

**Towards gender-sensitive prevention and treatment for
female substance users in Belgium**

**Naar gender-sensitieve preventie en hulpverlening voor
vrouwelijke middelengebruikers in België**

**Vers un traitement et une prévention sensible au genre pour
femmes toxicomanes et alcooliques en Belgique**

GEN-STAR - Résumé

Chercheurs

Julie Schamp

Sarah Simonis

Promoteurs

dr. Tina Van Havere

dr. Lies Gremeaux

Prof. dr. Griet Roets

Prof. dr. Sara Willems

Prof. dr. Wouter Vanderplasschen (coordinator)

Contract - DR/00/73



HoGent



DR/00/73

Published in 2018 by the Belgian Science Policy

Avenue Louise 231

Louizalaan 231

B-1050 Brussels

Belgium

Tel: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12

<http://www.belspo.be>

Contact person: Aziz Naji

Tel: +32 (0)2 238 36 46

Neither the Belgian Science Policy nor any person acting on behalf of the Belgian Science Policy is responsible for the use which might be made of the following information. The authors are responsible for the content.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without indicating the reference :

Schamp, J., Simonis, S., Van Havere, T., Gremeaux, L., Roets, G., Willems, S., & Vanderplasschen, W. (2018). *Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final Report*. Brussels: Belgian Science Policy.

BRAIN-be - Belgian Research Action through Interdisciplinary Network

1 Introduction

Cette recherche est le résultat d'un projet qui se focalise sur les questions de genre dans le cadre de la réduction de la demande de drogues et d'alcool.

Les arguments de base pour établir un distinguo entre la recherche, la stratégie et les pratiques des femmes en matière de santé et la recherche, la stratégie et les pratiques générales en matière de santé reposent sur l'influence de plus en plus évidente du sexe et du genre sur la santé humaine (Oliffe & Greaves, 2011; Wizemann & Pardue, 2001). Elle lance un appel non seulement pour la prise en compte du genre dans les services de réduction de la demande de drogues tout au long du continuum de soins (Mrazek & Haggerty, 1994), mais également pour sa prise en compte de façon réfléchie et innovante de telle sorte que les normes associées au genre évoluent pour un mieux et que la santé tant de l'homme et de la femme soit améliorée (Greaves et al., 2014).

Afin d'approfondir ces questions, cette étude est divisée en différents chapitres. Elle présente d'abord une introduction détaillée des services de réduction de la demande de drogues et d'alcool spécifiques au genre en Belgique. Les initiatives qui ciblent spécifiquement un genre ainsi que leur répartition géographique s'articulent autour de leurs principales caractéristiques, réalisations et défis. Dans la ligne directrice de ce qui précède, cette étude entend également documenter le paysage international des services de traitement et de prévention des drogues et de l'alcool spécifiques au genre, sans pour autant prétendre à l'exhaustivité. Le quatrième chapitre examine l'écart hommes-femmes pour différentes substances dans les échantillons de population générale et spécifique, ainsi que les différences liées au genre dans les données de l'indicateur de la demande de traitement pour les consommateurs d'alcool et de drogues. Ensuite, cette étude parcourt les récits personnels des femmes consommatrices sur les événements critiques de leur vie et leur expérience avec les services de réduction de la demande de drogues tout au long du continuum de soins. Enfin, compte tenu des conclusions précédentes, elle aborde les opportunités à venir. Elle se conclut par la formulation de propositions pour la poursuite des changements en matière de traitement et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie spécifiques au genre dans les sphères plus larges, et aborde les influences qui pourraient avoir un impact sur les pressions actuelles et les nouvelles opportunités pour créer une prévention et un traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie spécifiques au genre.

2 Initiatives spécifiques au genre pour les consommatrices en Belgique

Le premier chapitre vise à identifier quel type de programmes unisexes (qui ciblent uniquement les femmes) et mixtes sont disponibles en Belgique dans le domaine de la réduction de la demande de drogues et d'alcool. Dans cette étude, étant donné que la prise en compte du genre dans les services généraux traitant l'alcoolisme et la toxicomanie constitue un aspect important, également souligné par l'OEDT, le degré de sensibilité au genre est mesuré dans les projets unisexes et mixtes. Ainsi, l'ensemble du continuum de soins est respecté et les initiatives de prévention ainsi que les initiatives en matière d'intervention précoce, de réduction des risques, de traitement et de postcure sont incluses. Dans la deuxième partie de ce chapitre, les principales caractéristiques, réalisations et défis de ces programmes spécifiques au genre sont mis en évidence.

La cartographie des services spécifiques au genre en Belgique et les interviews semi-structurées avec les informateurs clés de ces services indiquent qu'un nombre d'initiatives spécifiques au genre plus élevé que ce qui avait été initialement escompté existe déjà dans le domaine de la réduction de la demande de traitement et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Au total, 26 initiatives sont citées (16 initiatives de langue néerlandaise et 10 initiatives de langue française).

En raison de la diversité des initiatives spécifiques au genre impliquées dans le projet et aux différences entre elles, les initiatives sont analysées en fonction du type de structure (c'est-à-dire ambulatoire et résidentielle) et en fonction du continuum de soins (c'est-à-dire prévention – intervention précoce / réduction des risques / bas-seuil / traitement – postcure) (Mrazek et Haggerty, 1994). Le tableau 2.1 donne un aperçu des initiatives spécifiques au genre.

Tableau 2.1 *Initiatives spécifiques au genre en Belgique (2016)*

Structure	Continuum de soins	Organisation	Type d'initiative spécifique au genre
Ambulatoire	Prévention	Centre Alfa	Mesures pour la promotion de la santé des femmes
		CGG Houba Brussel*	Groupe de sensibilisation pour parents
		Logo Oost-Brabant	Brochure « Substances illégales et grossesse »
	Intervention précoce	Centre Alfa	Service Parentalité
		Free Clinic vzw	PROject, Bubbels & Babbels, « Club de femmes » (Activation)
	Réduction des risques	Interstices asbl	Service Parentalité-Addiction
		Le Comptoir	Projet Boule de Neige
		MASS Bruxelles asbl	Groupe de femmes (futur)
	Bas-seuil	MSOC Gent	Projet KDO
		MSOC Leuven*	Projet MaPa
	Traitement	MSOC Ostende	Projet KiDO
		Namur Entraide Sida asbl	Projet Salma
		Start-Mass	Groupe Maternité
		CGG Eclips	Groupe de thérapie pour femmes
	Postcure	CGG Vagga Anvers*	Groupe de thérapie pour femmes
		Clinique Notre-Dame-des-Anges	Groupe de thérapie pour femmes
		P.C. Dr Guislain	Groupe de thérapie pour femmes
CAD Limbourg		Groupe de thérapie pour femmes	
Adic vzw*		OP+ Groupe de femmes dans les programmes de traitement mixtes	
Résidentielle	Traitement/Postcure	Centre de Cure et de Postcure Les Hautes-Fagnes*	Aile séparée réservée aux femmes, groupe de femmes, règles antisexistes, groupe de femmes pour les activités domestiques
		Clinique Notre-Dame-des-Anges	Deux unités résidentielles pour femmes
		Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon*	Service pour femmes uniquement
		P.C. Dr. Guislain	Groupe de femmes
		Psychiatrische Kliniek Alexianen (clinique psychiatrique Alexianen)	Groupe B
		Communauté thérapeutique De Kiem*	Tipi Groupe de femmes dans les programmes de traitement mixtes Activités composites avec les

			communautés thérapeutiques en Flandre
		Communauté thérapeutique De Sleutel*	Activité de soirée pour les femmes Activités composites avec les communautés thérapeutiques en Flandre
		Communauté thérapeutique De Spiegel	IRIS (par exemple entrée séparée pour les femmes, groupe de femmes, conseillère, heure des femmes, salle de séjour séparée) Activités avec les autres communautés thérapeutiques en Flandre
		Communauté thérapeutique Katarsis	PINK (par exemple groupe de femmes, activités de détente réservées aux femmes) Activités avec les autres communautés thérapeutiques en Flandre
		Trempline	Kangourou Activités réservées aux femmes, groupes d'entraide, séminaires, secteur de travail, espace de vie

* Ajouté par les chercheurs du projet après la collecte de données au moyen d'un sondage en ligne.

Sur la base de ces données, il est clair que les bonnes pratiques pour les services unisexes et mixtes sont mises en œuvre. Toutefois, l'approche sensible au genre est mise en œuvre de différentes manières et l'efficacité des différents programmes n'a pas encore été confirmée.

Même si une approche sensible au genre constitue une authentique préoccupation pour les différents programmes et professionnels, un cadre théorique ou une vision philosophie claire sont souhaitables. Ainsi, la prise en compte du genre pourrait devenir un concept plus concret et plus accessible, ce qui pourrait stimuler d'autres services et les pousser à adopter cette approche dans leurs programmes. Dans le même ordre d'idées, l'analyse montre que la conceptualisation du genre dans le contexte de la réduction de la demande de traitement et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie d'une part, et la particularité d'être une femme consommant des substances dans la société d'autre part, sont très différentes d'un programme à l'autre. Certaines organisations déclarent maintenir une perspective et une compréhension cohérentes en la matière, alors que pour d'autres organisations, obtenir une vision claire dans le domaine du genre et de l'approche sensible au genre devient un véritable défi. En outre, la mesure dans laquelle la prise en compte du genre se traduit par des mesures concrètes dans un programme et le degré dans lequel une approche sensible au genre est adoptée dans un programme varient grandement et dépendent de plusieurs aspects. À cet égard, la détermination d'un pionnier au sein de l'organisation et une vision élaborée constituent des facteurs déterminants, ainsi que des moyens suffisants en termes de budget, de personnel et d'installation.

