627-640.
18. Hansen, W. B., & Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20(3), 414-430.
19. Holenstein, P. (2004). Der Freitag hat einen hohen Preis. *Neue Zürcher Zeitung* 20./21.11.04, 79.
20. INSERM. (2001). *Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Expertise collective*. Paris: Les Editions INSERM.
21. Killen, J. D., Robinson, T. N., Haydel, K. F., Hayward, C., Wilson, D. M., Hammer, L. D., et al. (1997). Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1011-1016.
22. Kilmartin, C. T. (1994). *The masculine self*. New York: Macmillan.
23. Klingemann, H. (non publié). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
24. Kuendig, H., Kuntsche, E. N., Delgrande Jordan, M., & Schmid, H. (2003). *Enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 16 ans - Une statistique descriptive des données nationales de 2002*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
25. Kufner, H., Duwe, A., Schumann, J., & Bühringer, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht*, 46(1), 32-53.
26. Kuntsche, E., & Delgrande Jordan, M. (soumis). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*.
27. Kuntsche, E., Gmel, G., Wicki, M., Rehm, J., & Grichting, E. (submitted). Disentangling gender and age effects on risky single occasion drinking over the adolescent years. *European Journal of Public Health*.
28. Kuntsche, E. N., Reitzle, M., & Silbereisen, R. K. (2001). Selbstabwertung und Substanzkonsum im Jugendalter - Die Rolle von Gleichaltrigen, Substanzart und Geschlecht. *Abhängigkeiten*, 2, 44-56.
29. Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, & Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (Eds.). (2003). *Grenzen und Brücken - Arbeitsmaterialien zu Prävention und Geschlecht*. Hannover: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen.
30. Le Breton, D. (2004). Conduites à risque, le grand écart. *La Santé de l'homme*, 372, 8-10.
31. Luthar, S., & D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 11(4), 845-867.
32. Martin, C. S., Clifford, P. R., & Clapper, R. L. (1992). Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana, and hallucinogens in first-year college students. *Journal of Substance Abuse*, 4, 319-326.
33. Miles, D., van den Bree, M., & Pickens, R. (2002). Sex differences in shared genetic and environmental influences between conduct disorder symptoms and marijuana use in adolescents. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 114(2), 159-168.
34. Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2003). Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). *SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent study on health 2002*. Lausanne / Bern / Bellinzona: Institut universitaire de médecine sociale et préventive / Institut für Psychologie / Sezione sanitaria.
35. Neubauer, G., & Winter, R. (2001). *Dies und Das. Das Variablenmodell «balanciertes Junge- und Mannsein» als Grundlage in der pädagogischen Arbeit mit Jungen und Männern*. Tübingen: Neuling Verlag.
36. Office fédéral de la statistique (OFS). (2005). *Enseignants et personnel des hautes écoles selon le sexe, la nationalité et le degré d'enseignement*. Dernière visite septembre 2005, en ligne: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/bildung_und_wissenschaft/bildung/bildungssystem/kennzahlen0/lehrkraefte_r/uebersicht.html.

37. Perkins, K. A., Gerlach, D., Broge, M., Grobe, J. E., & Wilson, A. (2000). Greater sensitivity to subjective effects of nicotine in nonsmokers high in sensation seeking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 462-471.
38. Pfluger, T. (2005). Schweres Geschütz im Kampf gegen Drogen. *Standpunkte*, 4, 3-4.
39. Pollack, W. (1999). Le massacre des garçons. *L'Actualité*, 24(6), 12-14.
40. Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (1999). Age of first drink and risk for alcoholism: A noncausal association. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 101-107.
41. Reynaud, M. (2005). Mieux comprendre pour mieux traiter. In M. Reynaud (Ed.), *Addictions et psychiatrie* (pp. 3-48). Paris: Masson.
42. Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N., & Kuendig, H. (2003). *Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* (Forschungsbericht 39). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
43. Schmid, H., Graf, M., Kuntsche, E. N., Delgrande, M., & Knaus, A. (2001). *Alcool, tabac et cannabis dans la réalité quotidienne des 12-15 ans*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
44. Schmid, H., Graf, M., Kuntsche, E. N., Delgrande, M., & Knaus, A. (2001). Jugend - Gesundheit - Drogen. *Standpunkte*, 2, 1-23.
45. Schmidt, B. (1999). Wie kommt es zum Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen. In B. Baacke, W. Heitmeyer, K. Hurrelmann & J. Manse (Eds.), *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter*. Weinheim/München: Juventa.
46. Schumann, J., Augustin, R., Duwe, A., & Küfner, H. (2000). Welchen Einfluss haben erste Erfahrungen und Begleitumstände zu Beginn des Drogenkonsums auf den weiteren Verlauf? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(2), 69-82.
47. Wettstein, F. (2004). Les garçons - tous des "vilains garnements"? *Lettre d'information du Réseau suisse d'écoles en santé*, 28, 7.
48. World Health Organization (WHO). (2002). *Suicide*. Dernière visite octobre 2005, en ligne: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>.
49. Zimmer-Höfler, D., & Dobler-Mikola, A. (1992). Swiss Heroin-Addicted Females. Career and Social Adjustment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(2), 159-170.
50. Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

5. Les hommes à l'âge adulte: une somme d'individualités qui ont des points communs

5.1 La consommation en chiffres

5.1.1 Alcool

Dans toutes les enquêtes suivant les tendances de consommation, les hommes consomment plus que les femmes. Cependant, la proportion des hommes abstinents ou consommant rarement a constamment augmenté depuis 1975, où elle se situait à 24% pour atteindre 31% en 2002 ⁽³⁾. Chez les femmes, l'augmentation est moins marquée (52 - 57%). En 2002, les abstinents représentent 14% des hommes et 29% des femmes.

Globalement, la proportion des personnes consommant de l'alcool chaque jour a diminué durant cette même période, passant de 40% à 20% pour les hommes et de 17% à 9% pour les femmes.

Une amélioration globale, plus marquée chez les hommes

Annaheim et Gmel constatent ⁽²⁾, entre 1975 et 2002, une nette augmentation de la proportion de consommation à faible risque (définie dans leur étude par moins de 20 g par jour pour les femmes comme pour les hommes), cette tendance étant particulièrement marquée chez les hommes. En 2002, 71.5% des consommateurs et 82.4% des consommatrices ont une consommation à faible risque ⁽²⁶⁾. Dans tous les groupes d'âge, il y a moins d'hommes que de femmes. Parmi les 105 000 personnes ayant une consommation à risque moyen d'alcool (2.4% des consommateurs d'alcool), les femmes sont majoritairement représentées, alors que les hommes sont plus nombreux à avoir une consommation à risque élevé. Lorsque la consommation chronique se cumule avec des excès ponctuels (3.5% des consommateurs), la proportion des hommes est toujours plus élevée que celle des femmes.

Toujours plus d'hommes que de femmes à avoir des consommations chroniques à risque

Enfin, près de 782 000 personnes dans la population suisse âgée de 15 à 74 ans ont des ivresses ponctuelles, sans consommer d'alcool à d'autres occasions. Il y a deux fois plus d'hommes que de femmes, et ce pour toutes les tranches d'âges; la prévalence diminue avec l'âge, passant d'un homme sur trois entre 15 et 24 ans à un homme sur cinq entre 35 et 64 ans.

L'ivresse est aussi plus fréquente chez les hommes

La situation à risque la plus fréquente est celle de la consommation d'alcool associée à la conduite d'un véhicule. Les études les plus récentes datent de 1998 ⁽¹⁹⁾; le changement de limite du taux d'alcool à 0,5‰ semble avoir influencé le comportement d'un tiers des usagers de la route, indique un récent sondage ⁽¹⁾. Toutefois, les hommes sont moins nombreux que les femmes à appliquer le slogan "Boire ou conduire il faut choisir!", puisqu'ils ne sont que 37% à le faire contre 49.2% des femmes. Pour des consommations à haut potentiel de risque, soit 3 verres ou plus avant de prendre la route, la proportion d'hommes est beaucoup plus élevée que celle des femmes (14.2% vs 8.5%).

Situation à risque pour les hommes: boire et conduire

Enfin, en Suisse, on estime à au moins 300000 le nombre de personnes dépendantes de l'alcool, avec une proportion de 2/3 d'hommes.

Si l'abstinence et la consommation à faible risque ont fortement augmenté chez les hommes durant le quart de siècle écoulé, il n'en demeure pas moins que les comportements de consommation à risques (fréquence, quantité et contexte) sont proportionnellement beaucoup plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. L'ancrage social de l'alcool, le statut viril du produit, le regard porté sur l'ivresse comme moyen "normal" de se détendre et de s'amuser, tout comme la désapprobation sociale des ivresses féminines ne doivent pas nous faire oublier qu'il est urgent et essentiel de thématiser les risques associés à la consommation d'alcool chez les hommes, lesquels auraient tendance à la banaliser ou la valoriser de manière excessive.

5.1.2 Tabac

Depuis 1992, la proportion des consommatrices et consommateurs de tabac est restée assez stable, à un niveau élevé, avec, en 2002, une plus forte proportion d'hommes (36%) que de femmes (25.5%) ⁽¹²⁾. Pour les deux sexes, la consommation de tabac diminue avec l'âge, mais reste toujours plus élevée chez les hommes, et ce dans tous les groupes d'âge, la plus grande différence étant constatée chez les 65 ans et plus, où la proportion d'hommes qui fument est le double de celle des femmes (ISPA, chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002). Un effet de cohorte n'est pas à exclure ici, les hommes ayant historiquement commencé à fumer plus tôt que les femmes. La consommation élevée de cigarettes (16 cigarettes et plus par jour) est beaucoup plus le fait des hommes que des femmes, en particulier pour les consommations de plus d'un paquet par jour (20% des hommes vs 9% des femmes) ⁽¹⁴⁾. Avec le critère de 20 cigarettes et plus par jour, il y a en Suisse 34.2% des fumeurs masculins et 27.3% des fumeurs féminins qui sont dépendants (ISPA, chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002).

Plus d'hommes que de femmes qui fument, et qui fument plus

Le fait que la consommation des femmes se rapproche de celle des hommes ne doit pas faire oublier la forte prévalence du tabagisme chez les hommes, ainsi que le nombre très élevé de cigarettes fumées chaque jour par ces derniers. La mortalité prématurée associée au tabagisme, ainsi que la morbidité doivent inciter à proposer des méthodes de désaccoutumance au tabac destinées aux hommes.

5.1.3 Médicaments psychoactifs

5.6% des hommes et 9.1% des femmes ont déclaré avoir consommé durant la semaine précédant l'enquête chaque jour un médicament de type somnifère, analgésique, calmant ou stimulant. La majeure partie de

Consommation de médicaments psychoactifs: moins d'hommes que de femmes

ces médicaments est soumise à prescription médicale. Une proportion plus grande de femmes que d'hommes prennent ces médicaments et courent donc le risque d'en devenir dépendantes ⁽¹²⁾.

Pour les somnifères comme pour les tranquillisants, il y a moitié moins d'hommes que de femmes à en consommer chaque semaine; la consommation augmente avec l'âge pour les deux produits et pour les deux sexes, mais la proportion d'hommes est toujours plus faible que celle des femmes (ISPA, chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002).

La consommation concomitante de somnifère et d'alcool constitue un risque, parce que les effets somnifères peuvent être potentialisés. Chez les hommes, plus la consommation hebdomadaire d'alcool augmente, plus celle des somnifères augmente aussi, ce qui n'est pas le cas pour les femmes, dont la consommation d'alcool ne semble pas être en lien avec la prise de somnifère, puisque celle-ci reste stable (entre 6.9% et 8.3%) quelle que soit la consommation d'alcool ⁽¹⁶⁾.

Consommation chronique d'alcool et somnifères: un facteur de risque pour les hommes

La proportion d'hommes prenant des antidouleurs chaque semaine est plus faible (12.3%) que celle des femmes (18.4%) ⁽¹⁶⁾. L'usage sur le long terme (plus d'un an) est aussi plus fréquent chez les femmes (3.9%) que les hommes (2.5%) ⁽¹²⁾. La consommation quotidienne augmente avec l'âge, la proportion d'hommes restant, dans chaque catégorie d'âge, en dessous de celle des femmes. A partir de 65 ans, la différence s'accroît encore, et, à partir de 75 ans, la proportion des femmes prenant chaque jour un antidouleur est près du double de celle des hommes (10.6% vs 5.6%) (ISPA, chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002).

Le double risque de stigmatiser le comportement des femmes en matière de consommation de médicaments et de négliger l'existence d'un problème chez certains hommes et d'ainsi renforcer le tabou de la consommation de médicaments chez les hommes est grand. La prise de conscience par le corps médical d'un possible abus de médicaments chez les hommes devrait amener à thématiser cette question lors de consultations de routine.

5.1.4 Cannabis

La drogue illégale la plus fréquemment consommée en Suisse est le cannabis. En 2002, plus d'un homme sur trois, et une femme sur cinq dans la tranche d'âge des 15 à 39 ans avait consommé une drogue illégale au moins une fois dans sa vie; le plus souvent, il s'agissait de produits dérivés du cannabis ⁽³⁾. La comparaison de ces données avec celles de 1992 montre un accroissement sensible du nombre de personnes ayant déjà consommé du cannabis, chez les femmes comme chez les hommes: entre 1992 et 2002, la proportion des femmes de 15 à 34 ans ayant expérimenté la consommation de cannabis a passé de 11.1% à 21.5%; chez les hommes, de 21.5% à 34.2%. Dans le groupe d'âge des 15-24 ans, 36% des

jeunes hommes et 24% des jeunes femmes ont consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie.

En 2002, 4.7% de la population âgée de 15 à 64 ans se définissaient eux-mêmes comme consommateurs au moment de l'interview, ce qui représente quelque 225 000 personnes ⁽³⁾. En règle générale, les données fournies par les interviewés sur leur consommation actuelle coïncident avec celles sur leur consommation durant les 12 mois précédant l'enquête. Il en ressort que la proportion d'hommes consommant du cannabis est nettement plus élevée (6.6%) que celle des femmes (2.9%). C'est parmi les 15-24 ans que cette consommation est la plus répandue, avec 12% de consommateurs actuels, pourcentage qui a presque doublé, dans ce groupe d'âge, depuis 1992, tant chez les hommes (1992: 9.8%, 2002: 16.3%) que chez les femmes (1992: 4.3%, 2002: 7.7%).

Le cannabis: essentiellement consommé par les hommes

Le groupe cible des hommes de 15 à 24 ans doit prioritairement faire l'objet d'offres thérapeutiques visant dans l'idéal à l'arrêt de la consommation de cannabis, ou, plus réalistement à une réduction de la consommation – consommation à faible risque – afin d'éviter un ancrage futur de ce comportement. Cependant, des messages de prévention doivent aussi être développés à l'attention des femmes, chez lesquelles la progression de la consommation est préoccupante. Il s'agit de réfléchir à des messages sexospécifiques pour ces différents groupes.

5.1.5 Héroïne

Sur la base des statistiques du traitement à la méthadone, des décès dus à la drogue et des dénonciations pour cause de consommation d'héroïne, on estime le nombre d'héroïnomanes (hommes et femmes) en Suisse entre 18 500 et 25 500 pour 2002. Cette estimation est en baisse constante depuis 1994 ⁽²³⁾. En s'appuyant sur les données de consommation actuelles de la population des 15 à 39 ans, on peut estimer qu'il y a le double d'hommes ⁽²⁵⁾. La diminution du nombre de consommateurs et consommatrices d'héroïne est observable aussi bien pour la prévalence à vie (femmes 1992-2002: 0.7% - 0.5% / hommes 1992-2002: 1.9% - 1.3%) que pour la consommation au cours des 12 derniers mois, qui a passé chez les femmes de 0.2% à 0.1% de la population adulte, et chez les hommes de 0.3% à 0.2%. Il est à relever que la totalité des consommateurs masculins déclarent consommer chaque semaine au moins, alors que c'est le cas pour 46.7% des femmes; notons toutefois que la fiabilité statistique de ces données est faible, compte tenu du nombre peu élevé de cas ⁽²³⁾.

Baisse de la consommation, mais pas de la fréquence chez les hommes

Ainsi, la plus grande partie des consommateurs adultes réguliers d'héroïne sont des hommes. Des approches thérapeutiques, de réduction des risques et préventives spécifiques aux hommes doivent donc être mises en place. Il s'agit de réfléchir à la pertinence des approches actuelles en termes de masculinité, afin de les valider ou de les modifier.

5.1.6 Cocaïne

Entre 1992 et 2002, pour la population des 15 à 39 ans, la prévalence à vie de la consommation de cocaïne est en légère hausse chez les femmes (1.8% - 1.9%) et en augmentation plus marquée chez les hommes (3.5% - 4.0%), atteignant une proportion double de celle des femmes. On notera qu'il y a 4 fois plus d'hommes (0.4%) que de femmes (0.1%) qui sont des consommateurs actuels (au cours des 12 derniers mois), et que cette consommation est plus épisodique que régulière: seules 13.8% des femmes qui consomment actuellement et aucun homme disent consommer hebdomadairement; notons toutefois que la fiabilité statistique de ces données est faible, compte tenu du nombre peu élevé de cas ⁽²³⁾.

La question de la consommation de cocaïne est une réalité difficile à cerner, de par le fait qu'elle semble être plus épisodique que régulière. Dès lors, les données statistiques récoltées ne reflètent vraisemblablement pas la situation. Reste que ce comportement de consommation est plus marqué chez les hommes que chez les femmes, pour lesquelles on doit plutôt craindre un ancrage de leur consommation dans la régularité. Les motifs de consommation doivent être explorés, afin de développer des approches différenciées en prévention primaire et secondaire, ainsi que dans le traitement.

Cocaïne et recherche de performance: une substance pour les hommes?

5.2 Le monde professionnel

Les hommes s'investissent prioritairement dans leur activité professionnelle, c'est un fait largement reconnu. Une étude ⁽²⁷⁾ a mis en évidence que "les hommes estiment plus leur travail que leur santé", et ce quel que soit le type de masculinité qu'il a intégré: de manière quelque peu attendue, les hommes ayant une image traditionnelle de la masculinité sont 72% à approuver cette phrase; ils sont encore toutefois 50% à le faire parmi les "nouveaux hommes". Ainsi, dans cette même étude, 22% des hommes contre 17% des femmes ne restent presque jamais à la maison s'ils sont malades, parce que le travail est très important pour eux. Dans une autre étude ⁽¹¹⁾, 55% des hommes déclarent être allés au travail bien qu'ils se soient sentis malades, en premier lieu parce qu'ils estimaient pouvoir eux-mêmes se soigner, que cela allait s'améliorer rapidement (58%). Viennent ensuite des motifs d'ordre professionnels: tâches urgentes à accomplir

Le travail? Plus important que la santé pour les hommes!

(55%), ne pas surcharger les collègues (45%). Les craintes de perdre leur emploi, d'être mal vu par le supérieur ou les collègues viennent loin derrière (environ 20% pour chaque item).

Le travail représente pour les hommes une part importante de leur vie, qui contribue largement à leur estime d'eux-mêmes: pour sept hommes sur dix, le fait d'avoir un emploi est un élément central de leur estime d'eux-mêmes ⁽²⁷⁾. Seules les femmes ayant une image progressiste de leur féminité estiment aussi dans une même proportion que le fait d'avoir un emploi est essentiel à leur estime d'elles-mêmes, les autres profils typologiques de cette étude valorisant nettement moins le travail. Pour 69% des hommes ayant une image traditionnelle de la masculinité, le travail donne un sens à leur vie, alors que cela n'est le cas que pour un "nouvel" homme sur cinq. On constate ici le poids de l'identité masculine dans la signification des rôles professionnels. Cependant, pour tous les types d'hommes, l'emploi est une source essentielle de revenu, qui permet de faire vivre la famille. L'identité masculine est donc ici clairement associée au rôle économique de pourvoyeur de fonds, qui se soucie de nourrir sa famille. Ainsi, et même si une majorité d'hommes ne sont pas satisfaits de leur travail ⁽¹⁰⁾, ils s'accrochent à l'affirmation que "avoir un métier est une question d'identité masculine" ⁽²¹⁾. Dans notre culture, l'activité professionnelle est aujourd'hui devenue certainement l'une des formes de la masculinité la plus communément acceptée et revendiquée par les hommes eux-mêmes; travailler participe au maintien de l'hégémonie masculine dans nos sociétés.

Pour autant, les hommes ne négligent pas complètement leur rôle au sein du couple et de la famille. Une étude allemande ⁽⁵⁾ met en évidence que, si les hommes investissent en général plus de temps dans leur activité professionnelle que les femmes, ils participent toutefois aussi aux tâches ménagères et éducationnelles et ont des activités de loisirs. La répartition des tâches n'est de loin pas généralisable, car elle dépend autant des styles de vie des couples que des visions personnelles de la masculinité et de la féminité. Les auteurs constatent que la vie sociale et familiale des hommes est plus variée et différenciée que l'image classique qu'on se fait habituellement de l'hégémonie masculine. Ils estiment qu'il est plus important dès lors de mettre en place des mesures structurelles permettant aux hommes de mieux pouvoir s'investir au sein de leur famille que de se contenter de lancer des appels à plus d'engagement des hommes dans les tâches familiales et ménagères.

L'homme: tout de même présent dans les tâches ménagères et familiales

On peut supposer que l'emploi, compte tenu de sa valeur essentielle aux yeux des hommes, a une incidence sur la consommation de substances psychoactives. De fait, comme le constate Henkel ⁽⁹⁾, cité par Güttinger et al. ⁽⁸⁾, les hommes sans emploi ont significativement plus de problèmes de consommation d'alcool que les hommes en emploi. Henkel constate empiriquement ainsi dans une méta analyse d'études faites dans divers pays qu'une longue période de chômage augmente nettement le risque de consommations problématiques d'alcool ainsi que de dépendance. Reste

que pour un certain nombre de ces hommes, le lien de causalité linéaire entre chômage et consommation chronique élevée n'est pas démontré, cette dernière ayant pu être présente avant l'entrée au chômage. On relèvera toutefois le lien étroit entre l'augmentation du taux de chômage en Suisse de ces dernières années et une tendance à la hausse des admissions d'hommes sans emploi dans les cliniques spécialisées ⁽²²⁾. Des études plus approfondies sur ce sujet manquent en Suisse. On constate cependant dans l'ESS 2002 que la probabilité d'être consommateur chronique à risque augmente de 48% chez les hommes au chômage comparativement à ceux ayant un statut d'employé (plein temps ou partiel) (11.4% vs 7.7%) ⁽³⁾; c'est par ailleurs la catégorie pour laquelle la différence de proportion de consommateurs à risque est la plus grande entre hommes et femmes (quotient H/F: 6.0). On notera encore que le statut de sans emploi est inversement corrélé pour les femmes, qui sont alors 3 fois moins nombreuses à boire de manière problématique dans cette situation, comparativement à celles ayant un emploi. Ces différences marquées entre les genres témoignent vraisemblablement d'un malaise des hommes dans les situations d'emploi précaire ou sans emploi et étayaient donc l'hypothèse de l'importance de l'activité professionnelle dans l'estime de soi des hommes.

Le chômage fait boire les hommes

Le travail: une valeur centrale pour les hommes

Si pour toutes les catégories d'activités professionnelles et les statuts d'emploi, il y a une plus forte proportion d'hommes que de femmes ayant une consommation à risque élevé, on constate que la proportion des hommes au foyer ayant une consommation chronique à risque est presque deux fois plus élevée (11.4%) que chez les femmes (5.9%) dans la même situation. Le fait d'être un homme au foyer, statut manifestement connoté négativement dans une perspective masculine, semble donc être une situation à risque d'alcoolisation pour les hommes. Une étude ⁽²⁰⁾, citée par Güttinger et al. ⁽⁸⁾ a ainsi mis en lien la pression subjective à se conformer à une image sociale conservatrice de l'homme et les modes de consommation d'alcool: plus l'image sociale intégrée est conservatrice, moins les hommes concernés sont abstinents et plus ils ont au contraire une consommation problématique (fréquence et quantité). Le niveau de formation semble jouer un rôle dans la construction de cette image et, partant, dans la consommation d'alcool; un niveau de formation élevé chez les hommes est corrélé avec une consommation à risque plus faible que chez les femmes. Ce fait est confirmé par les données de l'ESS 2002: la proportion des hommes ayant une formation de niveau tertiaire et une consommation chronique à risque est plus faible (6.6%) que celle des femmes (7.6%), alors que pour tous les autres niveaux de formation, il y a une plus grande proportion d'hommes que de femmes qui boivent chroniquement trop ⁽³⁾.

Homme au foyer: une position sociale fragile aux yeux des hommes... pour eux-mêmes

Le poids des responsabilités semble aussi jouer un rôle dans la consommation problématique d'alcool, puisque ce sont les patrons de petites entreprises qui ont la plus grande proportion de consommateurs à risque élevé (11.1%) chez les hommes, comme chez les femmes (8.1%). Selon une étude menée en Grande-Bretagne auprès d'employés du secteur ter-

Un facteur de risque de consommation d'alcool pour les hommes: une responsabilité élevée dans l'entreprise

tiaire, et citée par Güttinger et al. ⁽⁸⁾, plus le statut professionnel est élevé, plus les comportements de consommation d'alcool des hommes et des femmes deviennent semblables ⁽⁶⁾.

Pour la consommation de tabac, si pour toutes les catégories d'activités professionnelles et les statuts d'emploi, il y a une plus grande proportion d'hommes que de femmes qui fument ⁽³⁾, le fait de ne pas avoir d'emploi stable ou d'être sans emploi est moins fortement différencié chez les hommes relativement aux femmes que pour l'alcool (Q H/F 1.34), tout comme le fait d'être homme au foyer (Q H/F 1.22). Le statut professionnel semble être un facteur spécifiquement masculin moins prépondérant pour la consommation de tabac que pour celle d'alcool. La proportion de consommateurs est la plus forte dans les professions manuelles, et ceci de manière nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes (Q H/F 1.5).

En matière de consommation de médicaments, il y a proportionnellement plus d'hommes que de femmes sans emploi qui prennent régulièrement des médicaments: la proportion est double en matière de tranquillisants et d'antidouleurs, et 20% plus élevée en ce qui concerne les somnifères ⁽³⁾. C'est le seul critère – être sans emploi – pour lequel les hommes sont plus à risque que les femmes dans la consommation de médicaments. Ce fait est validé par une autre analyse ⁽⁷⁾, laquelle constate par ailleurs que les hommes justifient la prise de benzodiazépines principalement à cause de difficultés et problèmes au travail. Ces éléments semblent là encore démontrer l'importance du statut professionnel pour le bien-être des hommes.

Etre sans emploi est un facteur de risque de consommation de médicaments pour les hommes

Les données relatives à la consommation de drogues illégales en milieu professionnel font défaut. On peut toutefois craindre que la consommation de cocaïne, dans un univers fait d'exigences de plus en plus élevées, soit en augmentation.

Le travail: un lieu pour parler "santé" aux hommes

L'importance de l'activité professionnelle pour les hommes doit inciter les milieux de la prévention et de la promotion de la santé à investir le monde du travail pour y développer ses messages et actions. Il s'agit non seulement de proposer des campagnes de sensibilisation, mais aussi et surtout de réfléchir à la place de l'employé dans les choix organisationnels de son entreprise, dans l'aménagement horaire, dans la prise de responsabilités, dans la participation sociale de la vie quotidienne.

En effet, le milieu professionnel peut représenter un facteur de risque de consommation lorsqu'il est perçu comme une pression liée à la réussite professionnelle et quand il est vécu comme une responsabilité très exigeante et générant des sentiments d'impuissance.

Des expériences positives se sont développées en Suisse sur ce sujet; elles intègrent aussi la notion de rôle parental et de la sphère familiale dans les réflexions. Une manière de faire évoluer l'image traditionnelle de la masculinité, tout en apportant un soutien réel aux problèmes de santé.

