



Avec le soutien de la Commission consultative en matière
d'addiction et de la Direction générale de l'action sociale

Vous présentent les actes du 18^{ème} forum addictions
du vendredi 28 septembre 2007
à la Maison des Associations

Sexualité et addictions : zoom sur un sujet tabou...

Document réalisé par Christelle Mandallaz
Coordinatrice des forums addictions

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	4
2	SYNTHESE DE MONSIEUR GERALD SAPEY	6
2.1	INTRODUCTION	6
2.2	INTERVENTIONS	6
2.2.1	UNE VISION HISTORIQUE	6
2.2.2	PROSTITUTION, SEXE ET TOXICOMANIE	7
2.2.3	MALTRAITANCE ET TOXICOMANIE : QUELS LIENS ?	7
2.2.4	COMPORTEMENT ADDICTION AU SEXE, UN PROBLEME ?...	7
2.2.5	SEXE ET CONSOMMATION DANS LE MILIEU HOMOSEXUEL	8
2.2.6	CONCLUSION	8
3	INTERVENTIONS	9
3.1	REGARD HISTORIQUE SUR L'ÉVOLUTION DES MOEURS MONSIEUR ALFRED PERRENOUD, PROFESSEUR HONORAIRE DE L'UNIVERSITE DE GENEVE, HISTORIEN DEMOGAPHE	9
3.1.1	INTRODUCTION	9
3.1.2	PREMIERE MUTATION : NAISSANCE DE LA MORALE	9
3.1.3	DEUXIEME MUTATION : DU REFOULEMENT DES INSTINCTS A L'INVENTION DE LA PUDEUR	11
3.1.4	TROISIEME MUTATION : DE LA SEXUALITE REFOULEE A LA SEXUALITE REPRIMEE	13
3.1.5	QUATRIEME MUTATION : SENS ET CONTRE-SENS DE LA LIBERATION SEXUELLE	14
3.2	CONSOMMATION DE PRODUITS ET PROSTITUTION, QUELS SONT LES PROBLEMES RENCONTRES ? MADAME GAELLE MARTINEZ, COLLABORATRICE SOCIO-SANITAIRE, PREMIERE LIGNE	18
3.2.1	INTRODUCTION	18
3.2.2	CONTEXTE PROFESSIONNEL	18
3.2.3	POPULATION RENCONTREE	19
3.3	ABUS ET MALTRAITANCE, QUELS LIENS AVEC LA TOXICODEPENDANCE ? DOCTEUR BRON, CHEF DE CLINIQUE A LA CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE DE MEDECINE ET DE PREVENTION DE LA VIOLENCE (CIMPV), HUG	24
3.3.1	QUELQUES GENERALITES	24
3.3.2	ETUDE AMÉRICAINNE « THE ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) STUDY »	25
3.3.3	RESULTATS DE L'ÉTUDE AMERICAINE	27
3.3.4	RESULTATS DE L'ENQUETE SUISSE SUR LA SANTE, 2002	29
3.3.5	CONCLUSION	31
3.4	COMPORTEMENT ADDICTION AU SEXE, UN PROBLEME ? DOCTEUR GEORGES ABRAHAM, PSYCHIATRE – PSYCHANALYSTE EN CABINET PRIVE	33
3.4.1	INTRODUCTION	33
3.4.2	QU'EST-CE QU'ON ENTEND PAR « SEX-ADDICTED » ?	33
3.4.3	COMMENT ABORDER LA QUESTION DE LA SEXUALITE ADDICTIVE DANS NOS PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?	35
3.5	DES PRODUITS POUR ETRE SEXUELLEMENT PLUS PERFORMANT ET/OU POUR SE DESINHIBER ? MONSIEUR VINCENT JOBIN, RESPONSABLE DE LA SANTE SEXUELLE A L'ASSOCIATION DIALOGAI	36
3.5.1	REGARD D'UN TRAVAILLEUR SOCIAL DE PROXIMITÉ AUPRÈS DE LA POPULATION GAIE & HSH	36
3.5.2	OBJECTIFS	36
3.5.3	SERVICES ET PROJETS	36
3.5.4	CONSTAT – PROJET SANTÉ GAIE	36
3.5.5	LES PRODUITS	37
3.5.6	LA CONSOMMATION	39
3.5.7	L'ESSENTIEL DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DU PROJET SANTÉ GAIE	40
3.5.8	EN CONCLUSION	40
4	ATELIERS	41
4.1	ATELIER 1 – ABUS ET MALTRAITANCE. APPROFONDISSEMENT DU THEME	41

4.2	ATELIER 2 – COMMENT ABORDER LA QUESTION DE LA SEXUALITE ET ADDICTION DANS NOS PRATIQUES PROFESSIONNELLES	44
4.3	ATELIER 3 – RAPPORT DE GENRE ET ADDICTION. ÊTRE UN HOMME, ETRE UNE FEMME DANS LE MILIEU DE LA DEPENDANCE, QUELLES DIFFERENCES ?	46
5	<u>CONCLUSION</u>	<u>49</u>
6	<u>SITES INTERNETS & DIVERSES ADRESSES</u>	<u>51</u>
6.1	SITES ET ARTICLES SUR INTERNET	51
6.2	DIVERSES ADRESSES & SITES INTERNET	52
7	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>55</u>
7.1	BIBLIOGRAPHIE	55

1 INTRODUCTION

« Sexualité et addictions : zoom sur un sujet tabou... »

Comme la drogue ou l'alcool, le sexe a ses accros. L'addiction sexuelle est rare, mais aussi déstructurante pour celui qui en est atteint. Comment distinguer une réelle dépendance de l'hédonisme? La définition de l'addiction au sexe est des plus floue. Il n'en existe pas de critères spécifiques, et nos conceptions personnelles à ce sujet sont des plus variées.

Les forums addictions sont utiles pour faire prendre conscience aux professionnels que nous sommes des nouvelles formes de dépendance. C'est pourquoi nous avons choisi ce sujet ô combien vaste et atypique. Bien évidemment, notre positionnement professionnel sera différent si l'on aborde la réduction des risques, le traitement ou encore l'abstinence.

Nous envisagerons ce thème sous deux axes: l'addiction sexuelle et les liens entre la toxicomanie et une sexualité dite « anormale ».

Nous chercherons à mieux comprendre comment la sexualité intervient dans l'addiction. Nous tenterons également de dresser un état des lieux relatif à ce problème. Les intervenants développeront quelques aspects de ce vaste sujet :

Monsieur Perrenoud ouvre ce forum avec un exposé extrêmement complet qui nous fournit les données historiques qui influencent nos comportements actuels.

Madame Martinez fait état de son travail de proximité auprès des toxicomanes et professionnelles de la prostitution. Nous verrons combien, là encore, les toxicomanes qui se prostituent sont plus précarisées et combien il existe de rivalités entre ces « différentes prostituées ».

Monsieur Bron développe deux enquêtes menées l'une à Genève dans son service, l'autre aux USA. Nous verrons s'il existe des liens de causalité entre traumatismes et dépendance ?

Monsieur Abraham nous présente des pistes pour appréhender cette nouvelle thématique dans nos milieux professionnels et répond clairement à diverses questions sur l'addiction sexuelle proprement dite.

Et enfin, Monsieur Jobin, par son expérience dans le milieu gai, établit des liens étroits cette fois-ci entre la consommation de drogue et une sexualité « débridée ». Ceux-ci peuvent aussi bien se retrouver chez les hétérosexuels.

Quelle que soit notre orientation sexuelle, nous pouvons être amenés à ressentir l'angoisse de la performance, qui joue un rôle important dans la sexualité masculine et féminine. En effet, c'est parfois cette recherche de la prouesse ou de la désinhibition qui peut amener à la consommation de certains produits.

Les ateliers et la richesse de leurs comptes-rendus nous offrent des clés pour appréhender dans notre travail la question de la sexualité, la maltraitance et les rapports de genre.

Le concept de genre, qui va plus loin que la simple définition biologique de notre identité sexuelle, repose sur des constructions sociales complexes qui déterminent notre place de femme ou d'homme au sein de la société. Nous devons prendre conscience de l'importance de ces divers positionnements, auxquels nous n'échappons pas en tant que soignants.

Bonne lecture.

Christelle Mandallaz
Coordinatrice des forums addictions

2 SYNTHÈSE DE MONSIEUR GERALD SAPEY

Modérateur du forum, ancien directeur de la Tribune de Genève et de la Radio Suisse Romande.

2.1 Introduction

Jusqu'à ce jour, les sources d'addictions que nous avons traitées dans nos forums faisaient référence à des produits ou des comportements plus ou moins sains – d'ailleurs plutôt moins sains s'agissant d'héroïne, d'abus d'alcool ou du goût du jeu... Avec le sexe, nous touchons à un domaine à la fois naturel et normal, mais aussi problématique selon l'usage qui en est fait !...

Ce matin, nous avons cherché à mieux comprendre comment la sexualité intervient dans l'addiction, comment le sexe a ses accros, au même titre que la drogue ou l'alcool. Et, pour ce faire, nous avons abordé diverses voies ; nous avons notamment évoqué le monde de la prostitution, la maltraitance, l'angoisse de la performance et nous avons situé nos réflexions sur des plans divers et complémentaires.

Le déroulement de ce forum ne s'est toutefois pas révélé moins complexe que sa préparation. En effet, il n'était pas facile d'évoquer – même pour des thérapeutes et des travailleurs sociaux – la sexualité en tant que telle, sans réserves personnelles ou allusions plus ou moins ludiques. En fait, les intervenants ont su imprimer à leurs présentations une rigueur et une richesse explicative tout à fait convaincantes.

2.2 Interventions

2.2.1 Une vision historique

Ce fut d'abord le décor planté par M. Alfred Perrenoud. Sa fresque historique, relative aux comportements sexuels à travers le temps, nous a ouvert l'horizon de la complexité des thèmes présentés par les intervenants suivants.

En effet, nous ne sommes pas nécessairement conscients de la mesure dans laquelle les mœurs qui sont les nôtres aujourd'hui ont été sensiblement fort différentes par le passé. Par cette prise de conscience de l'évolution historique des attitudes à l'égard de la sexualité, nous étions ainsi mieux préparés pour comprendre que les liens entre sexualité et addiction ne sont pas aussi évidents que nous pouvions l'imaginer.

2.2.2 Prostitution, sexe et toxicomanie

Ce fut ensuite à Mme Gaelle Martinez de nous livrer une illustration du couple prostitution/toxicomanie. A partir de ses études et observations, elle a fait apparaître que le recours aux drogues diverses par les prostituées est avant tout un moyen de conjurer leurs angoisses et de favoriser leur désinhibition. En d'autres termes, la consommation est un « outil de travail » leur permettant de dissocier la tête et le corps.

Au-delà, les observations de Mme Martinez l'ont conduite à d'autres constats tels que les « échanges de service sexuels » entre prostituées et dealers, les pratiques au sein du monde de la prostitution étant évidemment nombreuses et diverses.

2.2.3 Maltraitance et toxicomanie : quels liens ?

Avec le Dr. Bron, nous nous sommes quelque peu éloignés de l'addiction sexuelle proprement dite, pour aborder l'analyse des liens pouvant exister entre la maltraitance et la toxicomanie, plus exactement l'influence possible de la maltraitance sur les sujets toxicomanes.

Il est ainsi apparu clairement que la maltraitance joue un rôle sur la vulnérabilité des personnes ayant souffert de tels abus. Par ailleurs, il est également apparu que la consommation de drogues rend les auteurs de maltraitements aussi vulnérables que leurs victimes.

Une intéressante étude californienne a inventorié systématiquement une dizaine de catégories de maltraitements favorisant la consommation de drogues. Une étude genevoise a également montré la relation, chez les agresseurs, entre leur comportement et leur consommation de drogues, aussi bien douces que dures, pour autant qu'il soit encore permis aujourd'hui de faire cette distinction.

Mais le Dr. Bron n'a pas voulu pour autant conclure à la causalité totalement évidente entre toxicomanie et maltraitance. Ce que les consommateurs privilégient par la consommation, selon lui, c'est d'abord la gestion de leur stress.

2.2.4 Comportement addiction au sexe, un problème ?...

Le Dr. Georges Abraham, pour sa part, a mis en évidence le fait que les comportements addictifs en matière de sexualité ne sont souvent que des réponses à divers besoins.

Considérant les abus de comportements sexuels, il a fait apparaître que, parallèlement, l'abstinence peut être tout aussi tyrannique que l'addiction.

Quant aux sources de cette addiction, elles peuvent être diverses : par exemple, l'angoisse de la perte d'appétit sexuel, une angoisse pouvant aller jusqu'à la perte du goût de vivre !

Le recours à des pratiques sexuelles exagérément répétitives peut aussi refléter le sentiment réconfortant de parfaite maîtrise de sa sexualité. Quant à la forme extrême de l'addiction, la perversion sexuelle, le Dr. Abraham a montré qu'il s'agit d'un rituel tuant l'angoisse de la disparition du désir. A la limite de ces diverses analyses, il n'est peut-être pas exagéré de découvrir des aspects positifs dans ce que notre morale juge habituellement condamnable...

