

PARTIE B : ÉCLAIRAGES SPECIFIQUES

11. Différences de genre dans les usages de substances psychoactives

Les usages revêtent-ils des significations différentes pour les hommes et les femmes ? Les différences observées dans les niveaux de consommations et les conséquences des usages de drogues invitent à faire du genre une question centrale dans la compréhension de ces pratiques. L'objectif de cet article est de faire le point sur les données épidémiologiques les plus récentes en matière d'usages de drogues et de conséquences socio-sanitaires mais aussi d'exposer les grands traits des perceptions des hommes et des femmes concernant les produits psychoactifs autant que les politiques publiques afférentes.

Situation

Les données d'enquêtes sur les usages d'alcool, de tabac, de médicaments et de drogues illicites en population adulte

Les enquêtes en population générale permettent d'illustrer et de quantifier les niveaux d'usage des différents produits. Leurs résultats montrent que l'usage de substances psychoactives, licites ou non, est davantage un comportement masculin (Tableau 34 et Tableau 35). Seule exception à cette règle, la consommation de médicaments psychotropes s'avère majoritairement féminine (Tableau 34).

Tableau 34 : Usages réguliers des principales substances psychoactives en France par sexe et âge, 2002

	Alcool 3 jours de consommation et plus par semaine	Tabac usage quotidien	Tranquillisants ou hypnotiques* usage au cours de la semaine	Cannabis* 10 usages et plus au cours du mois
Femmes 18-75	19,7 %	25,6 %	12,0 %	0,6 %
18-25	7,9 %	37,1 %	2,9 %	3,4 %
26-34	9,9 %	38,5 %	5,0 %	0,5 %
35-44	18,1 %	31,0 %	9,4 %	0,2 %
45-54	19,6 %	21,2 %	14,5 %	0,0 %
55-75	33,7 %	9,7 %	21,5 %	0,0 %
Hommes 18-75	42,8 %	31,9 %	6,1 %	2,3 %
18-25	23,5 %	52,1 %	1,6 %	9,1 %
26-34	25,1 %	35,3 %	2,9 %	3,2 %
35-44	37,2 %	34,0 %	5,1 %	1,4 %
45-54	51,0 %	32,9 %	6,5 %	0,2 %
55-75	61,6 %	18,8 %	11,3 %	0,1 %

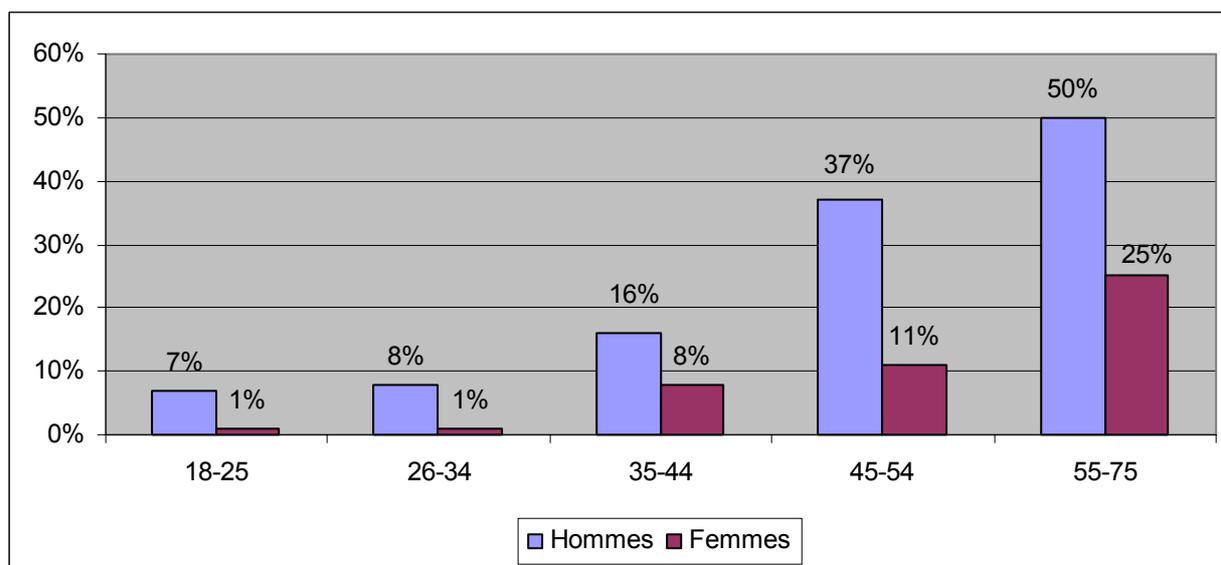
Sources : EROPP 2002, OFDT, sauf * : Baromètre Santé 2000, INPES, exploitation OFDT.

Alcool

Dans un contexte où la consommation régulière d'alcool par habitant a fortement diminué en France depuis la fin des années cinquante (bien que le pays reste un des plus consommateurs d'Europe), les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les

femmes. En 2002, près des quatre cinquièmes (78 %) ont bu de l'alcool au moins une fois au cours de la semaine précédant l'enquête, contre moins de six femmes sur dix (57 %) et ils sont deux fois plus nombreux à en consommer régulièrement (au moins 3 jours par semaine) : 43 % contre 20 % (Beck et al., 2003). L'écart est particulièrement important dans les plus jeunes générations (Tableau 34). Plus la fréquence de consommation observée est importante, plus l'écart se creuse entre hommes et femmes : il atteint presque un rapport de un à trois pour la consommation quotidienne (28 % contre 11 %, Graphique 6).

Graphique 6 : Usage quotidien d'alcool au cours des sept derniers jours selon le sexe et l'âge, 2002



Source : EROPP 2002, OFDT.

L'écart entre les sexes ne concerne pas uniquement la fréquence d'usage d'alcool mais aussi les quantités bues. Ainsi, en moyenne, les hommes interrogés ayant bu la veille de l'enquête disent avoir bu 2,9 verres d'alcool, contre 1,7 pour les femmes. Globalement, ces différences de quantités se traduisent par un irrespect plus fréquent des recommandations de consommation préconisées par l'OMS (3 verres standard maximum pour les hommes, 2 pour les femmes). Si 12 % des personnes de 18-75 ans déclarent avoir bu la veille un nombre de verres de boisson alcoolisée supérieur à cette norme, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes dans ce cas, bien que leur seuil soit plus élevé (18 % vs 6 %). La fréquence de tels usages augmente avec l'âge : elle concerne près du tiers des hommes âgés de plus de 60 ans (Guilbert et Perrin-Escalon, 2004).

Enfin, la différence entre les sexes se traduit dans la fréquence des ivresses alcooliques. En 2000, 14 % des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. L'ivresse au cours de l'année s'avère trois fois plus fréquente parmi les hommes (22 %) que parmi les femmes (7 %) et varie significativement avec l'âge, le pic se situant entre 18 et 25 ans (51 % des hommes et 22 % des femmes). Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 4,6 (5 pour les hommes et 3 pour les femmes) ; il atteint 6 parmi les 18-25 ans (7 parmi les hommes et 3 parmi les femmes).

Du point de vue de la santé, l'alcoolisation plus importante et chronique des hommes augmente donc leur risque de présenter un usage problématique. C'est ce que permet

d'objectiver le test DETA qui repère, à partir des enquêtes en population générale, les individus ayant des difficultés avec l'alcool⁴². Environ 9 % des adultes peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool (Legleye et al., 2001). Ce type de consommation à risque d'alcoolodépendance, qui augmente globalement avec l'âge pour atteindre un maximum parmi les 45-55 ans (13 %), s'avère beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (15 % vs 4 % parmi les 18-75 ans). L'enquête sur la santé des mutualistes MGEN réalisée en 2001 auprès de 6 650 adhérents âgés de 20 à 60 ans donne des résultats assez proches de ceux du Baromètre santé 2000 : parmi les mutualistes, 14 % ont déjà ressenti le besoin de diminuer leur consommation (12 % parmi les hommes et 5 % parmi les femmes) (Kovess et al., 2001). Les hommes sont ainsi 2 à 3 fois plus concernés que les femmes par ces situations problématiques avec l'alcool.