5.3 Vieillesse: de nouveaux problèmes pour les hommes

5.3.1 Les faits et chiffres de consommation

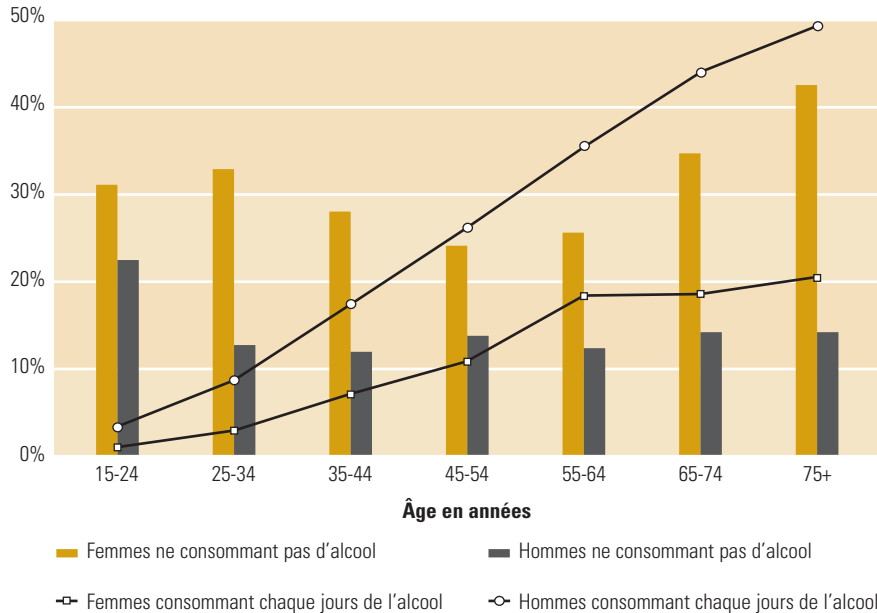
L'enquête réalisée auprès de la population suisse en 2002 ⁽³⁾ montre que la proportion des hommes consommant quotidiennement de l'alcool augmente avec l'âge, alors que le taux d'abstinence stagne. Il ne faut cependant pas mettre une consommation quotidienne d'alcool sur le même plan qu'une consommation ayant des effets nuisibles. La proportion de consommateurs et consommatrices quotidiens d'alcool augmente certes avec l'âge (voir graphique 5.1), mais la quantité d'alcool consommé diminue avec celui-ci. 80.5% des consommateurs d'alcool âgés de 65-74 ans (et 87.0% des femmes) ont une consommation à faible risque, soit inférieure à 40 g par jour (resp. 20 g). On le sait du point de vue scientifique, une consommation modérée d'alcool peut améliorer la qualité de la vie des personnes âgées, que cela soit au plan social, convivial ou au plan des effets bénéfiques sur les risques cardiovasculaires. Toutefois, on doit relever que près d'un homme âgé sur cinq a une consommation d'alcool à risque, épisodique ou chronique.

Dans le détail ⁽²⁶⁾, 11.8% des hommes âgés de 65-74 ans (vs 5.3% des femmes) ont des ivresses ponctuelles (5 verres et plus par occasion et ce, deux fois par mois au moins), sans consommation chronique. Les risques de ce mode de consommation sont encore plus importants pour les personnes âgées que pour les plus jeunes. En effet, les personnes âgées sont plus sensibles à l'alcool. En raison du changement des proportions de la masse liquide et grasseuse du corps humain ainsi que du ralentissement du métabolisme, une quantité d'alcool comparativement plus petite engendre une plus grande concentration d'alcool dans le sang pour les personnes âgées. C'est vers la cinquantaine déjà que se produit ce retournement de tolérance. Il y a alors un risque objectif plus élevé d'accidents et de chutes, qui ont souvent des conséquences graves pour les personnes âgées. De plus, la concentration plus élevée d'alcool a des effets plus nuisibles et le risque de lésions organiques augmente (p. ex. lésion au foie).

Un homme âgé sur dix est ivre deux fois par mois au moins!

Graphique 5.1

Fréquence de la consommation (en %) selon l'âge et le sexe, ESS 2002 ⁽²⁾



La consommation chronique excessive quant à elle, outre le risque accru de dépendance, engendre d'autres problèmes secondaires chez les personnes âgées, tels que des douleurs à la vessie ou une incontinence, un vieillissement anticipé et plus marqué, une négligence de l'hygiène corporelle et une alimentation déséquilibrée, entre autres. Les hommes âgés cumulent les risques de la chronicité et ceux de l'abus ponctuel: 4.3% des hommes âgés de 65-74 ans cumulent une consommation chronique à risque moyen ou élevé avec des ivresses ponctuelles contre 1.9% des femmes ⁽²⁶⁾. Cela représente plus de 10000 hommes qui ont un comportement à haut risque pour leur santé physique, psychique et sociale.

Le cumul des risques: aussi un problème chez les hommes âgés

La proportion des fumeurs diminue nettement avec l'âge, passant de 39.8% des hommes dans la tranche d'âge des 45-54 ans, pour atteindre 15.1% chez les 75 ans et plus ⁽³⁾. La proportion des hommes est toutefois quasi le double de celle des femmes chez les 65-74 ans (24.6% vs 12.8%), et près du triple pour les 75 ans et plus (6.1% des femmes). La consommation de tabac reste donc un problème masculin chez les aînés.

Encore beaucoup d'hommes âgés sont fumeurs

La consommation de médicaments augmente fortement avec l'âge. Si ce constat est somme toute assez logique, puisque les médicaments sont un soutien nécessaire pour traiter de nombreuses maladies liées à l'âge, on peut légitimement se poser la question d'une médication judicieuse en matière de benzodiazépines en particulier. Des études ont en effet démontré qu'à symptômes similaires la consommation de benzodiazépine des aînés est plus élevée que celle des personnes jeunes ⁽¹⁸⁾. Ainsi, la proportion de consommateurs de calmants passe de 2.2% chez les hommes de 45-54 ans à 3.8% pour les 75 ans et plus. La consommation hebdomadaire est quant à elle le fait de 6.0% des hommes de 65-74 ans, la proportion des hommes étant toujours inférieure à celle des femmes ⁽³⁾.

Augmentation de la consommation de médicaments

La consommation quotidienne de somnifères augmente massivement entre 55-64 ans (1.5.% des hommes) et 65-74 ans, où elle atteint plus du double (3.2%), pour augmenter une fois encore au-delà de 75 ans (8.7%). Là aussi, les proportions sont plus faibles que chez les femmes, chez lesquelles la tendance est similaire. La consommation hebdomadaire suit une tendance identique ⁽³⁾.

C'est pour les antidouleurs que l'augmentation est la moins forte, passant tout de même de 9.9% chez les hommes de 45-54 ans à 14.4% chez les 75 ans et plus ⁽³⁾.

Les données relatives à la consommation de drogues illégales des personnes âgées sont lacunaires, parce que le nombre de personnes concernées est trop faible pour être pris en considération au plan statistique au-delà de 39 ans. On sait toutefois que le vieillissement de la population générale concerne aussi les consommateurs de drogues illégales. Les données des prises en charge ambulatoires ⁽¹⁷⁾ indiquent que 2.5% des hommes en traitement ont 45 ans et plus, contre 0.8% des femmes. Les consommateurs des années 70 et 80 qui sont encore en vie ont aujourd'hui entre 45 et 60 ans. Sont-ils encore des consommateurs actifs? Posent-ils des problèmes à la société? Faudra-t-il, comme certains spécialistes le prévoient, ouvrir prochainement des EMS pour toxicomanes?

5.3.2 Les motifs de consommation des hommes âgés

On admet dans les milieux spécialisés ⁽¹⁸⁾ qu'environ deux tiers des personnes âgées ayant des problèmes d'alcool ont commencé à abuser de l'alcool au début et au milieu de l'âge adulte (ce que l'on appelle le «early-onset»). Il s'agit dans ce cas de personnes ayant une consommation élevée qui ont survécu jusqu'à la vieillesse en dépit des risques encourus en matière de santé. Les raisons de leur consommation ne sont donc pas dues à l'entrée dans l'âge de la retraite.

Cependant, pour environ un tiers des personnes, la consommation abusive ne commence qu'après 65 ans (ce que l'on nomme le «late-onset»); on est alors en droit de se demander si le passage de la vie active à la retraite a joué un rôle déterminant dans ce changement de comportement de consommation, en particulier pour les hommes. En effet, au vu de l'importance de la valeur mise dans l'activité professionnelle par de nombreux hommes et de la structuration sociale qu'elle a impliquée, la retraite peut avoir des conséquences déstructurantes pour certains d'entre eux. Outre l'absence de rythme des journées, ce sont les défis professionnels, souvent valorisants pour l'homme, qui vont faire défaut et conduire à des états dépressifs et générer un stress élevé, comme le relève Klingemann ⁽¹⁵⁾ dans son rapport en citant Jacobi ⁽¹³⁾. Par ailleurs, le fait qu'il n'y ait plus aucun devoir professionnel relatif par exemple à la conduite d'une machine ou à d'autres exigences incompatibles avec la consommation d'alcool, est peut-être aussi une cause du relâchement de certains hommes, qui peuvent dès lors se permettre de boire sans retenue. Enfin, le rôle social joué par l'homme, pourvoyeur de finances, disparaît aussi avec la retraite et peut

*Le rôle de la fin de la vie active
dans la consommation*

diminuer son sentiment d'estime de soi; cependant, cette baisse de revenus pourrait aussi être un obstacle à la consommation excessive d'alcool, faute de moyens financiers à disposition. Ces hypothèses divergentes ne sont pas démontrées empiriquement et nécessiteraient donc des études plus approfondies. Il est urgent de mieux connaître les motifs d'entrée en consommation d'alcool problématique tardive des personnes âgées, afin de mieux pouvoir prévenir un phénomène qui ne pourra que s'amplifier au vu de l'évolution démographique actuelle.

Klingemann ⁽¹⁵⁾ souligne, en s'appuyant sur une étude qualitative ⁽⁴⁾, «la fonction protectrice du mariage pour les hommes en matière de consommation d'alcool, de tabac et de comportements de santé en général. Dans ce groupe d'hommes, la consommation diminue régulièrement avec l'âge, alors que cela n'est pas le cas pour les hommes veufs, séparés ou vivant seuls ^a». Ce constat est à mettre en parallèle avec l'affirmation selon laquelle c'est la femme qui reconforte l'homme dans sa transition de la vie active vers sa vie de retraité ⁽²⁴⁾, tant au niveau social qu'émotionnel. Ainsi, en lui facilitant l'adaptation à sa vie de retraité, la femme agit vraisemblablement pour l'homme comme un facteur protecteur déterminant en matière de consommation d'alcool en particulier.

Etre marié: un effet protecteur pour l'homme

Préparer les hommes à la retraite est une démarche hautement utile en termes de prévention de la consommation problématique de substances psychoactives chez les personnes âgées. Par exemple, Pro Senectute propose des ateliers de préparation à la retraite, animés dans les entreprises. Ces formations de 3 jours en général incluent aujourd'hui des thèmes relatifs à la définition de nouvelles activités, aux hobbies et autres occupations, à la création d'un nouveau réseau social, au réapprentissage d'un autre rythme de vie, à la gestion d'un budget plus serré ainsi qu'à la vie à deux, en face à face. Ces ateliers doivent être promus intensivement au sein des entreprises.

Par ailleurs, il est urgent de mieux connaître les motifs d'entrée en consommation d'alcool problématique des personnes âgées, afin de prévenir efficacement un phénomène qui ne pourra que s'amplifier au vu de l'évolution démographique actuelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. amPuls Market Research. (2005). Repräsentative Marktstudie 0,5 Promille - Update-Studie 2005. Stans: amPuls.
2. Annaheim, B., & Gmel, G. (2004). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ein Synthesebericht zum Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002* - Forschungsbericht. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
3. Bundesamt für Statistik (BfS / OFS). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BfS.
4. Davidson, K. D., & Arber, S. (2003). Older men's health: A life course issue? *Men's Health Journal*, 2(3), 72-75.

a Adapté et repris librement en français du document original en langue allemande

5. Döge, P., & Volz, R. (2004). Männeralltag unter der Lupe - Weder Pascha noch Nestflüchter. *Männer Zeitung*, 4, 22-26.
6. Emslie, C. K., Hunt, K., & Macintyre, S. (2002). How similar are the smoking and drinking habits of men and women in non-manual jobs. *European Journal of Public Health*, 12, 22-28.
7. Gmel, G. (1997). Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Schweiz. Nehmen mehr Frauen Medikamente oder sind mehr Männer erwerbstätig? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(1), 14-31.
8. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (non publié). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
9. Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. *Abhängigkeiten*, 4(3), 9-29.
10. Hollstein, W. (1990). *Die Männer. Vorwärts oder zurück*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
11. Institut für Demoskopie Allensbach. (2001). *Wie krank ist der Mann? Men's-Health-Studie zur Männergesundheit 2001*. Dernière visite August 2005, en ligne: http://www.menshealth.de/sixcms/media.php/10/mh_pr_sentation00.pdf.
12. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). (2004). *Chiffres et données*. Lausanne: ISPA.
13. Jacobi, G. H. (2003). Stress und Burnout bei Männern. In G. H. Jacobi (Ed.), *Paxis der Männergesundheit* (pp. 139-145). Stuttgart: Thieme.
14. Keller, R., Krebs, H., & Hornung, R. (2003). *Enquête sur la consommation de tabac en Suisse (Monitoring tabac)*. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut.
15. Klingemann, H. (non publié). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
16. Maffli, E., & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz*. (Forschungsbericht 33). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
17. Maffli, E., Kuntsche, S., Delgrande Jordan, M., Annaheim, B., & Francis, A. (2004). *Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2002 - Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
18. Müller, R. (2005). Alter schützt vor Drogen nicht. *Standpunkte*, 1, 10-11.
19. Müller, R., Klingemann, S., Gmel, G., & Brenner, D. (1999). *Risikoreiches Alkoholtrinken in der Schweiz. Base-line Untersuchung für das Alkoholpräventionsprogramm des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Eidgenössischen Alkoholverwaltung (EAV) und der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
20. Neve, R. J., Lemmens, P. H., & Drop, M. J. (1997). Gender Differences in Alcohol Use and Alcohol Problems: Mediation by Social Roles and Gender-Role Attitudes. *Substance Use & Misuse*, 32(11), 1439-1459.
21. Pross, H. (1978). *Die Männer - Eine repräsentative Untersuchung über die Selbstbilder von Männern und ihre Bilder von der Frau*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
22. Sieber, M. (1998). Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme: Fünf Belege für die Verknüpfung. *Abhängigkeiten*, 4(3), 4-8.
23. Spinatsch, M. (2004). *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?* Dernière visite septembre 2005, en ligne: <http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/imperia/md/content/drogen/48.pdf?PHPSESSID=3086f844a2f548b4ab73dc4e7a598ebe>.
24. Stuckelberger, A., & Höpflinger, F. (1996). *Vieillissement différentiel: hommes et femmes*. Zurich: Editions Seismo.
25. Vogt, I. (1998). Gender and drug treatment systems. In H. Klingemann & G. Hunt (Eds.), *Drug treatment systems in an international perspective* (pp. 281-197). London: Sage Publications.
26. Wicki, M., & Gmel, G. (2005). *Rauschtrinken in der Schweiz - Eine Schätzung der Prävalenz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997* (Forschungsbericht Nr. 40). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
27. Zulehner, P., & Volz, R. (1998). *Männer im Aufbruch. Wie Deutschlands Männer sich selbst und wie Frauen sie sehen*. Ein Forschungsbericht. Ostfildern: Schwabenverlag.

6. Migration, genre, dépendance

6.1 Introduction

Dans le présent document, le terme "migration" (lat. migratio: déplacement) désigne le déplacement d'un pays à l'autre en traversant une frontière nationale. Le terme "migrants" désigne quant à lui non seulement les personnes qui migrent mais également leurs enfants, quels que soient les motifs concrets à l'origine de la migration et le statut de séjour du migrant (étrangers établis en Suisse, travailleurs saisonniers, réfugiés, etc.).

Nous avons mené des recherches détaillées de littérature pertinente dans différentes bases de données électroniques internationales (Medline, Current Contents, PsycINFO, ETOH), dans les catalogues de la bibliothèque municipale et universitaire de la ville de Berne, de la bibliothèque cantonale universitaire de Fribourg et de la bibliothèque de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Il n'existe aucune étude traitant de la thématique de la dépendance et de la migration au sens défini ci-dessus, à savoir d'une perspective sexospécifique. En revanche, il existe un nombre relativement important d'études et de thèses relatives aux thématiques "migration et santé" et "migration et genre", même si la quasi-majorité de ces travaux s'intéresse principalement aux femmes.

6.2 La migration, un risque pour la santé?

Dans un monde en grande partie globalisé, l'état de santé et le bien-être d'un nombre croissant de migrants sont très importants. Les flux migratoires peuvent en effet avoir des répercussions sur la santé des migrants et de leurs enfants, ce qui pose le défi de savoir quelles stratégies de santé publique le pays d'accueil doit mettre en place ⁽¹⁾.

Outre les difficultés pré- et transmigratoires (guerre, violence, traumatismes), les migrant-e-s sont confronté-e-s à diverses problématiques lors de leur arrivée dans la nouvelle société: problèmes linguistiques et de communication, différences culturelles, discriminations ethnique, religieuse et économique, perte de statut, perte des réseaux sociaux, séparation familiale et perte de rôles sociaux stables, d'identités et de positions professionnelles, mauvaises conditions de logement, conditions de travail incertaines et un statut de séjour souvent précaire, pour n'en citer que quelques-unes ^(12, 20, 22). Quant aux jeunes migrant-e-s, une grande partie d'entre eux-elles rencontre des problèmes liés à l'identité et à leur rôle dans la société, à une mauvaise formation, à une absence de perspectives professionnelles, à un manque de reconnaissance sociale, etc. ⁽⁵⁾.

Migrant-e: un statut générant de nombreux risques...

Ces difficultés causées par la migration peuvent avoir des effets négatifs sur la santé physique et psychosociale des personnes concernées ⁽²²⁾. Outre d'autres facteurs, elles déclenchent souvent des comportements à risque

visant à compenser le problème. La consommation excessive d'alcool et de tabac ou l'abus d'autres substances psychoactives peuvent alors donner l'impression, au travers de l'ivresse, d'améliorer de façon rapide et momentanée le bien-être. Par ailleurs, faire étalage de comportements à risque (chez les jeunes) peut amener la reconnaissance sociale et améliorer le statut social de l'individu ^(9, 19).

...qui prédisposent à la consommation de substances psychoactives

Des indices clairs démontrent que les migrant-e-s essaient le plus longtemps possible de dissimuler leurs abus de substances psychoactives ou celui d'un membre de la famille. Ainsi, contrairement aux Suisses, on essaie plutôt de régler le problème au sein de la famille. Il arrive également que l'accès aux institutions spécialisées dans la dépendance soit plus difficile pour la population migrante du fait de diverses barrières (p. ex. linguistique). Partant du principe que les migrant-e-s sous-utilisent l'offre existante et qu'ils n'apparaissent donc pas dans les statistiques correspondantes, il n'est guère possible de déterminer avec certitude quelle est leur proportion effective ^(6, 9). Il semble que les adolescent-e-s et jeunes adultes de la seconde génération connaissent surtout des problèmes avec les substances illégales (héroïne, cocaïne, etc.) alors que les migrant-e-s de la première génération souffrent plutôt de problèmes d'alcool ^(2, 21).

La famille comme support

Des barrières culturelles à l'entrée en traitement

Migrant-e-s de la deuxième génération: drogues illégales

L'enquête suisse sur la santé des écoliers ⁽¹⁸⁾ montre que, dans les groupes d'âges plus jeunes, les adolescent-e-s de nationalité étrangère ont plus tendance que les Suisses à fumer, boire du vin ou de la bière chaque semaine et à avoir déjà été ivres. Par contre, les jeunes Suisses déclarent plus souvent avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents l'enquête. Dès l'âge de 15 ans, les deux groupes ne se distinguent plus l'un de l'autre, à l'exception d'une consommation plus élevée de cannabis chez les Suisses. En outre, les jeunes étrangers domiciliés en Suisse se sentent légèrement moins bien que les jeunes Suisses (évaluation de la santé, satisfaction de son propre corps, atteintes à la santé) ⁽¹⁸⁾.

Alcool chez les migrant-e-s de la première génération

Moins de consommation de cannabis que dans la population des adolescents suisses

Moins bien dans leur peau que les jeunes Suisses

De même, une autre enquête menée au niveau suisse n'a pu établir, sur la base des données fournies par les institutions à bas seuil, que la population migrante était plus sujette à la dépendance que la population indigène. En revanche, elle souligne le problème potentiel d'une mise à contribution restreinte des offres d'aide par la population migrante ⁽²¹⁾. On notera par ailleurs qu'il n'existe que peu de documents de prévention destinés aux jeunes qui sont édités dans leur propre langue.

Parmi les 1168 personnes qui se trouvaient en 2004 en traitement dans un centre spécialisé (dépendance à l'alcool ou aux médicaments), 14.1% étaient de nationalité étrangère ⁽⁸⁾. Ce chiffre est inférieur à la proportion moyenne d'étrangers de près de 20% de la population suisse ⁽¹⁷⁾. Les statistiques relatives aux services de consultation ambulatoires spécialisés dans l'alcool et les drogues, révèlent d'autres tendances: chez les quelque 2452 hommes présentant des problèmes de drogues venus chercher conseil, la proportion d'étrangers s'élevait à 26.5%; chez les 1046 femmes, ce chiffre s'élevait à 20.4% ⁽¹⁴⁾.

6.3 La migration a-t-elle des effets différents chez les hommes et les femmes?

Les migrantes et migrants se trouvent plus ou moins contraints de se confronter à la culture et à la société du pays d'accueil, à s'y adapter et à s'y intégrer. Dans ce processus d'examen et d'intégration, le genre, comme on l'a vu dans le chapitre 2, joue un rôle fondamental. Les notions de virilité et de féminité, les rôles sexospécifiques et les relations entre les sexes sont des constructions sociales; elles sont donc spécifiques à la culture et à la société. En outre, ces rôles changent au fil du temps. Arrivés dans le pays d'accueil, les migrantes et les migrants se trouvent confrontés à un rôle sexospécifique jusqu'ici méconnu. Vivre dans une nouvelle société leur impose de négocier de nouveaux rôles sexospécifiques et de nouvelles relations entre les genres ⁽¹³⁾.

Le concept de masculinité est aussi déterminé culturellement

Ce processus de négociation, d'adaptation et d'intégration ne concerne pas seulement les migrantes et les migrants mais aussi leurs enfants. Souvent, la génération migrante essaie de conserver dans le pays d'accueil les modèles traditionnels et rôles joués jusqu'ici aussi longtemps et dans la plus large mesure possible. Ayant grandi dans une société différente, leurs enfants en revanche sont empreints des structures du pays d'accueil et se sentent limités par les modèles traditionnels transmis par les parents. C'est la raison pour laquelle les familles de migrants connaissent des tensions transgénérationnelles particulièrement fréquentes et intenses, notamment en ce qui concerne les rôles sexospécifiques ⁽²²⁾.

Maintenir un lien avec sa culture d'origine au travers de sa masculinité

Pour les enfants de la deuxième génération, l'enjeu est différent

Ces tensions et conflits se manifestent différemment chez les hommes et les femmes. Etant donné le manque de littérature sur ce sujet, il serait non seulement trop compliqué de décrire en détail ces différents effets mais la tentative dépasserait également le cadre du présent travail. Ce rapport se limite donc aux exemples de conflits sexospécifiques dans le cadre de la migration de la première génération.

Les hommes sont souvent les premiers membres de la famille à émigrer. Selon une étude néerlandaise, ils se plaignent souvent d'aliénation émotionnelle et sexuelle envers leurs femmes venues les rejoindre ⁽⁷⁾. Ces hommes ont parfois travaillé dans leur pays d'origine dans des conditions très limitées pour leur famille et vivent modestement dans le pays d'accueil. Ils risquent de perdre la face devant leur femme et leurs enfants qui se sont imaginés une situation de vie plus agréable ⁽⁴⁾.

Suite à la migration, les hommes souffrent fréquemment d'une perte de statut social: ils doivent accepter un emploi moins gratifiant qu'auparavant et ne peuvent occuper au sein de la famille la position dominante qu'ils occupaient dans leur pays d'origine ⁽²⁾.

Perte de statut professionnel et diminution du pouvoir au sein de la famille

Les migrantes souffrent quant à elles plus fréquemment de discriminations sociales telles qu'un statut socio-économique inférieur et une

dépendance financière mais aussi de la prostitution et de la traite des femmes ⁽²²⁾. Selon un rapport de l'Office fédéral de la santé publique ⁽¹⁶⁾, l'état de santé des migrantes serait nettement plus déficient que celui des migrants.

La santé des femmes migrantes est plus précaire que celle des hommes migrants

6.4 Migration, genre et dépendance

Après avoir abordé d'une part la thématique de la migration en rapport avec la santé et la dépendance et, d'autre part, en rapport avec le genre, il convient d'aborder la question de savoir si les migrants se distinguent des migrantes en matière de dépendance et si la migration nuit davantage à la santé des hommes que des femmes. Étant donné l'absence d'études relatives à la thématique, les explications suivantes se fondent sur des déclarations d'experts.

Dans une interview donnée à la revue "Standpunkte", Luigi Bertoli, directeur adjoint du centre de consultation Contact Biel-Bienne spécialisé dans le domaine "Migration, dépendance et famille", s'exprimait sur la problématique des migrants de sexe masculin et leurs problèmes de dépendance. *Il constate que dans certaines familles, la migration entraîne un changement de rôles dans lequel les femmes gagnent en statut social, parfois en travaillant, tandis que les hommes perdent en statut en devant accomplir un travail qui les blesse dans leur dignité. Il y voit une des raisons possibles de l'abus de substances plus élevé chez les migrants que chez les migrantes ⁽²⁾.*

Perte du statut professionnel et du rôle central dans la famille = cause possible de consommation de substances psychoactives

Directeur du projet "Migration et dépendances" du réseau Contact Berne, Umberto Castra considère la question des aspects sexospécifiques de la migration et des dépendances comme particulièrement intéressante. *Il part du principe que les migrantes et les migrants se distinguent en matière de dépendance. Étant donné que cette thématique n'a encore guère fait l'objet d'études, Umberto Castra y voit une nécessité urgente de mener des recherches* (communication personnelle du 10.08.2005).

Directrice du Service Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB), Nella Sempio regrette elle aussi l'absence de littérature relative aux hommes et à la migration. *Sa longue expérience en qualité de thérapeute de famille italophone lui a appris que les rôles se trouvent fréquemment bouleversés dans les familles de migrants. Les femmes se mettent à travailler et prennent de l'assurance, les enfants sont souvent mis à contribution comme médiateurs ou interprètes tandis que les hommes perdent souvent de leur autorité et de leur statut. Ceux-ci souffrent alors d'une "dévalorisation sociale"; souvent, ils ne se sentent plus de "vrais" hommes. Conjuguée à la toxicomanie, cette situation peut conduire à la violence. Selon Nella Sempio, les hommes restent attachés de façon plus rigide à leur rôle traditionnel alors que les femmes réagissent avec davantage de souplesse et disposent de plus de ressources. Il n'est pas rare que les fils de la seconde génération reprennent les modèles traditionnels transmis par leurs pères, reproduisant ainsi les mêmes schémas dans la seconde génération. Les consultations avec des migrants espagnols et portugais ont révélé qu'ils étaient*

Consommation de drogues = risque de violence

Les hommes s'accrochent plus fortement que les femmes à leur rôle traditionnel

de plus en plus nombreux sans contrat de travail en Suisse et entraînent alors dans la prostitution. Auparavant cette problématique ne touchait que les migrantes (communication personnelle du 11.08.2005).

Selon le pédiatre turco-allemand Fikret Cerci, spécialiste du domaine de la migration et de la santé, les jeunes gens issus de familles de migrants sont moins surveillés et protégés par leurs parents et frères et sœurs plus âgés. Ils présentent ainsi un risque plus élevé de consommer de la drogue que les jeunes filles ⁽⁵⁾.

*Les jeunes migrants: moins coachés
= plus de risque de consommation*

Les rares études empiriques qui pourraient donner des indications sur la thématique "Migration, dépendance et genre" ne permettent pas de conclure de façon catégorique à une proportion plus élevée de migrants que de migrantes dans l'abus de substances psychoactives.

Les analyses faites dans l'enquête suisse sur la santé ⁽³⁾ ont démontré que la population étrangère domiciliée en Suisse ne se distingue pas de la population suisse en matière de consommation à risque. La proportion d'étrangers et d'étrangères étant des consommateurs à risque est légèrement plus élevée que celle des Suisses et Suissesses (9% vs 8%) ⁽¹⁾.

*Alcool: pas de différence marquée
avec la population suisse*

La population des hommes et femmes migrant-e-s a une prévalence de la consommation de tabac un peu plus élevée que la population suisse. Selon l'enquête suisse sur la santé (1997/98), 47.0% des hommes étrangers vivant en Suisse sont fumeurs, alors que c'est le cas de 37.2% des hommes suisses. Chez les femmes, 31.5% des femmes de nationalité étrangère sont fumeuses et 26.9% des Suissesses (ISPA, chiffres calculés sur la base de l'ESS 1997/98) ⁽¹⁵⁾.

*Tabac: une prévalence plus élevée
que dans la population suisse,
surtout chez les hommes*

Une enquête menée auprès de quelque 1200 jeunes hommes de nationalité étrangère en Suisse a démontré que ceux-ci consommaient plus de substances engendrant la dépendance (tabac, cocaïne, héroïne) que les jeunes Suisses. Chez les jeunes femmes en revanche, on ne distingue pas de différence dans la consommation des mêmes substances ⁽¹⁰⁾.

*Consommation de substances
psychoactives: un problème chez les
jeunes hommes migrants*

La proportion relativement élevée de migrant-e-s dans la population générale en Suisse, doit nous inciter à leur porter une attention particulière en termes de santé, spécifiquement en matière de consommation de substances psychoactives. Ce d'autant plus que ces personnes sont, de par leur statut, dans des situations à risque élevé de consommation problématique. Les hommes sont particulièrement concernés.