2.2.5 Sexe et consommation dans le milieu homosexuel

Observateur du terrain, M. Vincent Jobin a mis en évidence diverses études reflétant notamment les comportements dans le milieu homosexuel. Ainsi, le constat est non seulement une activité sexuelle soutenue dans ce milieu, mais également une consommation de drogues relativement fortes.

Comme dans d'autres milieux, il apparaît que la consommation est davantage une réponse à l'anxiété qu'une démarche liée à la recherche de sexualité plus active.

Dans ce contexte, séroposivité, difficulté de vivre son homosexualité, maladies psychiques diverses, solitude et isolement sont autant de raisons et de justifications à une consommation systématique et exagérée de drogues.

2.2.6 Conclusion

En conclusion et en complément des échanges qui ont eu lieu au sein des ateliers, ce forum a ouvert une porte qui ne l'est pas si fréquemment sous les angles fixés ce matin.

Les références et le savoir professionnel des intervenants, indispensables lorsque les thèmes sont complexes, nous ont beaucoup aidés à mieux connaître un univers qui ne nous est généralement pas familier.

3 INTERVENTIONS

3.1 Regard historique sur l'évolution des mœurs

Monsieur Alfred Perrenoud, professeur honoraire de l'Université de Genève, Historien démographe

3.1.1 Introduction

Quatre moments clé dans l'histoire de la sexualité permettent de dévoiler les relations existant entre la réalité sociale et les idéologies d'une part, l'évolution des mœurs et des comportements d'autre part.

Situer l'évolution des mœurs dans une perspective historique permet de mettre en évidence les liens qui existent au cours du temps entre *l'habitus*, c'est-à-dire les comportements, les manières de percevoir, d'être, d'agir, de penser et la configuration sociale; entre *sociogenèse* et *psychogenèse*, au sens où l'entend Norbert Hélias. Pierre Bourdieu parle de champ, dans lequel l'individu déploie son activité, qu'il contribue à former autant que le champ lui impose ses normes, ses lois. C'est-à-dire de cet aspect normatif de la culture qui fait que les individus ne sont pas libres d'agir suivant leur bon plaisir, mais que leur conduite est programmée par la société.

Une première mutation s'est produite vers la fin de l'Empire romain, et résulte d'une métamorphose profonde des relations sexuelles et conjugales, au sortir de laquelle la morale sexuelle païenne est identique à la morale chrétienne du mariage.

3.1.2 Première mutation : naissance de la morale

Selon Paul Veyne (*Annales ESC*, 1.1978, p.35-63), toutes les transformations de la sexualité et des rapports conjugaux sont antérieures au christianisme et résultent d'un changement dans les rapports sociaux.

Sous la République, le mariage n'a d'autre objectif que de perpétuer la classe dirigeante, mais les liens de sang comptent peu.

La sexualité n'est par conséquent pas subordonnée à la reproduction, la bisexualité est admise comme allant de soi. La morale ne condamne pas la sexualité contre-nature, mais la soumission et la passivité. Le discours de la sexualité n'oppose pas la sexualité de reproduction à la sexualité contre nature, il oppose le fait d'être actif ou passif. Sexualité du viol, de la virilité, le maître-mot est de se faire servir. C'est une relation de maître à subordonné, la même qui régit les rapports sociaux. Et c'est pourquoi la morale sexuelle varie

selon le statut social. Pour un esclave, il n'y aura pas de honte à être passif. L'antique morale disait "L'impudicitia (la passivité) est un crime chez un homme de naissance libre; chez un esclave, c'est son devoir le plus absolu; chez un affranchi c'est une complaisance qu'il a le devoir moral d'avoir pour son patron.

Cette forme antique de sexualité prend fin au premier siècle pour faire place à une sexualité de la reproduction. Toute relation sexuelle hors mariage devient interdite. La sexualité n'est plus une affaire de convenance variant avec le statut social, mais une affaire de vertu, à laquelle tous les hommes sont tenus d'obéir. Une morale commune à toute la société, qui explique l'universalité de l'institution du mariage (y compris pour les esclaves).

Du même coup, entre mari et femmes, les rapports se transforment. L'amour conjugal devient un sentiment obligatoire. Naît une idée neuve : "le couple". Les relations affectives entre époux deviennent un sujet tabou. Plus question que l'on parle en public de mésentente conjugale puisque le fonctionnement même du mariage repose sur la bonne entente et la loi du cœur.

La sexualité devient conjugale et reproductive, alignée sur la nature. L'avortement est un crime; les médecins et les moralistes recommandent aux mères de nourrir elles-mêmes leurs bébés. Toute relation passionnelle doit coïncider avec une relation naturelle sous peine de passer pour déraisonnable. D'où la condamnation de la passion amoureuse et la disparition de la bisexualité. L'idéologie de cette nouvelle morale c'est le stoïcisme puis le christianisme.

Comment cette transformation s'est-elle faite? Pour Veyne, c'est la transformation du mode de compétition dans la société globale, le passage d'une aristocratie concurrentielle où les rivalités de clans sont féroces, à une aristocratie de service, où l'on fait carrière en étant en bons termes avec ses pairs, qui a produit un homme nouveau.

"Un chef de clan, dit Veyne, a plus d'audace, d'autorité, de capacités d'auto affirmation, qu'un noble, serviteur de son prince, qui doit faire des sourires à ses pairs. Le premier sabre sans remords sa femme, ses servantes et ses pages; le second, n'ayant pas d'ordres à donner à l'extérieur, dans la société globale, n'a pas non plus la force de s'en donner à lui-même: il faut qu'il s'invente une morale conjugale sexuelle, afin que la discipline lui vienne de nouveau de l'extérieur et qu'il ne soit pas en proie à une autonomie qui lui fait peur. (...) On passe ainsi de l'âge des forbans ou des capitaines d'industrie, à un âge de fonctionnaires impériaux qui cultivent la respectabilité. »

Ces maîtres, devenus soucieux de respectabilité, se sentent le devoir d'imposer cette morale à leur domesticité, à l'ensemble de la société, parce que par définition une morale est universaliste.

Ce changement profond s'est produit entre César (101-44 av.) et Marc-Aurèle (règne 161-180). Selon Veyne, c'est ce qui explique le triomphe du christianisme (au lieu d'être expliqué par celui-ci) : « une société qui a pris un pareil pli éthique ne pouvant résister aux idées chrétiennes. »

En donnant une interprétation sexuelle du péché originel, l'Eglise a fait peser sur la sensualité, le plaisir, le corps et, bien sûr, tous les comportements de la vie sexuelle, un sentiment de honte et de péché, en les rejetant dans le domaine du mal.

Mais il ne faudrait pas croire que l'Eglise, avec son obsession rigoriste de la chasteté, est seule responsable du syndrome antisexuel qui caractérisera la société bourgeoise du XIXe siècle.

L'antinomie plaisir/procréation, héritée des morales antiques n'a jamais réussi à s'imposer pleinement. Dès les XIIe-XIIIe s., la volupté, sans être admise comme fin légitime de l'accouplement, entre dans l'idée que les théologiens se font de la vie conjugale.

3.1.3 Deuxième mutation : du refoulement des instincts à l'invention de la pudeur

Au XVIe siècle se situe un tournant décisif.

La répression sexuelle, Norbert Elias l'a superbement démontré (*La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, Paris, 1973), s'inscrit dans un processus général de refoulement des instincts, de maîtrise de soi, dans lequel l'Eglise n'a joué qu'un faible rôle.

Ce mouvement de contrainte et d'intériorisation des pulsions débute lorsque la noblesse chevaleresque commence à se transformer en aristocratie de cour. Il est lié à la modification des rapports sociaux et à la formation des Etats centralisés.

On passe d'une féodalité libre, dont la réussite dépend de sa force, de sa puissance, à une noblesse de cour dont l'avancement dépend de sa soumission, de sa retenue. La transformation de la société dans le sens de l'absolutisme fait de l'aristocratie une couche hiérarchiquement dépendante et asservie. Cet état de dépendance entraîne un refoulement de l'affectivité et des manifestations pulsionnelles. La vie de cour impose un comportement de retenue, la maîtrise des instincts, une régulation plus sévère des émotions.

Au début, ce sont les personnes d'un rang social supérieur qui exigent des individus socialement inférieurs et éventuellement de leurs pairs un contrôle plus rigoureux des pulsions. Les renoncements que l'aristocratie s'impose pour plaire au prince lui permettent aussi de se démarquer face aux classes inférieures. C'est un moyen de discrimination.

Désormais, la civilisation ira vers une privatisation sans cesse plus prononcée et plus complète de toutes les fonctions corporelles, vers leur rejet dans des enceintes spécialisées, des lieux déterminés, hors du champ visuel de la société.

Alors que durant le Moyen Âge et jusqu'au XVI^e siècle, les fonctions naturelles, les parties intimes du corps et leur vue ne s'accompagnaient pas ou fort peu d'un sentiment de pudeur ou de gêne, le processus de modernisation entraîne une extension du sentiment de pudeur. Au début, on considère comme un affront pénible de devoir montrer sa nudité à une personne d'un rang social égal ou supérieur. Ensuite, avec le temps, on perd la conscience que les sentiments de gêne et de pudeur se rapportent à des situations sociales. La norme sera intériorisée, s'appliquant à tout le monde, même aux enfants. D'extérieure, elle sera devenue une auto-contrainte, un impératif de son propre moi et à la fin du XVIII^e siècle, toutes les fonctions corporelles seront investies de sentiments de honte et de malaise; les hommes se cachant mutuellement ces fonctions en évitant tout ce qui pourrait en éveiller le souvenir.

C'est dans cette transformation générale des mœurs, dans ce refoulement généralisé des instincts qu'il faut replacer la répression de la sexualité.

Au Moyen Âge et jusqu'à Erasme, la sexualité faisait partie intégrante de la vie sociale. On ne s'imposait, ni en paroles ni en actes, les contraintes qui plus tard seront la règle. Il n'y avait aucune pudeur sexuelle; on parlait avec une grande liberté de ses pulsions et le vocabulaire sexuel était d'une extraordinaire richesse. La sexualité des adolescents était une chose admise, la continence préconjugale considérée comme pratiquement impossible, la règle de vie d'Erasme était "Si non caste, tament caute" (Sinon chaste, du moins prudent). D'ailleurs la continence était considérée comme néfaste à la santé en vertu de la théorie des humeurs qui veut que le corps se purifie régulièrement de ses sécrétions. Encore en 1749, Buffon considère que la surabondance de liqueur de vie est nuisible. Mais dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, le sperme sera considéré comme étant la partie spirituelle, le ressort du sang, qu'il protège de la corruption, et qu'il faut donc ménager surtout dans l'adolescence.

Quant à la morale conjugale, elle était au Moyen Âge très peu contraignante. Si les rapports extra conjugaux étaient désapprouvés par l'autorité ecclésiastique, ils n'étaient pas réprouvés socialement. La prostitution était institutionnalisée et les prostituées avaient une fonction dans la vie publique. Les enfants n'étaient d'ailleurs nullement tenus à l'écart de la sexualité, la sexualité prépubertaire allant de soi, on jouait sans gêne avec le sexe des enfants.

Tant que les manifestations de la vie pulsionnelle ne sont pas encore réprimées, le conditionnement des enfants - c'est-à-dire la reproduction des habitudes sociales - s'est fait tout naturellement au contact des adultes. La sexualité n'étant pas encore reléguée hors de la vie sociale, les enfants très tôt se familiarisaient avec cet aspect de l'existence.

À mesure que les fonctions corporelles seront investies d'un sentiment de honte et de malaise, la sexualité elle aussi sera refoulée et confinée dans l'espace clos que constitue la famille restreinte.

Cette évolution répond aux nécessités de l'Etat moderne mercantiliste, bureaucratique, qui a besoin de sujets nombreux, disciplinés et travailleurs. La bourgeoisie se fera l'instrument de cette politique.

3.1.4 Troisième mutation : de la sexualité refoulée à la sexualité réprimée

Les nouvelles valeurs : le travail, la modération, la maîtrise de soi, l'emploi utile de son temps, l'énergie ne s'accordent pas avec la sexualité. L'oisiveté est mère de tous les vices et le plaisir pour le plaisir un péché, non pas contre l'Eglise, avec laquelle on peut toujours s'accommoder, mais contre la société et même contre soi-même. Le corps, d'organe de plaisir, est transformé en organe de performance. La sexualité bourgeoise n'admet que le strict minimum, l'utile, c'est-à-dire la reproduction. Réprimer ses désirs et les sacrifier à d'autres tâches devient la loi générale que la bourgeoisie va imposer comme norme à toute la société.

Elle y parvient en réprimant la sexualité à sa source.

On ne peut comprendre autrement la volonté collective de répression, la frénésie envers toutes manifestations de sexualité enfantine ou préconjugale, qui, au XVIIIe siècle, reçoit la caution de l'autorité médicale.

