

AVRIL 2025 - N° 81

DEPENDANCES

Questions de genres

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA



SOMMAIRE

« QUESTIONS DE GENRES »



2
ÉDITORIAL

Camille Robert



3
VULNÉRABILITÉS, CAPACITÉS D'AGIR ET
MOTIFS DE NON-RECOURS À LA PRISE
EN CHARGE DE FEMMES USAGÈRES DE
DROGUES INSERÉES SOCIALEMENT

Sarah Perrin

8

POUR UNE APPROCHE TRANSAFFIR-
MATIVE AU SEIN DES SERVICES DE
TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

Abdelhakim Missoum



12

INTERVIEW

*Bénédicte Bertin et Abdou Ndiaye par
Camille Robert*



16

POUR UNE APPROCHE DU
CHEMSEX ANCRÉE DANS LA
PRATIQUE

Florent Jouinot

20

ACCUEILLIR
LES PERSONNES TRANS-
GENRES EN CABINET MÉDICAL:
UN PARTAGE D'EXPÉRIENCE

Anne François



24

INTERVIEW

*Tiphaine Robet et Juliana Santos Cruz
par Camille Robert*

28

ÊTRE PARENT AVEC
UNE ADDICTION: À L'ÉPREUVE
DES INÉGALITÉS DE GENRE

Sarah Vilpert



32

UNE APPROCHE
COMMUNAUTAIRE POUR
MAINTENIR LA SANTÉ DES HSH
PRATIQUANT LE CHEMSEX

Lola Ducreux, Rémi Bays et Sebara Gashi

ÉDITORIAL



Consommer des drogues est aujourd’hui encore source de stigmatisations. Cette stigmatisation est encore plus forte pour les consommatrices et consommateurs qui appartiennent déjà à un groupe social discriminé en raison de leur identité, de leur expression de genre ou de leur orientation sexuelle. Dans ces situations, les discriminations se cumulent pour former un tout qui dépasse la somme des parties, un phénomène que la juriste afro-américaine Kimberlé Crenshaw a conceptualisé sous le terme d’intersectionnalité à la fin des années 1980.

L’intersectionnalité est une théorie critique qui ne peut être résumée au simple constat que certaines personnes se trouvent à l’intersection de deux discriminations, par exemple du sexism et du racisme. L’intersectionnalité permet aussi d’identifier un processus politique précis, celui de « la monopolisation de la représentation de groupes dominés par les membres de ces groupes qui sont détenteurs de propriétés dominantes »¹. Autrement dit, nous nous représentons habituellement un groupe stigmatisé en pensant d’abord à ses membres qui le sont le moins.

Cette théorie s’applique évidemment aux domaines des addictions. Pendant trop longtemps, les recherches académiques sur les usages de drogues se sont limitées aux hommes – tout comme l’a fait, d’ailleurs, la recherche clinique de

manière plus large. Selon la criminologue Natasha Du Rose (2015), il a fallu attendre l’apparition de la crise du VIH dans les années 1980 pour que les femmes usagères de drogues existent enfin aux yeux de la recherche académique et des politiques addictions. Cependant, ces regards ont longtemps été empreints de culpabilisation et de rejet, désignant ces femmes comme des vecteurs de maladies et des mères indignes, *junkies* mettant au monde des *crack babies*, images ensuite largement relayées par les médias dans la population et façonnant nos représentations sociales et nos perceptions.

Les enjeux et besoins spécifiques des femmes et de toutes les personnes de la communauté LGBTIQA+ qui consomment des drogues ont donc été ignorés pendant longtemps. Cela se ressent encore aujourd’hui, la majorité des prestations addictions s’adressant « par défaut » à un public d’hommes cisgenres et hétérosexuels : le fameux groupe détenteur de propriétés dominantes qui monopolise la représentation d’un groupe dominé selon le concept d’intersectionnalité. La situation serait même plutôt en train de se dégrader, comme en témoigne l’étude de Stremlow, qui constate une augmentation des inégalités des chances d’accès aux offres (inter)cantonales du domaine des addictions.

Les articles proposés dans ce numéro de *Dépendances* permettent

de mettre en lumière les enjeux, les besoins et les lacunes dans les offres addictions pour toutes ces personnes minorisées, invisibilisées et usagères de drogues, que l’on parle des femmes et/ou des mères – socialement insérées ou non, des hommes qui ont des rapports avec d’autres hommes (HSH), des personnes exerçant le travail du sexe, de la communauté LGBTIQA+, etc. Ces articles nous invitent à réfléchir à nos pratiques et à nos structures professionnelles afin de s’adresser au plus grand nombre dans une véritable perspective inclusive.

L’heure actuelle est à la montée des idéologies masculinistes d’extrême droite, de la transphobie et du backlash post mouvement #MeToo ; l’OMS alerte sur une augmentation des IST, la santé mentale se dégrade, les problématiques d’addictions augmentent, mais les autorités politiques pratiquent les coupes budgétaires et suppriment des programmes de prévention. De manière générale, les idées de solidarité et d’égalité sont mises à mal à l’international. *Dépendances* n’avait encore jamais consacré de numéros aux questions de genres et aujourd’hui, il est plus que nécessaire de se positionner fermement sur ces enjeux fondamentaux : nous voulons des politiques addictions inclusives qui répondent aux besoins de tout le monde.

Camille Robert

1. Chauvin, S. et Jaunait, A. (2015). L’intersectionnalité contre l’intersection. *Raisons politiques*, N° 58(2), 55-74.

VULNÉRABILITÉS, CAPACITÉS D'AGIR ET MOTIFS DE NON-RECOURS À LA PRISE EN CHARGE DE FEMMES USAGÈRES DE DROGUES INSÉRÉES SOCIALEMENT

Sarah Perrin (*Université de Bordeaux*)

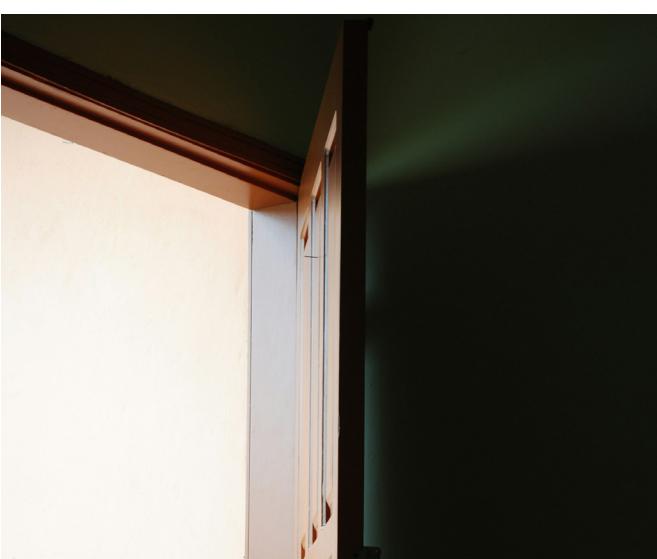
Malgré la féminisation croissante des usages de drogues depuis les années 1990, les femmes - d'autant plus lorsqu'elles sont insérées socialement - sont encore sous-représentées dans les structures d'accompagnement et d'accueil à bas seuil. La littérature scientifique est encore maigre concernant ce public, la recherche se focalisant plutôt sur des profils masculins et précaires. Cet article propose d'explorer les motifs de non-recours des femmes consommatrices insérées socialement au regard de leurs vulnérabilités et capacités d'agir spécifiques ainsi que de suggérer des pistes d'action (réd.).

Les femmes et les personnes insérées socialement sont minoritaires dans les dispositifs de prise en charge des usages de drogues¹. Les femmes représentent en moyenne un quart des files actives des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ces chiffres sont stables depuis plus de trente ans, alors que les usages de drogues se féminisent depuis les années 1990. La majorité des files actives des CAARUD et CSAPA sont également constituées de personnes en situation de précarité, alors que la majorité des consommations de substances psychoactives sont le fait de personnes qui ont un logement fixe, sont en emploi ou en études. Les recherches scientifiques se focalisent aussi sur une population d'usagers de drogues masculine et précaire.

Cet article vise à pallier les lacunes de la littérature scientifique en identifiant les vulnérabilités et capacités d'agir de femmes usagères de drogues insérées socialement, et leurs motifs de non-recours à la prise en charge. Les résultats, issus d'une thèse de sociologie soutenue en 2022, se basent sur 26 entretiens réalisés avec des femmes usagères de drogues insérées socialement, 12 entretiens avec des hommes consommateurs de drogues insérés socialement, 12 entretiens avec des professionnel·le·s de la prise en charge sociosanitaire et 6 entretiens avec des acteur·trices et expert·e·s des politiques publiques liées aux drogues, à Bordeaux. Les usager·es de drogues ont entre 18 et 35 ans et consomment pour la plupart du cannabis de manière quotidienne, et d'autres drogues (principalement des

psychostimulants et des hallucinogènes) en contexte festif, de manière occasionnelle. Les professionnel·le·s sociosanitaires sont des médecins, des travailleuses et travailleurs sociaux, des psychologues, psychiatres, pairs-aidant·e·s et addictologues exerçant en cabinet de médecine généraliste, en CSAPA/CAARUD ou à l'hôpital. Les acteur·trices et expert·e·s des politiques publiques liées aux drogues sont des responsables politiques et en santé publique et des travailleur·ses sociaux qui travaillent à la mairie, à l'Agence Régionale de Santé (ARS), à la Préfecture de la Gironde ou dans la prévention.

Cet article analyse dans un premier temps les vulnérabilités, puis dans un deuxième temps les capacités



d'agir liées au genre et à l'insertion sociale. La troisième partie de l'article porte sur les motifs de non-recours à la prise en charge de cette population jeune, féminine et insérée. L'article se conclut sur des perspectives pour améliorer la réduction des risques auprès d'un public féminin et inséré socialement, qui ne sollicitent pas les structures spécialisées.

VULNÉRABILITÉS LIÉES AU GENRE ET À L'INSERTION SOCIALE

La vulnérabilité est une potentialité à être blessé qui concerne tous les êtres humains², et qui se conçoit de manière relationnelle : on est toujours vulnérable vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose, jamais dans l'absolu.

Vulnérabilités liées au genre : stéréotype de manque de crédibilité, d'a-violence et de lubricité

Les femmes usagères de drogues rencontrées subissent trois grands stéréotypes lorsqu'elles consomment, achètent et vendent des drogues : manque de crédibilité, a-violence et lubricité, générant plusieurs vulnérabilités spécifiques³. Un certain nombre d'hommes acheteurs ou vendeurs de drogues estiment que les femmes disposent de moins de connaissance sur les substances psychoactives, leurs tarifs, leurs critères de qualité, etc., et qu'elles seraient moins aptes à négocier, à s'affirmer dans les interactions, à s'imposer. En conséquence, si, pour les hommes, l'arnaque est une forme de rituel de passage dans l'achat de drogues, qui diminue au fur et à mesure que l'usager acquiert en expérience, les femmes sont quant à elles considérées « comme des pigeonnnes à vie », pour reprendre l'expression employée par Marina, consommatrice quotidienne de cannabis de 24 ans. Les femmes sont également régulièrement considérées, par des hommes usagers ou vendeurs de drogues, comme des êtres incapables de faire preuve de violence physique. Les femmes rencontrées expriment un sentiment d'insécurité lorsqu'elles doivent acheter seules des drogues à des dealers qu'elles ne connaissent pas. Plusieurs interrogées ont fait l'objet de menaces ou de tentatives d'intimidation dans des moments d'achat de drogues.

Le stéréotype de lubricité est lié au fait que certains hommes dans le milieu du deal et des drogues estiment que la consommation de certaines substances intensifie le désir sexuel des usagères et s'intègre dans une trajectoire de débauche et d'amoralité⁴. Ils presupposent donc que ces femmes sont disponibles sexuellement. Les femmes qui consomment des drogues font donc l'objet de harcèlement sexuel de la part d'autres usagers ou de leurs dealers. La drogue peut aussi devenir un argument de séduction durant les interactions entre vendeurs et clientes. Les femmes interrogées parlent toutes du risque d'agression sexuelle lorsqu'elles perdent le contrôle

d'elles-mêmes sous substance, alors que les hommes mettent en avant le risque d'être agressés physiquement ou volés. Rose, usagère de 30 ans travaillant dans le secteur de l'illustration, évoque les attitudes prédatrices d'hommes vis-à-vis de femmes visiblement sous l'emprise de drogues : « Tu sens le mec qui a juste envie de se taper la meuf parce qu'à ce moment-là elle est plus vraiment maître de ses moyens ». Au sein de l'échantillon, plusieurs interrogées ont subi des viols et des agressions sexuelles en contexte d'achats ou de consommations de drogues. L'expérience de la plupart des femmes interrogées s'inscrit dans un continuum de violences sexuelles, de la sexualisation non-consentie au viol en passant par le harcèlement et les agressions sexuelles.

Vulnérabilités liées à l'insertion sociale : tensions liées à une « double vie »

De nombreuses personnes interrogées rapportent avoir connu des difficultés scolaires du fait de leurs usages de substances : sanctions disciplinaires, problèmes d'assiduité et de concentration, fatigue, absentéisme... De la même manière que les usages de drogues ont pu nuire au cursus scolaire, ils ont parfois entraîné des conséquences négatives sur la vie professionnelle, notamment du fait de la fatigue physique et psychologique qu'ils génèrent. Cependant, la plupart des participant-e-s restreignent leurs consommations et priorisent le travail. La vulnérabilité au travail des personnes interrogées ne provient pas tant du manque de sérieux, de motivation et de concentration, que du risque réputationnel que font peser leurs activités illicites. Si les collègues et la hiérarchie apprennent qu'ils consomment ou vendent des drogues, cela peut nuire à leur image au travail, voire générer des sanctions (avertissement, licenciement...). Les personnes interrogées sont vulnérables sur les plans scolaire et professionnel, mais aussi sur le plan familial. Les usages de drogues peuvent compromettre l'harmonie familiale, car la famille peut diaboliser les substances illicites et juger, voire rejeter l'enfant qui en consomme. La plupart des usager-es inséré-e-s mentent donc à leur famille quant à leurs consommations

Les femmes qui consomment des drogues font donc l'objet de harcèlement sexuel de la part d'autres usagers ou de leurs dealers

Qu'elles soient à l'école, au travail ou en famille, les personnes usagères de drogues insérées socialement doivent pour l'essentiel dissimuler leurs pratiques. Plusieurs personnes interrogées ont le sentiment de vivre une « double vie »⁵ en changeant leur manière de parler, de s'habiller, de se comporter, selon si elles se trouvent en compagnie de consommateurs/trices et de dealers, à l'école ou en famille. Ce sentiment de double vie peut s'avérer pénible pour certain-e-s participant-e-s, car générateur d'une forte anxiété. La personne qui cache une partie de sa vie court toujours le risque de la voir révéler au moment le moins opportun.



CAPACITÉS D'AGIR LIÉES AU GENRE ET À L'INSERTION SOCIALE

Les individus ont des capacités d'agir (agency) directement issues de leurs vulnérabilités, qui leur permettent de s'affirmer.

Capacités d'agir liées au genre : retourner du stigmate et empowerment

Retourner le stigmate consiste à se réapproprier un comportement ou trait stigmatisé pour en retirer des avantages⁶. Passer pour quelqu'un d'inapte à la violence physique n'a ainsi pas que des inconvénients : cela renvoie aussi une image rassurante. Des acheteur·ses achètent donc plus volontiers à une femme, qu'ils·elles imaginent forcément moins intimidante et plus fiable qu'un homme.

Le fait d'être sexualisée peut aussi être instrumentalisé. La plupart des femmes rencontrées trouvent les propositions d'offre de drogues en contexte de séduction déplacées et les refusent. Cependant, une petite part des participantes assume jouer de leur sexualisation afin d'obtenir des produits moins chers ou gratuits, alors qu'elles ne sont en réalité pas intéressées par la proposition sexuelle sous-jacente. Aucune participante n'échange de relations sexuelles contre des drogues avec les dealers, mais les femmes peuvent rentrer dans un jeu de séduction en restant plus longtemps que ne le nécessite la simple transaction, en renvoyant les regards, en riant aux blagues, en acceptant une succession d'interactions qui sortent du cadre commercial à proprement parler. Theresa, usagère occasionnelle de cocaïne et trentenaire exerçant dans le secteur de l'immobilier, explique ainsi qu'elle ne va « pas écarter les cuisses et tout, mais t'es sympa avec le mec, [...] et tu sais que genre il va te mettre bien quoi. » Les usagères ont développé des stratégies genrées, des compétences et ont retiré de l'empowerment de leurs trajectoires dans des milieux illicites et masculins. En renversant le stigmate, les individus redonnent du sens et de la dignité à leurs pratiques, parcours et identités.