Un travail avec et au sein des communautés migrantes est indispensable; il sera plus global que spécifique: conditions de vie, statut social, intégration, qualité de vie. Les questions de consommation de substances psychoactives sont à aborder en lien avec leurs réalités sociales et leurs perceptions des rôles sociaux des genres. Une approche spécifique de prévention du tabagisme serait prioritaire.

Il faut mettre en place, en collaboration avec les communautés migrantes et les acteurs de la santé publique, des stratégies qui facilitent une prise en charge précoce des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, afin de baisser le seuil d'accès aux différents lieux de conseil et de traitement.

L'ensemble de ces approches doit être coordonné avec d'autres mesures et programmes destinés aux populations migrantes. La notion d'approche spécifique selon les genres doit être promue dans tous les programmes de santé visant cette population.

Les études futures ne devraient pas se consacrer uniquement à l'aspect du genre mais aussi à l'hétérogénéité de la population migrante. Il s'avère en effet problématique de donner une image globale des problèmes dus à la migration, du fait de la diversité des personnes concernées (origine, statut socio-économique, etc.) ⁽¹⁹⁾.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annaheim, B., & Gmel, G. (2004). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ein Synthesebericht zum Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002* - Forschungsbericht. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
2. Bertoli, L. (2004). Starke Familienbande können bei Suchterkrankungen zur Falle Werden. *Standpunkte*, 4(5), 8-9.
3. Bundesamt für Statistik (BfS). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BfS.
4. Carballo, M., Divino, J. J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3(12), 936-944.
5. Cerci, F. (2005). *Suchtproblematik bei jugendlichen MigrantInnen*. Dernière visite September 2005, en ligne: <http://www.kinderaerzte-lippe.de/Sucht%20bei%20jugendl.%20Migranten.htm>.
6. Dahinden, J. (2005). Die Integration von Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in die Institutionen der Suchthilfe. Theoretische und praktische Überlegungen. *Abhängigkeiten*, 1(5), 5-17.

7. De Jong, J. T. V. M. (1994). Ambulatory mental health care for migrants in the Netherlands. *Curare*, 17(1), 25-34.
8. Delgrande Jordan, M. (2005). *act-info dans le domaine de traitement "résidentiel alcool et médicaments" - Résultats de l'enquête auprès des client-e-s 2004 - Recueil de tableaux statistiques*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
9. Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Hans Huber.
10. Ferron, C., Haour-Knipe, M., Tschumper, A., Narring, F., & Michaud, P.-A. (1996). Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 127, 1419-1429.
11. Gushulak, B. (2001). Health Determinants in Migrants: The Impact of Population Mobility on Health. In P. J. van Krieken (Ed.), *Health, Migration and Return* (pp. 255-256). Den Haag: Asser Press.
12. Johnson, T. P. (1996). Alcohol and Drug Use among Displaced Persons: An Overview. *Substance Use & Misuse*, 31(13), 1853-1889.
13. Krulfeld, R. M. (1999). Changing concepts of gender roles and identities in refugee communities. In L. A. Camino & R. M. Krulfeld (Eds.), *Reconstructing lives, recapturing meaning. Refuge identity, gender, and culture change* (pp. 71-74). Australia: Gordon and Breach Publishers.
14. Maffli, E., Kuntsche, S., Delgrande Jordan, M., Annaheim, B., & Francis, A. (2004). *Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2002 - Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
15. Müller, S., & Gmel, G. (2001). *Legale und illegale Drogen: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Tabellenband)*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
16. Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2002). *Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006*. Berne: OFSP. <http://www.suchtunddaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/strategie/1.pdf>.
17. Office fédéral de la statistique (OFS). (2005). *Population - Chiffres clés*. Dernière visite octobre 2005, en ligne: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/bevoelkerung/uebersicht/blank/wichtigste_kennzahlen.html.
18. Schmid, H., Gaume, J., Annaheim, B., Kuntsche, E. N., Kuendig, H., & Delgrande Jordan, M. (2004). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Entwicklungen, Trends und internationale Vergleiche*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
19. Settertobulte, W. (2001). Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Eds.), *Migration und Krankheit* (pp. 171-173). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
20. Spang, T., & Hanselmann, V. (2004). Migrationsgerechte Suchtarbeit ist eine Querschnittsaufgabe. *Suchtmagazin*, 30(2), 9-11.
21. Uchtenhagen, A. (2000, Mai). *Zur Bedeutung und Notwendigkeit eines migrationsspezifischen Therapieansatzes in stationären Einrichtungen*. Paper presented at the Tagung Migration und stationäre Drogentherapie, Olten.
22. Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.

PARTIE III

Quand la consommation dérape et induit des problèmes

7. Les problèmes associés à la consommation

7.1 Morbidité et mortalité: différences hommes – femmes

7.1.1 Alcool

Les atteintes physiologiques dues à l'alcool sont largement connues aujourd'hui; l'alcool a un impact négatif sur des organes comme le foie, le système digestif, le système nerveux central et le système cardiovasculaire, ainsi que sur de nombreux cancers. En Suisse, les maladies de l'appareil digestif, telles que la pancréatite et la cirrhose du foie représentent 40% des décès dus à l'alcool ⁽¹⁵⁾. Les fonctions endocriniennes et reproductrices peuvent aussi être perturbées et dérégler le système immunitaire. L'hypertension artérielle et les troubles du système nerveux périphérique ont souvent pour origine une consommation excessive d'alcool. La consommation d'alcool induit aussi des accidents, des chutes, participe aux suicides et provoque des maladies aiguës. 3.9% des jours de soin dans les hôpitaux suisses et 3.4% des décès sont liés à des problèmes d'alcool ⁽¹⁵⁾.

L'alcool: des impacts négatifs nombreux

En termes d'années de vie potentiellement perdues, les maladies chroniques induites spécifiquement par la consommation d'alcool (cirrhose, dépendance, maladies du système cérébrovasculaire et autres maladies chroniques) représentent le 54% du fardeau chez les hommes contre 73% chez les femmes, la plus grande partie étant due aux cirrhoses (28.3% du total chez les hommes et 34.7% pour les femmes). Si proportionnellement les hommes sont moins affectés que les femmes par les maladies chroniques (voir aussi le chapitre 3.4 "Différences physiologiques" à ce sujet), ils sont touchés fortement par les accidents de la route et les suicides, qui à eux deux constituent le 44% du fardeau total, contre 17.5% chez les femmes. On retrouve ici la composante des comportements à risque comme cause principale des dégâts dus à l'alcool chez les hommes. Ainsi, chez les hommes de 15-24 ans, la proportion des décès dus à l'alcool est quasi le double (12.1%) de celles des femmes (6.7%), presque exclusivement à cause de morts aiguës, accidentelles. Au total, les décès dus à l'alcool chez les hommes représentent le 4.2% de tous les décès, contre 2.7% chez les femmes. Près d'un dixième (9.7%) des années de vies perdues chez les hommes est dû à l'alcool, contre 6.9% chez les femmes ⁽¹⁵⁾.

Les femmes souffrent plus de maladies chroniques que les hommes, lesquels sont touchés plus nettement par les comportements à risque

La dépendance à l'alcool, on l'a dit précédemment, concerne quelque 300 000 personnes en Suisse, dont 2/3 d'hommes. Cette estimation est corroborée par les diagnostics posés dans les hôpitaux suisses ⁽²⁴⁾. La dépendance à l'alcool est ainsi diagnostiquée comme cause principale ou secondaire en moyenne chez 3.8% des hommes et 1.3% des femmes, avec un pic pour la tranche d'âge des 45-49 ans chez les femmes (2.4%) et entre 50 et 54 ans chez les hommes (4.9%). Lorsque le diagnostic principal est la dépendance à l'alcool, il est en quatrième position chez les hommes de 40 à 69 ans et en quatorzième position chez les femmes de la même tran-

La dépendance à l'alcool: un problème fortement masculin

che d'âge. ⁽²⁴⁾ Pour les deux groupes, il représente le plus grand nombre de jours d'hospitalisation par cas, de l'ordre de 26.5 jours pour les hommes et de 28.3 jours pour les femmes ⁽⁴⁾.

La statistique des retraits de permis ⁽³⁸⁾ donne une indication intéressante quant aux comportements habituels des hommes et des femmes dans la circulation routière, sans toutefois en être un reflet précis, puisque le biais du nombre de contrôles a une incidence sur le résultat. Ainsi, l'augmentation annuelle n'est pas tant un indicateur d'un changement de comportement des usagers de la route que de celui des autorités de contrôle. En comparaison avec l'année précédente (2003), les retraits de permis pour conduite en état d'ébriété ont augmenté de 13.9%, ceux pour conduite sous influence de médicaments et drogue de 47.8%, pour toxicomanie de 27.8%, alors que les retraits pour cause d'alcoolisme ont diminué de 3.1% ^(37, 38).

Les comparaisons hommes – femmes révèlent des différences notables: la quasi totalité de retraits de permis pour ébriété concernent les hommes; c'est dans la tranche d'âge des 20-24 ans que le nombre de retraits est le plus élevé, avec une proportion des hommes de 92.7%. Dans ce groupe d'âge, les retraits masculins représentent un cinquième de tous les retraits, et en constituent la deuxième cause, après la vitesse. Pour les cas d'alcoolisme, les hommes sont là aussi beaucoup plus fréquemment sanctionnés que les femmes. C'est chez les 40-50 ans que le nombre est le plus élevé (230 cas, soit 2.3% des retraits de ce groupe d'âge); la proportion des hommes est de 82.7% ^(37, 38).

Comportement à risque = comportement masculin

Avec un nombre de cas nettement moins élevé, la conduite sous influence de médicaments et de drogues apporte une image similaire: dans la tranche d'âge la plus concernée, soit celle des 20-24 ans (344 personnes), la proportion des hommes est de 92.2%. Même constat pour la toxicomanie, où dans le même groupe d'âge, les retraits sont le fait de 88.5% des hommes (sur un total de 408 cas).

La dépendance à l'alcool doit faire l'objet de campagnes de sensibilisation dans le grand public, avec un accent particulier auprès des hommes; la banalisation de la consommation d'alcool – des hommes en particulier – et de son image encore fortement masculine est ici en cause. En thématissant en parallèle les risques typiquement masculins et ceux plutôt féminins, on devrait arriver à concerner les deux publics cible.

Ainsi, une attention particulière doit être portée aux comportements de consommation à risque des hommes, spécialement dans la circulation routière. Là encore, les campagnes de prévention doivent tenir compte des différences de comportement des hommes et des femmes.

7.1.2 Tabac

Le tabac engendre et favorise de nombreuses maladies. Il constitue un important facteur de risque pour les cancers, l'irrigation sanguine des membres, du cœur et du cerveau ainsi que pour les maladies chroniques des poumons (bronchites, emphysèmes). Les hommes de plus de 40 ans admis dans les hôpitaux suisses présentent souvent une maladie liée à la consommation de tabac. L'infarctus est d'ailleurs l'une des principales causes d'hospitalisation chez les hommes de 40 à 79 ans. Les autres maladies liées au tabac sont également fréquentes dans cette catégorie de patients ⁽²⁴⁾. Cette surreprésentation des hommes est à mettre en lien avec le fait que les cancers surviennent en moyenne 20 ans après le début de l'exposition à la fumée; ainsi, les statistiques de morbidité et de mortalité ont donc 20 ans de retard sur les statistiques de la consommation actuelle. Le tableau très sombre présenté par les hommes sera donc similaire pour les femmes d'ici quelques années, si nous n'entreprenons rien pour inverser la tendance de la consommation chez les jeunes, ni n'offrons des méthodes de désaccoutumance aux fumeurs et fumeuses actuels.

Actuellement encore un problème majeur chez les hommes

La part des diagnostics liés au tabac dans les hôpitaux de Suisse est de 8.8% chez les hommes et 3.1% chez les femmes, engendrant ainsi des jours de soins qui représentent 11.5% du total pour les hommes, 3.9% pour les femmes ⁽²⁴⁾.

On constate au plan mondial une diminution de la mortalité par cancer pulmonaire chez les hommes, ou tout au moins un ralentissement de l'augmentation, alors que le contraire se produit chez les femmes. En Suisse, les décès par cancer chez les hommes représentent 8.6% de tous les décès, contre 2.05% chez les femmes. Cette tendance va fortement augmenter pour les femmes, puisque l'on sait que le risque de maladies pulmonaires, à consommation égale, est plus élevé chez la femme que chez l'homme (voir aussi chapitre 3.4 pour plus de détails). Reste que les hommes survivent moins longtemps que les femmes. Enfin, l'homme semble moins affecté que la femme par le cancer du non-fumeur.

Amélioration des choses en vue... mais péjoration pour les femmes

En Suisse, 14% des décès sont dus au tabagisme: 20% chez les hommes contre 7% chez les femmes ⁽²⁴⁾.

Il est nécessaire d'intensifier les offres de désaccoutumance au tabac, en visant de manière spécifique la cible masculine, afin de réduire le nombre de fumeurs.

Il est tout autant important de freiner l'entrée en consommation des jeunes, des filles en particulier, afin d'inverser la tendance dans ce groupe cible.

7.1.3 Cannabis

Les conséquences sur la santé de la consommation de cannabis à long terme sont maintenant de mieux en mieux connues ⁽³¹⁾: risque accru de développer un cancer des poumons ainsi que d'autres affections du système respiratoire, risque accru de développement précoce de schizophrénie et de dépressions latentes, atteinte de la mémoire et de la perception, dépendance psychique et symptômes physiques modérés de sevrage. Certains travaux américains ⁽²²⁾ évaluent aux alentours de 5% la proportion de sujets présentant, dans la population générale, un risque de dépendance au cannabis; cette prévalence serait de 10% chez les sujets consommateurs, mais les études manquent pour confirmer cette hypothèse. Les effets d'une consommation prolongée sur les modifications génétiques sont eux aussi controversés. Il faut aussi prendre en considération les effets aigus, comme les troubles de l'attention et de la concentration, la réduction des facultés motrices et les atteintes de la mémoire à court terme. A ce jour, aucune différence de conséquences entre les sexes n'a été mise en évidence.

Des risques à long terme

Toutefois, la proportion d'hommes consommant actuellement du cannabis étant plus élevée que celle des femmes, et ce dans toutes les classes d'âge, on peut craindre que les conséquences négatives de la consommation chronique de cannabis ne se développent dans le futur et concernent essentiellement les hommes. On peut cependant noter que les études de trajectoires montrent que l'abandon de la consommation concerne la majorité des adultes après l'âge de 30-35 ans ⁽²²⁾. Ainsi, selon cette étude, l'adoption par les jeunes adultes de rôles sociaux conventionnels, notamment par le mariage ou la venue d'enfants augmente la probabilité d'arrêt de la consommation de cannabis. On peut se demander si cette tendance va perdurer avec les jeunes consommateurs actuels, alors qu'on voit ça et là des parents ex-soixante-huitards fumer du cannabis en présence de leurs enfants...

Adopter des rôles sociaux conventionnels incite à l'arrêt

Il faut mettre l'accent sur des offres de désaccoutumance et, idéalement, d'arrêt de la consommation de cannabis auprès des jeunes adultes, les hommes en particulier. Des mesures visant à réduire la consommation problématique de cannabis semblent plus réalistes et concourent déjà clairement à une diminution des risques.

Il faut sensibiliser les consommateurs de cannabis pour prévenir les risques futurs, surtout chez les hommes. Des messages sur les risques de la consommation chronique à long terme doivent être développés et diffusés.

7.1.4 Héroïne et cocaïne

La consommation d'héroïne par voie d'injection comporte comme risque important la transmission des virus des hépatites et du sida. Ainsi, environ 40% des consommateurs de drogue sont ou ont été atteints d'hépatite

Risque majeur: HIV/sida et hépatite

B. Une bonne moitié d'entre eux ont été infectés par le virus de l'hépatite C, et cette proportion est même de plus de 80% chez les consommateurs et consommatrices de longue date. ⁽²¹⁾. La répartition des cas de sida nouvellement diagnostiqués a changé au cours du temps. Jusqu'en 1996, le groupe dominant était celui des personnes infectées par du matériel d'injection de drogue contaminé ⁽³⁶⁾, suivi par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, puis les personnes infectées par voie hétérosexuelles. En 2004, sur l'ensemble des personnes atteintes du sida, 17.9% des hommes et 17.8% des femmes ont été infectées par l'utilisation de matériel d'injection de drogue contaminé (calculs ISPA) ⁽³⁶⁾. Les rapports sexuels hétérosexuels constituent la principale source d'infection chez les hommes (41.7%), suivis par les rapports homosexuels (36.9%); chez les femmes, les rapports hétérosexuels représentent la très grande majorité des cas (78.1%).

La consommation de cocaïne est en lien étroit avec les troubles de la circulation sanguine du muscle cardiaque et des infarctus du myocarde ⁽⁴⁶⁾. D'autres événements cardiovasculaires sont fortement associés à la consommation de cocaïne, comme les cardiomyopathies, les angines de poitrine et les morts subites par arrêt cardiaque. Aucune différence entre les sexes n'est mise en évidence dans la littérature scientifique.

Risques cardiaques

Il serait utile de mieux connaître les liens possibles entre les différentes complications de la consommation de cocaïne et les intentions et attentes des usagers et usagères, afin de développer des approches différenciées en fonction des modes et contextes de consommation, lesquels ont des spécificités certainement différentes selon les genres.

Le nombre de décès dus à la consommation de drogue – causes directes uniquement, les statistiques ne prenant pas en considération les décès indirects – est en diminution constante depuis 1994 ⁽²⁴⁾, année de l'introduction de la prescription médicale d'héroïne, et ce de manière plus nette chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, entre 1994 et 2003, le nombre de décès des hommes a chuté de 327 à 148, soit une réduction de 54.7% par rapport à 1994, alors que celui des femmes passait de 72 à 46 dans la même période, soit une baisse de 36%. Reste que le taux de mortalité est plus faible chez les femmes consommatrices de drogues que chez les hommes. Ainsi que relevé par Güttinger et al. (16), les femmes toxicomanes font plus fréquemment des tentatives de suicide que les hommes ^(7, 51).

Baisse des décès plus marquée chez les hommes

Il est nécessaire de poursuivre les efforts pour réduire le nombre de décès dus aux drogues illégales.

7.1.5 Infractions à la Loi fédérale sur les stupéfiants (Lstup)

Les conséquences de la consommation chronique de drogues illégales, outre les atteintes à la santé, sont essentiellement sociales et judiciaires. Les données issues des statistiques ⁽³⁵⁾ montrent – entre 1997 et 2003 – une proportion constante d'hommes ayant commis des infractions à la Lstup, de l'ordre de 85%. La grande majorité concerne la consommation de cannabis, les hommes âgés de 18-24 ans étant le plus représentés. La cocaïne vient en deuxième position et l'héroïne en troisième dans la tranche d'âge des 30 ans et plus. Chez les femmes, ce sont les consommatrices de marijuana de 18-24 ans et celles de cocaïne âgées de plus de 30 ans qui sont aussi les plus représentées, dans des proportions beaucoup plus faibles il est vrai, puisque le nombre d'infractions en matière de cannabis commis par des femmes représente environ le dixième de celui des hommes et le nombre d'infractions liées à la cocaïne un peu moins du tiers. Si le ratio homme – femme des infractions pour la cocaïne est assez semblable à celui de la consommation (environ 4 hommes pour une femme), celui du cannabis est beaucoup élevé, puisqu'il est d'environ 10:1, alors qu'il y a un peu plus du double de consommateurs masculins que féminins. On peut formuler l'hypothèse que la consommation de cannabis en public est un comportement plus masculin, qu'on pourrait associer à une forme de recherche de risque, de frisson. Une hypothèse complémentaire à la précédente est que les femmes se font moins remarquer par la police, et, partant, moins fréquemment interpellées.

Proportion d'hommes de 85%

7.1.6 Prostitution masculine et consommation de substances psychoactives

La prostitution masculine est aujourd'hui encore un tabou; le peu de données chiffrées relatives à ce milieu en est un témoignage. On sait que ce milieu est caractérisé par une importante dimension migratoire et une fluctuation très élevée. On compte aujourd'hui entre 1000 et 2500 travailleurs du sexe en Suisse. Selon l'organisation de prévention «malesexwork», les hommes se prostituant pour financer leur propre consommation de drogues représente entre 10 et 30% de l'ensemble des travailleurs du sexe. Les toxicomanes usent généralement d'autres méthodes pour financer leur consommation: commerce, échange, cambriolages, vols, etc. La seule motivation de financer sa consommation par la prostitution est plutôt rare. Le plus souvent, ces hommes recrutent alors leur clientèle dans des lieux publics, comme des parcs, des toilettes, etc. ⁽²⁵⁾.

Les prostitués masculins qui consomment des drogues représentent 10 à 30% de tous les travailleurs du sexe

Une étude française ⁽⁵⁾ menée à Paris montre que la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans la population des prostitués (plus de 75% de consommateurs réguliers d'alcool et plus de 55% de fumeurs quotidiens) est nettement supérieure à la population générale masculine des 18-40 ans, comme l'est aussi l'usage de cocaïne, d'ecstasy et de poppers. Pour ces trois dernières substances, l'étude note qu'il s'agit principalement de consommation occasionnelle. Le même constat est fait en Suisse, sans pour autant être chiffré précisément, en relevant la part importante des abus ponctuels d'alcool dans cette population ⁽¹⁾. On notera que la consommation de ces substances psychoactives trouve un sens – et donc

Une consommation de substances psychoactives plus élevée que dans la population générale

une place privilégiée – dans la réalité des hommes qui se prostituent: vertus aphrodisiaques et stimulantes, facilitant le passage à l'acte et l'oubli d'une réalité difficile. L'héroïne, avec ses effets sédatifs, n'est d'ailleurs pas répandue dans cette population; en effet, ce type de drogue semble incompatible avec les exigences d'apparence et de bonne tenue du milieu de la prostitution, dans le but de plaire au client. Toujours selon cette étude parisienne, le cannabis bénéficie d'un statut particulier auprès des prostitués masculins; il est plutôt associé à un produit calmant contre l'anxiété, qui a, pour certains, aidé à décrocher du crack ou de l'héroïne. On note cependant que 30% des usagers de cannabis s'en disent dépendants.

Reste que le principal problème de santé publique dans cette population est la prévention du HIV/sida et des autres maladies sexuellement transmissibles. Une récente étude ⁽²⁵⁾ met en évidence l'augmentation des comportements sexuels à risque dans la population homosexuelle masculine (augmentation du nombre de partenaires, augmentation de la pratique de la pénétration anale avec les partenaires stables et occasionnels, diminution sensible de l'utilisation systématique de préservatifs lors de la pénétration anale dans le contexte de relations occasionnelles); on peut supposer que cette évolution de comportements se reflète aussi dans le milieu de la prostitution masculine. La part de rapports non protégés due à l'usage de substances psychoactives n'est pas mise en évidence dans les études consultées. On peut toutefois craindre que la consommation de drogues légales et illégales, comme dans la population générale d'ailleurs, ne baisse le seuil de vigilance à l'égard de ces risques d'infection.

Sida et autres maladies sexuellement transmissibles

Les actions de prévention ciblées vers la population prostituée masculine doivent privilégier une approche globale de l'ensemble des problèmes posés: si les risques d'infections ont une priorité, ceux liés à la consommation de substances psychoactives doivent aussi être thématiques, dans un langage aussi simple et direct que pour les questions de sexe. En ce sens, les projets comme HERRMANN ou malesexwork, qui interviennent dans le quotidien de la prostitution sont à soutenir activement. Dans cette perspective, les spécialistes de la prévention du sida et ceux des problèmes liés aux substances psychoactives doivent continuer à collaborer activement, en créant des synergies de promotion de la santé (voir en cela les conclusions du rapport sfinx 2000 sur MSW) ⁽⁴⁵⁾.

7.2 Les comorbidités psychiatriques: que sait-on des aspects masculins?

Une série d'études récentes ⁽³³⁾ met en évidence un lien fort entre les troubles de stress post-traumatiques (PTSD) vécus dans l'enfance et la consommation d'alcool ou de drogues, de cocaïne en particulier. Selon ces études, parmi les individus consommant de manière problématique des

substances psychoactives, 30 à 60% d'entre eux souffrent aussi d'une comorbidité de type PTSD. Les traumatismes sont plutôt en lien avec des situations d'enfants battus pour les hommes et plutôt liés à des abus sexuels pour les femmes.

7.2.1. Alcool

On observe dans la littérature scientifique une très forte association entre la consommation problématique d'alcool et les maladies psychiatriques; ainsi, 37% des personnes dépendantes de l'alcool ont au moins un diagnostic psychiatrique associé ⁽⁴¹⁾. Pour tous les diagnostics psychiatriques, la probabilité d'être atteint est significativement plus élevée chez les personnes alcooliques que dans la population générale ^(27, 41). Néanmoins, la plus forte association avec la dépendance à l'alcool reste les autres dépendances, dont la nicotine en particulier (près de 80% des personnes alcooliques).

Les troubles de personnalité, dont la personnalité antisociale qui se caractérise depuis l'adolescence par une indifférence et un non respect des droits d'autrui, un mépris des normes, un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité et une incapacité à éprouver de la culpabilité, sont particulièrement fréquemment associées à la dépendance alcoolique: on trouve 4 à 8 fois plus de personnalités antisociales chez les alcoolos-dépendants que dans la population générale. Alors qu'on estime qu'il y a 4% des hommes et 0.8% des femmes qui ont des personnalités antisociales dans la population générale, la proportion chez les personnes alcooliques est de 15% pour les hommes et de 10% pour les femmes. La probabilité d'avoir une personnalité antisociale est donc plus élevée chez la femme que chez l'homme (OR femmes 12.2 vs OR hommes 3.9), bien qu'une plus grande proportion d'hommes soit concernée ⁽¹⁹⁾.

Troubles de la personnalité: plus d'hommes concernés, mais un risque moins élevé que pour les femmes

La dépression est fréquente chez les alcooliques en sevrage: 80% des personnes alcooliques présentent des symptômes dépressifs et un tiers d'entre eux une dépression majeure caractérisée ⁽⁴³⁾. La dépression est généralement consécutive à la dépendance alcoolique chez les hommes (78%), alors qu'elle est plus souvent primaire, c'est-à-dire qu'elle précède la dépendance alcoolique, chez la femme (66% des cas) ^(17, 18), pour laquelle l'augmentation du risque de dépression à cause de l'alcoolisme est aussi étroit.

La dépression fait moins boire les hommes que les femmes

7.2.2 Tabac

De nombreuses études attestent du fait que le tabagisme et les troubles mentaux sont étroitement liés: le trouble dépressif majeur, les troubles anxieux, le trouble d'hyperactivité et le déficit d'attention de l'adulte et la schizophrénie sont impliqués dans l'initiation à la consommation de tabac. On sait aussi que la nicotine peut induire des troubles anxieux et dépressifs, sans toutefois avoir clairement identifié la part de ces troubles dans les risques de rechute. On note aussi un risque suicidaire élevé chez les fumeurs comparé à la population générale. Ces comorbidités ne semblent pas avoir été étudiées spécifiquement sous l'angle du sexe.

Tabagisme et troubles mentaux, un lien

7.2.3 Cannabis

On sait encore peu de choses sur les comorbidités psychiatriques en lien avec la consommation de cannabis, en particulier en termes de causalité: les études épidémiologiques actuelles utilisent en effet la notion de prévalence à vie ou sur douze mois pour caractériser la consommation de cannabis, qui ne sont pas de bons indicateurs pour étudier les liens de causalité ⁽³⁰⁾. Dans les populations cliniques de patient-e-s présentant des troubles de l'humeur, on retrouve dans 4.0% à 19.6% des cas un diagnostic d'abus ou de dépendance au cannabis ⁽²²⁾, l'abus ayant précédé l'état dépressif dans un tiers des cas. Chez les patient-e-s atteint-e-s de troubles bipolaires, 13.4% à 64% d'entre eux-elles présentent un abus de cannabis. Les risques de suicide sont aussi corrélés à la consommation de cannabis: chez les patient-e-s ayant fait une tentative de suicide, on trouve significativement plus d'abuseurs de cannabis qu'en population générale; inversement, la prévalence des tentatives de suicide est également significativement plus importante chez les abuseurs de cannabis que dans la population générale.