La campagne contre la masturbation en est la parfaite illustration. Elle participe de la volonté de jeter le discrédit sur toute forme de plaisir qui risquerait de détourner l'individu des fins que la société entend lui fixer, mais elle adopte le ton scientifique de l'enseignement et de l'hygiène : l'argument moral - la peur du mal et du péché - s'efface devant l'argumentation scientifique. La science bourgeoise, en substituant au discours moralisateur de l'Eglise un discours de rationalité, a donné à l'ascétisme chrétien le fondement théorique qui a finalement assuré son triomphe.

Le mouvement est parti d'Angleterre avec l'ouvrage d'un médecin, Bekker (*Onania, ou le péché affreux d'onanisme et toutes les effrayantes conséquences chez les deux sexes, considérés sous l'angle de recommandations spirituelles et physiques*) paru en 1710, mais c'est surtout

l'ouvrage du médecin vaudois Tissot *De l'onanisme* (1760) qui a déclenché la campagne de répression, laquelle a vite pris un aspect pathologique, se transformant en une croisade terroriste destinée à inculquer une peur panique devant la masturbation.

L'habileté de Tissot a été de se situer sur un plan purement scientifique, en dehors de toute considération morale. S'appuyant sur l'observation clinique, il présente la masturbation comme la source presque universelle des maladies, cause de dégénérescence et de débilité mentale, responsable des maux les plus effroyables.

Ce discours témoigne de l'obsession antisexuelle de la bourgeoisie qui vise à rejeter dans le domaine de l'interdit toute velléité de jouissance, par laquelle les individus pourraient échapper au contrôle de la société.

Frapper la masturbation d'interdit, c'est terroriser, culpabiliser l'activité sexuelle dans son ensemble, en l'atteignant à sa source même, au moment de son apparition. Voyez l'horreur de Rousseau pour la sexualité, le « dégoût » physique, qui « soulève le cœur », à l'idée du rapport sexuel. Cette croisade antisexuelle s'appuie sur la théorie médicale de la dépense exagérée, qui amène l'affaiblissement, l'épuisement et la mort. En termes économiques : une activité libre et incontrôlée, gouvernée par le plaisir, est incompatible avec une économie fondée sur l'épargne, le contrôle de soi et la prévoyance. Il est révélateur que les auteurs rejetaient la faute de ce mal « qui répand la terreur » et menaçait la civilisation sur tout ce qui est contraire à l'éthique bourgeoise : le luxe, l'oisiveté, les chambres trop chauffées, les nourritures trop riches, la tendance des adolescents à ne penser qu'à s'amuser, l'éducation trop précoce, la culture, les arts.

3.1.5 Quatrième mutation : sens et contre-sens de la libération sexuelle

L'idée d'une répression sexuelle d'inspiration essentiellement bourgeoise et capitaliste sera omniprésente dans le mouvement « d'émancipation » des années 1960.

Si l'on admet que la répression de la sexualité correspondait aux impératifs de la bourgeoisie, la prise de conscience de cette « aliénation » et la libéralisation des mœurs ne reflètent-elles pas de nouvelles exigences économiques : celles d'une société de consommation et de loisir forcé ? Il est difficile d'admettre que l'émancipation contemporaine des mœurs résulte d'une prise de conscience de notre aliénation, par une sorte de progrès de la conscience humaine qui nous aurait fait découvrir, avec l'aide de la psychanalyse, une vérité perdue. « Qui sait si la révolution sexuelle n'est pas la quintessence du consumérisme et sa suprême pensée » dit le sociologue René Girard.

Pour Jean-Claude Guillebaud, « la prévalence du marché, l'hégémonie du jeu offre/demande dans l'économie mondiale procèdent d'un projet global de dérégulation. La pensée dominante renoue aujourd'hui avec le laissez-faire-laissez-passer du libéralisme originel. Dans cette optique, toute intervention d'une règle destinée à tempérer la brutalité du marché est jugée obsolète » (p.94). Il en va de même des valeurs. Dans la pensée dominante, toute morale est perçue comme une entrave à la liberté, une répression, et non pas comme un ensemble de valeurs intériorisées. « C'est dans ce contexte que s'inscrivent dorénavant nos représentations de la sexualité. Les tabous ou les interdits d'avant-hier sont désignés comme d'anciennes régulations, dépassées par l'Histoire. À la limite, ces morales résiduelles, ces proscriptions ou ces disciplines, *ne sont plus véritablement rejetées au nom de la liberté mais du libéralisme* » (...) « Le grief imputé à la morale sexuelle traditionnelle, c'est qu'elle incarne une forme de codification pinailleuse, contradictoire avec les exigences du libre-échange. » (p. 95).

La révolution sexuelle a donc été récupérée par le capitalisme à son profit, et trouve dans l'individualisme sa justification. Nous sommes dans un système de civilisation où l'hédonisme et la jouissance personnelle sont érigés comme modèle et norme.

L'individu se veut affranchi de toute contrainte, autonome, libre de ne tirer que de soi ses raisons d'être et ses valeurs. Mais, comme le dit Pascal Bruckner (*La tentation de l'innocence*, Grasset 1995, p. 33-35), cette victoire de l'individu sur la société est piégée, c'est « un cadeau empoisonné » qui a pour contrepartie qu'il appartient désormais à chacun de se construire et de trouver un sens à son existence », de s'autodiscipliner (p.33).

L'individualisme place l'homme devant une responsabilité virtuellement sans limite, le laisse sans attache et sans référence face à l'incertitude du temps. C'est un « déplacement du centre de gravité de la société au particulier sur qui reposent désormais toutes les servitudes de la liberté » (p. 34).

« Désormais, mon sort ne dépend que de moi (...) si je suis mon propre maître, je suis aussi mon propre obstacle ». Mon existence n'a d'autre signification que celle que je veux bien lui donner, et cette possibilité est donnée à tous. « Tous égaux, tous ennemis. »

Encore faut-il prendre conscience que ce prétendu agir-libre des individus n'est pas du tout un agir-libre individuel. Comme le dit Cornelius Castoriadis¹ : « à partir du moment où chacun agit à sa guise, on met en cause non seulement les valeurs traditionnelles mais également toute valeur générale ». Or, il ne peut y avoir de vie sociale sans règles. Chacun doit pouvoir se situer, a besoin de repères, de codes, de lois. En détruisant les normes stables, l'individualisme leur substitue des normes changeantes. Ne parvenant plus à être soi, c'est en étant comme tout le monde que l'on a l'impression d'être quelqu'un. La

¹ Le Monde morcelé, Seuil, Paris 1990

nécessité d'être avec les autres tout en devenant davantage soi-même conduit à un conformisme de la non-conformité, frappant chez les jeunes.

La doxa contemporaine nous répète sur tous les tons que la libération sexuelle a aboli des siècles d'obscurantisme et de répression, comme si les hommes et les femmes avaient vécu des millénaires sous le joug des interdits dont nous aurions triomphé. Cependant, qui oserait affirmer que la sexualité libérée est forcément plus épanouie ? Plus le sexe s'affiche et plus on produit des carencés de l'amour sexuel. Cette sur-érotisation provoque des inhibitions et de nouvelles pathologies sexuelles et perversions. Si l'on parle autant du sexe, c'est bien parce qu'il est plus que jamais source d'angoisse.

« La sur-érotisation de la société déssexualise le sexe », dit Anatrella². En dissociant la sexualité du sentiment, elle nie l'idéal de la relation amoureuse. « Cette inflation érotique, dont les intérêts économiques ne sont pas négligeables, supprime toute relation à l'autre, pour érotiser un univers purement imaginaire dépersonnalisé, enfermant chacun dans la solitude du sexe obsessionnel » (p. 129).

Pour faire du sexe un produit de consommation, il est nécessaire de dissocier la pulsion sexuelle de la relation à l'autre, de détacher la sexualité de l'affectivité. Recherché comme une fin, pour lui-même et sans lien avec la vie affective, le sexe ne participe pas à la formation de la personnalité et prolonge au contraire l'état d'enfance. L'autoérotisme relève d'une sexualité préliminaire, infantile.

Cette révolution sexuelle tout en développant l'immaturation affective favorise le développement sensoriel au détriment de la rationalité.

Pour Monsieur Perrenoud nous sommes dans une société qui refuse la maturité – pensez à la culture du corps. On veut traverser le temps sans vieillir corporellement. Au XIXe siècle, tous les modèles visaient à faire de l'enfant un adulte utile à la société. Tous les modèles actuels s'inspirent du refus de devenir adulte. Le sexe adulte est occulté au profit du sexe adolescent. Le corps adulte n'est plus accepté, il faut s'en débarrasser, retrouver l'idéal d'un corps juvénile. Nettoyer, entretenir, parfumer le corps n'est pas le signe de sa reconnaissance, mais de sa négation. Le corps idéalisé rend son propre corps gênant. Celui-ci devient un élément dont il faut se débarrasser. Au XIXe siècle, on se cachait son propre corps, aujourd'hui on le désavoue en le confiant à la chirurgie esthétique, ou on le renie. L'anorexie, la boulimie, la toxicomanie, toutes ces addictions sont celles d'un corps refusé.

² Le sexe oublié, Flammarion, Paris, 1990

Cette valorisation extrême de l'état d'enfance répond aux besoins d'une société de consommation qui fonctionne sur un mode impulsif et agressif. Nous sommes dans une société de plus en plus émotionnelle et de moins en moins rationnelle. Le contexte présent, les moyens de communication, les représentations collectives, tout incite à rester dans cet état premier.

3.2 Consommation de produits et prostitution, quels sont les problèmes rencontrés ?

Madame Gaelle Martinez, collaboratrice socio-sanitaire,
Première Ligne

3.2.1 Introduction

Dans sa présentation, Madame Martinez va aborder les liens existant entre consommation de produits et prostitution, ainsi que les problèmes rencontrés dans ce domaine. Cet exposé se base sur les observations qu'elle a effectués dans le cadre de son travail à Première Ligne, mais aussi sur les informations qu'elle a reçues des personnes qui utilisent ces structures.

Elle commencera son intervention en présentant succinctement les structures dans lesquelles elle travaille. Ensuite, elle nous donnera des éléments d'information sur les différentes populations qu'elle rencontre au Bus Boulevards. Enfin, elle nous apportera des pistes de réflexions sur la pratique de la prostitution à Genève et du lien avec la consommation de produits psycho-actifs.

3.2.2 Contexte professionnel

Depuis deux ans, Madame Martinez travaille pour les bus Boulevards et le bus BIPS qui sont des structures de Première Ligne, association genevoise de réduction des risques liés aux drogues.

Le BIPS, bus d'information et de préservation de la santé, accueille des personnes consommatrices de drogues, ainsi que toute une population qui vient pour des questions concernant les produits psycho-actifs, ou relatives à la sexualité et à la santé. Le bus est ouvert tous les soirs de 18h à 23h30.

Boulevards est un bus de prévention destiné aux personnes prostituées et consommatrices de drogues. Ce projet, créé en 1996, est géré par deux associations : Première Ligne et Aspasia, association genevoise qui promeut la santé et les droits des personnes qui pratiquent la prostitution.

Le projet Boulevards gère deux bus : un grand bus situé sur le Boulevard Helvétique depuis le début du projet et un autre bus mobile qui se déplace jusqu'au quartier des Pâquis sur la place des Alpes. C'est ouvert le soir de 22h à 1h30 et cela trois fois par semaine. Ce bus est surtout un lieu d'accueil proche de la rue qui offre la possibilité aux personnes de faire une pause, de discuter, de confier leurs préoccupations et de boire un verre ou de manger quelque chose.

Pour de plus amples informations sur les objectifs et les actions menées, il est possible d'aller sur le site www.premiereligne.ch ou de contacter directement les structures.

3.2.3 Population rencontrée

Elle concerne essentiellement des femmes et des personnes transsexuelles. Certaines se prostituent de manière occasionnelle et d'autres de manière régulière. La plupart des femmes qui viennent au bus Boulevards travaillent dans la rue.

Les femmes qui se prostituent de manière occasionnelle sont essentiellement des femmes qui consomment de manière régulière des drogues et qui utilisent comme mode de consommation l'injection ou l'inhalation. De manière générale, ces femmes ne se considèrent pas comme prostituées.

Elles travaillent plutôt sur le Boulevard Helvétique ou dans ses alentours. Les rapports sexuels ont lieu essentiellement dans les voitures des clients. La plupart de ces femmes ont recours à la prostitution afin d'obtenir rapidement de l'argent pour se procurer du produit.

Pour ces femmes, la prostitution reste un travail pénible tant physiquement que moralement. La majorité ne peut travailler qu'après avoir consommé. Elles sont rapidement prises dans un cercle vicieux où la dépendance entraîne la prostitution, qui elle-même peut nécessiter l'usage de drogue. De plus, cette consommation de drogues les mène souvent à avoir des problèmes de santé auxquels s'ajoutent ceux que la pratique de la prostitution peut entraîner (comme les IST).

Au bus Boulevards, on constate que lorsque ces femmes ont prévu de venir travailler, elles viennent en général avec le matériel nécessaire, ou elles passent afin d'obtenir des préservatifs pour être protégées durant les rapports. Elles sont bien informées des risques liés à la pratique de la prostitution comme sur les infections sexuellement transmissibles.