Capacités d'agir liées à l'insertion sociale : gestion des usages, affirmation d'une identité sociale positive et sentiment d'émancipation

L'insertion sociale permet de motiver les individus à développer des stratégies de gestions leurs usages⁷. Les participant·e·s priorisent l'école et le travail par rapport aux drogues, en séparant les temporalités professionnelles des temporalités de consommation et en diminuant ou en arrêtant certains usages s'ils mettent en péril l'insertion sociale. Ces stratégies de gestion permettent aux personnes interrogées de s'éloigner de la figure stéréotypée de la personne toxicomane, et d'affirmer une identité sociale positive aux yeux de leur entourage et vis-à-vis d'elles-mêmes.

Avoir une « double vie » comporte aussi des avantages. Les individus peuvent avoir un sentiment de liberté, ils et elles développent des capacités d'adaptation en s'intégrant dans des milieux sociaux variés. Avoir une

« vie secrète » rajoute du mystère, de l'excitation dans un quotidien parfois monotone. Arthur, commercial de 27 ans, consommateur quotidien de cannabis et occasionnel de cocaïne et MDMA, qualifie ainsi sa double vie d'« exutoire » : « J'aime bien, [...] me dire : 'Allez, bam, j'arrache tout

ce que je peux jusqu'à telle heure, et à telle heure j'me réveille, j'enfile mon beau costume, mes belles chaussures et puis hop, [...] je fais mon taf du mieux que je peux jusqu'à 20 heures, et à 20 heures je sors consommer' ». Une double vie, c'est aussi, potentiellement, une vie deux fois plus riche.

Une double vie, c'est aussi, potentiellement, une vie deux fois plus riche

MOTIFS DE NON-RECOURS À LA PRISE EN CHARGE

Parmi les usagères et usagers rencontré·e·s, seul·e·s deux ont déjà consulté un·e professionnel·le de santé pour un motif lié aux drogues.

Des structures pensées pour un public masculin et précaire

Cela peut s'expliquer par le fait que les CAARUD et les CSAPA répondent davantage aux besoins d'un public

masculin et précaire. Les femmes fréquentent moins les structures spécialisées que les hommes, du fait d'un sentiment d'insécurité, de la peur de croiser un ancien ou un potentiel agresseur, de relations conjugales violentes et/ou d'emprise, de la charge domestique et de la peur de voir son enfant placé. La mise en place de temps ou d'espaces non-mixtes favorise la venue d'un public féminin, mais ces temps ou espaces sont assez peu mis en place en France⁸.

La plupart des structures investiguées sont aussi conçues pour répondre aux besoins d'une population en situation de précarité et de marginalité, et ne sont pas destinées aux personnes insérées socialement. Les prestations proposées (hygiène, alimentation, services sociaux, soutien administratif...) et les horaires ne sont pas adaptés à des usager·es qui travaillent, ont un logement fixe et des revenus.

Des usagères et usagers insérés qui ne veulent pas solliciter les services

Cependant, plusieurs structures investiguées à Bordeaux sont destinées à un public plus inséré socialement. Pourtant, les usager·es inséré·es rencontré·e·s ne sollicitent pas non plus ces services, alors qu'ils et elles mettent en avant des conséquences négatives de leurs usages sur leur vie sociale, leur santé physique et surtout leur santé psychologique. Quatre motifs principaux de non-recours à la prise en charge ont été identifiés.

Premièrement, la plupart des personnes interrogées disent ne pas avoir besoin d'un suivi psychologique ou sanitaire lié à leurs usages de drogues car elles estiment ne pas avoir besoin d'aide. Elles gèrent elles-mêmes, ou avec leurs groupes de pair-e-s les conséquences négatives de leurs usages, et elles mettent elles-mêmes en œuvre des stratégies de réduction des risques. Deuxièmement, la moitié des participant·e·s a déjà parlé de ses usages de drogues à des professionnel·le·s de santé qui travaillent en dehors des structures de prévention et de réductions des risques, et la majorité de ces personnes se sont senties jugées ou incomprises durant cette interaction avec le corps médical. Troisièmement, une part importante des participant·e·s ne connaît pas, ou méconnait les structures existantes. Cette méconnaissance est liée à un manque de communication autour des services de réduction des risques, ce qui mène parfois les usager·es à des conceptions erronées des objectifs et méthodes de ces services. Enfin, quatrièmement, les quelques usager·es qui connaissent des structures spécialisées estiment qu'elles ne leur sont pas destinées. Ils et elles refusent d'être assimilé·e·s à un groupe d'usager·es marginalisé·e·s qui ne correspond pas à ce qu'ils·elles estiment être leur valeur sociale. Emilie, commerciale de 32 ans consommatrice régulière de cocaïne et de cannabis, associe ainsi les CAARUD « à la zone et aux tox' », ce qui fait qu'elle ne s'y est jamais rendue. Cette

non-sollicitation des structures spécialisée relève d'une stratégie d'évitement du stigmate lié à la figure du « toxicomane ».

CONCLUSION

Sur mon terrain, c'est moins le genre que l'insertion sociale qui semble cadre l'expérience des dispositifs de prise en charge par les participant·e·s, puisque les femmes comme les hommes n'y ont pas recours, et

les femmes interrogées ne mettent jamais en avant le genre comme un obstacle à la prise en charge – alors qu'elles y font par exemple amplement référence pour expliquer les vulnérabilités spécifiques dont elles font l'objet dans les relations avec les hommes dealers et usagers.

La criminalisation des usages et ventes de drogues exacerbé les inégalités de genre, de race et de classe

Plusieurs perspectives peuvent être envisagées pour favoriser la réduction des risques auprès d'un public féminin et/ou inséré socialement. Mobiliser les nouvelles technologies semble être une option pertinente, pour joindre et informer un public qui ne se déplace pas dans les structures. Développer encore davantage les interventions en espaces festifs apparaît comme nécessaire, notamment dans les lieux commerciaux, comme les clubs et les bars, où les dispositifs de réduction des risques sont peu présents. La paire-aidance constitue aussi une ressource clef, car le soutien entre pairs permet de pallier les déficiences dans la prise en compte des besoins des consommateur·trices par les institutions et les professionnel·le·s. Ces pairs-aidant·e·s peuvent être recruté·e·s sur la base de leur expérience des drogues, mais aussi de leur genre, leur âge, leur niveau socio-économique, pour diminuer la distance sociale et favoriser l'identification entre les professionnel·le·s et les usager·es. Il est également indispensable de former les professionnel·le·s de santé qui ne sont pas spécialisé·e·s dans les usages de drogues, afin d'éviter toute forme de jugement constituant par la suite un obstacle à la prise en charge.

Il s'agit globalement de repenser la réduction des risques et la santé publique pour proposer une *gender transformative health*⁹, en développant des actions qui prennent en compte et luttent contre les inégalités de genre. Par exemple, les interventions de promotion de la santé dirigée vers des femmes qui mobilisent des normes de genre inégalitaires et des stéréotypes (comme la responsabilité familiale accrue des femmes, l'idée que toutes les femmes veulent être séduisantes ou la culpabilisation des femmes enceintes) doivent être remises en question. Le genre devrait être considéré par les professionnel·le·s de santé comme un élément des systèmes sociaux et des structures, et pas seulement comme un attribut individuel. Promouvoir une *gender transformative health* implique que les professionnel·le·s de santé au sens large soient formés sur les questions de genre, et de créer d'espaces non-mixtes.

Enfin, à un niveau encore plus structurel, il apparaît indispensable de repenser nos politiques des drogues. En France, le tout-prohibitif n'en finit plus de montrer ses limites. La criminalisation des usages et ventes de drogues exacerbe les inégalités de genre, de race et de

classe¹⁰. Une réduction des risques réellement inclusive passe par une abolition de la prohibition, et par une légalisation contrôlée des drogues, en proposant une offre et une distribution légale, réglementée et surveillée.

Contact: sarah.perrin24@yahoo.fr

Références

1. Kensy J, Stengel C, Nougier M, Birgin R. Drug policy and women: Addressing the negative consequences of harmful drug control. *International Drug Policy Consortium* 2012
2. Gaille M, Laugier S. Grammaires de la vulnérabilité. *Raison publique* 2011 ; 14 : 9-17
3. Ludwick MD, Murphy S, Sales P. Savvy Sellers: Dealing Drugs, Doing Gender, and Doing Difference. *Substance Use Misuse* 2015 ; 50 ; 6 : 708-720
4. Hutton FC. Up for it, mad for it? Women, drug use and participation in club scenes. *Health, Risk and Society* 2004 ; 6 ; 3 : 223-237
5. Fontaine A. *Double vie. Les drogues et le travail*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2006.
6. Bourdieu P. *Questions de sociologie*. Paris : Éditions de Minuit, 1984
7. Soulet MH. Enjeux de conventionnalité et consommation générée de drogues dures. *Déviance et société* 2003 ; 27 ; 3 : 331-351
8. Simmat-Durand L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. *Institut de Veille Sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2009
9. Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promotion International Advance Access* 2014 ; 30 ; 1 : 140-150
10. Beauchesne L. *Les drogues : légalisation et promotion de la santé*. Montréal : Bayard Canada Livres, 2021

POUR UNE APPROCHE TRANSAFFIRMATIVE AU SEIN DES SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

Abdelhakim Missoum (*Université de Sherbrooke*)

Les personnes trans et non-binaires (TNB) sont régulièrement exposées à des préjugés, de la discrimination et de la violence liées à une expression de genre perçue comme non-conforme. Dans ce contexte, l'usage de substances psychoactives peut servir de stratégie adaptative. L'accès aux services d'accompagnement et de RdR lorsque la consommation devient problématique reste cependant difficile pour ces personnes. Cet article présente les résultats préliminaires d'une étude doctorale menée au Québec sur les expériences de personnes TNB avec les services d'aide en cas d'addiction. Il plaide pour une approche de soins dite transaffirmative (réd.).

Le concept de personnes trans et non-binaires (TNB) englobe un large spectre d'identités de genre qui peut se situer à différents points entre les pôles masculin et féminin, ou en dehors de ce cadre binaire. Le terme « trans » désigne les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance, tandis que « non-binaire » fait référence à des identités transcendant l'exclusivité des genres masculin et féminin¹.

Dans cet article, le terme « personnes trans et non-binaires (TNB) » sera utilisé pour désigner l'ensemble des individus appartenant à cette pluralité de genre. Cependant, il est important de noter que ce terme ne capture pas pleinement la diversité des réalités vécues. Chaque parcours des personnes TNB est unique et ne se limite pas à des changements médicaux ou légaux. Il inclut également des ajustements sociaux et émotionnels complexes, façonnés par les contextes socioculturels et institutionnels ainsi que par les normes sociales de genre².

Durant ce parcours, les personnes TNB sont particulièrement à risque d'être confrontées à des préjugés et violences liées à une expression de genre perçue comme non conforme aux normes sociales². Elles doivent également composer avec le stress minoritaire, défini comme un stress chronique lié à la non-conformité de genre, qui découle de l'intériorisation de la stigmatisation, des préjugés et des discriminations transphobes³. Les oppressions multiples découlant de l'intersectionnalité, notamment en lien avec l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle ou le

statut socioéconomique, renforcent les défis rencontrés et complexifient le parcours d'affirmation et de transition des personnes TNB⁴. La consommation de substances psychoactives (SPA) dans ce contexte peut représenter une stratégie adaptative permettant de soulager et gérer les divers traumatismes et stress minoritaires vécus⁵.

Toutefois, lorsque cette consommation devient à risque ou problématique, l'accès aux services de traitement des dépendances demeure un défi majeur pour les personnes TNB. Les structures cismorphes, associées aux risques de stigmatisation et de discrimination transphobes dissuadent souvent les personnes TNB de recourir aux services de traitement des dépendances^{6/7}. Ces obstacles sont encore plus prononcés pour des personnes TNB engagées dans un processus d'affirmation ou de transition sociale et médicale. Elles font face à des défis particuliers, tels que l'interruption du traitement hormonal, le non-respect de leur identité de genre, ainsi que des pratiques coercitives, comme l'obligation d'utiliser le nom assigné à la naissance ou d'accéder à des infrastructures sexospécifiques (douches, dortoirs) correspondant à leur sexe assigné^{6/7}.

En parallèle, la littérature souligne un manque de formation adéquate des personnes intervenantes sur les enjeux liés à la pluralité des genres^{6/7}. Ce déficit de connaissances risque non seulement de limiter l'efficacité des traitements, mais aussi de les rendre nuisibles, exacerbant ainsi la méfiance et le désengagement des personnes TNB envers les services de traitement des dépendances^{6/7}.

Malgré ces défis, plusieurs personnes TNB développent des stratégies de résilience sans nécessairement recourir aux services de traitement des dépendances. La résilience, entendue comme la capacité à s'adapter ou rebondir face à l'adversité, joue un rôle essentiel à l'amélioration du bien-être global⁸.

QUELQUES CONSTATS PRÉLIMINAIRES

Cet article présente des constats préliminaires issus de l'analyse de trois entrevues réalisées dans le cadre d'une étude doctorale explorant les perspectives des personnes TNB sur la signification de leurs expériences de consommation de SPA, leurs interactions avec les services en dépendances et en réduction des méfaits, ainsi que la construction de leur résilience face aux défis rencontrés. Ces entrevues ont été menées auprès de personnes TNB résidentes au Québec, ayant une consommation de SPA à risque ou problématique, dont certaines ont eu recours aux services de traitement des dépendances et de réduction des méfaits.

Pour atteindre cet objectif, 28 entrevues semi-dirigées sont réalisées, offrant des données riches et ancrées dans l'expérience vécue des participant·e·s. Un comité collaboratif, composé de personnes TNB aux parcours variés, a été mobilisé durant cette étude, apportant une perspective éclairée et sensible au sujet. Cette démarche vise à créer un espace d'expression favorisant une meilleure compréhension des enjeux spécifiques aux personnes TNB, tout en contribuant à l'amélioration des pratiques dans les services qui leur sont destinés.

Les premiers constats mettent en lumière plusieurs thématiques étroitement liées à la consommation de substances, au processus de résilience et à l'expérience des services des personnes TNB. Afin de respecter la confidentialité des participant·e·s, tous les prénoms ont été modifiés.

L'IMPORTANCE DES RÉSEAUX DE SOUTIEN

Les récits de personnes TNB mettent en lumière l'importance fondamentale des réseaux de soutien pour favoriser leur bien-être global. Ces liens – qu'ils soient familiaux, amicaux ou issus de la communauté TNB – offrent un appui émotionnel précieux et renforcent le sentiment d'appartenance. Dans un contexte où les personnes TNB sont souvent confrontées à l'isolement, aux discriminations et à la stigmatisation, ces relations deviennent un véritable rempart contre les effets néfastes de l'exclusion sociale.

Le sentiment d'appartenance à une communauté joue un rôle clé dans la construction de la résilience. Le fait de pouvoir partager son vécu avec d'autres personnes ayant des expériences similaires permet non seulement de briser l'isolement, mais



aussi de nourrir une estime de soi souvent fragilisée par des environnements hostiles. La reconnaissance mutuelle entre pairs contribue ainsi à un processus d'empowerment essentiel.