La consommation de cannabis semble bien représenter un facteur aggravant pour plusieurs troubles mentaux ⁽²²⁾. Une étude australienne menée auprès d'adolescents, citée par Fischer et al. ⁽¹⁰⁾ note que «la prévalence des états dépressifs et anxieux augmente avec une augmentation de la consommation de cannabis, mais que cette association est plus forte chez les jeunes filles; en particulier, les jeunes femmes qui consomment du cannabis quotidiennement éprouvent 5 fois plus de dépression et d'anxiété que les non consommatrices ⁽⁴⁰⁾. Par ailleurs, la consommation hebdomadaire ou plus fréquente de cannabis chez les adolescentes est associée avec un risque doublé de dépression et d'anxiété à l'âge adulte. Ces résultats suggèrent que l'usage fréquent de cannabis peut conduire à un risque plus élevé de troubles de l'humeur chez les femmes ^a». Les spécialistes sont toutefois relativement unanimes à considérer que l'usage de cannabis ne génère en soi aucune psychose chronique ⁽³¹⁾. «Le diagnostic en est cependant relativement malaisé, une psychose chronique due au cannabis étant difficile à distinguer d'une psychose fonctionnelle – telle la schizophrénie – associée à une consommation simultanée de cannabis. Il y a également controverse quant au fait que le cannabis puisse déclencher prématurément une schizophrénie, hypothèse en faveur de laquelle plaident clairement deux études récentes. A contrario, des voix critiques ne reconnaissent à l'usage de cannabis qu'une fonction d'automédication contre les symptômes de la schizophrénie. L'analyse longitudinale de taux de consommation de cannabis et de taux de nouvelles affections schizophréniques montre que la consommation de cannabis n'a guère de lien de causalité avec le taux d'apparition de pathologies schizophréniques. Que le cannabis puisse péjorer l'évolution de la schizophrénie ou causer des rechutes fait par contre l'objet d'un plus large consensus. Les rapports de recherche les plus récents relèvent qu'un usage chronique de cannabis a des effets directs et indirects sur la paranoïa, les états anxieux, les dépressions et le suicide. Ces effets sont cependant nettement moins solidement documentés que la corrélation avec la schizophrénie. Une récente revue

a Adapté et repris librement en français du document original en langue anglaise.

d'ensemble parvient à la conclusion que la consommation de cannabis n'est une condition ni nécessaire ni suffisante au développement d'une psychose. Le cannabis est plutôt une composante causale au sein d'une constellation complexe de facteurs susceptibles de conduire à une maladie psychique ^b». Aucune indication sur une éventuelle différence entre les sexes n'est mentionnée dans les études telles que publiées.

7.2.4 Héroïne et cocaïne

La proportion des personnes souffrant de troubles de la personnalité est encore plus élevée chez les consommateurs et consommatrices d'héroïne (19%) et de cocaïne (17%) que pour l'alcool ⁽²⁾.

Alors que, dans la population générale, on estime à 6% des enfants et 4% des adultes, la proportion des individus souffrant d'hyperactivité avec déficit de l'attention (ratio H/F: 4), diverses études constatent des taux de 14 - 33% dans la population toxicomane ⁽²⁾, avec une plus forte prévalence chez les cocaïnomanes ⁽⁴⁹⁾.

Les troubles affectifs représentent le diagnostic le plus fréquent chez les cocaïnomanes; diverses études épidémiologiques montrent une corrélation positive entre des symptômes dépressifs et une consommation problématique par la suite. 30 à 45% des hommes et 45 à 55% des femmes rapportent avoir souffert de troubles dépressifs avant d'entrer en consommation.

On note un besoin accru de recherches sur les aspects différents entre hommes et femmes dans le domaine des comorbidités psychiatriques, afin de pouvoir mieux aborder les questions relatives à la prise en charge, au sevrage et à la prévention des rechutes dans les approches selon les genres.

7.3 Violence dans le couple

7.3.1 Généralités sur les liens entre violence et consommation de substances psychoactives

Dans les chapitres précédents, des données, en lien avec la consommation de substances psychoactives, sur les accidents de la route, la délinquance liée au trafic et les risques de suicide ont déjà été citées; ces comportements à risque sont généralement classifiés sous le terme générique de violence dans les études scientifiques. On constate globalement que les hommes sont plus enclins que les femmes à adopter des comportements de ce type.

De nombreuses études mettent en évidence le lien entre consommation d'alcool et d'autres drogues et les comportements violents. On constate que les effets aigus de l'alcool et des drogues augmentent les manifesta-

Substances psychoactives et violence: un lien clair...

b Extrait du rapport.

tions d'agressions physiques ^(47, 48) Extrait du rapport. Une relation positive existe aussi entre les usages problématiques de substances psychoactives et la perpétration d'actes violents ⁽¹¹⁾. La plupart des études suggèrent que l'alcool est impliqué dans 40-50% des crimes avec violence et une proportion moindre mais substantielle des autres crimes ⁽¹⁴⁾. L'augmentation de la violence engendrée par la consommation de cocaïne et de crack est aussi démontrée ⁽⁶⁾. Il semble que la consommation de cannabis, ainsi que celle d'opiacés n'est que très peu en lien avec l'augmentation de violences physiques. La nature des effets psychoactifs de ces deux substances explique en partie ce constat.

De fait, la relation entre consommation de substances psychoactives et la perpétration d'actes violents dépend de plusieurs facteurs et sources d'influence. Graham et West ⁽¹⁴⁾ suggèrent trois niveaux de processus influençant l'émergence de la violence:

- au niveau du contexte culturel, constitué des normes sociales dominantes, de l'ancrage culturel du produit consommé, entre autres;
- au niveau du contexte de consommation, avec les effets de groupe qui y sont associés;
- au niveau de l'individu, en fonction de ses caractéristiques personnelles (physiologiques et psychologiques) et de la manière dont il ressentira les effets du produit; ces effets sont dépendants du type de produit et de la quantité consommée.

Les nombreux facteurs impliqués dans la relation entre consommation de substances psychoactives et violence empêchent de tirer des conclusions claires quant aux liens de causalité. Le rôle éventuel de la substance psychoactive dans la réalisation de l'acte violent se combinerait, selon un grand nombre d'auteurs, avec de nombreux facteurs psychologiques, psychiatriques et sociologiques. La causalité possible entre consommation de substances psychoactives et comportement violent n'est pas démontrée. En matière d'alcool par exemple, des facteurs individuels comme la prédisposition à la violence ou/et les attentes par rapport à l'alcool sont particulièrement importants ⁽²³⁾. Ils conditionneraient l'expression des effets pharmacologiques de l'alcool; ainsi, même les effets de l'alcool seraient différents selon les circonstances ⁽⁴⁴⁾. En matière de consommation de cocaïne, c'est le contexte de vie des cocaïnomanes, fait d'agressivité latente liée au marché noir, qui peut être un facteur de violence; en outre, les effets pharmacologiques de la consommation de cocaïne ont été clairement associés à une augmentation de l'agressivité physique dans des études effectuées en laboratoire ⁽²⁹⁾.

...mais pas de causalité démontrée scientifiquement

Dans le cas de la consommation d'alcool, l'évidence scientifique ⁽¹⁴⁾ suggère que l'intoxication alcoolique joue un rôle dans les agressions et les autres crimes, et contribue vraisemblablement de manière plus marquée dans l'escalade de la violence. Les effets de l'alcool sur la prise de risque, sur la capacité à résoudre ses problèmes, sur la gestion des émotions et sur la relation au pouvoir tendent à augmenter la probabilité que des individus répondent de manière agressive ou violente dans certaines situations.

L'alcool: un perturbateur qui favorise la violence...

Toutefois, la question de la séquence temporelle "alcoolisation → violence" n'est pas résolue, le comportement violent ayant pu être décidé avant la consommation; cette dernière ne sert alors qu'à renforcer une intention. Cette même question se pose aussi dans le cas de consommation d'autres substances psychoactives que l'alcool. En tous les cas, de nombreuses études affirment que, si la consommation de substances psychoactives n'est pas la cause de la violence, on peut constater qu'elle l'accompagne dans un certain nombre de cas.

...sans qu'on n'ait une réponse claire sur les causes

7.3.2 L'homme violent dans le couple

Pour Welzer-Lang ⁽⁵⁰⁾, les représentations communes des hommes violents caricaturent ces derniers sous des traits de monstres, de salauds, de brutes, d'hommes alcooliques appartenant aux classes populaires, ou d'hommes en colère, qui perdraient totalement le contrôle d'eux-mêmes. Selon cet auteur, la violence masculine au sein du couple est d'abord un acte de domination et de contrôle permettant à l'homme d'obtenir de sa compagne ce qu'il désire. En somme, cette violence servirait à renforcer les privilèges masculins accordés à la fois individuellement et collectivement aux hommes dans l'espace domestique et dans l'espace public. Reste que, toujours selon cet auteur, des explications psychologiques doivent aussi être cherchées. Sans faire une typologie au sens strict, il liste différents traits psychologiques communs observés dans divers travaux publiés. Il relève ainsi:

La violence dans le couple: majoritairement une histoire d'hommes

- le désir de dominer, souvent associé aux stéréotypes masculins les plus traditionnels;
- la notion de dépendance à son épouse ou sa compagne, le rendant vulnérable à ses propres yeux;
- une faible capacité à exprimer ses émotions, comme la tristesse, la douleur, la vulnérabilité, laissant à son corps seul la faculté d'expression (on retrouve ici la notion de "corps-outil", de "corps fonctionnel" évoquée dans le chapitre 2);
- une faible estime de soi;
- une grande adhésion aux stéréotypes masculins traditionnels, comme le (non) partage des tâches ménagères et des rôles sociaux et professionnels.

L'auteur met toutefois en garde de ne pas généraliser. Il n'existe pas, conclut-il, de type "homme violent", mais une combinaison d'effets psychosociaux due à l'appréhension par l'homme concerné de l'interaction entre la construction sociale de sa masculinité et sa relation conjugale.

L'ampleur des violences conjugales des hommes envers les femmes a été estimée dans une étude ⁽¹²⁾ faite auprès de 1500 femmes en Suisse. Cette étude a établi que:

- au cours de sa vie, plus d'une femme sur cinq (21 %) a subi de la violence physique et/ou sexuelle dans le cadre d'une relation de couple;
- au cours des douze mois précédant l'enquête, une femme sur 16 a vécu de la violence physique et/ou sexuelle dans son couple. Chez les

femmes qui se sont séparées de leur partenaire pendant cette période, le pourcentage de femmes violentées s'élève à 20%;

- deux femmes sur cinq ont subi de la violence psychologique au cours de leur vie. Plus d'une sur quatre (26%) en a subi au cours des douze derniers mois.

Ces chiffres reflètent des valeurs minimales. Selon les chercheuses, le nombre d'actes violents commis par des hommes contre leurs compagnes est vraisemblablement plus élevé. Or, derrière chaque femme ayant subi des violences conjugales, il y a un homme.

7.3.3 Violence dans le couple et consommation de substances psychoactives

Avec les mêmes réserves méthodologiques que pour l'analyse de la violence en général (voir ci-dessus 7.3.1), des études montrent que la consommation problématique et l'abus d'alcool ont un lien avec l'augmentation des agressions physiques dans les couples ^(26, 28). Une étude nationale conduite aux USA ⁽⁴²⁾ montre que la prévalence des violences conjugales est substantiellement plus élevée dans les couples où un ou les deux partenaires abusent de l'alcool ou d'autres drogues. Ce constat est particulièrement net chez les hommes entrant en traitement pour un problème d'alcool, chez lesquels la prévalence des agressions physiques au sein du couple est six fois supérieure à celle d'une population comparable non consommatrice ⁽³²⁾; on trouve une prévalence similaire dans les agressions hommes – femmes chez des hommes entrant en traitement pour des problèmes associés à d'autres substances psychoactives que l'alcool ⁽⁹⁾. Dans une étude semblable ⁽⁸⁾, on constate que le risque de violences physiques graves perpétrées par des hommes envers leur conjoint féminin augmente de plus de trois fois les jours où il y a eu consommation de cocaïne, et plus de cinq fois pour la consommation d'alcool, comparativement aux jours sans consommation. D'autres études démontrent que les hommes alcooliques rétablis relatent un taux de violence domestique égal à celui d'un collectif d'hommes non alcooliques comparable au plan démographique ⁽³⁴⁾.

Une série d'évidences scientifiques démontre une relation positive entre les troubles psychopathologiques et l'augmentation du risque de violence conjugale ^(13, 20). D'autres études suggèrent une augmentation du risque de violence chez les individus ayant un double diagnostic de consommation de substances psychoactives et de comorbidités psychiatriques, en comparaison avec des individus ayant seulement l'un ou l'autre de ces diagnostics ⁽³⁾. Une récente étude ⁽³⁹⁾ suggère quant à elle que les individus ayant un double diagnostic de dépendance à la cocaïne et de troubles de stress post-traumatiques associés (PTSD) déclarent le plus d'actes violents perpétrés dans le couple (violence physique et/ou psychologique), comparativement à tous les autres groupes analysés (alcool seul, alcool et PTSD, cocaïne seule, pas de consommation avec ou sans PTSD). Le double diagnostic "alcool – PTSD" augmente aussi, mais dans une moindre mesure, la fréquence des actes de violences physiques dans le couple. Cette étude n'a cependant pas pu analyser les différences entre les genres.

La consommation de substances psychoactives et la violence conjugale: un lien évident et...

...un comportement masculin

Le rôle des troubles psychiatriques dans la violence conjugale

Toutefois, compte tenu de la prévalence de consommation d'alcool et de cocaïne dans la population générale, le problème des comorbidités psychiatriques en lien avec la violence conjugale est à considérer comme une préoccupation majoritairement masculine.

Même en l'absence de causalité claire, l'existence de liens entre la consommation de substances psychoactives des hommes et la violence conjugale physique ou psychologique doit inciter les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la résolution de conflits conjugaux à aborder systématiquement la question de la violence en lien avec la consommation de produits, en particulier s'ils sont en présence de symptômes, même très légers, de violences physiques avérées.

Parallèlement, les intervenant-e-s dans le domaine des dépendances doivent être attentifs aux signes précurseurs de la violence dans les couples, afin de les aborder et de les prévenir. Il serait judicieux de thématiser de manière plus systématique avec les hommes la question de leur propre violence.

Les prises en charge doivent donc être globales, car ces problèmes ont entre eux des interactions très complexes.

Les doubles diagnostics de consommation problématique et de dépendance associés à des comorbidités de type PTSD et leurs liens avec les actes violents doivent inciter les professionnel-le-s à identifier les histoires traumatisantes dans le passé des individus entrant en traitement.

Face à l'importance d'une connaissance approfondie des liens de causalité entre consommation de substances psychoactives et violence, qui permettrait de développer des stratégies de prévention primaire et secondaire et des approches thérapeutiques spécifiques, des recherches scientifiques dans ce domaine sont nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aids-Hilfe Schweiz. (2000). *Das Projekt "Male Sex Work" (MSW)*. Dernière visite octobre 2005, en ligne: <http://www.malesexwork.ch/index2.html?http://www.malesexwork.ch/msw/index.html>.
2. Badertscher, M. (2004, Juni). *Stimulantienkonsum als Selbstmedikation?* Paper presented at the Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz, Bern.
3. Boles, S. M., & Johnson, P. B. (2001). Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill patients: A pilot study. *Substance Abuse, 22*(3), 167-173.
4. Bundesamt für Statistik (BFS). (2005). *Statistiques médicales des hôpitaux*. Neuchâtel: BFS [CD-Rom].
5. da Silva, L. L., & Evangelista, L. (2004). *La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine*. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

6. Denison, M. E., Paredes, A., & Booth, J. B. (1997). Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, volume 13: Alcoholism and violence* (pp. 283-303). New York: Plenum.
7. Dobler-Mikola, A., & Zimmer-Höfler, D. (1990). Sind drogenabhängige Frauen anders? Eine empirische Analyse von geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Drogenabhängigen. *Drogenbulletin*, 1.
8. Fals-Steward, W., Golden, J., & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28, 1555-1574.
9. Fals-Steward, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 87-96.
10. Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., & Fallu, J.-S. (2004). *Cannabis prevention among youth (with special focus on gender differences)* (Bericht No. 178). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
11. Friedman, A. (1998). Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 339-355.
12. Gillioz, L., De Puy, J., & Ducret, V. (1997). *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne: Editions Payot.
13. Gortner, E. T., Gollan, J. K., & Jacobson, N. S. (1997). Psychological aspects of perpetrators of domestic violence and their relationships with the victims. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 337-352.
14. Graham, K., & West, P. (2001). Alcohol and crime: Examining the link. In N. Heather, T. J. Peters & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 439-470). Chichester / New York: John Wiley & Sons, LTD.
15. Gutjahr, E., & Gmel, G. (2001). *Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz - Epidemiologische Grundlagen 1995-1998* (Forschungsbericht Nr. 36). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
16. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (non publié). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
17. Hanna, E. Z., & Grant, B. F. (1997). Gender differences in DSM-IV alcohol disorders and major depression as distributed in the general population: Clinical implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(4), 202-212.
18. Helzer, J. E., Burnam, A., & McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 81-115). New York: Free Press.
19. Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3), 219-224.
20. Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence Part I: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 65-99.
21. Hotz, R. (2003). *Le travail dans le domaine des drogues en Suisse - Essai d'état des lieux*. Fribourg: Bureau Suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR). http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/AHS-Expose_170503.pdf.
22. INSERM. (2001). *Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Expertise collective*. Paris: Les Editions INSERM.
23. INSERM. (2003). *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendances - Expertise collective 2003*. Dernière visite août 2005, en ligne: http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_ch15.pdf, <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/media-theque/ouvrages/expertisecollectivealcohol.ht>.
24. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). (2004). *Chiffres et données*. Lausanne: ISPA.
25. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). (2004). *Cahier thématique: les travailleurs du sexe*. Lausanne: IUMSP.
26. Julian, T., & McKenry, P. (1993). Mediators of male violence toward female intimates. *Journal of Family Violence*, 8, 39-55.
27. Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.
28. Leonard, K. E., & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 11*, 96-108.

29. Licata, A., Taylor, S. P., Berman, M., & Cranston, J. (1993). Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, *45*, 549-552.
30. Lukasiewicz, M. (2005). Cannabis, troubles dépressifs et troubles anxieux. In M. Reynaud (Ed.), *Addictions et psychiatrie*. Paris: Masson.
31. Müller, R., en collaboration avec, Bacher, E., Fahrenkrug, H., Gmel, G., Graf, M., et al. (2004). *Cannabis, état des lieux en Suisse* (D. H. Jenni & C. Kibora, Trans.). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
32. Murphy, C. M., & O'Farrell, T. J. (1994). Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology*, *8*, 321-335.
33. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2002). *Monitoring the future: National results on adolescent drug abuse* (overview of key findings, 2001). Bethesda, MD: NIDA.
34. O'Farrell, T. J., van Hutton, V., & Murphy, C. M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*(3), 317-321.
35. Office fédéral de la police (FedPol). (2004). *Statistique suisse des stupéfiants*. Berne: FedPol. http://www.bap.admin.ch/f/aktuell/stat/BMS_2003_f_gesamt.pdf.
36. Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2005). Pas de nouvelle diminution du nombre de cas de sida malgré l'efficacité des thérapies. *Bulletin OFSP*, *28*, 480-488.
37. Office fédéral des routes (OFROU). (2004). *Statistique ADMAS 2003. Dernière visite août 2005*, en ligne: http://www.astra.admin.ch/media/admas/stat03_f.pdf.
38. Office fédéral des routes (OFROU). (2005). *Statistique ADMAS 2004. Dernière visite août 2005*, en ligne: http://www.astra.admin.ch/media/admas/04stat_f.pdf.
39. Parrott, D. J., Drobos, D. J., Saladin, M. E., Coffey, S. F., & Dansky, B. S. (2003). Perpetration of partner violence: Effects of cocaine and alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, *28*, 1587-1602.
40. Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ*, *325*, 1195-1198.
41. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D., Locke, B. Z., Keith, B. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, *264*, 2511-2518.
42. Schafer, J., Cataneo, R., & Clark, C. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health*, *88*, 1702-1704.
43. Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M., & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, *154*(7), 948-957.
44. Simoneau, H., & Bergeron, J. (1998). Alcool et agressivité: l'apport de la psychologie cognitive. *Alcoologie*, *20*(2), 153-160.
45. Spreyermann, C. (2000). *Projet "Male Sex Work" de l'Aide suisse contre le sida: une évaluation de la durabilité des projets dans les villes de Bâle, Berne, Genève et Zurich* (Résumé). Berne: Sfinx. http://www.malesexwork.ch/evaluation/msw_f.pdf.
46. Springer, A., & Uhl, A. (2005). Geschlechtsspezifische Morbidität und Mortalität bei Alkohol und illegalen Drogen. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Eds.), *Männer, Frauen, Sucht* (pp. 111-130). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
47. Taylor, S. P., & Chermack, S. T. (1993). Alcohol, drugs, and human physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 11*, 78-88.
48. Taylor, S. P., & Hulsizer, M. R. (1998). Psychoactive drugs and human aggression. In R. G. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy* (pp. 139-165). San Diego, CA: Academic Press.
49. Tracy, K., Rounsaville, B., & Carroll, K. (2002). Substance dependence: Psychotherapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Academic Press.
50. Welzer-Lang, D. (2005). *Les hommes violents*. Paris: Editions Payot & Rivages.
51. Zimmer-Höfler, D., & Uchtenhagen, A. (1990). Hintergründe und Motivation beim Beginn der Drogenkarriere. In H.-C. Steinhausen (Ed.), *Das Jugendalter. Entwicklungen - Probleme - Hilfen* (pp. 104-119.). Bern: Hans Huber.

8. La prise en charge au masculin

8.1 Introduction

Si l'abstinence a été considérée par le passé comme le moyen le plus efficace et le facteur de succès le plus fréquemment utilisé dans le traitement des dépendances, d'autres approches se développent aujourd'hui en matière d'alcool (consommation contrôlée) et les thérapies de substitution sont en place depuis longtemps dans le domaine des drogues illégales (prescription de méthadone ou, plus récemment, d'héroïne). Ces approches alternatives sont fondées plus sur le pragmatisme que sur la volonté de remettre en question l'abstinence comme but idéal. Elles constituent de ce fait en général une forme d'étape vers l'abstinence à long terme et/ou alors sont vues comme une manière de réduire les dommages liés à la consommation. A ce titre, les approches à bas seuil de réduction des risques, mises en place depuis une douzaine d'années en Suisse dans le domaine des drogues illégales, visent à améliorer la santé et la qualité de vie des individus concernés par une stabilisation de leur situation existentielle, contribuant ainsi aussi à réduire l'impact négatif de leur consommation sur la société dans son ensemble.

En règle générale ⁽⁵⁾, les motifs des hommes pour sortir de la dépendance ou de la consommation problématique sont différents de ceux des femmes. Les problèmes liés au travail et les problèmes juridiques, en particulier ceux liés à la conduite en état d'ébriété, constituent la motivation principale pour les hommes à entreprendre un traitement ⁽³²⁾, comme le soulignent Güttinger et al. ⁽¹⁸⁾. Ce sont donc plutôt des contraintes, structurelles et sociales, qui incitent les hommes à arrêter ^(7, 33). Pour les femmes, outre les préoccupations de santé ⁽⁵⁾, la conscience de leur responsabilité de mère envers leurs enfants ⁽³²⁾, ainsi que le sentiment d'une diminution de leur estime d'elles-mêmes sont des raisons fortes de choisir librement de s'en sortir ^(7, 33). Le rapport qu'entretiennent hommes et femmes avec la santé joue aussi un rôle dans la perception de leur problème de dépendance: ainsi, les hommes sont plus enclins à ressentir les aspects somatiques de la maladie, alors que les femmes se sentent affectées par leurs incidences psychosomatiques ⁽⁴⁴⁾.

Selon certains experts interrogés, les hommes n'entrent presque jamais en traitement sans avoir cherché d'autres "solutions", toutes de l'ordre d'une "nouvelle vie": un amour, un nouveau travail, un déménagement, bref, une fuite de leur réalité de consommation. Une fois entrés dans l'institution, ils ont des attentes miraculeuses; ils veulent des résultats rapides! Ce n'est pas facile pour eux de relier les aspects somatiques au psyché.

Une étude qualitative sur les moyens de sortir de la dépendance ⁽¹⁹⁾, mise en évidence par Güttinger et al. ⁽¹⁸⁾ a répertorié différents types de récits de sortie de la dépendance, et a constaté qu'ils étaient fortement associés à une manière intuitive pour les personnes de "réparer" leur parcours dans

Sortir de la dépendance: problèmes au travail et avec la justice, contraintes structurelles pour les hommes, préoccupations de santé, estime de soi et libre choix pour les femmes

la consommation problématique. Plus le problème de dépendance était associé à un déficit relationnel, plus les personnes cherchaient à se soigner par des approches de groupe (approche plutôt privilégiée par les hommes), alors que dans les situations où le problème de consommation était en lien avec une forte dépendance affective et relationnelle, c'étaient les approches de développement personnel qui ont été privilégiées, principalement par des femmes. Les auteurs ont aussi constaté que les différentes approches avaient des liens avec les types de dépendance et les produits consommés. L'aspect qualitatif de cette étude ne permet pas de tirer des conclusions définitives, mais elle suggère cependant que les offres thérapeutiques devraient tenir compte d'abord de l'expérience personnelle de l'individu pour lui proposer une approche thérapeutique qui lui convienne.

Sortir de la dépendance: une histoire personnelle

Les polyconsommations de substances, ainsi que les comorbidités psychiatriques associées à ces usages (voir chapitre 7.2) imposent de développer de plus en plus des approches thérapeutiques pluridisciplinaires et non centrées sur une seule substance. Toutefois, le paysage suisse des institutions résidentielles de traitement est clairement divisé en deux types d'approches: celles essentiellement destinées aux personnes ayant des problèmes d'alcool et celles abordant les drogues illégales dans leur ensemble.

8.2 Prise en charge des problèmes d'alcool

C'est en moyenne 19,5 ans après le début d'une consommation régulière que les client-e-s ayant un problème d'alcool se rendent dans un service spécialisé⁽³⁴⁾; les hommes font appel à cette prestation plus tardivement (après 20.4 ans) que les femmes (après 16.3 ans). L'âge de la première consommation (H= 15.9 ans / F= 17.6 ans), celui de l'entrée en consommation régulière (H= 23.2 ans/ F= 28.4 ans), tout comme celui de la consommation problématique (H= 35.2 ans / F= 36.8 ans) est toujours plus bas chez les hommes que chez les femmes⁽⁹⁾. Cependant, l'âge moyen à l'entrée dans les lieux de traitement, qu'ils soient ambulatoires ou résidentiels, se situe aussi bien pour les hommes que pour les femmes entre 44 et 45 ans; il y a le double d'hommes en traitement^(9, 34). Les interventions de crise sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes⁽³⁴⁾.

Les hommes entrent en consommation plus jeunes que les femmes

Dans les institutions résidentielles spécialisées dans le domaine de l'alcool, seuls 40.4% des hommes (mais 28.3% des femmes) ne consommaient que de l'alcool à leur entrée; l'association alcool-médicaments représente 34.6% des hommes (contre 49.7% des femmes), et 11.1% des hommes associent alcool et drogue (6.4% des femmes), alors qu'environ une personne sur 9 cumule les trois substances⁽²⁴⁾. Parmi les résidents pour lesquels l'alcool constitue la substance principale posant problème⁽⁹⁾, 60% d'entre eux sont des fumeurs quotidiens, contre 54.9% parmi les femmes.

L'alcool: une substance très masculine

Si les profils sociodémographiques de la clientèle des institutions résidentielles et ambulatoires ne sont pas les mêmes, on peut toutefois en tirer des

différences constantes entre les sexes: les hommes sont plus souvent célibataires que les femmes, vivent plus fréquemment seuls, vivent moins avec leurs enfants (15-20%) que les femmes, sont plus souvent séparés ou divorcés qu'elles, sont plus nombreux à vivre avec leurs parents. La proportion des hommes et femmes marié-e-s est assez semblable, aux alentours de 28-32%.

L'isolement social des hommes est une caractéristique à prendre en compte

Il y a plus d'hommes ayant terminé leur apprentissage que de femmes, alors que ces dernières sont plus nombreuses que les hommes à avoir comme seul papier celui acquis à la fin de leur scolarité obligatoire. On retrouve par ailleurs une plus forte proportion (48%) d'hommes salariés (dans les 6 mois avant leur traitement) que de femmes (42% dans le résidentiel et 32.5% dans l'ambulatoire). Cependant, plus d'hommes que de femmes bénéficient de l'aide sociale. Cette image contrastée (plus d'hommes qui travaillent que de femmes, mais plus d'hommes assistés que de femmes) reflète les rôles traditionnels de la société, qui place l'importance du travail essentiellement dans la fonction masculine.

Le travail: une fois encore au centre des enjeux

Au début de la prise en charge psychosociale ambulatoire, 45.1% des hommes et 50.1% des femmes ⁽³⁴⁾ se disent prêts à renoncer définitivement à leur consommation d'alcool. A titre de comparaison, ces proportions sont de 74.8%, resp. 81.4% pour les problèmes liés à l'héroïne. Cette plus faible disposition des hommes à utiliser l'abstinence comme moyen de s'en sortir, en particulier pour l'alcool, peut être attribuée à une volonté de maîtriser leur propre problème ou/et d'en nier l'importance (ambivalence liée au déni).