Par contre, lorsqu'elles ont besoin de manière urgente d'argent pour se procurer de la drogue, elles n'ont pas toujours sur elles des préservatifs ce qui engendre des situations à risque.

De manière générale, les clients n'ont pas de préservatifs sur eux. De plus, dans ce quartier il n'y a aucun lieu pour s'en procurer. Si le bus est fermé et qu'il n'y a pas d'autres femmes qui travaillent, ce moyen de protection est inaccessible. Ainsi, l'état de stress dû au manque conduit parfois les femmes à travailler sans protection. Ces situations d'urgence les rendent plus vulnérables. Certains clients en profitent d'ailleurs pour avoir un rapport sexuel

sans protection, pour refuser de payer le prix convenu de la passe ou pour les agresser.

On constate que les prostituées consommatrices de drogues sont en général plus jeunes et connaissent des conditions de vie et d'exercice encore moins aisées que les autres femmes prostituées (logement plus précaire, séparation de leurs enfants plus fréquente, agressions répétées, isolement...).

L'image qu'en ont les autres femmes prostituées est très négative. Elles leur reprochent de monter avec les clients sans préservatif, de ne pas appliquer les tarifs adéquats et donc de les faire baisser, de ne pas agir en professionnelles. Elles sont rangées parmi les « occasionnelles » et donc jugées comme dangereuses. Elles subissent de la part des autres travailleuses des pressions morales voire de la violence physique, ce qui pousse les femmes à ne travailler que dans des lieux plus discrets, plus cachés. Ces femmes portent ce double stigmata toxicomane/prostituée ce qui accentue l'image négative qu'elles ont souvent d'elles-mêmes.

Selon son expérience, Madame Martinez constate finalement que ces femmes soient consommatrices de drogues ou non, elles ont toutes été amenées à avoir des rapports sexuels sans protection ou à baisser le prix d'une passe pour une raison ou une autre. Hélas, à ce niveau, il existe encore beaucoup de préjugés.

Dans le cadre de son travail à Première Ligne, au bus BIPS, elle rencontre des femmes consommatrices qui pratiquent une certaine forme de prostitution que l'on préfère nommer « échanges de services sexuels ». En effet, ces femmes ne parlent pas de prostitution à proprement dit et le sujet est toujours difficile à aborder. Ce service sexuel se fera de manière générale directement contre l'échange du produit. Cet échange a lieu entre la femme et le dealer ou un copain, une connaissance ayant du produit. Ces rapports sexuels ont lieu soit dans des appartements privés soit dans des lieux de deal à l'extérieur dans des endroits cachés. Les risques de ne pas être protégés semblent plus importants dans ces situations.

Certaines femmes nous confient que ces situations entraînent parfois des relations ambiguës, voire malsaines avec les hommes qu'elles côtoient régulièrement. Moralement, ces situations sont difficiles.

Pour la plupart de ces femmes consommatrices de drogues qui vivent en couple, le partenaire est souvent au courant de la situation. Certaines fois, c'est même le partenaire qui a proposé la pratique de la prostitution afin que le couple obtienne de l'argent. D'après nos échanges avec elles, leurs copains ne sont pas très compatissants à l'égard de leur vécu dans la prostitution. Leur priorité est plutôt qu'elles trouvent rapidement de l'argent pour pouvoir se procurer de la drogue. Ils ne parlent pas entre eux des difficultés ou de la souffrance qu'elles peuvent ressentir en se prostituant. Les relations sexuelles avec leur partenaire deviennent vite pénibles à vivre car elles n'éprouvent

souvent plus de plaisir après s'être prostituées. De plus, quand leurs partenaires consomment régulièrement et de manière importante du produit, ils n'arrivent plus à avoir de relations sexuelles.

En 2005, la structure a inauguré un nouveau bus mobile qui offre les mêmes prestations que celui du Boulevard Helvétique et qui s'adresse à la même population, mais qui se déplace deux fois par semaine jusqu'au quartier des Pâquis.

Ce nouveau bus a permis d'adapter les prestations à l'évolution du marché de la drogue et de la prostitution. Suite à diverses observations et enquêtes, Mme Martinez constate qu'aujourd'hui les femmes toxicodépendantes vont également se prostituer au Pâquis. Ce nouveau projet permet de mieux répondre aux besoins de soutien et de prévention des personnes prostituées tout en ciblant un public plus large.

Très vite, ce bus a été investi par les femmes qui se prostituent de manière régulière et qui ne sont pas forcément des consommatrices de drogues. Ce sont des femmes qui se disent « professionnelles ». Elles travaillent dans la rue, là où elles rencontrent les clients et les rapports sexuels ont lieu dans des appartements qu'elles sous-louent.

Ces femmes viennent souvent d'autres villes de Suisse car elles ne souhaitent pas travailler dans leur propre ville. La plupart sont en couple avec enfants et la famille est rarement au courant de leur pratique. En travaillant dans un autre lieu, elles risquent moins de rencontrer quelqu'un qu'elles connaissent. Elles ont pour la plupart un travail régulier dans leur lieu de domicile. Elles pratiquent la prostitution pour arrondir les fins de mois, pour envoyer de l'argent dans leur famille restée dans leur pays natal, pour compléter une aide sociale reçue.

Les femmes posent beaucoup de questions sur la réduction des risques et, petit à petit, elles confient consommer de manière occasionnelle divers produits psycho actifs. Les produits les plus cités sont l'alcool, les médicaments (somnifères, antidépresseurs) et la cocaïne.

Certaines sont amenées à consommer l'un ou l'autre des produits cités pour pouvoir travailler. Pour se donner du courage, pour se sentir désinhibées ou encore pour supporter le rythme de vie qu'elles mènent. Il s'agit ici des produits tels que l'alcool ou les médicaments.

En ce qui concerne la cocaïne, les femmes peuvent être amenées à en consommer lorsque des clients leur en proposent. Ces derniers augmentent le prix de la prestation si la femme est d'accord d'en consommer. Ces situations semblent en augmentation. Les femmes sont souvent tentées d'accepter car ce sont souvent des clients qui payent bien et qui sinon refusent même le rapport.

Elles confient également que lorsqu'elles consomment de la cocaïne, elles tiennent physiquement plus longtemps sans être fatiguées et ainsi elles font plus de clients.

Madame Martinez constate que finalement leur consommation occasionnelle de départ entraîne vite une consommation régulière et les femmes en deviennent petit à petit dépendantes.

Elle observe également une poly consommation chez ces femmes. Elles vont consommer de l'alcool pour pouvoir travailler, de la cocaïne avec le client et ensuite elles vont prendre des médicaments (somnifères, antidépresseurs) pour pouvoir se reposer ou supporter cette situation. Pour ces femmes, il est vraiment difficile de parler de leur consommation car elles ne veulent pas être associées aux femmes toxicomanes et vivent déjà difficilement le fait de pratiquer la prostitution.

Au niveau des pratiques sexuelles demandées par les clients, d'après les discussions avec les femmes que ce soit au Boulevard Helvétique ou au Pâquis, il y a énormément de demandes de pratiques sadomasochistes. Ce sont des pratiques sexuelles que certaines femmes offrent car les prix sont élevés mais, en contre partie, beaucoup de femmes parlent des conséquences physiques et, surtout, psychologiques que cela entraîne.

À nouveau, lorsqu'elles doivent fournir une telle prestation, les femmes ont recours à la consommation d'un produit psycho actif pour se sentir plus désinhibées. Le produit semble devenir un outil de travail qui leur permet de dissocier la tête du corps.

Les femmes rencontrées dans le bus au Pâquis vivent pour la plupart en couple. Leurs partenaires ne savent pas qu'elles se prostituent, il est donc important qu'elles se protègent durant leur pratique de la prostitution étant donné qu'elles ne le font pas avec leurs partenaires. Mais, hélas, elles subissent une forte pression de la part des clients pour obtenir des rapports non protégés, surtout pour les fellations. Elles sont parfois amenées à accepter, car elles ont également un besoin urgent d'argent. Beaucoup de femmes parlent de leurs inquiétudes concernant leurs partenaires. En effet, vu qu'elles sont confrontées régulièrement à des clients qui veulent des relations non protégées, elles craignent que leurs partenaires ne se protègent pas s'ils ont des relations sexuelles avec d'autres femmes...

Certaines confient leurs difficultés à avoir des rapports sexuels avec leur partenaire depuis qu'elles ont commencé la prostitution. Elles attendent de leur partenaire beaucoup d'affection, des câlins, des caresses et ne veulent surtout pas des rapports sexuels hard, trop désinhibés ou trop compliqués.

Le travail de prévention pour les femmes que Madame Martinez rencontre dans le quartier des Pâquis est plus difficile concernant les risques liés à l'usage de produits psycho-actifs car le sujet est assez tabou et les femmes n'en parlent pas entre elles contrairement à leur pratique de la prostitution. Il est essentiel de créer des liens de confiance pour amener les femmes à parler plus directement de leur consommation.

3.3 Abus et maltraitance, quels liens avec la toxicodépendance ?

Docteur Bron, chef de clinique à la consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV), HUG

3.3.1 Quelques généralités

Monsieur Bron s'est basé sur son expérience pratique clinique à la CIMPV, ainsi que sur différents articles traitant du sujet pour répondre à la question : abus et maltraitance, quels liens avec la toxicodépendance ? Ce sujet suscite beaucoup d'interrogations et de son point de vue, il n'existe aucune vérité sur la question.

La consommation de drogue est souvent associée à toutes formes de violences : violences domestiques, abus sexuels, agressions sexuelles, bagarres, rixes... Les personnes concernées peuvent être soit des victimes, soit des auteurs et/ou des témoins, ce qui est aussi une forme de vulnérabilité,

La consommation de drogue a des effets psychopharmacologiques avec des désinhibitions, des distorsions cognitives et elle peut dans certains contextes :

- Augmenter la vulnérabilité aux violences
- Favoriser le risque de commettre des actes délinquants ou violents

La plupart du temps la consommation de drogue débute souvent à l'adolescence qui est une période de grande vulnérabilité avec un besoin d'indépendance et d'autonomie. L'accès aux drogues est également facilité.

Avoir subi des violences et/ou avoir été témoin de violences, à n'importe quel âge, constitue un facteur de vulnérabilité :

- À de nouvelles violences, comme victime et/ou auteur
- À des comportements à risques
- À une moins bonne capacité à se protéger

À la CIMPV, les professionnels préfèrent utiliser le terme « facteur de vulnérabilité » que celui de facteur de risque, car dans ce dernier il y a une relation scientifiquement établie entre un événement et un résultat. Or, la relation est plus complexe que ça.

3.3.2 Etude américaine « The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study »

Cette étude montre qu'il existe une association entre des traumatismes durant l'enfance (abus sexuels, violence physique) et la consommation de drogue à l'adolescence et à l'âge adulte.

Le problème c'est que cette étude ne parle que de certaines formes de maltraitements et violences. Par exemple, elle ne prend pas en compte celle d'avoir été témoin ou de la négligence.

Il y a donc des besoins supplémentaires, en terme d'étude pour comprendre et établir l'influence de facteurs personnels susceptibles de contribuer à l'apparition de consommation de drogue.

Hypothèses

Première hypothèse

Co-existence et effets cumulatifs importants des expériences traumatiques passées comprenant différentes formes de maltraitance :

- Physique
- Psychique
- Négligence
- Environnement domestique défavorable

Deuxième hypothèse

Existe-t-il un lien entre les comportements à risque comme moyens de gérer le stress, de diminuer l'anxiété ou la dépression, si on subissait ces formes de maltraitance ?

Méthodes

Questionnaire envoyé à plus de 13'000 adultes ayant subi un examen médical standardisé dans une grande HMO californienne (Kaiser permanente, San Diego, entre août 1995 et octobre 1997)

Caractéristiques populationnelles

- 54 % de femmes, 46% d'hommes
- Age moyen = 56 ans
- Type caucasien: 74%
- 14 ans d'éducation en moyenne

10 catégories d'expériences infantiles traumatiques répertoriées (ACE)

- Maltraitance psychologique (menace de violence physique, insulte)
- Maltraitance physique (coups, passage à tabac)
- Abus sexuels
- Négligence émotionnelle (manque de valorisation, d'amour, d'affection)
- Négligence physique (défaut d'habillement, manque de nourriture)
- Violence contre la mère
- Situation parentale problématique (divorce, séparation)
- Parents toxicomanes ou alcooliques
- Parents avec troubles psychiatriques ou suicidaires
- Parents emprisonnés

Comparaison entre le nombre de catégories et

- Usage de drogues illicites
- Age du début de consommation
- Comportements à risques à l'âge adulte
- État de santé
- États morbides

Résultats

Monsieur Bron fera état dans ce Forum des résultats que des deux premiers points. Sur les 13'000 personnes interrogées :

- 67% d'entre elles ont subi au moins un événement traumatique
- 42% d'entre elles en ont subi deux, voire plus
- Si on avait une possibilité d'un score positif, la probabilité d'exposition à un deuxième événement traumatique serait de 86.5%
- Probabilité d'exposition à trois ou plus serait de 69%
- Chaque événement traumatique augmente de 2 à 4 fois le risque de consommation précoce de drogue avant l'âge de 14 ans
- Chaque événement traumatique augmente la possibilité de présenter un problème de consommation de drogue au cours de la vie.