Sur la base de leur expérience et de leur pratique quotidienne, les programmes impliqués dans cette recherche indiquent un réel besoin de pratiques spécifiques au genre. Les programmes et les professionnels qui les mettent en œuvre accordent une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes, mais notent l'absence d'outils et de méthodes de travail spécifiques, ainsi qu'une formation spécifique sur les questions relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes dans le domaine de la réduction de la demande de traitement et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Seul un minimum absolu de tous les membres du personnel des initiatives spécifiques au genre sont formés aux problèmes spécifiques au genre dans la prévention et le traitement de la

consommation de substances. De plus, un budget restreint, un personnel minimal et des installations inadaptées empêchent la création d'un environnement sûr et d'un ensemble d'activités spécifiques pour les femmes.

La stigmatisation persistante qui pèse sur les femmes consommatrices dans la société, et les sentiments partagés de honte et de culpabilité que ressentent ces femmes les placent dans une position vulnérable et les empêchent de rentrer dans un programme de traitement. Par ailleurs, les programmes de prise en charge ambulatoire ne sont souvent pas très connus dans le domaine de la réduction de la demande de drogues et d'alcool d'une part, et des services de soins de santé généraux et des consommateurs de substances d'autre part. Sur la base de ces interviews, les conseillers en santé, tels que les médecins généralistes et les gynécologues, semblent ne pas connaître suffisamment les programmes et les services disponibles pour les patientes consommatrices¹ de drogues. Ainsi, les services de soins de santé de première ligne envoient peu de patientes consommatrices de drogues vers un service spécialisé. Outre un accès plus difficile au traitement pour les femmes, les organisations mentionnent également qu'un autre obstacle délicat à surmonter est de réussir à éviter l'abandon du programme par les patientes ou futures patientes. Les patientes et futures patientes risquent davantage d'abandonner les programmes de traitement en raison des responsabilités liées à leur(s) enfant(s), de commencer une relation amoureuse au cours du programme de traitement, des obligations familiales ou des influences extérieures (par exemple, la situation financière).

La parentalité (maternité) ou la grossesse constitue un des principaux aspects dans le traitement des femmes dans les programmes ambulatoires et les programmes résidentiels. À ce propos, il est important de ne pas considérer une patiente ou future patiente toxicomane en tant que parent indépendant mais de prendre également en compte « l'autre parent », qui n'est peut-être pas l'objet principal du programme de traitement, mais doit également être impliqué dans le programme de traitement de la patiente ou future patiente toxicomane. Par ailleurs, bien que la parentalité constitue un élément essentiel à prendre en considération dans le traitement des femmes, il convient de souligner qu'il ne faut pas limiter l'approche sensible au genre dans les programmes au rôle parental des patients ou futurs patients.

Même si les femmes assument de nombreuses responsabilités, le rôle le plus important confié aux femmes par les femmes et leur environnement d'une part, et par les services juridiques et de santé d'autre part, est celui de principale responsable de la prise en charge des enfants. Cette déclaration implique certains besoins relatifs à la garde des enfants pendant le traitement de la mère et suggère de toute urgence un changement de mentalité de la société pour ce qui concerne les rôles (stéréotypés) des femmes et la conceptualisation de la parentalité.

Sur la base de la cartographie des services spécifiques au genre et des interviews avec les membres du personnel des programmes, le domaine de la prévention en Belgique compte très peu d'initiatives spécifiques au genre. Il y a un manque flagrant de campagnes ciblées et spécifiques pour les femmes en ce qui concerne, par exemple, les initiatives de réduction des risques, la prostitution, la grossesse, et l'alcool et/ou les médicaments. Une meilleure compréhension des femmes et de leur consommation de substances permettrait l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes plus efficaces pour les filles et les jeunes femmes.

Enfin, dernier élément et non des moindres, les initiatives spécifiques au genre plaident pour inclure également un contexte élargi relatif aux femmes (c'est-à-dire famille, amis et communauté) dans le travail sur la prise en compte du genre dans le domaine de la réduction de la demande de traitement et de prévention. En outre, l'implication des hommes, tels qu'un partenaire, un père, un ou des frères, un ou des fils, dans la partie descriptive de la prise en compte du genre dans le domaine de la réduction de la demande de drogues et d'alcool est soulignée en tant

¹ Dans l'ensemble du rapport, on entend par « consommatrices », les femmes qui consomm(ai)ent ou abus(ai)ent de substances. Par conséquent, les termes « consommation de substances » couvrent la consommation et l'abus de substances.

qu'élément essentiel pour engendrer des changements durables dans l'élaboration des campagnes de prévention pour les filles et les jeunes femmes et les services de réduction de la demande de traitement pour les consommatrices.

3 Exemples d'initiatives spécifiques au genre dans les pays européens

Afin d'évaluer les manquements en termes de spécificités de genre dans services de traitement en Belgique, il est utile de dresser un état des lieux de ce qui existe actuellement en Europe et de la façon dont ces pays européens font face aux nouveaux défis et problèmes lié à ce sujet. Si la littérature sur le sujet des initiatives sensible au genre en Belgique reste limitée, certains thèmes communs peuvent être listés comme apparaissant régulièrement dans les initiatives sensibles au genre et déjà implémentés actuellement. A cette fin, ce chapitre donne un aperçu des réponses et initiatives connues, spécifiques aux femmes et déjà mises en œuvre dans les pays européens.

Premièrement, nous spécifions et décrivons quels types d'initiatives sont implémentés dans les pays européens à travers les informations fournies par certains points focaux nationaux du réseau Reitox et des rapports de l'EMCDDA. Deuxièmement, un exemple de bonnes pratiques est présenté plus en détail afin de mettre l'accent sur l'importance d'intégrer différents services. Finalement, une revue des recommandations et lignes directrices internationales actuelles est fournie, ceci afin de créer un cadre plus global pour nos résultats et nos recommandations nationales.

Bien que plusieurs directives, recommandations et résolutions aient déjà été publiées par des organisations européennes ou internationales au cours de ces dernières années afin d'encourager des interventions spécifiques au genre (OEDT, 2012; UNICRI, 2011; OMS, 2014), il existe une absence flagrante d'initiatives spécifiques au genre en Europe ainsi qu'un manque de données fiables. Toutes ces recommandations suggèrent qu'il est urgent d'intégrer et de comprendre la dimension de genre dans la toxicomanie et l'alcoolisme en général, et indiquer la nécessité de futures initiatives capables de répondre aux différents besoins des femmes. Ces recommandations précisent que, sans tenir compte de l'absence d'initiatives spécifiques au genre, il existe un besoin urgent d'intégrer et de comprendre la dimension du genre dans la consommation ou l'abus de drogues et d'alcool.

À l'avenir, les initiatives devraient être en mesure de répondre aux besoins spécifiques des femmes par le biais de services intégrés, comme des services qui prennent en compte le traumatisme, des interventions en prison, une prise en charge prénatale, des services de garde d'enfants ou des services en matière de santé mentale. Un environnement physique plus sûr et un lieu accueillant et sans jugement sont essentiels pour fournir des soins de qualité. Il est clair que, dans une première étape décisive pour mieux comprendre les besoins des consommatrices de drogues et des questions relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes, l'estimation de la prévalence de cette population cible spécifique, à savoir les femmes nécessitant un traitement lié à la consommation de drogue, est essentielle (Arpa, 2017). Il convient d'accorder une attention particulière pour éliminer tout obstacle à l'entrée en traitement. Au nombre de ces obstacles, figurent probablement le manque de services de garde d'enfants, la crainte des conséquences légales et la recherche d'un équilibre entre la protection de l'enfant et la séparation de ses parents (OEDT, 2006; Arpa, 2017). Un meilleur soutien politique est également nécessaire pour promouvoir l'égalité entre les sexes et intégrer les consommatrices de drogues dans le développement des programmes de prévention et de traitement (OEDT, 2012).

4 Analyse secondaire des différences entre hommes et femmes dans la population nationale et les échantillons en traitement

Des études internationales rapportent des différences substantielles entre les consommateurs et les consommatrices de substances, et révèlent que l'écart entre les sexes dans les populations en traitement diffère

selon les modalités de traitement et la substance primaire (Montanari et al., 2011). Toutefois, les différences de genre entre les toxicomanes en et hors traitement sont peu documentées en Belgique, principalement en raison d'un manque de données nationales couvrant la prévalence de la consommation de substances dans la population. L'ampleur de cet écart entre les hommes et les femmes n'a pas encore été étudiée dans la population et les échantillons en traitement. Dans ce chapitre, plusieurs bases de données existantes sont analysées certaines couvrant uniquement la Flandre, d'autres couvrant la population belge : l'enquête belge de santé (BHIS, Belgique), the VAD school survey (Flandres), the VAD student survey (Flandres), the VAD nightlife survey (Flandres) , la branche belge du Global Drug Survey (Flandres) et le Registre belge de l'indicateur des demandes de traitement (TDI, Belgique).

Dans un premier temps, cette étude se penche sur l'écart entre les sexes en ce qui concerne la consommation et la consommation problématique d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychoactifs dans la population générale, dans les populations spécifiques de jeunes et population à risque (consommateurs récréatif) et dans la population traitée pour les problèmes de toxicomanie en Flandre et en Belgique.

Enfin, elle compare et estime l'ampleur de l'écart entre les sexes dans la population et dans les échantillons en traitement en Belgique.

Malgré les différences dans les bases de données analysées, une comparaison approfondie peut être effectuée entre certaines tendances et différences entre les sexes observées dans les données de la population dans la première partie du rapport et les caractéristiques des personnes cherchant à entrer en traitement pour toxicomanie, décrites dans la dernière partie. Des rapports différents entre les sexes sont observés pour les différentes substances.

Pour l'alcool, il est évident que les hommes présentent une incidence plus élevée de consommation problématique et à risque. La prévalence plus élevée d'une consommation régulière de vin chez les étudiantes constitue l'unique divergence dans ce schéma. Lorsqu'il s'agit de l'évaluation des risques, même avec des mesures spécifiques au genre (consommation ponctuelle immodérée ou consommation excessive d'alcool, AUDIT-C, plus de 14/21 consommations comme seuil de surconsommation), les risques de consommation d'alcool sont clairement plus élevés pour l'homme que pour la femme. L'écart entre les sexes se réduit légèrement avec l'âge, mais n'est pas dû à une consommation modérée d'alcool chez l'homme. Il s'explique par la prévalence plus élevée des habitudes de consommation d'alcool chez la femme plus âgée.