L'activité professionnelle se révèle un facteur important de rapprochement des comportements de consommation des hommes et des femmes. Par exemple, parmi les actifs exerçant un emploi, lorsque l'effet de l'âge est contrôlé, l'odds ratio associé aux hommes relativement aux femmes⁴³ pour l'usage quotidien d'alcool vaut environ 7 parmi les ouvriers, 4 parmi les employés et professions intermédiaires, mais 2 parmi les cadres et professions libérales ou intellectuelles supérieures. Pour l'ivresse, les odds ratios associés aux hommes relativement aux femmes sont respectivement proches de 5 ou 6 pour les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires contre moins de 4 pour les cadres, professions libérales et professions intellectuelles supérieures. Autrement dit, les comportements de consommation d'alcool des femmes se rapprochent de ceux des hommes à mesure que la catégorie d'emploi s'élève (Beck et Legleye, 2005). Ce résultat est particulièrement vrai en ce qui concerne les cadres par rapport aux autres catégories. Schématiquement, il est dû au fait que d'un côté, les femmes des catégories sociales supérieures déclarent plus souvent boire tous les jours ou avoir été ivres au cours de l'année écoulée que les autres, tandis que c'est l'inverse pour les hommes de ces mêmes catégories élevées.

Tabac

Le tabac s'avère être la substance pour laquelle la différence sexuelle est la moins marquée, le niveau de consommation des femmes s'étant progressivement rapproché de celui des hommes au cours des dernières décennies. Bien que le tabagisme masculin soit en léger recul contrairement à celui des femmes, les hommes restent plus souvent fumeurs que les femmes. Environ un quart de ces dernières déclarent fumer quotidiennement contre un peu moins d'un tiers des hommes. Les comportements diffèrent peu aux âges intermédiaires (26-44 ans) mais sont davantage contrastés parmi les générations les plus jeunes et les plus âgées. La diminution du niveau d'usage avec l'âge s'observe pour les deux sexes, mais plus rapidement chez les femmes : ainsi, l'écart hommes/femmes s'avère plus important au-delà de 45 ans.

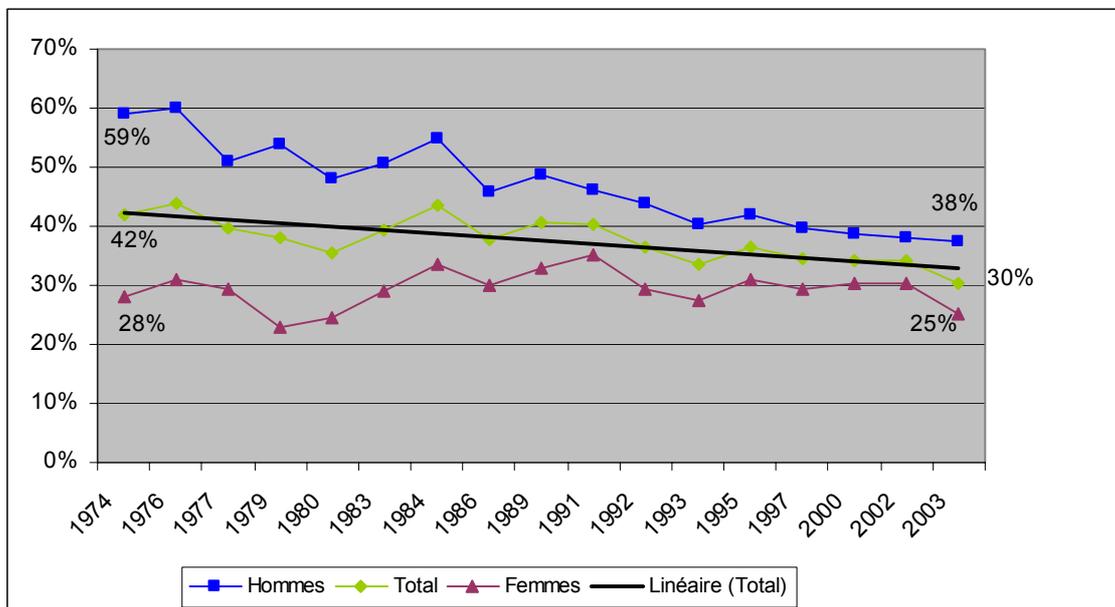
L'important écart homme/femme à 18-25 ans se retrouve dans d'autres enquêtes récentes (Oddoux et al., 2001). Il devrait toutefois se réduire à terme étant donné la quasi-identité des comportements tabagiques observés actuellement entre garçons et filles à l'adolescence (Beck et al., 2004b). Bien que le tabagisme masculin soit en recul depuis les années 1970,

⁴² Dans le test DETA (Ewing, 1984), sont considérés comme usagers d'alcool « à risque » ceux qui répondent par l'affirmative à au moins deux de ces questions : Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Avez vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

⁴³ L'odds ratio est une mesure qui permet de comparer la probabilité pour une population de posséder le caractère A suivant ou non la possession du caractère B. Supérieur à 1, il indique que la population possédant B a plus de chances de présenter A que la population ne possédant pas B ; inférieur à 1, il indique au contraire que les chances sont diminuées. Appliqué au sexe masculin, il se lit comme les chances que présentent les hommes relativement à celles que présentent les femmes.

en 2002, les hommes restent encore plus souvent fumeurs de tabac que les femmes (38 % vs 31 %, Graphique 7). Pour les femmes, la tendance apparaît relativement stable sur cette période, même si les évolutions ponctuelles et la faible taille d'échantillon de certaines de ces enquêtes donnent à la courbe une allure plutôt erratique.

Graphique 7 : Proportions de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans, 1974-2003



NB : Les méthodologies mises en œuvre dans ces enquêtes étant parfois différentes, avec notamment certains des échantillons de petite taille pour les enquêtes menées avant les années 1990, il convient d'accorder moins d'importance aux niveaux d'usage figurant sur cette courbe qu'à la tendance de long terme décrite par la droite de régression linéaire.

Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT, INPES/IPSOS 2003.

Médicaments psychotropes

Parmi les 18-75 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à recourir aux médicaments psychotropes : 25 % en ont pris au moins une fois au cours de l'année contre 14 % parmi les hommes (Beck et al., 2002). Dans les trois quarts des cas ils sont consommés suite à une prescription médicale. Le détail par classe pharmaceutique montre que 6 % des hommes et 12 % des femmes déclarent avoir fait usage d'antidépresseurs au cours de l'année, ces chiffres étant respectivement de 12 % et 20 % pour la catégorie comprenant les tranquillisants (anxiolytiques) et les somnifères (hypnotiques). À l'instar de ce qui est observé pour l'alcool, la consommation hebdomadaire de médicaments psychotropes s'intensifie avec l'âge, pour les deux sexes, mais davantage pour les femmes.

Cette sur-consommation féminine peut être rapprochée d'une plus grande anxiété déclarée. En effet, interrogées dans le cadre d'enquêtes sur la santé, elles s'avèrent plus nombreuses que les hommes à se déclarer anxieuses ou stressées dans leur vie quotidienne et déclarent aussi plus fréquemment avoir des problèmes de sommeil (Aliaga, 2002). Il faut souligner le poids des représentations sexuellement différenciées pour expliquer l'écart entre hommes et femmes : il est souvent plus admissible pour les filles que pour les garçons de reconnaître un malaise d'ordre psychologique (Le Moigne, 1999; Lovell et Fuhrer, 1996). Les médecins ont plus volontiers tendance à diagnostiquer chez elles une origine psychologique à certains désordres physiques, de même qu'elles investissent plus fréquemment le rôle de patient là où les garçons tenteraient volontiers de nier une souffrance psychologique ou de la gérer différemment, hors cadre, souvent en ayant recours à d'autres substances psychoactives.

Cannabis et autres substances illicites

À l'exception des amphétamines, pour lesquelles la différence selon le sexe n'est pas significative, les hommes sont, pour toutes les drogues illicites, deux à trois fois plus nombreux que les femmes à en avoir déjà consommé au cours de leur vie (Tableau 35, Graphique 8).