Volonté de maîtriser

Le déni: un obstacle très masculin

Les personnes ayant un problème d'alcool entrant en traitement ambulatoire consomment en général peu d'autres substances. On note toutefois que, pour les personnes dans le système ambulatoire, la consommation de tabac est un problème pour un tiers d'entre eux, le cannabis pour 7.9% des hommes et 4.9% des femmes et la cocaïne touche 3.7% des hommes et 2.7% des femmes. A l'exception des benzodiazépines (7.0% des femmes et 2.6% des hommes) toutes les substances sont consommées par une plus forte proportion d'hommes que de femmes ⁽³⁴⁾.

Pour 53.9% des hommes et 48.4% des femmes, la prise en charge ambulatoire se termine de manière conforme au plan thérapeutique. L'intégration professionnelle, qui est un facteur de réussite via le rôle que joue l'employeur dans le suivi du rétablissement par le biais des exigences, pourrait expliquer en partie cette différence: 47.9% des hommes entrant en traitement ambulatoire avaient un emploi contre seulement 32.5% des femmes ⁽³⁴⁾.

Ce taux de réussite plus élevé chez les hommes est aussi constaté dans une étude sur des institutions résidentielles en Suisse ⁽⁴⁸⁾: deux ans après la fin du traitement, 41% des hommes étaient abstinentes, contre seulement 28.6% des femmes. Dans ce cas-là, l'intégration professionnelle n'explique pas cette différence, puisque la proportion d'hommes et de femmes en

emploi (plein temps ou partiel) à l'entrée en traitement est quasi identique (51.2% chez les hommes et 49.4% chez les femmes) ⁽⁹⁾. En outre, de nombreuses études montrent que le taux de rechute lors de traitement de problèmes d'alcool en institution résidentielle est significativement plus élevé chez les chômeurs –hommes ou femmes – que pour les personnes actives professionnellement ^(21, 47). Il semble plutôt que le rôle du couple et de la famille soit ici déterminant. La présence d'enfants dans la vie d'un homme augmente clairement le taux de réussite d'une cure, contrairement aux femmes: 48.9% des pères sont restés sobres ⁽⁴⁸⁾ contre seulement 6.7% des mères. Güttinger et al. ⁽¹⁸⁾ constatent quant à eux que les hommes malades bénéficient d'un soutien émotionnel de leur partenaire féminin, le contraire n'étant pas souvent vrai ⁽³⁶⁾; selon une étude ⁽¹⁵⁾, «les hommes dépendants de l'alcool considèrent leur femme comme surprotectrice et pleine de sollicitude à leur égard, ce qui semble leur convenir». A l'inverse, les hommes auraient tendance à ne pas soutenir leur conjointe ayant un problème d'alcool ⁽¹²⁾. Par ailleurs, les motifs principaux qui conduisent à la rechute des hommes sont différents de ceux des femmes: disputes, frustration et ennui sont cités par les hommes; du côté des femmes, ce sont des états de dépression, d'anxiété et de tension interne qui sont rapportés ⁽³⁵⁾. D'autres études mettent en évidence comme facteur de risque de rechute pour les hommes les situations relationnelles positives et les sentiments positifs vécus ⁽⁴⁹⁾, alors que les femmes seraient plus fragilisées par des problèmes émotionnels et relationnels ⁽¹⁾. Relevons encore qu'un tiers des hommes ⁽³⁵⁾ contre seulement un sixième des femmes n'ont cherché aucune aide après avoir rechuté; la raison est vraisemblablement à chercher dans la conviction forte qu'ont les hommes que leur seule volonté suffit à s'en sortir (58.1%), ainsi que leur faible demande de soutien externe (39% vs 48.1% des femmes).

L'entourage familial joue un rôle positif pour les hommes

Le rôle important de la partenaire

Mais: le groupe est aussi un facteur de risque!

La rechute: des motifs complexes

8.3 Prise en charge des problèmes de drogues illégales

8.3.1 Les prises en charge institutionnelles

La grande majorité des patients en traitement résidentiel sont des hommes (74%). Les personnes entrant en traitement résidentiel pour consommation de drogues consomment généralement plusieurs substances ⁽⁴⁶⁾. Chez les hommes, les opiacés constituent la substance la plus souvent problématique (33.9%), alors que c'est la cocaïne pour les femmes (38.2%); cette dernière représente le deuxième problème chez les hommes (31.1%). Les cocktails, soit la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est un problème pour 13.2% des hommes et 22.5% des femmes. Le cannabis constitue un problème principal pour 8.5% des hommes et 5.1% des femmes. L'alcool est toujours une substance associée. La cocaïne est présente comme une substance associée dans plus de la moitié des cas, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, alors que la proportion de consommateurs prenant secondairement des benzodiazépines est systématiquement plus élevée chez les femmes (entre 42 et 54% selon les types de consommation), tout en restant préoccupante chez les hommes (aux alentours de 30%); il en va de même pour les amphétamines.

Polyconsommation: une réalité

Les personnes consommant de l'héroïne consultent pour la première fois en moyenne 6.7 ans après le début d'une consommation régulière. L'âge de la première consommation d'héroïne est d'environ un an plus élevé chez les hommes (20.2 ans) que chez les femmes (19.4 ans) ⁽³⁴⁾. Chez les personnes en traitement résidentiel ⁽⁴⁶⁾, la consommation d'héroïne comme substance principale posant problème a débuté après 20 ans pour la plus grande proportion des hommes (46.5%) et entre 18 et 20 ans pour celle des femmes (34.1%). Pour la consommation de cocktails d'héroïne et de cocaïne comme consommation principale, la plus grande proportion des hommes en a fait une consommation régulière après 20 ans (43.5%), alors que la plus grande proportion des femmes ont débuté nettement plus tôt, entre 15 et 17 ans (33.3%). Pour la cocaïne, la majorité des hommes (54.2%) et des femmes (40.9%) ont une consommation régulière après l'âge de 20 ans. Quant au cannabis comme substance principale posant problème, la totalité des femmes concernées ont commencé à en consommer régulièrement avant 18 ans, alors que ce n'est le cas que de 67.5% des hommes. L'âge moyen à l'entrée en traitement ambulatoire ⁽³⁴⁾ est plus bas chez les hommes (29.5 ans) que chez les femmes (30.5 ans). La tendance est inversée dans le traitement résidentiel ⁽⁴⁶⁾ (30.6 ans vs 27.6 ans). On constate toutefois dans diverses études que le parcours de consommation avant l'entrée en traitement est plus court pour les femmes que pour les hommes ⁽¹⁰⁾.

L'isolement social constaté pour les hommes dépendants de l'alcool est aussi à mettre en évidence chez les toxicomanes masculins, dans des proportions encore plus grandes ⁽⁴⁶⁾. Dans les 6 mois précédant leur entrée en traitement, 46.8% des hommes en traitement vivaient seuls, alors que c'était le cas de 26.7% des femmes. Dans cette même période, 19.5% des hommes ont vécu en couple (30.2% des femmes). Selon de nombreuses études mises en évidence par Güttinger et al. ⁽¹⁸⁾, il est fort probable que les partenaires des femmes toxicomanes soient eux-mêmes des consommateurs de drogues. Près d'un tiers des hommes (29.5%) sont pères.

Isolement social très grand

Le statut professionnel des personnes consommatrices de drogues illégales semble plus précaire que celui des personnes ayant un problème d'alcool ⁽⁴⁶⁾. Par ailleurs, les femmes sont encore plus fragilisées que les hommes: 16.2% n'ont aucune formation contre 8.8% des hommes, 35.8% n'ont que leur diplôme de fin de scolarité contre 29.5% des hommes, et, si la moitié des hommes ont un certificat fédéral de capacité (CFC), elles ne sont que 4 sur dix à l'avoir atteint. Côté revenu, 32.4 % des hommes ont un emploi, soit le double des femmes, et trois à cinq personnes (hommes et femmes) sur dix touchent l'aide sociale comme seul revenu.

Statut professionnel précaire, mais encore des liens avec le monde du travail

L'accompagnement thérapeutique ambulatoire se termine de manière planifiée pour 49.7% des hommes et 60.8% des femmes ⁽³⁴⁾. Ce taux d'arrêt de traitement est à mettre en lien avec les rechutes plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes jusqu'à deux après la fin de la prise en charge ⁽⁶²⁾: pour les hommes, ce sont plutôt des consommations épisodiques, alors que les femmes rapportent plus de rechutes sévères; dans

cette étude, le taux de rechute à 7 ans n'est plus significativement différent entre les sexes. Le pronostic en fin de traitement ⁽⁴⁶⁾ est de bon à très bon pour 46% des patients, sans différence significative entre les deux sexes. On note dans cette même étude qu'un suivi médical planifié augmente les chances de succès. Si les résultats d'études scientifiques sur les différences entre les hommes et les femmes dans le succès du traitement sont contradictoires ⁽¹⁰⁾, on constate toutefois que les femmes reprennent plus fréquemment un traitement après un arrêt que les hommes. Lorsqu'elles arrêtent, elles semblent plus souvent arriver à un arrêt total de la consommation que les hommes, présentant nettement plus rarement qu'eux une consommation quotidienne par la suite. L'insertion professionnelle joue un rôle important dans le processus de réhabilitation des hommes; lorsqu'ils ne sont pas intégrés professionnellement, ils reviennent beaucoup plus fréquemment dans la scène de la drogue que les femmes. Celles-ci trouvent un soutien auprès des services d'aide sociale et décrochent des petits travaux temporaires, ce que les hommes ne font que rarement ⁽¹⁰⁾, bien qu'on ait l'impression que les offres thérapeutiques existantes, visant à l'augmentation des compétences et de l'intégration professionnelles leur soient spécifiquement destinées.

Arrêt et rechutes: fragilité masculine

Importance de l'intégration professionnelle des hommes en fin de traitement

8.3.2 Les programmes de substitution

Dans les institutions résidentielles, il y a 61% d'hommes dans les programmes de substitution ⁽⁴⁶⁾. La proportion globale des hommes en traitement de substitution à la méthadone – tout lieu confondu – est de 71.4% ⁽⁴¹⁾.

Dans son travail de thèse, Dobler-Mikola ⁽¹⁰⁾ a analysé les différences entre hommes et femmes dans leur parcours de traitement de substitution. Elle met en évidence la forte marginalisation de la clientèle de ces programmes, hommes et femmes confondus. La clientèle est très proche de la scène de la drogue et consomme plusieurs substances psychoactives en plus de l'héroïne. Les hommes ont plus souvent que les femmes un logement provisoire à l'entrée en traitement et vivent moins fréquemment avec un partenaire. Pour les hommes, s'ils sont moins fréquemment soutenus émotionnellement que les femmes par leur partenaire, la qualité du lien semble plus forte lorsqu'elle est présente.

Situation précaire, en particulier des hommes, en matière de lien social et affectif

A leur entrée en traitement, hommes et femmes se disent accablés par leur situation de vie, les femmes particulièrement fortement. Tous attendent de leur prise en charge de substitution un changement de qualité de vie très élevé, avec un travail, un-e partenaire et de la sécurité. Comme beaucoup d'études le montrent, les hommes nient beaucoup plus que les femmes avoir des problèmes psychiques, sauf lorsque ces derniers sont très lourds, où autant d'hommes que de femmes se disent alors concernés. Les hommes déclarent n'avoir que peu ou pas d'intérêt pour une thérapie demandant de l'introspection et de la réflexion sur soi, au contraire des femmes.

Les hommes ne reconnaissent pas leur souffrance psychique...

...et ne ressentent pas le besoin de s'y intéresser

On constate peu de différences entre les sexes dans l'intégration sociale un an après le début du traitement de substitution. La plupart des hommes et des femmes ont amélioré leur situation de vie. Les femmes ont majoritairement une situation de vie stable avec un partenaire, alors que les hommes vivent plutôt seuls. De fait, la prise en charge a un effet bénéfique sur les liens avec le ou la partenaire, plus d'hommes et de femmes ayant un partenaire fixe durant le traitement qu'auparavant. Les femmes évoquent plus souvent leur partenaire comme étant un soutien important en matière de problèmes émotionnels, cognitifs ou matériels. Durant la phase de réhabilitation, un éloignement clair de la scène de la drogue est constaté, plus nettement pour les femmes que pour les hommes. Cet éloignement comporte malgré tout le risque de générer, à défaut d'autres réseaux relationnels établis, un isolement social.

L'étude montre que les hommes toxicomanes ont en général moins de symptômes psychiques que les femmes un an après le début du traitement. Les hommes bénéficient plus souvent de soutien et de conseils en ce qui concerne la gestion du quotidien et des ressources, alors que les femmes ont recours fréquemment à un suivi psychothérapeutique.

8.3.3 Les prises en charge à bas seuil

La création d'offres à bas seuil est née à la fois du constat, fait au milieu des années 80, que l'aide offerte en Suisse n'atteignait qu'un groupe restreint de personnes dépendantes, à savoir celles qui étaient prêtes à suivre une thérapie d'abstinence ⁽⁴²⁾, et de la volonté de faire disparaître les scènes ouvertes de la drogue en vue de préserver l'ordre public ⁽²²⁾. La situation se caractérisait alors par une grande détresse psychique et physique des consommateurs et consommatrices de drogues, un nombre élevé de décès dus à la consommation de drogues, ainsi qu'un nombre élevé d'infections par le virus VIH et celui de l'hépatite ⁽⁴²⁾ (voir aussi chapitre 7.1.4). La fin des scènes ouvertes a eu pour conséquence, prévue par les professionnel-le-s du domaine des drogues, de créer des scènes cachées, comme le relève le BRR ⁽²²⁾: «C'est chez des privés que se pratiquent le commerce et, dans une certaine mesure, la consommation. Selon les rapports de police, et selon les témoignages des consommateurs-trices de drogue eux-mêmes, les conditions d'hygiène dans ces lieux doivent être dans bien des cas mauvaises, voire désastreuses». L'étendue du problème n'est toutefois pas connue.

Les offres à bas seuil créées à la fin des années 80 et au début des années 90, comme les locaux d'injection, ou depuis peu, les locaux d'inhalation, permettent aux clients de consommer leurs drogues dans de bonnes conditions d'hygiène et dans un environnement exempt de stress. Le but de ces services est de permettre à leurs utilisateurs de réduire au maximum les risques (physiques, psychiques et sociaux) durant leur période de dépendance et d'aider les toxicodépendants à traverser la période de dépendance dans les meilleures conditions possibles ⁽⁴²⁾. Ces offres, pour atteindre encore mieux cette population marginalisée, se sont enrichies d'une approche dite du travail à bas seuil, «qui englobe des offres d'assis-

tance pour l'hébergement (hébergements d'urgence, logements avec prise en charge ou avec accompagnement), pour l'occupation (emplois avec ou sans accompagnement, le plus souvent avec salaire à la journée) et pour l'accueil en journée (centres d'accueil et d'assistance, avec ou sans possibilité de consommer). Il comprend également les projets de distribution et d'échange de seringues, les traitements médicaux à bas seuil (p. ex. des chambres d'hôpital pour les sans-abri) et le travail de rue ⁽²²⁾». En complément, le travail social «hors murs» s'est développé «en dehors de tout cadre répressif, sécuritaire, normatif de contrôle social défini comme l'ensemble des sanctions positives ou négatives auxquelles la société recourt pour assurer la conformité des comportements aux modèles établis ⁽¹⁷⁾».

Le réseau de dispositifs d'accueil à bas seuil s'est développé en Suisse, d'abord dans les grandes villes de Suisse alémanique, puis de manière plus large. Il comprenait en 2003 environ 200 établissements accueillant 8000 à 10000 client-e-s ⁽²²⁾. Les données sur la clientèle fréquentant ces lieux n'est de loin pas complète, puisque le principe de l'anonymat garanti par ces centres implique de ne pas enregistrer les données personnelles des client-e-s. On note toutefois que le nombre total de visites rapporté par ces centres est de 101 815 (à fin novembre 2001), dont 22 120 (soit 21.7%) par des femmes. ⁽³¹⁾ Dans les institutions offrant des places d'accueil fixes, la proportion de femmes varie selon les lieux entre 26.3% et 35.3%. ⁽³¹⁾ Les hommes semblent donc, proportionnellement, être surreprésentés dans la prise en charge à bas seuil. On peut supposer que l'atmosphère de ces lieux, proche de l'ambiance de la rue et empreinte d'anonymat, correspond mieux aux attentes des hommes tout en dissuadant un certain nombre de femmes d'y venir. Comparativement aux autres lieux de traitements, l'âge moyen des consommateurs (hommes et femmes) fréquentant les structures d'accueil à bas seuil est plus élevé (environ 32 ans), alors que celui des personnes sous prescription médicale est plus bas (environ 28 ans) ⁽⁶³⁾. Environ 10% des usagers a utilisé une seringue usagée (dans les 6 mois précédant l'enquête); si la pratique du partage de matériel pour préparer l'injection est en diminution entre 1996 et 2000, elle reste fréquente et expliquerait le taux élevé d'infections par l'hépatite C: 59% de tests positifs pour la clientèle du bas seuil et 82% pour celle de la prescription médicale d'héroïne ⁽⁶³⁾. Les usagers à risque d'infection avec du matériel utilisé sont plus jeunes que ceux qui ne le font pas et ce sont souvent des femmes. L'héroïne est la substance consommée le plus régulièrement, soit plusieurs fois par semaine pour la moitié des usagers de ces structures.

*Une offre qui est plus utilisée
par les hommes que les femmes*

On notera que, en particulier pour les structures avec local de consommation, les offres sexospécifiques pour les femmes sont très rares, au nombre de deux sur treize. Par ailleurs, les offres de travail occupationnel (travail en forêt, construction, entre autres) sont très orientées vers les hommes; les infrastructures sanitaires, quant à elles, ne sont fréquemment pas séparées hommes – femmes et ne sont donc pas adaptées à un accueil mixte. Cet état de fait n'implique cependant pas que les réalités quotidiennes et les besoins masculins soient pour autant complètement pris en considéra-

tion dans ce type de lieux (voir aussi pour d'autres approfondissements sur ce point le chapitre 8.6.1). En particulier, la question de la violence dans le milieu toxicomane, qui est souvent le fait des hommes, tout comme celle du rôle dominateur de l'homme dans sa relation avec son partenaire féminin – devenant alors dealer, client, proxénète et protecteur ⁽¹³⁾ – méritent largement d'être prises en considération aussi dans les structures d'accueil à bas seuil.

Récemment, des structures à bas seuil ont proposé des locaux d'inhalation (sous forme de projets-pilotes à Zürich, Bienne et Berne), afin de mieux correspondre aux modes de consommation actuels d'héroïne et de cocaïne: sniff, fumée ou inhalation. Rapidement, ces lieux ont été complets, générant des listes d'attente. Selon l'évaluation conduite à Zürich ⁽⁵²⁾ «la clientèle masculine est surreprésentée, avec une proportion de 80% des consommations dans le local d'inhalation et dans celui d'injection. La fourchette d'âge des consommateurs se situe majoritairement entre 25 et 35 ans. L'apparence, l'habillement, le moment dans la journée choisi pour consommer et les thèmes abordés dans les conseils demandés laissent penser qu'une part des client-e-s usagers-ères des locaux d'inhalation est mieux intégrée dans le monde du travail que celles et ceux utilisant les locaux d'injection a». L'augmentation du nombre d'usagers n'a pas généré une augmentation de la violence, au contraire. Les usagers des locaux d'inhalation semblent avoir influencé positivement l'atmosphère globale du lieu d'accueil. Cependant, le contact avec les nouveaux usagers de cette prestation demande plus de temps. Enfin, on note que cette offre incite quelques personnes qui s'injectent à passer à l'inhalation, réduisant ainsi les risques de la consommation.

On a pu mettre en évidence ⁽²²⁾ l'impact positif des prises en charge à bas seuil (y compris celles avec prescription d'héroïne) sur les conditions d'existence des usagers de drogues illégales, impact confirmé par la réduction globale des décès dus à la consommation de drogues ainsi que la forte baisse du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les personnes pratiquant l'intraveineuse ces dernières années (voir chapitre 7.1.4 pour plus de détails). Une expertise ⁽⁶³⁾ a par ailleurs mis en évidence que les structures avec local de consommation contribuent à la réduction des comportements à risque en matière de transmission des maladies infectieuses, particulièrement le VIH, qu'elles participent à la réduction des overdoses fatales, et donc à la réduction de la mortalité de cette population, qu'elles facilitent l'accès au réseau de soins et qu'elles favorisent ainsi la réduction des problèmes d'ordre public (consommation en public, seringues usagées, entre autres). L'expertise ⁽⁶³⁾ note cependant que «s'agissant du cas particulier des structures avec local d'inhalation, la démonstration est moins convaincante».

Les usagers des établissements à bas seuil eux-mêmes sont satisfaits de l'apport de ces structures pour leur bien-être, puisqu'ils sont 77% en 2000 à s'estimer "en bonne santé", contre 67% en 1993 ⁽²²⁾. Toutefois, comme le relève le rapport du BRR, «ces résultats - en soi satisfaisants - sont bien

a Adapté et repris librement en français du document original en langue allemande

entendu à interpréter avec prudence. En fait, l'état de santé de bien des consommateurs de drogue et de toxicodépendants n'est objectivement pas bon, et bon nombre d'entre eux – c'est-à-dire des milliers – souffrent d'affections chroniques».

8.4 Prise en charge du tabagisme

Environ 60% des fumeurs et fumeuses ⁽⁶⁾ aimeraient arrêter de fumer et/ou ont déjà tenté un essai infructueux durant les 12 mois précédant l'enquête. Entre 15 et 44 ans, la proportion d'hommes est égale à celle des femmes; à partir de 45 ans, la proportion des hommes souhaitant arrêter de fumer est entre 7 et 9% plus faible que celle des femmes. Cependant, il y a un écart très net entre l'intention déclarée de vouloir arrêter de fumer et le passage à l'acte concret ⁽²⁵⁾. Un quart des fumeurs et fumeuses a sérieusement essayé d'arrêter de fumer (2 semaines au moins) durant les 12 derniers mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 4 personnes sur 5 ont essayé sans moyens auxiliaires, 12% avec un produit à la nicotine et 7% avec d'autres moyens auxiliaires.

Diverses études ont essayé d'identifier les différences spécifiques entre les sexes dans l'arrêt du tabac. Les hommes semblent plus souvent prêts à arrêter et le font plus facilement que les femmes ⁽⁴⁾; des liens avec les motifs de consommation sont suggérés. Une autre étude ⁽¹⁴⁾ constate pour sa part que les comportements de fumer sont régis par des mécanismes psychologiques similaires chez l'homme et la femme et qu'aucune différence ne serait dès lors à faire dans les stratégies d'arrêt à proposer. Berlin et al. ⁽²⁾ estiment que les femmes fument plus pour réduire leurs tensions et se relaxer, pour chercher une stimulation et pour des raisons sociales que les hommes; le fait d'avoir une habitude de fumer très installée et compulsive est semblable pour les deux sexes et est fortement associé avec une dépendance nicotinique forte. Comme l'ont signalé Güttinger et al. ⁽¹⁸⁾, le fait de fumer le cigare et d'être un homme facilite l'arrêt ⁽⁴³⁾, pour autant que la consommation ne soit pas élevée, que l'inhalation ne soit pas forte et qu'il n'y ait pas d'association avec une forte consommation d'alcool. Ce constat est corroboré par d'autres études ⁽²³⁾, qui ajoutent encore d'autres facteurs comme un revenu élevé, une initiation à la cigarette après l'âge de 20 ans et l'absence d'autres fumeurs dans son entourage. Aucune influence du degré de formation ni du poids (BMI) n'a pu être constatée chez les hommes, à l'inverse des femmes où ces facteurs jouent un rôle important dans l'arrêt du tabac ⁽⁴³⁾. D'autres différences sont notées dans les situations à risque de rechutes: les femmes consomment plus fréquemment dans des situations de stress négatif et de frustration, alors que les hommes le font lors d'occasions festives ^(20, 39). Güttinger et al. ⁽¹⁸⁾ mettent en évidence «un lien entre forte dépendance et difficulté d'arrêt, alors que le fait d'être marié facilite l'arrêt chez les hommes ⁽³⁸⁾. On constate aussi que les injonctions du médecin à arrêter sont plutôt contre-productives chez les hommes. Les hommes souhaitent plus nettement que les femmes bénéficier d'un soutien social lors de leur

Les hommes de plus de 45 ans sont moins motivés à l'arrêt que les femmes

Les critères de succès: initiation tardive, faible consommation, fumer le cigare, inhaler peu, pas d'alcool associé, contexte non fumeur

Rôle de l'entourage

Les injonctions au traitement ne fonctionnent pas bien

arrêt du tabac. ^{(38) b}». Ce soutien est une composante des approches comportementales individuelles, qui outre les aspects comportementaux, incluent aussi les techniques de résolution de problèmes. Le taux de succès est de 4 à 7% pour cette approche et peut montrer jusqu'à 19% s'il y a association avec des substituts nicotiques ⁽⁶⁰⁾.

8.5 L'intervention brève: une piste au masculin

La question de l'adéquation de l'offre et de la demande en matière de traitement spécifique aux hommes se pose en ces termes: les approches les plus fréquemment développées à ce jour postulent qu'une thérapie réussie passe en premier lieu et de manière quasi incontournable par la reconnaissance de son impuissance face à la dépendance, l'acceptation qu'il y a eu perte de contrôle, que le produit est plus fort que l'individu. Ce postulat de base est vraisemblablement un obstacle à l'entrée en traitement pour de nombreux hommes, pour lesquels la perte de contrôle signifie aussi la perte d'un attribut socialement construit comme masculin: la maîtrise, ainsi que le souligne Klingemann dans son rapport ⁽²⁷⁾.

Encore la question de la maîtrise, du pouvoir...

La volonté de maîtriser et de décider est une caractéristique fortement présente dans l'image sociale du genre masculin. Dans les faits, la plupart des hommes souhaite avoir la liberté de choisir son comportement; c'est pourquoi il est important de travailler avec eux sur leur motivation et décision individuelles à entreprendre un traitement ⁽³⁾, sans faire appel à trop de pressions médicales, qui pourraient avoir un effet contre-productif sur leur choix.

En ce sens, la théorie des stades de changement ⁽⁴⁵⁾, qui propose une approche nuancée des personnes en fonction du stade de perception qu'elles ont de leur réalité et de leur problème, semble une approche particulièrement intéressante à mettre en pratique en particulier avec des hommes. Par ailleurs, cette approche postule qu'un individu ne sort pas forcément en une seule fois de la dépendance et que le processus se répète fréquemment plusieurs fois. Cette vision d'une sortie de la maladie par palier permet ainsi de déculpabiliser les individus qui reprennent leur consommation après une phase d'abstinence ⁽²⁹⁾.

Parler à l'individu "là où il en est"

Les approches dites d'interventions brèves et d'entretiens motivationnels ⁽³⁷⁾ reprennent ce concept et l'intègrent dans les pratiques thérapeutiques. Klingemann ⁽²⁷⁾ note que «en impliquant le patient dans les différentes décisions, en lui donnant la possibilité de décrire sa situation et d'en tirer les enseignements utiles pour diriger la suite du traitement, on lui redonne une part de pouvoir ⁽⁴⁰⁾ sur son problème. Les hommes ayant intégré profondément l'image traditionnelle du rôle social masculin seront certainement plus enclins à accepter d'entrer en matière sur leur difficulté, s'ils peuvent comprendre qu'ils ont en partie la maîtrise sur le processus de résolution de leur problème ». Ainsi, 2 consultations de 10 à 15 minutes suffisent pour obtenir des améliorations significatives

L'homme apprécie être acteur et décideur de son processus thérapeutique

b Reprise de certains passages du rapport, formulés ici de manière condensée et regroupée

c Reprise de certains passages du rapport, formulés ici de manière condensée et regroupée

de la consommation d'alcool, de la fréquence des états d'ivresses, ainsi que de la fréquence et la durée des hospitalisations, et ce 12 mois après l'intervention ⁽¹⁶⁾. Cette étude estime le rapport coût – bénéfice à 1:5.6. Le concept de l'entretien motivationnel est aujourd'hui en constante évolution et des approches s'en inspirant sont proposées aussi aux professionnel-le-s du social (Motivational Case Management, MOCA) ⁽⁵⁹⁾. Cette approche est toutefois inopérante en matière de traitement des cocaïnomanes, l'usage de plus en plus intensif du produit perturbant le passage d'un stade de décision à un autre ⁽⁸⁾.

En matière de tabagisme, les approches dites du conseil minimal, peuvent induire dans 40% des cas une tentative d'arrêt du tabac (hommes et femmes confondus) ⁽⁶⁰⁾. Les recommandations communes au plan international (voir en cela le document treatobacco.net sur le site stop-tabac.ch) ⁽⁵⁶⁾ suggèrent que les médecins généralistes devraient pratiquer le conseil minimal pour chaque fumeur et, lorsque cela est nécessaire, envoyer leurs patients vers un service spécialisé, au moins une fois par an. Les interventions motivant à arrêter devraient aider le fumeur à reconnaître et à surmonter les problèmes rencontrés lors de l'arrêt (résolution de problèmes/ stratégies comportementales), devraient proposer un support social et encourager le fumeur à chercher l'aide de ses amis et de sa famille.