En ce qui concerne le cannabis et les autres drogues illicites, la consommation de ces substances est nettement plus manifeste dans le groupe d'âge des plus jeunes. En outre, il s'agit essentiellement d'un comportement masculin. Dans les enquêtes incluses, la consommation régulière de cannabis est de 2 à 7 fois plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin. Cet écart entre les sexes persiste dans le groupe d'âge des 30-45 ans, malgré une prévalence en diminution.

La consommation combinée de drogues illicites avec de l'alcool ou d'autres drogues illicites est 3 à 4 fois plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin. Dans le groupe le plus âgé, la consommation de drogues illicites est trop rare pour engendrer des différences entre les sexes.

Les résultats pour la consommation de somnifères et de tranquillisants au cours de l'année dernière, et la consommation récente d'antidépresseurs présentent des proportions similaires, mais dans le sens inverse. Plus de femmes que d'hommes consomment ce type de médicaments psychoactifs. De plus, pour l'usage de l'alcool et des médicaments psychoactifs, nous voyons une augmentation des taux de prévalence avec l'augmentation de l'âge, alors que pour les drogues illicites c'est l'inverse; une plus haute prévalence parmi les jeunes.

L'utilisation de stimulants donne lieu à un rapport inverse entre les sexes : les étudiants sont trois fois plus nombreux que les étudiantes à consommer des stimulants. Cette différence peut s'expliquer par le fait que davantage d'étudiants utilisent ces médicaments (par exemple la Rilatine) pour améliorer leur concentration.

En ce qui concerne les données de traitement pour les drogues illicites, il existe une prévalence plus élevée et des profils d'utilisation à risque chez les hommes. Par conséquent, davantage d'hommes commencent un traitement pour le cannabis, les hallucinogènes, la cocaïne et les opiacés. Les résultats sur l'utilisation des médicaments psychoactifs comme les somnifères/tranquillisants et les antidépresseurs révèlent une proportion hommes-femmes opposée : davantage de femmes utilisent ces médicaments et sont en traitement pour l'utilisation de ces produits.

Si l'on considère la proportion d'hommes et de femmes en traitement pour consommation de substances en général, et si l'on s'attache à la proportion spécifique des femmes qui entrent en traitement pour des problèmes d'alcool (proportion plus élevée que pour les hommes), il semble que les femmes entrent plus facilement en traitement pour l'alcool que les hommes.

Les résultats indiquent également que les femmes se font plus souvent soigner dans des hôpitaux alors que les hommes sont plus nombreux dans des centres spécialisés. L'hypothèse est que le type de substance consommée pourrait expliquer le choix du centre. Comme les femmes entrent plus facilement en traitement pour l'alcool que les hommes, elles pourraient d'abord chercher à se faire soigner à l'hôpital pour ces problèmes d'alcool.

Compte tenu du cadre des analyses et de la limite des comparaisons de la prévalence et de l'incidence, évaluer correctement l'écart entre hommes et femmes n'est pas faisable. A cet égard, l'implication stratégique pour l'avenir est très importante pour mettre en œuvre des analyses supplémentaires et avoir une meilleure connaissance de cette problématique hommes/femmes.

Malgré plusieurs bases de données fiables en Belgique, la rédaction de ce chapitre n'a pas été chose facile, en raison de l'absence d'une base de données commune, et pas seulement en ce qui concerne le genre. Ainsi, s'il convient d'obtenir une vision plus complète de la situation en Belgique et un travail d'analyse correct, il est vivement conseillé de créer une façon commune de travailler avec des données similaires dans l'ensemble du pays, qui comprend également davantage de données sur la population marginalisée, ainsi que les données des médecins généralistes et de la pratique privée.

5 Récits et expériences de traitement des consommatrices

Dans ce chapitre, un meilleur aperçu des points de vue des consommatrices concernant le domaine des services de réduction de la demande en Belgique était visé. Les intersections rencontrées ainsi que les trajectoires et les événements critiques qu'elles ont vécus dans l'utilisation de service pour usager d'alcool et de drogues ont été abordés. Une diversité dans l'échantillonnage est distillée à partir des récits de 60 femmes utilisatrices. En outre, les trajectoires témoignent des différents obstacles et facilitateurs pour l'entrée un traitement, ainsi que des besoins et des préoccupations spécifiques des femmes.

Les observations actuelles attestent des résultats semblables pour ce qui concerne les différents obstacles au traitement rencontrés par les consommatrices, tels que la parentalité et la stigmatisation (Brady & Ashley, 2005; Greenfield et al., 2007; Taylor, 2010), cette dernière constituant un obstacle au traitement davantage ressenti par les femmes que les hommes (Stringer & Baker, 2018). Conformément aux recherches qui ont révélé que les écarts de traitement pour consommation de substances parmi les femmes sont dus à des obstacles internes au traitement, tels que la honte et le déni de leur consommation de substances, associés aux violations liées au sexe (Grella, 2008), les résultats actuels indiquent des obstacles internes personnels, comme le fait de jouir des effets

agréables de la consommation de substances, la honte et le déni de leur consommation problématique de substances. En outre, les obstacles externes au traitement, qui découlent d'inégalités structurelles telles que la pauvreté, et les caractéristiques relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes des programmes de traitement (par exemple, absence de services de garde d'enfants) ont été identifiés dans la littérature (Grella, 2008; SAMASHA, 2012). De même, les expériences des participants indiquent des obstacles externes systémiques qui incitent les femmes avec des problèmes de consommation de substances, à éviter tout traitement, comme la gestion des listes d'attente et des caractéristiques des programmes de traitement. Les consommatrices et les parents s'achoppent à un certain nombre d'obstacles supplémentaires pour se faire soigner (Stringer & Baker, 2018), en ce compris de fortes responsabilités maternelles et familiales, l'absence de services de gardes d'enfants pendant le traitement, des désavantages en termes de ressources économiques, un appui moindre des réseaux sociaux ou du partenaire et éventuellement une stigmatisation sociale accrue. En outre, la stigmatisation sociale des mères consommatrices dans une famille mono ou biparentale est encore plus grande que celle des consommatrices, et entrave le processus de recherche d'aide. Plus encore, l'intersection de la stigmatisation associée aux familles monoparentales et de la stigmatisation liée à la consommation de substances peut réduire davantage la probabilité de se faire soigner.

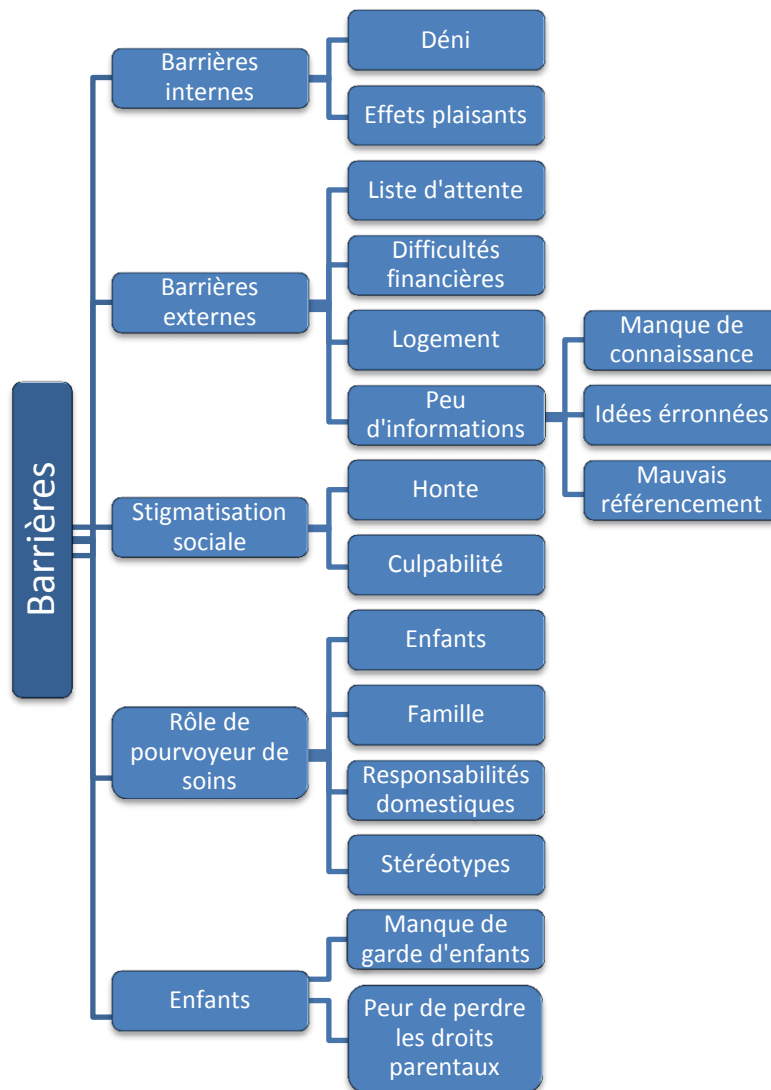


Figure 5.1 Barrières pour l'entrée en traitement chez les consommatrices.

Le rôle normatif d'une femme ou d'une mère et l'impact de ces modèles sur le traitement se reflètent dans les trajectoires des femmes et leur perception d'elles-mêmes. Les rôles sexués et les attentes plus élevées des femmes et des mères en ce qui concerne les obligations de prise en charge de leurs proches, peuvent être préjudiciables aux femmes (Neale et al., 2014). Le capital humain est déterminé par une forte présence du comportement social dominant « normal » et ses effets négatifs sont observés parmi les consommatrices. En outre, leurs espoirs et aspirations pour l'avenir sont directement liés à une « vie normale » et au fait d'« être normales ».