Tableau 35 : Expérimentation des principales autres drogues par sexe à 18-75 ans, 2002

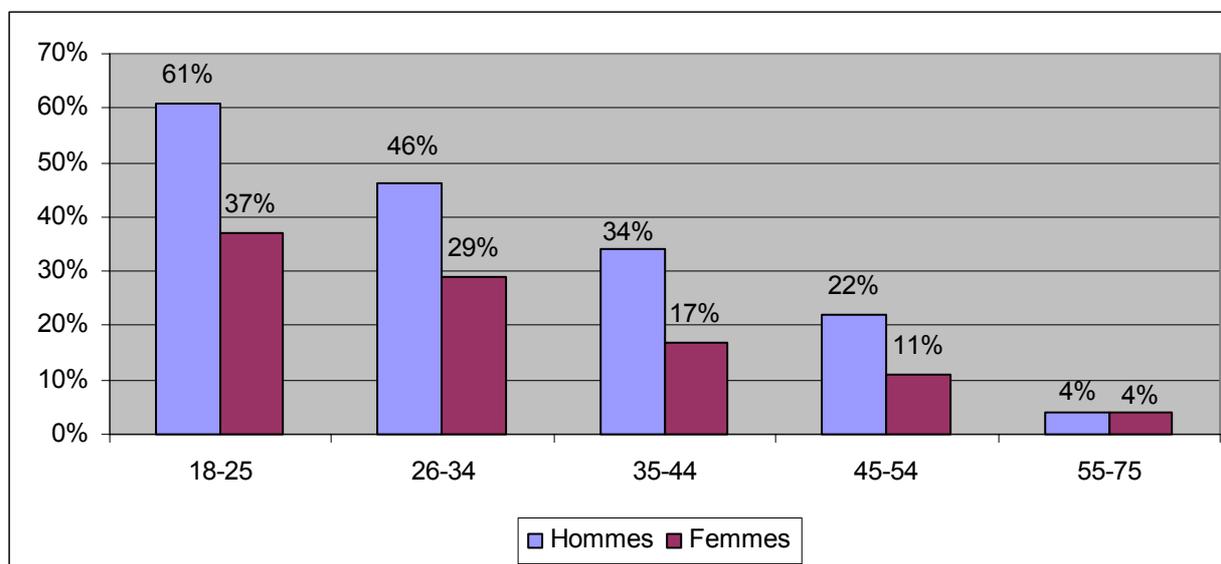
	Hommes	Femmes	Ensemble
Colles et solvants	3,6 %	1,7 %	2,7 %
Cocaïne	3,3 %	0,8 %	2,0 %
LSD	2,1 %	0,2 %	1,1 %
Amphétamines	1,7 %	1,2 %	1,4 %
Ecstasy	1,4 %	0,2 %	0,8 %
Champignons hallucinogènes	1,4 %	0,9 %	1,1 %
Héroïne	1,4 %	0,2 %	0,7 %

Source : EROPP 2002, OFDT.

Cette différence est aisément observable pour le cannabis dont les niveaux de consommation sont nettement plus élevés que ceux des autres produits illicites. L'usage de cannabis est fortement masculin : près de 10 % des jeunes hommes de 18-25 ans en font un usage régulier (au moins dix fois par mois) contre 3,5 % des jeunes femmes de cet âge.

Cet écart s'observe quels que soient la tranche d'âge ou le niveau d'usage observés (avec toutefois cette limite qu'au-delà de 55 ans, les usages sont suffisamment rares pour que les différences entre les sexes ne soient plus significatives). Ainsi, l'usage au cours de l'année concerne 9 % des hommes contre 6 % des femmes.

Graphique 8 : Usage de cannabis au cours de la vie selon le sexe et l'âge, 2002



Source : EROPP 2002, OFDT

Au final, on peut retenir que le profil français en termes de genre apparaît relativement similaire à celui de l'ensemble des autres pays de l'Union européenne.

Données de recours au soin, morbidité, mortalité et conséquences pénales

Les données de recours au soin consécutif à l'usage d'alcool montrent un déséquilibre hommes/femmes encore plus fort que les données de consommation. En 2002, les

nouveaux patients fréquentant les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont principalement des hommes (77 %) (Palle et Martin, 2004). En termes de mortalité, les pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique sont à l'origine de presque quatre fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes (Tableau 36). Pourtant, les femmes s'avèrent plus « vulnérables » à l'alcool : le risque de cirrhose devient important à partir d'une consommation de 3 verres par jour chez la femme et de 5 par jour chez l'homme et l'accroissement du risque de décès apparaît dès 2 verres chez la femme (3 chez l'homme) (OFDT, 2005a).

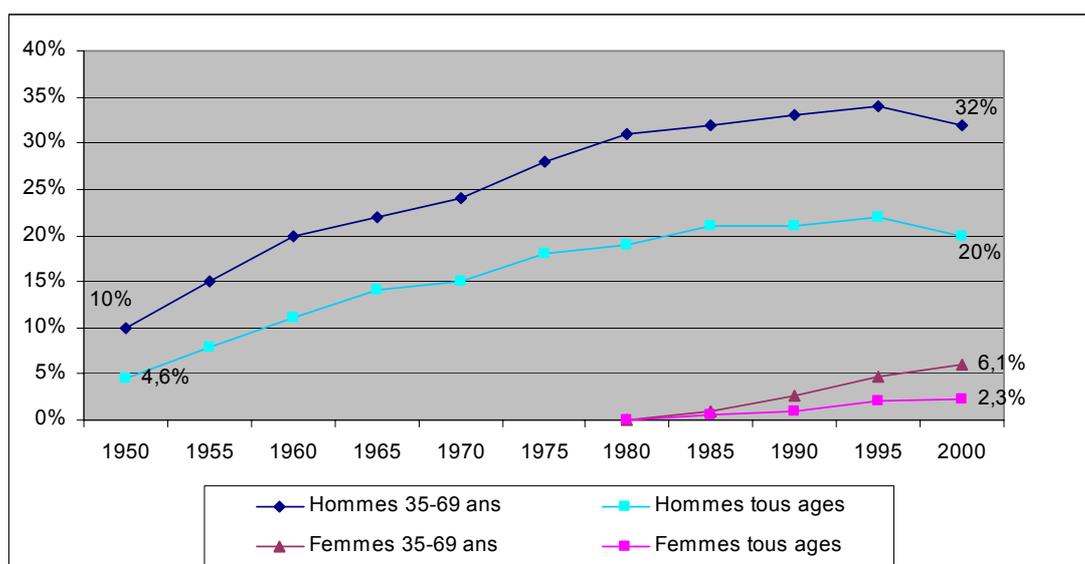
Tableau 36 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique, 2000

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	6 067	2 536	8 603
Cancer des VADS	9 261	1 601	10 862
Psychoses alcooliques	2 436	637	3 073
Total	17 764	4 774	22 538

Source : CépiDC, INSERM.

Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à avoir été reçues en consultation de tabacologie entre 2001 et 2003 (SPIM (Faculté de Médecine Broussais/Hôtel-Dieu), 2004), confirmant une certaine similitude entre hommes et femmes en matière de tabagisme, bien qu'en moyenne, les femmes qui consultent soient plus jeunes (40 ans vs 44 ans). En 2000, le nombre annuel de décès attribués au tabac a été estimé en France à environ 60 000 (Peto et al., 2004). Il s'agit d'une mortalité essentiellement masculine (90 %) même s'il existe une sous-estimation possible de la mortalité féminine par la méthode retenue pour produire ces estimations (Le Bot, 2003). En termes de tendances, la part de la mortalité masculine attribuée au tabagisme a commencé à régresser à partir du milieu des années 1990, alors que du côté des femmes, elle a connu une hausse assez forte depuis le début des années 1980, passant de 0 à 6 % en 20 ans (Peto et al., 2004) (Graphique 9).

Graphique 9 : Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2000



Source : Données CépiDC, exploitation CTSU / University of Oxford.

La répartition homme/femme dans les décès par surdose portés à la connaissance de la police ou de la gendarmerie a été relativement constante dans les années 1990, la part des décès féminins étant aux alentours de 17 %. Entre 1999 et 2001, elle a baissé pour atteindre

11 % en 2001. Sur les deux dernières années (2002 et 2003) les décès survenus chez les femmes sont plus nombreux (respectivement 20,6 et 33,7 %). Au vu des produits impliqués dans les décès, les substances non opiacées sont plus courantes chez les femmes.

L'image de la population des usagers de drogues illicites fournie par le système de soin est similaire à celle observée dans les enquêtes déclaratives en population générale. Elle est globalement très masculine, puisque 80 % des consultants des Centres de soins pour toxicomanes (CSST) sont des hommes (Palle et Bernard, 2004) et s'avère différenciée selon les mêmes produits : les femmes présentent moins souvent que les hommes un problème lié à l'usage de cannabis ou de cocaïne et plus souvent un problème lié à l'usage de médicaments psychotropes. En ce qui concerne la substitution, la proportion d'individus sous méthadone est plus importante parmi les femmes, les hommes étant plus souvent sous BHD (CEIP de Marseille, 2001). Dans les structures de première ligne qui accueillent essentiellement des usagers actifs, le public rencontré est également composé à 80 % d'hommes (Bello et al., 2004).

