

Les besoins spécifiques des femmes dans le domaine des toxicodépendances

Marie-Louise Ernst, psychologue lic.phil.I, OFSP, Berne

Suite à un certain nombre d'études qui ont mis en évidence les différences entre les genres en ce qui concerne les modes de consommation, les causes du développement d'une dépendance, la réalité quotidienne durant la période de dépendance et les facteurs qui entravent ou favorisent la sortie de la dépendance, l'Office fédéral de la santé publique OFSP a formulé un mandat visant à la promotion d'une intervention en toxicomanie tenant équitablement compte des besoins particuliers femmes. Quelques éléments de ce travail.

Quel mandat ?

Le mandat donné par l'OFSP porte sur des mesures relevant des quatre champs d'intervention suivants :

1. Supervision, formation continue et mise en réseau des spécialistes, des groupes de travail et de projet, des institutions et des autorités.
2. Documentation des aspects concernant spécifiquement les femmes dans tous les secteurs de l'intervention en toxicomanie.
3. Relations publiques.
4. Représentation de la Suisse dans des commissions internationales (telles que le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe) en rapport avec les aspects concernant spécifiquement les femmes toxicodépendantes et la participation à un réseau international centré sur cette question.

Dans le cadre de ce mandat, deux instruments ont notamment été élaborés ; l'un sera présenté brièvement et l'autre sera développé ici.

Un argumentaire a été élaboré à l'intention des associations, des instances publiques concernées, des intervenant-es spécialisé-es et des politicien-nes intéressé-es par la question des drogues. On y trouve des arguments précis expliquant pourquoi les femmes doivent absolument bénéficier d'interventions spécifiques.

Un instrument de qualité

Par ailleurs, le désir de se pencher sur les questions liées à la qualité des prestations à bas seuil offertes au groupe cible

des femmes s'est fait jour lors d'un *colloque national sur l'assurance qualité et les normes de qualité dans l'aide à la survie*. Un groupe de travail interdisciplinaire et intersectoriel s'est ensuite formé dans le but d'élaborer un catalogue de critères déterminants pour le travail à bas seuil auprès des femmes consommant des drogues.

Après une première réunion constitutive de ce groupe de travail, il s'est formé un « noyau » de cinq intervenantes qui ont procédé par étapes, en suivant le modèle élaboré par Marianne Meinhold. Dans son ouvrage sur l'assurance de qualité dans le domaine du travail social, l'auteure propose une méthode de définition des critères de qualité que nous avons appliquée dans les grandes lignes.

Le résultat de chacune des étapes décrites dans le chapitre suivant a ensuite été soumis pour discussion à un groupe d'accompagnement, composé de 12 autres femmes travaillant sur le terrain. Le groupe de travail bénéficiait ainsi d'un lien direct avec tous les secteurs de l'aide à bas seuil (antennes de proximité, centres d'hébergement d'urgence, programmes d'occupation et d'emploi, travail de rue, programmes de prescription d'héroïne). En parallèle, on a veillé à avoir une représentation équitable entre institutions spécifiquement destinées aux femmes et institutions mixtes avec offres différenciées selon les sexes, afin que leurs besoins respectifs puissent s'exprimer.

Les étapes parcourues

En premier lieu, nous avons procédé à un *brain-storming* pour nous faire une idée

de toutes les activités et tâches accomplies dans les institutions représentées dans le groupe de travail. Cet **état des lieux** a débouché sur une masse de données, que nous avons ensuite triées en nous posant les questions suivantes :

- Quelles sont les prestations offertes ?
- Quels résultats concrets visent-elles ?
- Hormis les femmes qui fréquentent notre service, quels autres groupes cibles sont-ils aussi pris en compte ?

Ces **éléments d'observation concrète** ont été formulés séparément pour les différents secteurs d'aide à bas seuil (logement, travail, structures de jour), ce qui nous a obligées à nous interroger sur notre pratique en nous demandant au moyen de quelle(s) offre(s) nous cherchions à atteindre quel(s) objectif(s).