Il ressort des éléments de preuve que l'approche dissuasive moyennant des menaces est contre-productive pour motiver la recherche d'aide. En fait, elle crée une « fuite devant les soins » (Jessup, 2003, p.296). Les recherches actuelles le confirment et montrent que la peur de déchéance des droits parentaux entrave l'accès au traitement. Les menaces évidentes de faire l'objet de stigmatisation et de perdre la garde des enfants rendent la demande d'aide plus difficile pour les femmes qui consomment de l'alcool ou des drogues illicites. En revanche, certaines études indiquent que la crainte de perdre la garde des enfants peut motiver les femmes à se faire soigner (Neale & Tompkins, 2007; Virokannas, 2011). Du point de vue de certains participants, cette crainte a servi de soutien à l'entrée en traitement.

Bien que des programmes de traitement efficaces pour les troubles liés à l'usage d'alcool ou autres drogues soient largement répandus, les adultes qui ont clairement besoin de ces services les sous-utilisent (Cohen et al., 2007) et il semble que les femmes, en particulier, ne parviennent pas à se faire soigner (Greenfield et al., 2007, 2010). Par ailleurs, comprendre les obstacles à l'utilisation du traitement est nécessaire pour créer des possibilités de traitement accessibles. Les données montrent que les femmes souhaitent une prise en charge ambulatoire et résidentielle de la toxicodépendance spécifique au genre, adaptées aux femmes qui nécessitent une assistance ou des soins. Il convient d'attirer l'attention sur plusieurs aspects de ces programmes, tels que la perspective de guérison en tant que processus holistique, axé à la fois sur le corps et le mental, et l'opportunité pour les femmes de recevoir un traitement tout en conservant leur rôle de mère. En outre, la reconnaissance des experts par expérience et par un groupe, ainsi que la création d'un sentiment de sécurité, doivent être intégrées. Toutefois, les femmes constituent un groupe hétérogène, chacune s'efforçant d'atteindre ses objectifs, ses aspirations et ses rêves, ce qui exige dès lors une diversité des services spécifiques au genre, répondant aux besoins particuliers de la diversité de consommatrices.

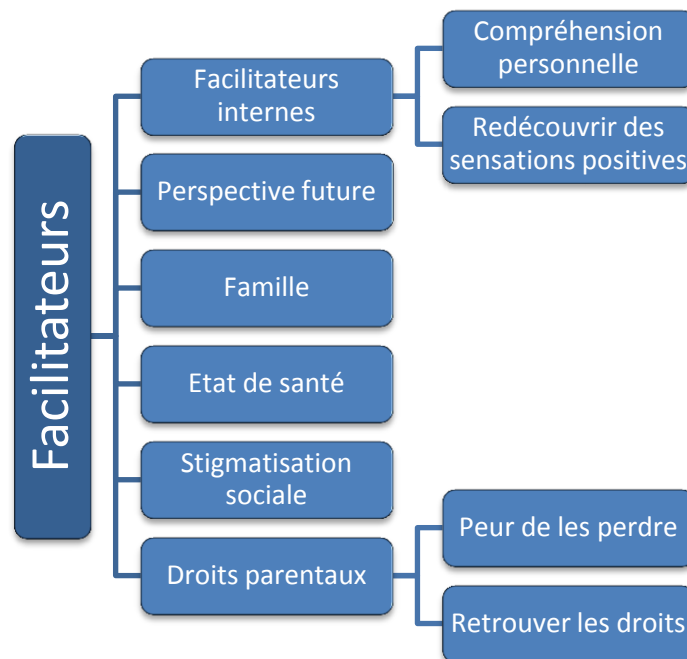


Figure 5.2 Facilitateurs pour l'entrée en traitement chez les consommatrices.

Lors de l'élaboration de services appropriés, des thèmes spécifiques doivent être abordés, plusieurs conditions doivent être prises en compte et des défis culturels doivent être relevés. Une approche qui prend en compte le genre nécessite une attention particulière sur des thèmes spécifiques du traitement de la consommation de substances, en ce compris l'attachement, la stigmatisation et les tabous, la culpabilité et la honte, le traumatisme, la sexualité et la violence. La perspective globale de traitement centrée tant sur le corps que le mental doit également être prise en compte. En outre, les femmes décrivent l'absence d'hommes, l'intégration d'un expert expérimenté, le soutien d'un groupe de pairs et les effets bénéfiques de programmes unisexes comme autant de conditions pour créer un climat de sécurité pour les femmes dans les programmes de traitement. Dans les programmes de traitement mixtes, un espace spécialement réservé aux femmes, tel qu'un salon dans des services résidentiels ou une pièce de détente ou une cuisine dans les structures ambulatoires peut offrir ce même climat de sécurité. Enfin, quelques changements structurels doivent être pris en compte ou du moins reconnus. Davantage de services résidentiels sont nécessaires pour les parents et les enfants, ainsi que des structures adaptées aux enfants dans des programmes mixtes ambulatoires et résidentiels. De plus, il convient de changer les mentalités en ce qui concerne les responsabilités parentales et sociétales, et de déstigmatiser la consommation de substances de la femme, associée ou non à la parentalité dans la société ainsi que parmi le personnel des programmes de traitement. Enfin, les consommatrices devraient être davantage informées sur les services spécialisés disponibles en matière d'addiction et sur les types de soutien accessibles dans certains services.

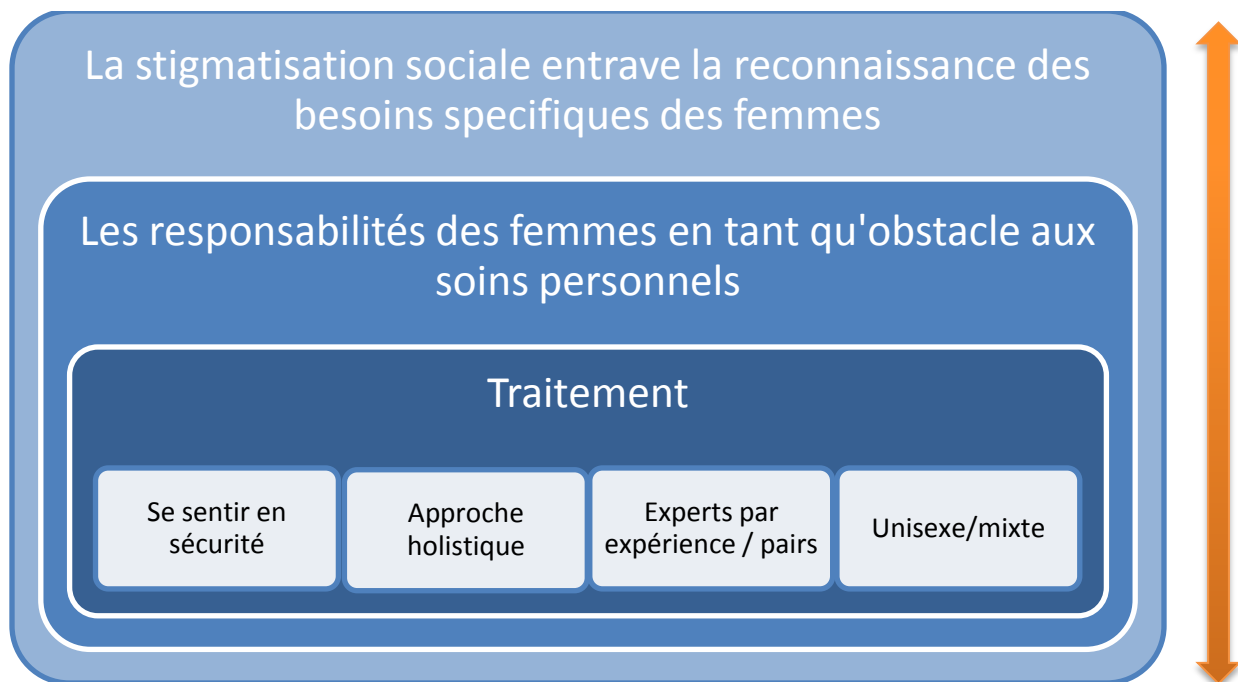


Figure 5.3 Préoccupations clés et interconnectées des consommatrices en traitement.

Malgré la grande diversité des histoires et des trajectoires des participantes, ces parcours révèlent une grande diversité dans l'échantillonnage. Cette diversité révèle d'une part les caractéristiques des femmes qui fréquentent les programmes ambulatoires et d'autre part les femmes qui fréquentent des programmes résidentiels, tels que les différents besoins et objectifs.

Les objectifs futurs de ces femmes et le rôle ou la signification de leur consommation de substances dans la vie diffèrent également. En ce qui concerne les femmes dans les structures ambulatoires, dont une grande partie participe à des traitements de substitution aux opiacés, la consommation occasionnelle de drogues n'est pas totalement exclue. Au contraire, pour les femmes des programmes résidentiels, l'abstinence totale est préconisée.

Les consommatrices des programmes ambulatoires semblent souhaiter un soutien pratique, en ce compris de l'aide en matière de soutien social et d'accompagnement, des façons utiles de passer le temps, un accompagnement au logement, une assistance pour les activités domestiques et des ressources financières. Des besoins immédiats et de base, comme manger, dormir, échanger des seringues ou consulter un médecin en cas de blessures, peuvent être observés pour un large éventail de consommatrices dans les structures ambulatoires. En revanche, les femmes dans les programmes résidentiels de traitement expliquent avoir davantage de besoins sur le long terme comme fonder une famille, avoir un emploi, aller en vacances et mener ce qu'elles appellent, une « vie normale ».

Comme les besoins et les objectifs diffèrent clairement, le type d'aide sollicitée par ces femmes peut grandement différer. En fait, les services offerts par les centres de traitement sont souvent adaptés à cette demande. Dans les services ambulatoires, l'aide fournie est liée à l'organisation de la vie quotidienne des consommatrices et les interventions visent à les aider à adopter un meilleur mode de vie et à accéder aux soins de santé primaires. Une assistance est proposée en ce qui concerne les consultations médicales, les défis parentaux, les procédures administratives ou les demandes d'emploi ou de formation. Même si un soutien et des conseils psychologiques sont également proposés dans les structures ambulatoires, il ne s'agit pas de la priorité principale des consommatrices. Par contre, les consommatrices des programmes résidentiels visent à un changement complet de

mode de vie et d'existence, en ce compris un nouveau départ dans la vie où la consommation d'alcool et autres drogues n'a plus sa place. Ces patientes résidentielles diffèrent de la plupart des patientes des programmes ambulatoires par le fait qu'elles sont engagées dans un processus différent de compréhension du rôle de la consommation de substances dans leur vie et sur la façon d'apprendre à vivre sans drogue ou alcool.