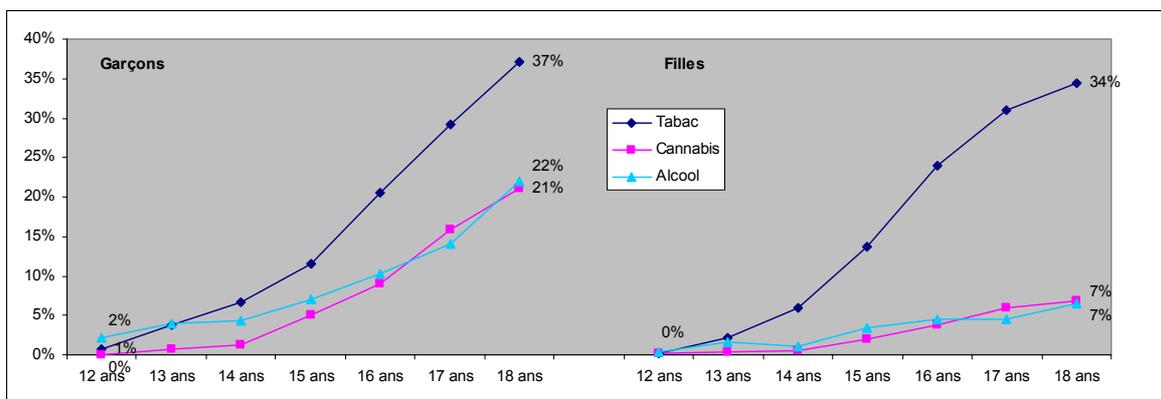
Concernant les conséquences sanitaires de l'usage de drogues illicites par injection, la prévalence au VIH apparaît en 1999 légèrement plus forte parmi les femmes (18,5 % contre 15 % parmi les hommes), tandis que la prévalence au VHC est similaire pour les deux sexes, concernant environ les deux tiers des usagers injecteurs vus en établissement spécialisé (Tellier, 2001).

La part des femmes apparaît encore plus marginale dans les statistiques du système répressif : en 2003, à peine 10 % des individus interpellés pour usage simple sont des femmes. Dans environ 80 % des cas, il s'agit de cannabis, cette proportion étant plus faible que celle des hommes (environ 90 %). De surcroît, plus on avance dans la filière pénale, plus la proportion de femmes diminue.

Dans la population adolescente

Les différences de genre observées à l'âge adulte se rencontrent en grande partie dès l'adolescence : une consommation médicamenteuse nettement plus féminine, des comportements tabagiques semblables et le reste des usages nettement plus masculins.

Graphique 10 : Usages réguliers⁽¹⁾ de tabac, d'alcool et de cannabis, par âge et par sexe entre 12 et 18 ans, 2003



(1) usage au moins dix fois au cours des 30 derniers jours pour alcool et cannabis ; quotidien pour le tabac

Sources : ESPAD 2003 – INSERM – OFDT- MJENR de 12 à 16 ans ; ESCAPAD 2003, OFDT à 17 et 18 ans.

Les consommations régulières de tabac et d'alcool apparaissent relativement rares avant 14 ans et celle de cannabis est exceptionnelle avant l'âge de 15 ans. Ensuite, elles augmentent avec l'âge, le tabagisme quotidien devant toutefois nettement la consommation régulière

d'alcool et de cannabis. Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac passe de 7 % à 43 % entre 14 et 18 ans chez les garçons et de 6 % à 42 % chez les filles. On observe également une tendance à la hausse avec l'âge pour l'alcool et le cannabis, notamment chez les garçons et dans une moindre mesure chez les jeunes filles (Graphique 10).

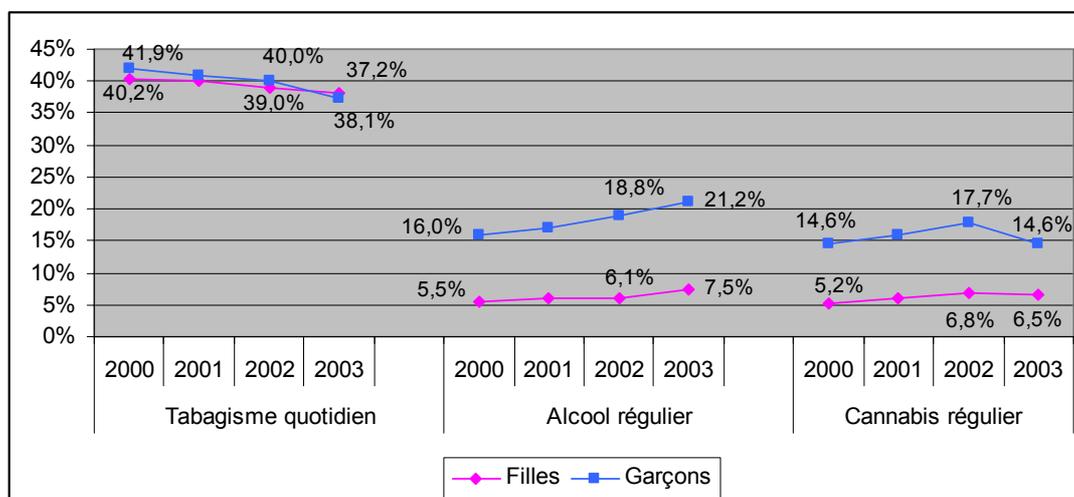
Tableau 37 : Usage au cours du mois (30 derniers jours) de produits psychoactifs à 17-18 ans (% en ligne), 2003

	Filles	Garçons	Sex ratio
Alcool	76 %	84 %	1,1
Tabac	48 %	47 %	1,0
Cannabis	26 %	38 %	1,4
Médicaments	18 %	6 %	0,3
Ecstasy	1,0 %	2,2 %	2,2
Champignons	0,6 %	1,4 %	2,3
Poppers	0,7 %	1,3 %	1,9
Amphétamines	0,6 %	1,2 %	2,0
Cocaïne	0,6 %	1,2 %	2,0
Produits à inhaler	0,5 %	0,9 %	1,8
LSD	0,3 %	0,7 %	2,3
Héroïne	0,3 %	0,5 %	1,7
Crack	0,2 %	0,4 %	2,0

Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Le sex ratio (rapport des proportions d'utilisateurs parmi les garçons et les filles) mesuré pour l'usage au cours des 30 derniers jours est très proche de un pour l'alcool et surtout le tabac, soulignant l'homogénéité de la diffusion du produit au sein des deux sexes. Il est par contre très nettement inférieur pour les médicaments psychotropes, leur usage étant très féminin et nettement supérieur à un pour toutes les substances illicites. Il atteint ainsi 1,4 pour le cannabis (ce qui signifie qu'il y a 40 % de garçons de plus que de filles qui ont consommé du cannabis au cours des trente derniers jours), mais est proche de deux pour tous les autres produits. Le cannabis est donc la substance illicite dont l'usage est le plus répandu mais aussi le plus unisexe ([Tableau 37](#)).

Graphique 11 : Évolution 2000-2003 du niveau d'usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans



Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Des trois produits les plus diffusés (alcool, tabac et cannabis), l'alcool est celui pour lequel en matière d'usage régulier, la différence est la plus marquée entre les sexes à l'adolescence (Graphique 11). La France présente un profil tout à fait similaire à celui de l'ensemble des autres pays de l'Union européenne interrogés dans l'enquête ESPAD en 2003 (Hibell et al., 2004).

Opinions et perceptions des produits et des politiques publiques

Dissemblables par leurs usages de produits psychoactifs, hommes et femmes se distinguent également par leurs opinions sur ces produits, leurs dangers ou les politiques publiques qui les concernent. En 2002, à la question « Quelles sont les principales drogues que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », seuls 3,7 % des personnes de 15-75 ans interrogées disent ne connaître aucun produit. Les hommes citent en moyenne significativement plus de produits que les femmes (4,2 contre 3,5, $p < 0,001$), ce qui tend à montrer une meilleure connaissance ou un plus grand intérêt pour le sujet.

Les femmes semblent toutefois plus sensibles que les hommes à la dangerosité estimée des produits. En matière de produits illicites, le cannabis est emblématique. Ainsi, 58 % des femmes pensent que le cannabis est dangereux dès qu'on essaye, contre 43 % des hommes, alors qu'à l'inverse, 37 % de ceux-ci pensent qu'il est dangereux seulement quand on en fume tous les jours, contre 29 % des femmes. De même, les femmes sont également plus nombreuses à déclarer être d'accord avec l'idée selon laquelle fumer du cannabis conduit à consommer par la suite des produits plus dangereux (75 % vs 64 %). Pour elles, l'interdiction de fumer du cannabis est donc assez logiquement moins souvent une atteinte à la liberté individuelle que pour les hommes (34 % vs 28 %), et elles sont moins souvent favorables à la possibilité d'autoriser la consommation de cannabis sous certaines conditions. Pour toutes ces opinions, des résultats similaires sont observables pour l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne, bien que les différences soient plus faibles.