3.3.3 Résultats de l'étude américaine

Tableau 1

Prévalence pour la relation entre score ACE et l'âge de début de consommation de drogue illicite et au cours de la vie (statistiquement significatif pour tous les modèles, $P < 0.5$)

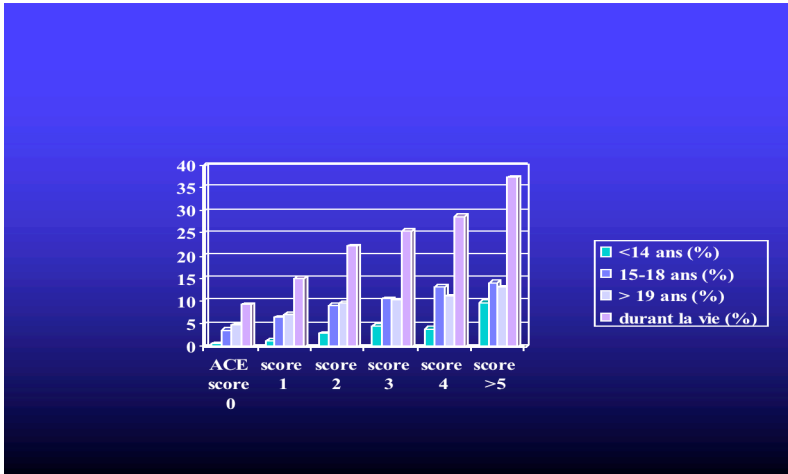


Tableau 2

Relation entre score ACE et prévalence des différents problèmes de drogue (confrontation, addiction et injection, statistiquement significatif pour tous les modèles, $P < 0.5$)

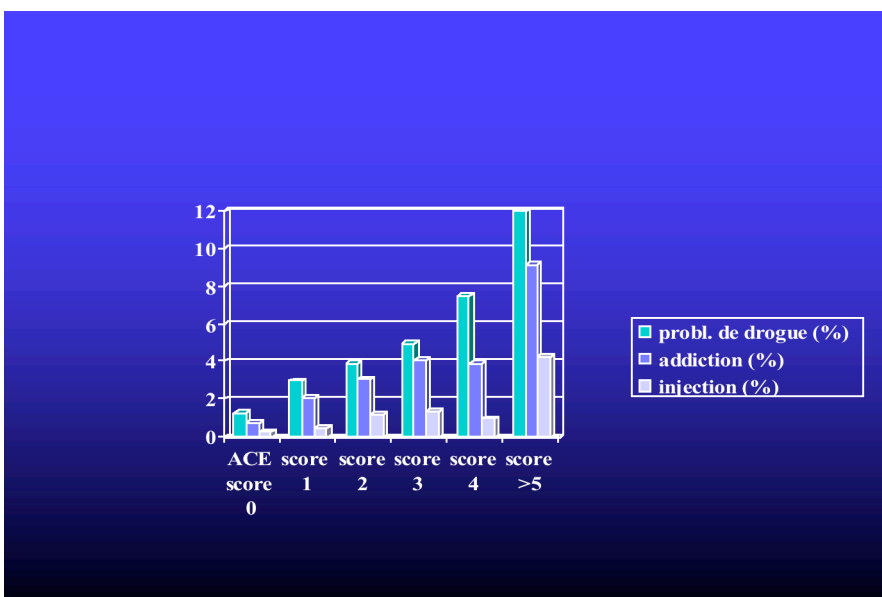
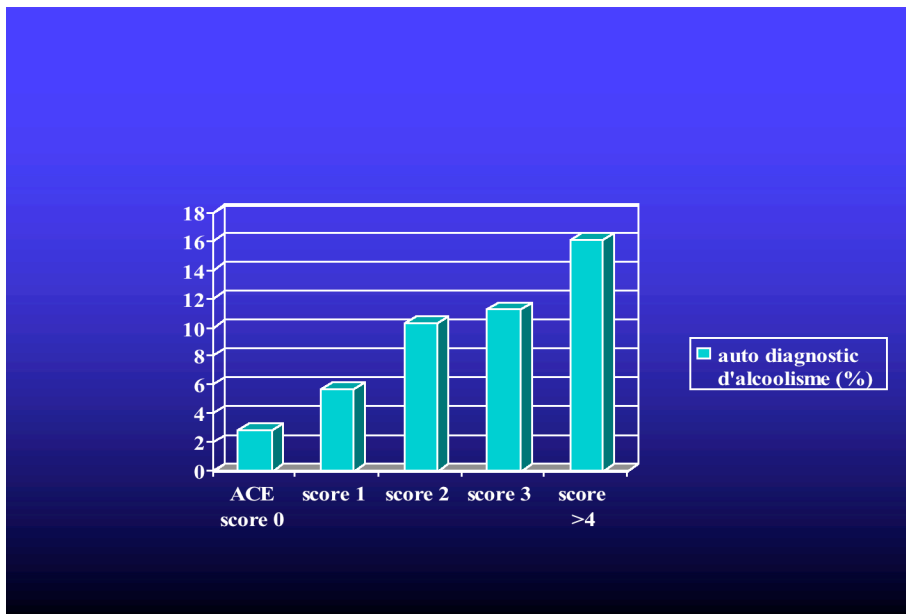


Tableau 3

Relation entre score ACE et alcoolisme (auto-évaluation), statistiquement significatif, $P < .05$



3.3.4 Résultats de l'enquête suisse sur la santé, 2002

Les pointillés et la barre représentent la moyenne suisse de la prévalence de l'alcoolisme.

Tableau 1 - Drogue dures (au moins une fois)
Homme et femme entre 15 et 39 ans

Le double des agresseurs par rapport à la moyenne suisse représente des problèmes de toxicomanie et également le double des victimes

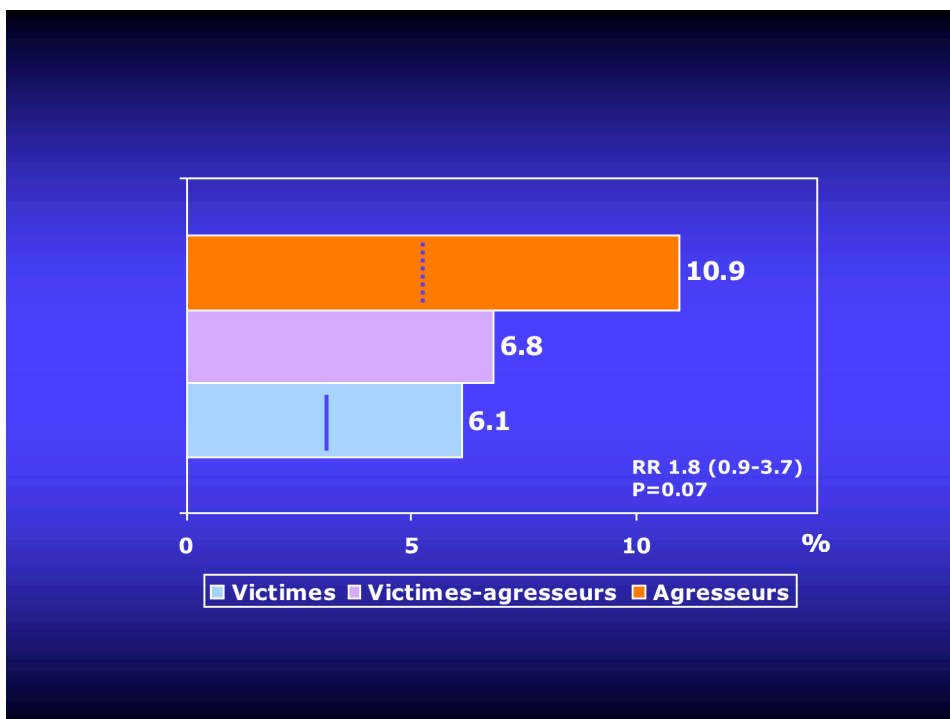


Tableau 3 - Drogue douce (consommation actuelle)

Homme et femme 15-65

Idem que pour la drogue dure, on voit qu'il y a deux fois plus de personnes qui ont des problématiques de violence, soit en tant que victime, soit en tant qu'agresseur et qui ont des problèmes avec la drogue douce par rapport à la moyenne de la population.

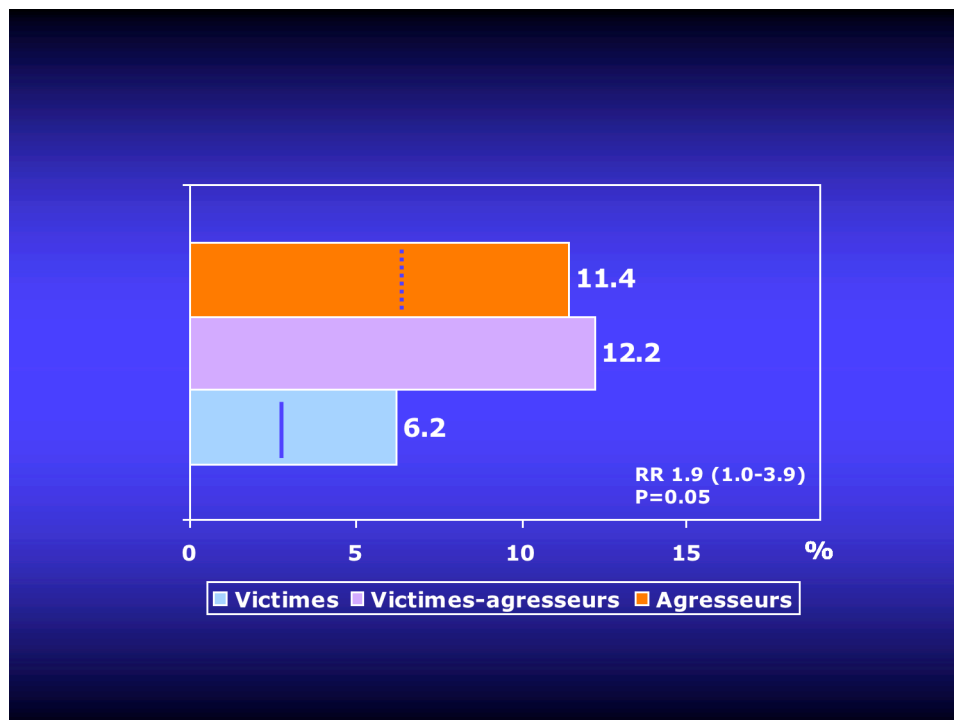
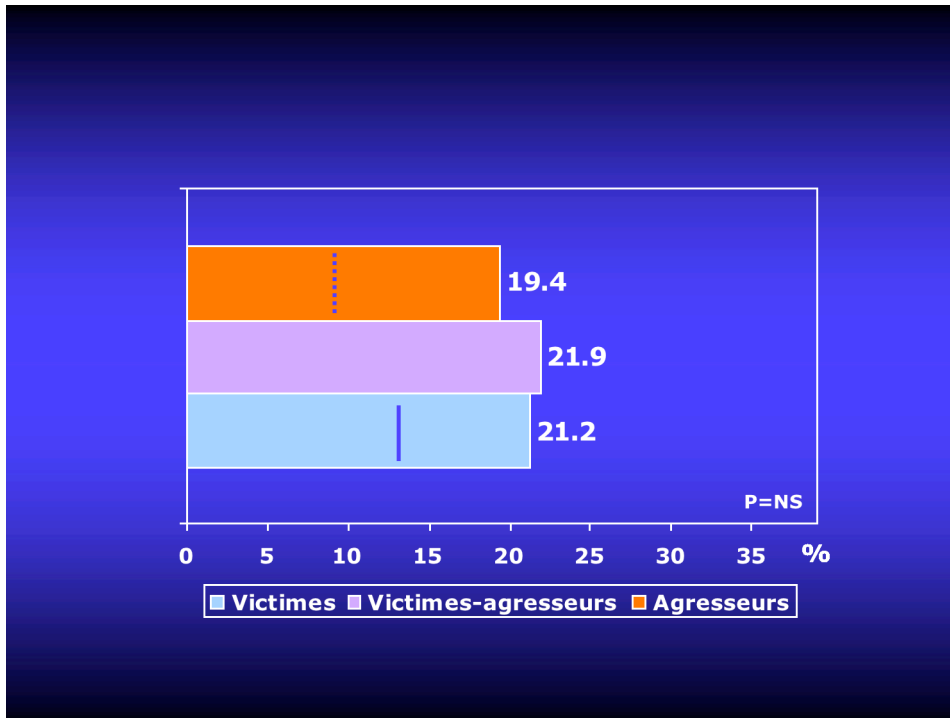


Tableau 4 - Médicaments, psychotropes et antalgiques (consommation actuelle au moins une fois par semaine) Homme et femme 15-65 ans

On voit que par rapport aux agresseurs et aux victimes il y a la même proportion de personnes qui consomment ces médicaments. Par rapport à la prévalence en suisse, ce n'est pas significatif.