L'étape suivante a consisté à dégager les objectifs et les offres que nous considérons comme incontournables pour répondre adéquatement aux besoins particuliers des femmes. Cette **échelle des priorités** commune a été au centre de plusieurs discussions, aussi animées que clarifiantes. Il en est ressorti que la subdivision en catégories spécifiques d'intervention (logement, travail, structures de jour) n'était guère utile et pouvait, par conséquent, être abandonnée. Il s'est en effet avéré qu'à de rares exceptions près (comme par exemple la « mise à disposition de lits »), les prestations qui devaient absolument être mises à la disposition des femmes étaient les mêmes dans les différents secteurs de l'aide à bas seuil. Il convenait ainsi de garantir partout un accès facile à des informations spécialement destinées aux femmes, d'aborder la prévention du sida avec chaque cliente et de fonder systématiquement toute intervention sur les ressources dont disposent les femmes concernées.

Par la suite, nous avons donc ventilé les éléments d'information mis en commun selon d'autres critères, c'est-à-dire en les regroupant selon les trois dimensions que sont **les structures, le processus et les résultats**. Ces trois éléments correspondent d'ailleurs à la définition actuelle de la qualité. La qualité des structures est déterminée par l'infrastructure de l'institution, par la manière dont celle-ci est organisée, par le niveau de formation de ses collaborateurs-trices, autrement dit par l'ensemble des ressources disponibles. La qualité du processus dépend de la manière dont les activités se déroulent au fil du temps. La qualité du résultat se mesure au degré de réalisation de

l'objectif visé par une prestation. L'évaluation de la qualité implique donc la mise en rapport des éléments structurels (conditions-cadre) et des processus (manières de faire) avec les résultats positifs et négatifs constatés.

Cette **catégorisation** nous a fait prendre conscience du fait qu'il subsistait, au terme de notre réflexion, cinq grands axes d'intervention que nous considérons comme pertinents pour infléchir le travail dans le domaine de l'aide à bas seuil de manière à ce qu'il réponde mieux aux besoins spécifiques des femmes.

Nous en étions ainsi arrivées à la dernière étape, celle qui allait nous permettre d'articuler les différentes prestations et les caractéristiques des institutions en termes de structures, de processus et de résultats avec les **cinq axes fondamentaux d'intervention**.

Dans la mesure où les services d'aide à bas seuil entendent répondre équitablement aux besoins spécifiques des femmes toxicodépendantes, il convient, de notre point de vue, qu'ils prennent en compte ces cinq axes fondamentaux d'intervention, à savoir :

1. Amener les femmes à reprendre conscience de leur capital-santé

Les questions de santé dont il s'agit ici sont celles auxquelles seules les femmes sont confrontées ou celles qui les touchent sensiblement plus souvent ou autrement que les hommes. Outre le risque accru d'une infection par le VIH que présentent les relations sexuelles auxquelles elles sont contraintes ou le partage de seringues avec d'autres toxicomanes, il faut également rappeler les risques de grossesse involontaire et de maladies gynécologiques auxquelles elles sont exposées. La grossesse et la maternité sont souvent une lourde charge, même lorsque l'enfant est désiré. De plus, le capital-santé de ces femmes est d'autant plus en péril qu'elles adoptent un mode de consommation plus intensif et plus risqué, tout en subissant de fréquentes atteintes à leur intégrité physique. Il faut donc aider les femmes qui fréquentent les services à bas seuil à se réapproprier leur corps et à en avoir une image plus positive.

2. Sensibiliser le milieu institutionnel aux besoins spécifiques des femmes toxicodépendantes

Différentes études montrent que ces femmes reçoivent plutôt moins de soutien

que les hommes de la part de leur famille, de leur partenaire ou de leur milieu social. Même lorsqu'elles sont sorties de la dépendance, leur passé les poursuit en ce sens qu'elles font l'objet de discriminations plus nombreuses et plus durables que les toxicomanes hommes.