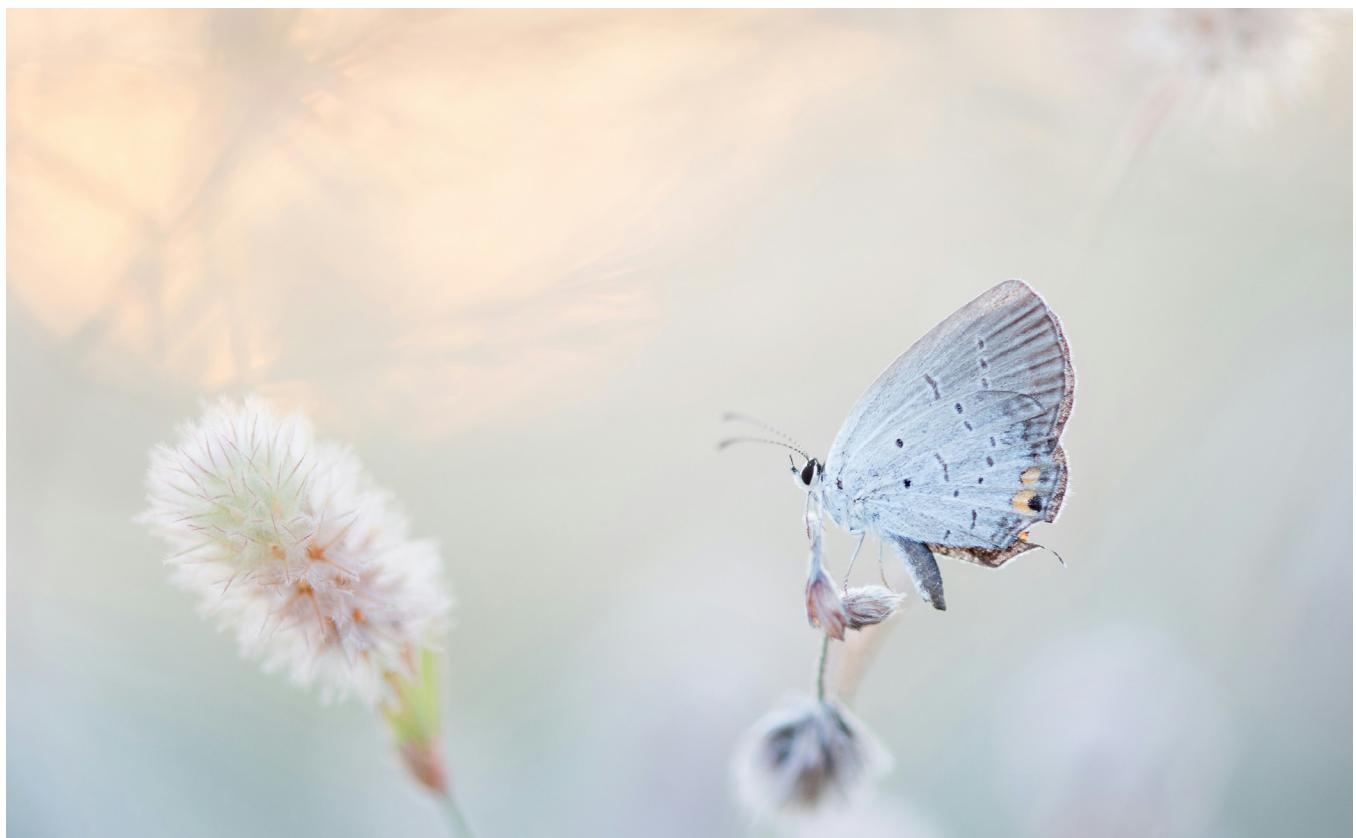
LES EXPÉRIENCES DES SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

Dans le cadre des services de traitement des dépendances, certaines personnes TNB rapportent néanmoins de nombreux défis liés à l'inadéquation des approches cliniques traditionnelles. Les protocoles centrés sur des critères diagnostiques stricts, comme ceux du DSM-5, sont souvent vécus comme rigides, déconnectés de leurs réalités et peu respectueux de leur autonomie. Certain·e·s participant·e·s expriment le besoin de soins transaffirmatifs, c'est-à-dire des interventions qui tiennent compte de la diversité des parcours de genre, favorisent la congruence identitaire et reconnaissent pleinement le droit à l'autodétermination.

La qualité de la relation entre les intervenant·e·s et les personnes TNB est également apparue comme un facteur déterminant dans l'efficacité des soins

La qualité de la relation entre les intervenant·e·s et les personnes TNB est également apparue comme un facteur déterminant dans l'efficacité des soins. Lorsqu'une approche empreinte de respect, d'écoute active et de sensibilité aux réalités LGBTQ+ est adoptée, elle permet d'établir un lien de confiance essentiel à l'engagement thérapeutique. À l'inverse, le manque de connaissances ou de

considération de la part des professionnel·le·s peut accentuer le sentiment de marginalisation, nuire à la relation d'aide et dissuader les personnes TNB de recourir aux services.



De plus, la stigmatisation croisée vécue dans les contextes de dépendance – combinant la transphobie, l’homophobie et les jugements liés à la consommation – constitue un obstacle majeur à l’accès à des soins sécuritaires et efficaces. La reconnaissance de ces oppressions systémiques par les professionnel·le·s est essentielle pour offrir un accompagnement adéquat et inclusif. Il s’agit de comprendre que la consommation de SPA ne peut être dissociée du contexte social, identitaire et émotionnel dans lequel elle s’inscrit.

Enfin, les quelques témoignages mettent en lumière le rôle crucial de l’acceptation de l’identité de genre dans les trajectoires de rétablissement. Être accueilli·e dans sa globalité, sans jugement, peut enclencher un véritable processus de transformation personnelle. Dans ces conditions, les personnes TNB sont davantage en mesure de se projeter dans une vie sobre, de se reconnecter à elles-mêmes et de retrouver un sentiment de valeur personnelle.

Ces éléments soulignent l’urgence de repenser les modèles d’intervention en contexte de soins en santé et en dépendances pour les rendre plus inclusifs, humains et adaptés aux réalités des personnes TNB. Le renforcement des pratiques transaffirmatives, ainsi que le soutien actif à la construction de réseaux communautaires, apparaissent comme des conditions essentielles à leur bien-être et à la réussite de leurs démarches de soins.

POUR UNE APPROCHE TRANSAFFIRMATIVE

Les personnes trans et non-binaires (TNB) expriment le besoin de programmes de traitement des dépendances

et de réduction des méfaits qui tiennent compte de leurs expériences spécifiques, s’adaptent à leur réalité et offrent des environnements sûrs, accueillants et exempts de jugement. Elles plaident également pour la mise en place de services transaffirmatifs, intégrant une sensibilité culturelle accrue, la présence de modèles TNB parmi les intervenant·e·s, ainsi que des professionnel·le·s formé·e·s et sensibilisé·e·s aux enjeux propres à cette population.

Les recherches soulignent l’importance de développer des services spécialisés, ou mieux adaptés, pour les troubles liés à la consommation de substances chez les personnes TNB, en adoptant une approche transaffirmative^{5/6/7}. Définie dans *Les standards de soins*, version 8 de la *World Professional Association For Transgender Health* (WPATH), cette approche intègre des pratiques qui reconnaissent, valident et soutiennent les identités et les parcours d'affirmation et de transition de genre des personnes TNB². Elle vise à réduire la stigmatisation, combattre la discrimination et promouvoir des environnements inclusifs et sécuritaires, tout en rejetant la pathologisation de l’identité de genre². Centrée sur les besoins individuels et les réalités vécues, elle garantit le respect de l’autonomie des personnes concernées dans leurs démarches en contexte de soin².

CONCLUSION

Les perspectives des personnes TNB enrichissent notre compréhension des besoins spécifiques de cette population, ouvrant la voie à des interventions plus inclusives et adaptées. Ces quelques témoignages mettent en évidence l’urgence de concevoir des

pratiques intégrant une sensibilité accrue et de mobiliser les ressources nécessaires pour renforcer l'inclusion des personnes TNB dans les services de santé et de traitement des dépendances. Il devient essentiel de sensibiliser un plus grand nombre de professionnel·le·s de la santé afin de garantir des trajectoires de services

sécuritaires, respectueuses des droits des personnes TNB et conformes aux principes d'équité et de dignité au sein du réseau de la santé.

Contact: abdelhakim.missoum@usherbrooke.ca

Références

1. Beauchesne Lévesque SG., Labelle S., & Chenel F. Introduction aux concepts liés à la diversité des corps sexués, des genres et des sexualités. In : Cotton JC., Sansfaçon AP., & Courcy N.(eds). *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires: Enjeux contemporains et approches innovantes*. Québec : Presse de l'Université du Québec, 2024 : pp.13-43.
2. Coleman E., Radix AE., Bouman WP., Brown GR., de Vries ALC., Deutsch MB., ...Arcelus J. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health* 2022; 23:1-259.
3. Testa RJ., Habarth J., Peta J., Balsam K., & Bockting W. Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2015; 2(1):65.
4. Hatchel T., & Marx R. (2018). Understanding Intersectionality and Resiliency among Transgender Adolescents: Exploring Pathways among Peer Victimization, School Belonging, and Drug Use. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15(6):1289
5. Connolly D. & Gilchrist G. Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors* 2020; 111:106544.
6. Lyons T., Shannon K., Pierre L., Small W., Krüsi A., & Kerr T. (2015). A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: Stigma and inclusivity. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2015; 10:17.
7. Matsuzaka S. Transgressing gender norms in addiction treatment: Transgender rights to access within gender-segregated facilities. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* 2018; 17(4): pp 420-433.
8. Luthar SS., Cicchetti D., & Becker B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development* 2000; 71(3):543-562.

INTERVIEW

Bénédicte Bertin et Abdou Ndiaye (Oppelia Charonne) par Camille Robert (GREA)

L'association Oppelia Charonne gère un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) à Paris exclusivement destiné aux femmes depuis trente ans. Abdou Ndiaye, directeur de l'association et Bénédicte Bertin, Cheffe de service de l'Espace Femmes, racontent l'histoire de ce lieu, son fonctionnement, sa plus-value pour les femmes usagères et ses défis à venir (réd.).



Camille Robert: Qu'est-ce que l'Espace Femmes ?

Abdou Ndiaye: L'Espace Femmes est une entité du CAARUD Charonne Oppelia. L'Association Charonne, née dans les années 1970 et devenue par fusion Oppelia Charonne en 2018, en est à l'initiative. Pour rappel les années 1970 sont marquées par un tournant législatif majeur. Elles voient la production d'une des lois les plus répressives sur les usagères et usagers de drogues, celle du 31 décembre 1970. Paradoxalement, elle ouvrirait aussi la possibilité aux usagères et usagers d'accéder aux soins anonymement. Le Code de Santé Publique et le Code Pénal figuraient ainsi toute la question des consommations de stupéfiants sur deux axes : ou tu es délinquant, ou tu es malade. L'association est née dans ce contexte, avec beaucoup de « toxicomanes », comme on

les appelait à l'époque, à accompagner. D'abord avec un accueil de jour, puis de nuit avec un foyer, pour ensuite se décliner en plusieurs types d'établissements dont un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en 1993 et l'Espace Femmes en 1995 dans la même dynamique.

Bénédicte Bertin: C'étaient les débuts de la consommation de crack à Paris, notamment sur la place Stalingrad. Avant, les usagères et usagers d'héroïne étaient plutôt invisibles sur l'espace public mais les scènes de consommation de crack les ont mis plus en visibilité. Et donc quand le premier CAARUD a ouvert, des hommes comme des femmes consommatrices de crack sont venu·e·s. Mais l'espace était tout petit, il y avait beaucoup de monde et rapidement, les usagers hommes ont exercé de la violence à l'intérieur de la structure, ce qui a été insupportable pour l'équipe. À cette époque-là, l'équipe s'interroge pour offrir un espace plus sécurisé aux femmes usagères. Dans un premier temps, il a été décidé de fermer l'accueil mixte sur certaines plages horaires pour n'accueillir que des femmes. Mais la structure était située dans une petite rue d'un des quartiers les plus défavorisés du 18e et les hommes exerçaient la violence sur les femmes à l'extérieur, avant qu'elles n'entrent ou quand elles sortent. Ce n'était donc pas la bonne solution, ce qui a décidé la Direction à réagir rapidement. Une autre boutique a été louée un peu plus loin, celle-ci réservée aux femmes et qui ouvrait en alternance avec l'espace mixte, avant de pouvoir ouvrir tous les jours grâce à de nouveaux financements.

En 2010, les deux Espaces ont déménagé à Porte-de-la-Chapelle, sur un même site dans un grand jardin avec deux entrées, l'une pour les femmes et l'autre mixte. C'était une période assez sinistre, avec beaucoup de violences, aussi entre femmes usagères et envers les professionnelles de l'époque. Des collaboratrices sont parties. Une demande spontanée d'un éducateur homme de passer sur l'Espace Femmes a permis de se rendre compte que la présence d'éducateurs masculins amenait une certaine sécurité. Les violences ont diminué à l'intérieur de l'espace.

Camille Robert: Donc l'Espace Femmes est né en raison de changements dans les consommations de drogues, avec l'augmentation du crack et les problèmes de violence envers les femmes?

Bénédicte Bertin: Oui, c'est exactement ça. L'équipe faisait face à un changement total des comportements des usagers et usagères avec le crack. Les femmes sont «la pierre angulaire des scènes de consommation de crack», parce que ce sont elles qui font rentrer le plus d'argent sur ces scènes, en lien avec la prostitution. Elles sont donc traquées quand elles se prostituent, car on va essayer de leur voler leur argent après une prestation sous la menace de coups. Elles sont obligées d'être hyper vigilantes en permanence, elles sont soumises à des violences diverses et des formes d'emprise. Par la particularité de leur vie, elles consomment énormément, sont sous-alimentées et peuvent ne pas dormir pendant 3 jours. Ce sont des profils de femmes très abîmées et plutôt seules.

Camille Robert: Aujourd'hui, combien de femmes accompagnez-vous à Paris?

Bénédicte Bertin: La file active est d'environ 170 femmes sur site. A Paris, il y aurait entre 250 et 300 femmes sur les scènes de consommation. En CSAPA ou en CAARUD mixte, on est habituellement sur des ratios de 20% de femmes et 80% d'hommes. C'est très compliqué pour des femmes d'aller en soins et de se rendre en CAARUD, même juste pour prendre du matériel.

Abdou Ndiaye: Outre les inégalités dont elles sont victimes dans la société, ici les femmes subissent une double stigmatisation : celle propre au fait de consommer des drogues et celle d'être des femmes qui consomment des drogues. La société a encore beaucoup de mal à accepter cela. Aller en CSAPA peut encore passer, ça veut dire que tu veux te soigner, mais assumer pour une femme d'aller en CAARUD est loin d'être gagné. Si on ajoute à cela la violence dont a parlé Bénédicte, les vols, le proxénétisme, elles sont incontestablement dans des situations très vulnérabilisantes.

Camille Robert: Quels types de prestations proposez-vous dans l'Espace Femmes?

Bénédicte Bertin: Notre approche consiste à être au plus près des besoins et des demandes des usagères. Le CAARUD dispose d'une salle de repos qui leur sert autant de temps qu'elles souhaitent lors des journées de travail en continu (lundi et vendredi). Elles peuvent arriver à 9h, se doucher, faire une lessive et aller dormir sur l'espace de repos. L'Espace propose les services d'un médecin généraliste (le jeudi matin), d'une art-thérapeute (le lundi matin), d'une infirmière à mi-temps (lundi à mercredi) et d'une socio-esthéticienne (le vendredi). L'équipe pluridisciplinaire met en place des ateliers et des sorties, pour les sensibiliser à des thématiques de santé et les mobiliser sur la question du soin. L'Espace Femmes favorise une diversité d'activités culturelles (sortie cinéma, restaurant...) dans l'objectif d'offrir aux femmes une possibilité de s'extraire d'un quotidien ancré dans les scènes de consommation. Ce n'est pas toujours évident d'avoir leur adhésion, elles sont beaucoup mobilisées dans une organisation routinière autour de la recherche d'argent, de produit, d'un lieu sécurisé pour consommer, avec son corolaire d'hypervigilance. Elles ont des parcours de vie extrêmement douloureux, marqués dès le jeune âge par des violences, des abus sexuels, des incestes etc. Elles sont encombrées par de nombreux événements traumatiques.

Abdou Ndiaye: La plus-value de l'Espace Femmes réside dans la sanctuarisation du lieu ; il n'est pas ouvert lundi pour les hommes et mardi pour les femmes. En venant ici, les femmes savent qu'elles vont dans un espace qui leur est complètement dédié. Quelque part, «c'est chez elles». Elles savent qu'elles vont pouvoir se couper des tensions avec les hommes, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en a pas entre elles. L'espace leur appartient, cela change vraiment des espaces mixtes qui expérimentent des séquences d'ouverture pour les femmes en semaine, qu'il convient d'encourager toutefois.