En outre, le réseau social qui entoure les consommatrices semble différent: l'envie de couper tous les liens avec l'ancien réseau social et l'ancien environnement pour éviter toute tentation de reconsommer est très présente chez les femmes présentes dans les programmes résidentiels. Cette conscience et ce désir sont peu présents ou pas présent parmi les femmes dans les services ambulatoires. Pour ces dernières, il existe une réelle intention de couper les liens avec les «mauvais» ou les «anciens» amis afin de s'abstenir de consommer, mais cette rupture n'est généralement pas encore accomplie.

6 Points de vue des experts sur les défis et les conditions préalables à une réduction de la demande de drogues spécifique au genre

Ce chapitre vise à explorer les opinions des experts sur les services et les programmes nécessaires pour les consommatrices tout au long du continuum de soins, ainsi que sur les obstacles et les défis que rencontrent les utilisatrices lorsqu'elles contactent les services d'alcool et de drogues. Les contributions et les opinions des utilisateurs de services, des experts par expérience et des experts professionnels donneront un aperçu sur les questions de genre en relation avec les trajectoires de traitement et les entrées en traitement des consommatrices. De plus, les conditions préalables à la mise en œuvre de services sensibles au genre sont explorées

Sur la base des résultats des entretiens approfondis avec des consommatrices (voir chapitre 5), les conditions préalables à la mise en œuvre de services sensibles au genre ont été explorées au moyen d'une stratégie de groupe de discussion. Au total, quatre groupes de discussion ont été organisés: deux en Flandres (Gand et Louvain), un en Wallonie (Namur) et un à Bruxelles. Les séances ont été organisées entre octobre et décembre 2017 et chacune a pris environ deux heures.

En utilisant la méthode innovante du GPS Brainstorm kit, les experts des groupes de discussion ont pu décrire différentes difficultés que rencontrent les femmes qui veulent entrer en traitement ainsi que des idées pour mettre en œuvre le concept de sensibilité au genre dans le domaine de la réduction de la demande d'alcool et de drogues. Ils rapportent certains domaines d'attention tant au niveau des politiques et un niveau plus (infra) structurel, qu'à un niveau philosophique et aussi très pratique concernant le traitement des utilisatrices. En outre, un besoin se fait se sentir concernant les collaborations et la constitution de réseaux sur le terrain ainsi que l'échange de bonnes pratiques. Enfin, la prévention est désignée comme un domaine important à développer, et les hommes sont considérés comme un facteur crucial dans le rétablissement des femmes.

Une remarque générale mentionnée dans tous les groupes de discussion est clairement liée aux demandes et aux besoins des utilisatrices. Pour tous les participants, les soins doivent être administrés en fonction de la demande des utilisatrices et de leurs besoins réels. À cet égard, la personnalisation des soins ainsi qu'un suivi clair et bien défini sont cruciaux pour le rétablissement des utilisatrices. De plus, les professionnels du secteur doivent être conscients de leurs propres représentations des femmes en lien avec la toxicomanie. Il est essentiel qu'ils soient exempts de jugement et de stéréotypes lorsqu'ils travaillent avec des consommatrices. Ces professionnels constituent également une étape importante dans la construction d'une relation conseiller-patient fondée sur la confiance.

Ces résultats reflètent clairement le besoin d'une approche sensible au genre dans le domaine de la réduction de la demande de drogue. Les recommandations mentionnées ci-dessus seront développées dans le prochain chapitre afin de mettre en œuvre des mesures spécifiques répondant aux besoins des femmes.

7 Conclusions et recommandations

7.1 Conclusion générale

7.1.1 Initiatives sensibles au genre en Belgique

Les recherches internationales démontrent dans les dernières un progrès substantiel dans notre compréhension de l'influence du genre sur, par exemple, l'épidémiologie de la toxicomanie, les divers parcours en traitement, les profils des besoins cliniques et des services des utilisateurs, et les facteurs en lien avec la rétention du traitement et des résultats (Grella, 2008; Tang et al., 2012). En outre, les précédentes recherches sur les services de santé ont générés une série de conclusions sur les caractéristiques organisationnelles des programmes dans lesquels les femmes reçoivent un traitement contre la toxicomanie, et le type de services qui sont fournis dans ces programmes (Grella & Greenwell, 2004; Sacks et al., 2004).

En Belgique, peu d'études se sont concentrées sur la question du genre dans le cadre de la réduction de demande des drogues, excepté certaines études parmi des populations spécifiques en traitement (e.g. De Corte et al., 2012; De Wilde, 2006). Cette recherche visait à enrichir ces découvertes et à explorer le concept de sensibilité au genre dans un large éventail de services et de contextes. Nos résultats montrent que la dimension de genre est une préoccupation réelle des services de prévention et de traitement en Belgique, en particulier les services destinés aux femmes et / ou aux utilisateurs ayant des enfants jusqu'à l'âge de douze ans. Différents types d'initiatives ambulatoires sensibles au genre sont identifiés, comme le case management pour les femmes enceintes et les parents avec enfant(s), la réduction des risques et les groupes bas-seuils pour les femmes, et les groupes de postcure pour les femmes. En outre, des initiatives résidentielles sensibles au genre sont disponibles dans certains hôpitaux psychiatriques et services de traitement spécialisés. En outre, le modèle de traitement des communautés thérapeutiques a été modifié pour intégrer des approches sensibles au genre pour les femmes / parents. Pourtant, les utilisateurs de services ainsi que les fournisseurs de traitement signalent un manque d'initiatives sensibles au genre dans les milieux ambulatoires et résidentiels, en particulier dans des régions spécifiques (ex. dans la province de Flandres occidentale et dans la province du Luxembourg, dans les zones rurales et les petites villes).

7.1.2 L'ampleur de l'écart entre les genres en Belgique

Alors que l'utilisation de substances illicites est plus répandue parmi une population plus jeune et masculine, l'utilisation de somnifères et de tranquillisants est plus fréquente chez les femmes. L'utilisation de ces dernières substances tend à augmenter avec l'âge tant pour les hommes que pour les femmes. De plus, proportionnellement, plus de femmes que d'hommes tendent à entrer en traitement pour ce type de drogue. Même si les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'entrer en traitement, même pour des problèmes d'alcool (Greenfield et al., 2007; Greenfield et al., 2010), les données belges sur l'indicateur de la demande de traitement montrent que les femmes recherchent principalement un traitement dans les hôpitaux, et entrent en traitement pour des problèmes d'alcool plus facilement que les hommes (proportionnellement).

Les centres de traitement spécialisés (drogues) ne sont apparemment pas la première option de traitement choisie par les femmes en Belgique, fait qui est également perçu sur le plan international (Green, 2006). En fait, les femmes sont confrontées à de multiples barrières spécifiques à l'accès au traitement. Des barrières spécifiques telles que la maternité, la stigmatisation et la honte peuvent expliquer les difficultés rencontrées par les femmes pour entrer en centres de traitement spécialisés en Belgique. Des idées erronées sur le traitement, le manque de

connaissances informelles, ainsi que la présence presque exclusive d'hommes en traitement pourraient expliquer cet écart entre les genres.

7.1.3 Un cadre conceptuel pour les approches sensibles au genre dans les modalités de traitement

Les prestataires de services ont signalé la nécessité d'une approche intégrée et globale de la prise en compte du genre et de la sensibilité au genre dans le traitement. De plus, les fournisseurs de services demandent des outils et des méthodes spécifiques pour créer des campagnes de prévention sensibles au genre et pour développer des approches sensibles au genre dans les programmes de traitement. Comme dans une recherche précédente (Poehlmann, 2004), les directeurs de programme et les conseillers mentionnent une formation axée sur la sensibilisation au genre et la formation continue sur les questions spécifiques aux femmes concernant la santé et le soutien social comme méthodes pour améliorer les approches thérapeutiques spécifiques aux femmes. Cependant, les opportunités pour ce type de formation sont exceptionnelles. En définissant le type de services sensibles au genre nécessaire pour répondre aux besoins des femmes de façon appropriée, la recherche a commencé par décrire les services spécifiques aux femmes comme ceux offerts uniquement aux femmes ou ceux dont la concentration de clientes est plus élevée (Grella, 2008). Il peut également inclure une gamme de services neutres, offerts dans un environnement réservé aux femmes. Un exemple de ce dernier peut être un programme ambulatoire ou un programme résidentiel pour parent-enfant qui est principalement fréquenté par des femmes. Cependant, les services mixtes peuvent également répondre de façon appropriée aux besoins des femmes.

Les résultats de cette étude confirment que le concept de services de traitement sensibles au genre est complexe et multidimensionnel, façonné par différentes perspectives théoriques. Les résultats de la recherche suggèrent qu'il y a au moins 13 composantes aux programmes de traitement de la toxicomanie qui sont essentiels à une approche holistique de la satisfaction des besoins des femmes (voir la figure 7.1). En nous appuyant sur les travaux du Vancouver / Richmond Health Board (2001) et de Carter et ses collègues (2013), nous avons regroupé ces éléments en trois catégories. Premièrement, huit piliers sont décrits en ce qui concerne les stratégies visant à impliquer avec succès les utilisatrices dans le traitement. Deuxièmement, trois éléments qui rendent compte des trajectoires de traitement uniques des femmes sont présentés. Et troisièmement, deux philosophies pour fournir des services sensibles au genre sont spécifiées. Nous reconnaissons que la mesure dans laquelle ces éléments sont atteints dans la pratique peut varier selon l'objectif, le contexte, le nombre et les caractéristiques des utilisatrices. En outre, de nombreux principes se chevauchent et sont interdépendants les uns des autres. Les services sensibles au genre pour les femmes impliquent l'intégration de tout ou partie de ces composantes, qui ont un impact sur l'expérience totale des femmes qui accèdent aux soins, d'une part, et de rester en traitement, d'autre part.