3.3.5 Conclusion

- Les liens entre abus, maltraitements et toxicomanies sont complexes
- Dans l'expérience professionnelle à la CIMPV du Dr Bron, il constate des liens entre violences et abus de substances, indépendamment du rôle dans la situation et de l'âge au moment des actes violents

Les conclusions de l'étude américaine (ACE)

- Forte relation dose-effet entre expériences infantiles traumatiques (toutes formes de maltraitance et d'abus confondus) et comportements à risques en général et en terme de santé
- Forte relation dose-effet entre expériences infantiles traumatiques et toxicomanies
- Il s'agit d'associations, pas de causalité

- Le lien entre ces associations est probablement celui de l'usage de comportements à risque comme moyens de gérer le stress ou de diminuer l'anxiété ou la dépression. L'efficacité de ces moyens sous-tend leur utilisation chronique

Et pour terminer son exposé Monsieur Bron dira : « Quand une personne a connu que la maltraitance dans son l'enfance, elle aura souvent tendance à ce maltraiter elle-même et à maltraiter les autres... »

3.4 Comportement addiction au sexe, un problème ?

Docteur Georges Abraham, psychiatre – psychanalyste en cabinet privé

3.4.1 Introduction

Dans la vie, nous avons tous des habitudes. Nous en avons besoin pour nous structurer. Nous sommes pris en charge, en quelque sorte, par nos habitudes. Bien sûr cette notion est toujours à double tranchant, car nous pouvons devenir esclaves de nos habitudes. Les personnes dépendantes ne peuvent plus se passer de leurs habitudes ! Elles sont "un oreiller de paresse" car elles nous font nous méfier des imprévus. « Il faut attendre l'inattendu » nous disait Héraclite, philosophe qui vécut 500 ans avant JC.

Ce double visage des habitudes est une forme d'équilibre. Il y a problème dès que cet équilibre se déstabilise. Ce qui guette les personnes dépendantes à n'importe quelle substance, c'est le syndrome de l'abstinence qui devient plus grave que la « maladie » de l'addiction elle-même.

Monsieur Georges Abraham cite un exemple pour illustrer ses dires: une personne consomme chaque soir des somnifères pour trouver le sommeil. Au bout d'un certain temps, le somnifère ne fait plus d'effet, donc il faut augmenter la dose. La personne croit que c'est dû à une perte de l'efficacité du médicament, mais en fait la substance a créé un manque qui va au-delà du problème initial. L'insomnie est devenue « a-somnifère ». C'est-à-dire que ce n'est plus la même insomnie qu'au départ; le manque a plus d'impact que le problème initial.

3.4.2 Qu'est-ce qu'on entend par « sex-addicted » ?

Pour commencer à consommer de la drogue, il faut d'abord en prendre! Tandis que pour le sexe c'est inné. L'addiction au sexe est subtile, parce que c'est une addiction préventive. Les hommes ou les femmes dépendants au sexe ont peur de perdre le désir. La peur vient de ce qu'ils ne pourraient plus ressentir de désir, et non qu'ils ne peuvent plus avoir tout le temps du sexe.

Cette peur de perdre le désir est telle que la personne va chercher à l'avance des stimulations pour être sûr de ne pas le perdre. C'est ainsi que la personne va tomber dans une sexualité dite "parallèle, alternative ou perverse".

À ce stade, la sexualité proprement dite n'existe plus, car il faut à la personne n'importe quel "truc" pour qu'elle soit rassurée. C'est ce qu'on appelle la peur du syndrome d'abstinence.

Comment l'addiction sexuelle devient déstructurante ?

Pour donner réponse à cette question, Monsieur Georges Abraham va plutôt l'illustrer par un exemple. Un homme est marié depuis de nombreuses années. Il n'est plus excité par sa femme et cette dernière ne veut plus mettre des bas avec des bottes à talons. Il va aller voir ailleurs, car il a besoin de sa dose de sexualité sans émotions.

Il va se produire la même chose que dans les autres dépendances: l'addiction sexuelle va devenir déstructurante lorsque la personne va prendre des risques comme des rapports non protégés.

Définition de l'addiction sexuelle ?

L'addiction sexuelle est caractérisée par la peur de perdre le désir. C'est le syndrome de l'abstinence inversé.

Comment distinguer une réelle dépendance à l'hédonisme ?

La personne qui est dépendante au sexe va perdre le sens du plaisir. Le but est un remplissage pour museler l'angoisse de perdre le plaisir. L'hédoniste n'est pas préoccupé par la perte du désir.

Y-a-t-il une émergence de l'addiction sexuelle ?

Monsieur Georges Abraham répond clairement par l'affirmative. Dans le passé, nous pouvions compter sur l'interdiction du désir pour pouvoir être excités. Aujourd'hui, dans le domaine de la sexualité on ne peut plus compter sur l'interdiction. D'ailleurs, de nos jours la sexualité est plutôt encouragée. L'interdiction n'étant plus suffisante, nous allons plus facilement vers l'addiction sexuelle.

La seule interdiction qui reste puissante est la pédophilie. Mais les pédophiles ne sont pas des « sexe addicted ». Ils sont des « addicted » à la culpabilité.

Quel est l'impact des nouvelles technologies ?

Internet est simplement une fourniture supplémentaire d'images, de pornographie. Les personnes dépendantes au sexe se servent de la technologie, mais elles sont dépendantes au sexe réel.

Les hommes et les femmes sont-ils égaux face à cette dépendance ?

Cette addiction est plus fréquente chez les hommes, à l'inverse de l'addiction alimentaire qui elle est plus fréquente chez les femmes. La femme a moins de syndrome d'abstinence préventif.

3.4.3 Comment aborder la question de la sexualité addictive dans nos pratiques professionnelles ?

La question de l'addiction au sexe est une nouveauté dans la palette des addictions. Ainsi, faire un forum sur cette thématique est d'une grande utilité sociale, car cette question est encore trop peu abordée.

Cette nouvelle dépendance nous ouvre à d'autres voies de réflexion et nous avons beaucoup à en apprendre. Il faut pour cela être ouvert à de nouvelles formes de soins. Tout travail qui demande de l'engagement est difficile. Le secret pour le supporter est de bien le gérer, c'est-à-dire de trouver de l'intérêt et du plaisir à ce que l'on fait. Si on réduit notre aide à une forme d'assistance cela n'a plus d'intérêt aux yeux de Monsieur Georges Abraham. Il faut aller au-delà de la pure assistance. Il faut donc renouveler les perspectives, les intérêts. Le sexe addiction nous montre qu'il faut nous renouveler !

3.5 Des produits pour être sexuellement plus performant et/ou pour se désinhiber ?

Monsieur Vincent Jobin, responsable de la santé sexuelle à l'association Dialogai

3.5.1 Regard d'un travailleur social de proximité auprès de la population gaie & HSH³

L'intervention de Monsieur Jobin porte sur un constat des observations faites sur le terrain. L'association est en contact permanent avec la scène homosexuelle de l'arc lémanique qui se retrouve essentiellement dans les bars, les saunas et lieux de rencontre.

L'association Dialogai à un mandat institutionnel dans lequel elle évolue. Elle travaille avec l'OFSP section Sida, l'Antenne de l'Aide Suisse contre le Sida (ASS), et à un contrat de prestations avec le Département Général de la Santé à Genève (DGS).

3.5.2 Objectifs

- Sensibilisation, prévention VIH / IST⁴
- Counselling en santé sexuelle
- Mise en réseau / Listing de médecins & thérapeutes gay-friendly
- Promotion de la santé de manière globale

3.5.3 Services et projets

- Checkpoint – centre de conseils et de dépistage du VIH et autres IST, vaccinations hépatites A & B
- Enquête de base sur les connaissances en santé mentale et le bien être des hommes gais et HSH.

3.5.4 Constat – Projet santé gaie

- Le constat dont Monsieur Jobin va faire état tient compte autant des observations de terrain, que de l'enquête scientifique suisse menée par Dialogai et l'Institut de Médecine sociale et préventive de l'Université de Zürich.

³ HSH: Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes

⁴ Infections Sexuellement Transmissibles

- Enquête scientifique comparative avec des données de la population masculine en Suisse (ESS) dans les domaines de la santé physique, mentale et sociale.
- Echantillonnage 600 hommes homosexuels de l'arc lémanique
- 550 questions

Consommation d'alcool durant les quatre dernières semaines

Quantité moyenne d'alcool	Hommes suisses romands	Hommes gais
nulle	11%	18%
Basse (- de 40g/j)	78%	66%
Moyenne (40-60 gr/j)	6%	4%
Elevée (au moins 60gr/j)	5%	12%
Consommation excessive (ivresse)	30%	47%
dépendance	-	11%

Par rapport à la consommation d'alcool, ce que l'on peut constater c'est une consommation plus excessive des hommes gais.

3.5.5 Les produits

La drogue du sexe: « crystal » ou « Ice » ...

La méthamphétamine est plus puissante que la cocaïne. Elle enlève toute inhibition et provoque une forte pulsion sexuelle. Utilisée par les clubbers pour doper les performances, ainsi que par les quadras en recherche d'une seconde jeunesse sexuelle. Dans certaines parties il existe des darkroom's : pièces sombres où une consommation sexuelle est possible.

- *A Genève, 9% des hommes gais ont consommés des stimulants, et plutôt de la cocaïne durant les 12 derniers mois, contre 4% pour la population masculine suisse.*

Marijuana/haschich

Cette substance accroît l'intensité de la perception du « touché » et des sensations sexuelles. C'est un tranquillisant ou relaxant. En consommer lors de rapports sexuels amène une ouverture à l'autre et une augmentation de la réceptivité sexuelle. À forte dose l'herbe peut atténuer l'excitation sexuelle, ainsi que la performance sexuelle. Comme le crystal, le haschich est un perturbateur du système nerveux central (SNC).

Il est souvent consommé en association avec l'alcool.

- *37% des hommes gais de l'arc lémanique en consomment régulièrement contre 9% pour la population masculine suisse.*

Ecstasy

L'ecstasy est extrêmement présente dans les soirées gais. Comme la plupart des amphétamines, elle ne favorise pas l'érection. Elle est utilisée beaucoup dans les clubs, les partys plus pour se désinhiber, pour aller vers l'autre. Elle augmente le goût de toucher et d'être touché ce qui donne une certaine forme d'excitation ressemblant à celle du désir sexuel. Elle permet aussi de tenir le coup toute la nuit.

- *A GE, 22% des hommes gais ont consommé au moins une fois de l'ecstasy.*

Poppers

Le poppers (nitrite d'amyle) est un vasodilatateur, surtout utilisé pour favoriser la pratique anale. Liquide à inhaler à la bouteille provoquant un gaz. Il procure une sensation d'euphorie, des orgasmes plus intenses, une sensualité exacerbée, de la désinhibition et des bouffées vertigineuses et stimulantes. Son effet est très court.

Attention : il est extrêmement dangereux de l'utiliser avec du Viagra (vasodilatateur et diminution de la pression sanguine) qui peut provoquer un arrêt cardiaque.

- *A GE, 32% des hommes gais ont consommés du poppers durant les 12 derniers mois / aucune donnée pour la population CH*

Viagra, Cialis...

Le Viagra ou ses dérivés (Kamagra, etc) est facilement accessible sur Internet et sans ordonnance. Il est également consommé dans le culte de la performance (maintien de l'excitation sexuelle). Le milieu gai l'utilise passablement, mais les gens en parlent assez peu.

➤ *Il n'existe aucune donnée à ce sujet.*

3.5.6 La consommation

- **A des fins de performance sexuelle?**
- **Pour se désinhiber?**

Chaque individu est singulier (valeurs, besoins, limites, environnement, etc). Monsieur Jobin n'a pas de réponses toutes faites par rapport à ces deux questions. Une multitude de réponses sont possibles, au regard des principaux problèmes auxquels sont confrontés et doivent faire face les êtres humains et qui plus est les homosexuels qui sont en minorité dans notre société.

La consommation est utilisée comme aide pour tenir le coup dans les soirées, pour se lâcher et comme réponse au stress de la vie actuelle.

Selon une étude américaine, la consommation de produit relève plus d'une « quête émotionnelle » que d'une réelle volonté de performance sexuelle. Cela répond plutôt à l'ennui, l'isolement social, la solitude, les angoisses, les insécurités sexuelles et/ou liées à l'apparence physique.

D'autres comportements de consommation sont aussi liés à l'exploration de pratiques sexuelles et à la prise délibérée de risques (barebacking⁵).

En ce qui concerne la population gaie, la consommation aide à faire face à la peur de la discrimination, du rejet, des agressions, etc. Elle facilite également la rencontre des partenaires sexuels. Un homosexuel masculin a une moyenne d'une dizaine de partenaires par année. Dans ce milieu, il est extrêmement facile de rencontrer des partenaires sexuels, mais très difficile de rencontrer « le partenaire » pour une relation stable. Tout est codifié: culte du jeunisme, de l'apparence physique, statut socio-économique exigent une estime de soi ancrée et solide afin de faire face à la pression du groupe et de ses comportements.