Il est nécessaire de développer des stratégies pour motiver le plus précocement possible les hommes dépendants de substances psychoactives à entreprendre un traitement. Le médecin de premier recours est un acteur important de ce processus; les approches motivationnelles et l'intervention brève sont des outils efficaces, qui évitent de braquer l'homme concerné en lui donnant des pistes de réflexion et d'action. Les travailleurs sociaux sont aussi des partenaires à impliquer. Il est nécessaire de propager activement ces approches par le biais de formations courtes, de brochures, ainsi que par la constitution de cercles de qualité. L'expérience conduite dans le cadre du projet «ça débouche sur quoi?» de l'OFSP a apporté des éléments très utiles à la poursuite d'une telle démarche, qui pourrait s'étendre à toutes les substances psychoactives.

Un renforcement des approches à bas seuil, lesquelles complètent le dispositif d'aide existant, est à promouvoir. Ces lieux devraient développer des offres sexospécifiques, aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Par exemple, des brochures d'informations sexospécifiques sont à développer et à diffuser dans ces lieux.

Les offres de lieux d'inhalation, très utilisées par les hommes, devraient se développer, afin de mieux correspondre aux modes de consommation actuels.

Les employeurs ont un rôle important à jouer dans la motivation des hommes à entreprendre un traitement: les programmes de gestion des problèmes liés à l'alcool et aux drogues en milieu professionnel sont à promouvoir et à diffuser plus largement. La question de leur financement doit être clarifiée, les employeurs n'étant pas toujours prêts à investir dans une action qui a aussi des aspects de santé publique.

Faire appel au réseau social est une composante importante pour le rétablissement des hommes. Les liens familiaux sont particulièrement importants et positifs pour les hommes, tout comme leur statut professionnel. Les approches thérapeutiques orientées vers les hommes devraient donc intégrer ces composantes et favoriser le maintien du réseau familial et professionnel durant la phase de traitement.

Pour aider les hommes à (re)construire un réseau social, il est important de travailler avec eux sur leurs déficits relationnels par le biais de techniques de développement personnel, les amenant à promouvoir le renforcement de compétences sociales telles que capacité à l'empathie, participation, coopération et communication respectueuse d'autrui.

La prévention des rechutes est une approche à intensifier, en particulier pour les hommes, plus difficiles à motiver à la reprise d'un traitement après une rechute que les femmes.

8.6 Le genre masculin dans les institutions

8.6.1 Le gender mainstream

On pourrait penser ⁽⁵⁸⁾ que les lieux de traitement proposent des offres thérapeutiques exclusivement destinées aux hommes et à leurs besoins spécifiques. De fait, c'est bien plus les réalités et besoins des femmes qui ont été ignorés par le passé qu'une réelle spécificité masculine qui aurait été développée. Ainsi, et suivant en cela les réflexions de Klingemann ⁽²⁷⁾, le fait que des hommes dirigent les institutions thérapeutiques, qu'ils sont majoritairement représentés parmi les soignants et qu'une très grande proportion des patients en traitement pour des problèmes d'alcool et de drogues illégales soient eux aussi des hommes ne suffit pas à affirmer que les offres thérapeutiques sont vraiment ciblées pour eux. L'absence de réflexion sur le rôle de l'homme, sur les spécificités de la masculinité et sur les questions de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes contribue à cet état de fait. Les ateliers de réinsertion sociale et professionnelle (bois, métal, jardinage) en sont un bon exemple: cette offre à caractère masculin néglige complètement les centres d'intérêts des femmes, sans pour autant postuler que, à elle seule, cette activité représente

*Passer d'institutions gérées
PAR des hommes à des lieux
POUR les hommes!*

une offre sexospécifique pour le genre masculin. Si les activités mises en place sont typiquement masculines, on doit en connaître les raisons: ces activités ont-elles un sens particulier pour les hommes? Correspondent-elles à un besoin exprimé par les hommes? En d'autres termes, sans réflexion spécifique sur le genre masculin, certains besoins fondamentaux des hommes ne sont pas pris en compte dans les approches thérapeutiques actuelles et d'autres sont mises en place sans réelle nécessité.

Les experts consultés estiment que les activités proposées aux hommes devraient se différencier des offres existant sur le marché. Est-ce par exemple bien utile de proposer un atelier de sport, alors qu'une telle offre existe à l'extérieur de l'institution, facile d'accès? Ne renforce-t-on pas ainsi, à l'intérieur même de l'institution, le stéréotype "homme = sport = performance = virilité?". Dans cet esprit, ils proposent d'offrir des alternatives qu'il serait plus difficile d'aller pratiquer à l'extérieur, surtout pour un homme ayant intégré une image traditionnelle de la masculinité, comme la méditation ou le yoga. De telles offres permettent ainsi d'ouvrir le champ des activités qu'un homme a le droit de faire.

8.6.2 Etre père et en traitement

De plus en plus, la place du père et son rôle dans l'éducation des enfants sont mis sur le devant de la scène: père absent ou papa poule, les médias ont largement thématiqué la chose. Quelle place le père a-t-il dans les institutions de traitement? Klingemann constate en effet que «les pères dépendants se font souvent beaucoup de soucis pour leurs enfants, avant tout s'ils ne vivent pas avec eux ^d» (27), ce qui est le cas lorsqu'ils sont en traitement résidentiel. La question du stress affectif généré par cette situation, si elle a été beaucoup étudiée et prise en compte pour les mères consommatrices de drogue ou d'alcool, est aujourd'hui de plus en plus thématiquée pour les réalités des pères. Les pères souhaitent-ils avoir leurs enfants auprès d'eux, ou pour le moins pouvoir les voir régulièrement? Faut-il stimuler cette demande? Le statut de la mère, le lien relationnel existant entre la mère et l'enfant et entre la mère et le père sont bien évidemment à prendre en considération dans cette réflexion. S'il est en âge de décider, l'enfant doit aussi être consulté. En tous les cas, il semble qu'il y ait des arguments favorables à l'intégration de la dimension de la paternité dans le traitement, afin de consolider le rétablissement du père.

Importance de la paternité

Les professionnels consultés, en place dans les institutions de traitement sont unanimes sur ce point et encouragent vivement le maintien et la reconstruction du lien père – enfant, à la fois dans une optique générationnelle, mais aussi comme stimulation positive de l'homme à poursuivre son rétablissement, avec d'autres motivations que seulement celle liée au travail.

8.6.3 Thérapeute: genre à genre ou mixte? Ebauche de pistes

La question du genre du ou de la thérapeute, tout comme celui du client, a une influence dans la dynamique de l'accompagnement (26); ainsi, les hommes décrivent leurs symptômes essentiellement sous l'angle corporel, physiologique, un peu comme s'ils souhaitaient correspondre à l'image

d Adapté et repris librement en français du document original en langue allemande

sociale de leur rôle masculin. Ce décryptage par le thérapeute (homme ou femme) passe aussi par sa propre perception du genre masculin. L'empathie du thérapeute est donc bel et bien influencée par son propre genre ^(30, 59).

Chacun a ses propres conceptions du masculin

Aujourd'hui encore, le rapport entre les genres est souvent perçu comme hiérarchisé: on attribue aux hommes un plus grand prestige qu'aux femmes, ce qui renforce encore leur image de pouvoir et de domination, déjà socialement fortement présente. Ce fait est à prendre en considération dans le choix du genre du thérapeute. La notion de pouvoir est plus marquée encore. Dans les institutions de traitement, les hommes sont par exemple très fréquemment aussi au sommet de la hiérarchie, les femmes étant souvent reléguées aux tâches subalternes ⁽⁵⁹⁾. Ainsi, les approches développées par les femmes sur les questions de genre leur ont fait revendiquer d'être accompagnées par des femmes, voire de créer des institutions uniquement destinées aux femmes, sans aucun homme dans l'équipe thérapeutique. Quelques institutions font aujourd'hui de même pour les hommes.

Les experts concernés soulignent qu'une équipe constituée exclusivement d'hommes n'implique pas une homogénéité, une unité, une absence de variété! Chaque homme, chaque être humain a ses spécificités, son profil, sa manière de vivre son genre. Il y a donc bien une grande richesse dans des équipes non mixtes.

La question reste toutefois présente, en particulier pour les institutions mixtes: faut-il imposer un homme thérapeute à un homme, ou lui laisser le choix? Les avantages d'une relation de même sexe semblent clairement apparaître: plus besoin pour l'homme de se comparer, de se conformer aux attentes sociales qu'il s'est construites dans son rapport aux femmes. Dans cette nouvelle posture sociale, il pourra mieux exprimer ses faiblesses, ses angoisses, parce qu'il ne ressentira pas le besoin de paraître fort, qu'il ne sera plus dans un rôle social stéréotypé mais se présentera comme étant lui-même, sans masque, sans rivalité. Il découvrira que sa manière de dire ses souffrances peut être reconnue et respectée par un autre homme.

Homme et homme: moins de pression, moins de compétition, empathie, oser "se dire"

Cette approche est par ailleurs plébiscitée par les spécialistes masculins du terrain consultés; ils y trouvent la possibilité d'être en forte empathie avec leur patient/client, et y voient une opportunité de leur démontrer par leur propre exemple qu'un homme a le droit d'avoir des sentiments, des émotions et qu'il peut les dire. C'est aussi un moyen qui contribue à reconstruire l'image du père absent.

Klingemann ⁽²⁷⁾ constate que «diverses études sur les effets de psychothérapies montrent d'ailleurs que les dyades de même genre sont plus efficaces que celles mixtes». On notera toutefois qu'en matière de résultats thérapeutiques chez les personnes toxicomanes, une étude ⁽⁵³⁾ a montré que le succès n'est pas en lien avec le sexe du ou de la thérapeute. On doit aussi explorer les limites qui existent dans l'accompagnement homme – homme. Le premier risque est de rigidifier les images sociales des genres,

de les cimenter dans des formes de caricatures plutôt que de travailler sur leur représentation en essayant de les aplanir, de les corriger, de permettre à l'autre de s'approprier peut-être une autre image de sa masculinité et de percevoir un autre regard sur lui. Certaines formes de langage, triviales et machistes, pourraient elles aussi rigidifier l'image sociale masculine du patient.

Risque de stéréotyper le genre masculin

Les professionnels du terrain consultés sont conscients de ce risque potentiel et indiquent que la réflexion sur le genre conduite dans leur institution permet de dépasser cet écueil.

Un autre risque est de cataloguer de manière simpliste les hommes – et les femmes – dans des rôles figés, sans leur laisser la place d'exprimer la part féminine ou masculine qu'ils ou elles ont en eux ou elles. La typologie des genres, si elle est acceptable et utile au plan global, ne peut être appliquée systématiquement aux individus pris séparément. Il ne faut pas négliger non plus la délicate question des hommes abusés sexuellement et de leur relation émotionnelle aux autres hommes, associée à la notion sous-jacente du rapport à la violence des hommes envers d'autres hommes. Des hommes abusés, violentés par d'autres hommes pourront-ils, oseront-ils parler de leur douloureux passé face à un homme?

Victimes de violences masculines: une prise en charge par des hommes?

Casser les schémas et mettre de la distance émotionnelle avec son vécu impliquerait donc de proposer aussi des dyades mixtes, femme thérapeute – homme client, en laissant le choix à la personne concernée, mais aussi au - à la thérapeute. En effet, Klingemann ⁽²⁷⁾ constate qu'il est des situations dans lesquelles la proximité du patient avec son thérapeute empêche une réaction adéquate; parfois, une vision plus distante permet une attitude plus nuancée, moins confrontative ⁽⁵⁴⁾. Par ailleurs, on constate aussi que certains hommes parlent facilement aux femmes thérapeutes de leurs émotions ⁽⁵⁹⁾; il y a donc aussi des avantages à ce type d'accompagnement mixte. Les experts soulignent que beaucoup d'hommes ont intégré le fait que «les femmes, elles au moins, me comprennent», corroborant ainsi l'évidence selon laquelle les conjointes soutiennent massivement émotionnellement leur mari dépendant. Toutefois, à cause de l'image sociale dominante de l'homme, la femme, pour beaucoup d'hommes et en particulier ceux venant d'autres cultures où elle est fortement discriminée, pâtit d'une image très affaiblie dans leur regard; il peut alors s'installer un scepticisme et des doutes dans les compétences des femmes thérapeutes, qui vont influencer négativement leur comportement.

Offrir le choix aux deux acteurs du dialogue

Quelle image de la femme le client homme a-t-il?

Les experts pratiquant la mixité dans les dyades thérapeutiques relèvent que cela apporte de bons résultats. En règle générale, la femme thérapeute permet de montrer à l'homme qu'il existe d'autres figures féminines que leur mère, que d'autres dialogues peuvent se construire. Cet apport est particulièrement bien vécu par les adolescents.

On peut aussi envisager des accompagnements en couple thérapeutique, lesquels ont l'avantage d'offrir au patient les deux composantes du genre; cependant, cette approche à deux peut aussi bloquer le patient, qui peut se sentir en infériorité, en manque de pouvoir.

Pour les groupes thérapeutiques de parole, la mixité n'est pas à exclure de prime abord. En effet, selon une étude ⁽⁵⁵⁾, la présence de femmes dans le groupe semble motiver les hommes à exprimer leurs problèmes, leurs sentiments et faiblesses, alors que des groupes exclusivement masculins seraient l'occasion d'une plus nette mise en valeur de leurs côtés positifs. En tous les cas, divers auteurs estiment que les groupes thérapeutiques constituent une approche très appropriée pour les hommes, en jouant le rôle de "remplacement" du groupe de référence, dans lequel ils consommaient des drogues auparavant ⁽¹⁰⁾.

En matière de groupes de parole, les experts sont unanimes à recommander la création de groupes sexospécifiques. Selon leur expérience, ces groupes permettent un dialogue plus ouvert, sans rivalité entre sexes, sans recherche de séduction ou de frime. Ce dialogue permet ainsi d'exprimer ses émotions, ses besoins, de manière plus facile, sans pour autant empêcher d'évoquer la relation à l'autre sexe; une telle approche n'exclut pas par ailleurs aussi, de manière ponctuelle et complémentaire, la constitution de groupes mixtes.

Sans réponse ni recommandation définitives, il est essentiel de donner une place prépondérante à la réflexion sur l'intégration de l'égalité des genres dans le concept des institutions de tout type (gender mainstream). Les activités proposées aux client-e-s, la mixité ou non dans la clientèle ou/et dans l'équipe, voire dans le comité ou le conseil de direction, entre autres, devraient être basées sur une conception égalitaire de l'homme et de la femme, qui prenne en compte leurs besoins et différences.

Les directions d'institutions devraient garantir et encourager des formations et des échanges d'informations sur le thème de la sexospécificité afin d'assurer le savoir-faire de leurs collaboratrices et collaborateurs.

8.7 Autorémission

Une grande majorité des individus qui développent un problème d'alcool n'entre jamais en traitement, qu'il soit résidentiel ou ambulatoire; on estime ainsi dans la littérature internationale que sur 13 personnes ayant des problèmes d'alcool, une seule initie un traitement ^(51, 61). La majorité des individus présentant des problèmes d'alcool deviennent abstinents ou consommateurs modérés sans traitement; diverses études internationales ⁽⁵⁰⁾ suggèrent que 80 % des individus avec problème d'alcool s'en tirent sans traitement, mais les chiffres à ce sujet sont relativement variables, les spécificités selon les genres ne sont pas étudiées et trop peu d'études sont disponibles au niveau suisse.

La consommation contrôlée est une approche individuelle qui vise à résoudre son problème d'alcool en réduisant sa propre consommation afin de pouvoir la maîtriser; parmi des individus dont le problème d'alcool est résolu en dehors de l'abstinence, 57 % d'entre eux ont commencé par un objectif d'abstinence et poursuivi ensuite par une consommation modérée ⁽⁵¹⁾. Les enjeux du contrôle, de la maîtrise sont au centre du processus et des préoccupations; ainsi, 58% des patients du collectif de cette étude ⁽⁵¹⁾ disent avoir choisi l'abstinence en raison de leur absence de contrôle sur la modération. Vaillant ⁽⁵⁷⁾ décrit que la résolution du problème d'alcool sans traitement par la consommation modérée a été observée plutôt pour des individus de niveau d'éducation élevé, stable socialement, alors que l'abstinence sans traitement est le fait des individus de niveau éducatif et social moins élevés. Aucune référence aux différences entre les sexes n'est faite dans cette étude.

Rôle joué par le statut social dans l'autorémision

Diverses études sur le devenir des personnes dépendantes de l'alcool et des drogues cherchant à s'en sortir sans aide extérieure ont montré une grande stabilité dans le processus, aussi bien pour les femmes que pour les hommes ^(11, 28). C'est en particulier le cas lorsque les personnes concernées bénéficient d'un soutien de la part des proches. Les femmes ont reçu plus de soutien dans les situations de crises qu'elles ont vécues après l'arrêt de la consommation que lorsqu'elles étaient activement dépendantes, alors que les hommes ont bénéficié de peu d'aide active après leur sortie de la drogue ⁽⁶⁴⁾. Les hommes qui s'en sont sortis ont pu se réintégrer avec succès dans la société et sont des maris actifs professionnellement. Le schéma "dépendance – sortie de la drogue – mariage – enfant" semble fonctionner fréquemment pour eux, à l'inverse de la situation de la majorité des femmes, qui, à leur sortie de la drogue, s'éloignent fortement de la conception "classique" de la famille et du travail.

Dans les processus d'autorémision l'entourage est essentiel

Le succès pour les hommes passe par une réintégration dans un rôle social conventionnel

La forte proportion de personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues qui cherche à s'en sortir sans soutien extérieur doit inciter à – paradoxalement! – mettre en place pour eux des conditions de réussite. Le rôle de l'entourage, plusieurs fois soulevé dans ce rapport, est essentiel dans cette démarche, pour les hommes en particulier. On doit donc travailler activement en prévention secondaire avec le réseau des familles et des proches des personnes concernées. Dans cette esprit, le médecin de premier recours peut avoir un rôle prépondérant à jouer, en encourageant et soutenant un proche, pour qu'il garde le lien social et émotionnel avec la personne concernée.

Les démarches de réinsertion sociale par le biais du travail favorisent elles aussi la réussite, en particulier chez les hommes. Elles doivent être soutenues.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annis, H. M., & Graham, J. M. (1995). Profile types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(3), 176-182.
2. Berlin, I., Singleton, E. G., Pedarriosse, A.-M., Lancrenon, S., Rames, A., Aubin, H.-J., et al. (2003). The Modified Reasons for Smoking Scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*, 98(11), 1575-1583.
3. Block, M., & Buchkremer, G. (1991). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Abhängigkeit vom Rauchen und im Abstinenzserfolg. In K. Wanke & G. Bühringer (Eds.), *Grundstörungen der Sucht* (pp. 290-299). Berlin: Springer-Verlag.
4. Block, M., Rehms, W., & Buchkremer, G. U. (1990). Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Abstinenzserfolg bei der Raucherentwöhnung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Abhängigkeit bei Frauen und Männern* (pp. 116-125). Freiburg: Lambertus Verlag.
5. Blume, A. (1986). Women and alcohol. *JAMA*, 256, 1467-1470.
6. Bundesamt für Statistik (BfS /OFS). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BfS.
7. Dawson, D. A. (1994). Are men or women more likely to stop drinking because of alcohol problems? *Drug and Alcohol Dependence*, 36(1), 57-64.
8. Déglon, J.-J. (2004, juin). *Approches innovatrices dans le traitement des personnes dépendantes à la cocaïne en Suisse*. Paper presented at the Conférence nationale sur les drogues synthétiques et la cocaïne, Berne.
9. Delgrande Jordan, M. (2005). *act-info dans le domaine de traitement "résidentiel alcool et médicaments"* - Résultats de l'enquête auprès des client-e-s 2004 - Recueil de tableaux statistiques. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.
10. Dobler-Mikola, A. (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroingestützten Behandlung*. Zürich: Philosophische Fakultät der Universität Zürich.
11. Efonayi-Mäder, D., & Klingemann, H. (1995). Stabile Selbstheilungen bei Frauen und Männern (gekürzt und redaktionell bearbeitet durch Hafén, M.). *Drogenmagazin*, 21(4), 3-14.
12. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., & Mader, R. (Eds.). (2005). *Männer, Frauen, Sucht*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
13. Ernst, M.-L., Rottenmanner, I., & Spreyermann, C. (1995). *Femmes, dépendances, perspectives. Bases conceptuelles pour le développement et la promotion d'interventions spécifiques auprès des femmes consommant des drogues illégales*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
14. Etter, J.-F., Prokhorov, A. V., & Perneger, T. V. (2002). Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. *Addiction*, 97(6), 733-743.
15. Feselmayer, S., & Beiglböck, W. (1995). Die Familie des/der Alkoholkranken. In M. Büchel (Ed.), *Familienbilder - Kontroversen um eine Lebensform* (pp. 95-107). Bonn: Deutscher Psychologenverlag.
16. Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K., & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*, 277(13), 1039-1045.
17. Groupe Hors-murs du GREAT, & Fachgruppe Aufsuchende Sozialarbeit/Streetwork (FAGASS). (2005). *Charta der aufsuchenden Sozialarbeit*. Bern: GREAT / FAGASS.
18. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (non publié). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
19. Hänninen, V., & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1837-1848.
20. Heatherston, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
21. Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. *Abhängigkeiten*, 4(3), 9-29.
22. Hotz, R. (2003). *Le travail dans le domaine des drogues en Suisse - Essai d'état des lieux*. Fribourg: Bureau Suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR). http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/AHS-Expose_170503.pdf.

23. Hymowitz, N., Cummings, K. M., Hyland, A., Lynn, W. R., Pechacek, T. F., & Hartwell, T. D. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*, 6(Suppl 2), S57-S62.
24. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). (2005). *Substances consommées par les client(e)s des institutions de traitement résidentiel avant leur prise en charge*. Dernière visite septembre 2005, en ligne: http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/m_traitement.pdf.
25. Jarvis, M. J., McIntyre, D., & Bates, C. (2002). Efforts must take into account smokers' disillusionment with smoking and their delusions about stopping. *BMJ*, 324, 608.
26. Kaufmann, J. R. (1999). Sex, Geschlecht und Intersubjektivität: Die zwei Analysen von Mr. G. In E. Bartosch, H. Hinterhofer & E. Pellegrini (Eds.), *Aspekte einer neuen Psycho-analyse. Ein selbstpsychologischer Austausch* (pp. 79-98). New York / Wien: Verlag Neue Psychoanalyse.
27. Klingemann, H. (non publié). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
28. Klingemann, H., & Efonyi-Mäder, D. (1994). Wieviel Therapie braucht der Mensch? Sucht, Selbstheilungstendenzen und "Familie" als biographisches Leitmotiv. *Praxis*, 83(34), 937-949.
29. Kruse, G., Körkel, J., & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
30. Lehner, E. (2001). *Männer an der Wende. Grundlagen kirchlicher Männerarbeit*. Innsbruck: Tyrolia.
31. Lindenmeyer, H., Steiner, D., Burri, S., & Freitag, A. (2003). *Rapport de situation sur les structures d'accueil à seuil bas destinées aux consommateurs de drogue en Suisse*. Fribourg: Bureau Suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR).
32. Llopis Llacer, J. J. (2000). Women and drug abuse. General Aspects. In P. Stocco, J. J. Llopis Llacer, L. DeFazio, A. Clafat & F. Mendes (Eds.), *Women drug abuse in Europe: Gender identity* (pp. 45-51). Venezia: IREFREA.
33. Lutz, M. E. (1991). Sobering decisions: Are there gender differences? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(2), 51-65.
34. Maffli, E., Kuntsche, S., Delgrande Jordan, M., Annaheim, B., & Francis, A. (2004). *Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 2002 - Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: / Office fédéral de la statistique (OFS).
35. Maffli, E., Wacker, H.-R., & Mathey, M.-C. (1995). *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz* (Forschungsbericht 26). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
36. Mauthe, K. (1996). *Zur Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung bei Frauenalkoholismus*. Tübingen: Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften - Eberhard-Karls-Universität.
37. Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus Verlag.
38. Minneker-Hügel, E. (1991). *Bedingungen des Rückfalls bei Rauchern*. Frankfurt a/M: Peter Lang.
39. Mitchell, S. L., & Perkins, K. A. (1998). Interaction of stress, smoking, and dietary restraint in women. *Physiology & Behavior*, 64(1), 103-109.
40. Neumann, W., & Sufke, B. (2004). Den Mann zur Sprache bringen - Psychotherapie mit Männern. *Switchboard*, 164, 8-12.
41. Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2004). *Nombre de patient(e)s en traitement de substitution (méthadone) en 2003*. Dernière visite septembre 2005, en ligne: http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/t_d06.pdf.
42. Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2005). *Réduction des risques. Dernière visite octobre 2005*, en ligne: <http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/00448/index.html?language=fr&dir2=&schriftgrad=>.
43. Osler, M., Prescott, E., Godtfredsen, N., Hein, H. O., & Schnohr, P. (1999). Gender and Determinants of Smoking Cessation: A Longitudinal Study. *Preventive Medicine*, 29(1), 57-62.
44. Piazza, N. J., Vrbka, J. L., & Yeager, R. D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 24(1), 19-28.
45. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

46. Schaaf, S., Grichting, E., & Bolliger, H. (2005). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2004. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Substitutionsbehandlung in stationärer ausstiegsorientierter Suchttherapie (Forschungsbericht Nr. 196)*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
47. Sieber, M. (1998). Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme: Fünf Belege für die Verknüpfung. *Abhängigkeiten*, 4(3), 4-8.
48. Sieber, M., Hasenfratz, U., & Meyer, T. (2002). Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten der Forel Klinik. *Abhängigkeiten*, 2, 60-69.
49. Skutle, A. (1999). Association between gender and marital status and confidence in remaining abstinent among alcohol abusers in treatment. *Addiction*, 94(8), 1219-1225.
50. Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1991, novembre). *Cognitive mediators of natural recoveries from alcohol problems: Implications for treatment*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
51. Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and addictive behaviors* (pp. 198-242). New York: Maxwell Macmillan.
52. Spreyermann, C., & Willen, C. (2003). *Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen. Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Bern: Ambulante Drogenhilfe Zürich.
53. Sterling, R. C., Gotthel, E., Weinstein, S. P., & Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9-month follow-up outcome. *Addiction*, 93(7), 1043-1050.
54. Strauss, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 533-547). Bern: Hans Huber.
55. Travis, C. B. (1988). *Women and health psychology*. Hilldale, NJ: Erlbaum.
56. Treatobacco.net. (2002). *Efficacité des traitements du tabagisme*. Dernière visite août 2005, en ligne: http://www.treatobacco.net/slide_kit/French/Efficacy%20.ppt.
57. Vaillant, G. E. (1983). Natural history of male alcoholism V: Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? *British Journal of Addiction*, 78(3), 317-326.
58. Vogt, I. (1998). Gender and drug treatment systems. In H. Klingemann & G. Hunt (Eds.), *Drug treatment systems in an international perspective* (pp. 281-197). London: Sage Publications.
59. Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern - Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.
60. West, R., McNeill, A., & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax*, 55(12), 987-999.
61. Zernig, G., Saria, A., Kurz, M., & O'Malley, S. (Eds.). (2000). *Handbook of alcoholism (Handbooks in Pharmacology and Toxicology, Vol. 53)*. Boca Raton, FL: CRC Press.
62. Zimmer-Höfler, D., & Dobler-Mikola, A. (1992). Swiss Heroin-Addicted Females. Career and Social Adjustment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(2), 159-170.
63. Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004). *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
64. Zumbunn, A. (2001). Soziale Unterstützung beim selbstorganisierten Ausstieg aus der Drogensucht - Ein Geschlechtervergleich. *Abhängigkeiten*, 2, 31-43.

9. Jeu problématique, dépendance au jeu: un thème nouveau à aborder aussi au masculin

9.1 Jeux de hasard, jeu problématique et dépendance au jeu

Aujourd'hui comme hier, les jeux de hasard restent, pour la plupart de ceux qui s'y adonnent, une manière inoffensive de se divertir, un simple loisir. Seuls quelques joueurs perdent la maîtrise de leur comportement, avec toutes les conséquences individuelles, sociales et financières que cela entraîne ⁽¹⁰⁾. Un jeu de hasard se caractérise par le fait que son résultat est aléatoire et qu'on y joue de l'argent ⁽⁷⁾.

En cas de perte de contrôle, on parle généralement de jeu problématique ou potentiellement pathologique et – dès lors que cette problématique s'est aggravée – de dépendance au jeu ou de jeu pathologique. Ces deux termes désignent donc des degrés d'intensité différents d'un même phénomène ⁽⁷⁾. Aussi le présent rapport utilise-t-il l'expression de "jeu problématique" comme concept générique pour le jeu problématique et/ou pathologique, dans la mesure où une stricte délimitation de ces deux degrés d'intensité est impossible. Par contre, les termes "dépendance au jeu" et "jeu pathologique" ne devraient en principe être utilisés que pour décrire un trouble du comportement diagnostiqué (d'après CIM-10 ou DSM-IV) par un professionnel ⁽⁷⁾.