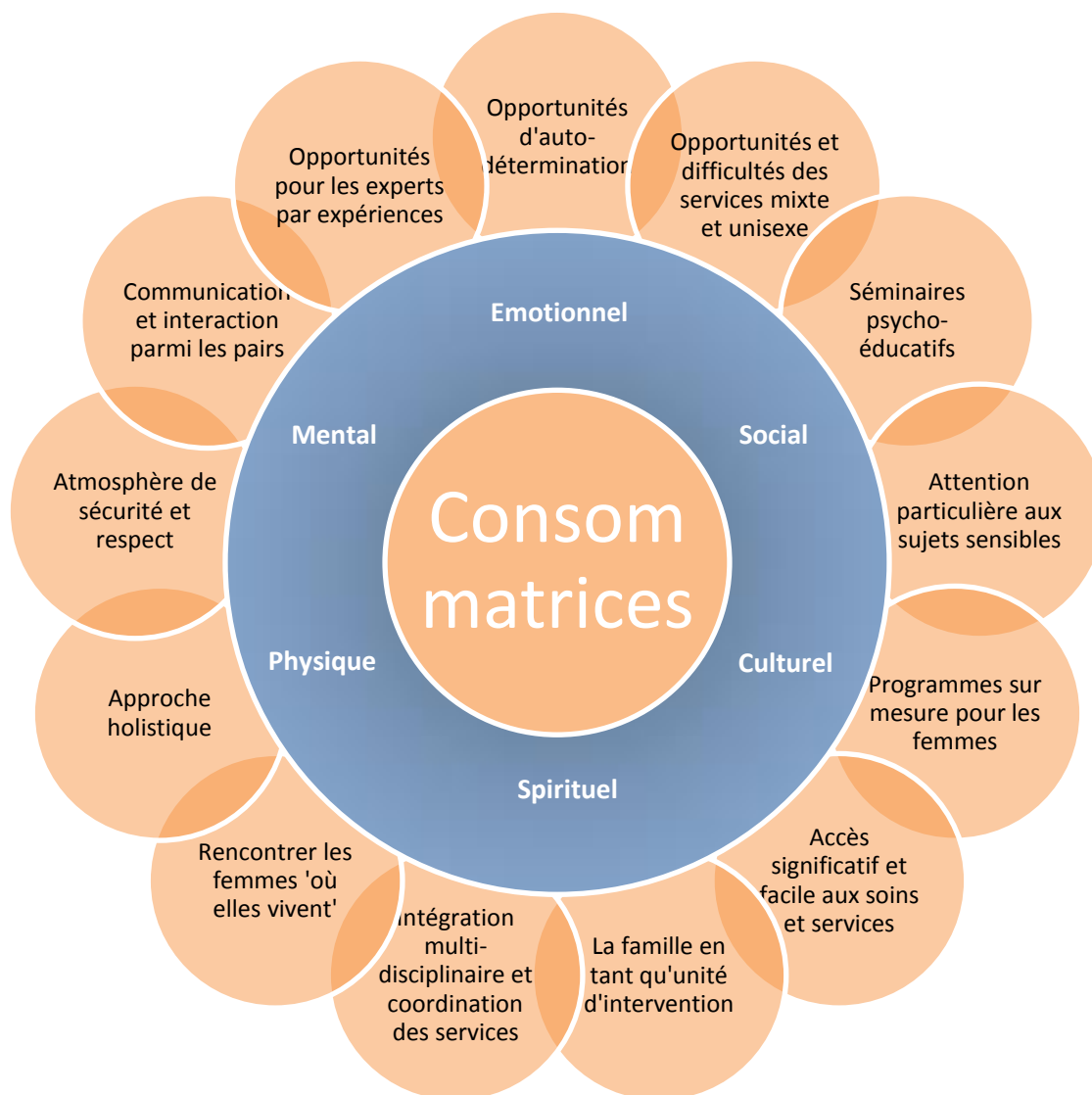


Figure 7.1 Cadre conceptuel du “traitement sensible au genre”, basé sur les expériences des consommatrices. Les consommatrices sont dans le centre du cadre et sont entourées, premièrement par six dimensions de la santé des femmes, et deuxièmement, par 13 composés interconnectés du traitement spécifique au genre (adapté de Vancouver/Richmond Health Board, 2001).

Comme résultat de cette étude, huit piliers sont définis en ce qui concerne les stratégies pour impliquer avec succès les utilisatrices dans le traitement. Tout d'abord, les utilisateurs de services et les fournisseurs de services rapportent la nécessité de considérer le corps, l'esprit et l'âme dans le traitement. Les programmes de service qui appliquent une approche holistique sont plus appréciés par les participants et ont tendance à répondre à la diversité des besoins des utilisatrices. Deuxièmement, certaines utilisatrices signalent des services de traitement sous-utilisés en raison de la stigmatisation sociale et des expériences passées avec les jugements négatifs des prestataires de services. Ainsi, engager les utilisatrices dans un traitement commence par la sécurité et le respect (Judd et al., 2009), y compris la création d'un espace accueillant et sans jugement réservé aux femmes où elles se sentent à l'aise pour partager des sujets potentiellement sensibles (Ashley et al., 2003). De plus, à l'instar de recherches antérieures (Bride, 2001), la plupart des utilisatrices soulignent que l'emploi de conseillères est une composante essentielle du traitement, car elles peuvent servir de modèles féminins. Troisièmement, les

participants rapportent que la création de liens avec leurs pairs est une source importante de soutien pendant le traitement (Wisdom et al., 2008). Par conséquent, faciliter le développement d'un réseau de pairs fait partie intégrante des programmes de traitement sensibles au genre pour les femmes. Quatrièmement, malgré le manque de femmes expertes par expérience (anciennes consommatrices), les fournisseurs de services et les utilisateurs de services reconnaissent leur valeur ajoutée dans les programmes de traitement pour les utilisatrices. Cinquièmement, améliorer l'accès à l'information, aux compétences et aux services est essentiel pour tenter d'autonomiser les femmes (Gupta, 2000). Ce faisant, les femmes sont encouragées à défendre leurs droits et leurs trajectoires de soins. De plus, les participants indiquent que les services mixtes aussi bien que unisexe offrent des possibilités et des difficultés (Grella et Greenwell, 2004). Par conséquent, dans un sixième pilier, les programmes de traitement doivent reconnaître ces structures et les mettre en place consciemment et de manière la plus appropriée. Septièmement, les utilisatrices et les prestataires de services identifient des séminaires psychoéducatifs sur des sujets tels que l'affirmation de soi et la connaissance de soi comme étant utiles dans le processus de rétablissement. Dans le huitième et dernier pilier, les participants signalent la nécessité de programmes de traitement pour traiter des problèmes potentiellement sensibles et douloureux tels que le traumatisme, l'attachement, la sexualité, la stigmatisation, la culpabilité, la honte et la violence

Deuxièmement, nous identifions trois éléments qui rendent compte des trajectoires thérapeutiques uniques des femmes. Premièrement, une approche du traitement tenant compte du genre inclut souvent des services plus pertinents pour les femmes que ceux fournis aux hommes (Mason, 2007). Le style global de ces programmes est plus favorable, stimulant et coopératif, se concentrant sur des questions spécifiques telles que les multiples rôles et responsabilités des femmes, l'estime de soi, la sécurité émotionnelle et la formation aux compétences de vie (Grella et al., 1999). D'autres exemples typiquement associés aux besoins des femmes sont la garde d'enfants, l'assistance au transport et l'éventail complet des services de santé sexuelle et reproductive des femmes (Campbell et al., 2009). Deuxièmement, il est essentiel que les services sensibles au genre fournissent des services sociaux et de soutien. Par exemple, pour les utilisatrices ayant des responsabilités concurrentes, cela implique de leur permettre d'être accompagnées par leur (s) enfant (s) lorsqu'ils viennent au programme de traitement, en offrant des services de garde sur place. Pour d'autres utilisatrices, fournir un transport ou des heures d'ouverture flexibles facilitent le traitement. Troisièmement, en raison de la grande diversité des femmes (situation familiale, conditions de vie et de logement), une approche sensible au genre dans le traitement devrait être flexible et prendre en compte les divers contextes familiaux dans la vie des femmes.

Enfin, deux philosophies ou approches pour fournir des services sensibles au genre devraient être considérées. Premièrement, l'intégration multidisciplinaire et la coordination d'une gamme de services ont été encouragées en tant que moyen de gérer les problèmes multiples et complexes des femmes (Ashley et al., 2003, Claus et al., 2007, Niccols et al., 2010). Un moyen possible d'atteindre cet objectif consiste à mettre en place un réseau intégré de services qui travaillent en partenariat pour relier et orienter les femmes vers des prestataires de services appropriés. De même, des modèles de case management ont été mis en place pour gérer ce problème (Jansson et al., 2005). Une autre façon d'atteindre cet objectif est connue sous le nom de "guichet unique", dans lequel plusieurs fournisseurs de services sont situés ensemble sur un même site (Yano et al., 2006). Les deux modèles nécessitent une collaboration pour fournir des réponses adéquates aux besoins des utilisatrices par un réseau interdisciplinaire de prestataires. De plus, en plus de relier les utilisatrices aux services appropriés, il est essentiel que le soutien soit ressenti comme connecté et cohérent par les utilisatrices elles-mêmes et se caractérise par la continuité des soins (Haggerty et al., 2003). La seconde approche stipule que, comme les femmes sont à des stades différents de leur vie et de leur consommation de substances, les services sensibles au genre pour femmes devraient appliquer un soutien pour toutes les femmes en répondant adéquatement à leurs besoins sanitaires et sociaux individuels, sans jugement moral. Cela implique une flexibilité dans la prise en charge de services concernant divers besoins et étapes de la vie (Jarrett et al., 2007), et peut même inclure la prise en charge de services directement à domicile. Par conséquent, des services de proximité doivent être mis en œuvre de manière

plus durable et adaptée ainsi qu'offrir des opportunités aux femmes qui ne peuvent pas participer aux programmes de traitement résidentiel. De plus, cela souligne l'importance de la postcure pour les femmes qui ont terminé leur traitement, car les soins continus et les services de soutien sont des facteurs clés pour maintenir les changements de comportement et pour le rétablissement en général.