⁵ Rapports sexuels non protégés

3.5.7 L'essentiel des résultats de l'enquête du projet santé gaie

- Risque élevé d'infections VIH / IST (prévalence du VIH une personne gaie sur 6 est séropositive)
- Gravité des problèmes de suicide et violence (4 à 5 fois plus vulnérables)
- Difficultés à accepter et bien vivre son homosexualité
- Forte incidence de maladies psychiques comme la dépression, l'anxiété et l'estime de soi
- Incidence plus forte de certains problèmes de santé physique
- Sentiment de solitude et isolement social
- Difficultés à établir des relations stables (40% de la population homosexuelle sont en couple et seulement 20% vivent ensemble)
- Consommation élevée de produits (alcool, tabac, autres drogues)
- Difficultés de communication avec les soignants, le monde social

3.5.8 En conclusion

- La consommation est utilisée fréquemment pour faire la fête, se « lâcher » en soirée.
- La consommation est utilisée parfois comme outil pour pouvoir se désinhiber, entrer en contact plus facilement avec l'autre, dans la drague par exemple.
- Dans le contexte homosexuel, la consommation de substances amène à certains contacts sexuels plus facilement. À une augmentation des prises de risque d'infection au VIH et autres IST.
- L'addiction sexuelle amène aussi à la notion de performance, du toujours plus, dans une volonté d'augmenter l'excitation à chaque fois. De ce fait, la consommation permet de diminuer le facteur de stress.

Du point de vue de notre intervenant, il existe un lien parfois fort entre la consommation et l'addiction sexuelle. Il faut lever ce tabou, il ne sait pas de quelle manière est-ce qu'on peut ramener cela aux habitudes de consommation de la population en général, mais, à son avis, nous sommes au prétexte de cette question.

4 ATELIERS

4.1 Atelier 1 – Abus et maltraitance. Approfondissement du thème

Animation : Madame Florence Quartier, psychiatre – psychothérapeute FMH, médecin adjointe HUG à la consultation psychiatrique de la rue de Lausanne

Scribe et rapporteur : Monsieur Gérald Thévoz, éducateur, Argos

Face à cette problématique nous devons être vigilants de ne pas développer une causalité linéaire et aussi questionner cette tendance réductrice au sein de notre société face à des problèmes aussi délicats et complexes.

Dans ce sens nous devons donner la place à la personne que nous avons en face de nous, à ce qu'elle est devenue, il n'y a pas forcément d'évolution linéaire entre le vécu d'enfance et l'adulte qui se présente à nous.

La problématique de l'abus et de la maltraitance demande une approche multidisciplinaire, puisque le problème auquel nous sommes confrontés en tant que professionnels de l'humain, ne souffre pas de réponse univoque, mais plutôt la mise à jour de la manière dont chacun est porté par son histoire. Il y a donc lieu de ne pas réduire ou enfermer la personne dans un schéma interprétatif réducteur.

Les professionnels présents sont d'accord pour reconnaître la vulnérabilité de l'enfant, notamment vis à vis de son environnement, cette situation demande donc des conditions positives pour qu'il se développe au mieux, en ce sens la dépendance peut avoir des caractéristiques positives ou négatives selon les conditions de vie offertes.

Du point de vue clinique, il est important de repérer l'orientation qui aura découlé de l'environnement, à savoir un comportement durablement altéré ou non, et en fonction de celui-ci découle la vulnérabilité du sujet. C'est face à celle-ci qu'il est alors nécessaire de disposer de réseaux de prise en soin et d'accompagnement ad-hoc. On veillera aussi à ne pas créer artificiellement ces derniers, une option pour « éviter » ce risque est de ne pas se fixer sur le traumatisme, tout en favorisant la dimension d'étayage qu'offrent ces réseaux, option qui peut se rapprocher du concept de tuteur de résilience (B.Cyrulnick).

A propos de ce concept, on s'intéressera à savoir de quoi est intérieurement faite la résilience, c'est à dire aux composants (produits de l'environnement) qui ont permis de fabriquer cette réponse. Cette simple remarque souligne que les moments par lesquels a passé l'enfant ne se reproduiront plus, et a fortiori,

qu'il ne retrouvera pas ce qu'il n'a pas eu. Dans ce sens une posture clinique vis à vis de cet aspect traumatisant de l'histoire du sujet doit permettre à ce dernier d'affronter en tant qu'adulte son histoire et ses manques. En prolongement de cette remarque c'est une erreur de raisonnement que de penser qu'il faut régresser pour mieux grandir, qu'il faut revenir à l'épisode traumatique pour le dépasser. Ici nous nous trouvons confronté à une posture idéologique plutôt que clinique.

Le groupe de cet atelier a ensuite réfléchi à partir d'une vignette clinique. Cette dernière a permis aux professionnels présents d'échanger aussi bien à propos de la problématique elle-même que de son traitement par le réseau. Les participants notent à propos de ce dernier aspect qu'il existe un risque non négligeable de se renvoyer la balle entre professionnels, ce qui constituerait une forme indirecte de maltraitance au sein des services et des systèmes concernés par cette problématique.

Le phénomène de la maltraitance pose la difficile question du traitement des pathologies du lien, les professionnels présents étaient d'accord pour reconnaître la nécessité de garder le lien avec les parents, mieux vaut garder un contact avec des parents qui ne sont pas très bons, voire mauvais, plutôt que de ne plus avoir de lien du tout.

Ceci étant il faut aussi reconnaître l'évolution sociologique qui affecte le développement des familles, l'aspect défailant de certaines d'entre elles ne doit pas être forcément associé au fait qu'ils sont de mauvais parents. Dans ce sens la rupture relationnelle peut être parfois plus « traumatique » que le maintien de certains liens. Cette démarche comprend une forme de désidéalisée des parents, l'enfant devant apprendre (et donc être aussi aidé) à faire avec leurs parents réels.

Les participants disent être confrontés à de nombreuses situations où les adultes qu'ils ont en face d'eux sont encore au stade de l'adolescence, voire de l'infantile et donc confrontés à la question « qui suis-je » ?

L'addiction de nombreux adultes est souvent en lien avec l'infantile et a généré un mauvais travail psychique à l'adolescence.

Force est de constater aussi que les mères occupent une grande place dans le processus de développement des adolescents et pose la question de la responsabilité des pères. Le dépassement ou la métabolisation de cette période de la vie demande un engagement des parents. Le contexte actuel peut poser des difficultés notamment lorsque ces derniers semblent rester accrochés eux aussi au stade de l'adolescence...

Autre observation clinique, il n'y a pas de raison qu'une personne ne puisse rien faire de la violence qu'elle a subie, l'enjeu thérapeutique étant alors de mettre à jour la manière dont elle a vécu les choses et la souffrance peut être soignée.

Autre aspect, il est important d'avancer que la démarche psychothérapeutique n'implique pas obligatoirement un retour sur son passé, et si c'est le cas reste la question, en vue de quoi faut-il, ou faudrait-il, y retourner, sinon pour construire de nouveaux liens avec son histoire ?

4.2 Atelier 2 – Comment aborder la question de la sexualité et addiction dans nos pratiques professionnelles

Animation: Monsieur Georges Abraham, psychiatre – psychanalyste en cabinet privé

Scribe et rapporteur : Madame Laure Bruggiman, psychologue

Les conseils suivants ont été donnés pour aborder la question de la sexualité dans les pratiques professionnelles :

Personnaliser l'approche

- Tenir compte des différences homme-femme
Par exemple, l'homme et la femme se distinguent habituellement par ce que l'un et l'autre recherchent : l'homme vise la régularité dans sa pratique sexuelle, tandis que la femme recherche l'irrégularité et l'intensité de la relation sexuelle, davantage que la fréquence.
- Tenir compte du contexte culturel
- Tenir compte de l'évolution de la sexualité
Les rituels et les codes entre partenaires sexuels se modifient au fil des générations.

Considérer les deux versants psyché-soma

Aborder la sexualité implique de naviguer entre le psychique et le biologique. Du côté du patient, la réticence à évoquer des difficultés sexuelles peut être liée à la crainte de voir le sujet qu'il aborde immédiatement ramené à une problématique psychiatrique. A l'époque et cela peut être encore le cas aujourd'hui, une tendance chez les professionnels à négliger les causes organiques et à psychiatriser rapidement les difficultés sexuelles. A titre d'exemple, on considérait il y a quelques années que l'impuissance était liée dans 80% des cas à une cause psychique. Actuellement, on ne parle plus que de 20% de cause psychique, le reste étant attribué à des difficultés organiques.

S'intéresser à la vie nocturne du patient

Lorsque nous abordons la sexualité, nous sommes en contact avec la vie nocturne du patient. Cela nous renvoie à un univers que nous abordons peu dans nos pratiques, à un domaine dont il reste encore de nombreux aspects inconnus et peu investigués par les professionnels.

Tenir compte de la dimension sociale

Outre les dimensions organique et psychique, la sexualité renvoie à une dimension sociale, celle des normes. La demande plus ou moins implicite des patients revient souvent à savoir ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Chez certains, la demande pourrait être formulée ainsi : « dites-moi quelle est la norme pour que je puisse la transgresser ». Derrière la question de la norme, il peut donc y avoir la question de l'« optimalité » sexuelle.

Interroger le patient sur les éventuelles répercussions que la prise de produits peut avoir sur sa sexualité

Cette investigation devrait être bien plus systématique qu'elle ne l'est dans nos pratiques. Ceci devrait être également le cas lorsqu'il s'agit de psychotropes prescrits. On apprend alors souvent que les difficultés sexuelles sont à la base de l'arrêt non convenu d'un traitement.

L'atelier se termine sur le message suivant : nous pourrions nous habituer à aborder le thème de la sexualité, devenir des « blasés » du sujet. La réticence des professionnels devant ce thème peut être en partie liée au fait que nous sommes bien plus habitués à aborder la souffrance que le plaisir. Or, parler de sexualité implique d'être prêt à évoquer la jouissance, la recherche du plaisir. Cette réticence peut également relever d'un manque de formation sur ce sujet.

Il faut notamment avoir à l'esprit les différentes composantes sexuelles, que le Dr Abraham rappelle :

- l'identité sexuelle
 - l'aspect relationnel
 - l'aspect reproductif
 - l'aspect érotique-plaisir (le désir, l'excitation, l'orgasme)
-

4.3 Atelier 3 – Rapport de genre et addiction. Être un homme, être une femme dans le milieu de la dépendance, quelles différences ?

Animation & Scribe: Madame Viviane Prats, professeur HES – SO EESP, présidente du Groupement Romand d'Etudes des addictions (GREAA)

Depuis une quinzaine d'années maintenant la plate-forme femmes dépendances du GREAA se préoccupe de cette question.

Si différences il y a, quelles sont-elles ? Mais aussi comment les prendre en compte, et quelles peuvent être les propositions concrètes à développer pour permettre une prise en charge incluant ces différences dans une approche de soins au sens large ?

Il s'agit tout d'abord de donner une définition de ce qui est communément entendu aujourd'hui au travers du concept genre. Si le sexe est une donnée biologique marquée par des caractéristiques physiques, le concept du genre est à mettre en lien avec des aspects qui ont plus à voir avec des constructions sociales qui déterminent, d'un point de vue historique, sociologique et culturel, la place occupée par les hommes et les femmes dans notre société. Il s'agit donc bien d'une construction sociale qui va implicitement déterminer ce qui est attendu d'une femme ou d'un homme dans notre société.

Dans le champ qui nous intéresse aujourd'hui, il faut aussi prendre en compte les modifications des comportements de consommation de produits psychotropes et la « démocratisation » de ces derniers. Nous vivons dans un environnement qui juge avec sévérité ceux qui ne respectent pas les limites et qui dans le même temps cible de façon spécifique le public des jeunes femmes en faisant l'apologie de certains produits comme le tabac et l'alcool. Et tout cela en développant en même temps des stratégies marketing sophistiquées adressées à ce public ciblé en particulier. Que dire donc d'une société, pour reprendre les propos de Monsieur Jean Maisondieu, qui d'un côté combat l'alcoolisme et de l'autre encourage l'ivresse ?

Il s'agit donc de réfléchir aux incidences des addictions en fonction du genre et aux réponses spécifiques qui peuvent être apportées.

Autour de la question des addictions, on peut envisager qu'il existe sans doute des raisons de consommer qui sont différenciées entre les hommes et les femmes. Plusieurs pistes de réflexion s'offrent à nous si l'on considère ces différences.

La littérature et les expériences relatées par les usagères mettent en évidence que les incidences de la consommation sur les femmes ont des effets probablement plus délétères sur la santé. Outre les aspects sanitaires, la question du jugement social est aussi importante à prendre en compte : les

femmes et les hommes de ce point de vue ne sont pas égaux. Les femmes ne sont pas jugées à la même mesure que les hommes. Une femme consommatrice de drogues transgresse et rompt avec ce qui est jugé socialement acceptable. Elle nie par son comportement tout ce qui est attendu d'une femme aujourd'hui encore dans notre société.

La pression sociale exercée plus fortement sans doute sur les consommatrices, a certainement un effet pervers, celui de les pousser plus loin dans la clandestinité. La stigmatisation sociale et les discriminations sont peut-être plus fortes encore pour les femmes que pour les hommes.