En même temps que la levée de l'interdiction des maisons de jeu et à la révision de la Loi sur les loteries, la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ) et le Département fédéral de la justice (DFJ) ont commandité une étude globale sur les jeux de hasard et la dépendance au jeu en Suisse au Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS). Le rapport qui en est issu, publié en novembre 2004, donne une vue d'ensemble sur le paysage des jeux de hasard en Suisse, sans toutefois aborder des aspects spécifiques au sexe des joueurs ⁽⁷⁾. Il sert néanmoins de base aux développements ci-dessous.

9.2 Epidémiologie

L'unique étude empirique investiguant, pour l'ensemble de la Suisse, le comportement aux jeux de hasard se base sur des données datant de 1998. Une enquête téléphonique auprès de 2526 personnes a fourni les prévalences suivantes: 97.0% de toutes les personnes résidant en Suisse pouvaient être considérées comme des joueurs occasionnels ou des personnes ne jouant jamais, 2.2% se révélèrent des joueurs problématiques et 0.8% comme de probables joueurs pathologiques. En chiffres absolus, cela représente quelque 33 000 à 78 000 joueurs pathologiques et 145 000 à

230 000 joueurs problématiques ⁽¹³⁾. Une autre étude, consacrée à la prévalence de la dépendance au jeu dans le seul canton du Tessin montra que 0.6% des Tessinoises et des Tessinois ont un comportement problématique face au jeu, et 0.6% sont identifiés comme étant des joueurs dépendants ⁽¹¹⁾.

Selon l'enquête suisse sur la santé 2002, 21.2% des personnes de plus de 18 ans profitent plus ou moins chaque semaine d'une des occasions de jouer que leur offrent les loteries ou les casinos. 0.7% d'entre elles jouent au moins une fois par semaine à des machines à sous, et 0.4% dans un casino ou une maison de jeu. Il va de soi que l'on ne saurait conclure directement à un comportement problématique du fait de jouer régulièrement à un jeu de hasard ⁽⁷⁾.

Depuis 2002, le secrétariat central de "La Main Tendue" (No tél. 143) tient une statistique sur le contenu des appels reçus. Comparé à d'autres problématiques telles que la solitude, le thème du jeu y est plutôt insignifiant. Néanmoins, le nombre d'appels liés au jeu problématique a connu une forte augmentation au cours des deux dernières années. Alors qu'en 2002 seuls 0.07% de tous les appels au 143 étaient liés aux jeux de hasard, ils étaient déjà 1.04 % en 2003 et même 2.00% en 2004 ^(7, 8).

L'interdiction de jeu est l'une des mesures retenue dans la Loi sur les maisons de jeu pour prévenir la dépendance au jeu. Les joueurs qui sont (apparemment) surendettés, qui misent plus que ne le leur permettent leurs ressources financières ou qui perturbent l'exploitation, doivent se voir signifier une interdiction de jeu par les casinos. Les joueurs peuvent cependant aussi demander eux-mêmes une telle exclusion, pour leur propre protection, chose qui arrive relativement souvent. Le nombre des interdictions en vigueur peut servir de point de repère quant à la prévalence de la dépendance au jeu parmi les joueurs de casinos ⁽⁷⁾. D'après la Commission fédérale des maisons de jeux, il y avait 2052 personnes interdites de jeu en Suisse en 2003, alors qu'en 2004 elles étaient au nombre de 3255, dont 81% d'hommes (communication personnelle du 23.06. 2005).

Une forte proportion d'hommes

Les professionnels des centres de consultation spécialisés dans la dépendance au jeu estiment que 1% de la population helvétique est dépendante des jeux de hasard ⁽⁷⁾. Les auteurs de l'étude BASS estiment quant à eux, dans un calcul modélisé basé sur les études précitées, que le nombre des personnes dépendantes au jeu se situe, en Suisse, entre 0.62% et 0.84%, ce qui représente entre 35 500 et 48 000 personnes ⁽⁷⁾.

9.3 Profil sociologique des joueurs problématiques

Parmi les personnes traitées ambulatoirement pour des problèmes de jeu en 2003 et pour lesquelles on dispose de données, 79% étaient de sexe masculin. Les hommes sont donc nettement majoritaires parmi les personnes suivies en consultation. Pour ce qui est des proches suivis en

Une très forte proportion d'hommes en traitement

consultation, les pourcentages sont inverses. En Suisse, seuls 15% des personnes consultant à cause du comportement de joueur de l'un de leurs proches étaient des hommes ⁽⁷⁾.

Par contre, très peu d'hommes sont concernés en qualité de proches

L'âge moyen des personnes suivies en consultation pour des problèmes de jeu était de 40 ans et la plupart d'entre elles célibataires (40%). Avec 24%, la proportion de personnes séparées et divorcées était particulièrement élevée (contre 7% dans l'ensemble de la population). 30% des joueurs consultant n'étaient pas de nationalité suisse, ce qui constitue aussi une prévalence proportionnellement élevée par rapport au pourcentage d'étrangers (18%) que compte l'ensemble de la population. Le pourcentage de foyers avec enfants est légèrement inférieur chez les joueurs problématiques (25%) à celui de l'ensemble de la population (29%). Les personnes suivies ambulatoirement étaient quatre fois plus nombreuses (18%) au chômage que dans l'ensemble de la population et nettement plus souvent au bénéfice de rentes AI (8%). On trouvait également un peu plus de personnes avec un degré de formation élémentaire parmi les joueurs. De même, le revenu moyen par ménage des joueurs et joueuses est plutôt plus faible que celui de l'ensemble de la population ⁽⁷⁾.

La statistique médicale des hôpitaux ⁽¹⁾ fournit un certain nombre d'indications sur le traitement résidentiel et semi-résidentiel des personnes dépendantes du jeu. Pour 2003, cette statistique indique un total de 97 cas de diagnostic "dépendance au jeu" (CIM-10 F 63.0). Dans 23 cas, le "jeu pathologique" constituait le diagnostic principal, et dans 74 cas le diagnostic secondaire. Là aussi, les patients hommes sont surreprésentés, avec plus des deux tiers (71%) de tous les diagnostics principaux et secondaires. Si l'on ne considère que les cas de diagnostic principal, les hommes y dominent encore un peu plus (74%). A noter qu'une année plus tôt (2002), le pourcentage des hommes était encore de 66.7%, que ce soit au titre de diagnostic principal ou secondaire (calculs personnels sur la base de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS, 2005) ⁽¹⁾.

2/3 à 3/4 d'hommes

Comme dans d'autres dépendances, la répartition des joueurs problématiques selon leur sexe est inégale. Sans surprise, toutes les études révèlent un nombre nettement plus élevé de joueurs problématiques hommes que femmes. On suppose cependant que ces pourcentages se sont rapprochés au cours des 30 dernières années. Une enquête au sein de la population nord-américaine a ainsi montré qu'en 1975 le pourcentage d'hommes jouant aux jeux de hasard était de 13% plus élevé que celui des femmes. En 2002, une enquête similaire ne donna plus qu'une différence de 4% ⁽¹⁹⁾.

9.4 Différences spécifiques au sexe chez les joueurs problématiques

9.4.1 Initiation au jeu et évolution du problème

Toneatto et al. ⁽¹⁷⁾ ont établi, dans une étude portant sur 260 joueurs et joueuses, que les hommes commencent plus tôt que les femmes à jouer et

sont également plus jeunes au moment de développer leurs premiers problèmes à cause des jeux de hasard. Les joueurs hommes interrogés dans cette étude indiquèrent avoir commencé à jouer au milieu de l'adolescence et développé des problèmes entre 26 et 29 ans, alors que les joueuses dirent avoir commencé à jouer un peu après 20 ans et n'avoir souffert de problèmes dus au jeu qu'au milieu de la trentaine. D'autres auteurs estiment aussi que les hommes commencent plus tôt que les femmes à jouer aux jeux de hasard. Par contre, l'intervalle entre l'initiation au jeu et la prise de conscience de problèmes dus au jeu serait plus long chez les hommes que chez les femmes ^(4, 6, 16). En Suisse, il ressort du rapport BASS ⁽⁷⁾ – mais pas de manière différenciée selon le sexe – que près d'un tiers des personnes suivies (ambulatoirement) pour des problèmes de jeu ont été en contact avant l'âge de 18 ans avec les jeux de hasard. En moyenne, un premier contact a eu lieu avant 25 ans, trois quarts de tous les joueurs ayant commencé à jouer à 30 ans ou avant. L'intervalle entre l'apparition de problèmes dus au jeu et le début d'un suivi thérapeutique s'élève en moyenne, selon ce même rapport, à 6.4 ans, la plus grande proportion (32%) consultant après deux à trois ans de jeu problématique ⁽⁷⁾. Une experte en jeu pathologique interrogée par Künzi et al. ⁽⁷⁾ estime l'âge moyen des hommes traités dans son institution à 35 ans, et celui des femmes à 45 ans.

Les hommes commencent plus tôt à jouer que les femmes...

...mais prennent conscience moins vite qu'elles d'un problème

Les hommes dépendants du jeu semblent également se distinguer des femmes en ce qui concerne leurs motifs de suivre une thérapie. Les femmes mentionnent beaucoup plus souvent que les hommes des raisons sociales – comme la peur de ne pas être à la hauteur en tant que mère ou que compagne – comme motif d'entreprendre une thérapie ⁽¹⁴⁾.

9.4.2 Préférences en matière de jeux

Un aspect important à ne pas négliger lors de l'analyse des différences entre sexes est celui des jeux à l'origine de problèmes. La question est donc d'une part d'identifier quels jeux comportent le plus grand "potentiel de dépendance" et, d'autre part, de savoir si hommes et femmes se sentent attirés par les mêmes jeux. Selon l'enquête effectuée par Künzi et al. ⁽⁷⁾ auprès de services spécialisés suisses, les machines à sous (bandits-manchots, pokers automatiques etc.) sont les principaux jeux à l'origine de problèmes, 81% de tous les joueurs ayant cité les machines à sous comme le jeu à cause duquel ils se faisaient traiter. Avec 23%, les tables de jeu (roulette, black Jack, etc.) et casinos sont aussi pour une bonne part responsables de la dépendance au jeu. Si les loteries et autres paris (loterie à numéros, loteries électroniques, paris sportifs etc.) sont décrits par 19% des patients comme source de problèmes, 13% mentionnent d'autres jeux (p.ex. parties privées de cartes avec mises d'argent ou jeux de hasard sur Internet). Les lieux préférés des joueurs sont pour 59% d'entre eux les casinos, pour 51% les cafés-restaurants et pour 28% les salons de jeux. Internet, en tant que lieu où se joue de manière problématique de l'argent, ne paraît pas (encore) être d'une grande importance, n'étant cité que par 2% des patients comme lieu préféré où jouer (plusieurs lieux pouvaient être simultanément mentionnés).

Les machines à sous en tête des jeux problématiques...

D'après Künzi et al. ⁽⁷⁾ les hommes étaient relativement peu nombreux (10%) par rapport aux femmes (35%) à indiquer les loteries et autres paris comme jeux leur causant des problèmes. Il faut toutefois relever que les échantillons utilisés dans cette étude étaient relativement restreints, en particulier celui des femmes (N=46). Les hommes présentent également des pourcentages plus faibles concernant les loteries électroniques, décrites comme source de problèmes par un dixième des hommes contre un bon quart des femmes. Chez les hommes, ce sont les machines à sous qui sont le plus souvent tenues pour cause des problèmes (85%), alors que seuls 62% des femmes les décrivent comme jeux à problèmes. Quant au nombre de jeux de hasard à l'origine de problèmes, aucune différence spécifique au sexe ne ressort de l'étude BASS.

...chez les hommes

Chamberlain ⁽²⁾ répartit les personnes s'adonnant aux jeux de hasard en différents groupes. L'auteure distingue ce qu'elle nomme *Action Gamblers* et *Escape Gamblers*. Les premiers recherchent en premier lieu l'aventure, l'excitation et le risque et sont majoritairement des hommes. Ils sont persuadés que jouer nécessite certaines aptitudes susceptibles d'être acquises. Les *Escape Gamblers* par contre recherchent avant tout détente, anonymat et transe dans les jeux de hasard. Les *Escape Gamblers* tentent donc d'échapper à la réalité par le biais du jeu. D'après Chamberlain, le nombre de femmes et de personnes jeunes appartenant à ce groupe est proportionnellement élevé. Cet avis est également partagé par d'autres auteurs, selon lesquels les joueuses pathologiques seraient nombreuses à admettre jouer pour échapper au stress, à des situations insatisfaisantes ou à la dépression alors que les hommes jouent fréquemment sans être influencés par leur état émotionnel. Les jeux de hasard sont donc pour les femmes – plus que pour les hommes – un moyen de fuir des problèmes écrasants, des difficultés relationnelles, la solitude ou l'ennui. Les préférences en matière de jeux s'en ressentent également: bien que le type de jeu joué dépende aussi de l'offre, les femmes semblent préférer les jeux non stratégiques - tels que machines à sous, jeux de cartes et bingo – qui permettent plutôt d'échapper ("escape") au quotidien et développent leur assuétude sur fond de ces problèmes. Les hommes, par contre, favorisent généralement les jeux stratégiques – tels les paris sportifs ou le black jack – axés sur l'action ^(4, 14). Les hommes semblent tout particulièrement s'impliquer dans les paris sportifs ⁽²⁰⁾. La thèse selon laquelle la préférence pour tel ou tel jeu est spécifique au sexe est du reste confirmée par Meyer et Bachmann ⁽¹⁰⁾ qui affirment que, dans les casinos allemands proposant roulette etc., la proportion d'hommes est plus élevée (4:1) que dans les salles de machines à sous où les hommes ne représentent qu'environ la moitié de la clientèle. Rönnerberg ⁽¹⁵⁾ émet l'hypothèse que l'accessibilité plus grande des machines à sous – dans de petites salles de jeux attenantes à des restaurants – ainsi que l'apparition de jeux de hasard destinés à de nouveaux groupes cibles pourraient entraîner une diffusion plus marquée des jeux de hasard chez les femmes (et les personnes âgées).

*Les hommes cherchent l'aventure,
le risque et le frisson dans le jeu...*

...avec la maîtrise...

...et sans émotion!

*Les hommes: stratégie, action,
une fois encore maîtrise!*

Toneatto et al. ⁽¹⁷⁾ ont établi, dans leur étude canadienne, que les hommes jouaient plus intensément que les femmes dans les situations impliquant

d'avoir confiance en ses propres capacités. Ces mêmes auteurs arrivèrent à la conclusion que les joueuses à problème attendaient plus de divertissement (fun) ainsi que plus d'effets positifs en général du jeu que les joueurs problématiques hommes, alors que les joueurs non problématiques des deux sexes ne se distinguent pas quant à leurs attentes en termes d'effets positif et d'amusement. De même, les hommes sont plus enclins que les femmes à croire que certaines stratégies de jeu peuvent accroître les chances de gain.

Croire en ses capacités à influencer le jeu = caractéristique masculine

La thèse largement soutenue qui veut que les femmes seraient plus fréquemment des Escape Gamblers que les hommes est pourtant contredite par une étude récemment publiée ⁽¹⁸⁾. Selon cette étude, si les hommes jouent certes plus que les femmes pour l'excitation et le risque, ainsi que pour s'attirer respect et se sentir intelligents, les jeux de hasard serviraient tout autant aux deux sexes à fuir le quotidien.

Mais pas d'évidence claire!

9.4.3 Comorbidité

Souvent aussi, les personnes dépendantes du jeu souffrent simultanément de dépendances à des substances ou d'autres affections psychiques. D'après la Statistique médicale des hôpitaux pour les années 1998 à 2001, seuls 37% des cas ayant pour diagnostic principal "jeu pathologique" (N=72) ne présentent aucun diagnostic secondaire. Par contre, le diagnostic secondaire de "troubles mentaux et du comportement dus à l'alcool" se retrouve dans 15% des cas, et ceux d'"affections dépressives récidivantes" et de "troubles spécifiques de la personnalité" dans 10% des cas chacun ⁽⁷⁾. Comparativement, dans une étude canadienne, 13% des hommes et 9% des femmes faisaient état de problèmes d'alcool au moment de débiter leur traitement ⁽¹⁷⁾. Une étude espagnole consacrée aux jeux de hasard conclut que les joueurs pathologiques hommes présentaient souvent aussi des troubles dus à l'alcool alors que les joueuses présentaient plutôt d'autres troubles psychiques (comorbid mood disorder) (6). Cette présence relativement fréquente de troubles psychiques pourrait expliquer les taux en partie plus élevés de tentatives de suicide chez les joueuses pathologiques ⁽⁵⁾. Il ressort aussi de données sur des personnes traitées en Allemagne que les joueurs pathologiques hommes ont moins tendance que les joueuses pathologiques à commettre des suicides, 24% des joueurs pathologiques hommes ayant fait au moins une tentative de suicide, contre 45% des joueuses pathologiques ⁽³⁾. Toneatto et al. ⁽¹⁷⁾ ne purent quant à eux établir, dans leur étude canadienne, aucune différence liée au sexe en ce qui concerne le traitement de troubles mentaux chez des joueurs asymptomatiques, problématiques ou pathologiques.

De nouvelles études sont nécessaires pour approfondir les connaissances selon les genres

9.4.4 Prévalence des sexes dans le traitement

Selon l'enquête effectuée par Künzi et al. ⁽⁷⁾ auprès des institutions ambulatoires de consultation et de traitement, le pourcentage de personnes ayant consulté en 2003 ces institutions pour cause de problèmes dus au jeu s'élevait à 1.61%. Ce pourcentage n'a cessé de croître légèrement depuis 1998 où il était de 0.41%. Malheureusement, cette enquête ne fournit aucune donnée relative au sexe des patients. Chez les personnes dépendantes du jeu traitées résidentiellement, le pourcentage d'hommes

se monte, comme déjà indiqué, à quelque 70%.

9.5 Traitement: offres thérapeutiques et concepts en Suisse

Chez la plupart des personnes concernées, la dépendance au jeu suit un cours à peu près similaire depuis son apparition jusqu'à sa "guérison", en passant par son traitement. D'après Meyer et Bachmann ⁽¹⁰⁾, une "carrière de joueur" se divise habituellement en trois phases typiques:

- stade positif du début (phase des gains)
- stade critique de l'accoutumance (phase des pertes)
- stade de la dépendance (phase du désespoir).

Künzi et al. ⁽⁷⁾ ont développé, sur la base d'une étude de Nett et al. ⁽¹²⁾, un modèle du déroulement typique - tant chez les hommes que chez les femmes - de la dépendance aux jeux de hasard. Selon ce modèle, l'initiation au jeu intervient en moyenne à 22.2 ans, les premiers problèmes apparaissent à 30.5 ans et les joueurs se trouvent dans la phase la plus active vers 34.8 ans. C'est en moyenne à 37.6 ans qu'ils entreprennent un traitement. La fin de la dépendance au jeu intervient généralement - que ce soit au terme d'un traitement couronné de succès ou par "leurs propres moyens" - vers 39.1 ans ⁽¹²⁾.

En Suisse, diverses institutions proposent des thérapies aux joueurs et joueuses dépendant-e-s. Il ne s'agit pas toujours de services spécialisés comme le "Centre du jeu excessif" de Lausanne, mais aussi de consultations pour toxicomanes ou pour personnes endettées, de groupes d'entraide ainsi que d'institutions psychiatriques ambulatoires ou résidentielles. Les auteurs du rapport BASS ont trouvé 99 offres thérapeutiques pour personnes ayant des problèmes de dépendance au jeu en Suisse allemande, 24 en Romandie et 7 au Tessin. Ils sont d'avis, concernant le domaine des services spécialisés dans le traitement de la dépendance au jeu, que l'offre thérapeutique décentralisée est insuffisante. Les consultations dévolues au jeu constituent logiquement 100% de toutes celles données par les services spécialisés dans la dépendance au jeu et par les groupes d'entraide ad hoc; dans les autres institutions offrant aussi ce type de consultations, elles représentent moins de 5% de l'ensemble des prestations fournies. Se fondant sur diverses sources, l'étude BASS estime entre 1000 et 1500 le nombre de consultations sur le jeu données en 2003 en Suisse. Divers indicateurs (offre accrue de jeux de hasard, plus d'interdictions de jeu, etc.) laissent présager une augmentation de la demande de consultations ou de traitements spécialisés ⁽⁷⁾.

La phase d'abstinence est en général plus rapidement atteinte dans le traitement de personnes dépendantes du jeu que dans celui des dépendances à des substances, alors que la durée de suivi ou de traitement est à peu près identique. Dans la plupart des cas, on obtient une amélioration de la situation. Le taux de rechute est comparable à celui d'autres dépendances, voire un peu plus élevé ⁽⁷⁾. En Allemagne aussi, le taux d'interruption du traite-

ment est relativement élevé parmi les personnes suivies ambulatoirement pour une dépendance au jeu. A cet égard, les hommes ne semblent guère se distinguer (49.0%) des femmes (47.7%) quant à la fréquence d'interruption du traitement ⁽⁹⁾.

Nous sommes au commencement de l'implantation à large échelle du jeu en Suisse; c'est pourquoi les milieux de la recherche scientifique doivent sans tarder développer leurs études dans une perspective des genres, afin que nous ayons les connaissances indispensables sur les différences entre joueurs et joueuses pathologiques nous permettant de développer des approches sexospécifiques préventives et thérapeutiques.

Au niveau des approches préventives, des messages à l'attention des hommes doivent être développés; ils prendront en compte les principales caractéristiques masculines:

- début précoce → développer une prévention primaire visant les adolescents et peut-être même les enfants;
- impression de maîtrise, de toute-puissance → travailler sur la pensée magique, sur l'irrationnel;
- attrait des machines à sous → développer des messages de prévention à afficher près de ces machines;
- stress de l'argent → plafonner les gains maximums.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bundesamt für Statistik (BFS) / Office fédéral de la statistique (OFS). (2005). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Neuchâtel: BFS [CD-Rom].
2. Chamberlain, L. (2004). Understanding and Diagnosing Compulsive Gambling. In R. H. Coombs (éd.), *Handbook of Addictive Disorders. A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 129-160). Hoboken: John Wiley & Sons.
3. Denzer, P., Petry, J., Baulig, T., & Volker, U. (1995). *Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot. Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht*. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (éd.), *Jahrbuch Sucht* 96. Geesthacht: Neuland.
4. Grant, J. E., & Kim, W. S. (2002). Gender Differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 56-62.
5. Grant, J. E., & Kim, W. S. (2004). Gender Differences. In J. E. Grant & M. N. Potenza (éd.), *Pathological Gambling. A Clinical Guide to Treatment*. (pp. 97-109). Washington, London: American Psychiatric Publishing Inc.
6. Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Saiz Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295-301.
7. Künzi, K., Fritschi, T., & Egger, T. (2004). *Glücksspiel und Glücksspielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen*. Bern: BASS.
8. La Main Tendue. (2005). *Service téléphonique 2004*. Dernière visite septembre 2005, en ligne: https://www.143.ch/data_access/143/downloads/statistiken/statistiken%202004/2004_%20Inhalte_Telefon_f.pdf.
9. Meyer, G. (2005). Glücksspiel Zahlen und Fakten. In *Jahrbuch Sucht 2005*. DHS (pp. 83-98). Buchholz / Hamburg: Neuland.
10. Meyer, G., & Bachmann, M. (2000). *Spielsucht. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.

11. Molo Bettelini, C., Alipp, M., & Wernli, B. (2000). *Il gioco patologico in Ticino*. Medrisio: Centro di Documentazione e di Ricerca OSC.
12. Nett, J. C., Schatzmann, S., Gerber, M., & Klingemann, H. (2003). *Spielbankengesetzgebung und "Selbstheilung" von der Spielsucht*. Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
13. Osiek, C., Bondolfi, G., & Ferrero, F. (1999). *Etude de prévalence du jeu pathologique en Suisse*. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève.
14. Quantschnig, B., & Scholz, H. (2005). Geschlechtsspezifische Aspekte der Spielsucht. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (éd.), *Männer, Frauen, Sucht* (pp. 218-236). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
15. Rönneberg, S. (2001). Die schwedische Prävalenzstudie zum Pathologischen Glücksspiel. In I. Füchtenschneider & K. Hurrelmann (éd.), *Glücksspiel in Europa. Vom Nutzen und Schaden des Glücksspiels im europäischen Vergleich* (pp. 109-117). Geesthacht: Neuland,.
16. Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J., & Gentil, V. (2001). Gender Differences in Gambling Progression. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 151-159.
17. Toneatto, T., Boughton, R., & Borsoi, D. (2002). *A Comparison of Male and Female Pathological Gamblers*. Guelph, Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre. Disponible sous <http://www.gamblingresearch.org/download.sz/malefemale%20Toneatto.pdf?docid=1517>.
18. Walker, J. W., Hinch, T. D., & Weighill, A. (2005). Inter- and Intra-Gender Similarities and Differences in Motivations for Casino Gambling. *Leisure Sciences*, 27, 111-130.
19. Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., & Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S. - Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18, 313-337.
20. Wiebe, J., Single, E., & Falkowski-Ham, A. (2001). *Measuring gambling and problem gambling in Ontario*. Toronto, Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse / Responsible Gambling Council. Disponible sous http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGI_report-Dec4.pdf.

10. Les recommandations finales

10.1 Introduction

On l'a vu tout au long du présent rapport, la mise en perspective des spécificités masculines n'est de loin pas systématique dans les études scientifiques. On trouve en effet de nombreuses études sur le genre féminin, alors que celles sur le genre masculin sont rares. Dès lors, la tendance à ne mettre en évidence que les spécificités féminines donne de manière trop simplificatrice l'impression que les comportements masculins correspondent à l'ensemble des comportements décrits, alors qu'ils sont en réalité noyés dans une sorte de globalité. Celle-ci ne reflète finalement qu'une "moyenne" des comportements des hommes et des femmes, une sorte de neutralité. On retrouve ce biais de présentation dans de nombreux outils de communication, lesquels donnent généralement une place de choix aux données et approches globales, en mettant un accent ça et là sur les spécificités féminines. Les messages sont-ils alors bien ciblés pour les hommes?

Il n'est donc pas aisé de tirer des conclusions et des recommandations novatrices dans l'état actuel des choses. Beaucoup de recommandations faites dans ce rapport, tout au long des chapitres précédents, sont déjà mises en œuvre de manière non spécifique au genre et pourront ainsi paraître peu novatrices. Il faut cependant les envisager sous l'angle masculin, et se demander si ce qui a été fait jusqu'à maintenant a pris en considération l'ensemble des déterminants de la santé qui concernent spécifiquement les hommes.

On trouvera dans cette synthèse les principaux objectifs prioritaires spécifiques au genre masculin à mettre en œuvre, à poursuivre ou à renforcer, regroupés selon les axes de prévention, de prise en charge, de santé publique et de recherche scientifique. Ces objectifs, bien que spécifiques aux hommes, n'excluent pas d'être aussi applicables – selon les cas – au genre féminin.

A cet égard, une série de recommandations de base méritent d'être faites d'emblée ici:

L'approche selon les genres doit, dans le futur, se développer en synergie entre les genres, c'est-à-dire que les recherches scientifiques, les projets de prévention, de communication grand public et de prise en charge devraient aborder systématiquement les deux genres, sans se focaliser expressément sur l'un au détriment de l'autre, au sens d'une approche intégrée (gender mainstream). Ce n'est que de cette manière que pourra s'implanter progressivement une réelle égalité des chances, une véritable intégration de la diversité des individus et de la différence des genres dans notre société.

De fait, l'approche de la santé par les genres doit nous inciter à analyser les consommations de substances psychoactives des différentes classes sociales et éducationnelles sous un autre jour, celui de la construction sociale du genre, laquelle nous indique des pistes pour modifier les attitudes et les comportements des hommes en amont (prévention primaire) et dans tous les domaines de l'aide aux personnes concernées par les problèmes de dépendance.

Dès lors, travailler sur l'identité masculine et ses implications dans les attitudes quotidiennes, sur les représentations de la santé, sur les attentes sociales des autres et de soi-même constitue une approche prometteuse pour modifier petit à petit l'image de l'hégémonie masculine et ses conséquences négatives sur les comportements de santé.

10.2 Recommandations en matière de prévention primaire et secondaire

Travailler avec les adolescents et les hommes adultes sur les représentations de la masculinité, afin de permettre une évolution de leur image, souvent trop stéréotypée et donc contraignante en matière de santé: plus la notion de masculinité est ancrée dans une image traditionnelle, plus il est difficile de reconnaître ses souffrances, ses peurs, ses émotions, plus la prise de risque est grande, constituant un facteur aggravant pour la consommation de substances psychoactives précoce et problématique. La recherche de sensations, d'ivresses a un lien avec l'image virile de l'homme, son besoin de se dépasser, de se montrer fort, de maîtriser.