Bénédicte Bertin: L'Espace Femmes accueille aussi un public issu de la prostitution, qui fréquente les Bois de Paris, notamment le Bois de Boulogne, qui est occupé à 90% par des femmes trans avec qui nous avons créé de très bons liens. La file active de femmes trans récente s'intègre très bien dans le service. L'Espace Femmes, c'est un endroit où l'on peut se sentir femme.

Abdou Ndiaye: Et être accueillie comme telle.

Camille Robert: Pourquoi, à votre avis, y a-t-il si peu d'espaces d'accueil à bas seuil réservés aux femmes?

Bénédicte Bertin: La réflexion est assez récente. Au début, il y avait beaucoup de professionnel·le·s qui n'étaient pas d'accord d'ouvrir des espaces dédiés aux femmes, il y a eu beaucoup de débats. Au début de mon activité professionnelle, dans les années 2000, il y avait très peu d'études et de littérature scientifiques disponibles sur les caractéristiques propres aux consommations de

substances et des dépendances concernant les femmes. Aujourd’hui il est établi que les produits psychoactifs n’engendrent pas les mêmes conséquences sanitaires selon le genre. Il subsiste beaucoup de stigmatisations sur les femmes. A titre d’exemple l’alcoolisme chez les femmes reste encore un énorme tabou. Même dans le travail social et chez certain·e·s professionnel·le·s, en dépit du travail considérable de correction des représentations, il y a encore une marge de progression pour convaincre de la pertinence de donner une place spécifique à l’accompagnement des femmes.

Pour définir l’offre de l’Espace Femmes nous avions eu beaucoup d’échanges sur l’appréciation des demandes des femmes. Notre parti pris est d’apporter autant de réponses que possibles, y compris les plus caricaturées telles la couture, la cuisine, le tricot, d’avoir une socio-esthéticienne… Les mises en place de celles-ci sont l’occasion de passer un moment convivial entre professionnel·le·s et usagères pendant près d’une heure, ce qui est très porteur dans la réhabilitation de l’estime de soi. Sur le plan somatique, la gynécologie s’est rapidement avérée très pertinente. La file active comporte des usagères de 60 ans avec un parcours de consommation de plus de 40 ans. Elles sont confrontées aux enjeux de santé inhérents tels que la ménopause, des aménorrhées depuis des années, l’absence de bilans, etc. Sur le plan des infections, nous accompagnons aussi des femmes trans qui n’ont même pas 25 ans et qui sont positives au VIH ou à la syphilis. Donc oui, il y a un accompagnement spécifique qui doit se faire autour des femmes usagères, qu’elles soient consommatrices de crack, d’alcool ou d’opiacés.

Camille Robert: Et comment ça se passe au niveau de vos équipes? Y a-t-il besoin de formation continue spécifique à ces sujets?



Bénédicte Bertin: Comme dans toute équipe, les encadrants favorisent une montée en compétences de manière empirique. Pour optimiser les modalités d’accueil de femmes trans, j’ai sollicité une formation sur les transidentités proposée par l’association OUTrans (ndlr : association féministe d’auto-support trans à Paris).

De même j’ai appuyé des sensibilisations pour développer nos compétences sur les violences et les traumas. Il y a quelques années, quand l’Espace Femmes était encore situé à Porte-de-la-Chapelle, les situations d’emprise ou de sidération étaient très peu abordées. L’équipe médico-sociale comprenait mal que les femmes retournent auprès d’hommes qui les violentaient et ce malgré le fait d’avoir déposé elles-mêmes plusieurs plaintes contre ce ou ces derniers. La connaissance de ces problématiques s’enrichit et l’équipe continue à se former régulièrement, notamment lors des ateliers organisés à l’occasion des journées du 8 mars ou du 25 novembre. C’est un travail du quotidien.

Camille Robert: Vous disiez aussi que d’avoir engagé des hommes dans les équipes de travail social a amélioré la situation de l’Espace Femmes. Comment ça se passe concrètement?

Abdou Ndiaye: Au moment du recrutement, il revient à la cheffe de service d’apprécier la compatibilité entre l’éducateur candidat au poste et l’état d’esprit de l’Espace Femmes ; c’est un prérequis pour l’exercice professionnel dans cet Espace. Si nécessaire, il peut être proposé au professionnel récemment recruté de bénéficier d’un accompagnement pour monter en compétence. En revanche, il est fondamental d’avoir à minima la posture cohérente avec la spécificité de ce service.

La présence d’éducateurs dans l’équipe répond à plusieurs objectifs : tout d’abord, celui de laisser la possibilité aux femmes de s’adresser ou de se confier à un homme si elles le souhaitent. Elle permet aussi d’expérimenter des interactions entre usagères et éducateurs sans enjeu de domination ou de mise en danger. Les parcours de consommation, notamment en rue, exposent beaucoup les femmes et plusieurs hommes profitent de leurs vulnérabilités.

Bénédicte Bertin: Il y a quelques années, il y avait beaucoup de violence entre les usagères et les collaboratrices. Les relations entre travailleuses sociales et usagères ne sont pas vraiment non plus étudiées, de mon point de vue. Je pense qu’il y a beaucoup de choses douloureuses qui se jouent dans ces interactions. Je ne prône pas une mixité absolue dans les équipes, mais c’est quelque chose qui fonctionne à l’Espace Femmes.

Camille Robert: Le contexte politique n’est pas simple en France et un certain nombre de défis s’annoncent dans un contexte de « guerre à la drogue ». Comment voyez-vous la suite ?

Bénédicte Bertin: L'équipe souhaite vivement pouvoir continuer ce travail, sans coupes budgétaires. Les politiques qui mènent une « guerre à la drogue » impliquent aussi une forte pression policière, ce qui a une répercussion sur les CAARUD. La violence, l'insécurité et l'instabilité s'intensifient. Depuis les Jeux olympiques, le CAARUD est sollicité pour des démantèlements de campements en rue, ce qui éloigne les usagères et usagers du soin. Elles et ils sont encore plus exclus et se retrouvent dans des coins toujours plus sordides. Si l'on ne peut regretter la « colline du crack » tant elle fut catastrophique quant aux conditions de vie, en particulier des femmes usagères, il convient de noter qu'elle était circonscrite, ce qui facilitait le travail d'intervention auprès des personnes. Maintenant, les scènes sont explosées, tout est plus violent et plus caché, avec davantage de pression. Les conditions sont pires et il se passe des choses horribles. Des femmes peuvent être séquestrées dans des tentes pour de la prostitution auxquelles les professionnel-le-s n'ont pas d'accès. Cet état de fait impacte nos équipes. Il interroge l'éthique du travail social.

Abdou Ndiaye: La « guerre à la drogue » enfonce les personnes plus vulnérables dans encore plus de difficultés: les mineurs, les femmes, les personnes en situations administratives irrégulières, etc. La prohibition a insidieusement induit un distinguo entre des drogues dites « dures », vecteurs de stigmatisation de certaines populations et des drogues « douces » qui seraient plus acceptables. Pourtant les enquêtes (OFDT, OEDT, ...) confirment que la consommation de substances psychoactives est de plus en plus répandue en population générale, aussi chez les femmes, en dépit de cette doctrine répressive. Ces évolutions dans les consommations n'épargnent pas les femmes, une

grande part d'entre elles recourent aux médicaments antidépresseurs, à l'alcool, au tabac, toutes ces substances pouvant générer des addictions.

Les inégalités, les violences et les mécanismes de domination sous-jacents dont les femmes sont victimes restent des facteurs de vulnérabilité majeurs. Leur quête de soulagement peut de ce point de vue trouver refuge dans les bénéfices des psychotropes légaux comme illégaux.

Nous devons changer le regard de la société sur les usagers et usagères de drogues pour leur faciliter le recours aux soins

Celles qui ne sont pas forcément dans des situations de précarité sont réticentes à franchir nos portes pour parler de ce qu'elles traversent. Nous devons changer le regard de la société sur les usagers et usagères de drogues pour leur faciliter le recours aux soins.

Le deuxième élément sur lequel je souligne une nécessité de progrès est l'hébergement et le logement. Disposer d'un toit reste un enjeu pour beaucoup d'usagers et d'usagères. L'Espace Femmes a voulu développer un espace de repos de nuit mais le projet s'est heurté aux coûts. Aujourd'hui, Oppelia Charonne expérimente en partenariat avec une association un dispositif d'hébergement de vingt places exclusivement réservées aux femmes. Les résultats sont très prometteurs. A moyen terme, nous œuvrons à pérenniser ce dispositif avec un meilleur accompagnement de la question des consommations.

Camille Robert: Merci beaucoup pour cet entretien.

Contacts : andiaye2@oppelia.fr et bbertin@oppelia.fr

POUR UNE APPROCHE DU CHEMSEX ANCRÉE DANS LA PRATIQUE

Florent Jouinot (*Aide Suisse contre le Sida*)

La pratique du chemsex mobilise l'attention depuis de nombreuses années, souvent accompagnée de préjugés et de stigmatisations. Le présent article vise à fournir des repères et des pistes d'actions aux organismes intervenant dans le domaine des consommations et des addictions, qui correspondent aux besoins des personnes concernées (réd.).

Le chemsex (mot valise associant « Chemical » et « Sex ») peut être défini comme la consommation volontaire planifiée de certains produits afin d'avoir des rapports sexuels consentis sous l'effet de ceux-ci. En regard des différents types de rapports sexuels ayant lieu sous l'effet de substances, la principale spécificité du chemsex tient donc à la planification des rapports et au choix d'avoir ceux-ci sous l'influence de produits choisis pour leurs effets. Dans l'appréhension du chemsex, doivent également être distinguées les expérimentations ponctuelles de la pratique fréquente et/ou durable dans le temps.

Le chemsex est pratiqué essentiellement (mais pas exclusivement) par des hommes cisgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes, majoritairement des hommes gays. Ceux-ci se rencontrent dans la scène gay ou via des applications de rencontre.

Les objectifs des personnes pratiquant le chemsex sont divers mais peuvent être regroupés en trois catégories :

- Amélioration de la sexualité avec une augmentation du désir, de l'excitation ainsi qu'un lâcher-prise. Ce dernier permet l'expérimentation et l'exploration (effets des produits, intimité, corporalité et sensation, état psychique, limites...) ainsi que la découverte et la réalisation de pratiques et fantasmes (pénétration anale réceptive, sexe en groupe, kinks et fétiches...). Les produits peuvent par ailleurs modifier les sensations physiques et psychiques, apportant ainsi une sensation de bien-être et augmentant le plaisir

ainsi que la performance sexuelle, notamment l'intensité et la durée des rapports.

- Augmentation de la confiance en soi et dépassement de blocages et autres inhibitions liés à l'image de soi ou encore des peurs et de la honte nées de barrières sociales intériorisées.
- Amélioration de la sociabilité, des connexions émotionnelles et création d'une intimité entre les partenaires.

En lien avec ces objectifs, les produits les plus fréquemment consommés dans le cadre du chemsex sont le GHB/GBL, les cathinones (3MMC/3CMC, 4Mec...), la crystal-méthamphétamine et la kétamine. La consommation d'autres produits qui n'entrent pas dans la définition du chemsex – tels que l'alcool, le poppers, la cocaïne, l'ecstasy, etc. – peut y être associée ainsi que la prise de traitement des troubles de l'érection. Le choix des produits et des modes de consommation (inhalation/sniff, ingestion, plug, injection/slam) peut dépendre du réseau dans lequel la personne s'inscrit. La culture de ce réseau va elle-même dépendre de la région dans laquelle il se trouve et notamment de l'influence que peuvent exercer les scènes internationales. Ainsi, la consommation de cathinones semble plus fréquente en Suisse romande, certainement en raison de l'influence des communautés françaises (Lyon, Paris) alors que la consommation de crystal-méthamphétamine serait plus fréquente en Suisse alémanique en raison de l'influence allemande (Berlin).



Les données disponibles concernant la prévalence de la pratique du chemsex doivent être lues avec un regard critique. Les enquêtes ne sont pas toutes représentatives de la population étudiée et ceci en raison de biais de recrutement, en particulier dans les cohortes (souvent urbaines) des centres de santé sexuelle, des centres PrEP VIH ou de suivi de personnes vivant avec le VIH. Ensuite, la consommation d'un produit ou même le fait d'avoir un rapport sous l'effet d'un produit n'est pas synonyme de pratique du chemsex. Selon les données internationales des 5 dernières années, en Suisse comme dans le reste de l'Europe occidentale, ce sont environ 15% (entre 10 à 20%)^{1/2} des hommes, gay, bi et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (GBHSH) qui auraient eu au moins un rapport sexuel sous l'effet de substances qui pourrait correspondre à la définition du chemsex du présent article. La planification de ces rapports sous l'effet de substances prises en compte n'est cependant pas avérée. Ce type d'expériences n'est donc pas toujours synonyme d'habitude durable dans le temps et les échantillons de ces enquêtes ne sont pas nécessairement représentatifs.

PROBLÉMATISATION ET POSTURE

Comme pour toute consommation de substances, la pratique du chemsex peut conduire à des intoxications et des surdoses. Elle peut également impacter la santé physique, psychique ou sociale. Pour autant, dans la très grande majorité des cas, comme pour la plupart des consommations, la pratique du chemsex reste sans conséquences majeures. Malgré cela, dans l'espace social, le chemsex est presque exclusivement présenté comme un danger, une nouvelle «épidémie» succédant à celle du VIH. Au sein de la communauté gay, de plus en plus de membres entreraient dans un engrenage inextricable conduisant inéluctablement à la mort sinon physique tout du moins sociale. Mais, ici comme ailleurs, la prévention par la peur, la stigmatisation des personnes

et des comportements ou encore la seule promotion de l'abstinence ne sont pas des stratégies efficaces. Seule une approche pragmatique, visant la déstigmatisation et ancrée dans les réalités vécues permettra de réduire les risques et dommages (RdR&D) liés à la pratique du chemsex.

Ensuite, plutôt que de prendre en compte les objectifs visés par la pratique du chemsex, on assiste à une pathologisation des comportements : la consommation de substances, la sexualité et/ou l'intersection des deux sont présentées comme des réponses ordaliennes à des troubles psychiques liés à l'identité gay, à l'homonégativité intérieurisée ou encore à des violences vécues ou observées. Les personnes sont en outre présentées comme inconscientes des risques ou incapables de les gérer. Certes, les études confirment que, de manière générale,

la santé notamment psychique des GBHSH est moins bonne et que cela est lié à l'homonégativité sociale. Les enquêtes de population montrent également que les GBHSH consomment plus de substances et ce à tous les âges, notamment en lien avec la sexualité. Toutefois, aucun lien de causalité direct n'a été

clairement établi entre ces deux éléments. Autrement dit, le mal-être psychique ne conduit pas nécessairement à la consommation de substances ou à la pratique du chemsex, et inversement, pratiquer le chemsex ne signifie pas automatiquement ressentir un mal-être psychique. Cette hypothèse va d'ailleurs à l'encontre de la majorité des vécus, dans la mesure où le chemsex semble apporter du positif dans la vie (sexuelle) des personnes le pratiquant^{3/4}. Si les personnes ayant des expériences problématiques existent, elles restent minoritaires. Toutes doivent avoir accès aux mesures de RdR&D correspondant à leurs besoins et attentes.

Le chemsex est presque exclusivement présenté comme un danger

RÉDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES

En Suisse, des mesures de RdR&D existent et leur efficacité est démontrée. Pour autant, des adaptations

sont nécessaires afin d'atteindre les personnes pratiquant le chemsex et plus largement les GBHSH consommateurs de produits de sorte à répondre à leurs besoins et attentes y compris spécifiques.

Les enjeux de santé sexuelle et notamment de consommation sexualisée devraient être inclus de manière systématique et explicite dans toutes les mesures de prévention et de RdR&D liées à la consommation de substances (ou à la sexualité) ainsi que dans l'accompagnement de personnes consommatrices. En complément, les enjeux relatifs à certains groupes (ex. GBHSH) et pratiques (ex. chemsex) devraient être pris en compte de manière spécifique.