En revanche, les opinions concernant la dangerosité de l'alcool et du tabac sont nettement plus partagées, hommes et femmes proposant par exemple des seuils quotidiens en nombre de verres pour l'alcool ou en nombre de cigarettes qui sont très proches (respectivement 3 verres et 10 cigarettes par jour). Sans doute les campagnes de santé publique ont-elles porté leurs fruits sur ces produits, mais leur diffusion plus grande y contribue sans doute aussi pour une grande part.

Si les opinions concernant les produits apparaissent nettement sexuées, il faut nuancer ce jugement suivant d'autres paramètres. Tout d'abord les produits considérés : les jugements des deux sexes sont très proches pour les produits réputés les plus dangereux, tels que l'héroïne, et convergent lorsque l'on observe des personnes ayant la même proximité avec le produit (qu'elles soient usagers ou aient déjà essayé, ou bien seulement qu'elles aient connaissance d'usagers). Mais globalement, si les femmes apparaissent plus enclines à les juger plus durement c'est notamment parce qu'elles sont nettement moins nombreuses que les hommes à en consommer. Enfin, le milieu social d'appartenance joue également un grand rôle, l'élévation de la catégorie sociale de la personne de référence du ménage rapprochant les opinions des deux sexes au même titre que l'usage.

Le constat est similaire pour ce qui concerne les opinions relatives aux politiques publiques.

Réponses

Approches de genre dans les dispositifs destinés aux enfants et aux jeunes

Prévention en milieu scolaire

Le 26 février 2003, le Ministre délégué à l'enseignement scolaire présente en Conseil des Ministres une communication sur la santé des jeunes en milieu scolaire⁴⁴. La prévention des conduites addictives y apparaît comme une priorité qui sera conduite en étroit partenariat avec la MILDT.

Dans cette lignée politique, un programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la période de 2004 à 2008 promulgué par la circulaire n°2003-210 du 11 décembre 2003 (NOR: MENE0302706C) fait alors écho au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (MILDT, 2004) et pose le principe d'une « école qui offre aux élèves à chaque niveau et dans tous les secteurs d'enseignement, avec un taux de couverture et une qualité satisfaisants, une éducation préventive adaptée contre l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues de synthèse ».

A l'heure actuelle, la problématique du genre n'apparaît pas dans la stratégie de programmation de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire. Telle que présentée dans le Bulletin Officiel du 11 décembre 2003⁴⁵, cette démarche est seulement présentée comme étant « d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes »⁴⁶.

Une étude INSERM/OFDT sur l'évaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie proposait dès 1999 des recommandations sur la nécessité de réfléchir autour des actions de prévention en direction des garçons (Choquet et al., 1999). Face à l'inadéquation des messages et la prédominance des femmes dans le champ de la santé, l'équipe de recherche proposait des pistes d'action axées sur des programmes spécifiques, des intervenants masculins et le choix des lieux de prévention.

En 2004, l'OFDT a lancé un appel à candidatures pour une étude sur l'applicabilité et l'utilité d'un guide d'intervention en milieu scolaire sur la prévention des conduites addictives (OFDT, 2004b). La diffusion du guide finalisé est prévue pour septembre 2005.

Prévention dans l'espace festif

C'est au sein des associations communautaires de réduction des risques qu'émergent des initiatives en direction des usagères de l'espace festif techno. Pour exemple, le flyer « les filles, les prods, la sexualité et la réduction des risques », créé par un collectif de femmes qui

⁴⁴ Présentation en Conseil des ministres de la communication du ministre délégué à l'Enseignement scolaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire, 26 février 2003. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. NOR :MENE0300322C RLR : 505-7 CIRCULAIRE N°2003-027 du 17-2-2003 MEN DESCO B4.

⁴⁵ La santé des élèves: Programme quinquennal de prévention et d'éducation, C. n° 2003-210 du 1-12-2003, NOR : MENE0302706C, RLR : 505-7, MEN - DESCO B4.

⁴⁶ Elle prend appui sur les textes suivants :

- la circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », qui fera l'objet de modifications suite au rapport des inspections générales de l'éducation nationale et de l'inspection générale des affaires sociales, dont les conclusions doivent être rendues pour la fin de l'année 2003 ;
- la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 « Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » ;
- la circulaire n° 98-140 du 7 juillet 1998, « Éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire » ;
- les circulaires n° 2001-012 du 12 janvier 2001 « Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves », n° 2001-013 « Missions des médecins de l'éducation nationale » et n° 2001-014 « Missions des infirmier(ères) de l'éducation nationale » ;
- les circulaires n° 2002-024 du 31 janvier 2002 et n° 2002-111 du 30 avril 2002 : « Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves » ;
- la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 « Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ».

croise les questions d'usages de drogues, de sexualité et de réduction des risques, est basé sur le mode de la communication « entre pairs » (Ruptures, 2004)⁴⁷. Comme sur d'autres flyers de réduction des risques, y sont rappelés les numéros de téléphonie sociale de Drogues, Alcool, Tabac Info Service ; Sida Info Service ; Hépatites Info Service en plus du numéro de téléphone Contraception, IVG, Sexualité.

Prévention en population générale ciblant les groupes filles/garçons

Une grille de lecture sexuée du dernier plan gouvernemental de lutte contre les drogues permet de dégager les principaux axes des politiques de prévention et leurs effets escomptés selon le sexe.

Les campagnes tabac prévues sur les trois prochaines années ont pour objectif de changer la perception du risque tabagique et de faire évoluer les représentations sociales en s'adressant aux groupes dont la consommation tend à augmenter dont ceux des garçons et des filles. La communication de ces campagnes joue sur une variété de ressorts considérés comme a priori liés au genre comme le risque pour la grossesse, la contradiction entre séduction et effets sur la beauté ou entre dépendance et recherche de liberté (INPES, 2001). En terme de baisse des consommations de tabac, les objectifs du plan à cinq ans sont de diminuer l'expérimentation et en retarder l'âge de 14 à 16 ans.

Pour l'alcool, les objectifs sont :

- la baisse de la prévalence des comportements d'ivresse répétée (plus de 3 ivresses pendant l'année) chez les hommes avec un niveau de réussite escompté de moins 20 % au terme de la période quinquennale ;
- la diminution de la part des hommes présentant une alcoolisation à risque ;
- sensibiliser les hommes à la surexposition masculine à l'alcool et faire évoluer les représentations associant virilité et alcool ;
- promouvoir l'abstention totale d'alcool pendant la grossesse.

Approches de genre dans la prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues

Réduction des risques dans les pratiques d'injection des hommes et des femmes

Il n'existe pas à l'heure actuelle en France d'indicateurs harmonisés sur les programmes spécifiques à la réduction de l'injection selon le sexe.

Concernant la réduction des risques liées à l'injection, les flyers Point d'injection-Femmes et Point d'injection-Hommes sont largement diffusés dans les réseaux de soin et de prévention santé ainsi que sur Internet.

Réduction des risques et IST⁴⁸

La fin des années 1990 a vu se développer des programmes avec pour objectif explicite de réduire les risques de contamination VIH, hépatites, Maladies sexuellement transmissibles (MST) et de grossesse non désirée, avec et auprès des femmes. Ces dispositifs toujours d'actualité dans les grandes villes (dont Lyon, Marseille et Toulouse) mobilisent selon la dynamique du réseau local :

⁴⁷ « Si vous avez pris un risque, pensez au double test (grossesse, I.S.T.) et au traitement d'urgence (VIH). Quand vous sortez entre amis, faites gaffe les un(e)s aux autres. Dans tous les lieux festifs, surveillez vos boissons pour que personne ne puisse verser un « additif » quelconque dedans. Penser à boire beaucoup d'eau pour ne pas être déshydratée. Quand on rencontre quelqu'un, ou quelqu'une, on n'est pas obligée « d'épouser » sa bande de potes ! Utiliser des préservatifs masculins ou féminins : la prévention se discute et se partage. Les visites chez le gynécologue sont importantes, une fois par an au minimum. La pilule ne protège pas des I.S.T. mais uniquement des grossesses non désirées. Attention aux oublis sous l'effet des produits, et/ou si les produits vous provoquent des nausées. Rester prudente face à un produit dont on ignore les effets (il ne suffit pas de le voir agir sur les autres). Tester avec modération et en bonne compagnie de préférence. Ne pas partager son matériel d'injection et de sniff et en avoir avec soi. »

⁴⁸ Infections sexuellement transmissibles.

- des centres du Mouvement français pour le planning familial ;
- des associations de santé communautaire avec des personnes prostituées ;
- des associations de prévention et réduction des risques en milieu hétérosexuel multipartenaire ;
- des associations de réduction des risques intervenant auprès et avec des femmes toxicomanes et/ou vivant dans la rue ;
- des associations de santé des personnes migrantes ;

Il n'existe pas d'indicateurs au niveau national (modèle de rapport type) pour évaluer la portée de ces programmes.