Travailler sur la manière de vivre sa masculinité

Il faut veiller toutefois à ne pas imposer une nouvelle norme aux adolescents et adultes, de leur laisser le choix et le droit de se déterminer; il s'agit donc d'offrir à chacune et chacun d'autres perspectives, d'autres horizons.

Le lien démontré entre recherche de sensations et consommation de substances psychoactives doit nous inciter à développer des approches préventives précoces spécifiques pour ce type de population, essentiellement masculine, à la fois envers le comportement à risque lui-même, mais aussi à l'égard des consommations de substances qui y sont associées. La notion de gestion et de perception des risques est à inclure dans ces approches. Dès lors, canaliser l'envie de sensations, offrir des possibilités de frissonner à risque contrôlé est aussi une alternative à laquelle réfléchir, selon les publics auxquels on s'adresse.

Gestion des risques et recherche de sensations: un thème à aborder

L'importance du groupe de pairs dans la construction de l'identité masculine et dans l'initiation et l'ancrage des comportements de consommation de substances psychoactives doit nous inciter à travailler les activités de prévention primaire et secondaire aussi en groupes de même sexe.

Aborder ces questions en groupes de même sexe

Briser les perceptions normatives, parler du rôle du groupe dans les choix personnels, de la place de chacun dans le groupe sont autant d'activités préventives à développer aussi bien en groupe non mixtes que mixtes. Le thème des relations garçons – filles et des enjeux sous-jacents d'image personnelle, de rivalités, de séduction est à inclure dans ces approches.

Traiter du thème de la pression du groupe

Les approches de prévention des abus sexuels sont à encourager, tout comme celles incitant les enfants à briser la loi du silence et à oser parler des sévices vécus. Une sensibilisation des professionnel-le-s à la question des abus sexuels sur les garçons est à entreprendre, afin de faciliter un repérage précoce de ces situations.

Briser également le silence des abus sexuels perpétrés sur les garçons

En matière de prévention primaire et secondaire spécifique aux substances psychoactives, les éléments suivants sont à prendre en considération

Alcool

On abordera de manière privilégiée avec les garçons la thématique de l'image virile de l'alcool, de son statut de produit "cool", de la recherche d'ivresse et de son sens, entre autres. La consommation hebdomadaire des 15-16 ans doit inciter à mettre en place ces mesures le plus précocement possible.

Travailler sur l'image de l'alcool

Les actions de prévention intégrées dans les contextes de consommation à risque, comme les sorties de fin de semaine, sont à encourager. Les approches devraient essentiellement se centrer sur la réduction des risques et dommages liés à l'abus ponctuel d'alcool, comme la violence, les rapports sexuels non protégés, la conduite d'un véhicule en état d'ivresse. Des approches comme celles du conducteur désigné, ainsi que les bus nocturnes sont à privilégier.

Prévenir les risques et dommages

La dépendance à l'alcool doit faire l'objet de campagnes de sensibilisation dans le grand public, avec un accent particulier auprès des hommes; la banalisation de la consommation d'alcool – celle des hommes en particulier – et son image encore fortement masculine est ici en cause. En thématisant en parallèle les risques typiquement masculins et ceux plutôt féminins, on devrait arriver à concerner les deux publics cible des hommes et des femmes.

Thématiser la dépendance et éviter la banalisation de la consommation d'alcool

Ainsi, une attention particulière doit être portée aux comportements de consommation à risque des hommes adultes, spécialement dans la circulation routière. Là encore, les campagnes de prévention devraient tenir compte des différences de comportement des hommes et des femmes. Les messages privilégieront la non consommation d'alcool avant de prendre un véhicule.

Aborder les comportements à risque, en particulier sur la route

Tabac

Les approches préventives du tabagisme devraient prendre en considération les motifs différents qui incitent les garçons et les filles à commencer à fumer. L'importance de l'effet du groupe chez les garçons est un élément à thématiser avec eux. Il faut intensifier les offres précoces de désaccoutumance au tabac.

Développer des approches sexospécifiques

Pour les adultes aussi, il est nécessaire d'intensifier les offres de désaccoutumance au tabac, en visant de manière spécifique la cible masculine, afin de réduire le nombre de fumeurs.

Désaccoutumance

Cannabis

Les garçons sont beaucoup plus concernés par le cannabis que les filles: ils sont plus nombreux à en consommer, consomment plus fréquemment et une forte proportion d'entre eux fument quotidiennement. Des approches spécifiques sont à développer, que ce soit en prévention primaire ou en prévention secondaire.

Parler "cannabis" aux garçons

Il faut mettre prioritairement l'accent sur des offres thérapeutiques visant dans l'idéal à l'arrêt de la consommation de cannabis, pour les jeunes adultes, les hommes en particulier, afin d'éviter un ancrage futur de ce comportement. De manière pragmatique et réaliste, des approches de réduction de la consommation – consommation à faible risque – sont aussi à développer.

Motiver au plus vite à l'arrêt ou à la réduction de consommation

Il est nécessaire de sensibiliser les consommateurs de cannabis pour prévenir les risques futurs, surtout chez les jeunes hommes. Des messages sur les risques de la consommation chronique à long terme doivent être développés et diffusés.

Héroïne et cocaïne

Bien que ne concernant qu'un très faible pourcentage des jeunes, la consommation d'héroïne, stable depuis 1994, mais surtout celle de cocaïne, en nette progression chez les garçons et trois fois plus élevée que chez les filles, doivent être prises au sérieux; des démarches de prévention ciblées sur la consommation de cocaïne, en particulier des garçons, doivent se développer.

La cocaïne: un thème actuel

Il est nécessaire de thématiser cette consommation de cocaïne aussi chez les adultes, en distinguant les approches selon les publics cible: les consommateurs mixtes d'héroïne et de cocaïne, souvent dépendants et désinsérés socialement et les consommateurs socialement bien intégrés.

Deux types d'approches pour deux publics cible

Médicaments

La faible prévalence de consommation de médicaments chez les adolescents met toutefois en évidence un comportement à haut risque de dépendance future, corroboré par les données chez les 16-20 ans. Même si ce comportement est plus marqué chez les filles, il est indispensable de développer des approches préventives qui incluent cette préoccupation, aussi bien pour les filles que pour les garçons.

Ne pas oublier la question des médicaments

Chez les adultes, le double risque de stigmatiser le comportement des femmes en matière de consommation de médicaments et de négliger l'existence d'un problème chez certains hommes et d'ainsi renforcer le tabou de la consommation de médicaments chez les hommes est grand. La prise de conscience par le corps médical d'un possible abus de médicaments chez les hommes devrait amener à thématiser cette question lors de consultations de routine.

Substances psychoactives en général

Les conduites sociales problématiques associées à la consommation de substances psychoactives sont autant de révélateurs du mal-être des adolescents, en particulier des garçons. Une prévention précoce, qui prend en considération ces actes de délinquance comme des signaux d'un malaise et d'une éventuelle consommation associée doit être intensifiée. L'école et le lieu d'apprentissage sont des contextes privilégiés pour repérer ces situations et les aborder.

Le mal-être est un signal à aborder

Les approches de prévention secondaire sont elles aussi indispensables et doivent être intensifiées pour le groupe cible des jeunes en situation de risque. Elles prennent en considération de manière globale l'individu et ses problèmes et l'aident à les résoudre. Les jeunes garçons en rupture sociale et scolaire doivent pouvoir bénéficier de structures adéquates à bas seuil. Le projet *supra-f*, mené sous l'égide de l'OFSP est un modèle à développer.

Prévenir la rupture sociale et scolaire

En matière de contexte d'intervention, la prévention primaire et secondaire devra s'implanter prioritairement dans les lieux suivants

Ecole

Il est nécessaire de développer dès le plus jeune âge des activités de prévention globale, favorisant le développement de l'individu, de ses compétences sociales, relationnelles et cognitives, en intégrant des approches spécifiques aux genres dans les animations.

Une prévention la plus précoce possible

Travailler sur le climat scolaire en prenant en compte les différences entre les genres est une priorité de prévention qui aura un impact sur la consommation de substances psychoactives. Cette approche doit se faire en concertation avec les jeunes eux-mêmes, dans un esprit d'empowerment. Ce sera l'occasion de thématiser les questions relatives au sens de l'école, à sa finalité, son rôle, pour mieux en faire comprendre les enjeux, et viser ainsi à motiver les garçons à s'investir dans les activités scolaires. Prévenir les échecs scolaires et les ruptures d'apprentissage va aussi dans ce sens.

Le climat: un enjeu de prévention

L'empowerment: une approche fructueuse

L'école est le lieu privilégié de repérage précoce des adolescent-e-s en situation de risque: la baisse de motivation, les mauvais résultats scolaires, l'indiscipline sont autant de signes à prendre au sérieux et précocement, et ce aussi dans une perspective de prévention de la consommation de substances psychoactives.

Repérer les situations de risque

L'école est aussi le contexte légitime pour implanter des activités de prévention spécifiques aux problèmes de consommation de substances psychoactives. Ces actions ont un impact positif, pour autant qu'elles soient faites en concertation avec les enseignants et les parents. Il est essentiel aussi de réfléchir aux aspects spécifiques aux genres pour l'animation de ces activités. Des approches sexospécifiques sont à favoriser. Les groupes de garçons devraient être animés par des hommes, ceux de filles par des femmes, afin de permettre aux deux groupes de s'exprimer plus librement, sans rivalité, sans frime, sans crainte du ridicule, aussi. Pour les garçons, c'est une occasion de plus d'expérimenter la relation à un autre homme, une autre image du père et de l'autorité.

Des intervenants hommes pour les garçons

Entreprises

L'importance de l'activité professionnelle pour les hommes doit inciter les milieux de la prévention et de la promotion de la santé à investir le monde du travail pour y développer ses messages et actions. Il s'agit non seulement de proposer des campagnes de sensibilisation, mais aussi et surtout de réfléchir à la place de l'employé dans les choix organisationnels de son entreprise, dans l'aménagement horaire, dans la prise de responsabilités, dans la participation sociale de la vie quotidienne.

Campagnes de sensibilisation

Agir sur le climat de travail

En effet, le milieu professionnel peut représenter un facteur de risque de consommation lorsqu'il est perçu comme une pression liée à la réussite professionnelle et quand il est vécu comme une responsabilité très exigeante et générant des sentiments d'impuissance. Le lien entre stress, surcharge professionnelle et activités familiales doit inciter les employeurs à implanter des actions qui permettent aux employés de mieux composer entre leur vie familiale et leur emploi.

Agir sur l'image du travail

Donner une place à la famille

Des expériences positives se sont développées en Suisse sur ce sujet; elles intègrent aussi la notion de rôle parental et de la sphère familiale dans les réflexions. La plate-forme UND (voir le site Internet www.und-online.ch en allemand seulement) propose des pistes d'actions. Une manière de faire évoluer l'image traditionnelle de la masculinité, tout en apportant un soutien réel aux problèmes de santé.

Les employeurs ont un rôle important à jouer dans le repérage précoce des situations à risque et dans la motivation des hommes à entreprendre un traitement: les programmes de gestion des problèmes liés à l'alcool et aux drogues en milieu professionnel sont à promouvoir et à diffuser plus largement. La question de leur financement doit être clarifiée, les employeurs n'étant pas toujours prêts à investir dans une action qui a aussi des aspects de santé publique.

Repérage précoce et motivation au traitement

Préparer les hommes à la retraite est une démarche hautement utile en termes de prévention de la consommation problématique de substances psychoactives chez les personnes âgées. Par exemple, Pro Senectute propose des ateliers de préparation à la retraite, animés dans les entreprises. Ces formations de 3 jours en général incluent aujourd'hui des thèmes relatifs à la définition de nouvelles activités, aux hobbies et autres occupations, à la création d'un nouveau réseau social, au réapprentissage d'un autre rythme de vie, à la gestion d'un budget plus serré ainsi qu'à la vie à deux, en face à face. Ces ateliers doivent être promus intensivement au sein des entreprises.

Préparer la retraite

10.3 Recommandations en matière de prise en charge

Il est nécessaire de développer des stratégies pour motiver le plus précocement possible les hommes dépendants de substances psychoactives à entreprendre un traitement. Le médecin de premier recours est un acteur important de ce processus; les approches motivationnelles et l'intervention brève sont des outils efficaces, qui évitent de braquer l'homme concerné en lui donnant des pistes de réflexion et d'action. Les travailleurs sociaux sont aussi des partenaires à impliquer.

Le médecin de premier recours: un acteur important

Un renforcement des approches à bas seuil, lesquelles complètent le dispositif d'aide existant, est à promouvoir. Ces lieux devraient développer des offres sexospécifiques, aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Des brochures d'informations sexospécifiques sont à développer et à diffuser dans ces lieux.

Réduire les risques

Les offres de lieux d'inhalation, très utilisées par les hommes, devraient se développer, afin de mieux correspondre aux modes de consommation actuels.

Faire appel au réseau social est une composante importante pour le rétablissement des hommes. Les liens familiaux sont particulièrement importants et positifs pour eux, tout comme leur statut professionnel. Les approches thérapeutiques orientées vers les hommes devraient donc intégrer ces composantes et favoriser le maintien du réseau familial et professionnel durant la phase de traitement.

Renforcer le réseau social et familial

Pour aider les hommes à (re)construire un réseau social, il est important de travailler avec eux sur leurs déficits relationnels par le biais de techniques de développement personnel, les amenant à promouvoir le développement de compétences sociales telles que capacité à l'empathie, participation, coopération et communication respectueuse d'autrui.

Travailler sur le développement personnel

La prévention des rechutes est une approche à intensifier, en particulier pour les hommes, plus difficiles à motiver à la reprise d'un traitement après une rechute que les femmes.

Prévenir la rechute

Il serait utile de tenir compte, dans les traitements, des comorbidités spécifiques au genre masculin; toutefois, les évidences en matière de comorbidités typiquement masculines manquent pour développer des modèles thérapeutiques.

Traiter les comorbidités

Même en l'absence de causalité claire, l'existence de liens entre la consommation de substances psychoactives des hommes et la violence conjugale physique ou psychologique doit inciter les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la résolution de conflits conjugaux à aborder systématiquement la question de la violence en lien avec la consommation de produits, en particulier s'ils sont en présence de symptômes, même très légers, de violences physiques avérées.

Aborder la violence

Parallèlement, les intervenant-e-s dans le domaine des dépendances doivent être attentifs aux signes précurseurs de la violence dans les couples, afin de les aborder et de les prévenir. Il serait judicieux de thématiser de manière plus systématique avec les hommes la question de leur propre violence.

Les prises en charge doivent donc être globales, car ces problèmes ont entre eux des interactions très complexes.

Les doubles diagnostics de consommation problématique et de dépendance associés à des comorbidités de type PTSD et leurs liens avec les actes violents doivent inciter les professionnel-le-s à identifier les histoires traumatisantes dans le passé des individus entrant en traitement.

Il est essentiel de donner une place prépondérante à la réflexion sur l'intégration de l'égalité des genres dans le concept thérapeutique des institutions de tout type (gender mainstream). Les activités proposées aux client-e-s, la mixité ou non dans la clientèle ou/et dans l'équipe thérapeutique, voire dans le comité ou le conseil de direction, entre autres, devraient être basés sur une conception égalitaire de l'homme et de la femme, qui prenne en compte leurs besoins et différences. Les critères et lignes directrices du site www.drugsand-gender.ch sont des repères importants pour guider cette démarche.

Une réflexion sur les genres est indispensable

Les directions d'institutions devraient garantir et encourager des formations et des échanges d'informations sur le thème de la sexospécificité afin d'assurer le savoir-faire de leurs collaboratrices et collaborateurs.

Former le personnel aux questions des genres

10.4 Recommandations en matière de recherche scientifique

Il est urgent de prendre plus en considération la variable "sexe" dans l'ensemble des études scientifiques, afin de permettre une analyse spécifique aux genres pour chaque objet étudié. Les hypothèses quant aux différences probables entre les sexes doivent être posées avant d'effectuer les analyses. Les modèles statistiques utilisés doivent intégrer, dans une première analyse, toutes les variables pertinentes, y compris celle du "sexe"; si la variable "sexe" est significative, il faut effectuer une deuxième série d'analyses stratifiées selon les deux sexes.

Variable "sexe"

Le peu de données sexospécifiques en matière de vulnérabilités génétiques doit être comblé par des études scientifiques sur ce sujet.

Génétique et genre

On note un besoin accru de recherches sur les aspects différents entre hommes et femmes dans le domaine des comorbidités psychiatriques, afin de pouvoir mieux aborder les questions relatives à la prise en charge, au sevrage et à la prévention des rechutes dans les approches selon les genres.

Comorbidités et genre

Face à l'importance d'une connaissance approfondie des liens de causalité entre consommation de substances psychoactives et violence, qui permettrait de développer des stratégies de prévention primaire et secondaire et des approches thérapeutiques spécifiques, des recherches scientifiques dans ce domaine sont nécessaires.

Consommation et violence

Les motifs de consommation de la cocaïne, ainsi que les liens possibles entre les différentes complications de la consommation de cocaïne et les

Investiguer les motifs de consommation de la cocaïne

intentions et attentes des usagers et usagères méritent d'être étudiés plus en profondeur sous l'angle du genre, afin de développer des approches différenciées en prévention primaire et secondaire, ainsi que dans le traitement.

Il est urgent de mieux connaître les motifs d'entrée en consommation d'alcool problématique des personnes âgées, afin de pouvoir prévenir efficacement un phénomène qui ne pourra que s'amplifier au vu de l'évolution démographique actuelle.

Etudes sur le comportement de consommation des personnes âgées

L'ensemble des projets menés dans le domaine du genre doivent bénéficier d'une évaluation. Le site quint-essenz.ch propose des outils pour faciliter la tâche des responsables de projet. 10 à 20% du budget d'un projet doivent être affectés à l'évaluation. Un financement des évaluations est souhaitable, afin de les promouvoir largement.

Evaluation

10.5 Recommandations en matière de santé publique

Des actions de prévention orientées vers la famille sont nécessaires; elles sont partie intégrante d'une politique familiale visant à augmenter la qualité de vie des familles et à renforcer et à soutenir le rôle éducatif des parents, particulièrement celui du père.

Soutenir la famille

Le soutien au rôle éducatif des parents est essentiel: il est nécessaire de diffuser le plus largement possible des informations sur les différentes étapes du développement de l'enfant, en insistant sur les besoins spécifiques des garçons et des filles. La notion d'égalité des chances doit être promue au sein de la famille. Par son côté transversal à de nombreuses professions et contextes d'actions, cette mesure doit être soutenue par les instances de santé publique.

Promouvoir l'égalité des chances

L'importance de l'entourage social des personnes concernées par la consommation de substances psychoactives pour leur rétablissement doit inciter les autorités de santé publique à développer des approches communautaires, afin de petit à petit conscientiser la population à son rôle citoyen de soutien social positif.

Inciter à plus d'approches communautaires

Les autorités de santé publique devraient inciter fortement tous les acteurs socio-sanitaires à implanter des politiques d'égalité des chances entre les genres, à tous les niveaux, dans tous les projets. On pourrait envisager des incitateurs financiers pour aider à la propagation rapide de ce concept.

Motiver à implanter le gender mainstream

Les acteurs des domaines de la pédagogie, de l'éducation, du travail social et médical doivent être sensibilisés aux questions de l'égalité entre les femmes et les hommes, aux notions de la construction sociale du genre, afin d'intégrer ces concepts dans leurs pratiques quotidiennes. La thématique du genre doit donc être intégrée dans les cursus de formation de base de ces professions, dans les formations continues et les perfectionnements professionnels. La Commission d'experts de l'OFSP sur la formation continue dans le domaine des dépendances (EWS – CFD) doit mettre ce thème à l'agenda des formations futures.

*Sensibiliser les professionnels
aux questions des genres*

En particulier, une sensibilisation des professionnel-le-s à la question des abus sexuels sur les garçons est à entreprendre, afin de faciliter un repérage précoce de ces situations.

*Aborder les abus sexuels
sur les garçons*

Enfin, il est nécessaire de propager activement les approches de l'intervention brève et de l'entretien motivationnel par le biais de formations courtes, de brochures, ainsi que par la constitution de cercles de qualité. L'expérience conduite dans le cadre du projet "ça débouche sur quoi?" de l'OFSP a apporté des éléments très utiles à la poursuite d'une telle démarche, laquelle pourrait s'étendre à toutes les substances psychoactives.

Former à l'approche motivationnelle

10.6 Recommandations pour des thématiques spécifiques

La population prostituée masculine

Les actions de prévention ciblées vers la population prostituée masculine devraient privilégier une approche globale de l'ensemble des problèmes posés: si les risques d'infections sont une priorité, ceux liés à la consommation de substances psychoactives devraient aussi être thématiques, dans un langage aussi simple et direct que pour les questions de sexe. En ce sens, les projets comme HERRMANN ou malesexwork, qui interviennent dans le quotidien de la prostitution sont à soutenir activement. Dans cette perspective, les spécialistes de la prévention du sida et ceux des problèmes liés aux substances psychoactives devraient continuer à collaborer activement, en créant des synergies de promotion de la santé.

La population migrante

La relativement grande proportion de migrant-e-s dans la population générale en Suisse doit nous inciter à leur porter une attention particulière en termes de santé, spécifiquement en matière de consommation de substances psychoactives. Ce d'autant plus que ces personnes sont, de par leur statut, dans des situations à risque élevé de consommation problématique. Les hommes sont particulièrement concernés.

Un travail avec et au sein des communautés migrantes est indispensable; il sera plus global que spécifique: conditions de vie, statut social, intégration, qualité de vie. Les questions de consommation de substances psychoactives sont à aborder en lien avec leurs réalités sociales et leurs perceptions des rôles sociaux des genres. Une approche de prévention du tabagisme serait prioritaire.

Il faut mettre en place, en collaboration avec les communautés migrantes et les acteurs de la santé publique, des stratégies qui facilitent une prise en charge précoce des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, afin de baisser le seuil d'accès aux différents lieux de conseil et de traitement.

L'ensemble de ces approches doit être coordonné avec d'autres mesures et programmes destinés aux populations migrantes. La notion d'approche spécifique selon les genres doit être promue dans tous les programmes de santé visant cette population. Les sites de l'OFSP (sous le thème "Migration et santé"), ainsi que celui de la plate-forme d'information sur la santé à l'intention des migrants et des professionnel·les, accessible sur Internet sous www.migesplus.ch, sont des ressources importantes en la matière.

Les études futures ne devraient pas se consacrer uniquement à l'aspect du genre mais aussi à l'hétérogénéité de la population migrante. Il s'avère en effet problématique de donner une image globale des problèmes dus à la migration, du fait de la diversité des personnes concernées (origine, statut socio-économique, etc.).

Armée

Le cadre de vie militaire et les comportements masculins traditionnels associés font partie d'un système de fonctionnement inhérent à l'armée et à ses principes. Il y a peu de raisons que ce système change de manière fondamentale dans le futur. On peut toutefois suggérer que des cours soient proposés dans la formation de base des cadres, sur le thème de la masculinité et l'égalité des chances, afin d'inciter à une autre approche de l'homme dans la vie militaire.

Les jeunes adultes qui sont déstabilisés momentanément par le style de vie imposé par l'armée, et qui auraient recours aux drogues légales et illégales pour gérer leurs tensions, doivent être au moins protégés de cela. Aussi, il est impératif que les dirigeants de l'armée suisse fassent tout pour réduire drastiquement l'accès à toutes les substances psychoactives durant l'école de recrues. En interdisant, comme c'est le cas actuellement pour les drogues illégales et dans une moindre mesure l'alcool, un usage qui peut nuire à la sécurité, ils remplissent en partie ce rôle. La question de la consommation de tabac doit être abordée, à la fois en termes de contexte de vie sans fumée et dans une vision de prévention active de l'ancrage des com-

portements dommageables à la santé. Ces mesures sont reconnues comme efficaces pour freiner l'intention de consommer des individus les plus vulnérables.

Le jeu

Nous sommes au commencement de l'implantation à large échelle du jeu en Suisse; c'est pourquoi les milieux de la recherche scientifique devraient sans tarder développer leurs études dans une perspective des genres, afin que nous ayons les connaissances indispensables sur les différences entre joueurs et joueuses pathologiques nous permettant de développer des approches sexospécifiques préventives et thérapeutiques

Au niveau des approches préventives, des messages à l'attention des hommes doivent être développés; ils prendront en compte les principales caractéristiques masculines:

- début précoce → développer une prévention primaire visant les adolescents et peut-être même les enfants;
- impression de maîtrise, de toute-puissance → travailler sur la pensée magique, sur l'irrationnel;
- attrait des machines à sous → développer des messages de prévention à afficher près de ces machines;
- stress de l'argent → plafonner les gains maximums.

11. Conclusion

Le rôle joué par la construction sociale des genres dans la consommation de substances psychoactives n'est pas complètement élucidé. Il a vraisemblablement une influence différente selon les substances consommées, les positions sociales des individus et la culture dominante dans la société.

Ainsi, la convergence des comportements de consommation des femmes et des hommes est-elle à considérer d'une certaine manière comme le reflet d'une forme d'émancipation de notre société. Le langage dominant, tout comme les attitudes de pouvoir traditionnellement utilisées par les hommes sont de plus en plus adoptés par des femmes. Or, le rapprochement des comportements de consommation est préoccupant, en particulier en matière de tabagisme et d'ivresses ponctuelles des femmes. Ce fait démontre une fois encore qu'il est essentiel de concevoir les approches de santé dans une perspective intégrée, afin de ne pas occulter une priorité au profit d'une autre. En l'état, la question de l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool des femmes doit être une priorité dans le domaine de la prévention.

L'augmentation de la consommation des femmes: une priorité à prendre en compte

La société actuelle n'a pas fini de stéréotyper les genres; les publicités en sont l'image éloquent! Dans le cinéma, les représentations de la masculinité et de la féminité ne sont pas en reste. C'est dans cette société que se développent les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives. Un des intérêts de la réflexion sur la construction sociale des genres est de rappeler combien le contexte social est déterminant dans le choix d'un comportement, donc devrait l'être dans la manière de le prévenir et de le prendre en charge. L'homme se doit – encore et toujours – d'être fort et performant; cette image traditionnelle de la masculinité reste dominante. La consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales est, pour certains hommes, une réponse individuelle à ce qu'ils ont intégré comme une attente sociale majeure.

Une société faite de stéréotypes dominants

Dès lors, il faut que les hommes puissent entendre qu'il existe d'autres formes de masculinité, qu'ils peuvent élargir le champ de leurs rôles, de leurs émotions, de leur sensibilité. Il ne faut pas qu'on oublie la face cachée de la masculinité. Cette dimension est à promouvoir dans les approches thérapeutiques.

Permettre à l'homme de s'émanciper

Une réflexion similaire doit être faite dans les approches préventives. Les motifs de consommation ne sont pas les mêmes chez les filles et les garçons. Les spécificités masculines, comme la prise de risques et la recherche de sensations ou l'impact du groupe sur ses choix sont autant de thèmes à aborder avec les garçons de manière privilégiée, c'est-à-dire en groupes non mixtes. Le thème de la violence ou celui de la séduction trouveront aussi un autre écho s'ils sont thématiques entre garçons et animés par un homme. Quant aux comportements à risque, comme celui de conduire en état d'ébriété, il serait judicieux de l'aborder "au masculin" dans les campagnes de communication grand public.

Intensifier la prévention sexospécifique

Au masculin... et au féminin! A chaque actrice et acteur de la santé, du social, de l'éducation, de la culture, d'intégrer dans son quotidien la notion des genres, afin de passer du concept "genre" à une réalité qui applique l'égalité des chances.

12. Liste des expert-e-s consulté-e-s

Daniel Bloch	Zentrum für Suchttherapie	Wimmis
Umberto Castra*	Migration et dépendances, Contact	Berne
Lu Decurtins	Netzwerk schulischen Bubenarbeit	Zurich
Marc Dinichert	Winwin, Santé bernoise	Bienne
Mehmet Ertogrul	jump	Winterthur
Beat Furrer	jump	Winterthur
Johannes Kappes	Zentrum für Suchttherapie	Wimmis
René Kostka	Comicplakate für männliche Jugendliche, SUP	Zurich
Hanspeter Lehner	Heldengeschichten, DFI	Lucerne
Marco Martinoia	SAT, Bürgerliches Jugendwohnheim	Berne
Roger Mathis-Gattella	HERRMANN	Zurich
Herbert Müller	Casa Fidelio	Niederbuchsiten
André Naudin	La courte Echelle	Saxon
Nella Sempio*	Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel	Bâle
René Setz	Männergesundheit, RADIX	Berne
Markus Städler	jump	Winterthur
Barbara Tripet	Fondation Bartimée	Grandson
Markus Tschanz	Grofa, Stiftung Hilfe zum Leben	Berne
Rolf Tschanz	Männerrunde, Männergespräch, Beges	Berne

* Pour le chapitre 6, "Migration, genre, dépendance"