Les personnes pratiquant le chemsex semblent peu atteintes par les actions de prévention et de RdR&D liés aux consommations de substances ou, tout du moins, elles ne se reconnaissent pas dans les messages génériques et les offres promues. Pour atteindre ces personnes, il semble nécessaire de communiquer via les canaux qu'elles utilisent (par ex. les applications de rencontre), d'aller à leur rencontre dans les espaces qu'elles fréquentent et d'utiliser des supports de communication (visuels, vocabulaire, situations...) qui correspondent à leurs réalités spécifiques.

La RdR&D en lien avec la pratique du chemsex doit prendre en compte ces spécificités et ne pas imposer une vision morale ou médicale. Pour cela, il semble pertinent de s'appuyer sur les stratégies de gestion et de régulation individuelles et collectives développées et mises œuvre par les pratiquant·e·s eux/elles-mêmes. Identifier, promouvoir, favoriser et soutenir les modèles d'intervention déjà éprouvés par la pratique—des savoirs empiriques d'ailleurs trop souvent marginalisés—permet de s'assurer de leur acceptabilité par les personnes/groupes que l'on cherche à atteindre ainsi que de leur potentiel de déploiement et d'efficacité. Ces stratégies reposent sur une préoccupation partagée par les participant·x·e·s pour le bien-être (care) individuel des membres et collectif du groupe. Dans les faits,

cela se traduit par l'organisation collective de l'analyse des produits avant les sessions et la mise à disposition de matériel pour une consommation et des rapports sexuels à moindre risque ; des stratégies de préparation et de monitorage des prises (tableau de suivi et rôle de « master » chargé de la préparation/distribution), de gestion des intoxications et surdoses (veiller les un·e·s sur les autres durant les sessions, détection et appel aux secours au besoin...), de réduction des risques liés aux infections (éducation au Safer Use ; promotion de la vaccination, de la PrEP VIH, des dépistages/contrôles...), de gestion du consentement (sexuel et pour la consommation), de détection des comportements problématiques qu'ils soient sexuels ou de consommation (évolution des consommations en termes de produits, de dosages, de mode de consommation ou de fréquence et de l'impact sur l'individu et/ou sa vie...), de soutien entre pair·e·s, y compris pour surmonter les difficultés rencontrées et trouver des stratégies pour prévenir leur récurrence, d'orientation/accompagnement vers les services spécialisés adéquats lorsque cela est pertinent, de développement de la capacité d'action individuelle et collective, pour soi et ses pair·e·s (développement, renforcement et transmission des connaissances et compétences permettant la gestion dans le cadre des envies et limites en dehors du contrôle social, sans moralisation ou pathologisation)...

Pour répondre aux enjeux réels liés aux chemsex, les professionnel·le·s des organismes intervenant dans le domaine des consommations et des addictions doivent connaître les réalités des pratiques et les besoins/attentes des personnes concernées. Cela doit les amener à adapter leur posture, les stratégies et les mesures (communication, intervention, offres). Pour cela, il est possible de s'appuyer sur les savoirs développés par les personnes pratiquant le chemsex qui doivent être partie prenante voire leaders des projets d'inclusion et spécifiques.

Contact : florent.jouinot@aids.ch

Références

1. Weber P. et al. *European MSM Internet Survey (EMIS-2017)*. Rapport national de la Suisse. Olten : Hochschule für Soziale Arbeit, 2019.
2. Weber P. et al. *Sex Health Survey 2022. Rapport sur les résultats de l'enquête quantitative en ligne sur les comportements de protection contre le VIH et les IST*. Olten : Hochschule für Soziale Arbeit, 2024.
3. D'Albenzio A. L. Chemstopia. Entre politiques homonor-
matives, imaginaire des risques, intimité collective et plaisirs transgressifs ; Le phénomène «Chemsex» dans deux villes de Suisse romande. Mémoire de master en sciences politiques, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Fillieule Olivier (dir.), 2023.
4. Milhet M. APACHES - Attentes et PArcours liés au CHEmSex. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2023. Document téléchargé depuis <https://www.documentation-administrative.gouv.fr/adm-01859006>



Fédération romande
des organismes de formation
dans le domaine des dépendances

Hes·SO

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland

CAS INTERPROFESSIONNEL EN ADDICTIONS

15 ECTS

Délai d'inscription : 31 août 2025
Début du CAS : 30 octobre 2025

Informations et inscriptions :
www.fordd.ch

GREA **HUG** Hôpitaux
GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS Universitaires
Genève

CHUV

HE **TSL** **La Source.**
Institut et Haute
Ecole de la Santé

ACCUEILLIR LES PERSONNES TRANSGENRES EN CABINET MÉDICAL : UN PARTAGE D'EXPÉRIENCE

Anne François (Centre de soins 8 bis)

Le Centre de soins 8 bis a fait le choix conscient et éclairé d'être un lieu explicitement accueillant pour la communauté LGBTQIA+. Au-delà de l'annonce, il s'agit de mettre en place un certain nombre d'actions concrètes pour que tout le monde se sente bien accueilli. L'espace de soins devient alors également un espace politique (réd.).

Le centre de soins 8 bis est un centre de médecine de l'addiction et un cabinet de médecine interne générale. C'est dans ce cadre qu'est née l'occasion extraordinaire d'apprendre, de rencontrer, de penser la pratique et d'ouvrir encore un peu plus les yeux sur le monde patriarcal, binaire et hétéronormé dans lequel nous vivons.

Je fais la connaissance de S., jeune personne d'une vingtaine d'années qui va mal, sabote son apprentissage, sort beaucoup, consomme des drogues festives la nuit et du cannabis sur toutes ses heures d'éveil. Nous commençons alors un voyage de presque un an qui nous mène de l'enfance différente dans un contexte de violence familiale à l'adolescence embrumée et finalement à l'évidence d'avoir été attribué à la naissance à un genre qui n'est pas le sien. Ce jour-là, celui du coming out à son médecin qui suit de très peu le coming in (révélation à soi-même), j'appelle un collègue que j'ai vu lors d'une session de formation continue sur la transidentité. Il m'avait alors ouvert les yeux, par sa limpidité, sur un sujet qu'on veut nous faire croire très compliqué. L'enthousiaste docteur Merglen, médecin adjoint en pédiatrie qui s'occupe des jeunes transgenres, me propose un déjeuner pendant lequel il aiguise mon envie d'apprendre et duquel je ressors pour m'inscrire à la formation de base de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (WPATH), qui commence le soir même. Les premiers patients arrivent rapidement, référencés par le docteur Merglen, l'association Le Refuge (qui accueille les mineurs LGBTQIA+, particulièrement trans et leur propose une écoute, des groupes, un hébergement

d'urgence) puis par le bouche-à-oreille. Il faut dire que peu nombreux sont les médecins de famille formés à cette problématique.

DE QUOI PARLE-T-ON AU JUSTE ?

Le sexe biologique est attribué à la naissance par la forme des organes sexuels externes, selon une logique binaire : mâle ou femelle. La chose n'est pourtant pas si simple quand on regarde la variété de leurs formes, ceci sans même entrer dans le sujet, oh combien important pourtant, des personnes intersexes.

Le sexe biologique a longtemps été confondu avec l'identité de genre, qui est en réalité le ressenti de son identité, ressenti qui peut être congruent avec le sexe attribué à la naissance (on parle alors de personnes cisgenres) ou pas (transgenres) ; dans ce dernier cas, l'identité de genre peut être celle de l'autre genre, quelque part entre les deux, de manière stable ou fluide ou aucun des deux (agenre). Et personne ne peut y redire quoi que ce soit puisqu'il s'agit d'un sentiment intérieur, intime, qui doit être découpé des organes sexuels (et de l'orientation sexuelle) et dont les déterminants sont encore mal connus. Le sentiment de cette incongruence intime peut exister depuis l'enfance ou pas, tout ceci n'appartient qu'à la personne qui le ressent.

Le corps peut alors être vécu comme différent de ce que la personne sent qu'il devrait être, étranger parfois. Ce qui peut générer plus ou moins de souffrance (dysphorie), cette souffrance n'étant pas obligatoire.

NOTRE PRATIQUE

Il ne m'appartient évidemment pas de détailler les parcours intérieurs des personnes non cisgenres. Ma seule légitimité ici est de parler de notre pratique.

En réalité nous ne proposons rien d'autre que ce que nous proposons pour tous: accueil sans conditions, égalité de traitement, non jugement. Grâce aux patient·e·s, à la formation de la WPATH, dispensée pour une bonne part par des professionnels eux-mêmes transgenres, nous avons repensé nos pratiques, imprégnées encore, sans que nous ne nous en rendions compte, par la construction binaire de la société.

En équipe nous avons fait le choix d'être explicitement accueillants pour les personnes LGBTIQIA+, particulièrement transgenres. Il nous a semblé que le choix de se former plus pour accueillir mieux des personnes ayant une problématique minoritaire et discriminée demande à être clairement exprimé. En plus d'offrir un lieu de soins identifié comme sûre par les personnes concernées, cela permet d'être un lieu de lutte contre la discrimination en suscitant des questions de patients non concernés, de donner des explications en espérant que nos réponses auront plus de poids que les messages simplistes et si souvent faux relayés par les médias. Nous avons mis de la documentation explicite dans la salle d'attente, un drapeau trans à l'accueil, des logos pour des toilettes non genrées avec un pictogramme spécialement dessiné par un patient. Nous accueillons donc les personnes trans pour la mise en place et le suivi de leur traitement « d'affirmation de genre » et aussi pour un suivi de médecine interne-générale classique mais informé sur la problématique. Les patient·e·s non concerné·e·s sont toujours très soutenant·e·s quand nous leur expliquons la problématique et la raison de notre positionnement.

Nous avons fait une nouvelle fiche d'accueil incluant non plus le sexe mais le genre, avec des propositions, des rubriques permettant d'indiquer les prénoms et pronoms d'usage, choisis. Afin que chacun·e s'y retrouve et que toute l'équipe puisse nommer et genrer la personne correctement, selon ses choix, son ressenti.

Notre dossier électronique a été modifié pour inclure, en plus de l'identité administrative si cette dernière n'est pas (ou pas encore) modifiée, l'identité choisie: le prénom, les pronoms utilisés.

Notre manière de parler s'est également modifiée avec le temps: nous utilisons le plus possible les mots non genrés, n'utilisons plus les classiques «monsieur, madame», codes sociaux inutiles à la réflexion. Nous nous présentons avec nos prénoms et notre genre, pour ouvrir la discussion et permettre à la personne de

préciser les siens et d'entendre que ce sujet est pris au sérieux. Nous nous excusons toujours par avance des erreurs de genre que nous pourrions commettre dans la conversation et bien sûr nous excusons en direct quand nous nous apercevons en avoir commis.

L'anamnèse et l'examen clinique ont quelques particularités: demander à personne, le temps venu, comment elle nomme ses organes, ceux qui sont en place (en cas d'intervention chirurgicale), demander l'autorisation de toucher le corps pour l'examiner. L'auscultation cardiaque peut se révéler un moment difficile pour un homme trans que sa poitrine rend dysphorique, qui porte possiblement un binder (brassière très serrée) ou du tape (gros scotch) pour qu'elle ne se voie pas. Cette pratique a quelques risques aussi qu'il faut connaître: malaise pendant l'effort, fracture de côtes, maux de dos, problèmes cutanés. Nous portons une attention particulière à ce qui cause le plus de souffrance, dysphorie et à ce que la personne aimerait comme caractéristique physique pour se sentir mieux: seins, règles, pénis, érection, forme des hanches, caractéristiques genres du visage, voix, ou poils, de manière à pouvoir proposer des solutions adaptées à chacun. Il ne faut jamais oublier que les personnes sont très informées, par les réseaux sociaux, par la communauté.

Je ne vais pas ici expliquer la médecine de la diversité de genre, les traitements hormonaux, les chirurgies, les négociations avec les assurances, ce n'est pas le lieu. Je ne vais rappeler que quelques principes dont certains sont les mêmes que dans le champ des dépendances: il y a des questions de santé en plus, aucune en moins. Tout n'est pas résumable aux questions de genre, comme tout n'est pas résumable à la consommation de produits psychotropes. Nous n'abordons les questions de genre que lorsqu'elles sont pertinentes avec les questions posées. Le cœur de tout est d'écouter vraiment la personne qui vient nous dévoiler ses problématiques les plus intimes, de les respecter entièrement, exactement comme pour tous nos patients. Les personnes trans sont continuellement questionnées sur le phénomène de la transidentité, leur parcours, ce qui peut être lassant et prendre du temps sur celui qu'elles ont pour que nous les aidions à résoudre le problème de santé pour lequel elles nous ont consulté. Elles n'ont par ailleurs aucune envie qu'on leur demande ce qu'elles ont entre les jambes, sauf si c'est une question pertinente pour le suivi. Nous devons donc être suffisamment au courant pour pouvoir adresser les questions posées et ne pas tout ramener à la transidentité ni à notre propre envie d'en savoir plus.

Il me faut dire deux mots de la question de l'éventuel regret, de la détransition. Toute décision implique une

Tout n'est pas résumable aux questions de genre, comme tout n'est pas résumable à la consommation de produits psychotropes

possibilité de regret, d'avoir fait les mauvais choix ou des choix qui finalement ne nous conviennent pas ou plus. Les études montrent un taux de regret très bas (la dernière étude¹ publiée concernant des mineurs révèle un taux de regret à 0.5% dans un collectif de 1050 mineurs ayant eu accès à un traitement hormonal) très largement inférieur aux regrets liés à une prothèse de hanche, au mariage ou même au fait d'avoir des enfants. La définition de la détransition devrait être mieux définie et ne pas se concentrer sur l'arrêt des traitements hormonaux qui peut avoir d'autres causes: avoir atteint le corps que l'on désire ou comprendre que l'identité non binaire convient mieux à son ressenti. On sait aussi qu'une partie des détransitions est due au poids du regard social et familial, surpassant les bénéfices de la transition. Considérer la transition comme une mode démontre une claire méconnaissance des difficultés de ce parcours. Offrir la possibilité aux jeunes d'expérimenter un autre genre que celui attribué à la naissance par des mesures non permanentes (changement de prénom et de genre à l'école et en famille, bloqueurs de la puberté dont les effets s'arrêtent lorsque le traitement est arrêté) est de bon sens, justement pour que ces expérimentations, qui sont le propre de l'adolescence, puissent conduire à des conclusions étayées et à des décisions éclairées. Les traitements hormonaux ne sont jamais débutés avant le début de la puberté (Tanner 2) et encore, à ce stade, ce sont des bloqueurs de pubertés dont les effets ne sont pas permanents. Les chirurgies en Suisse sont rarissimes avant la majorité, contrairement aux fausses informations largement relayées, y compris par des professionnel·le·s.

ET LES CONSOMMATIONS?

Les consommations de produits psychotropes des personnes de la diversité de genre sont les mêmes que celles des personnes cis, sans aucune spécificité, pourquoi y en aurait-il d'ailleurs? C'est une population jeune, tous vivent un parcours compliqué parce que réaliser qu'on est transgenre, s'imaginer que la transition sociale et

médicale est possible et affronter les difficultés inhérentes à ce chemin est difficile et, souvent, douloureux. Les consommations sont donc festives et permettent aussi, d'une certaine manière, de traiter ses angoisses, tristesses, différences. Il est donc vraiment important de connaître un peu les parcours pour pouvoir aborder ces personnes avec le même respect que pour tout un chacun.

LA VIOLENCE DES SOIGNANT·E·S

Mon plus grand choc en entrant dans cette pratique nouvelle a été d'apprendre l'ampleur de la violence des soignant·e·s à l'égard des personnes transgenres. Médecin de l'addiction depuis plusieurs dizaines d'années et ayant travaillé en maladies infectieuses pour les personnes vivant avec le VIH au milieu des années '90, je me croyais bien au courant du regard jugeant que nombre de soignant·e·s adoptent envers les personnes minoritaires. Mais je n'étais pas préparée à cette déferlante de mépris, de paternalisme, de curiosité illégitime, de claire maltraitance, de violence parfois. Souvent sans intention mauvaise mais mues par une grande ignorance et un souverain mépris des blessures potentiellement infligées. C'est la peur de cette violence, en lien bien sûr avec le regard sociétal dans son ensemble sur les diversités de genre qui est à l'origine d'un mauvais recours aux soins des personnes transgenres, que ces soins soient liés à la transition ou non.