Dispositif de santé des hommes et femmes travailleuses du sexe

Les associations intervenant dans le milieu de la prostitution rencontrent majoritairement des femmes. Les hommes et les transgenres qui travaillent dans la rue proposent des services sexuels le plus souvent à d'autres hommes. Le dispositif des tournées en bus mis en place dans les années 1990 à Paris (sur le modèle antérieur du bus de l'association AIDES) s'est depuis étendu aux autres grandes villes hors région Parisienne. Il n'existe pas d'évaluation au niveau national des services proposés (accompagnement social, juridique, éducation populaire, formations destinées à faciliter la recherche d'un emploi etc) et du matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins, gel, digues dentaires, kits sniff, kits injection, et plus rarement kits crack) (Laurindo da Silva et Evangelista, 2004; Cagliero et Lagrange, 2004).

Dispositif de santé pour les femmes enceintes usagères de drogues

Dans le cadre du plan quinquennal, parmi les groupes cibles, les femmes enceintes sont destinataires de messages directs, ou par le biais des professionnels de santé, visant l'abstinence totale d'alcool, de tabac⁴⁹ et de drogues pendant la grossesse.

S'il existe des dispositifs spécifiques aux femmes enceintes, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES) et la Société française d'alcoologie (SFA) ont insisté sur l'effort particulier restant à faire dans la problématique alcool et grossesse encore marquée par le déni des professionnels et le défaut d'information du public (recommandations faites en 2002). En 2004, la prévention du syndrome d'alcoolisation foetale est un des objectifs de la loi de programmation de la politique de santé publique⁵⁰.

En 2003, l'enquête du GECA (Groupe d'étude grossesse et addictions) sur les femmes enceintes substituées à la Méthadone ou à la Buprénorphine Haut Dosage et les caractéristiques de leurs nouveau-nés (Lejeune et al., 2003) a mis en évidence que la définition d'une stratégie sanitaire de réduction des risques vis-à-vis de l'héroïnomanie a conduit à une amélioration globale des pratiques et des observations médicales chez les femmes sous traitement de substitution durant la grossesse et chez leurs enfants nouveau-nés⁵¹.

Des recommandations présentées en guise de conclusion de l'étude, on retiendra :

- favoriser la poursuite de formations auprès des professionnels en regroupant dans des sessions communes les différents intervenants locaux des centres périnataux, des Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie, les alcoologues, les médecins

⁴⁹ L'objectif étant de diviser par deux le nombre de femmes qui fument au cours de leur grossesse d'ici 2008.

⁵⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004, NOR SANX0300055L : «-Art. L. 631-3.La formation initiale et continue de tous les professionnels de santé ainsi que des professionnels du secteur médico-social comprend un enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus. Cet enseignement doit avoir pour objectif de favoriser la prévention par l'information ainsi que le diagnostic et l'orientation des femmes concernées et des enfants atteints vers les services médicaux et médicosociaux spécialisés».

⁵¹ Chez 259 femmes substituées recrutées dans 35 unités de soins périnataux réparties sur tout le territoire national entre octobre 1998 et octobre 1999, les résultats ont été étonnamment proches de la « normale » (Lejeune et al., 2003, p. 4).

généralistes, les services sociaux pour lever ce qui reste de réticences et d'incompréhensions entre professionnels ;

- favoriser l'implication dans les problèmes périnataux et gynécologiques des équipes transversales d'addictologie prenant en charge à la fois les mésusages de psychotropes et la précarité, qui semblent bien être, plus que les prises de produits, le facteur déterminant des complications périnatales ;
- la disponibilité de centres d'accueil mère-enfant (Soins de suites et de réadaptation, lieux d'hébergement avec moyens psychosociaux, appartements thérapeutiques) est actuellement insuffisante. Ces centres mère-enfant pourraient aussi dans certains cas préparer une séparation consentie avec maintien des liens ;
- remédier aux inégalités inter-régionales dans l'offre de soins en matière de centre méthadone.

Dispositif de santé pour les personnes usagères de drogues et parents de jeunes enfants

En alcoologie, il existe des postcures accueillant les femmes avec leurs enfants. En ce qui concerne la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans, les CAMPS (Centres d'Actions Médico-Sociale Précoce) présentent leurs missions comme favorisant l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social en étroite collaboration avec la famille.

L'expérience des quelques structures de soins en toxicomanie identifiées sur la question comme « Les Capitelles » à Nîmes et « Horizons » à Paris font figure d'exemples au sein des débats et formations proposées par l'ANIT (Association nationale des intervenants en toxicomanie)⁵².

- Le centre de soins spécialisé pour femmes toxicomanes avec hébergement « Les Capitelles » dispose de 6 appartements individuels répartis dans la ville de Nîmes et propose aux femmes accueillies et à leurs enfants « un cadre qui vise à étayer la relation mère-enfant, à consolider la rupture avec les produits et à préparer une réinsertion qui prend en compte la relation mère-enfant. [...] Les résidentes bénéficient d'un suivi psychologique (soutien, accompagnement individuel) et d'un suivi socio-éducatif (bilan de la situation sociale, élaboration et mise en place d'un projet personnel, accompagnement dans les démarches d'insertion relatives à la mère ou à l'enfant) ».
- Le centre « Horizons » définit plus précisément son public : jeunes femmes toxicomanes enceintes, mères toxicomanes avec leurs enfants, couples dont l'un est toxicomane, pères toxicomanes ayant un enfant, substituts parentaux d'enfants nés de parents toxicomanes. En 2004, l'Unité de coordination maternité et situations à risques (UDC) et l'Equipe de soins spécialisés à domicile (ESSAD) y ont été regroupées au sein d'une même unité, le Dispositif d'appui à la parentalité et aux soins des addictions (DAPSA). L'UDC a pour mission de favoriser l'articulation et la coopération des professionnels intervenant auprès des femmes enceintes ou des toxicomanes avec enfants en grande difficulté. L'ESSAD propose un accompagnement et un suivi psychosocial pour les jeunes mères ou jeunes couples avec enfant, lorsque ces adultes sont dans l'impossibilité de faire une démarche de soins dans les lieux ad hoc existants.

Il n'existe pas de données « genrées » sur l'évaluation au niveau national (recueil de données non harmonisé) des dispositifs spécifiques à la prise en charge des parents et de leurs enfants (Duburcq et Sannino, 2003).

⁵² En 2005, sur les sept formations proposées par l'ANIT, deux d'entre elles ont pour axe principal les « femmes toxicomanes » : « Toxicomanie et parentalité. Mères toxicomanes, des femmes en question » en janvier 2005; « Toxicomanie au féminin : des femmes de nouveau en question » en octobre 2005.

Prévention de la morbidité et mortalité liées aux usages de drogues

Dans la lignée du projet Européen d'établissement des indicateurs pour la surveillance de la santé mentale⁵³ (terminé en 2002), la France devrait mettre en place un système recouvrant la morbidité psychiatrique, la santé mentale positive, les données régulièrement recueillies par les systèmes de soins et les facteurs sociaux de la santé mentale. Ce système contribuerait aux programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des facteurs de risque sur la base des éléments sociodémographiques, contextuels et géographiques recueillis (Lovell, 2004).

Pour Anne Lovell (2004), la surveillance des déterminants du suicide devrait prendre en compte une série d'indicateurs économiques mais aussi sociaux et psychométriques. L'exemple significatif est celui des hommes adultes, sous-employés ou au chômage, alcooliques et dépressifs, vivant peut-être dans une région géographique touchée par la crise économique. Certains groupes sociaux montrent une «sursuicidité», c'est le cas des détenus. Il semble que les hommes jeunes, alcooliques, ayant des troubles de la personnalité et souffrant de dépression sont particulièrement à risque pour le suicide.

Les décès sont majoritairement masculins et les tentatives majoritairement le fait des femmes (Badeyan et Parayre, 2001).

Approches de genre dans l'organisation des traitements

Dans le cadre d'une importante réflexion collective sur le bilan épidémiologique du sida publiée en 2003, les auteurs attestent à quel point la situation épidémique a marqué profondément et durablement l'expérience sociale et la construction identitaire de l'homosexualité, aussi bien masculine que féminine, en France et dans les sociétés occidentales (Broqua et al., 2003).

Comme dans d'autres pays occidentaux, l'équipe insiste sur l'augmentation des prises de risques chez les hommes homosexuels et de là sur celle des nouvelles contaminations VIH⁵⁴. Elle dépeint le faisceau de facteurs favorisant cette reprise des risques : mauvaise information et prévention insuffisante chez les plus jeunes, utilisation de drogues, d'alcool, rencontres via Internet, impact des multithérapies et lassitude (Janier et al., 2003).

Du point de vue des dispositifs de prévention et de traitement, les chercheurs de l'enquête VESPA (ANRS, 2004) constatent toutefois que les programmes de santé publique qui ont rendu plus facile d'accès le matériel d'injection (à partir de 1987) puis les traitements de substitution (à partir du milieu des années 1990) ont réduit la transmission du virus entre les usagers de drogues. Ce groupe, très tôt massivement contaminés, ne constituent plus au fil des années qu'une part très faible des nouveaux cas diagnostiqués, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Approches de genre dans les dispositifs de réinsertion sociale

Si il n'existe pas de système national de recueil d'informations sur les programmes axés sur la réinsertion sociale, on retiendra l'expérience de "Parenthèse de femmes. Un groupe de femmes toxicomanes autour du prendre soin de soi"⁵⁵ (Ruptures, 2002), une action significative d'autres initiatives dispersées et non répertoriées sur le territoire.

Ce programme a été mis en place suite aux constats que d'autres structures de soin dans la majorité des villes en France partagent :

⁵³ Dans le cadre du Plan proposé par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille "Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008", la santé mentale est considérée sous trois dimensions : « la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants ».

⁵⁴ Tout en précisant qu'à ce jour, aucune donnée épidémiologique ne le prouve.

⁵⁵ Financée par Ensemble Contre le Sida.

- « des locaux [étant] exigus, les blocs sanitaires mal adaptés à la mixité, les femmes utilisatrices de la Boutique avaient du mal à trouver l'intimité pour leur toilette et leurs soins corporels. Ces mêmes femmes vivant souvent dans une grande précarité, leurs lieux de vie (squats, foyer, rue...) ne sont pas plus adaptés.
- le souhait des utilisatrices du local de disposer d'un lieu de discussion sur des questions purement féminines. Comme la sexualité (contraception, grossesses, désir, violences, etc...), le droit des femmes, l'esthétisme etc. ... Mais également le désir d'aborder leur histoire, leurs ressentis, et leur rapport aux produits.
- le débat mené depuis plusieurs années, sur Lyon et l'agglomération, autour de la problématique de la vulnérabilité physiologique des femmes face au V.I.H. » (Ruptures, 2002).

Partant de là, Ruptures (Association de santé communautaire pour la réduction des risques et des dommages avec les personnes toxicomanes) a mis en place un programme sur la base d'ateliers animés par des intervenantes extérieures : psychomotricité ; sophrologie ; soins esthétiques ; hammam ; réactualisation des connaissances (organes génitaux, moyens de contraception, réduction des risques liés à la sexualité) ; expérience de relookage.

Dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008, des pistes sont proposées pour favoriser la réinsertion sociale des groupes les plus vulnérables. Pour exemple, des mesures dans le domaine de la sécurité au travail des métiers les plus exposés devraient être renforcées.

Au cours des dernières années, les accidents du travail ont baissé mais le risque d'accidents est plus élevé dans des groupes qui sont aussi ceux dans lesquels la consommation de produits psychoactifs est élevée : hommes, jeunes, de faibles niveaux de qualification, intérimaires et récemment embauchés. La liste des métiers et situations d'emploi à risque d'accidents, y compris d'accidents de circulation en service et accidents de trajet, doit être actualisée afin d'identifier les secteurs prioritaires pour mener une action sur les conditions de travail et des actions de sécurité visant à réduire les accidents du travail en lien avec les consommations d'alcool, de cannabis et d'autres produits.

Approches de genre dans le dispositif pénal

Une étude sur les soignantes et les malades incarcérés, leurs conditions et les pratiques des usages des soins en prison⁵⁶ (Bessin et Lechien, 2000) rend compte des relations qui peuvent s'établir entre hommes détenus et femmes soignantes, en ce qu'elles peuvent constituer un enjeu d'intimité mobilisant des pratiques et des valeurs sexuées qui s'avèrent déterminantes dans l'univers carcéral séparant les sexes.

A travers la description de l'accès au soin, la préservation du secret médical, la construction de la confiance, la gestion du confinement des corps et de la souffrance affective, sont restitués les usages possibles des prestations soignantes par les détenus et du refus inscrit dans la stratégie de résistance fondée sur la valorisation de la virilité, propre au milieu carcéral. Une survirilité qu'il et elle définissent comme « un ensemble de conduites visant à rendre supportable l'enfermement, fondées sur la mobilisation du corps : discipline corporelle et acquisition ou entretien d'une autorité proprement physique, sens à vif des brimades et opposition aux surveillants [...], refus de l'offre institutionnelle sur laquelle pèse la rhétorique du soupçon et notamment refus de l'offre médicale » (Bessin et Lechien, 2002).

A propos du devenir des sortants de prison, une première étude, menée en 2001, a tenté de pallier à l'absence d'évaluation des programmes de sortants de prison (Prudhomme et al., 2003). Axée sur la mortalité des hommes sortants, elle n'a pas permis de répondre à la

⁵⁶ Financée par le GIP Mission de recherche Droit et Justice.

question de l'efficacité des UPS en termes d'impact sur la mortalité des sortants⁵⁷, elle a toutefois contribué à mieux informer sur la mortalité des hommes sortants. Une surmortalité des ex-détenus, très significative, a été observée dans la première année suivant leur libération par rapport à la population générale. Cette surmortalité, observée pour les sortants de moins de 55 ans, était particulièrement élevée pour les overdoses.

Le « Quartier Intermédiaire Sortantes-femmes » (ou QIS-femmes) est un dispositif mis en œuvre depuis 1997 dans trois établissements pénitentiaires français (Fleury-Mérogis, Versailles et Fresnes) pour préparer à la libération des détenues volontaires ayant des problèmes de drogues ou d'alcool. Ce programme facultatif est co-géré par une équipe de professionnels, internes ou externes à la prison qui fournissent informations, conseils et formations sur différents aspects de leur prochaine libération : questions de santé (réduction des risques liés aux usages de drogues et à la sexualité; rapport au corps), réseaux de soutien (aider à renouer des liens avec la famille; mise en contact avec des associations de soutien aux personnes prostituées) et la capacité à mener sa vie au jour le jour dans « l'après-prison » (tâches quotidiennes du foyer, finances). Au cours des premières années de fonctionnement, le pourcentage de femmes réincarcérées après leur sortie n'était que de 10% dans le groupe de celles ayant pris part au programme, contre 40 à 50 % pour les autres de la maison d'arrêt des femmes.

Éléments de discussion

Les récents travaux de l'OEDT sur les différences entre hommes et femmes dans les usages de drogues en Europe insistent sur la nécessité d'identifier les influences du genre sur les comportements afin de mieux comprendre leur sens et de développer des réponses appropriées (Montanari et Colin, 2004; EMCDDA, 2005).

Pour éviter toute lecture réductrice qui reviendrait à identifier une « spécificité féminine » dans les usages de drogues, il est important de tenir compte du rôle historique et social des sciences (entre autres médicales) dans la fabrication du féminin et du masculin et dans la légitimation des rôles sociaux et de la domination masculine (Lowy et Gardey, 2000).

Prendre la trame du genre comme catégorie d'analyse nous permet, en ce sens, de rappeler dans quelle mesure « le spécifique qui caractériserait le sexe féminin, le tout et le plein d'un genre humain forcément mâle, mais qui tait cette caractéristique, semble [alors] partie prenante de représentations plus vastes qui ordonnent très largement le social et la pensée » (Lowy et Gardey, 2000, p. 13). On retrouve ici ce qu'affirmait Joan W. Scott des « qualités » qui sont attribuées aux genres : elles s'inscrivent dans des systèmes de pensée ou des concepts construits à différents moments et ayant des contenus différents, concepts dépendant évidemment des relations de pouvoir prévalant dans la société étudiée (Scott, 1986).

Alors que les pays anglo-saxons avaient depuis longtemps développé les « gender studies », la France semble avoir connu un retard important dans ce domaine, même si on la compare à d'autres pays européens (Le Feuvre, 1995). Dès les années 1970, des chercheuses ont souligné que la conceptualisation des sexes se fondait « sur une pensée naturaliste, et plus précisément sur un biologisme dont la particularité est qu'il ne s'applique qu'aux femmes » (Mathieu, 1973; Guillaumin, 1978). Ce n'est qu'au cours des années 1980 que l'importance de la problématique du genre va progressivement s'imposer dans les recherches en sciences sociales sur les usages d'alcool des femmes et des hommes. Mais les progrès restent parfois lents : Berthelot et al. (1984) révélaient encore la survivance de

⁵⁷ En raison du faible passage par le QIS de l'établissement pourtant sélectionné comme établissement pilote UPS.

visions stéréotypées d'une « nature des femmes » qui n'a à ce jour pas disparue du champ de l'alcoolologie en France (Membrado et Clement, 2001).