Les facteurs de risques, la vulnérabilité individuelle, les histoires de vie sont à prendre en compte dans une prise en charge qui intègre ces différents aspects pour proposer des réponses appropriées. Les usagères avec lesquelles chaque professionnel travaille ont subi de multiples traumatismes et violences, le recours à la prostitution et les prises de risque qui y sont associées les enferment aussi dans ce cercle de dévaluation constante de l'estime d'elles-mêmes.

Dans le rapport *Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande*, un certain nombre de recommandations émises il y a plus de dix ans, semble toutefois aujourd'hui encore d'actualité:

- La prise en compte de la dimension relationnelle dans la demande d'aide
- La recherche d'alternatives pour les mères toxicodépendantes
- L'aménagement des structures tenant compte de la demande des femmes (accessibilité et type de prestations)
- La sensibilisation du grand public, ainsi que des professionnels-les généralistes et spécialistes à une approche des genres
- L'intégration dans les programmes de formation et de perfectionnement professionnel de la dimension des genres, d'une part, et de méthodes de travail plus différenciées, d'autre part

En dix ans, certes, un certain nombre de prestations ont vu le jour pour essayer d'aborder les questions spécifiques. Ça et là, des structures ont mis en place des moments réservés aux femmes ou aux hommes.

Des outils spécifiques permettant l'animation de ces moments particuliers ont été développés :

La mallette Genre

Elle propose un certain nombre de fiches pédagogiques, conçues comme des outils favorisant la mise en place d'un espace pour les femmes, qui accueille la

prise de parole des personnes concernées autour de différentes thématiques et permet d'en travailler les aspects particuliers.

Trip de cœur

Petite cousine québécoise de la « mallette », qui participe à la même démarche. C'est un instrument au service des intervenantes et des personnes concernées pour faire émerger la prise de parole, l'échange au travers de moyens concrets permettant aux femmes de reprendre le pouvoir sur leur existence.

Ces différents supports pédagogiques sont donc des moyens de sortir les consommatrices de drogues de la stigmatisation sociale qui les enferme dans leurs problématiques. L'ensemble de ces outils participe d'une part à la reconnaissance des problèmes particuliers vécus par les unes et les autres, le trop plein de souffrances physiques et psychiques, pour y apporter des réponses spécifiques adaptées aux problématiques complexes rencontrées.

Ces instruments sont donc avant tout des techniques afin de faire prendre conscience aux personnes concernées que si elles ne sont pas à l'origine de la blessure qui les habite, le changement, lui, l'est. Des usagères, au travers de ces moments, reprennent confiance en elles car elles sont reconnues et respectées. Dans ce sens, ils participent au développement de la citoyenneté trop souvent niée aux personnes toxicodépendantes.

5 CONCLUSION

Le premier exposé, intéressant et riche en explications, nous montre bien les quatre moments-clé de l'histoire de la mutation sexuelle, et nous permet de comprendre comment nous en sommes arrivés au stade de la libération sexuelle qui est le nôtre actuellement:

1. Naissance de la morale
2. Refoulement de l'instinct à l'invention de la pudeur
3. De la sexualité refoulée à la sexualité réprimée
4. Sens et contre-sens de la libération sexuelle

On ne peut ignorer que des facteurs politiques et économiques influent beaucoup sur le climat sexuel. Les philosophies véhiculées par un groupe social pèsent indéniablement sur l'évolution de ses mœurs. Ainsi, la défense d'un individualisme quasi forcené va de pair avec la recherche de la jouissance personnelle. Tel qu'il en est pour les modes vestimentaires par exemple, les normes sexuelles fonctionnent sur un modèle cyclique.

De la même manière, ce qui peut apparaître comme un progrès ou une libération, provoque à son tour de nouvelles problématiques. Une sexualité dite libérée est-elle d'office plus épanouissante ?

Une notion fondamentale se base sur le fait que le sexe est inné, à l'inverse des autres sources de dépendance. Pour commencer à consommer une quelconque substance, il faut d'abord en avoir pris une première fois ! Pour comprendre l'addiction sexuelle, il faut savoir qu'elle est caractérisée par la peur de perdre le désir.

Autrefois, les tabous et interdictions en tout genre pouvaient procurer une certaine excitation à les transgresser. De nos jours, seuls l'inceste et la pédophilie font encore réellement figure d'interdits notoires.

Toutes les substances prises occasionnellement procurent une déshinhibition, un sentiment de force, une exacerbation des sens et des sentiments. Lorsque la consommation devient plus importante ou régulière, il faut alors augmenter les doses de produits pour en obtenir les mêmes effets. La drogue la plus utilisée est l'ecstasy, ainsi que toutes les amphétamines, qui permettent une grande résistance.

Cependant, des effets « pervers », tels que des problèmes d'érection, peuvent également surgir. On peut aussi constater une augmentation de la prise de risques dans ces cas-là. L'utilisation conjointe de plusieurs substances peut même provoquer des arrêts cardiaques.

Ces phénomènes sont particulièrement exacerbés au sein de la communauté gaie. Dans certaines soirées, des darkrooms définissent même officiellement des lieux voués au sexe. Les homosexuels cherchent dès lors un moyen d'affronter les différentes formes de rejet qu'ils rencontrent.

Il existe un clivage qui peut parfois confiner à la rivalité entre les toxicomanes qui se prostituent et les prostituées qui consomment. Ces dernières ont énormément de difficultés à avouer leur dépendance et acceptent mal celles qu'elles considèrent comme de « fausses » prostituées. Les premières, souvent dans des situations plus précaires, ne se considèrent d'ailleurs pas réellement comme des prostituées. Il existe encore une autre forme de prostitution appelée « échanges de services ». Ce service sexuel se fait directement contre l'échange du produit et il a lieu entre une femme et un dealer ou un copain, une connaissance ayant de la drogue.

Il n'est pas possible non plus d'établir un lien direct de causalité entre les abus et la maltraitance et la consommation de drogues. Il existe par contre une plus grande vulnérabilité chez ces personnes, et on peut sans doute constater un lien d'association, comme lorsqu'on subit n'importe quels autres autres traumatismes. Dans ces cas-là, on peut faire recours à certaines substances pour mieux juguler des phénomènes tels que le stress ou la dépression. On oublie souvent de mentionner que le fait d'être négligé, ou celui d'être témoin de violence est aussi une forme de maltraitance.

Il ne faut toutefois pas omettre l'important phénomène de résilience qui apparaît dans bien des situations. Il n'y a heureusement pas toujours d'évolution linéaire entre le vécu d'enfance et l'adulte qui se présente à nous.

Ce forum nous a entraînés dans diverses directions, qui nous ont sans doute permis de mieux cerner l'ampleur de la thématique. On peut en conclure que la prise en charge des sex-addicted nous force à emprunter d'autres voies de réflexions, si toutefois nous faisons preuve de suffisamment d'ouverture d'esprit. Nous sommes plus souvent confrontés à la souffrance qu'à la jouissance. Or, parler de sexualité implique d'être prêt à évoquer la recherche du plaisir. Si l'on veut aller au-delà de la pure assistance, il faut certes s'impliquer, mais aussi y trouver personnellement de l'intérêt et du plaisir !

Christelle Mandallaz
Coordinatrice des forums addictions, 28 janvier 2008

6 SITES INTERNETS & DIVERSES ADRESSES

6.1 Sites et articles sur Internet

Site santé globale des gais (workshops, groupes de paroles, débats, etc)
www.santegaie.ch

Site de santé sexuelle gaie
www.damepipi.ch

Site de réduction des risques liés à la consommation de substances en milieu festif
www.nuit-blanche.ch

Hopitaux Universitaires de Genève - psychiatrie
www.hug-ge.ch/psychiatrie

Troubles psychiatriques – carnet d’adresses genevois
www.grepsy.ch

La Société Suisse de Psychanalyse SSPsa
www.psychoanalyse.ch

www.doctissimo.fr Article sur les troubles de la sexualité

<http://www.handichat.ch/sexuelle.html> Article sur les addictions sexuelles

<http://www.dialogai.org/pdfs/brochurecomplet.pdf> L'essentiel des résultats de l'enquête du Projet Santé Gaie

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYS&ID_NUMPUBLIE=PSYS_034_0209 Article du Dr G. Abraham, Aux sources de l'identité, Médecine et hygiène – Psychothérapies. 2003/4 - Vol. 23. pages 209 à 214

6.2 Diverses adresses & sites Internet

Monsieur Alfred Perrenoud

Professeur honoraire de l'Université de Genève, Historien démographe

alfred.perrenoud@histec.unige.ch

Bus Boulevards – Aspasia et Première Ligne

p.a. Association Aspasia 36, rue de Monthoux

1201 Genève

Tél. : + 41 22 732 68 28 Permanences : lu,me,ve 22h-1h30

www.aspasie.ch

www.premieligne.ch

Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV)

Pour les personnes victimes de la violence et des personnes ayant recours à la violence.

Hôpital cantonal

24, rue Micheli-du-Crest

1205 Genève

Tél. : 022 372 96 41

www.prevention.ch/consultationpreventionviolence.htm

Dr Georges Abraham, psychiatre

av. Krieg 13, 1208 Genève/GE

Tel. : + 41 022 347 75 32

Dialogai

Rue de la navigation 11/13,

CP 69, CH

1211 Genève 21

Tel. : + 41 22 906 40 40

www.info@dialogai.org

GREA

Rue des Pêcheurs 8
Case postale 638
1401 Yverdon-les-Bains
Tél. : + 41 24 426 34 34
www.infoset.ch

Dépendants affectifs et sexuels anonymes (DASA)

DASA_Geneve@hotmail.com
Groupe mixte : + 41 078 857 41 59
Groupe femmes : +41 22 796 68 47
http://www.angelfire.com/hero/dasa_geneve/

Male sex work (projet de l'association ASPASIE)

Antenne d'information et de soutien pour les travailleurs du sexe
36, Rue de Monthoux
1201 Genève
Tel. : +41 22 732 68 28
Tel. : +41 78 602 15 92
www.malesexwork.net

Association ASPASIE

36, rue de Monthoux
1201 Genève
Tel. : +41 22 732 68 28 lu, je, ve 14h-16h + sur rdv
www.aspasie.ch

F-Information

19, rue de la Servette
C.P. 125
1211 Genève 7
Tél : + 41 22 740 31 00
Consultation juridique sur rendez-vous (prix modique)
www.f-information.org

Association genevoise pour les droits de la femme.

2, place de la Synagogue
1205 Genève

Tél. : + 41 22 781 29 00

Permanence juridique : mardi 18h30-19h30 consultations gratuites.

www.clafg.ch

SOS Femmes

Rue de la Madeleine 10
1204 Genève

Tél. : 022 311 22 22 E-mail : sosfemmes@freesurf.ch

www.sosfemmes.ch

Solidarité Femmes :

Pour femmes victimes de violence conjugale.

46, rue de Montchoisy 1207 Genève

Tél. : + 41 22 797 10 10

www.solidaritefemmes-ge.org

Centre LAVI

Pour toute personne victime de violence.

40, rue du Stand

1204 Genève

Tél. : 022 320 01 02

www.centrelavi-ge.ch

Association Viol-Secours

Pour toute femme victime de violences sexuelles

3, place des Charmilles

1203 Genève

Tél. : 022 345 20 20

www.viol-secours.ch

7 BIBLIOGRAPHIE

7.1 Bibliographie

- Un profil de santé comparé entre victimes, agresseurs et victimes agresseurs, Daniel S. Halpérin, Guillaume Bron, Stress et Trauma 2007; 7 (2): 97-105
- Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuels : état de la question Dufour MH, Nadeau L, Bertrand K, Child abuse neg/2000 ; 24 : 781-797
- Sexe et guérison, Sous la direction de André Durandea, Jean-Marie Sztalryd et Charlyne Yasseur Fauconnet, Sexualité humaine, L'harmattan, 1998 (31 auteurs ont participé à la rédaction de cet ouvrage)
- Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé 2002, Neuchâtel : OFS, 2003
- A pour Actes, M pour Mutuels, Le travail du sexe au masculin et le sida au Canada, Etude sur 25 années de recherche canadienne sur les prostitués, leurs clients, les jeunes de la rue et les utilisateurs de drogues injectables http://www.walnet.org/members/dan_allman/actesmutuels/
- Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use, Vincent J. Felitti, et al. Pediatrics 2003; 111; 564-572
- Relationships of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults, Vincent J. Felitti, et al., Am J Prev Med 1998 ; 14 : 245-258, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study
- La sexothérapie: Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?, Mansour El Feki, Broché, 2007
- Les Nouvelles addictions: Addiction sexuelle, cyberdépendance, dépendance affective, addiction aux thérapies, achat compulsif..., Paul-Laurent Assoun, Olivier Tinland, Patrick Pharo, et Pascal Engel, Broché, 2007
- Manuel de sexologie, Patrice Lopès, François-Xavier Poudat, et Collectif, Broché, 2006
- Sexologie, Isabelle Trémoulet, Broché, 2002