7.1.4 Vers une promotion de la santé sensible au genre

L'étude GEN-STAR a montré un manque d'approches sensibles au genre dans la prévention de la toxicomanie en Belgique et un besoin de campagnes de prévention intégrées et sensibles au genre, et axées sur la sensibilisation. De telles initiatives ne devraient pas cibler uniquement les filles et les jeunes femmes, mais la société dans son ensemble.

En outre, les initiatives de prévention devraient être intégrées dans une approche plus large à long terme de la prévention et du traitement de la toxicomanie, plutôt que comme une campagne unique. En outre, le sujet de la prévention tenant en compte le genre ne doit pas seulement se concentrer sur l'usage de substances par les femmes, mais aussi sur l'inégalité entre les sexes, les rôles et responsabilités genrés dans la société et la stigmatisation sociale. De ce point de vue, le cadre de la promotion de la santé transformatrice entre les genres (Pederson et al., 2014) pourrait servir de guide pour la mise en place d'une prévention sensible au genre en Belgique. Plus précisément, les approches transformatrices sensible au genre «s'efforcent activement d'examiner, de remettre en question et de modifier les normes de genre rigides et le déséquilibre du pouvoir comme moyen d'atteindre les objectifs en matière de santé et d'équité entre les genres ». Pour améliorer la vie des femmes et des hommes et créer ainsi plus de chances et d'opportunités dans le traitement de la toxicomanie, la promotion de la santé transformatrice entre les genres doit être explorée, critiquée et établie dans de futures recherches en Belgique.

7.2 Recommandations pour la prévention de la toxicomanie, le traitement et la politique

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

7.2.1 Vers une approche globale et intégrée

En se concentrant sur le concept d'«approches de traitement intégré», deux niveaux différents doivent être distingués.

7.2.1.1 *Un continuum d'interventions et d'approches thérapeutiques*

Une approche strictement médicale ou uniquement psychologique ne sera souvent pas suffisante pour promouvoir le changement et le rétablissement chez les personnes ayant des problèmes de toxicomanie. Une approche intégrée, incluant l'attention pour chaque dimension de la personne - étant la vie affective, sociale, culturelle, spirituelle, physique et mentale -, est fortement recommandée. Ces dimensions peuvent être prises en compte par la combinaison et l'intégration des soins médicaux, du soutien social, du conseil psychologique, de l'autonomisation personnelle ainsi que des approches philosophiques et culturelles.

Dans un cadre sensible au genre, la promotion d'approches de traitement holistique semble essentielle et prometteuse, car elle permet aux femmes de découvrir (une fois de plus) leur corps et de se rendre pleinement compte d'elles-mêmes dans leur totalité et leur complexité. Cette façon de penser et d'autonomiser peut également aider les femmes à se forger une nouvelle identité en tant que personne et en tant que femme en apportant un soulagement au corps et à la douleur mentale.

7.2.1.2 Une approche personnalisée dans le cadre d'un service en réseau

Au-delà de la notion de genre, chaque utilisatrice apporte son contexte spécifique et individuel. Étant donné la diversité et la complexité des réalités sociales et leur impact évident sur les résultats du traitement de la toxicomanie (Neale et al., 2014), la mise en place de services adaptés au genre peut être considérée comme une condition préalable à travers un réseau diversifié et interdisciplinaire de d'agences spécialisées ou non-spécialisées. Il y a un réel besoin de traitement intégré, y compris des services de garde d'enfants, de soutien au logement, de formation professionnelle, de services bas-seuils et de réduction des risques, de trauma et d'autres types de thérapie spécifique. Idéalement, l'approche et le soutien devraient être adaptés aux besoins de chaque utilisatrice ayant une demande de traitement. La situation de chaque personne devrait être évaluée pendant le processus d'admission pour identifier les besoins spécifiques et le soutien souhaité. Un facteur clé d'une telle approche intégrée concerne l'importance d'un large éventail de services de traitement offerts (par exemple, ambulatoires et résidentiels, travail de proximité, initiatives mixtes et unisexe), afin de répondre à la multiplicité des situations des femmes.

De plus, les approches intégrées devraient inclure une composante de suivi pour assurer la continuité des soins, ce qui est considéré comme un élément crucial d'une approche axée sur le rétablissement. Les services de santé et de traitement devraient être vécus comme complets et intégrés par les utilisateurs de services. De plus, les services fournis par différents professionnels devraient être connectés et cohérents avec la situation et les besoins personnels des individus. À cet égard, les connaissances sur les usagers de services et leur contexte sont aussi importantes que leur état médical / psychologique pour assurer des réponses appropriées à leurs besoins (Haggerty et al., 2003).

7.2.1.3 Quelques exemples d'inclusion des aspects de genre dans les programmes de traitement complets

Outre les approches de traitement intégré et les services intégrés, des mesures concrètes sont recommandées. Pour développer des pratiques sensibles au genre dans le domaine du traitement et de la prévention, nous donnons quelques exemples spécifiques de telles activités.

- I. Dans les programmes résidentiels mixtes, la mise en œuvre d'activités spécifiques réservées aux femmes peut aider les femmes à renforcer leur propre identité en tant que femme et à créer un sentiment d'appartenance au groupe. De plus, la difficulté d'être dans un grand groupe d'hommes peut être surmontée par des groupes de discussion spécifiques aux femmes sur des sujets liés à la sexualité, à la parentalité, à la violence ou à des sujets particuliers identifiés comme des besoins. En effet, un environnement sûr peut être utile pour réduire la peur du jugement et permettre la liberté d'expression sur des sujets intimes, ainsi que des sujets concernant le travail du sexe. Fait également important, lorsqu'on aborde le sujet du «genre», il est recommandé d'inclure et d'impliquer à la fois les hommes et les femmes. Par conséquent, le même type de groupes peut également être développé pour les hommes. Cette approche pourrait être un point de départ pour construire un changement de mentalité dans les deux groupes en ce qui concerne les rôles normatifs genrés et les comportements genrés stéréotypés.
- II. Dans les programmes de soins mixtes ambulatoires, installer un espace physique spécifique seulement pour les femmes est recommandé, ainsi que des groupes de discussion unisexes. Ces mesures permettent

de créer des liens avec les membres du personnel sur la base d'une relation de confiance et encouragent les femmes à parler de sujets plus sensibles. Un tel environnement séparé et sûr est un élément essentiel pour dépasser la peur du jugement.

- III. L'installation d'un espace spécifique uniquement pour les femmes dans les programmes résidentiels, ainsi que l'installation séparées de chambres et de salles de bains sont recommandées.
- IV. Compte tenu de la stigmatisation des femmes utilisatrices et du sentiment de honte qu'elles éprouvent, il est conseillé aux services de traitement et de prévention d'associer des femmes expertes par expérience au le programme.

Étant donné que les femmes sont généralement le principal pourvoyeur de soins au sein de la famille, leur situation familiale devrait être prise en compte dans leur trajectoire de traitement, car les responsabilités familiales constituent souvent un obstacle à la recherche d'un traitement. Certaines recommandations spécifiques qui intègrent le contexte familial sont énumérées ci-dessous:

- I. Il est urgent de fournir des services de garde d'enfants aux femmes toxicomanes qui ont de jeunes enfants dans le cadre de programmes de consultations individuelles et mixtes en consultation externe. Une opportunité concrète et bien élaborée pour la garde d'enfants en ambulatoire qui permet aux utilisatrices d'emmener leurs enfants dans ces milieux est considérée comme ayant une valeur ajoutée.
- II. Des services adaptés sont nécessaires pour créer ou soutenir le lien mère-enfant. De tels services peuvent être fournis sous la forme de cadres accueillants pour les enfants ou de soutien parental. De même, le maintien de chambres spécifiques pour les femmes en traitement de substitution et leur nouveau-né après l'accouchement (par exemple les salles de kangourou) peuvent être appropriés pour atteindre cet objectif.
- III. En créant une ligne téléphonique d'assistance pour les utilisatrices qui est également disponible en dehors des heures de bureau, les femmes disposent d'alternatives pour demander de l'aide de manière anonyme, indépendante des autres et pendant que leurs enfants sont à la maison.
- IV. Une combinaison de services de proximité et de consultation externe devrait être envisagée. Il est recommandé d'atteindre davantage de femmes à la maison et d'inclure leurs proches dans des interventions axées sur la famille. Se concentrer sur l'environnement familial des consommatrices et impliquer leur famille et leur réseau peut faciliter l'accès au traitement et à d'autres ressources.

7.2.2 La formation aux questions de genre et l'échange de bonnes pratiques

Compte tenu des recommandations susmentionnées, plusieurs solutions pourraient inclure des adaptations spécifiques à la structure et au cadre de traitement. Par conséquent, il est essentiel de fournir de (nouvelles) possibilités de formation pour les membres du personnel, ainsi que de promouvoir l'échange de bonnes pratiques entre les professionnels de différents services

- I. Des formations sur des sujets liés au genre doivent être dispensées aux conseillers, psychothérapeutes, psychologues, psychiatres et autres personnes impliquées dans le traitement des utilisatrices.
- II. Une vision claire de ce qu'une approche sensible au genre implique doit être intégrée dans les programmes résidentiels et ambulatoires, sur la base des expériences des conseillers, des utilisatrices, de

la littérature et des bonnes pratiques disponibles. Une telle vision (écrite) peut faciliter la traduction d'idées abstraites en plans et mesures concrets.

7.2.3 Focus sur les stéréotypes de genre et les responsabilités des femmes

Bien qu'il soit essentiel d'aborder le traitement des femmes toxicomanes du point de vue de la santé publique, il est également important de l'examiner d'un point de vue sociologique. En conséquence, une vision plus large de la dimension de genre doit être intégrée et les sujets liés aux stéréotypes de genre tels que la violence domestique, la parentalité et les responsabilités familiales doivent être abordés.