En tant que mères, elles sont généralement confrontées au regard particulièrement réprobateur de leur entourage et aux pressions morales pour avoir mis au monde un bébé « drogué ». On ne leur reconnaît pas le droit ni la capacité d'élever des enfants – souvent jusque dans les milieux thérapeutiques, dont la réprobation s'exprime plus ou moins ouvertement.

Sensibiliser l'entourage de ces femmes signifie, par exemple, améliorer l'information du corps médical et du personnel qui travaillent dans les hôpitaux ou dans les cabinets des généralistes et rendre l'opinion publique plus attentive à la situation particulière de ce groupe de personnes.

3. Encourager les femmes à sortir de leur rôle de victime

La violence est une constante dans le parcours de vie de nombreuses consommatrices de drogues. Entre 40 et 70% des femmes prises en charge par les institutions actives dans ce domaine ont été maltraitées et sexuellement abusées depuis leur plus tendre enfance. Le fait de grandir et d'évoluer dans un contexte dans lequel l'intégrité personnelle est aussi souvent blessée a deux conséquences majeures :

- se prostituer devient plus facilement de l'ordre du possible,
- les violences subies à l'âge adulte finissent par être perçues comme « normales », puisqu'elles sont dans la droite ligne des abus et des mauvais traitements subis dans l'enfance.

Pendant longtemps, la violence, la sexualité et la prostitution n'ont pas été prises en considération dans l'aide aux toxicomanes, ce qui a encore sensiblement aggravé ce problème. Réalité plus grave encore : il est établi qu'environ 10% des thérapeutes, des psychologues et des médecins ont des rapports sexuels avec leurs patientes. Ces questions étant taboues, elles ne peuvent pas être affrontées et réglées, ce qui renforce le processus général de « victimisation ». Les femmes concernées sont en quelque sorte maintenues captives de leur condition de victime.

Le dispositif d'aide aux toxicomanes doit être conçu de manière à ce qu'elles parviennent à se libérer de cette condition.

4. Soutenir les femmes dans leurs efforts pour créer ou renouer des liens sociaux

La socialisation des femmes les rend dépendantes sur le plan affectif et relationnel, tout en les dotant de compétences sociales qui sont aussi de précieuses ressources personnelles. Ces deux aspects, indissociables d'une même réalité, constituent tout à la fois une chance et un piège.

Ainsi, il est plus fréquent qu'une femme se mette à consommer de la drogue sous l'influence de son partenaire masculin que l'inverse. Les consommatrices de drogues sont plus nombreuses à vivre avec un compagnon qui fait de même et cette relation détermine dans une large mesure leur mode de consommation et leur intégration dans le milieu de la drogue.

Le processus de désengagement et la sortie de la drogue sont favorisés par l'entraide au sein de la famille et un réseau de soutien diversifié, c'est-à-dire par un contexte qui fait que la relation de couple n'est pas le seul lien important dans la vie de ces femmes. Les institutions d'aide à bas seuil doivent donc s'efforcer, tout en remplissant leur mission plus générale, d'encourager et d'appuyer les femmes dans ce sens.

5. Accompagner les femmes dans leur développement professionnel

Les femmes qui consomment des drogues illégales bénéficient en moyenne d'une meilleure formation scolaire que les hommes dans la même situation. Toutefois, elles sont plus nombreuses à ne pas avoir de diplômes professionnels. Il leur est plus difficile de subvenir à leurs besoins par un travail régulier et bien payé. Il en résulte que les perspectives de réinsertion socioprofessionnelle des femmes qui fréquentent les centres d'aide à bas seuil sont généralement bouchées et, partant, que leurs chances d'accéder à une occupation valorisante et qui donne un sens à leur vie sont des plus minces. Souvent, le seul «projet» qu'elles peuvent encore réaliser est celui de devenir mère, ce que la société réprouve aussi. Ce cinquième axe d'intervention consiste donc à accompagner les femmes qui entrent dans les programmes d'occupation et de travail de telle façon qu'elles puissent se fixer de nouveaux objectifs dans ce domaine et les concrétiser.