En réalité nous ne faisons rien de particulier, rien d'autre que notre travail de soignant·e·s accueillant des patient·e·s dans le respect de leurs différences. Mais cela nous a offert une possibilité, celle de réfléchir à notre posture dans un monde binaire, nous qui croyions déjà être ouvert·e·s et «déconstruit·e·s».

Notre salle d'attente est diverse et pleine de respect, elle est politique. Quel bonheur!

Contact: anne.francois@hin.ch

Référence

1. Boskey ER et al. (2025). A Retrospective Cohort Study of Transgender Adolescents' Gender-Affirming Hormone Discontinuation. *Journal of Adolescent Health*, Volume 0, Issue 0.



ADDICTION | SUISSE

PANORAMA SUISSE DES ADDICTIONS 2025

Le business des addictions : quid de la responsabilité sociétale ?



→ www.addictionsuisse.ch/panorama



INTERVIEW

Tiphaine Robet et Juliana Santos Cruz (HUG) par Camille Robert (GREA)

Tiphaine Robet et Juliana Santo Cruz sont respectivement médecin de rue et infirmière au service d'addictologie des HUG. Lors de leurs maraudes en ville de Genève, elles sont allées au contact des travailleurs-euses du sexe pour qui l'accès aux prestations de soins - que l'on parle de santé sexuelle ou d'addictions - reste extrêmement difficile. Tour d'horizon des enjeux et besoins de cette partie de la population particulièrement invisible.



Camille Robert: Dans le contexte de la crise du crack à Genève, vous avez mis en place des maraudes de médecine de rue pour aller vers les personnes consommatrices. Dans ce cadre, vous êtes également allées à la rencontre des travailleurs-euses du sexe (ci-après TdS). Pouvez-vous nous présenter la démarche ?

Tiphaine Robet: Notre démarche d'aller-vers a démarré en novembre 2023 et pour lancer ce projet, on a commencé par se rapprocher de tout le tissu associatif du domaine de la précarité à Genève. Dans cette dynamique, nous

avons rencontré Aspasie (ndlr : association de défense des TdS à Genève), conscientes des liens étroits entre le travail du sexe et la consommation de substances.¹ Nous avons échangé avec leur équipe, découvert leur fonctionnement et visité leurs locaux, afin de mieux comprendre leurs actions et d'identifier les synergies possibles avec notre propre démarche. En discutant, on s'est aperçu que ce serait peut-être bien de faire le point sur la consommation de substances des TdS directement dans leurs lieux de travail (salons, appartements, clubs, saunas, rue). On a donc commencé à faire ce qu'on appelle des indoors, c'est-à-dire qu'on s'est joint, soit Juliana soit moi, aux maraudes organisées par Aspasie dans les salons, avec une personne de l'association qui est soit une travailleuse du sexe, soit une ancienne travailleuse du sexe. La collaboratrice d'Aspasie a un sac avec elle dans lequel il y a notamment des préservatifs et des flyers de réduction des risques. Et nous, nous nous sommes greffées à ces maraudes pour faire le point avec les TdS sur leurs consommations, de crack entre autres.

Juliana Santos Cruz: Le temps passé dans chaque lieu variait considérablement : certaines personnes avaient envie d'échanger longuement sur leurs difficultés, tandis que d'autres étaient prises par leur travail. L'objectif était d'instaurer rapidement un lien et d'évaluer, dans la mesure du possible, la présence de consommation. Nos approches professionnelles étaient complémentaires : la représentante d'Aspasie se concentrait avant tout sur la sécurité des TdS et sur d'éventuels besoins spécifiques, tandis que nous portions un regard plus centré sur les enjeux de santé et d'addictologie. La liste des lieux visités était évolutive, s'adaptant aux événements

récents, comme des signalements de la police ou des problématiques de consommation nouvellement identifiées.

Tiphaine Robet: Nous nous sommes également rendues dans les vitrines ainsi que dans les bus Boulevards, des espaces d'accueil nocturnes ouverts de 20h à 1h du matin. Ces bus offrent un accueil inconditionnel et mettent à disposition du matériel de réduction des risques (préservatifs, pailles pour sniffer de la cocaïne, boîtes flash), ainsi que du thé et du café. Surtout, ils constituent un espace chauffé et sécurisé, permettant d'atteindre les populations les plus précaires et les TdS exerçant en rue la nuit.

Camille Robert: Vous avez donc pu rencontrer les TdS à Genève et aborder avec elles et eux les questions de consommation. Qu'avez-vous pu observer et entendre dans ce contexte ?

Tiphaine Robet: Il faut commencer par dire que c'était souvent assez difficile d'entrer dans la thématique de la consommation de drogues. La meilleure approche consistait à passer par le prisme de la santé somatique : nous commençons par leur demander si elles ressentaient des douleurs ou rencontraient des problèmes de santé. Ensuite, on expliquait qu'on était là pour un projet en lien avec la drogue et le crack. Mais c'était très difficile d'avoir des réponses concrètes, surtout dans les salons où il y a des caméras. Je n'ai jamais rencontré de TdS qui m'aït dit « oui, je consomme du crack ». Il y a beaucoup de barrières structurelles à la discussion : parfois on est filmé, parfois il y a un client qui arrive, le téléphone qui reçoit un appel ou la gérance du salon qui est présente et qui vous entend, donc le lien est parfois très difficile à créer. Certains contextes spatiaux sont aussi très compliqués, comme les vitrines. On vient parler à ces filles qui sont dénudées devant les gens qui passent, parfois elles se livrent et se mettent à pleurer, c'était très compliqué à gérer. Dans les bus, l'ensemble des TdS nous disait ne pas consommer de cocaïne, mais la quasi-totalité repartait avec des pailles pour sniff. Et puis, il y

avait encore la barrière de la langue, ce qui complique encore les échanges et la possibilité d'entrer dans la thématique. Heureusement, Juliana parle espagnol et portugais, moi roumain et anglais, ce qui était chouette et qui nous a permis d'avoir un peu plus de discussions.

Juliana Santo Cruz: Dans ce contexte, en tant que soignantes et témoins directs de la précarité et des lacunes en matière de santé publique pour ces femmes et ces hommes, nous avons ressenti la nécessité de documenter concrètement ces réalités. C'est ainsi qu'est née l'idée de mener une enquête visant à recenser les problématiques de santé et les situations de violence auxquelles les TdS sont confrontées. Cette enquête repose sur les témoignages recueillis auprès de 126 TdS au cours d'une période de six mois, à travers 11 interventions sur le terrain. L'objectif était non seulement d'identifier les besoins sanitaires et sociaux, mais aussi de mettre en lumière les défaillances structurelles et le manque d'accompagnement adapté, afin de plaider pour des réponses plus justes et plus efficaces.

Camille Robert: On comprend qu'il existe de nombreuses barrières structurelles pour créer du lien et parler de consommation. Mais comment expliquer que même dans des espaces safes comme les bus, où il n'y a pas de surveillance, les TdS aient également du mal à discuter de leur consommation ?

Tiphaine Robet: Les bus sont des endroits supers mais assez exigus. Ils sont toujours pleins, on est assis à l'intérieur, et il y a beaucoup de mouvements. Les TdS viennent, repartent, il y a du monde à l'extérieur qui attend de pouvoir rentrer. Et quand les TdS sont dans le bus, c'est qu'elles et ils ne sont pas en train de travailler. On a vraiment ressenti cette urgence de devoir retourner travailler le plus vite possible – qui témoigne bien de la précarité de ce métier dans la rue. Une partie était heureuse de pouvoir prendre le temps de nous parler, beaucoup se confiaient, se mettaient à pleurer mais il fallait repartir tout de suite pour reprendre le travail. J'ai beaucoup questionné le sens de mon travail à ce



moment-là, parce qu'on ouvre une porte pour l'accueil et l'échange, les TdS déversent et doivent immédiatement repartir, c'est très frustrant. Ça illustre aussi le manque criant d'espaces de parole adaptés pour elles, ainsi que l'absence de structures de suivi psychologique réellement pensés pour leurs réalités.

Juliana Santo Cruz: Avec les TdS qui habitent et travaillent dans des chambres ou des appartements, c'était beaucoup plus facile de parler de consommation, parce qu'il n'y a pas de caméra ou d'écoute extérieure. Là, on a pu échanger avec des TdS qui nous ont dit consommer de la cocaïne. On a par exemple rencontré une travailleuse qui consommait des opiacés et qu'on a pu amener dans les soins, et qui y est toujours. Elle nous explique qu'aujourd'hui, de plus en plus de clients viennent avec du crack et leur proposent de consommer ensemble. La consommation de cocaïne induit une distorsion du temps, et comme les TdS facturent à l'heure, ça leur permet parfois de facturer 2 heures alors que la prestation a duré 30 minutes.

Tiphaine Robet: Il y a en fait trois raisons pour lesquelles les TdS vont consommer de la cocaïne. Il y a effectivement la question de la distorsion temporelle qui permet de facturer plus. La consommation de cocaïne permet également de tenir la cadence du travail, surtout quand on est fatigué et qu'il faut enchaîner les clients toute la nuit. Enfin, la cocaïne est un psychostimulant avec des effets antalgiques, et ce qu'on a observé, c'est que beaucoup de TdS souffrent de douleurs abdominales basses, de douleurs pelviennes, de dyspareunie (ndlr: douleurs juste avant, pendant ou après le rapport sexuel), etc. La cocaïne permet de soulager ces douleurs.

Camille Robert: Les conditions de travail sont donc extrêmement difficiles pour les TdS et l'accès aux soins et à un espace d'écoute et d'échange le sont aussi. Avez-vous des pistes de solution pour faire mieux ?

Juliana Santo Cruz: Il faut commencer par souligner que l'association Aspasie effectue un travail exceptionnel. Elle a beaucoup de collaboratrices et collaborateurs, mais peut-être pas assez au vu de nombre de Tds qui nécessitent une aide sociale, psychologique ou juridique. Aspasie propose un accueil inconditionnel, du soutien en matière de santé mentale, des ateliers juridiques, des cours de français, du matériel de réduction des risques, etc. Aspasie a également mis en place un projet de logements pour les TdS en rachetant un hôtel aux Pâquis, le Barillon. Des logements avec des loyers abordables peuvent ainsi être proposés aux Tds qui n'accèdent que très difficilement au logement locatif à Genève. Il y a aussi un système de sécurité avec des alarmes et des agents qui peuvent intervenir si besoin. Là où nous souhaitons alerter l'opinion, c'est sur les obstacles à la santé.

Tiphaine Robet: La situation sanitaire des TdS est vraiment alarmante. Le dernier rapport de l'OMS indique qu'il y a une augmentation des maladies sexuellement transmissibles dans la population générale et dans beaucoup de régions endémiques du monde. On fait face notamment à une augmentation de la gonorrhée multirésistante.² Sans rentrer dans les détails de ce rapport, le fait que 48% des personnes qu'on a interrogées dans notre enquête ne soient pas testées pour les maladies sexuellement transmissibles est inquiétant pour les TdS, pour les clients et donc pour la population générale. Et si la moitié des TdS ne se font pas tester, ce n'est pas parce qu'elles ou ils ne veulent pas, c'est parce qu'il y a trop de barrières. Attention, Aspasie dispose de permanences avec une infirmière qui accueille sur rendez-vous, mais ces plages d'accueil sont systématiquement pleines. Même problème dans les autres services de santé, il faut prendre rendez-vous, il faut donc avoir un téléphone et parler français, ne pas avoir de client à ce moment-là... il faut donc réussir à prendre un rendez-vous et pouvoir l'honorer.

Ça, ce sont les problématiques de santé sexuelle, mais il y a toutes les problématiques de santé somatique. On l'a évoqué avant, quand on constate qu'environ un tiers des TdS souffrent de douleurs pelviennes, c'est alarmant. Souvent, les TdS ont des permis de séjour de 90 jours et la franchise d'assurance maladie la plus élevée, et donc elles et ils n'ont pas accès au système de santé. Il manque aussi des consultations gynécologiques accessibles aux TdS, idéalement par des gynécologues formés aux travail du sexe.

La consommation de cocaïne permet également de tenir la cadence du travail

Camille Robert: Vous avez évoqué les problèmes de santé somatique et sexuelle. Y a-t-il d'autres difficultés et enjeux qui ne sont pas encore suffisamment couverts, à votre avis ? Et quels sont les freins pour y répondre ?

Juliana Santo Cruz: Il y a évidemment les problèmes liés aux addictions, principalement à la cocaïne et les questions de santé mentale qui ne sont pas du tout anodines au vu de leur travail. Souvent, il y a des vécus de violence avec des traumatismes, des parcours migratoires difficiles, des problématiques familiales et sociales. Comme on l'a évoqué, il y a la barrière de la langue, mais aussi une méconnaissance des offres existantes. Le manque d'informations concernant la contraception nous a aussi vraiment questionné.

Tiphaine Robet: Parmi les TdS qu'on a interrogé·e·s, 19% disaient ne pas avoir reçu des informations complètes et satisfaisantes sur la contraception : c'est une question de santé publique majeure. Si la légalisation du travail du sexe est une avancée essentielle – qui devrait être une réalité partout dans le monde – elle ne peut être dissociée de la mise en place d'offres socio-sanitaires

adaptées, répondant aux besoins spécifiques de cette activité. Sinon, c'est comme légaliser toutes les drogues sans assurer le moindre suivi : pas de monitoring, pas de prévention, pas de prise en charge en addictologie, et dire aux personnes en manque : « Débrouillez-vous, ce n'est pas notre problème. »

Camille Robert: Vous avez donc réalisé cette enquête de terrain pour évaluer quels sont les enjeux et besoins chez les TdS à Genève en lien avec leur santé. Quelles recommandations pouvez-vous formuler ?

Tiphaine Robet: La première perspective serait de monter une consultation gynécologique à bas seuil pour les TdS avec un-e professionnel-le formé-e au travail du sexe. Il faudrait que ce lieu soit situé en dehors de l'hôpital, parce qu'encore une fois, c'est difficile d'y venir. Plutôt dans un lieu où les TdS pourraient venir facilement et se sentir bien. Il faudra qu'on puisse offrir aussi dans ce lieu des temps de parole et des échanges sur les questions

sociales, de santé mentale, de réduction des risques, d'addictions, etc. Surtout, ces prestations devraient être gratuites. Qu'on puisse proposer des dépistages gratuits, quotidiens et sans rendez-vous. Il faudrait aussi réfléchir aux horaires, parce que souvent, les TdS dorment la journée et travaillent la nuit. C'est difficile de garder le lien, parce que comme les TdS ont des permis de trois mois, elles et ils repartent après trois mois, puis reviennent, c'est une patientèle très mobile qui est difficile d'accès. Ce sont les mêmes dynamiques et logiques de patientèle fantôme que les personnes consommatrices de crack à Genève, c'est très difficile de les faire venir en soins, il faut donc renforcer l'aller-vers.

Si la légalisation du travail du sexe est une avancée essentielle, elle ne peut être dissociée d'offres socio-sanitaires adaptées

Camille Robert: Merci pour cet entretien.

Contacts: tiphaine.robet@hug.ch et juliana.santoscruz@hug.ch

Références

1. Goldenberg SM, Morgan Thomas R, Forbes A, Baral S, éditeurs. Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-64171-9>
2. Un nouveau rapport signale une augmentation importante des infections sexuellement transmissibles, dans un contexte difficile de lutte contre le VIH et l'hépatite [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/item/21-05-2024-new-report-flags-major-increase-in-sexually-transmitted-infections---amidst-challenges-in-hiv-and-hepatitis>

ÊTRE PARENT AVEC UNE ADDICTION: À L'ÉPREUVE DES INÉGALITÉS DE GENRE

Sarah Vilpert (*Addiction Suisse*)

Cet article explore l'impact des stéréotypes de genre sur la parentalité des couples hétérosexuels confrontés à une consommation problématique de substances. Il met en lumière les disparités entre les pères et les mères en regard de l'implication parentale pour l'éducation des enfants. L'auteure préconise ainsi une approche qui favorise la répartition équitable des responsabilités parentales, dans la mesure du possible, et qui évite de renforcer les stéréotypes de genres en matière de parentalité (réd.).