Afin de promouvoir l'équité entre les sexes et de réduire le fardeau des responsabilités des femmes, des intégrer des programmes psychoéducatifs incluant aussi bien les hommes et les femmes doivent être élaborés. Les divers rôles et responsabilités que les femmes (peuvent) assumer dans leur vie quotidienne doivent être abordés dans des séminaires psycho-éducatifs ou lors de séances de thérapie. L'adaptation à ces nouveaux rôles avant la fin du traitement est nécessaire pour apprendre à gérer ces responsabilités. Ces programmes peuvent être liés à des campagnes mondiales ou nationales de sensibilisation à ce problème.

7.2.4 Campagnes de prévention ciblées et sensibles au genre

Afin de développer des approches sensibles au genre tout au long du continuum de soins, les approches de prévention sensibles au genre doivent être davantage développées. À cet égard, quatre aspects sont mis en évidence: la stigmatisation sociale et le rôle des substances dans la vie des femmes, les groupes de discussion spécifiques, les stratégies de réduction des risques et le type de substance.

- I. Afin d'améliorer l'orientation des utilisatrices vers des services appropriés et de réduire la stigmatisation sociale persistante sur les utilisatrices, il est recommandé d'élaborer une campagne nationale de prévention récurrente pour les professionnels de la santé (mentale). Diverses disciplines telles que les médecins généralistes, les gynécologues, les travailleurs sociaux, les psychologues et autres parties prenantes en contact avec les femmes toxicomanes ou les populations vulnérables devraient être ciblées, et des thèmes comme les femmes, la consommation de substances et la honte peuvent être abordés. Des brochures spécifiques et des guides de référence peuvent être élaborés avec des références à des centres spécialisés, essayant ainsi de réduire l'écart entre les hommes et les femmes dans l'entrée en traitement. Ces tracts peuvent être diffusés par les médecins généralistes, les services de soins de santé primaires, les associations de lutte contre la pauvreté, etc.
- II. La mise en place de groupes de discussion spécifiques unisexe pour les consommatrices ou des groupes de discussion thématiques est conseillée. Ces groupes encouragent les consommatrices à partager librement leurs expériences sur certains sujets dans un environnement sûr et sans jugement.
- III. Afin d'améliorer les connaissances des femmes sur les questions de genre liées à la consommation de substances, des campagnes ciblées de prévention / réduction des risques sont nécessaires (par exemple en matière de santé sexuelle et de transmission des maladies infectieuses).
- IV. Comme les femmes de plus de 45 ans sont plus impliquées dans l'utilisation / l'abus de médicaments prescrits, des campagnes ciblées de prévention et de communication auprès de cette population sont recommandées en ce qui concerne l'usage abusif des médicaments prescrits et d'alcool.

7.2.5 Évaluation et surveillance

La réussite de l'application de nouvelles approches et mesures, qu'il s'agisse de la sensibilité au genre ou d'autres caractéristiques, nécessitera des ressources financières suffisantes ainsi que des installations adaptées qui devraient être fondées sur un financement structurel plutôt que sur des subventions de projet. En Belgique, il sera crucial de mettre en œuvre des plus d'approches sensibles au genre à tous les niveaux, car les compétences en matière de traitement et de prévention de la toxicomanie sont réparties entre les autorités fédérales et régionales. En outre, un suivi du progrès et du développement de politiques sensibles au genre est nécessaire afin de permettre l'évaluation de son évolution au fil des ans. Cela peut inclure, par exemple, le développement d'une base de données représentative nationale sur la prévalence de la consommation et de l'utilisation des services parmi la population belge, y compris les populations vulnérables et institutionnalisées, afin de mieux comprendre l'ampleur et l'évolution de l'écart de traitement entre les hommes et les femmes.

8 References

- Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ashley, O.S., Marsden, M.E. & Brady, T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 19-53.
- Brady, T. M., & Ashley, O. S. (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Bride, B.E. (2001). Single-gender treatment of substance abuse: effect on treatment retention and completion. *Social Work Research*, 25(4), 223-232.
- Campbell, C.I., Alexander, J.A., & Lemak, C.H. (2009). Organizational determinants of outpatient substance abuse treatment duration in women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), 64-72.
- Carter, A.J., Bourgeois, S., O'Brien, N., Abelsohn, K., Tharao, W., Greene, S., Margolese, S., Kaida, A., Sanchez, M., Palmer, A.K., Cescon, A., de Pokamandy, A., & Loutfy, M.R. (2013). Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic delivery for women living with HIV/AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 17433.
- Choo, E., Guthrie, K.M., Mello, M., Wetle, T.F., Ranney, M., Tapé, C., & Zlotnick, C. (2016). "I need to hear from women who have 'been there'": Developing a women-focused intervention for drug use and partner violence in the emergency department. *Partner Abuse*, 7(2), 193-220.
- Claus, R.E., Orwin, R.G., Kissin, W., Krupski, A., Campbell, K., & Stark, K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 27-39.
- Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., & Kranzler, H. R. (2007). Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 214-221.
- De Corte, T., Stoffels, I., Van Hal, G., & Van Damme, P. (2012). Middelengebruik onder sekswerkers in België. *Tijdschrift van de Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen vzw*, 11(2), 15-16.

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

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2006). *Annual report 2006. Selected issue 2: A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2012). *Selected issues: Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Greaves, L., Pederson, A., & Poole, N. (2014). *Making it better. Gender-transformative health promotion*. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press Inc./Women's Press.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 1-21.

Greenfield, S.F., Back, S.E., Lawson, K., & Brady, K.T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(2), 339-355.

Grella, C.E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 40*(5), 327-343.

Grella, C.E., Polinsky, M.L., Hser, Y.I., & Perry S.M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(1), 37-44.

Grella, C.E., & Greenwell, L. (2004). Substance abuse treatment for women: Changes in settings where women received treatment and types of services provided, 1987-1998. *Journal of Behavioural Health Services & Research, 31*(4), 367-383.

Gupta, G.R. (2000). Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how. *HIV/AIDS Policy Law Review, 5*(4), 86-93.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *The BMJ, 327*, 1219-1221.

Jansson, L. M., Svikis, D. S., Breon, D., & Cieslak, R. (2005). Intensity of case management services: Does more equal better for drug-dependent women and their children. *Social Work in Mental Health, 3*, 63-78.

Jarrett, E.M., Yee, B.W.K., & Banks, M.E. (2007). Benefits of comprehensive health care for improving health outcomes in women. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(3), 305-313.

Jessup, M.A., Humphreys, J.C., Brindis, C.D., & Lee, K.A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues, 33*(2), 285-304.

Judd, F., Armstrong, S. & Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry, 17*(2), 105-111.

- Mason, R. (2007). Building women's social citizenship: a five-point framework to conceptualise the work of women-specific services in rural Australia. *Women's Studies International Forum*, 30, 299-312.
- Montanari, L., Serafini, M., Maffli, E., Busch, M., Kontogeorgiou, K., Kuijpers, W., Ouwehand, A., Pouloudi, M., Simon, R., Spyropoulou, M., Studnickova, B., & Gyarmathy, V.A. (2011). Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe. *Drugs Education Prevention and Policy*, 18(1), 24-31.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Neale, J., & Tompkins, C.N. (2007). Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(31), 1-13.
- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 25, 3-12.
- Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., Liu, J., & Jack, S. (2010). Maternal mental health and integrated programs for mothers with substance abuse issues. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 466-474.
- O'Neil, A.L., & Lucas, J. (2011). DAWN First Plenary Conference: conclusions and recommendations, Rome, 28-30 March 2011. In O'Neil, A.L., & Lucas, J. (Eds). *Promoting a gender responsive approach to addiction* (400-402). Turin: UNICRI Publication nr 104.
- Oliffe, J.L., & Greaves, L. (Eds.) (2011). *Designing and conducting gender, sex, and health research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pederson, A., Greaves, L., & Poole, N. (2014). Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promotion International*, 30(1), 140-150.
- Poehlmann, J., White, T., & Bjerke, K. (2004). Integrating HIV risk reduction into family programs for women offenders: a family relationship perspective. *Family Relations*, 53(1), 26-37.
- Rottach, E., Schuler, R., & Hardee, K. (2009). *Gender perspectives improve reproductive health outcomes*. Washington, DC: PRB for the IGWG and USAIDS.
- Sacks, S., Sacks, J.Y., McKendrick, K., Pearson, F.S., Banks, S., & Harie, M. (2004). Outcomes from a therapeutic community for homeless addicted mothers and their children. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(4), 313-338.
- Stringer, K.L., & Baker, E.H. (2018). Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: An analysis of parenthood and marital status. *Journal of Family Issues*, 39(1), 3-27.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMASHA] (2012). *National survey on drug use and health*. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Rockville: MD.
- Tang, A., Claus, R.E., Orwin, R.G., Kissin, W.B., & Arieira, C. (2012). Measurement of gender-sensitive treatment for women in mixed-gender substance abuse treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1-3), 160-166.

Taylor, O. D. (2010). Barriers to treatment for women with substance use disorders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 393-409.

Vancouver/Richmond Health Board (2001). *A framework for women centred health*. Vancouver: Vancouver/Richmond Health Board.

Virokannas, E. (2011). Identity categorization of motherhood in the context of drug abuse and child welfare services. *Qualitative Social Work*, 10(3), 329-345.

Wisdom, J.P., Hoffman, K., Rechberger, E., Seim, K. & Owens, B. (2008). Women-focused treatment agencies and process improvement: strategies to increase client engagement. *Women Therapy*, 32(1), 69-87.

Wizemann, T.M., & Pardue, M.-L. (Eds.) (2001). *Exploring the biological contributions to human health: Does sex matter?* Washington, DC: National Academy of Sciences.

World Health Organization [WHO] (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. WHO library Cataloguing in Publication Data.

Yano, E.M., Goldzweig, C., Canelo, I., & Washington, D.L. (2006). Diffusion of innovation in women's health care delivery: the Department of Veterans Affairs' adoption of women's health clinics. *Women's Health Issues*, 16(5), 226-235.