Des prestations concrètes

Quelles sont maintenant les prestations permettant d'atteindre ces objectifs? Nous allons le montrer par un exemple.

Prenons l'objectif 1: **Amener les femmes à reprendre conscience de leur capital-santé.** Les prestations correspondant à la réalisation de cet objectif sont les suivantes:

- Mettre à disposition une chambre individuelle.
- Mettre à disposition des lits (pour les offres d'hébergement).
- Une gynécologue est régulièrement présente.
- Accès direct et simple aux informations qui concernent les femmes.
- La prévention du sida est discutée avec chaque cliente.
- Programme de prescription d'héroïne ou de substitution à la méthadone (avec garderie d'enfants).
- Remise de seringues, de préservatifs et d'articles hygiéniques.
- Accompagnement des clientes aux services médicaux et de santé.
- Consultation et / ou «orientation» concernant des problèmes spécifiques aux femmes et leur santé.

L'étape suivante consiste à mettre en relation les éléments structurels, les processus et les résultats avec les prestations pour obtenir un instrument de qualité. On montre cela par l'exemple de la prestation **présence régulière d'une gynécologue**:

Prestation/Offre	Structure
<ul style="list-style-type: none"> • La gynécologue est présente deux fois par mois pendant deux heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Un cabinet de consultation est à disposition. • Les honoraires de la gynécologue sont autant que possible pris en charge par la caisse maladie. Une somme de base de Fr. ... fait partie du budget. • Le concept comporte un alinéa spécifiant qu'une consultation médicale et gynécologique est accessible aux clientes.

Processus

- En un mois, les collaborateurs et les collaboratrices mettent toutes les clientes au courant de cette nouvelle offre durant leurs entretiens avec elles.
- L'équipe motive les clientes à utiliser la nouvelle offre et les accompagne si elles en expriment le souhait.
- L'équipe s'informe systématiquement (à l'aide d'un guide d'entretien) auprès de toutes les clientes pour connaître leurs impressions à propos de la nouvelle offre. Le résultat de cette consultation est consigné par écrit.
- Après six mois, une discussion est organisée entre la gynécologue et l'équipe. Les résultats de cet échange et les renseignements fournis par les clientes influencent la suite du travail.

Résultat

- Après une année, 60% des clientes ont eu recours au moins une fois à cette offre.
- Après une année, les infections ont diminué de 30% chez les clientes.
- Une année plus tard, 40% des clientes ont accès à un cabinet de consultations gynécologiques.

Voilà. Désormais, les milieux concernés ne disposent plus seulement des connaissances scientifiquement établies qui permettent d'argumenter solidement en faveur d'une action plus différenciée et mieux adaptée aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes. Avec l'instrument présenté, ils disposent également d'un guide pratique pour la réaliser sur le terrain dans des conditions qui garantiront la qualité de ces interventions. Cet instrumentaire sera publié prochainement, en allemand et en français, par l'Office fédéral de la santé publique.

Références bibliographiques :

- « Femmes-dépendances-perspectives, Bases conceptuelles pour le développement et la promotion d'interventions spécifiques auprès des femmes consommant des drogues illégales. Rapport établi à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Berne, mars 1995. Disponible auprès de l'OCFIM, 3000 Berne.
- « Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande, Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes ». Groupe *Femmes, dépendances*. Lausanne, juillet 1998.

- « Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leurs besoins particuliers. Un argumentaire destiné aux associations et aux autorités, aux spécialistes et aux hommes et femmes politiques intéressés par l'intervention en matière de drogues. » Office fédéral de la santé publique OFSP, 1998.
- « Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, Einführung und Arbeitshilfen » Marianne Meinhold. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1997.