Depuis 2020, le Groupe Pompidou, qui contribue à l'élaboration de politiques en matière de drogues efficaces et fondées sur des connaissances validées et respectueuses des droits de la personne, s'intéresse à la question des enfants dont les parents ont une consommation problématique de substances psychoactives dans le cadre de la stratégie du Conseil de l'Europe pour les droits de l'enfant (2022-2027). Il s'agit de prendre en considération les droits et les besoins des enfants vivant dans ces familles tout en conciliant ceux de leurs parents et en préservant la famille. Dans ses travaux, le Groupe Pompidou s'est notamment penché sur les différences de genre dans la parentalité. Deux rapports, un sur les mères¹ et un sur les pères² (étude préliminaire, rapport final à venir en 2025) présentent les résultats de ces recherches.

La Suisse a contribué à ces recherches, au travers d'Addiction Suisse, avec dix autres pays européens, le Mexique et le Maroc, en menant des entretiens avec des mères et des pères ayant une consommation problématique de substances psychoactives et en contact avec des services de prise en charge ambulatoire ou stationnaire. Cet article restitue une petite partie de ces résultats. Si ces recherches ont été menées dans des pays qui ont, notamment, des politiques en matière de drogues et des niveaux socioéconomiques différents, les tendances rapportées ici sont pertinentes pour la Suisse. En effet, bon nombre de constats émis dans ces deux rapports internationaux sont partagés par le rapport « Voix de mères en situation d'addiction: stigmatisation, enjeux et recommandations »³ qui analyse en détails les 21 récits de mères vivant en Suisse.

LES PERSONNES QUI ONT UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES: DÉFINITION

Dans les travaux de recherche sur lesquels se fonde cet article, les personnes interrogées sont en grande majorité suivies dans des services de traitement. On peut raisonnablement en déduire que ces personnes ont ou ont eu une consommation nocive et/ou une dépendance à une ou plusieurs substances. Cette consommation est d'ailleurs décrite par ces personnes comme une activité qui a affecté leur vie quotidienne et leurs relations, leur bien-être physique et mental, leur autodétermination, ainsi que les soins et la garde de leurs enfants. Dans cet article, ces personnes sont désignées comme « ayant une consommation problématique de substances psychoactives » (hormis la nicotine).

PARENTALITÉ ET CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE: UN DUO QUI NE FAIT PAS BON MÉNAGE

De manière générale, la consommation problématique de substances est considérée comme difficilement compatible avec l'exercice de la fonction parentale. Elle diminue les compétences de soins des parents et augmente la probabilité de maltraitance et de négligence à l'égard des enfants⁴. Ce constat est également partagé par les parents en traitement qui se sentent peu confiants et démunis dans leur rôle, car leur consommation compromet le plein accomplissement de leur rôle parental, en les empêchant notamment d'être physiquement et psychologiquement disponibles pour leurs enfants². À souligner que souvent la consommation

problématique de substances n'est pas un problème isolé et se cumule avec d'autres situations de vulnérabilité comme l'absence d'emploi ou un revenu modeste, l'absence de logement et la stigmatisation qui peuvent également entraver le plein exercice de la parentalité.

DISPARITÉS DE GENRE DANS L'ENGAGEMENT PARENTAL

La transition à la parentalité est marquée par un renforcement des inégalités de genre provoquée par l'accentuation de l'adoption de rôles traditionnels avec le rôle du père pourvoyeur financier et celui de la mère responsable du foyer⁵. Ces différences de genre sont d'autant plus exacerbées dans la parentalité des personnes qui ont une consommation problématique de substances. Ces disparités peuvent être sources de difficultés, de souffrances, voire d'échec pour chacun des deux genres. Elles sont le résultat de facteurs et mécanismes sociaux, culturels et structurels générés en partie intériorisés par les personnes, y compris chez celles qui ont une consommation problématique de substances.

Pour commencer, on note une disparité entre les genres dans la composition des ménages. Proportionnellement, dans les pays d'Europe, les femmes en traitement pour un problème de consommation de substances psychoactives (hormis l'alcool et la nicotine) vivent plus souvent avec leurs enfants que les hommes en traitement⁶. Toutefois, comme les hommes en traitement sont plus nombreux que les femmes, en nombre absolu, il y a plus d'hommes qui vivent avec leurs enfants.

Ensuite, on observe des différences attendues et effectives dans l'implication des pères et des mères qui ont une consommation problématique de substances dans l'éducation de leurs enfants. Les femmes hétérosexuelles qui ont une consommation problématique ont souvent un partenaire également consommateur⁷. Les partenaires masculins sont plutôt des figures compliquées dans la vie de ces femmes: ils ne sont pas nécessairement présents dans l'éducation des enfants et peuvent exercer de multiples formes de violence à l'encontre des femmes³. Ainsi, les mères qui ont une consommation problématique se retrouvent souvent seules avec la responsabilité des enfants.

Les hommes qui ont une consommation problématique de substances ont aussi bien des partenaires qui ont une consommation problématique que des partenaires qui n'en ont pas, ce qui va influer sur leur relation avec les enfants. Les partenaires femmes qui ont une consommation problématique de substances ont moins tendance à limiter l'accès à l'enfant du père, sauf si ce dernier exerce une forme de violence. Les partenaires femmes qui n'ont pas de consommation problématique représentent un facteur de protection important pour les enfants, mais peuvent aussi être une barrière à

l'implication des pères auprès des enfants. En tenant les pères à distance, les mères essaient de protéger leurs enfants d'un père inconstant dans la relation, source de déception, peu fiable et qui peut avoir mis la famille dans une situation financière compliquée. Ainsi, avant d'exposer leurs enfants au risque de nouvelles souffrances, les mères veulent voir un changement réel et continu chez le père. Le fait que les hommes qui ont une consommation problématique de substances puissent compter sur des femmes qui s'occupent de leurs enfants, absorbent les difficultés, les soutiennent souvent et n'entraînent pas la relation avec leurs enfants sous certaines conditions, met en lumière la charge disproportionnée que les femmes ont tendance à porter.

DEVENIR PARENT: POTENTIEL FACTEUR DE MOTIVATION AU RÉTABLISSEMENT

Devenir père ou mère, que cela soit souhaité ou non, peut représenter une motivation pour entreprendre un parcours de rétablissement³. Les personnes qui ont une consommation problématique de substances et qui sont parents peuvent éprouver le désir de rompre la transmission intergénérationnelle de la consommation de substances et la négligence à l'égard des enfants qu'elles ont peut-être elles-mêmes expérimenté dans leur enfance. En effet, elles ont souvent elles-mêmes grandi dans des familles avec un problème de consommation. Pour cette raison, elles peuvent éprouver une profonde culpabilité, de la honte, un sentiment d'échec à l'égard de leur consommation de substances et de leur rôle de parent.



La parentalité comme motivation à entreprendre un parcours de rétablissement est importante, mais pas suffisante pour persévéérer sur cette voie. Les pères et les mères ont besoin d'information sur et de soutien de la part des services, d'acquérir des compétences nécessaires à la parentalité, de ne pas se sentir stigmatisés et d'avoir confiance en eux et elles⁸. Ils et elles doivent aussi être rassuré·e·s sur le fait que leur démarche ne va pas inévitablement entraîner le retrait de la garde de leurs enfants. La perte de la garde de l'enfant est étroitement liée à la perte de motivation pour le rétablissement, au sentiment de désespoir et au risque accru de décès lié aux substances⁹.

SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT : POTENTIELS AMPLIFICATEURS DES STÉRÉOTYPES DE GENRE

Les relations parents-enfants sont en partie influencées par l'attitude et l'intervention des différents services qui accompagnent les personnes qui ont une consommation problématique de substances. En effet, les stéréotypes de genre véhiculés par les services sociaux de traitement et de protection de l'enfance peuvent jouer un rôle déterminant dans les opportunités et les entraves à la parentalité des pères et des mères dans ces situations.

Malgré l'évidence des avantages globaux d'avoir un père présent et impliqué pour le développement sain et le bien-être des enfants, les pères qui ont une consommation problématique de substances sont peu sollicités sur la question de la parentalité dans les différents services. Ils ont tendance à être considérés comme n'étant pas indispensables, absents ou comme représentant une menace. Un danger bien réel puisque que les hommes –

avec ou sans addictions – restent les principaux auteurs de violences à l'encontre des femmes et des enfants. Par conséquent, les hommes qui ont des enfants peuvent se sentir moins concernés et laisser toute la responsabilité parentale aux femmes avec l'assentiment implicite des services. Une partie des pères en traitement souhaite clairement que leur paternité ne soit plus ignorée ou réduite au silence et désire jouer un rôle dans l'éducation de leurs enfants². Pour ce faire, ils ont besoin qu'on leur offre un espace pour parler de leur parentalité, partager leurs craintes et leurs doutes et être conseillés¹⁰.

En laissant de côté les responsabilités parentales des hommes, les services ont tendance à exacerber celles des femmes⁸ en les considérant comme principales pourvoyeuses de soins pour les enfants. Les femmes qui ont une consommation problématique de substances acquièrent souvent une plus grande visibilité avec la grossesse et la maternité en raison de leur suivi par les services. Cela représente à la fois un risque de stigmatisation et de surveillance accrues et une opportunité d'accès aux services et de soutien³. L'accès aux services peut avoir des conséquences

positives sur le parcours personnel de la femme et sur le développement et la consolidation de sa relation avec l'enfant. Cependant, ces femmes sont souvent abordées uniquement sous leur identité de mère et de pourvoyeuse de soins à l'enfant. Cette approche peut avoir pour effet de négliger la femme qui co-existe avec la mère, son histoire de vie et ses potentiels traumas. Les mères sont parfois aussi incitées par les services à suivre un traitement comme prérequis pour conserver la garde de leurs enfants. Cette intervention peut être ressentie comme coercitive, menaçante et déresponsabilisante. Toutefois, elle peut aussi générer des alliances positives avec et autour de la mère et les différents intervenant·e·s impliqué·e·s.

LA PARENTALITÉ, UNE RESPONSABILITÉ À PARTAGER ENTRE LES PÈRES ET LES MÈRES

La situation des parents qui ont une consommation problématique de substances diffère en fonction du genre, tout comme le type de difficultés rencontrées. En plus des obstacles sociaux, culturels, personnels et économiques souvent plus importants pour les femmes qui ont une consommation problématique¹, ces femmes déjà en situation de vulnérabilité sont souvent seules responsables du bien-être et de l'éducation de leurs enfants lorsqu'elles deviennent mères. Les hommes qui ont une consommation problématique de substances sont, eux, maintenus éloignés d'une paternité qui pourrait les extraire d'une masculinité destructrice en étant trop peu exposés à leurs responsabilités de pères.

Dans ce contexte, la thématisation systématique de la parentalité et le renforcement du rôle parental par les



services d'accompagnement des personnes qui ont une consommation problématique de substances et qui ont des enfants sont nécessaires. Cette approche doit se faire avec la conscience et la compréhension du processus de production des inégalités de genre qui se tient à la fois derrière la consommation de substances et la parentalité, sans le renforcer. Elle doit être bénéfique pour les hommes en tant que pères, les mères en tant que femmes et pour les enfants en tant que personnes en développement qui

ont avantage à disposer de deux figures parentales, si possible. Cette perspective est d'autant plus importante qu'il existe actuellement une fenêtre d'opportunité avec l'évolution des structures familiales et les changements générationnels marqués par l'arrivée d'hommes désireux de s'impliquer davantage dans l'éducation des enfants et de prendre leurs responsabilités.

Contact: svilpert@addictionsuisse.ch

Références

1. Giacomello C. We are warriors: Women who use drugs reflect on parental drug use, their paths of consumption and access to services. *Children and families affected by parental drug use – Volume II*. Strasbourg: Conseil de l'Europe, Mai 2023.
2. Giacomello, C. Fatherhood and substance dependence: a preliminary research to develop proposals. Strasbourg: Conseil de l'Europe, Novembre 2023.
3. Canevascini M. & Kleinhage E. Voix de mères en situation d'addiction : Stigmatisation, enjeux et recommandations. Lausanne : Addiction Suisse, 2023.
4. Söderström K. & Skärderud F. The Good, the Bad, and the Invisible Father: A phenomenological study of fatherhood in men with substance use disorder. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers* 2013 ; 11(1) : 31–51.
5. R. Levy, Devenir parents réactive les inégalités de genre: une analyse des parcours de vie des hommes et des femmes en Suisse. *Social Change in Switzerland*. DOI: 10.22019/SC-2018-00003
6. European Union Drugs Agency (EUDA). Statistical Bulletin 2024: "Treatment demand", "Current situation", "Living with children", "Males", "Females", "All drugs". https://www.euda.europa.eu/data/stats2023/tdi_en. (03.02.2025).
7. Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *J Addict Dis.* 2010 Apr;29(2):127-38. doi: 10.1080/10550881003684582. PMID: 20407972
8. Bell L., Herring R. & Annand F. Fathers and substance misuse: a literature review, *Drugs and Alcohol Today* 2020; 20(4) : 353-369.
9. Tweed EJ., Miller RG., Schofield J., Barnsdale L. & Matheson C. Why are drug-related deaths among women increasing in Scotland? A mixed-methods analysis of possible explanations. *Drugs Education, Prevention and Policy* 2022 ; 29(1) : 62-75.
10. Wiseman A., Atkinson A. & Cryer-Coupet Q. "As We Talk About This More, a Box Opens Up": Family Literacy Programs for Fathers in Treatment for Substance Use Disorder. *Journal of Adolescent & Adult Literacy* 2020 ; 64(4) : 441-448.

UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE POUR MAINTENIR LA SANTÉ DES HSH PRATIQUANT LE CHEMSEX

Lola Ducreux (CHUV), Rémi Bays (Checkpoint VD), Sebara Gashi (La Source)

Cet article propose un regard infirmier sur l'accompagnement des personnes pratiquant le chemsex au travers d'une revue de la littérature. Les auteur·e·s plaident pour une approche communautaire visant à renforcer les ressources, les connaissances et l'autodétermination des personnes concernées afin de diminuer les risques, préserver ou rétablir leur santé (réd.).

L'essor du chemsex soulève de nombreuses préoccupations. Ces dernières années, diverses études renforcent l'idée que ce phénomène a pris de l'ampleur^{1/2}. En Europe, près de 40 % de la population pratiquant le chemsex vit avec des effets secondaires indésirables (anxiété, trouble de la concentration, insomnie, désocialisation) et adoptent des comportements à risque pour leur vie et leur santé (transmission des IST, VIH et hépatite)^{3/4}. Bien que l'article de Jouinot (p.16) rappelle à juste titre que le chemsex ne concerne pas exclusivement la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ci-après HSH), cette dernière paraît toutefois être particulièrement concernée par cette pratique. Par exemple, il semblerait que les HSH ayant plus de dix partenaires présentent une probabilité cinq fois plus élevée de pratiquer le chemsex que les HSH ayant des relations monogames. Cela indique que le chemsex est souvent associé au multipartenariat¹.

Développer des offres en soins pour les HSH pratiquant le chemsex et connaissant des difficultés est complexe en raison de la nature double de l'addiction : chimique et comportementale. En effet, la consommation de substances devient indissociable de la sexualité, transformant le désir en un stimulus addictif. Cela crée un cercle vicieux où la sexualité devient un prétexte à la consommation, rendant la gestion de l'addiction particulièrement difficile⁵. Aujourd'hui, le corps infirmier et médical semble peu formé aux spécificités liées au chemsex, rendant leur prise en soins parfois lacunaire. Dans le cadre d'un travail de bachelor en soins infirmiers, une brève revue de littérature a permis d'explorer les interventions infirmières efficaces pouvant être mises

en place dans la communauté et visant à améliorer la qualité de vie des HSH pratiquant du chemsex⁶.

Le modèle des systèmes de Neuman, associé à une recherche de littérature sur Publisher in MEDLINE (Pubmed) et Cumulative Index to Nursing and Allied Health Littérature (CINAHL) a permis d'identifier les stratégies infirmières permettant de soutenir la prise en soins des HSH pratiquant le chemsex. En effet, le modèle de Neuman est centré sur la prévention primaire⁷. Il invite le corps infirmier à développer un accompagnement visant la diminution des risques et l'augmentation des ressources des HSH pratiquant le chemsex. Les résultats des divers articles analysés apportent des réponses intéressantes dans l'accompagnement communautaire des HSH pratiquant le chemsex⁸⁻¹². Ces derniers renforcent et soutiennent les accompagnements réalisés par la Fondation Profa, dans le cadre de leur consultation infirmière dédiée au chemsex¹³.