La variété des modes d'alcoolisation incite donc à resituer les différentes manières de boire dans des cadres plus larges explorant les pratiques sociales, les valeurs et la sociabilité, ce que se sont appliqués à montrer différents travaux anthropologiques empreints des réflexions critiques sur le genre (Nahoum-Grappe, 1991; Douglas, 1987).

C'est dans ce tournant actuel que se situe l'implication de la France dans le projet Gender, Alcohol and Culture, an International Study (GENACIS) (Bloomfield et al., 2005). A partir des données provenant de la plupart des pays Européens, l'étude GENACIS a récemment permis de montrer que plus l'égalité des sexes est respectée dans un pays, moins les différences de genre sur l'alcoolisation s'avèrent importantes. C'est particulièrement le cas dans les pays nordiques. Il y a ainsi un certain nombre de facteurs influençant la nature des différences de genre d'un pays à l'autre, et aucune nation ne fait figure d'idéal type en matière de culture d'alcoolisation. Globalement, l'étude montre que le sex ratio de l'usage d'alcool évolue peu avec l'âge pour les différents indicateurs (usage occasionnel, régulier, ivresse...), à l'exception des fortes consommations ponctuelles (« binge drinking ») pour lesquelles les pratiques des jeunes femmes sont relativement proches de celles des jeunes hommes (Bloomfield et al., 2005).

En France, on retrouve des résultats similaires dans les études récentes croisant genre, sexualités (hétérosexualité, homosexualité et bisexualité des hommes et des femmes) et santé (violences, VIH, usages de drogues).

Pour n'en présenter que les grandes lignes, des réflexions menées à partir de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes réalisée en 2000 (Jaspard et al., 2003, enquête ENVEFF) ainsi que celles menées dans le cadre de l'enquête VIH – Enquête sur les personnes atteintes (VESPA)⁵⁸ menée en 2003 et plus largement dans le champ des recherches sur le VIH, nous retiendrons les points suivants :

- s'agissant des femmes ayant eu des rapports homosexuels ou étant attirées par les femmes (Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2003) : elles se situent plutôt dans les catégories socialement favorisées et vivent surtout dans les grandes agglomérations. Plus souvent célibataires, elles ont une vie sexuelle plus diversifiée, commencée plus tôt, avec un plus grand nombre de partenaires, majoritairement des hommes. Elles sont plus souvent fumeuses, rapportent des consommations plus fréquentes d'alcool et surtout d'autres drogues. Elles subissent plus souvent des agressions physiques ou sexuelles et leur état de santé témoigne d'un mal-être psychologique plus fréquent (notamment des tentatives de suicides plus nombreuses). Ces résultats (cohérents avec les données de la littérature anglo-saxonne) renvoient aux difficultés rencontrées dans des situations qui conjuguent indépendance et marginalité sociales.
- De façon générale, les études confirment, parmi les femmes, le lien étroit entre violences subies (sexuelles ou non) et usages d'alcool mais pas de cannabis (Beck et Brossard, 2004, notamment). Toutefois, le groupe ENVEFF comme nombre de chercheurs (Jauffret-Roustide, 2003) intéressés par l'hypothèse d'une synergie des risques⁵⁹ mettent en garde sur l'exercice délicat pouvant conduire à « flirter avec les stéréotypes ». Le groupe ENVEFF insiste sur la nécessité de renforcer la production de connaissances scientifiques sur la thématique genre, sexualités et consommation de substances psychoactives, et d'intégrer des indicateurs sur les types d'usages de

⁵⁸ L'enquête Vespa-Anrs a été menée en France métropolitaine en 2003 auprès d'un échantillon de 2 932 personnes suivies à l'hôpital pour l'infection par le VIH.

⁵⁹ Les situations dans lesquelles les prises de risque sont augmentées sont aussi celles où les consommations de produits sont plus fréquentes et plus intenses.

drogues dans les dispositifs de veille et de recherche consacrés aux comportements sexuels et préventifs afin de vérifier les hypothèses autour de la synergie des risques.

- Les premiers résultats de l'enquête VESPA ont récemment été publiés (ANRS, 2004; Lert et al., 2004). Les hommes sont majoritaires (plus de 7/10 cas), beaucoup d'infections résultant d'une transmission sexuelle entre hommes ou de l'usage de drogues par voie intraveineuse, qui a une forte dominante masculine. Les niveaux des consommations des différentes substances psychoactives sont élevés ; ils varient fortement en fonction de l'âge, du sexe et des groupes qui composent cette population. Les usagers de drogues se caractérisent par un niveau d'étude et de qualification bas et un faible taux d'activité professionnelle⁶⁰. Le niveau élevé des consommations de médicaments⁶¹ témoigne d'un mal-être psychologique fréquent.
- Les groupes de recherche insistent sur le fait que l'engagement dans des consommations de drogues et les conséquences sur la vie sociale et la santé sont étroitement liés à la fois à la classe sociale, au genre et à l'origine ethnique.

Concernant la morbidité psychiatrique, on observe des troubles et des diagnostics fortement différenciés selon le genre, résultant aussi des pratiques d'un champ fortement ancrées dans la dichotomie classique homme-culture/femme-nature (Mathieu, 2000; Oudshoorn, 1994).

D'un point de vue clinique, les stratégies thérapeutiques peuvent s'avérer très variables selon le sexe. Dans les études sur les liens entre usages de drogues et troubles psychiatriques, il existe trop peu d'éléments exploitables pour les drogues illcites. C'est moins le cas pour le tabac, l'alcool ou les médicaments.

Parmi les facteurs responsables de la difficulté à réussir un sevrage tabagique par exemple, la prise de poids et l'apparition de troubles anxieux jouent de manière plus forte pour les femmes. La prise de poids moyenne est d'un kilo supérieure chez les femmes et les troubles anxieux ou dépressifs sont deux fois plus fréquents parmi elles (Lagrué, 2004).

De la même façon, Lovell (2004) souligne que la morbidité psychiatrique s'exprime dans des troubles différents selon le genre : la dépression est plus répandue parmi les femmes, alors que parmi les hommes ce sont surtout les troubles liés à l'abus et/ou la dépendance à l'alcool et aux drogues et les troubles de la personnalité qui sont fréquents. Toutefois, la relation entre dépression et alcool doit être nuancée puisque de nombreuses études soulignent le poids de la situation matérielle dans les troubles dépressifs. En France, la situation face à l'emploi (et sa perte éventuelle) semble ainsi être le facteur socio-économique le plus fortement lié à la dépression, chez les hommes comme chez les femmes. En particulier, la précarité mesurée par le fait d'être bénéficiaire du Revenu minimum d'insertion (RMI) semble associée à la dépression sévère chez les hommes (Lovell, 2004).

Certaines études épidémiologiques montrent qu'en dépit d'une « certaine » vulnérabilité psychologique à l'alcool, les femmes souffrent moins souvent de troubles nerveux d'origine alcoolique que les hommes. Cependant, les femmes seraient diagnostiquées comme dépressives deux fois plus souvent que les hommes (Busfield, 1996; Plant, 1997). Ainsi, hommes et femmes exprimeraient différemment leurs angoisses : consommation importante d'alcool chez les hommes, dépression et recours aux médicaments psychotropes chez les femmes (Tomes, 1990 ; Lovell, 2004).

⁶⁰ 38 % d'actifs seulement en 2003, la proportion ayant baissé de 19 points depuis le diagnostic.

⁶¹ Au cours des trente derniers jours, 21 % des patients interrogés déclarent avoir pris des anxiolytiques, 14 % des hypnotiques, 10 % des antidépresseurs, et 2 % des neuroleptiques. Ces prévalences sont similaires pour les deux sexes, et pour les quatre classes de médicaments, elles sont plus fréquentes parmi les toxicomanes, les homosexuels et les bisexuels (ANRS, 2004).

Ces dernières années, les rapports des équipes de recherche et acteurs de prévention-réduction des risques qui ont intégré les questions du genre (et des sexualités) dans leurs dispositifs de recherche ou d'action concluent à l'unisson sur le manque de moyens pour exploiter ces approches. En 2005, dans les programmes de financement de la recherche (et recherche-action), le genre n'apparaît toujours pas dans les appels d'offres de la MILDT (contrairement à d'autres champs de la santé comme celui du VIH).

Mai 2005

F. Beck*, S. Chaker, S. Legleye*

***OFDT, Université de Toulouse**

frbec@ofdt.fr, chaker@univ-tlse2.fr, stleg@ofdt.fr