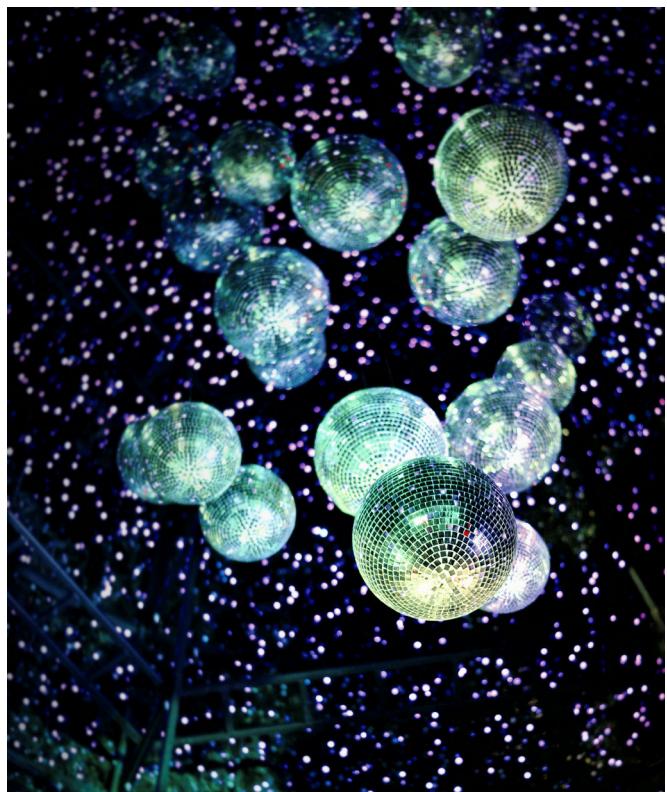
DIMINUTION DES RISQUES

Perception des risques

À la lumière du modèle de Neuman, il est possible d'identifier plusieurs stresseurs qui exposent la santé des HSH lors de la pratique du chemsex. Il est donc important de les identifier et chercher à les neutraliser. Lors des consultations au Checkpoint, il a été observé une certaine banalisation des risques liés à la consommation par une partie de cette population. En effet, le cadre souvent festif et social de la majorité des pratiques du chemsex peut induire un sentiment de légèreté et abaisser la vigilance quant aux actions à entreprendre. Cependant,

il est aussi important de souligner que certaines personnes pratiquant le chemsex adoptent une attitude responsable envers leur consommation et cherchent à atténuer les risques en utilisant des stratégies efficaces. Ces écarts de perception des risques imposent au corps infirmier et médical d'évaluer l'état des connaissances des HSH, de valoriser celles existantes et d'encourager le développement de nouvelles compétences. Pour réduire les risques et améliorer la qualité de vie des HSH pratiquant le chemsex, une intervention infirmière efficace consiste à mettre l'accent sur la prise de conscience des risques. Cette capacité semble encourager les personnes à adopter des comportements préventifs, comme l'utilisation de la PrEP ou la mise en place de stratégies de réduction des risques^{9/12}. L'intégration d'outils de mesure de la perception du risque dans le contexte de la PrEP, tels que le Substance Use and Sex Index (SUSI), combinée à d'autres stratégies de protection, contribue à une meilleure évaluation et prise de conscience des risques¹⁰.

Une approche holistique permet aussi d'identifier les ressources de la personne face aux comportements induits par le chemsex. Un soutien personnalisé, adapté aux besoins et aux vécus spécifiques des personnes, peut améliorer la santé et réduire les comportements à risque¹⁰. L'utilisation du langage inclusif, le respect de l'ancrage culturel lorsqu'il s'agit de questions concernant l'identité de genre, l'orientation sexuelle et la consommation de substances sont autant de paramètres à prendre en compte pour augmenter la pertinence des interventions¹¹.



Ces sessions de conseils personnalisés, axées sur les risques et les alternatives et adaptées à chaque personne, permettent d'offrir un accompagnement sur mesure en tenant compte des besoins spécifiques de chacun.e.

Réduction des risques

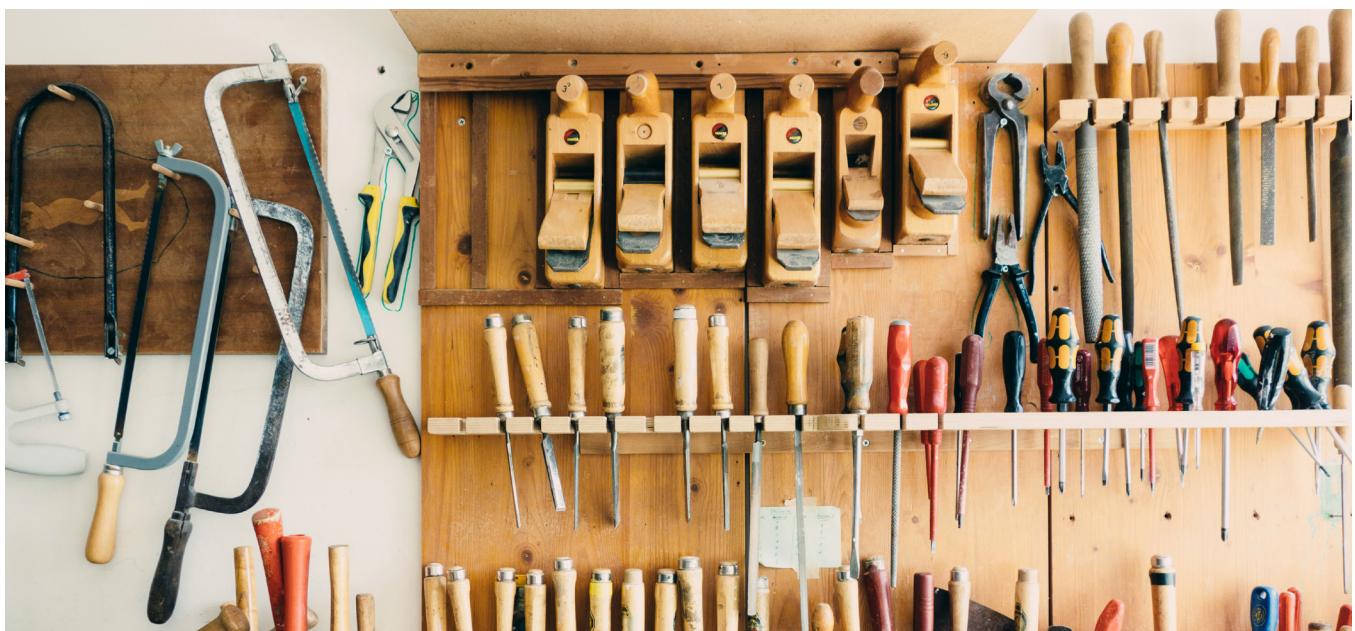
Lors des consultations au Checkpoint, plusieurs risques principaux ont pu être relevés, notamment celui lié au mélange de produits. En effet, de nombreuses personnes pratiquant le chemsex sous-estiment les risques associés

à la prise simultanée de plusieurs substances aux effets multiples et parfois amplificateurs. Il est également important de noter que les modes de prise et leurs possibles conséquences négatives ne sont pas toujours prises en considération. Il est donc nécessaire de s'assurer que les HSH connaissent les modes

de consommation adéquats et les risques encourus en fonction de la substance consommée. L'approche par la réduction des risques (RdR) semble être une intervention prometteuse auprès de la population pratiquant le chemsex⁹. Elle permet non seulement de réduire les risques de transmissions du VIH et d'autres IST, mais aussi de prévenir les dangers liés à la consommation de multiples et simultanée de substances, tout en favorisant une certaine structuration et un meilleur contrôle lors des sessions de chemsex¹⁴. La RdR permet par exemple de partager des check-lists de précautions à prendre avant, pendant et après les événements de chemsex. Des stratégies spécifiques de gestion de la consommation de substances, telles que la transition vers des modes d'administration plus sûrs et la promotion de soins personnels peuvent réduire les comportements à risque⁸. Par exemple, dans un contexte où l'injection de substances est pratiquée, l'accès à des seringues stérile, associé à des informations sur les pratiques d'injection sécurisées permet de réduire non seulement la consommation de substances, mais également d'améliorer la gestion de l'addiction⁸.

Favoriser l'accès aux services de santé

Les études renforcent l'importance de l'accès aux services de santé pour les HSH pratiquant le chemsex^{9/11/12}. Elles mettent en avant que l'accès aux lieux de prévention communautaire et aux interventions en ligne permet d'améliorer l'adhérence à la PrEP, d'encourager les dépistages et de fournir un soutien émotionnel et psychosocial. La PrEP présente un bénéfice direct en termes de prévention de la transmission du VIH chez les HSH pratiquant le chemsex et instaure un suivi rapproché avec le corps infirmier et médical. Actuellement, en Suisse romande, l'accès à la PrEP s'inscrit généralement dans un suivi médico-infirmier spécialisé. Grâce à ses évaluations cliniques et une approche salutogénique, le personnel infirmier formé à l'usage de la PrEP peut identifier les personnes susceptibles de bénéficier de ce traitement améliorant ainsi son accessibilité. Il jouit



d'une certaine autonomie dans différents lieux de santé communautaire telle qu'expérimentée au Checkpoint. Toutefois, il serait pertinent d'élargir ces pratiques à un plus grand nombre de structures de santé, afin de faciliter l'accès aux soins des HSH pratiquant le chemsex.

AUGMENTATION DES RESSOURCES

Renforcer les connaissances

Fournir des informations adaptées et spécifiques à la communauté des HSH semble réduire les comportements à risques. Les programmes éducatifs en ligne permettent d'initier des changements de comportement. Ils permettent par exemple d'augmenter l'utilisation de préservatifs et de diminuer la pratique du chemsex⁹. L'utilisation d'un programme éducatif peut par exemple renforcer les ressources de santé et diminuer la peur liée au risque de transmission du VIH⁸.

Les interventions éducatives se concentrent principalement sur le renforcement des ressources (par ex.

la sécurité dans les pratiques sexuelles) et la réduction de la consommation de substances à un stade précoce de leur usage). En offrant un accès facile et anonyme, les programmes en ligne sont donc des outils précieux en complément des structures de santé favorisant la qualité de vie des HSH pratiquant le chemsex. Ils renforcent et encouragent l'accès aux services de santé. Qu'ils soient en ligne ou en personne, les programmes éducatifs sont essentiels pour renforcer les connaissances des HSH sur le chemsex.

Soutien communautaire

Le partage d'expérience (groupes de parole autour du chemsex) offre également une piste intéressante. Les échanges avec des pairs sont décrits comme une source

de motivation et d'espoir¹⁵. Aujourd'hui, la consultation Checkpoint propose un programme thérapeutique basé sur un format de groupe de parole. Animé par un pair leader et un membre du corps infirmier, ce groupe offre un espace d'échanges libres, de soutien et de valorisation des compétences mises en place par les personnes pratiquant le chemsex. Ainsi, en écoutant et en partageant leurs expériences, elles et ils améliorent leur capacité d'agir et trouvent des stratégies efficaces pour répondre à leurs questionnements. Il s'agit d'une offre complémentaire à la consultation classique qui est nécessaire et enrichissante. Le rôle de pair-e y est central, car il permet de faire le pont entre le système de santé et le vécu des personnes, tout en participant à l'élaboration d'un dialogue pour viser le mieux-être. Ce type d'approche nécessite toutefois un encadrement institutionnel clair, favorisant l'établissement d'un climat de confiance et garantissant la confidentialité requise aux participant-e-s.

La pratique du chemsex est une expérience collective, mais chaque personne la vit de manière singulière

Le chemsex semble être un sujet d'intérêt relativement nouveau dans le domaine de la recherche. Il existe, à notre connaissance, encore peu de données probantes en comparaison à d'autres sujets liés aux addictions ou à la sexualité. La pratique du chemsex est une expérience collective, mais il est important de garder à l'esprit que chaque personne la vit de manière singulière. Bien que des points communs puissent exister entre les pratiquant-e-s, il est essentiel de reconnaître la diversité des expériences, des besoins et des parcours.

Une approche communautaire centrée sur la diminution des risques et augmentation des ressources répond aux besoins de santé des HSH pratiquant le chemsex. Le corps infirmier et médical joue un rôle clé en soutenant leur équilibre et en veillant à la préservation et au

rétablissement de leur santé. Ainsi, il est important de valoriser et de renforcer la connaissance des ressources disponibles à proximité des personnes en contact avec cette communauté.

Contacts : remi.bays@profa.ch, lola.ducreux@gmail.com et s.gashi@ecolelasource.ch

Références

1. Milhet M. APACHES - Attentes et PArcours liés au CHEm-Sex. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2023. <https://www.documentation-administrative.gouv.fr/adm-01859006>
2. Hampel B, Kusejko K, Kouyos R, Böni J, Flepp M, Stöckle M, et al. Chemsex drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *HIV Med.* 2020;21(4):228-39.
3. Whitlock GG, Protopapas K, Bernardino JI, Imaz A, Curran A, Stingone C, et al. Chems4EU: chemsex use and its impacts across four European countries in HIV-positive men who have sex with men attending HIV services. *HIV Med.* 2021;22(10):944-57.
4. Batisse A, Eiden C, Deheul S, Monzon E, Djezzar S, Peyrière H. Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. *Fundam Clin Pharmacol.* 2022;36(2):397-404.
5. Gardey D, Miranda F, Khatibi K, Ezia O, Gozlug E, Jaques E. Chemsex - Enjeux et préventions des pratiques sexuelles sous l'effet de psychotropes. Université de Genève. 2021. <https://mediaserver.unige.ch/index.php/play/151131>
6. Ducreux L. Les stratégies infirmières pour améliorer la qualité de vie des chemsexers: une revue de la littérature. Haute Ecole de la Santé La Source; 2024. 57 p.
7. Fawcett J, Foust JB. Optimal Aging: A Neuman Systems Model Perspective. *Nurs Sci Q.* juill 2017;30(3):269-76.
8. Carrico AW, Flentje A, Gruber VA, Woods WJ, Discepola MV, Dilworth SE, et al. Community-Based Harm Reduction Substance Abuse Treatment with Methamphetamine-Using Men Who Have Sex with Men. *J Urban Health.* juin 2014;91(3):555-67.
9. Choi EPH, Choi KWY, Wu C, Chau PH, Kwok JYY, Wong WCW, et al. Web-Based Harm Reduction Intervention for Chemsex in Men Who Have Sex With Men: Randomized Controlled Trial. *JMIR Public Health Surveill.* 5 janv 2023;9:e42902.
10. Ezard N, Webb B, Clifford B, Cecilio ME, Jellie A, Lea T, et al. Substance Use and Sex Index (SUSI): First stage development of an assessment tool to measure behaviour change in sexualised drug use for substance use treatment studies. *Int J Drug Policy.* mai 2018;55:165-8.

IMPRESSIONUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne

Groupement Romand d'Études des Addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, 1003 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - Camille Robert, GREA

Comité de rédaction

Barbara Broers, HUG - Marina Delgrande, Addiction Suisse - Line Pedersen, Université de Fribourg - Benjamin Ravinet, Itinéraires santé - Ann Tharin, HES-SO - Jonathan Chavanne, Addiction Suisse - Yann Martinet, Addiction Neuchâtel.

Abonnements

Addiction Suisse, Av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, T. 021 321 29 11, info@addictionsuisse.ch

Site : <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/15-periodiques>

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse : Fr. 45.- par an - Étranger : Fr. 57.- par an

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page

Patrick Eerdmans, GREA

Images

Photos Unsplash: p. 3 José Castillo ; p. 5 Jan Huber ; p. 9 Pawel Czerwinski ; p. 10 Ray Hennessy ; p. 14 Tabitha Turner ; p. 17 Warren , p. 25 Michael ; p. 29 Alexander Grey ; p. 30 Gilbert Beltran ; p. 33 Fidel Fernando ; p. 34 Barn Images.

Les articles signés n'engagent que leur auteur.e. La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

ISSN 1422-3368



GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS