

## **MANN SUCHT FRAU - FRAU SUCHT MANN**

Erste nationale Fachtagung zum Thema Gender und Sucht  
Donnerstag, 2. Februar 2006

## **LES DEPENDANCES ONT UN SEXE...DE QUEL GENRE ?**

Première journée nationale « Genre et addictions »  
Jeudi, 2 février 2006

Die erste nationale "Gender und Sucht"-Tagung vom 2. Februar 2006 unter dem Titel "Frau Sucht Mann - Mann Sucht Frau" wurde von der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht INFODROG in Zusammenarbeit mit Frau Marie-Louise Ernst, Beauftragte des Bundesamtes für Gesundheit BAG für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit, organisiert.

Im Bereich frauengerechter Suchtarbeit sind wissenschaftliche Grundlagen bereitgestellt und praxisorientierte Instrumente entwickelt und eingeführt. Das Wissen um frauenspezifische Aspekte der Sucht hat sich in den letzten Jahren in Definitionen, Kriterien und in Form von Angeboten konkretisiert. In Bezug auf männerspezifische Aspekte bestehen grosse Lücken hinsichtlich der wissenschaftlichen Basis und dementsprechenden Hinweisen für eine konkrete männergerechte Suchtarbeit.

Deshalb hat das Bundesamt für Gesundheit BAG auf der Basis von zwei Vorarbeiten eine Studie zu den Grundlagen männergerechter Suchtarbeit in Auftrag gegeben, deren Resultate am 2. Februar 2006 erstmals präsentiert wurden.

An der nationalen Gender-Tagung "Frau Sucht Mann - Mann Sucht Frau" sind im Weiteren der Stand der Forschung und Praxis der Suchtarbeit in Bezug auf beide Geschlechter aufgezeigt und mögliche zukünftige Wege ausgeleuchtet worden.

Die vorliegende Tagungsdokumentation gibt die Referate und Folien in der Originalsprache (deutsch oder französisch) wieder. In der zweiten Tagungssprache finden Sie die übersetzte Zusammenfassung der Referate in Form eines Abstracts sowie die übersetzten Originalfolien.

An Marktständen stellten 14 Einrichtungen und Projekte aus der gesamten Schweiz ihre Gender-Angebote vor, welche sie für suchtmittelabhängige Frauen und Männer entwickelt haben. Die Selbstbeschreibung der vorgestellten Projekte finden Sie im zweiten Teil der Tagungsdokumentation.

Die Tagung "Frau Sucht Mann - Mann Sucht Frau" stiess auf ein grosses Echo und wurde von 200 TeilnehmerInnen besucht, davon 1/3 Männer und 2/3 Frauen. 1/4 der TeilnehmerInnen kamen aus der Westschweiz und dem Tessin, 3/4 aus der Deutschschweiz.

Franziska Eckmann  
INFODROG

La première journée nationale "genre et addiction" sous le titre "LES DEPENDANCES ONT UN SEXE... DE QUEL GENRE?" a été organisée par la Centrale suisse de coordination des addictions INFODROG et Mme Marie-Louise Ernst, la déléguée pour les questions Genre dans le domaine des dépendances, Office fédéral de la santé publique.

Dans le domaine de l'aide aux femmes ayant des problèmes de dépendances, les connaissances scientifiques et les instruments concrets existent et sont déjà appliqués sur le terrain. Le savoir sur les aspects spécifiques femmes a déjà trouvé sa concrétisation dans des définitions, des critères et des offres d'aide. Concernant les aspects spécifiques hommes, il existe par contre de grandes lacunes quant aux données scientifiques et aux informations permettant la prise en compte de ces aspects dans l'aide aux personnes ayant des problèmes de dépendances.

C'est pourquoi l'Office fédéral de la santé publique OFSP a donné le mandat de faire une étude à ce sujet -sur la base de deux études préalables- dont les résultats ont été présentés pour la première fois lors de cette journée.

La recherche et la pratique dans le domaine des addictions en lien avec les deux genres ont fait donc pour la première fois en Suisse l'objet d'une journée nationale. En outre, l'ouverture et l'élaboration de nouvelles voies ont tenu également une place importante dans les objectifs de la journée "LES DEPENDANCES ONT UN SEXE...DE QUEL GENRE?".

La documentation de la journée ci-jointe comprend les conférences et les présentations dans leur langue originale (français ou allemand). Vous trouverez toutefois un résumé des conférences ainsi que la traduction des présentations dans la deuxième langue.

En plus des conférences, 14 institutions en provenance de toute la Suisse ont présenté leurs programmes et projets spécifiques « genre et addiction » dans un marché avec des stands. Dans la deuxième partie de la documentation, vous trouverez la description effectuée par chacun des projets présents.

La journée a connu un succès remarquable avec la participation de 200 personnes, dont 1/3 hommes et 2/3 femmes, 1/4 des participantes provenant de la Suisse romande et du Tessin, 3/4 de la Suisse alémanique.

Franziska Eckmann  
INFODROG

## Inhaltsverzeichnis

### **Eröffnung der Tagung - Grusswort des BAG**

lic.phil. Markus Jann, Leiter Sektion Drogen, Bundesamt für Gesundheit, BAG

### **Einleitung**

Lic. phil. Marie-Louise Ernst, Psychologin und Organisationsberaterin, Beauftragte des BAG für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit

### **Das Geschlecht: Quelle unterschiedlicher Wirkung von Drogen und Medikamenten**

Dr. Ivan Berlin, Service de Pharmacologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris, Frankreich

### **Sucht und Gendermainstreaming**

Prof. Dr. med. Christel Zenker MPH, FH Münster, Deutschland

### **Coming out der frauengerechten Suchtarbeit? -**

### **Ein Blick auf 20 Jahre frauengerechte Suchtarbeit in der Schweiz**

Lic. phil. Christine Spreyermann, Büro sfinx Bern

### **Sucht: Ist es notwendig über die Männer zu sprechen?**

#### **Wurde nicht schon alles gesagt?**

Michel Graf, Autor der Studie "Sucht und Männlichkeit" und Direktor der SFA Lausanne

### **Welche Zukunft für das Thema Gender in der Suchtarbeit?**

#### **Gender together: Ausblick**

Lic. phil. Marie-Louise Ernst, Psychologin und Organisationsberaterin, Beauftragte des BAG für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit

### **Marktstände**

## Contenu

### **Mot d'ouverture et bienvenue de l'OFSP**

Markus Jann, Leiter section drogues, Office fédéral de la santé publique, BAG

### **Introduction**

Marie-Louise Ernst, déléguée pour les questions Genre dans le domaine des dépendances, Office fédéral de la santé publique OFSP

### **Le sexe : source de variabilité des effets des xénobiotiques (drogues et médicaments)**

Dr. Ivan Berlin, Service de Pharmacologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris, France

### **Dépendances et Gender Mainstreaming**

Prof. Dr. med. Christel Zenker MPH, FH Münster, Allemagne

### **Coming out du travail spécifique aux femmes dans le domaine des dépendances?**

### **- Un regard sur les 20 dernières années en Suisse**

Lic. phil. Christine Spreyermann, Büro sfinx, Berne

### **Dépendances: faut-il vraiment encore parler des hommes? N'a-t-on pas déjà tout dit?**

Michel Graf, auteur de l'étude "Genre masculin et dépendances" et directeur de l'ISPA, Lausanne

### **Thème genre dans le domaine des addictions: quel futur? Gender together - Regard vers le futur**

Marie-Louise Ernst, déléguée pour les questions Genre dans le domaine des dépendances, Office fédéral de la santé publique OFSP

### **Stands**

## **Eröffnung der Tagung - Grusswort des BAG**

lic.phil. Markus Jann, Leiter Sektion Drogen, Bundesamt für Gesundheit

### **We are doing gender - ob wir dies nun wollen oder nicht**

Unabhängig davon, was, wann oder wie wir etwas tun, wir tun es immer als Frau oder als Mann. Da bleibt uns keine Wahl. Dagegen können wir versuchen, uns unsere Rolle als Frau oder Mann bewusst zu machen. Niemand bestreitet, dass Frauen und Männer sich unterscheiden und die Geschichte lehrt uns, dass viele weltbewegende aber auch alltägliche Dramen auf den sogenannten kleinen Unterschied zwischen den Geschlechtern zurückzuführen sind. Sich diese Unterschiede bewusst zu machen, heisst, diese Dramen besser zu verstehen und wohl auch besser bewältigen zu können.

Etwas besser bewältigen zu können bedeutet wiederum, wirksamer zu handeln, was in unser aller Interesse ist. Wirksamkeit muss das Ziel allen staatlichen Handelns sein, da nur wirksame Massnahmen den Einsatz von Mitteln der öffentlichen Hand überhaupt rechtfertigen.

Wirksam handeln bedingt, bei der Suche nach Lösungen alle relevanten Faktoren, die ein Geschehen und die davon Betroffenen beeinflussen, in die Überlegungen einzubeziehen. Da es sich bei Betroffenen aber immer um Frauen oder Männer, Mädchen oder Jungen handelt, sind das biologische und das soziale Geschlecht entscheidende Faktoren, welche die Wirkung beeinflussen.

Geschlechtsspezifische Bedürfnisse und Aspekte vermehrt zu berücksichtigen, heisst demnach zu vermehrter Wirkungsorientierung beizutragen. Wirksamkeit wird somit zum stärksten Argument für Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit.

Für Gender Mainstreaming, bzw. die stärkere Berücksichtigung der spezifischen Eigenheiten des sozialen Geschlechts in Planung, Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen im Suchtbereich setzten sich bislang vor allem Frauen ein. Männer stehen diesem Konzept nach wie vor eher skeptisch gegenüber, möglicherweise aus Angst, etwas zu verlieren, weil auch die Strukturen und Angebote der Suchthilfe aus einer primär männlichen Optik entwickelt worden sind? Das wäre zumindest dann verständlich, wenn „aus einer männlichen Optik entwickeln“ gleichbedeutend mit der bewussten Berücksichtigung der männlichen Bedürfnisse bei der Planung, Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen wäre. Konkrete Anzeichen, dass dies tatsächlich der Fall ist, gibt es allerdings kaum und solange die männerspezifischen Bedürfnisse nicht explizit reflektiert und hinterfragt werden, können wir auch nicht erwarten, dass ihnen genügend Rechnung getragen wird.

Genau das will aber Gender Mainstreaming, das somit keine Bedrohung für den Mann darstellt, sondern vielmehr eine Chance, den unterschiedlichen Bedürfnissen von Frau und Mann in der Suchthilfe gerecht werden zu können - nicht, um damit einem moralischen Anspruch zu genügen, sondern, um Wirkung zu erzielen.

## Einleitung

Lic. phil. Marie-Louise Ernst, Psychologin und Organisationsberaterin, Beauftragte des BAG für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit

- **Gender Together** – unter diesem Motto soll die Fachtagung stehen, auch wenn die Überschrift im Programm erst am Schluss auftaucht. Die Überschrift soll Programm sein und bezeichnet einen Meilenstein in der schweizerischen Geschichte des Gender Mainstreamings im Suchtbereich. Wie es dazu gekommen ist, was die heutige Tagung Ihnen bietet, will ich Ihnen jetzt erläutern, um dann am Schluss des Tages einen Ausblick zu wagen.

## Gender together

- Wie Franziska Eckmann gesagt hat, wurde ich 1997 mit einem Mandat des BAG für die Förderung frauengerechter Suchtarbeit beauftragt. 2001 wurde es um die Förderung gendergerechter Suchtarbeit erweitert. Die Ziele des Mandates haben nach wie vor Gültigkeit.

Ziele des BAG-Mandates Förderung gendergerechter Suchtarbeit	
•	Bereitstellen von wissenschaftlichen Grundlagen
•	Hilfestellung bei der Umsetzung der Erkenntnisse in die Praxis
•	Finanzielle Unterstützung und Starthilfen bei Pilotprojekten

- Wie wurde das Mandat in den Jahren seit 1997 umgesetzt? Die folgende Darstellung zeigt einige Fakten auf. Sie sehen die Arbeitsfelder, in welchen die Umsetzung stattfand, das jeweilige Zielpublikum und Beispiele.

Arbeitsfelder	Zielpublikum	Beispiele	Arbeitsfelder	Zielpublikum	Beispiele
1. Beratung und Weiterbildung	BAG, Institutionen, Projektgruppen, Fachleute	KOSTE, FASO, RADIX, Sektionen des BAG, Mascara Bus, Frankental, Plattform Femmes, dépendances, Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme, Supra-F, etc. ►120 Institutionen	4. Projekt Frauen-Netz-Qualität	Institutionen im niederschweligen Bereich	Frauen-Gasse Basel, Contact Bern, Qual 9, Genf etc. ►10 Institutionen
2. Öffentlichkeitsarbeit	Fachleute	BAG-intern (z. B. Journal-Club) Tagungen (z. B. Qualität hat ein Geschlecht) Publikationen (z. B. Leitbücher, Referate, Fachzeitschriften) ►60	5. Erfahrungsgruppe Frauen - Netz - Qualität	Institutionen im niederschweligen und stationären Bereich	Frauen-Gasse Basel, Contact Bern, Qual 9, etc. ►20 Institutionen
3. Internationale Gremien	Internationale Fachöffentlichkeit	Groupe Pompidou, ICAA, UMO DC, etc. ►18	6. Entwicklung Männergerechte Suchtarbeit	Institutionen, Fachleute	Studie „Sucht und Männlichkeit“ begleitet Einzelne Beratungen

- **Beratung und Weiterbildung:** Ich erinnere mich gerne an institutionsinterne Weiterbildungen, bei denen es ab und zu auch rote Köpfe gab. Als ich vor mehr als 25 Jahren mit meiner Arbeit im Suchtbereich anfang, hat einmal ein Pfarrer nach einer Veranstaltung zu Drogenproblemen, bei der es ziemlich hitzig zu und her ging, tröstend zu mir gesagt, dass es gut sei, wenn es rote Köpfe gebe, weil es erst dann etwas nütze.
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Sehr befriedigend war hier zum Beispiel der Auftrag, als Gastredaktorin ein Heft der Zeitschrift „abhängigkeiten“ zu gestalten. Endlich war einmal genug Platz da, um viele Facetten des Gender-Themas auszuleuchten.
- **Internationale Gremien:** Ein Höhepunkt war für mich die Einladung zur Mitarbeit an einem weltweiten Bericht der UNO DC zum Thema „Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned“, welcher 2004 publiziert wurde. Darin wird das Schweizer Modell mit der Besonderheit einer Genderbeauftragten im Suchtbereich als best practice dargestellt.
- Das Projekt **Frauen-Netz-Qualität** und im Anschluss die **Erfahrungsgruppe** dazu waren geprägt von einer Fülle spannender Projekte in Institutionen und ganz tollen engagierten Fachfrauen, die mir unvergesslich bleiben werden. Und sie sind gut dokumentiert, was bei frauenspezifischer Arbeit nicht immer der Fall ist.
- Die Entwicklung **männergerechter Suchtarbeit** zeichnet sich in der Vergangenheit durch Hindernisse und Stolpersteine aus. Aber heute ist ein grosser Tag für dieses Arbeitsfeld, können wir doch heute den Grundstein legen mit der Publikation „Sucht und Männlichkeit“. Ich freue mich auf das, was auf diesem Fundament entstehen wird.

- Dazu gehören auch andere, persönlichere Fakten, welche ich Ihnen nicht vorenthalten möchte.

Einige persönliche Zahlen zum BAG-Mandat	
- gearbeitet	9 Jahre
- gefällt	25 Ordner
- geliebt	233 Outputs
- zusammengebracht	2530 Menschen
- nachgedacht	1388 Mal
- gelacht	899 Mal
- selbsttätig gewesen	74,333 Mal
- mir die Haare gerauft	30,833 Mal
- Stolz empfunden	23,3 Mal
- enttäuscht gewesen	7,766 Mal
- Watsonfälle gehabt	3 Mal
für	
• 1 Traum	
Dass Frauen und Männer in der Suchthilfe, Betroffene und Mitarbeitende, Gerechtigkeit in den Chancen und Rahmenbedingungen sowie in der Erfüllung ihrer Potentiale finden.	

- Auf diesem Weg wuchs die Erkenntnis, dass die Förderung frauengerechter Suchtarbeit an Grenzen stösst, wenn es nicht gelingt, die Männer an Bord zu holen. Genderfragen sind nicht Frauenfragen. Vieles entsteht aus der Interaktion zwischen den Geschlechtern, wird Tag für Tag von beiden, Frauen und Männern hergestellt. Dabei geht es um die individuelle wie die strukturelle Ebene und beide Geschlechter tragen Verantwortung dafür, dass es ist wie es ist. (Die Männer ein bisschen mehr, weil sie immer noch häufiger an den Schalthebeln der Macht sitzen.)

Dafür steht die heutige Tagung , als Symbol für das in die Pflicht nehmen von Frauen und Männern gleichermaßen.

### **Ziele der Tagung**

- Die Fachleute wissen um die Bedeutung von Genderaspekten in der Suchtarbeit.
- Der Stand und die bisherige Entwicklung frauengerechter Suchtarbeit ist vermittelt.
- Die wissenschaftlichen Grundlagen männergerechter Suchtarbeit sind mit der Studie „Sucht und Männlichkeit“ vermittelt.
- Die Fachleute sind anhand konkreter Beispiele guter Praxis motiviert, gender-, frauen- und männergerechte Suchtarbeit umzusetzen.
- Die zukünftige Entwicklung gendergerechter Suchtarbeit ist formuliert.

Die Ziele der Tagung sollen den Stand der Dinge bezüglich Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit aufzeigen. Uns allen soll Mut gemacht werden, um den Faden aufzunehmen und die Dinge anzupacken. Ich wünsche viel Freude.

**Die Referate und Folien der Online-Tagungsdokumentation und die Beschreibung der Marktstände können separat ausgedruckt werden.**

Die Tagungsdokumentation gibt die Referate und Folien in der Originalsprache (deutsch oder französisch) wieder. In der zweiten Tagungssprache finden Sie die übersetzte Zusammenfassung der Referate in Form eines Abstracts sowie die übersetzten Originalfolien.

**Les conférences et présentations de la documentation - online ainsi que la description des projets présentés au marché peuvent être imprimées séparément.**

La documentation de la journée comprend les conférences et les présentations dans leur langue originale (français ou allemand). Vous trouverez toutefois un résumé des conférences ainsi que la traduction des présentations dans la deuxième langue.

### **Dank / Remerciements**

Wir danken allen ganz herzlich, die zum Gelingen der Gender - Tagung beigetragen haben: allen ReferentInnen, den Institutionen, welche ihr Genderangebot an einem Marktstand vorgestellt haben, den Mitgliedern der Begleitgruppe für diese Geneviève Praplan und René Akeret, allen KollegInnen von Infodrog für Ihren Einsatz vor und hinter den Kulissen, dem Bundesamt für Gesundheit BAG, welches diese Tagung ermöglicht hat, insbesondere Markus Jann und Marie-Louise Ernst, Herrn Piller für die ausgezeichnete Simultanübersetzung, den ÜbersetzerInnen der Folien und Abstracts Frau Marianne Clottu Balegamire und dem Büro Rolf Lüthi und nicht zuletzt Herrn Blumenstein und seinen MitarbeiterInnen vom Hotel NH, Fribourg.

**Adresses der ReferentInnen /Adresses des intervenant(e)s**

Ivan Berlin, Maître de conférences des Universités, praticien hospitalier,  
Docteur en médecine, Docteur ès Science, Habilité à diriger des recherches  
Service de Pharmacologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière  
Université Paris IV Pierre et Marie Curie, Paris, Frankreich  
47, Bd de l'Hôpital  
75013 Paris  
[ivan.berlin@psl.ap-hop-paris.fr](mailto:ivan.berlin@psl.ap-hop-paris.fr)

Marie-Louise Ernst, lic.phil.  
Psychologin FSP und Organisationsberaterin, Beauftragte des BAG für die Förderung  
gendergerechter Suchtarbeit  
Rohmatt 21  
3126 Kaufdorf  
[m.l.ernst@datacomm.ch](mailto:m.l.ernst@datacomm.ch)

Christine Spreyermann, lic.phil.  
sfinx – Sozialforschung, Evaluationsberatung & Supervision  
Maulbeerstr. 14, 3011 Bern,  
[info@sfinx.ch](mailto:info@sfinx.ch), [www.sfinx.ch](http://www.sfinx.ch) On-line Verzeichnis der geschlechtergerechten Suchtarbeit:  
[www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

Christel Zenker, Prof. Dr. med., Psychiaterin, Master of Public Health,  
Fachhochschule Münster, Deutschland  
[chzenker@fh-muenster.de](mailto:chzenker@fh-muenster.de)

Michel Graf, MPH,  
Directeur de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Lausanne,  
auteur du rapport "Genre masculin et dépendances"  
SFA - ISPA  
Av. Ruchonnet 14  
1001 Lausanne  
[mgraf@sfa-ispa.ch](mailto:mgraf@sfa-ispa.ch)

**Organisation und Tagungsmoderation /  
Organisation et moderation de la journée**

Franziska Eckmann

lic.phil., dipl. Soz.

INFODROG, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14

Tel. 031 376 04 01, Fax. 031 376 04 04, Mail: f.eckmann@infodrog, www.infodrog.ch

Nicolas Dietrich

licence en sciences politiques

INFODROG, Centrale nationale de coordination des addictions

Eigerplatz 5, Case Postale 460, 3000 Berne 14

Tel. 031 376 04 01, Fax. 031 376 04 04, Mail: n.dietrich@infodrog, www.infodrog.ch

**Zusammenarbeit mit der Zeitschrift SuchtMagazin /  
Collaboration avec la revue Suchtmagazin**

In enger Zusammenarbeit mit der Tagungsorganisation "Frau Sucht Mann - Mann Sucht Frau" ist die Nummer 2/2006 des Suchtmagazins "Frau, Sucht, Gender" entstanden.

Bestellung:

SuchtMagazin

Ramsteinerstrasse 20

4052 Basel

T: 0041 (0)61 312 49 00

F: 0041 (0)61 312 49 02

Email: info@suchtmagazin.ch, www.suchtmagazin.ch

Einzelexemplar Fr. 15.00, Abo (6 Ausgaben/Jahr) Fr. 90.-

## **Impressum**

### **Herausgeber / Editeur**

INFODROG

Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht  
Centrale nationale de coordination des addictions

### **Redaktion /Rédaction**

Franziska Eckmann

### **Layout / Mise en page**

Roberto da Pozzo

### **Übersetzungen / Traductions**

Marianne Clottu Balegamire, Neuchâtel  
Übersetzungsbüro Rolf Lüthi, Bern

### **Bestelladresse / Adresse de commande**

INFODROG

Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14

Tel. 031 376 04 01, Fax. 031 376 04 04, Mail: [office@infodrog](mailto:office@infodrog), [www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch)

## **Das Gender - Netz**

Liebe Tagungsteilnehmerinnen, liebe Tagungsteilnehmer

Das Wissen um die kleinen und grossen Unterschiede zwischen den Geschlechtern hat heute wiederum Zuwachs bekommen. Damit die Impulse, die von der Tagung ausgehen, nicht versanden, unterbreiten wir Ihnen das folgende weiterführende Angebot.

Im Ausblick am Ende der Tagung wurden zukünftig angestrebte Entwicklungen skizziert, unter anderem:

- Erweiterung der Fachlichkeit bezüglich der Genderperspektiven im Suchtbereich
- Weiterentwicklung von gender-, frauen- und männergerechten Angeboten, insbesondere auch in gemischtgeschlechtlichen Institutionen
- Institutionalisierung von Austausch und Vernetzung

Diesen Anliegen möchten wir gerne mit Ihnen zusammen nachgehen! Wir laden Sie deshalb ein, sich im folgenden Angebot zu engagieren:

- ➔ Mitarbeit im Gender - Netz, welches aus Frauen und Männern, interprofessionell und gesamtschweizerisch zusammengesetzt ist und die Ziele verfolgt:
  - Auf- und Ausbau von genderspezifischem Fachwissen und damit Erweitern der eigenen Fachlichkeit bezüglich Genderperspektiven
  - Konkrete Anleitung für Umsetzungen des Wissens in die Praxis
- ➔ Es finden pro Jahr zwei Veranstaltungen (mit Simultanübersetzung) statt, welche jeweils einen Teil Wissensvermittlung und einen Teil praktische Umsetzung umfassen.
- ➔ Zwischen den Veranstaltungen besteht die Möglichkeit, ein Coaching für eigene Projektvorhaben zu beanspruchen.
- ➔ Eine Begleitgruppe bereitet die Treffen vor und moderiert sie.
- ➔ Das formelle Einverständnis und die Unterstützung der Institutionsleitung müssen vorhanden sein.

## **Anmeldung Gender-Netz**

Interessierte richten sich für weitere Informationen an:

Franziska Eckmann, Infodrog, Postfach 460, 3000 Bern 14

Tel. 031 376 04 01, Fax 031 376 04 04, f.eckmann@infodrog.ch

## **Reseau Genre**

Chères participantes, chers participants à la Journée nationale

La connaissance des petites et des grandes différences entre les genres a encore progressé aujourd'hui. Dans le but de conserver les impulsions qui ont été données lors de cette journée, nous vous faisons la proposition suivante pour la suite:

- Elargissement des compétences professionnelles quant aux perspectives relatives au genre dans le domaine des dépendances
- Perfectionnement des offres spécifiques aux genres, aux femmes et aux hommes, en particulier aussi dans les institutions de type mixte
- Institutionnalisation des échanges et de la mise en réseau

Nous aimerions approfondir ces différents points avec vous! Nous vous invitons donc à vous engager dans la démarche suivante:

- ➔ Collaboration au niveau genre - Réseau interprofessionnel constitué de femmes et d'hommes de toute la Suisse et poursuivant les objectifs suivants:
  - Constitution et développement de connaissances professionnelles spécifiques au genre et élargissement des compétences professionnelles propres quant aux perspectives relatives au genre
  - Directives concrètes relatives à la mise en pratique des connaissances
- ➔ Chaque année ont lieu deux rencontres (avec traduction simultanée), comprenant une partie de transmission de savoir et une partie de mise en pratique.
- ➔ Entre les rencontres, il existe la possibilité de demander un coaching pour des projets particuliers.
- ➔ Un groupe d'accompagnement prépare les rencontres et les anime.
- ➔ L'accord officiel et le soutien de la direction de l'institution sont nécessaires.

## **Information et inscription Réseau Genre**

Pour des plus amples informations, veuillez vous adresser à :  
Franziska Eckmann, **Infodrog**, Case postale 460, 3000 Berne 14  
Tél. 031 376 04 01, Fax 031 376 04 04, f.eckmann@infodrog.ch

## **Das Geschlecht: Quelle unterschiedlicher Wirkung von Drogen und Medikamenten**

Dr. Ivan Berlin, Service de Pharmacologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière  
Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris, Frankreich

### **Abstract**

Die pharmakologische und therapeutische Wirkung eines Medikamentes (oder einer Droge) hängt neben der verabreichten Dosis von verschiedenen Faktoren ab. Der Unterschied Mann - Frau ist einer der variablen Faktoren in Bezug auf die Reaktion, ist aber noch wenig untersucht. Dieser Unterschied kann sich auf allen zukünftigen Ebenen eines Xenobiotikums im Organismus zeigen: Aufnahme, Verteilung, Stoffwechsel, Ausscheidung. Einerseits verändern diese Unterschiede in der pharmakokinetischen Reihenfolge die beobachtete Wirkung eines Medikamentes; andererseits lassen sich die Unterschiede bei den beiden Geschlechtern auch bei den Genen, im Genausdruck und an den Wirkstätten feststellen. Die physiologischen Unterschiede wie die Organgrösse, das Verteilvolumen (kleiner bei der Frau) sind für einen Teil der bei gleich hoher Dosis beobachteten Unterschiede verantwortlich.

Bis vor wenigen Jahren wurden Frauen bei den therapeutischen Medikamentversuchen nicht automatisch eingeschlossen. Die Ergebnisse wurden weder bezüglich ihrer Wirkung noch der unerwünschten Nebenwirkungen gleich intensiv untersucht. Auch die Wirkung von Missbrauch- und Abhängigkeitsdrogen bei den beiden Geschlechtern und in der gleichen Zeit wurde nicht routinemässig analysiert. Die fehlenden Kenntnisse über die unterschiedlichen Wirkungen können zu Schlussfolgerungen führen, die nur auf einer nicht repräsentativen und vorwiegend aus Männern bestehenden Bevölkerung basiert. Diese mangelnde Repräsentativität kann unzuverlässige Schlussfolgerungen bewirken. Man weiss, dass es zwischen Männern und Frauen grosse physiologische Unterschiede gibt und dass die allgemeine Geltung vieler Pathologien vom Geschlecht abhängt. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung, dass diese Unterschiede bezüglich der erwünschten wie auch der unerwünschten Wirkungen untersucht werden.

Bevor diese genderspezifischen Unterschiede nicht bekannt sind und in der Alltagspflege berücksichtigt werden (vergleichbar mit dem Unterschied Erwachsener - Kind), besteht heute die einzige Möglichkeit darin, die Dosierungen individuell anzupassen und sowohl dem Verlauf der erwünschten (therapeutischen) als auch der unerwünschten Wirkungen Rechnung zu tragen.

Der Text ist gewollt wenig spezifisch, da die Regeln sowohl bei Drogen als auch bei Medikamenten ähnlich sind. Ich werde die Aspekte Mann - Frau betreffend der Missbrauch- und Abhängigkeitswirkstoffe in der Präsentation detaillierter behandeln.

## Das Geschlecht: Quelle unterschiedlicher Wirkung von Drogen und Medikamenten

Ivan Berlin  
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière -  
Université Paris 6 - INSERM U677  
Sce de Pharmacologie, Paris

1

### Wissenserwerb

#### Beteiligung der Frauen an der klinischen Forschung

- Entwicklung der Medikamente
- Pathophysiologische Untersuchungen
- Beurteilung des therapeutischen Ansprechens

Geschlecht (sex) → Biologische Unterschiede  
Art (gender) → Unterschiede, die nicht-biologischen Faktoren zuzuschreiben sind (v, Gesellschaft, Kultur)

2

### Plan

#### Prävalenz der Krankheiten Unterschiede Mann - Frau

#### Unterschiede Frau - Frau

Frau im gebärfähigen Alter vs. Frau in der Menopause

Frau in der Follikelphase vs. Lutealphase

Nicht-schwangere Frau vs. schwangere Frau

Stillende Frau

3

#### Unterschiedliche Prävalenz (Beispiele)

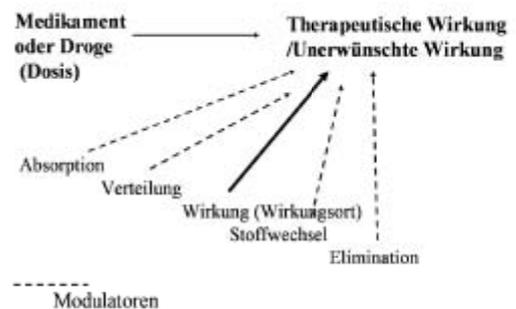
	M	F
Depression		<
Störungen des Ernährungsverhaltens	<	
Angstzustand	<	
Diabetes Typ 2	<	
Schizophrenie	=	
Bipolare Störung	=	
Autismus	>	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	>> (prämenopausal)	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	= (postmenopausal)	
Rauchen/Alkoholismus	>	

4

## Einige Begriffe der allgemeinen Pharmakologie

5

Unterschiede zwischen M-F können auf allen Ebenen auftreten



6

	M	F
<b>Pharmakokinetik</b>		
Verteilungsvolumen		>
Fettmasse		<
Grösse der Organe		>
Magen-Darm-Passage		<
Glomeruläre Filtration		>
Stoffwechsel (Leber, GI)		≠/
Zellulärer Efflux (P-Glycoprotein)		≠/
<b>Pharmakodynamik</b>		
Gene, Expression der Gene		≠/
Ziele (Rezeptoren)		≠/
Hormonelles Umfeld		≠
<b>Unerwünschte Wirkungen</b>		≠/

7

## Unterschiede Mann - Frau in Bezug auf unerwünschte Wirkungen

8

**Unerwünschte Wirkungen**  
**F > M**

Gesamtrisiko (OR): **OR=1.6** (95% CI: 1.5-1.7)  
(Dosisabhängige oder idiosynkratische UE bei gleichem Alter)  
Z.B.:  
NSAR OR= 1.67  
Hautreaktionen: OR= 1.58

**Frauen: +60 % unerwünschte Wirkungen Empfindlicher?**  
**Mitteilungsfreudiger?**  
**Bessere Befolgung?**

9

### Verlängerung des QT-Intervalls (Nachweis-Niveau A)

Repolarisationsverlängerung:  
→ QT nimmt zu → Torsades de Pointe (TP) (polymorphe ventrikuläre Tachykardie) = Herzstillstand, Synkope

#### Unerwünschte Wirkung von 1. Präklinische Forschung:

Antiarrhythmika }  
Terfenadin } 1. Hemmen die Kaliumkanäle  
Erythromycin } 2. Estrogene vermindern Zahl/  
Funktion der Kaliumkanäle

#### 2. Klinische Forschung: A Plasmakonzentration M=F

QT: F>M um 38 msec

#### 3. Therapiestudie: D-Sotalol nach Infarkt:

Mortalität F>M

#### 4. Metaanalyse: Risiko des Auftretens von TP (jedes Antiarrhythmikum) F>>M

10

## Unterschiede Frau-Frau

### \*Follikel/Lutealphase

- direkte Wirkungen
- indirekte Wirkungen: z. B. Stimmung ↓ vor der Periode AD-Dosis erhöhen?

### \*prä-/postmenopausal

\*hormonelle Empfängnisverhütung: ja/nein

\*Hormonersatztherapie: ja/nein

11

## Unterschied Mann- Frau/Opioide/ Psychostimulanzien/ Alkohol/Tabak

12

### Analgesie mit Opioiden

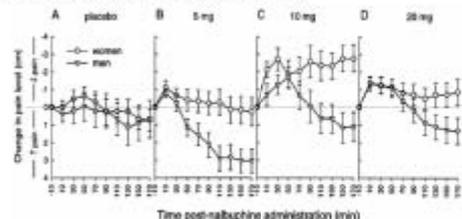
	M>W	M=W	W>M
Maus	31	65	4
Ratte	55	39	5
Affe	50	50	0
<b>Mensch</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>71</b>

W>M Zahl der Fälle (%), in denen die gleiche Dosis eine stärkere Wirkung beim Weibchen hat

Craft 2003

13

### Extraktion eines retinierten Weisheitszahns

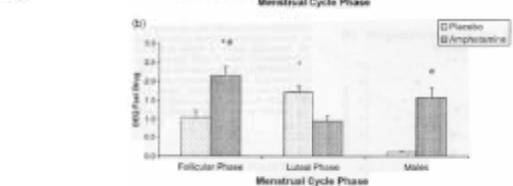
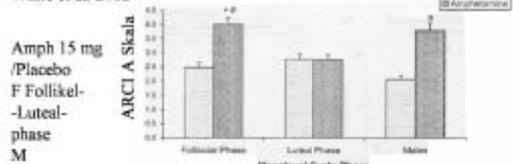


α-Agonist  
Kein pk Unterschied F/M  
Erhöht den Schmerz beim M  
Optimale Dosis bei der Frau

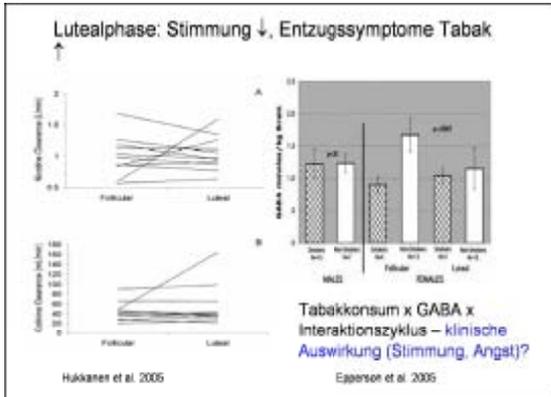
Gear et al. 1999

14

### White et al. 2002 (8)



15



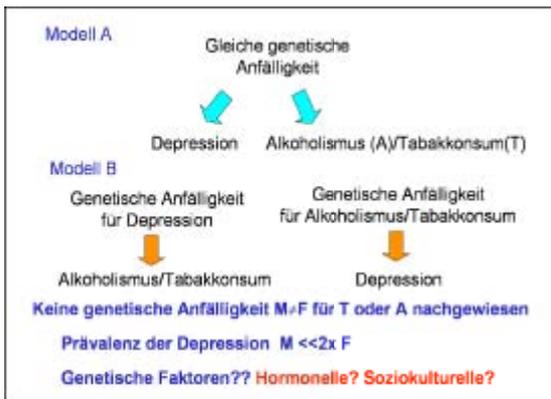
16

### Alkohol

F: **Teleskopwirkung**: späteres Auftreten der Abhängigkeit und schnellere pathologische Veränderung der Zielorgane (Zirrhose, Hirnatrophie)

- Schnellere Resorption
- Kleineres Verteilungsvolumen
- Geringerer First-Pass-Effekt
- Alkoholdehydrogenase vermindert, aber nur <10 % der Varianz

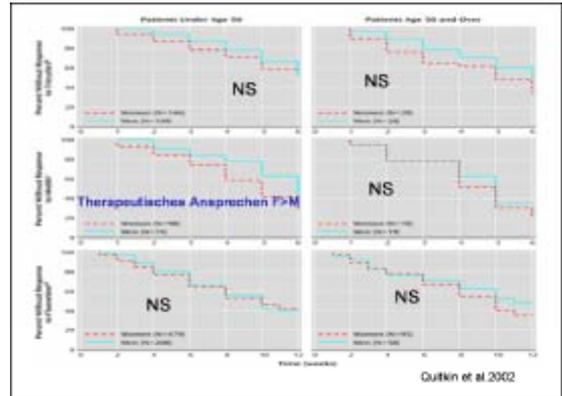
17



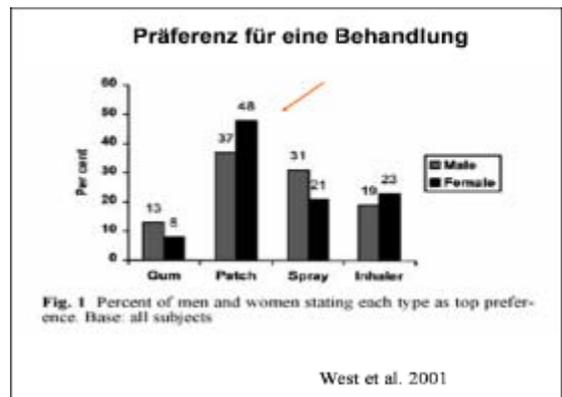
18

## Therapeutisches Ansprechen

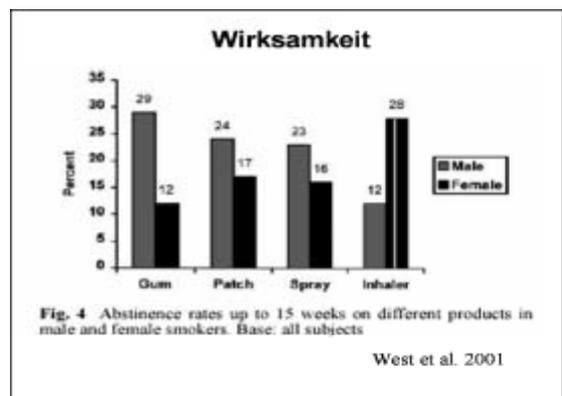
19



20



21



22

Bohadana et al. 2003  
 NI+N Pflaster vs. NI+Placebo Pflaster = Dosisunterschied

Abstinenz (%)	M (n=196)	F (n=204)	P
Woche 6	62	46	0.002
Woche 12	42	31	0.02
Monat 6	30	18	0.003
Monat 12	23	11	0.001

23

Swan et al. 2003  
 Bupropion 150 oder 300 mg/T. + Beratung während 8 Wochen  
 F: 875, M: 649

Prädiktoren des Tabakkonsums nach 12 Monaten:

	OR	KI 95 %
<b>Geschlecht</b>	<b>1.48</b>	<b>1.12-1.95</b>
Alter	1.28	1.16-1.54
CPJ	1.35	1.16-1.58
Früherer Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören	2.08	1.56-2.77
Frühere Anwendung von NTTS	1.9	1.94-2.52
Depressions-Score	1.26	1.02-1.56

24

**Lung Health Study**

	Odds Ratio	95% Confidence Interval	P
<b>Predictors at 12 months</b>			
Gender <sup>a</sup>	1.08	0.92, 1.27	.4
Education <sup>b</sup>	1.29	1.11, 1.50	.001
Married <sup>c</sup>	1.30	1.09, 1.54	.003
Age <sup>d</sup>	1.17	1.05, 1.30	.006
Longest previous quit attempt <sup>e</sup>	1.44	1.21, 1.70	.0001
Used Nicorette before <sup>f</sup>	0.79	0.68, 0.92	.003
Body mass index	1.03	1.01, 1.05	.005
<b>Predictors at 36 months</b>			
Gender <sup>a</sup>	1.24	1.04, 1.48	.02
Education <sup>b</sup>	1.27	1.07, 1.50	.005
Married <sup>c</sup>	1.37	1.13, 1.66	.001
Age <sup>d</sup>	1.21	1.07, 1.36	.002
Longest previous quit attempt <sup>e</sup>	1.40	1.16, 1.68	.0004
Used Nicorette before <sup>f</sup>	0.75	0.63, 0.88	.0007
Cotinine <sup>g</sup>	0.96	0.92, 0.99	.03

<sup>a</sup> 1 = male, 0 = female.  
<sup>b</sup> 1 = greater than high school, 0 = high school or less.  
<sup>c</sup> 1 = married, 0 = not married.  
<sup>d</sup> Intervals of 10 years.  
<sup>e</sup> 1 = less than 1 week, 2 = 1-4 weeks, 3 = 1-6 months, 4 = 7-12 months, 5 = greater than 1 year.  
<sup>f</sup> 1 = yes, 0 = no.  
<sup>g</sup> Intervals of 100 ng/ml.

Bjornson et al. 1995

25

### Metaanalyse von 45 Studien mit Nikotin-TTS - (Cepeda-Benito, 2004)

\*NTTS 2-mal wirksamer als Placebo sowohl bei den M als auch bei den F auf kurze ( $\leq 3$  Monate) oder mittlere Sicht (~ 6 Monate)  
 \*auf lange Sicht (~ 12 Monate): mehr Abstinente unter den M als unter den F ( $p=0.039$ )



Ähnliche Wirksamkeit von NTTS, die F haben jedoch mehr Schwierigkeiten, die Abstinenz aufrechtzuerhalten

26

**Starke Unterstützung:** > 30 min oder mindestens 2 Konsultationen zusätzlich zu den routinemässigen  
**Geringe Unterstützung:** Routinemässige Konsultation

**Kurzfristig:**

Wirksamkeit der NTTS: M= F

**Mittelfristig/langfristig:**

Wirksamkeit der NTTS = wenn Unterstützung stark

Wirksamkeit der NTTS: M>F wenn Unterstützung gering



F benötigen mehr nicht-pharmakologische Unterstützung in Ergänzung zu NTTS, um die Wirksamkeit aufrechtzuerhalten

27

### Zusammenfassung

#### 1. Einmalige Anwendung

- Notwendigkeit, die optimalen Dosisbereiche zu kennen, die bei der F im Vergleich zum M unterschiedlich sein können

⇒ Empfehlungen ← Studien zur Ermittlung der Dosis F vs. M

#### 2. Chronische Anwendung

- Es gilt, die optimale individuelle Dosis zu finden

28

## Gesamtbeurteilung der Wirkung Zusammenfassung Fortsetzung

1. Verschreiber → Medikament

**Anpassung der Dosierung**

2. Anwender von Arzneimitteln → « Selbstverordnung »

**Anpassung der Dosierung**

Wenn aber die Wirkung unzureichend ist

1. Therapieversagen
2. Faktoren, die diesen Effekt verstärken:
  - \* Medikament falsch angewendet
  - \* gleichzeitige Anwendung anderer Arzneimittel/  
Substanzen

29

## Schlussfolgerungen

1. Keine allgemeine Schlussfolgerung möglich
2. Die Unterschiede M/F während der Entwicklung eines Medikaments systematisch untersuchen
3. Spezifische Untersuchungen in Bezug auf die Unterschiede M/F fördern

4. Wenn möglich, Empfehlungen festlegen  
(wie für Kind/Erwachsener)

**Bis man mehr weiss:**

- Anpassung der Dosierung, wenn  
- unerwünschte Wirkungen (Dosis senken oder  
Anwendung abbrechen)
- kein/unzureichendes Ansprechen (Dosis  
erhöhen)

30

## **Le sexe : source de variabilité des effets des xénobiotiques (drogues et médicaments)**

Dr. Ivan Berlin, Service de Pharmacologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris, France

### **Abstract**

L'effet pharmacologique et l'effet thérapeutique d'un médicament (ou d'une drogue) dépendent, à part la dose administrée, de plusieurs facteurs. La différence homme - femme est un des facteurs de variabilité de la réponse, relativement peu étudié. Cette différence peut se manifester à tous les niveaux du devenir d'un xénobiotique dans l'organisme: absorption, distribution, métabolisme, élimination. D'une part, ces différences d'ordre pharmacocinétique modulent l'effet observé d'un médicament ; d'autre part, les différences entre les deux sexes peuvent s'observer aussi au niveau des gènes, de l'expression génique et au niveau des sites d'action. Les différences physiologiques comme la taille des organes, le volume de distribution (plus petits chez la femme) sont responsables d'une partie des différences observées à doses égales.

Jusqu'à il y a quelques années, il n'était pas automatique d'inclure suffisamment de femmes dans les essais thérapeutiques médicamenteux et d'analyser les résultats aussi bien au plan de l'efficacité que des effets indésirables. De la même façon, il n'est pas de routine d'étudier les effets des drogues d'abus et de dépendance d'une façon comparative dans les deux sexes et en même temps. L'absence de connaissance des effets différentiels peut aboutir à des conclusions qui ne sont tirées que d'une population non - représentative constituée essentiellement d'hommes. Cette absence de représentativité peut aboutir à des conclusions peu fiables. Or, on sait qu'il y a des différences physiologiques importantes entre hommes et femmes, que la prévalence d'un grand nombre de pathologies diffère selon le sexe. Il est donc primordial que ces différences soient étudiées aussi bien au niveau des effets désirables qu'au niveau des effets indésirables.

En attendant que des différences homme - femme soit connues et qu'on en tienne compte lors des activités de soins de tous les jours (comme on fait la différence enfant - adulte), le seul moyen, à ce jour, est d'adapter individuellement les posologies aussi bien en tenant compte de l'évolution des effets désirables (thérapeutiques) que des effets indésirables.

L'abstract est volontairement peu spécifique, les règles étant similaires qu'il s'agisse de drogues ou de médicaments. J'inclurai plus de détails dans la présentation sur les aspects homme - femme concernant les substances d'abus et de dépendance.

## **Conférence**

Cet exposé essaie de donner une vue pharmacologique, il va considérer les médicaments ou les drogues ensemble parce que les règles pharmacologiques sont identiques. Nous donnerons dans un premier temps des règles générales, introduirons les facteurs pharmacocinétiques et pharmacodynamiques qui modifient l'action des médicaments ou drogues du point de vue des différences homme/femme.

Jusqu'il y a une dizaine d'années la participation des femmes dans les essais, que ce soit des essais thérapeutiques ou d'autres essais médicamenteux ou avec les drogues, étaient rares. On incluait presque exclusivement des hommes dans les essais, ce qui fait qu'une grande partie des connaissances vient de ce qui été observé chez l'homme, puisque on n'avait pas d'observations concernant 50 % de la population, c'est-à-dire les femmes. Cette situation est en train de changer. Depuis une dizaine d'années, les autorités d'enregistrement de médicaments exigent des données aussi bien chez les femmes que chez les hommes. On ne peut pas commercialiser un médicament sans avoir une idée de ce qui se passe dans ces deux populations.

En ce qui concerne d'autres types de recherche clinique que le développement des médicaments, comme par exemple la recherche physiopathologique ou la recherche avec les substances exogènes, médicaments ou drogues, il faut que nous disposions des connaissances exactes et comparatives concernant les hommes et les femmes. Dans ces études à petits effectifs jusque-là on n'incluait pas les femmes, on se concentrait sur les réponses à une substance chez l'homme.

Je voudrais juste attirer votre attention sur le fait que j'utiliserai le mot "sexe" et non « genre ». La littérature médicale (anglosaxone) fait la différence entre « gender » et « sex ». Le mot « sex » est utilisé très explicitement pour tout ce qui est biologique et le mot « gender » pour tout ce qui est social, sociétal, psychologique ou culturel.

Avant d'entrée dans les détails, je voudrais vous donner quelques réflexions générale. A part les différences homme - femme, il faut penser aussi aux différences femme - femme. Le devenir et les effets des substances exogènes varient selon le cycle menstruel, ils peuvent être différents chez la femme enceinte par rapport à la femme non - enceinte, ménopausée ou non - ménopausée. Il faut avoir une certaine idée de continuité où, à l'un des extrêmes il y a l'homme, puis la femme ménopausée, la femme en phase lutéale, puis la femme en phase folliculaire, la femme sous contraceptif ou sous le traitement substitutif de la ménopause et puis la femme enceinte à l'autre extrême.

Dans cet exposé, je vais vous donner quelques exemples de différences hommes - femmes, des différences chez les femmes en phase folliculaire et phase lutéale, on ne va pas aborder les questions des différences entre femmes en pré - ménopause - post-ménopause ou les différences femme enceinte / non - enceinte. Pourtant les différences sont extrêmement importantes même, dans certains cas plus qu'entre homme et femme.

Si l'on parle de différences de sexe ou de genre, il faut avoir toujours en tête que la prévalence des pathologies est souvent différente entre les hommes et les femmes. La dépression est en général 2 fois plus fréquente chez les femmes et dans tous les pays du monde, dans toutes les cultures. Les troubles de conduites alimentaires sont plus fréquents chez les femmes ainsi que l'anxiété ou le diabète type 2, par contre, la prévalence est identique pour le diabète type 1 (insulinodépendant).

La schizophrénie, les troubles bipolaires ne montrent pas de différence de prévalence entre hommes et femmes. La prévalence de l'autisme est plus importante chez les garçons que chez les filles. Les maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes avant la ménopause. Cette différence s'atténue après la ménopause. C'est un exemple typique où la prévalence des pathologies varie non seulement en fonction de sexe mais aussi en fonction du cycle de vie : avant la ménopause les maladies cardiovasculaires sont rares chez les femmes, en post-ménopause, les femmes rattrapent les hommes et donc, la prévalence devient similaire. Concernant le tabagisme ou l'alcoolisme, on sait qu'il y a des différences de prévalences : pour ces 2 types d'addiction la prévalence est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Pour comprendre le reste, voici quelques notions de base de pharmacologie. Les substances exogènes, comme les médicaments ou les drogues constituent une intervention. Après administration, puis absorption, on mesure un effet : un effet pharmacologique ou un effet thérapeutique associé ou non à un effet indésirable. Le schéma est identique pour toutes les substances exogènes. L'effet d'une substance ou l'effet indésirable est modulé par d'autres facteurs qui sont assez caractéristiques d'une substance donnée : l'absorption, la distribution des substances dans l'organisme, le métabolisme et l'élimination.

Le volume de distribution est plus important chez l'homme que chez la femme du à la différence de taille (ou de volume). La masse grasse, par contre, est plus importante chez la femme que chez l'homme. Certains médicaments lipophiles sont stockés dans le tissu adipeux, ce stockage peut être plus important chez la femme que chez l'homme. Il est bien établi que la taille des organes est nettement plus petite chez la femme que chez l'homme. Le transit gastro-intestinal est plus rapide chez la femme que chez l'homme. Cela doit nous faire penser à ce que les substances exogènes, administrées par voie orale, peuvent être moins absorbées chez la femme que chez l'homme entraînant un moindre effet. Une différence d'effet peut donc être la conséquence d'une différence d'absorption gastro-intestinale. En ce qui concerne le métabolisme hépatique, les données sont assez controversées. Il y a des données dans les deux sens. On ne peut donc pas affirmer que le métabolisme en général est plus important ou moins important chez la femme que chez l'homme.

Chaque enzyme et donc chaque fonction biologique sont génétiquement définies. Nous ne pouvons pas affirmer aujourd'hui que l'expression des gènes est différente chez la femme comparée à l'homme, d'une façon générale. Tout ce qui concerne les gènes non liés aux chromosomes X semble identique. Il y a eu beaucoup de travaux étudiant les gènes codant pour les récepteurs (sur lesquels les substances agissent) impliqués dans les différents types d'addiction mais on n'a pas pu montré des différences majeures et définitives entre homme et femme. Il faut savoir aussi que l'expression des gènes dépend de beaucoup de facteurs connus ou encore non connus et que l'expression des gènes peut subir des influences environnementaux qu'on connaît peu l'interaction gène - environnement.

La différence majeure homme/femme est liée au milieu hormonal.

Concernant les effets indésirables des médicaments, on a très bien pu montrer qu'ils sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les effets indésirables sont les effets médicamenteux qui apparaissent, en parallèle ou sans un effet thérapeutique. Les effets indésirables sont plus fréquents de 60 % chez les femmes. Cela a été démontré par exemple avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens. La fréquence des effets indésirables cutanés est aussi plus

élevée chez les femmes. D'une façon générale, les effets indésirables des médicaments sont plus fréquents chez les femmes. La question se pose: cette plus grande fréquence d'effets indésirables est-elle liée à une différence biologique comme par exemple une sensibilité accrue à des récepteurs ou cette fréquence est plus élevée simplement parce que les femmes déclarent plus fréquemment les effets indésirables ou parce que les femmes sont plus enclines à observer les prescriptions, elles sont plus observantes que les hommes.

Voici un exemple d'effet indésirable. J'ai choisi cet exemple parce qu'il illustre bien comment on devrait raisonner et construire nos connaissances. Il s'agit de la prolongation de QT. Le prolongement du temps QT est un facteur de risque des tachycardies ventriculaires polymorphes ou torsades de pointes. La traduction clinique est une mort subite, arrêt cardiaque ou syncope. On connaît des médicaments dont il est bien établi qu'ils entraînent ce phénomène: les antiarythmiques, certains antihistaminiques, certains antibiotiques. Comme il s'agit d'un phénomène important, cause de mortalité, il y a eu des études précliniques, 1<sup>er</sup> niveau de connaissances, qui ont montré qu'il s'agissait d'un blocage des canaux potassiques transmembranaires. D'autre part, on a pu montrer que les estrogènes diminuent le nombre et la fonction de ces canaux potassiques. A la suite de ces études précliniques, on a étudié chez l'homme la relation concentration plasmatique d'un antiarythmique - intervalle QT. On a trouvé qu'à concentration plasmatique égale du médicament, cet intervalle de QT a été significativement prolongé chez les femmes par rapport aux hommes, 2<sup>ème</sup> niveau de connaissances.

3<sup>ème</sup> niveau de connaissance: Il y a eu une étude multicentrique, l'étude « Sword » qui a essayé de démontrer que si l'on donne un antiarythmique, en l'occurrence le D-sotalol, on diminue la mortalité en post-infarctus. L'étude a été arrêtée, simplement parce que on a remarqué que les femmes mouraient plus souvent que les hommes. Puis il y a eu des méta-analyses avec toutes sortes d'antiarythmiques et il est devenu évident que les antiarythmiques entraînaient des torsades de pointe plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. La conclusion est que les femmes ont des risques de mortalité plus élevés avec ces antiarythmiques que les hommes. On devrait voir une évolution de connaissances similaire pour beaucoup d'autres médicaments ou drogues. On pourrait évoquer la méthadone. Certains cliniciens suggèrent qu'elle peut entraîner des troubles de rythme. On devrait donc avoir le même schéma de raisonnement et séquence d'études.

Voici un exemple illustrant les différences femmes en phase folliculaire/lutéale.

On sait qu'en période prémenstruelle l'humeur diminue, donc en cas de dysphorie on peut poser la question s'il faut augmenter la dose des antidépresseurs chez une femme traitée par un antidépresseur parce qu'à la fin de la phase lutéale l'humeur baisse. Dans la pratique clinique il faut penser à ces éventualités.

Quelques exemples avec les opioïdes, psychostimulants, alcool, tabac pour les différences femmes - hommes. La diapositive suivante essaie de vous montrer que les études chez l'Animal sont insuffisantes pour extrapoler les résultats chez l'Homme. Il s'agit d'une étude qui compare l'effet analgésique des opioïdes chez la Souris, chez le Rat et chez le Singe et chez les hommes et les femmes. Vous voyez qu'à la même dose l'effet analgésique est plus important chez les femmes par rapport à chez les animaux c'est à peu près pareil. Il est vrai qu'il est plus facile de réaliser des études chez l'Animal mais les résultats sont difficilement extrapolables chez l'Homme. On a donc besoin de faire des études chez l'Homme. Ici il s'agit de l'effet analgésique des opioïdes mais on pourrait faire exactement la même comparaison pour l'effet euphorisant. Je ne sais pas s'il y a des études chez

l'Homme mais il est concevable que l'effet euphorisant soit différent chez les femmes par rapport aux hommes.

On a donné aux hommes et aux femmes à des doses différentes, la nalbuphine un opioïde, agoniste kappa versus placebo en cas d'extraction de dent de sagesse et on a mesuré l'effet antalgique. La pharmacocinétique de la nalbuphine a été identique chez les hommes et chez les femmes. Il n'y a donc pas de différence pharmacocinétique. A la dose de 5 mg, la nalbuphine est proalgésique chez l'homme (augmente la douleur) et elle est faiblement analgésique chez la femme. A 10 mg, il existe un bon effet analgésique chez la femme et un effet faiblement analgésique chez l'homme. A 20 mg, l'effet analgésique est satisfaisant aussi bien chez l'homme que chez la femme mais le décours d'effet, c'est-à-dire la durée d'effet analgésique est plus longue chez la femme que chez l'homme. Donc vous voyez sur cet exemple, qu'à 5 mg les opioïdes peuvent entraîner des douleurs et pas antagoniser la douleur chez l'homme mais cette dose est déjà analgésique chez la femme. La dose optimale analgésique est 10 mg chez la femme et 20 mg chez l'homme.

Voici un exemple maintenant avec un psychostimulant. On a administré de l'amphétamine à la dose de 15 mg versus Placebo aux hommes et aux femmes en phase folliculaire et lutéale. Cette diapositive montre deux choses: en haut l'effet de l'amphétamine mesuré par une échelle et en bas la réponse à la question « est-ce que je sens la présence de la drogue dans mon organisme ? » Vous voyez que dans la phase folliculaire le placebo et l'amphétamine sont absolument différents, c'est-à-dire, les femmes en phase folliculaire distinguent bien l'amphétamine du placebo. Par contre, en phase lutéale, elles ne les distinguent pas du tout. L'effet de la drogue est aboli en phase lutéale comparé à la phase folliculaire. Les résultats observés dans la phase folliculaire sont similaire à ce qui a été observé chez l'homme.

Un autre exemple maintenant dans le domaine du tabagisme. Nous avons mentionné que dans la phase lutéale l'humeur diminue. Certains auteurs préconisent même de ne pas commencer un sevrage tabagique dans la phase lutéale mais plutôt dans la phase folliculaire parce que les symptômes de sevrage et en particulier l'humeur dépressive sont plus importants. Par conséquent, il y a plus de risque de rechute dans la phase lutéale. Sur la diapositive, j'ai regroupé 2 études. Dans l'une les auteurs ont étudié la pharmacocinétique de la nicotine et de la cotinine chez les femmes en phase lutéale et folliculaire. Il n'y a pas de différence pharmacocinétique. L'autre étude a évalué, par une méthode sophistiquée mais qui mesure directement la quantité d'un neuromédiateur (GABA) dans le cerveau. Ici, il s'agit d'une mesure directe de l'effet du cycle menstruel sur le contenu cérébral d'un neuromédiateur chez les fumeuses et non-fumeuses et en comparaison avec les hommes. Il n'y a pas de différence de concentration de GABA cérébrale chez les fumeuses comparé au non-fumeurs (hommes). Par contre, l'effet du tabagisme sur le GABA cérébral est présent chez les femmes et il y a une interaction cycle - tabagisme.

La différence majeure homme/femme dans le parcours d'un alcoolique est l'effet appelé « télescopage » : l'apparition plus tardive de dépendance et malgré ça une apparition plus précoce des lésions d'organes que ça soit le cerveau ou le foie. Ce phénomène de « télescopage » est attribué essentiellement au volume de distribution plus petit de l'alcool chez la femme. L'absorption de l'alcool est plus rapide chez la femme. Des concentrations plasmatiques (et donc tissulaires) plus élevées associées à un plus petit volume de distribution peuvent, en grande partie, expliquer la plus grande toxicité de l'alcool chez la femme.

Dans le domaine de l'alcoolisme, la relation dépression - prédisposition génétique donc la vulnérabilité à devenir alcoolique par interaction de ces deux facteurs a bien été étudiée. Deux modèles de travail sont utilisés. Ces deux modèles sont applicables aussi pour d'autres substances de dépendances. On peut faire l'hypothèse (modèle A) qu'en cas d'une co-prévalence fréquente de co-morbidité (alcoolisme - dépression, ou tabagisme - dépression) il y a une susceptibilité génétique commune qui aboutit, d'une part à des symptômes dépressifs et, d'autre part, à la dépendance à l'alcool. Selon l'autre modèle (B1) les personnes qui ont une susceptibilité génétique pour la dépression développent, par la suite et pour soulager leur symptomatologie dépressive et donc leur souffrance, une dépendance à l'alcool (ou au tabac). On peut imaginer aussi l'inverse (modèle B2) : il existe une susceptibilité génétique pour l'alcoolisme (ou pour le tabagisme), cela entraîne le développement d'une symptomatologie dépressive ce qui contribue, à son tour, au maintien de la pathologie addictive.

Pour terminer je vous montre quelques exemples de réponses thérapeutiques différentes chez les hommes et chez les femmes. Différents types d'antidépresseurs ont été étudiés en fonction du sexe (mais aussi en fonction de l'âge). Il n'y a pas de différence de réponse thérapeutique entre les hommes et les femmes pour les différentes classes d'antidépresseurs que cela soit les tricycliques ou les sérotoninergues. Par contre, on trouve une différence pour les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) : la réponse antidépressive aux IMAO est moins bonne chez les femmes.

Quand il y a plusieurs formes pharmaceutiques pour le même médicament, il faut penser aussi à ce que les patients peuvent avoir une préférence pour l'une des formes pharmaceutiques surtout si elles ont une efficacité thérapeutique équivalente. Voici les résultats d'une étude qui montre que les femmes préfèrent les timbres nicotiques et les hommes plutôt les gommes, le spray ou l'inhalateur.

La différence d'efficacité homme/femme des substituts nicotiques est débattue depuis quelques années. Les diapositives suivantes illustrent que leur efficacité est moindre chez les femmes. Le même résultat a été observé également avec le bupropion. Mais dans la Lung Health Study, la plus grande étude de sevrage tabagique avec un substitut nicotinique réalisée à ce jour, il n'y a pas de différence d'abstinence entre hommes et femmes à un an mais il y a une différence très nette à 3 ans quand la majorité des patients ont déjà, depuis un certain temps, arrêté le substitut nicotinique : les femmes rechutent plus que les hommes. On peut donc poser la question: s'agit-il d'une réponse thérapeutique à ce médicament substitutif ou s'agit-il d'autres facteurs. Selon une méta-analyse de 45 études de substituts nicotiques, la réponse à ces traitements (abstinence) a été similaire chez les hommes et chez les femmes pendant l'administration des substituts nicotiques mais les femmes ont eu plus de difficultés à maintenir l'abstinence. Les auteurs ont aussi analysé ces études en fonction du soutien psychologique. Lorsque le soutien psychologique a été fort, les femmes avaient le même taux d'abstinence que les hommes, par contre, à soutien psychologique faible elles étaient plus à risque de rechuter que les hommes. Ce qui veut dire que les femmes ont plus besoin d'un soutien psychologique fort pour prévenir les rechutes que les hommes.

On peut résumer les messages principaux ainsi : Pour les médicaments à administration unique, comme pour traiter la douleur en aiguë (exemple nalbuphine), il faut qu'on sache exactement quelle est la dose nécessaire pour un homme et pour une femme. Malheureusement, en général, nous n'avons pas ces informations à notre disposition actuellement.

Le cas est différent pour les administrations chroniques. Puisqu'il s'agit d'une administration chronique, le praticien peut toujours adapter la posologie individuelle en fonction des symptômes ou d'autres paramètres mesurables.

Pour les usagers de drogues la situation est encore différente. S'il s'agit d'une prescription substitutive, le prescripteur a toujours les moyens d'adapter la posologie. Par contre, un usager de drogues, non suivi par des professionnels de santé, pour obtenir son niveau de fonctionnement ou son état d'équilibre fait une auto - titration de posologie: s'il constate une inefficacité, il va recourir à des autres substances complémentaires (benzodiazépines, antidépresseurs, etc) pour avoir l'effet souhaité.

Je pense qu'une conclusion générale ne peut pas avoir lieu. Nous pouvons suggérer qu'il faut rechercher systématiquement lors du développement des médicaments et lors des études sur les substances d'abus et de dépendance les effets différentiels chez les femme et chez les hommes. Basé sur les études cliniques, les autorités de santé devraient donner des recommandations s'il y a des différences de posologie ou des modes d'administration des traitements. Cette adaptation individuelle sexe - dépendante pourra ressembler à ce que nous faisons actuellement pour tenir compte des différences enfant / adulte. En attendant, dans la pratique clinique, nous avons toujours la possibilité d'adapter les posologies ou la durée des traitements selon les symptômes ou signes cliniques.

## Le sexe: facteur de variabilité des effets des xénobiotiques (drogues et médicaments)

Ivan Berlin  
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière -  
Université Paris 6 - INSERM U677  
Service de Pharmacologie, Paris

1

### Acquisition des connaissances

#### Participation des femmes dans la recherche clinique

- Développement des médicaments
- Recherches physiopathologiques (médicaments et substances d'abus et de dépendance)
- Évaluation des réponses thérapeutiques

Sexe (sex) → Différences biologiques  
Genre (gender) → Différences attribuables à des facteurs non-biologiques (v, société, culture)

2

### Prévalences des pathologies Différences Homme - Femme

#### Différences Femme - Femme

Femme en âge de procréer vs Femme ménopausée

Femme en phase folliculaire vs phase lutéale

Femme non-enceinte vs femme enceinte

Femme allaitante

3

### Prévalence différente (exemples)

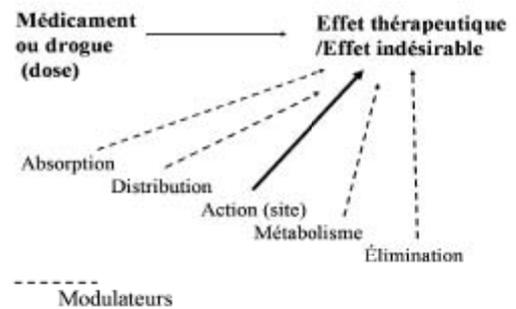
	H	F
Dépression		<
Troubles de conduite alimentaires		<
Anxiété		<
Diabète type 2		<
Schizophrénie		=
Trouble bipolaire		=
Autisme		>
M. cardiovasc.		>> (pré-ménopause)
M. cardiovasc.		= (post-ménopause)
Tabagisme/alcoolisme		>

4

## Quelques notions de pharmacologie générale

5

### Les différences H-F → à tous ces niveaux



6

	H	F
<b>Pharmacocinétique</b>		
Volume de distribution		>
Masse grasse		<
Taille des organes		>
Transit GI		<
Filtration glomérulaire		>
Métabolisme (hépatique, GI)		≠/=
Efflux cellulaire (P-glycoprotéine)		≠/=
<b>Pharmacodynamie</b>		
Gènes, expression des gènes		≠/=
Cibles (récepteurs)		≠/=
Milieu hormonal		≠
<b>Effets indésirables</b>		≠/=

7

## Différences homme-femme au niveau des effets indésirables

8

**Effets indésirables**  
**F > H**

Risque global: **OR=1.6** (95% IC: 1.5-1.7)  
(EI dose-dépendants ou idiosyncratiques et à âge égale)  
Ex.:  
AINS OR= 1.67  
Réactions cutanées: OR= 1.58

**Femmes: +60 % d'effets indésirables**  
**Plus sensibles?**  
**Plus déclaratives?**  
**Meilleure observance?**

9

**Prolongation de l'intervalle de QT (niveau de preuve A)**

Repolarisation cardiaque prolongée:  
→ QT augmente → torsades de pointe (TP) (tachycardie ventriculaire polymorphe) = arrêt cardiaque, syncope

**Effet indésirable des**

Antiarythmiques	} 1. Bloquent canaux potassiques
Terfenadine	
Erythromycine	
	2. Estrogènes diminuent nombre/fonction des canaux potassiques

**2. Recherche clinique: A concentration plasmatique H=F**  
**QT: F>H de 38 msec**  
**3. Essai thérapeutique: D-sotalol en post-infarctus: mortalité F>H**  
**4. Méta-analyse: risque de TP (tout antiarythmique) F>H**

10

## Différences femme-femme

**\*phase folliculaire/lutéale**

- effets directs
- effets indirects: par ex. humeur ↓ avant les règles dose d'AD à augmenter ?

**\*pré-/post-ménopause**

**\*contraception hormonale: oui/non**

**\*traitement substitutif de la ménopause: oui/non**

11

## Différence homme-femme/opioïdes/psychostimulants/alcool/tabac

12

**Analgesie aux opioïdes (agonistes μ)**

	M>F	M=F	F>M
Souris	31	65	4
Rat	55	39	5
Singe	50	50	0
<b>Homme</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>71</b>

F>M nombre de cas (%) ou la même dose donne plus d'effet chez la F

Craft 2003

13

Extraction de dent de sagesse incluse

Time post-nalbuphine administration (min)

α-agonist  
Pas de différence pk F/H

Dose optimale chez la F

Augmente douleur chez l'H

Gear et al. 1999

14

White et al. 2002 (H)

Amph 15 mg /Placebo  
F phase -folliculaire, -lutéale  
H

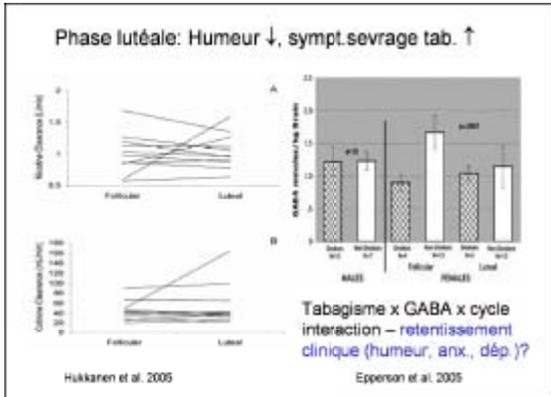
ARICT A Scale

Menstrual Cycle Phase

Pain level (mm)

Menstrual Cycle Phase

15



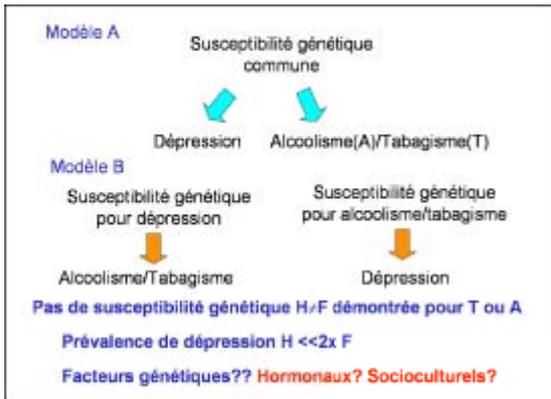
16

**Alcool**

F: **effet télescope**: apparition plus tardive de la dépendance et développement pathologique plus rapide des organes cibles (cirrhose, atrophie cérébrale)

- Absorption plus rapide
- Volume de distribution plus petit
- Effet premier passage diminué
- Alc. dehydrogenase diminuée mais seulement <10 % de la variance

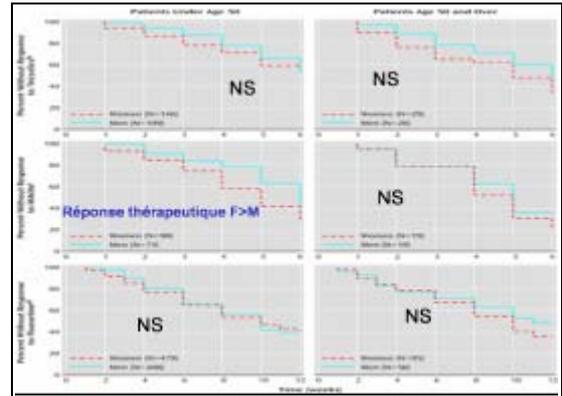
17



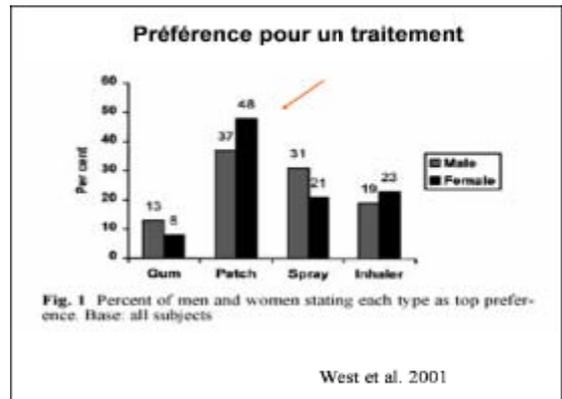
18

**Réponse thérapeutique**

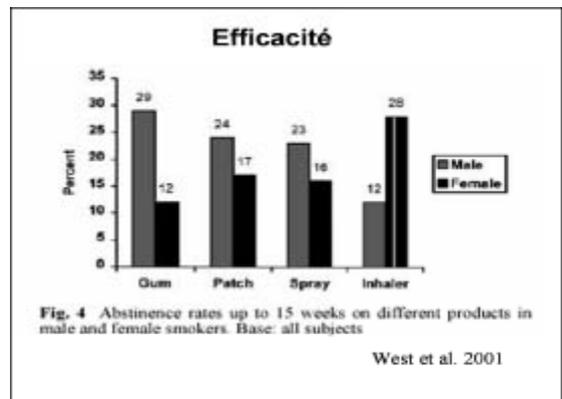
19



20



21



22

Bohadana et al. 2003  
NI+NPatch vs NI+Placebo Patch = **différence de dose**

Abstinence (%)	H (n=196)	F (n=204)	P
Sem. 6	62	46	0.002
Sem. 12	42	31	0.02
Mois 6	30	18	0.003
Mois 12	23	11	0.001

23

Swan et al. 2003  
Bupropion 150 ou 300 mg/j + conseil pendant 8 semaines  
F: 875, H: 649

Prédicteurs du tabagisme à 12 mois:

	OR	IC 95 %
<b>Sexe</b>	<b>F&gt;H 1.48</b>	<b>1.12-1.95</b>
Age	1.28	1.16-1.54
CPJ	1.35	1.16-1.58
Essai ant. d'arrêt	2.08	1.56-2.77
Utilisation ant. de TSN	1.9	1.94-2.52
Score de dépression	1.26	1.02-1.56

24

Lung Health Study	Odds Ratio	95% Confidence Interval	P
<b>Predictors at 12 months</b>			
Gender <sup>a</sup>	1.08	0.92, 1.27	.4
Education <sup>b</sup>	1.29	1.11, 1.50	.001
Married <sup>c</sup>	1.30	1.09, 1.54	.003
Age <sup>d</sup>	1.17	1.05, 1.30	.006
Longest previous quit attempt <sup>e</sup>	1.44	1.21, 1.70	.0001
Used Nicorette before <sup>f</sup>	0.79	0.68, 0.92	.003
Body mass index	1.03	1.01, 1.05	.005
<b>Predictors at 36 months</b>			
Gender <sup>a</sup>	1.24	1.04, 1.48	.02
Education <sup>b</sup>	1.27	1.07, 1.50	.005
Married <sup>c</sup>	1.37	1.15, 1.66	.001
Age <sup>d</sup>	1.21	1.07, 1.36	.002
Longest previous quit attempt <sup>e</sup>	1.40	1.16, 1.68	.0004
Used Nicorette before <sup>f</sup>	0.75	0.63, 0.88	.0007
Cotinine <sup>g</sup>	0.96	0.92, 0.99	.03

<sup>a</sup> 1 = male, 0 = female  
<sup>b</sup> 1 = greater than high school, 0 = high school or less  
<sup>c</sup> 1 = married, 0 = not married  
<sup>d</sup> Intervals of 10 years  
<sup>e</sup> 1 = less than 1 week, 2 = 1-4 weeks, 3 = 1-6 months, 4 = 7-12 months, 5 = greater than 1 year  
<sup>f</sup> 1 = yes, 0 = no  
<sup>g</sup> Intervals of 100 ng/ml

Bjornson et al. 1995

25

### Méta-analyse de 45 études de TSN (Cepeda-Benito, 2004)

\*TSN: 2 fois plus efficace que placebo aussi bien chez les H que chez les F à court terme ( $\leq 3$  mois) ou à moyen terme (~ 6 mois)  
 \*à long terme (~ 12 mois): plus d'abstinents parmi les H que parmi les F ( $p=0.039$ )



Efficacité similaire sous TSN mais les F ont plus de difficultés à **maintenir l'abstinence**

26

**Soutien fort:** > 30 min ou au moins 2 consultations en plus des consultations de routine  
**Soutien faible:** consultation de routine

**Court terme:**

**Efficacité des TSN: H= F**

**Moyen terme/Long terme:**

**Efficacité des TSN = si soutien fort**

**Efficacité des TSN: H>F si soutien faible**



**Les F ont besoin de plus de soutien non-pharmacologique en complément des TSN pour maintenir l'efficacité**

27

### Synthèse

#### 1. Administration unique

- **Nécessité de connaître les marges de doses optimales pouvant être différentes chez la F comparée à l'H**  
 ⇒ recommandations ← études de recherche de dose F vs H

#### 2. Administration chronique

- **A trouver la dose optimale individuelle**

28

## Evaluation globale de l'effet

Synthèse suisse

1. Prescripteur → Médicament

**Adaptation posologique**

2. Usager de drogues → « Auto-prescription »

**Adaptation posologique**

Mais si l'effet insuffisant

1. Échec thérapeutique

2. Facteurs potentialisant l'effet:

\* méd. détournés d'usage

\* co-administration d'autres drogues/substances

29

## Conclusions

1. Pas de conclusion générale possible
2. Rechercher systématiquement les différences H/F lors du développement d'un médicament
3. Favoriser les recherches spécifiques sur les différences H/F

4. Établir des recommandations (comme pour enfant/adulte) si possible

**En attendant de savoir plus:**

• Adaptation posologique

si -effets indésirables (diminuer la dose ou arrêt)

-absence/insuffisance de réponse (augmenter la dose)

30

## **Sucht und Gendermainstreaming**

Prof. Dr. med. Christel Zenker MPH, FH Münster, Deutschland

### **Abstract**

Im Vortrag wird dargestellt, welche Rolle Gender bei Suchterkrankungen und in der Suchtkrankenhilfe spielt, wie Gender als Mainstream in der Suchtarbeit umgesetzt werden kann und was bei der Implementation berücksichtigt werden muss. Geschlechtergerechte Gesundheitspolitik gehört zu den politisch akzeptierten Zielen in der Schweiz und in Deutschland. Neben der biologischen Dimension (Sex) hat besonders die soziale Dimension (Gender) des Geschlechts Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, was sich an den Prävalenzen unterschiedlicher Suchtformen, den Unterschieden bei den Ursachen der Sucht und ihren Verläufen, sowie an therapielevanten Erkenntnissen nachweisen lässt. In Medizin und Suchtkrankenhilfe herrscht eine vermeintlich objektive und genderneutrale Sichtweise vor. Beide werden von Männern dominiert, eine kritisch - aufarbeitende Haltung gegenüber Männlichkeitskonzepten hat sich erst seit wenigen Jahren entwickelt. Frauenspezifische Angebote gibt es seit den 1970er Jahren, sie gelten nach wie vor als alternativ und unterstützen Abgrenzungsideologien. Neben geschlechtstypischen Erfahrungen und sozialen Rollen, die es in der Arbeit mit Süchtigen wahrzunehmen gilt, gibt es eine Reihe von psychosozialen Problemen, die zwar genderübergreifend auftreten, jedoch geschlechtssensibel bearbeitet werden müssen. In der Suchtarbeit sind sowohl geschlechtshomogene wie geschlechterübergreifende Angebote notwendig. Während erstere Schutz bieten und die Bearbeitung der jeweiligen Rollenbesonderheiten zulassen, können letztere zum gegenseitiges Verständnis beitragen. Die Realisierung von Gender - Suchtarbeit erfordert politische Vorgaben, strukturelle Veränderungen in den Institutionen der Suchtarbeit und Genderkompetenz der beteiligten Professionen in Prävention, Behandlung und Rehabilitation.

## **Referat**

Was bedeutet Gender Mainstreaming? Im Gegensatz zu „Sex“, dem biologischen Geschlecht, bezeichnet „Gender“ die erlernte, soziokulturell und individuell erworbene Variante des Geschlechts. „Mainstream“ ist der „Hauptstrom“, „Mainstreaming“ heisst Gender als Querschnittsaufgabe bei allen Entscheidungen aller Ressorts und Organisationen, von der Planung bis zur Überprüfung von Massnahmen, zu berücksichtigen. Die Idee des Gender Mainstreaming wurde 1985 durch die 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen auf internationaler Ebene verbreitet. 1995 verpflichteten sich die Vereinten Nationen, 1996 die Europäische Union zum Gender Mainstreaming. Ziel ist die Geschlechtergerechtigkeit, was natürlich auch für die Gesundheitspolitik und alle Gesundheitsbereiche gilt: Die Genderperspektive muss bei Gesundheit und Krankheit, in Prävention, Behandlung und Rehabilitation berücksichtigt werden.

## **Gender und Medizin**

In der naturwissenschaftlichen Medizin werden Entstehung, Verlauf und Therapie von Krankheiten unabhängig vom Kranken und seiner Umwelt, also objektiv, wertfrei und genderneutral betrachtet. Durch Fokussierung auf die Erkrankung sollen Vorurteile gegenüber den Erkrankten vermieden werden, wie z.B. bei HIV-Infizierten. In der Medizin wird Geschlecht als biologische Dimension berücksichtigt, wenn Erkrankungen entweder nur Frauen oder nur Männer betreffen können. Genderaspekte werden nicht gesehen oder medikalisiert, wie die häufigere Verordnung von Psychopharmaka an Frauen zeigt. Deren Schilderung persönlicher Sorgen und Schwierigkeiten versteht der männliche Arzt nicht, weshalb er sie psychiatrisiert und in der Folge medikalisiert. Darüber hinaus ist die Medizin generell an Männern orientiert, Forschung und Praxis werden von Männern bestimmt und richten sich an Männern aus, ein Phänomen, das „Androzentrismus“ genannt wird. Für Frauen kann dies zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen, wenn etwa die übliche oder „normale“ Dosierung von Medikamenten zu einer Überdosierung führt.

## **Sex, Gender und Gesundheit**

Die Lebenserwartung bei 2001 geborenen Mädchen in Deutschland beträgt 82 Jahre, bei Jungen 76 Jahre. Bei den Frauen sind die Suizidversuchsraten höher und bei den Männern die vollendeten Selbsttötungen. Für diese Phänomene kann vor allem das soziale Geschlecht verantwortlich gemacht werden. Gender beeinflusst Körperbewusstsein, Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, sowie Krankheits- und Todehäufigkeiten, bei den genannten Punkten zu Lasten der Männer. Besonders wichtig scheint bei den Frauen auch ihre Fähigkeit zu sein, sich soziale Netzwerke zu schaffen, sich auszutauschen und Hilfe zu holen. Bei den Gesundheitsberufen sind wiederum die Männer im Vorteil.

Sehr oft sind die Einflüsse von Sex und Gender auf Gesundheit und Krankheit nur schwer voneinander zu trennen. Frauen erleiden z.B. seltener als Männer Herzinfarkte, da die Östrogene der Frau einen biologischen Schutzfaktor darstellen, der durch gesundheitsfördernde, frauentypische Verhaltensweisen ergänzt wird. Ihre Überlebenschancen nach einem Infarkt sind jedoch geringer als die der Männer. Für die höhere Sterblichkeitsrate können folgende Genderfaktoren verantwortlich gemacht werden: Ältere Frauen leben häufig allein, und Hilfe erfolgt deshalb zu spät; Frauen spielen ihre Beschwerden Partnern und Kindern gegenüber herunter; Ärzte/innen denken eher bei einem Mann als bei einer Frau an einen Herzinfarkt; die Beschwerdeschilderung der Frauen entsprechen nicht dem Lehrbuchwissen der Ärzte/innen, das an männlichen Schilderungen orientiert ist.

Bei Männern finden sich aus biologischen Gründen höhere Raten bei den Totgeburten und bei der Säuglingssterblichkeit. Die bei Jungen häufiger vorkommenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, wie z. B. Autismus und hyperkinetische Störungen, sind sowohl biologisch wie genderbedingt.

### **Gender und Suchtkrankenhilfe**

Die Krankheit „Sucht“ ist geschlechtsneutral, die Suchtkranken sind es nicht. Trotz dieser simplen Wahrheit verhält die Suchtkrankenhilfe sich ähnlich wie die Medizin: Männer sind die Norm, und Frauen werden als von dieser Norm abweichend betrachtet. Trotzdem erhalten die Männer kaum Gelegenheit ihre verinnerlichten und möglicherweise suchtauslösenden und suchterhaltenden Bilder von Männlichkeit zu hinterfragen. Männergerechte Behandlungskonzepte wurden bisher äusserst selten umgesetzt. Weibliche und männliche Helfende und KlientInnen bleiben in nicht hinterfragten Geschlechterrollen stecken. Die mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen und das Durchsetzungsbestreben der Männer schreiben bestehende Abhängigkeits- und Dominanzverhältnisse fort: In stationären, gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen, die weder Frauengruppen noch Frauen-Rückzugsräume bereitstellen, sind Patientinnen sowohl durch ihre geringe Anzahl an der Gesamtpatientengruppe benachteiligt, als auch durch die Nicht-Thematisierung frauentypischer Suchtursachen und -verläufe. Eine Akzeptanz gegenüber Frauenbelangen findet sich bei der traditionellen Rolle der Frau als Mutter. Zunehmend werden süchtige Mütter mit ihren Kindern im stationären Bereich aufgenommen. Damit ist jedoch nicht generell die Bearbeitung der Rolle als Mutter oder die psychologische oder pädagogische Unterstützung der Kinder verbunden.

In Deutschland gibt es seit 30 Jahren Frauenangebote in der Suchtkrankenhilfe: Frauengruppen, Frauenstationen und Frauenfachkliniken. Geschlechtsspezifische ist somit Frauen-Suchtarbeit. Diese eher geduldeten „alternativen“ Angebote haben zu einer Abgrenzungsideologie und nicht zur selbstverständlichen Implementierung in die Suchtkrankenversorgung geführt. Darüber hinaus wurden diese Angebote bisher nicht systematisch einer aussagekräftigen und vergleichenden Dokumentation und Evaluation unterzogen.

### **Daten zum Konsumverhalten**

Die aus Deutschland stammenden Daten sind generell auf die Schweiz übertragbar:

- 65% der Rauchenden von >20 Zig. / Tag sind Männer.
- 65% der auffälligen Alkoholkonsumierenden sind Männer.
- 30% der Männer und 10% der Frauen sind von tabak- und / oder alkoholbezogener Mortalität betroffen.
- Während 65% der auffälligen Konsumierenden illegaler Drogen Männer sind, beträgt ihr Anteil an den Drogentoten des Jahres 2003 83%.
- 65% der Medikamentenabhängigen sind Frauen.
- 90% der Essgestörten (Anorexie und Bulimie) sind Frauen, bei der Esssucht, Binge Eating Disorder (BED), sind 65% der Betroffenen Frauen.
- 90% der pathologischen Glücksspieler sind Männer.

### **Sucht-Ursachen bei beiden Geschlechtern**

Zu den bekannten, negativen sozialen Faktoren in der Kindheit gehören Sucht in der Herkunftsfamilie, familiäres und eigenes, schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse der Eltern sowie negative Kindheitsereignisse, wie z. B. Fremdunterbringung. Gewalterfahrungen werden bei Süchtigen als wesentliches Ursachenmerkmal angesehen, ca. 80% von ihnen haben seelische, 30% körperliche und 45% der Frauen bzw. 16% der Männer haben sexuelle Gewalt vor dem 16. Lebensjahr erlitten.

Auch mangelndes Selbstwertgefühl und eine gestörte oder mangelhafte Geschlechtsidentität werden beschrieben.

### **Frauenspezifische Suchtursachen**

Während in den 1980er Jahren vor allem die weibliche Sozialisation als suchtbahnender Faktor beschrieben wurde, wird heute die zunehmende Veränderung der tradierten weiblichen Rolle verantwortlich gemacht, ablesbar an steigenden Konsumraten, vor allem bei jungen Frauen. Der Bedeutungswandel, dem Familie und Beruf unterliegen, scheint hier eine wichtige Rolle zu spielen. Frauentypisch ist auch die Instrumentalisierung des Körpers für Schönheit, als vordergründig selbstwertsteigerndes Merkmal, was sich bei den Essstörungen zeigt. Ohnmachtserfahrungen sind ebenso typisch wie, vor allem bei Alkoholikerinnen, Passivität und Opferhaltung.

### **Männerspezifische Suchtursachen**

Männliche Sozialisation ist so eng mit dem Konsum von Drogen verbunden, dass auch vom „Doing gender with drugs“ gesprochen wird. Die positive Erwartungshaltung an Drogen soll helfen, die typisch männlichen Sozialisationsprinzipien, wie Externalisierung (Aussenorientierung), Gewalt, Stummheit, das funktionell geprägte Selbst- und Körperkonzept sowie Rationalität zu verwirklichen. Typisch für später süchtige Männer scheint auch der Mangel oder das Fehlen männlicher Bezugspersonen in der Kindheit zu sein.

### **Besonderheiten der Sucht bei Frauen**

Die Sucht und ihre möglichen Folgeerkrankungen entwickeln sich bei Frauen schneller als bei Männern, was „Teleskopeffekt“ genannt wird. Der weibliche Körper kann Suchtstoffe weniger gut verarbeiten als der männliche. Da Suchtverhaltensweisen bei Frauen weniger akzeptiert werden als bei Männern können auch Genderfaktoren für einen schnelleren Abstieg in die Sucht verantwortlich gemacht werden.

Süchtige Frauen agieren unauffällig, u. a. ablesbar an den höheren Prävalenzen bei Medikamentenabhängigkeit. Die psychische Komorbidität, also das gleichzeitige Vorhandensein weiterer, seelischer Störungen neben der Sucht, z.B. Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie Psychosen, ist bei Frauen höher als bei Männern. Hier muss jedoch auch ein „Gender-Bias“, ein systematischer Fehler berücksichtigt werden, da Frauen generell eine höhere psychische Labilität als Männern zugeschrieben wird.

Viele süchtige Frauen gehen, besonders im illegalen Bereich, der Prostitution zur Finanzierung ihrer Sucht nach. Hierdurch sind sie neben der seelischen Belastung zusätzlich dem Risiko von Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen und Gewalt ausgesetzt. Gewalterfahrungen sind generell für süchtige Frauen typisch.

Ca. 77% der süchtigen Frauen leben in stabilen Suchtpartnerschaften, bei den Männern sind es nur 33%. Zusätzlich zu dieser Belastung bleiben die Frauen auch während ihrer Sucht für die Versorgung der Kinder zuständig.

Wollen sie aus der Sucht aussteigen, erfahren sie selten familiäre Unterstützung, etwa bei der notwendigen Betreuung von Kindern während der ambulanten oder stationären Behandlung. Darüber hinaus sind die Schwangerschaften süchtiger bzw. riskant konsumierender Frauen durch Mangel- und Fehlentwicklungen der ungeborenen Kinder belastet.

### **Besonderheiten der Sucht bei Männern**

Hohe Risiko- und Gewaltbereitschaft gelten nicht nur generell für Männer, sondern auch für süchtige Männer, sie zeigen sich an den höheren drogenbedingten Sterblichkeitsraten, verglichen mit süchtigen Frauen. Aber auch die, bei Männern typischen, juristischen Probleme sind darauf zurückzuführen. In Kindheit und Jugend erlittene Gewalt wird bei männlichen Süchtigen höchstwahrscheinlich deutlich unterschätzt, weil das Bild des ohnmächtigen und weinenden Jungen und Mannes bei Patienten und Patientinnen sowie Beratern / Therapeuten und Beraterinnen / Therapeutinnen nicht existiert.

### **Beratungs- und therapierelevante Erkenntnisse**

Es ist deutlich geworden, dass Gender Einfluss auf Suchtursachen und Suchtverläufe hat und damit beratungs- und therapierelevant ist. Die bei beiden Geschlechtern sehr häufig vorhandenen Gewalterfahrungen haben negative Einflüsse auf Suchtbeginn, Konsumformen, Komorbidität und Therapieergebnisse und müssen geschlechtsspezifisch berücksichtigt werden. Süchtige mit Gewalterfahrungen profitieren besonders gut von gleichgeschlechtlichen und häufigen Therapiekontakten. Wegen des eigenen, negativen Selbstwertgefühls lehnen Frauen zunächst häufig Behandlungen mit anderen Frauen und durch Therapeutinnen ab. Während Frauen sich in wenig strukturierten, Gefühlsbearbeitung integrierenden, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärkenden Gruppen wohlfühlen, entwickeln Männer soziale Fähigkeiten besonders gut in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Auch profitieren Männer eher von strukturierten, auf Kognition zielende und Überzeugungen vermittelnde Gruppen, wie Untersuchungen an Teilnehmern des strikten 12-Schritte Programms der Anonymen Alkoholiker zeigten.

### **Prävention und Gender**

Gendertypische, risikoreiche Verhaltensweisen, etwa das Autofahren unter Alkoholeinfluss oder der Alkoholenuss in der Schwangerschaft, müssen in Frage gestellt und neue Normen entwickelt werden, um Handlungsspielräume zu erweitern und den Betroffenen die gesündere Wahl zu ermöglichen. Neben den auf die Allgemeinbevölkerung gerichteten Präventionsangeboten sind solche für gefährdete Gruppen besonders wichtig. So müssen beispielsweise systematische, qualitativ gesicherte, soziotherapeutische Angebote für Mädchen und Jungen süchtiger Eltern Teil der präventiven Arbeit werden, auch in der ambulanten und stationären Suchtkrankenversorgung.

### **Begrenzungen der Genderperspektive**

Neben oder über die Genderperspektive hinaus müssen selbstverständlich das Alter, die soziale Lage, Bildung und ethnische Merkmale der Betroffenen berücksichtigt werden. Auch wird Gender bei unterschiedlichen therapeutischen Zielen eine unterschiedlich gewichtige Rolle spielen: eine geringere Rolle bei der Behandlung von Intoxikationen, eine unabdingbare zur Erreichung einer zufriedenen Abstinenz.

Nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch innerhalb einer Gendergruppe muss differenziert werden, um den jeweiligen Subgruppen die bestmögliche Beratung und Therapie zukommen lassen zu können. Abhängig von den individuellen Lebenserfahrungen, tritt eine Suchterkrankung in unterschiedlichem Lebensalter auf und ist mit typischem Suchtverhalten

verbunden. Spezifische Risikokonstellationen kennzeichnen die Subgruppen der weiblichen und männlichen Süchtigen, so dass möglicherweise die suchtbezogenen Gemeinsamkeiten zwischen weiblichen und männlichen Alkoholabhängigen grösser sind als die zwischen einer Alkoholikerin und einer Frau, die von illegalen Drogen abhängig ist oder einem Alkoholiker und einem Mann, der von illegalen Drogen abhängig ist.

### **Voraussetzungen zur Umsetzung von Gender-Suchtarbeit**

**Wissen:** Vorhandene Erkenntnisse und Wissensbestände müssen wissenschaftlich überprüft, gesicherte Erkenntnisse genutzt und Wissenslücken gefüllt werden.

**Politik:** Gender Mainstreaming ist, als Querschnittsaufgabe, ein Top-Down-Verfahren. Deshalb muss Gender in allen praktischen und theoretischen Gesundheitsbereichen durch Städte, Kantone bzw. Länder und den Bund berücksichtigt werden.

**Leistungsträger und Institutionen:** Leistungsträger müssen gendergerechte Arbeit zur Qualitätssteigerung verlangen. Die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe müssen gendergerecht gestaltet werden. Die Forderungen müssen sich auf der Organisationsebene, auf konzeptioneller und Entscheidungsebene widerspiegeln. Dazu gehören geschlechtergerechte Stellenbesetzungen und Hierarchien sowie die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Genderkompetenz. Im Sinne der Überprüfbarkeit und Qualitätssicherung müssen die genannten Bereiche sowie die PatientInnendaten gendersensibel evaluiert werden.

Süchtige Frauen brauchen geschützte Räumlichkeiten, süchtige Eltern Kinderbetreuung und Männern müssen aktionsorientierte Angebote gemacht werden.

**Gender-Fachlichkeit:** Die Professionen in der Suchtkrankenhilfe und Sucht-Prävention müssen Genderkompetenz durch die Reflexion der eigenen, sozialen Geschlechtlichkeit und der Einstellung zu Weiblichkeit und Männlichkeit bei anderen, in Aus- und Weiterbildungen erwerben. Die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden müssen ihre Genderkompetenz hinterfragen und erweitern, weil z.B. die Arbeit mit Frauen nicht automatisch frauengerechtes oder frauensensibles Arbeiten bedeutet. Diese Überlegung gilt insbesondere auch für die generell an Männern orientierte Suchtarbeit, die jedoch ganz überwiegend nicht männlichkeitssensibel ist.

### **Zukunft der gendersensiblen Arbeit**

Im Sinne einer qualitätsgesicherten Ausgestaltung der Suchtarbeit spielt Gender eine wesentliche Rolle. Dennoch ist es nicht einfach, Gender in Beratung und Therapie zu implementieren, ohne eigene oder gesellschaftliche Rollenzuschreibungen zu reproduzieren. Frauen und Männer wachsen in bestimmten Rollenerwartungen auf und leben in ihren Rollen. Das heisst jedoch nicht, dass jeder Frau und jedem Mann von vornherein bestimmte Rollen und Verhaltensweisen zugeschrieben werden können. Dies wird beim Thema „Gewalt“ deutlich: Männer sind nicht nur Täter und Frauen nicht nur Opfer. Demnach müssen die jeweiligen Lebenserfahrungen und Themen sowohl geschlechtsspezifisch als auch individuell bearbeitet werden.

Geschlechtsspezifische Angebote sind für Mädchen / Frauen und für Jungen / Männer zur Entwicklung einer befriedigenden Identität als Frau oder Mann, zur Nutzung der Stärken, die in den typischen Rollen liegen und zur Erweiterung eines einengenden Rollenverständnisses notwendig. Weiterhin können sie Schutz gewähren und Chancen eröffnen, sich seelischen Kränkungen zu nähern und sie zu integrieren.

Andererseits sind geschlechterübergreifende, gendersensibel arbeitende Angebote notwendig. Sie können gegenseitiges Verstehen und Lernen ermöglichen und dienen der Entwicklung achtungsvoller Dialog- und Handlungsfähigkeit der Geschlechter miteinander. Wann in Prävention und Therapie mono- oder gemischtgeschlechtliche Angebote notwendig und richtig sind, muss mit

den Betroffenen erarbeitet werden bzw., wie bei der Präventionsarbeit deutlich wird, professionell entschieden werden.

Die allgemeingültige Verankerung von geschlechtergerechter Arbeit in die Suchtkrankenhilfe steht erst am Anfang. Obwohl Gender Mainstreaming ein Top-Down-Verfahren ist, hat es wohl wenig Sinn, auf Unterstützung durch die Politik oder finanzielle Zuwendungen zu warten. Das Europaparlament jedenfalls hat eine systematische geschlechtsspezifische Berücksichtigung von Gender in der Gesundheitsversorgung abgelehnt.

Kontraproduktiv wäre es, wenn sich in Zukunft zwei feindliche Gender-Lager gegenüberstehen, die um finanzielle Ressourcen streiten. Frauen und Männer, die in der Suchtkrankenhilfe tätig sind, müssen deshalb dort mit der Gender-Arbeit beginnen, wo jede und jeder sich sicher fühlt und den grössten Erfolg vermuten kann, abhängig von Vorerfahrungen und persönlichen Stärken. Darüber hinaus sollten beide Geschlechter nicht nur ihre jeweilige Genderkompetenz stärken, sondern parallel über gemeinsame Genderstrategien und -umsetzungen nachdenken.



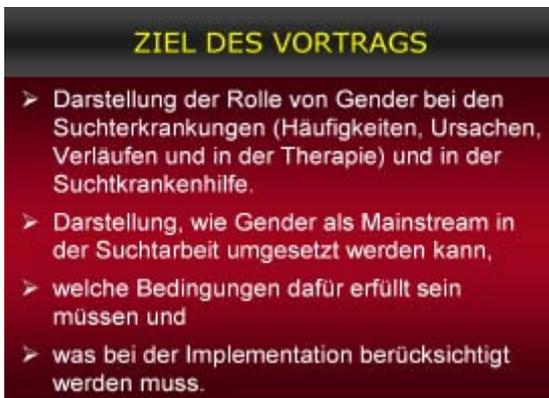
1

Vorbemerkungen:

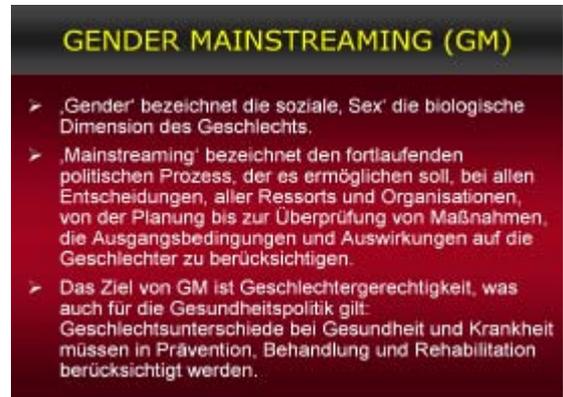
Die epidemiologischen Daten stammen aus Deutschland. Weitere Aussagen stützen sich auf internationale, vorwiegend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse.

Beide Quellen sind in ihrer Aussagekraft mit großer Sicherheit auch für die Schweiz gültig.

Die beim Vortrag gezeigten Folien wurden, wo nötig, um kommentierende Texte ergänzt („Ergänzung“).



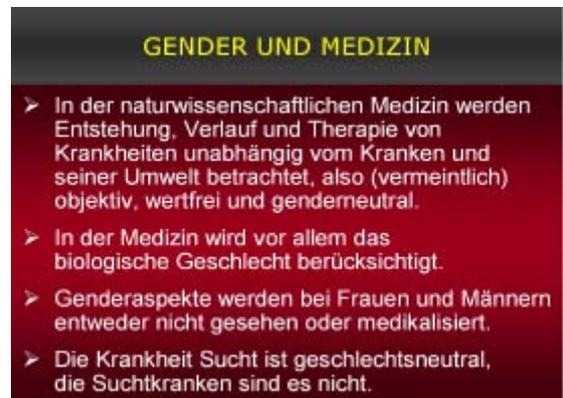
2



3

Ergänzung:

„Sex“ meint die angeborene, Gender die erlernte, soziokulturell und individuell erworbene Variante des Geschlechts. Nach der Definition des in Deutschland verantwortlichen Familienministeriums stellt Gender Mainstreaming eine Querschnittsaufgabe dar.



4

Ergänzung:

Als Beispiel für die Medikalisierung von Genderaspekten kann die häufigere Verordnung von Psychopharmaka an Frauen dienen: Deren Schilderung persönlicher Sorgen und Schwierigkeiten ist ein Genderverhalten, das der männliche Arzt nicht versteht, weshalb er es ‚psychiatrisiert‘ und medikalisiert.

### GENDER, MEDIZIN UND SUCHTKRANKENHILFE

- In Forschung und Praxis dominiert der männliche Blick: Medizin wird durch Männer bestimmt und ist an Männern orientiert (Androzentrismus).
- Historisch betrachtet sind männliche Drogenkonsumenten die Norm. Selbsthilfe- und Therapiekonzepte wurden an ihren Bedürfnissen ausgerichtet.
- Frauen werden als abweichend von dieser Norm betrachtet, ähnlich wie Jugendliche oder Pat. mit Doppeldiagnosen.

5

### GENDER UND GESUNDHEIT

#### Gender beeinflusst

- Körperbewusstsein
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste
- Krankheit und Tod
- Gesundheitsberufe

6

Ergänzung:

Bei den ersten 4 Punkten sind die Männer, beim letzten Punkt die Frauen benachteiligt.

### BEISPIELE: SEX, GENDER UND GESUNDHEIT

#### Männer

- Mehr Totgeburten, Säuglingssterblichkeit, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen beim männlichen Geschlecht.
- Lebenserwartung bei 2001 geborenen Jungen 76 Jahre.

#### Frauen

- Lebenserwartung bei 2001 geborenen Mädchen: 82 Jahre.
- Frauen erleiden seltener als Männer Herzinfarkte, die diesbezügliche Sterberate ist bei ihnen aber höher.

7

Ergänzung:

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit gehen auf Kosten des biologischen Geschlechtes. Sehr oft ist der Einfluss von ‚Sex‘ und ‚Gender‘ nicht voneinander zu trennen, z.B. bei den Entwicklungsstörungen der Jungen und den unterschiedlichen Lebens-erwartungen bei Frauen und Männern. Die Östrogene der Frau stellen einen biologischen Schutzfaktor dar, der ergänzt wird durch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (Gender). Für die höhere Sterblichkeitsrate an Herzinfarkt können folgende Genderfaktoren verantwortlich gemacht werden: Ältere Frauen leben häufig allein, Hilfe erfolgt zu spät; Frauen spielen ihre Beschwerden Partnern und Kindern gegenüber herunter; Ärzte denken eher beim Mann als der Frau an einen Herzinfarkt, die Beschwerdeschilderung entspricht nicht dem Lehrbuchwissen der Ärzte, das an männlichen Schilderungen orientiert ist.

### DATEN ZUM KONSUMVERHALTEN

- 65% der Raucher von >20 Zig. / Tag sind Männer.
- 65% der auffälligen Alkoholkonsumenten sind Männer.
- 30% der Männer, 10% der Frauen sind von tabak- und / oder alkoholbezogener Mortalität betroffen.
- 65% der auffälligen Konsumenten illegaler Drogen sind Männer. 2003 waren 83% der Drogentoten in D Männer.
- 65% der Medikamentenabhängigen sind Frauen.
- 90% der Essgestörten (Anorexie und Bulimie) sind Frauen (BED 65% Frauen).
- 90% der pathologischen Glücksspieler sind Männer.

8

Ergänzung:

BED = Binge Eating Disorder, früher Esssucht.

### IST - ZUSTAND IN DER SUCHTKRANKENHILFE (1)

- Die Suchtkrankenhilfe verhält sich wie die Medizin:
- Männer sind die Norm. Eine kritisch-emanzipatorische Haltung gegenüber tradierten Konzepten von Männlichkeit findet sich jedoch nur selten. Männergerechte Konzepte sind die Ausnahme.
  - Mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen und das Durchsetzungsbestreben der Männer reinitiiert oder schreibt bestehende Abhängigkeits-/ Dominanzverhältnisse fort.
  - Männliche und weibliche Helfer und Klienten bleiben in nicht hinterfragten Geschlechterrollen stecken.

9

Ergänzung:

In stationären, gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen, die weder Frauengruppen noch Frauen-Rückzugsräume bereitstellen, waren und sind Patientinnen sowohl durch ihre geringe Anzahl an der Gesamtpatientengruppe benachteiligt, als auch durch die Nichtbeachtung frauen-typischer Sucht-ursachen und -verläufe.

### IST - ZUSTAND IN DER SUCHTKRANKENHILFE (2)

- Seit 30 Jahren gibt es Frauenangebote: Frauen- und Indikationsgruppen, Frauen-Stationen und Frauenfachkliniken.
- Geschlechtsspezifische ist Frauen-Suchtarbeit. Diese eher geduldeten, 'alternativen' Angebote haben folgerichtig zu einer Abgrenzungsideologie und nicht zur selbstverständlichen Implementierung in die Suchtkrankenversorgung geführt.
- Allgemeine Akzeptanz gegenüber Frauenbelangen bei deren traditioneller Rolle als Mutter.

10

Ergänzung:

Allerdings bedeutet z.B. im stationären Bereich die Aufnahme von Müttern und ihren Kindern typischerweise nicht, dass die Rolle als Mutter bearbeitet wird oder Kinder pädagogisch unterstützt werden, sondern sie dient eher als Anreiz, den süchtigen Müttern eine stationäre Behandlung zu ermöglichen, was ist sicherlich ein Fortschritt ist.

### SUCHT - URSACHEN BEI BEIDEN GESCHLECHTERN

- Negative soziale Faktoren in der Kindheit: Sucht in der Herkunftsfamilie, schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse, negative Kindheitsereignisse (Fremdunterbringung).
- Hoher Entwicklungsstress, anhaltendes Leistungsversagen, Peer Group als Familienersatz.
- Gewalt vor dem 16. Lbj.: Seelische (80%), körperliche (30%), sexuelle (45% der Frauen, 16% der Männer).
- Mangelndes Selbstwertgefühl, gestörte / mangelhafte Geschlechtsidentität.

11

### SUCHT - URSACHEN BEI FRAUEN

- 1980er Jahre: Weibliche Sozialisation = Abhängigkeit
- Heute: Veränderung tradierter sozialer Rollen, was zum Konvergenz-Effekt führt
- Instrumentalisierung des Körpers für Schönheit
- Ohnmachtserfahrungen
- Passivität und Opferhaltung

12

Ergänzung:

Das Konsumverhalten von Frauen und Männern gleicht sich an, da Frauen zunehmend, vor allem im Berufsleben, männliche Verhaltensweisen annehmen (müssen), was zum erhöhten Konsumverhalten bei Frauen führt. Traditionelle Rollen stellen demnach auch einen Schutzfaktor dar.

Die Instrumentalisierung des Körpers wird insbesondere bei den Essstörungen deutlich.

### SUCHT - URSACHEN BEI MÄNNERN

- Mangel an männlichen Bezugspersonen
- Instrumentell / funktionell geprägtes Selbst- und Körperkonzept
- Stummheit, Alleinsein, Rationalität, Kontrolle
- Defizitäres Gesundheitsverhalten
- Externalisierendes, risikoreiches Verhalten auch als ‚Doing gender with drugs‘
- Positive Erwartungshaltung an Drogen, besonders in Bezug auf Machtzuwachs

13

Ergänzung:

Der Mann stellt Körper und Seele in den Dienst von männertypischen Zielen, wie Erfolg und Macht. Dies ist auch ablesbar an der Tendenz ärztliche Untersuchungen nicht in Anspruch zu nehmen und emotionale Bereiche zu vernachlässigen.

### BESONDERHEITEN DER SUCHT BEI FRAUEN

- Teleskopeffekt
- Unauffälligkeit des Agierens
- Psychische Komorbidität
- Prostitutionsrisiken: Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen, Gewalt
- Soziale Stigmatisierung besonders groß
- Mangelnde familiäre Unterstützung beim Ausstiegswunsch
- Stabile Sucht-Partnerschaften (77%); (Männer 33%)
- Kinderversorgung
- Embryopathie

14

Ergänzung:

Sucht entwickelt sich bei Frauen schneller als bei Männern und zeitigt früher Begleiterkrankungen, wofür biologische Faktoren (z.B. geringere Abbaufähigkeit von Alkohol im Magen) verantwortlich zu machen sind. Da Suchtverhalten bei Frauen weniger akzeptiert wird als bei Männern könnten auch Genderfaktoren für einen schnelleren ‚Abstieg‘ verantwortlich gemacht werden. Bei der höheren psychischen Komorbidität bei Frauen muss auch ein ‚Gender-Bias (-Fehler)‘ berücksichtigt werden, da Frauen generell eine höhere psychische Labilität als Männern zugeschrieben wird.

### BESONDERHEITEN DER SUCHT BEI MÄNNERN

- Drogen und Gewalt
- Hohes Risikoverhalten
- Juristische Probleme
- Geringe Therapiebereitschaft
- Ursächliche Gewalterfahrungen werden nicht benannt und erkannt

15

Ergänzung:

Das höhere Risikoverhalten, auch in der Sucht, ist ablesbar an der höheren Sterblichkeitsrate bei suchtvorsuchten Erkrankungen bei Männern, verglichen mit Frauen.

Das Thema der erlittenen Gewalt in Kindheit und Jugend wird bei männlichen Süchtigen höchstwahrscheinlich deutlich unterschätzt, weil das Bild des ohnmächtigen, weinenden, kraftlosen Jungen und Mannes bei Patienten (und Patientinnen) und Beratern / Therapeuten (und Beraterinnen / Therapeutinnen) nicht existiert.

### THERAPIERELEVANTE ERKENNTNISSE, GÜLTIG FÜR BEIDE GESCHLECHTER

- Gender hat Einfluss auf Suchtursachen und Suchtverlauf.
- Süchtige mit Gewalterfahrungen weisen einen frühen Suchtbeginn, risikoreiche Konsumformen, hohe Komorbidität und negative Therapieergebnisse auf.
- Süchtige mit Gewalterfahrungen profitieren besonders gut von gleichgeschlechtlichen und häufigen Therapiekontakten.

16

Ergänzung:

Gender muss nicht nur generell, sondern insbesondere als Einflussgröße bei Gewalt-erfahrungen, die wiederum eng mit Sucht-entwicklungen verknüpft sind, berücksichtigt werden.

**THERAPIERELEVANTE ERKENNTNISSE, GENDERTYPISCH**

- Frauen lehnen Behandlungen mit anderen Frauen und durch Therapeutinnen ab.
- Männer entwickeln soziale Fähigkeiten besonders gut in gemischtgeschlechtlichen Gruppen.
- Männer profitieren besonders von strukturierten Gruppen, die auf Kognition zielen und gültige Überzeugungen vermitteln (AA).
- Frauen profitieren von wenig strukturierten Gruppen, die Gefühlsbearbeitung integrieren sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärken.

17

Nachfolgend werden drei weitere Erkenntnisbereiche vorgestellt, die für gendersensibles und Qualitäts-handeln in der Suchtkrankenhilfe entscheidend sind.

**WEITERE ERKENNTNISSE (1): PSYCHOSOZIALE PROBLEME**

- Die meisten als geschlechtsspezifisch reklamierten Themen sind genderübergreifend: Selbstwert, Rollenverständnis, Partnerschaft, Einengung von Handlungsspielräumen, Scham-/ Schuldgefühle, unterdrückte Emotionalität, Kommunikation, Gewalt.
- Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch, sondern wie sie erfahren / gelebt wurden und wie sie therapeutisch bearbeitet werden.

18

Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch, sondern wie sie erfahren / gelebt wurden und wie sie therapeutisch bearbeitet werden.

**WEITERE ERKENNTNISSE (2): UNTERSCHIEDE INNERHALB EINER GENDERGRUPPE**

Unabhängig von Gender:

- Je belastender die Lebenserfahrungen, desto früher treten seelische Störungen (Sucht) auf, desto schwerer sind sie und ziehen jeweils anderen Drogengebrauch nach sich.
- Spezifische Risikokonstellationen kennzeichnen die Subgruppen der weiblichen und männlichen Süchtigen.
- Sind die suchtbezogenen Gemeinsamkeiten zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern größer als die zwischen einer Alkoholikerin und einer Frau, die abhängig ist von illegalen Drogen?

19

Ergänzung:

Nicht nur zwischen den Geschlechtern sondern auch innerhalb einer Gendergruppe muss differenziert werden, um den jeweiligen Subgruppen die bestmögliche Beratung / Therapie zukommen lassen zu können. Allerdings verfügen wir bis heute nicht über Kenntnisse bezüglich eines differenzierten therapeutischen Zugangs, etwa abhängig von den konsumierten Drogen oder Suchtverhaltensweisen, die ihrerseits abhängig von den Suchtursachen sind.

**WEITERE ERKENNTNISSE (3): DIFFERENZIERTE BERÜCKSICHTIGUNG**

Neben Gender müssen berücksichtigt werden:

- Soziale Lage
- Bildung
- Alter
- Ethnische Merkmale

Differenzierte Berücksichtigung von Gender bei unterschiedlichen Zielen:

- Sicherung des Überlebens,
- Förderung der Änderungsmotivation,
- instabile bis zufriedene Abstinenz.

20

Ergänzung:

Gender wird, abhängig vom therapeutischen Ziel, eine jeweils andere Berücksichtigung finden müssen. Eine geringere bei der Behandlung von Intoxikationen, eine unabdingbare zur Erreichung von Abstinenz.

**VORAUSSETZUNGEN ZUR UMSETZUNG VON GENDER-SUCHTARBEIT: WISSEN**

- Vorhandenes Gender-Wissen muss wissenschaftlich überprüft werden.
- Gesicherte Erkenntnisse müssen genutzt werden.
- Wissenslücken müssen gefüllt werden.

21

**POLITISCHE VORAUSSETZUNGEN**

- Berücksichtigung von Gender in allen Gesundheitsbereichen und in der Forschung durch Städte, Kantone/Länder und Bund.
- Leistungsträger müssen gendergerechte Arbeit zur Qualitätssteigerung verlangen.
- Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe müssen gendergerecht gestaltet sein.

22

**INSTITUTIONELLE VORAUSSETZUNGEN**

**Gendergerechte Strukturen**

- Organisationsstruktur (Geschlechterdemokratie)
- Konzeptionelle Ebene
- Entscheidungsebene

**Gendersensibles Personalmanagement**

- Stellenbesetzung
- Teilzeit-, Vollzeitbeschäftigung
- Hierarchien
- Genderkompetenz, Qualifizierung

**Gendersensible Evaluation**

- Strukturen, Konzepte, Personal, Patienten
- Instrumente zur Datenerhebung

23

Folgend werden unterschiedliche Aspekte von Gender-Fachlichkeit, als wesentliche Voraus-setzung für gendergerechtes Arbeiten, vorgestellt.

**GENDER - FACHLICHKEIT (1)**

**Professionen**

Erwerb von Genderkompetenz durch

- Reflexion der eigenen sozialen Geschlechtlichkeit und
- Reflexion der Einstellung zu Weiblichkeit und Männlichkeit bei anderen.
- Die in der Suchtarbeit Tätigen müssen Genderkompetenz in Aus-, Fort- und Weiterbildungen erwerben.
- Die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden müssen ihre Genderkompetenz hinterfragen und erweitern.

24

Ergänzung:

Frauenspezifisches Arbeiten muss nicht automatisch frauengerechtes oder frauensensibles Arbeiten bedeuten, da hier nicht hinterfragte Vorstellungen über das, was frauentypisch ist, existieren können. Deshalb sind die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden aufgerufen, ihr Handeln zu hinterfragen. Dies gilt explizit auch für die typischerweise an Männern orientierte Suchtarbeit, die jedoch überwiegend nicht männersensibel ist.

**GENDER – FACHLICHKEIT (2)**

**Betroffene**

- Wahlfreiheit bezüglich der Behandlung
- Indikationsgruppen
- Räumlichkeiten nur für Frauen
- Kinderbetreuung
- Einbezug der jeweils geschlechtstypischen Lebenssituation (Beruf, Familie, Erziehung, ..)
- Weiterentwicklung, Überprüfung von Maßnahmen

25

Ergänzung:

Auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten muss einerseits Rücksicht genommen werden. Andererseits müssen einengende Vorstellungen der Klientinnen und Klienten hinterfragt und bearbeitet werden.

### GENDER – FACHLICHKEIT (3)

- Geschlechtsspezifische Angebote**  
 für Mädchen/Frauen und für Jungen/Männer
- zur Entwicklung einer befriedigenden Identität als Frau oder Mann,
  - zur Nutzung der Stärken, die in den typischen Rollen liegen,
  - zur Überwindung eines einengenden Rollenverständnisses,
  - um Schutz zu gewähren,
  - um Chancen zu geben, sich seelischen Krankheiten zu nähern und sie zu integrieren.

26

### GENDER – FACHLICHKEIT (4)

- Geschlechterübergreifende Angebote**
- Ermöglichung gegenseitigen Verstehens und gegenseitigen Lernens.
  - Entwicklung achtungsvoller Dialog- und Handlungsfähigkeit, um einen respekt- und achtungsvollen Umgang miteinander zu ermöglichen.

27

Ergänzung:

Wann in der Beratung/Therapie welches Vorgehen (mono- oder gemischt-geschlechtliches) notwendig und richtig ist, muss mit den Betroffenen erarbeitet werden.

### PRÄVENTION UND GENDER

- Aufklärung über Suchtgefahren muss die *gefährdeten* Mädchen und Jungen erreichen.
- Gendertypische Verhaltensweisen müssen in Frage gestellt und neue Normen entwickelt werden, um Handlungsspielräume zu erweitern und den Betroffenen die ‚gesündere Wahl‘ zu ermöglichen.
- Für Mädchen/Jungen süchtiger Eltern müssen systematische, qualitativ gesicherte soziotherapeutische Angebote Teil der präventiven Arbeit und in der ambulanten und stationären Suchtkrankenversorgung werden.

28

Ergänzung:

Neben den auf die Allgemeinbevölkerung gerichteten Präventionsangeboten müssen solche für besonders gefährdete Gruppen angeboten werden. Diese müssen geschlechtsspezifisch sein, da höchst-wahrscheinlich die Identität als Mädchen oder Junge in diesen Gruppen schon beschädigt ist.

### DIE ZUKUNFT

- Vermeidung der Gefahr, dass sich zwei feindliche Gender-Lager gegenüber stehen, die anfangen, um finanzielle Ressourcen streiten.
- Das Europaparlament hat eine geschlechterspezifische systematische Berücksichtigung in der Gesundheitsversorgung abgelehnt.  
(DÄ 09.09.05)

29

### WIE KANN BEGONNEN WERDEN?

- Es wird notwendig sein, dort zu beginnen, wo jede und jeder sich ‚sicher‘ fühlt und den größten Erfolg vermuten kann, abhängig von Vorerfahrungen und persönlichen Stärken.
- Es hat keinen Sinn, auf die Unterstützung der Politik oder finanzielle Unterstützung zu warten.

30

## **Dépendances et Gender Mainstreaming**

Prof. Dr. med. Christel Zenker MPH, FH Münster, Allemagne

### **Abstrait**

L'exposé qui va suivre présentera le rôle joué par le genre dans les affections liées à la toxicomanie et dans le cadre de l'aide aux personnes toxicomanes; il traitera aussi de la manière dont le genre peut être mis à contribution comme Mainstream dans le travail relatif à la dépendance et enfin de ce qui doit être pris en compte en cas d'implémentation. Une politique de la santé qui soit équitable entre les genres fait partie des objectifs politiquement approuvés en Suisse et en Allemagne. A côté de la dimension biologique (sexe), la dimension sociale du sexe (genre) en particulier a une influence sur la santé et la maladie, ce que l'on peut prouver en observant les prévalences des différentes formes de dépendances, les différentes causes de dépendances et leur évolution ; c'est ce que démontrent aussi les connaissances pointues en matière de thérapie. En médecine et dans le cadre de l'aide aux personnes dépendantes, une manière de voir prétendument objective et neutre à l'égard du genre prévaut. Ces deux domaines sont dominés par des hommes et une attitude assumant la critique face aux concepts de masculinité ne s'est développée qu'au cours des dernières années. Ce n'est que depuis les années 70 qu'il existe des offres spécifiques aux femmes ; elles continuent pourtant d'être considérées comme alternatives et soutiennent des idéologies de démarcation. A côté des expériences typiquement genre et des rôles sociaux, qu'il vaut la peine de prendre en compte dans le travail avec les personnes dépendantes, il existe toute une série de problèmes psychosociaux, qui semblent certes dépasser le genre, mais doivent tout de même être travaillés de manière sensible au genre. Dans le travail avec des personnes dépendantes, il faut aussi bien des offres semblables pour les hommes et les femmes que des offres différenciées selon les genres. Alors que les premières offrent une protection et permettent de travailler les particularités des rôles respectifs, les secondes peuvent contribuer à la compréhension commune. La réalisation d'un travail relatif à la dépendance par genre nécessite des prescriptions au niveau politique, des changements structurels au sein des institutions actives au niveau de la dépendance et des compétences au niveau des genres dans les professions touchant à la prévention, au traitement et à la réadaptation.

Première Journée nationale sur le thème Genre et addictions  
Les dépendances ont un sexe... de quel genre?  
Fribourg, 2 février 2006

## DEPENDANCES ET GENDER MAINSTREAMING

Christel Zenker  
FHS Münster

1

### BUT DE L'EXPOSE

- Présentation du rôle du genre dans les maladies liées aux dépendances (fréquence, causes, évolution, ainsi que dans la thérapie) et dans l'aide aux toxicomanes.
- Présentation de la manière dont le genre peut être mis à contribution comme Mainstream dans le travail ayant trait aux dépendances.
- Quelles conditions doivent être remplies pour cela et
- ce qu'il faut prendre en considération lors de l'implémentation.

2

### GENDER MAINSTREAMING (GM)

- 'Sexe' désigne le sexe biologique, 'genre' la dimension sociale du sexe.
- 'Mainstreaming' désigne le processus politique continu qui doit permettre de prendre en considération la situation de départ et les effets sur les genres de toutes les décisions de tous les départements et organisations, de la planification à la supervision des mesures.
- Le but du GM est l'équité entre les sexes. Cela vaut aussi en matière de politique de la santé: les différences entre les sexes doivent être prises en compte en cas de santé et de maladie, dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réadaptation.

3

## GENRE, MEDECINE ET AIDE AUX MALADES DEPENDANTS (1)

- En médecine scientifique, l'apparition, l'évolution et la thérapie des maladies sont considérées indépendamment du malade et de son environnement, donc (prétendument) objectivement, sans valeur et neutres du point de vue genre.
  - En médecine, c'est le sexe biologique qui est considéré avant tout.
  - Les aspects du genre chez les femmes et les hommes passent soit inaperçus, soit sont médicalisés.
- Le genre de la 'dépendance' est neutre, mais les malades de la dépendance ne le sont pas.

4

## GENRE, MEDECINE ET AIDE AUX MALADES DEPENDANTS (2)

- En matière de recherche et de pratique, c'est le regard masculin qui domine: la médecine est déterminée par les hommes et axée sur les hommes (androcentrisme).
- D'un point de vue historique, ce sont les consommateurs de drogue au masculin qui sont la norme. Les concepts d'auto-support et de thérapie ont été orientés en fonction de leurs besoins.
- Les femmes sont considérées comme déviantes de cette norme, de la même manière que les jeunes ou les patientes à double diagnostic.

5

## GENRE ET SANTE

### Le genre influence

- la conscience du corps
- le comportement en matière de santé
- le recours aux services de santé
- la maladie et la mort
- les professions de la santé

6

## SEXE, GENRE ET SANTE

### Hommes

- Plus d'enfants mort-nés, plus grand taux de mortalité chez les nourrissons, dysfonctionnements dans le développement et le comportement du sexe masculin.
- Espérance de vie des jeunes nés en 2001: 76 ans.

### Femmes

- Espérance de vie des filles nées en 2001: 82 ans.
- Les femmes souffrent moins souvent d'infarctus que les hommes, mais le taux de mortalité y relatif est plus élevé chez celles-ci.

7

## Chiffres relatifs au comportement en matière de consommation

- 65% des fumeurs de >20 cig. / jour sont des hommes.
- 65% des consommateurs d'alcool manifestes sont des hommes
- 30% des hommes, 10% des femmes connaissent une mortalité liée au tabac et / ou à l'alcool.
- 65% des consommateurs manifestes de drogues illégales sont des hommes. En 2003, 83% des personnes décédées en raison de leur consommation de drogue étaient des hommes (Allemagne).
- 65% des personnes dépendantes de médicaments sont des femmes.
- 90% des personnes souffrant de troubles alimentaires sont des femmes (anorexie et boulimie) (BED 65% Frauen).
- 90% des joueurs compulsifs sont des hommes.

8

## AIDE AUX TOXICOMANES: SITUATION (1)

L'aide aux toxicomanes fonctionne comme la médecine:

- Les hommes sont la norme. Une position critique-émancipatoire vis-à-vis des concepts hérités de la masculinité ne se trouve que rarement. Les concepts spécifiques aux hommes sont l'exception.
- Le manque de capacité des femmes à s'affirmer et la tendance des hommes à s'imposer réinitient ou font perdurer les relations existantes de domination / dépendance.
- Les auxiliaires et clients hommes et femmes restent figés dans des rôles sexuels qui ne sont pas remis en question.

9

### AIDE AUX TOXICOMANES: SITUATION (2)

- Depuis 30 ans, il existe des offres spécifiques aux femmes: des groupes de femmes et d'indications thérapeutiques, des résidences pour femmes et des cliniques spécialisées pour femmes.
- Le travail dans le domaine des dépendances-femmes est spécifique aux femmes. Ces offres 'alternatives' plutôt tolérées ont logiquement conduit à une idéologie de la démarcation et non seulement à une implémentation évidente dans la prise en charge des toxicomanes.
- Acceptation générale à l'égard des intérêts des femmes dans leur rôle traditionnel de mère.

10

### CAUSES DE DÉPENDANCES CHEZ LES HOMMES

- Perception instrumentale / fonctionnelle de son corps et de soi-même.
- Comportement déficitaire en matière de santé.
- Comportement externalisant, riche en risques, du type 'doing gender with drugs'.
- Manque de personnes de référence de sexe masculin.
- Mutisme, solitude, rationalité, contrôle.
- Attente et attitude positives vis-à-vis des drogues.
- Expérience d'augmentation du pouvoir par le biais des drogues.

13

### CAUSES DE DÉPENDANCES CHEZ LES DEUX GENRES

- Facteurs sociaux négatifs durant l'enfance: dépendance dans la famille d'origine, faible niveau de formation, revenu médiocre, événements négatifs survenus pendant l'enfance (séparation de la famille).
- Stress important lié au développement, refus de performances durables, Peer Group en tant que substitut de la famille.
- Violence avant l'âge de 16 ans : psychique (80%), physique (30%), sexuelle (45% des femmes, 16% des hommes).
- Manque de confiance en soi, identité sexuelle manquante ou perturbée.

11

### PARTICULARITES DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES FEMMES

- Effet télescope
- Co-morbidité psychique
- Risques de prostitution: maladies vénériennes, infections VIH / SIDA, violence
- Stigmatisation sociale particulièrement importante
- Manque de soutien familial pour s'en sortir
- Partenariats stables (77%) avec personnes dépendantes; (hommes 33%)
- Prise en charge des enfants
- Embryopathie

14

### CAUSES DE DÉPENDANCES CHEZ LES FEMMES

- Années 80: socialisation féminine = dépendance
- Aujourd'hui: changement au niveau des rôles hérités traditionnellement, ce qui produit un effet de convergence.
- Discrétion du comportement.
- Instrumentalisation du corps pour la beauté.
- Expériences d'impuissance.
- Passivité et attitude de victime.

12

### PARTICULARITES DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES HOMMES

- Drogue et violence
- Comportement à hauts risques
- Problèmes juridiques
- Peu de disponibilité à entreprendre une thérapie
- Expériences de violences ni nommées ni reconnues par relation de cause à effet

15

**CONNAISSANCES PREPONDERANTES DANS LE DOMAINE DES THERAPIES ET INFLUENCANT LE GENRE**

- Le genre a de l'influence sur les causes et le déroulement des dépendances.
- Les expériences de violence ont une influence négative sur le début de la dépendance, les formes de consommation, la co-morbidité et les résultats de la thérapie.
- Les personnes dépendantes ayant connu des expériences de violence retirent de grands bénéfices à avoir des contacts thérapeutiques fréquents avec des personnes de même sexe.

16

**CONNAISSANCES PREPONDERANTES DANS LE DOMAINE DES THERAPIES ET INFLUENCANT LE GENRE**

- Les femmes refusent d'être traitées avec d'autres femmes par des thérapeutes femmes.
- Les hommes développent de bonnes capacités sociales dans des groupes mixtes.
- Les hommes retirent un grand bénéfice de groupes structurés, visant le développement cognitif et transmettant des convictions (AA).
- Les femmes retirent un grand bénéfice de groupes peu structurés, intégrant le travail des sentiments, favorisant la confiance en soi et l'auto-efficacité.

17

**CONNAISSANCES (1)  
 PROBLEME**

- La plupart des thèmes réclamés comme étant spécifiques au genre débordent en fait la notion de genre: confiance en soi, compréhension des rôles, partenariat, limitation des marges de manoeuvre, sentiments de honte et de culpabilité, émotionnalité réprimée, communication, violence.
- Ce ne sont pas les thèmes qui sont spécifiques au genre, mais la façon dont ils ont été expérimentés / vécus, et dont ils sont adaptés au niveau thérapeutique.

18

**CONNAISSANCES (2)  
 DIFFERENCES A L'INTERIEUR D'UN GROUPE GENRE**

Indépendamment du genre:

- Plus les expériences de vie sont pesantes, plus des perturbations au niveau psychique se manifestent tôt (dépendances), plus elles sont lourdes et entraînent après elles la consommation d'autres drogues.
- Des constellations à risque spécifiques caractérisent les sous-groupes de personnes dépendantes de sexe féminin et masculin.
- Les points communs relatifs aux dépendances entre une personne alcoolique de sexe féminin et une autre de sexe masculin sont-ils plus importants que ceux qui existent entre une femme alcoolique et une femme consommatrice de drogues illégales?

19

**CONNAISSANCES (3)  
 PRISE EN COMPTE DIFFERENCIEE**

A côté du genre, il faut considérer:

- la situation sociale
- la formation
- l'âge
- les caractéristiques d'ordre ethnique

Une prise en compte du genre pour différents buts:

- garantie de la survie,
- renforcer la motivation à changer,
- abstinence instable à satisfaisante.

20

**LE SAVOIR COMME CONDITION PREALABLE A LA MISE EN PLACE DU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES DEPENDANCES EN FONCTION DU GENRE**

- Les connaissances dont nous disposons doivent être vérifiées de manière scientifique.
- Les connaissances avérées doivent être utilisées.
- Les lacunes au niveau des connaissances doivent être comblées.

21

**CONDITIONS PREALABLES AU NIVEAU POLITIQUE A LA MISE EN PLACE DU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES DEPENDANCES EN FONCTION DU GENRE**

- Prise en compte du genre dans tous les domaines relatifs à la santé et dans la recherche effectuée par les villes, cantons/Länder et la Confédération.
- Les bénéficiaires de prestations doivent exiger un travail sexospécifique en vue d'améliorer la qualité.
- Les institutions travaillant dans le domaine de l'aide aux toxicomanes doivent être aménagées de manière sexospécifique.

22

**COMPETENCES GENRE**

**Personnes concernées**

- Liberté de choix concernant le traitement
- Groupes d'indications
- Locaux destinés exclusivement aux femmes
- Prise en charge des enfants
- Prise en compte de la situation de vie (profession, conseil en matière d'éducation, ..) spécifique au genre
- Formation continue, supervision des mesures

25

**CONDITIONS PREALABLES AU NIVEAU INSTITUTIONNEL A LA MISE EN PLACE DU TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES DEPENDANCES EN FONCTION DU GENRE**

**Structures sexospécifiques**

- Structure de l'organisation (démocratie des genres)
- Niveau conceptionnel
- Niveau décisionnel

**Management du personnel sensible au genre**

- Attribution des places
- Activité à temps partiel, à plein temps
- Hiérarchies
- Compétence au niveau genre, qualification

**Evaluation sensible au genre**

- Structures, concepts, personnel, patients
- Instruments nécessaires au relevé des données

23

**COMPETENCES OFFRES SEXOSPECIFIQUES**

Des offres sexospécifiques pour filles/femmes et garçons/hommes sont nécessaires ..

- pour le développement d'une identité satisfaisante en tant qu'homme ou femme,
- pour utiliser les forces que recèlent les rôles typiques,
- pour élargir une compréhension des rôles limitée ,
- pour accorder une protection,
- pour donner des chances de s'approcher des maladies psychiques et de les intégrer .

26

**COMPETENCES GENRE**

**Professions**

Acquisition de compétences genre au moyen de:

- Réflexion sur son propre genre social et
- Réflexion sur sa position vis-à-vis de la féminité et de la masculinité des autres.
- Les personnes travaillant dans le domaine des dépendances doivent acquérir des compétences genre dans le cadre de leur formation, de leur perfectionnement et de leur formation continue.
- Les personnes travaillant déjà en fonction du genre doivent remettre en question leurs compétences genre et les élargir.

24

**COMPETENCES OFFRES**

Offres pour femmes et hommes en commun, avec pour buts de:

- permettre la compréhension mutuelle et l'apprentissage mutuel,
- développer la capacité d'agir et de dialoguer en faisant preuve d'attention, afin de permettre des relations mutuelles qui soient empreintes d'attention et de respect.

27

### COMPETENCES PREVENTION ET GENRE

- Une information sur les dangers engendrés par les dépendances doit atteindre les filles et garçons *menacés*.
- Les manières de se comporter, typiques des genres, doivent être remises en question et de nouvelles normes doivent être développées pour élargir les marges de manoeuvre et permettre aux personnes concernées d'effectuer le 'choix le plus sain'.
- Des offres sociothérapeutiques systématiques et de qualité garantie, destinées aux filles/garçons de parents dépendants, doivent constituer une partie du travail de prévention, tout comme dans la prise en charge ambulatoire et résidentielle des toxicomanes.

28

### LE FUTUR

- Eviter le danger que deux camps-genre hostiles ne s'affrontent et ne commencent à se disputer pour des questions de ressources financières.
- Le Parlement européen a refusé de prendre en compte de manière systématique les aspects spécifiques au genre dans sa gestion de la santé.

(DA 09.09.05)

29

### COMMENT COMMENCER?

- Il est nécessaire de commencer là où chacune et chacun se sent 'sûr-e' et peut envisager le plus grand succès, compte tenu des expériences préalables et des points forts personnels.
- Cela n'a pas de sens d'attendre un soutien ou une aide financière du monde politique.

30

## **Coming out der frauengerechten Suchtarbeit?**

### **- Ein Blick auf 20 Jahre frauengerechte Suchtarbeit in der Schweiz**

Lic. phil. Christine Spreyermann, Büro sfinx Bern

#### **Abstract**

Es gibt keinen nationalen Start für die frauengerechte Suchtarbeit in der Schweiz. Was es jedoch 1985 gab, sind viele frauenbewusste Frauen in der Drogenarbeit, welche als Pionierinnen frauengerechte Suchtarbeit zu erfinden und ausprobieren beginnen – meist ohne formellen Auftrag.

1989 entsteht in Zürich der Lila Bus: eine Anlaufstelle, die sich an Drogenkonsumentinnen wendet, welche sich den Drogenkonsum mit Prostitution finanzieren. Der Lila Bus und die 1990 eröffnete therapeutische Wohngemeinschaft Villa Donna sind schweizerische Prototypen für frauenspezifische Drogenarbeit, welche kommenden Projekten als Vorbild dienen. Pionierinnen gibt es von 1985 bis 1990 auch in den Bereichen Prävention, Forschung und Vernetzung.

In den Jahren des Aufbaus, des Kämpfens und Forderns für die Finanzierung und offizielle Implementierung frauengerechter Suchtarbeit zwischen 1991 bis 2000 werden wichtige nationale Grundlagen erstellt: Argumentationsgrundlagen, theoretische und konzeptionelle Grundlagen und ein Verzeichnis aller frauengerechter Angebote.

Das Bundesamt für Gesundheit und andere nationale Organisationen wie SFA und Infodrog werden zu wichtigen Promotoren für eine frauengerechte Drogenarbeit. Sie fördern Tagungen, Studien. Das Bundesamt für Gesundheit schafft die Stelle einer Fachbeauftragten, welche ein Vernetzungs- und Qualitätsentwicklungsprojekt für frauengerechte Angebote lanciert.

Frauengerechte Arbeit stellt Anforderungen an die Fachleute und an die Organisationen. Fachleute der Drogenarbeit müssen über Kenntnisse frauenspezifischer Erfahrungen verfügen und über die Fähigkeit, sich damit auseinanderzusetzen. Organisationen müssen frauengerechte Angebote entwickeln und überprüfen und den Anspruch auf frauengerechte Arbeit in Arbeitskonzepten, Organisationszielen und Organisationsstruktur verankern.

Die Befragung aller Organisationen im Suchtbereich, die 2005 ein zweites Mal im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt wird, zeigt ein langsames Coming out: 10% aller Organisationen deklarieren ein geschlechterspezifisches oder geschlechtergerechtes Angebot und haben dies in Leitbildern oder Angebotsbeschreibungen verankert. Alle diese Organisationen und ihre Angebote sind in der On-Line-Datenbank [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) differenziert beschrieben. Das Verzeichnis [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) soll einen Beitrag zur Förderung geschlechtergerechter Drogenarbeit leisten und die Leistungen geschlechtergerechter Organisationen honorieren.

Der Erfolg der Organisationen bei Frauen und Männern wird bis jetzt kaum überprüft. Dies wäre ein wichtiger Schritt für die Weiterentwicklung geschlechtergerechter Suchtarbeit in der Schweiz.

## **Referat**

Ich freue mich, hier mit ihnen eine Geschichte der frauengerechten Drogenarbeit – und damit ganz besonders der Arbeit mit KonsumentInnen illegaler Drogen – in der Schweiz Revue passieren zu lassen und zu kommentieren. 20 Jahre frauengerechte Drogenarbeit – welches Ereignis aus dem Jahr 1985 dürfen wir feiern? Es gibt 1985 kein solches Ereignis, das national wahrnehmbar wäre. Was es jedoch damals gibt, sind viele bewusste Frauen in der Drogenarbeit. Diese Frauen fangen an, frauenspezifische Drogenarbeit zu erfinden, einzeln oder in Gruppen. Zu diesen Frauen gehöre damals auch ich als Gassenarbeiterin in einer grossen und innovativen Drogeninstitutionen. Ich werde in meinem Rückblick 5-Jahres Schritte mit folgenden Fokussen beleuchten: Was leistet die Praxis? Welche Vernetzungsmöglichkeiten gibt es? Wie wird frauengerechte Drogenarbeit definiert, positioniert und debattiert? Was leistet die Forschung?

### **1985 – 1989: Erfinden – wagen**

#### **Die Praxis von 1985 – 1989**

1985 gibt es in der Schweiz keine Vorbilder dafür, wie frauenspezifische Drogenarbeit aussehen könnte. Praktische Frauenarbeit existiert in Frauenhäusern und in Frauengesundheitszentren. In Jugendhäusern gibt es erste Versuche mit Mädchenarbeit, praktische Erfahrungen und Beispiele in der Drogenarbeit gibt es nicht. Ich selber habe damals als Gassenarbeiterin keinen offiziellen Auftrag, mich mit der Situation der Drogenkonsumentinnen auseinanderzusetzen. Und so wie mir ergeht es vielen andern Frauen: Wichtige Fragen für uns sind: inwiefern unterscheidet sich die Situation der Frauen von der Situation der Männer, warum sind es so wenige Frauen? Auf der Gassen, in den Therapiestationen? Was sind ihre spezifischen Bedürfnisse? Was können wir ihnen bieten? Erste Angebote geschehen innerhalb der bisherigen Organisationen im kleinen – z.B. ein Frauengesprächsnachmittag, ein Selbstverteidigungskurs oder ein Massagewochenende. Der grosse Traum von damals ist es jedoch, eine ganz und gar frauenspezifische Organisation zu schaffen. 1989 entsteht in Zürich das erste frauenspezifische Projekt. Es ist der Lila Bus. Eine der städtischen Kontakt- und Anlaufstellen, die sich an Drogenkonsumentinnen wendet, welche sich den Drogenkonsum mit Prostitution finanzieren. Der Lila Bus ist ein Prototyp für frauenspezifische Drogenarbeit, der kommenden Anlaufstellen-Projekten als Vorbild diente. Allerdings wird seine Einbettung innerhalb der städtischen Strukturen der übrigen K&A's heftig debattiert. 1990 wird die therapeutische Wohngemeinschaft Villa Donna eröffnet, und damit das erste „reine“ Frauenprojekt, das von einer Frauenorganisation für Frauen geführt wird. Frauenspezifische Angebote entstehen in den ersten Jahren auch im Bereich Prävention. Es gibt also von allem Anfang an Pionierinnen in allen Bereichen der Drogenarbeit.

### **1990 – 1994: Fordern – kämpfen**

#### **Vernetzung und Diskurs von 1990 – 1994**

Die zahlreichen informellen Vernetzungen führen in diesen ersten Jahren zur Gründung der Fachgruppe Frauen und Sucht innerhalb des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute. Dank der Fachgruppe kommt es zur VSD - Tagung „Frauen sichten Süchte“, welche der frauengerechten Drogenarbeit eine neue Qualität gibt. Diese Tagung „Frauen sichten Süchte“ im Februar 1991 wird von 200 Frauen besucht. Endlich gibt es einen gemeinsamen Bezugspunkt, gemeinsame Grundlagen für eine Diskussion, endlich werden die zahlreichen (erfindenden und suchenden) Frauen aus den Bereichen Therapie, Prävention, Schadenminderung und Beratung, die Frauen aus der ganzen Deutschschweiz sichtbar und ansprechbar. In Bezug auf den Konsum illegaler Drogen von Frauen stehen zwei Grundthesen im Zentrum: 1. Abhängiges Suchtverhalten ist eine Verstärkung der gesellschaftlichen Abhängigkeit und der eigenen Ohnmacht und somit eine Weiterführung

rollenstereotyper Verhaltensweisen von Frauen. 2. Illegaler Drogenkonsum ist ein bewusstes Auflehnen gegen die Rollenstereotype von Frauen, Rollenerwartungen werden nicht eingehalten. Zentrales methodisches Element ist das Schaffen eines Frauen-Raumes, wo frauenspezifische Erfahrungen ausschliesslich unter Frauen thematisiert und neu erlebbar gemacht werden können. Die Debatte um frauengerechte Drogenarbeit findet auch in der Suisse Romande statt. Die 1990 gegründete Plateforme romande Femmes Dépendances ist Mit-Organisatorin der nationalen Frauen - Sucht - Tagung der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme. Damit wurde das Thema erstmals von einer breit anerkannten Organisation auf die Agenda gesetzt. Wir werden später noch sehen, wie wichtig es ist, dass nationale Organisationen wie BAG, SFA, IUMSP, VSD, den fachlichen Diskurs ideell und finanziell unterstützen

#### **Forschung von 1990 – 1994**

Eine Pionierin der schweizerischen Frauen-Drogen-Forschung ist Anja Dobler-Mikola. Sie analysiert die Daten der schweizerischen stationären Therapieeinrichtungen geschlechtsspezifisch. In diesen Jahren entstehen weitere wichtige Forschungsarbeiten in der Schweiz: Im Bereich der Prävention die Arbeiten von Claudia Meyer, im Bereich Gesundheit die Arbeiten von Elisabeth Zemp (ISPM Basel), im Bereich niederschwellige Drogenarbeit von mir.

#### **Die Praxis von 1990 – 1994**

Aufbruchstimmung herrscht vorerst auch in der Praxis. Das grosse Interesse an der Tagung ist Ausdruck davon, wie viele Frauen sich bereits in der Praxis für frauenspezifische Arbeit einsetzen und es gibt diesem Engagement einen neuen Schub. Zwischen 1990 und 1994 planen Frauen Frauenprojekte – zahlreich. Frauenspezifische Praxis entsteht im Bereich stationäre Therapie, sowohl innerhalb bestehender Organisationen (Neuthal, Aebihus), als auch als neue Organisationen. Es entstehen einerseits ganz neue frauenspezifische Projekte, z.B. im Bereich Arbeit (Werkatelier für Frauen) und es werden bekannte Konzepte neu realisiert. (z.B. die Frauen-Oase in Anlehnung an den Lila Bus). Was den Projekten gemeinsam ist: Trotz nationaler Unterstützung, der Kampf um Anerkennung und Ressourcen auf kantonaler und Gemeindeebene ist hart. Die Konzeptualisierung und Finanzbeschaffung für die Projekte erfolgt oft in der Freizeit bzw. als Ehrenamt. Man könnte fast sagen, dass einige Projekte und engagierte Frauen in diesen Jahren langsam ausgehungert oder in eine Art Isolation getrieben wurden. Viele Projekte schaffen den Start nicht oder schliessen innerhalb der Pilotphase wieder. Auch die beiden Pionierprojekte Lila Bus und Villa Donna überleben diese Jahre nicht.

#### **1995 – 1999: Theoretisch fundieren**

In den Jahren 1995 –1999 geht es darum, theoretisch fundierte Grundlagen zu schaffen, denn der finanziell engere Rahmen von Kantonen und Grossstädten lässt die frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit nicht unberührt. Einige Projekte müssen auch lange Durststrecken überstehen, bis sie von der Zielgruppe akzeptiert werden. Geplante frauenspezifische Projekte können nicht realisiert werden. Trotz der schwierigen Zeiten oder gerade deshalb – es entsteht eine Vielzahl von Angeboten und Projekten innerhalb von Organisationen, die sich an Frauen und Männer richten. Viele dieser Projekte werden für Aussenstehende jedoch nicht wahrnehmbar und sind höchstens in der eigenen Region bekannt.

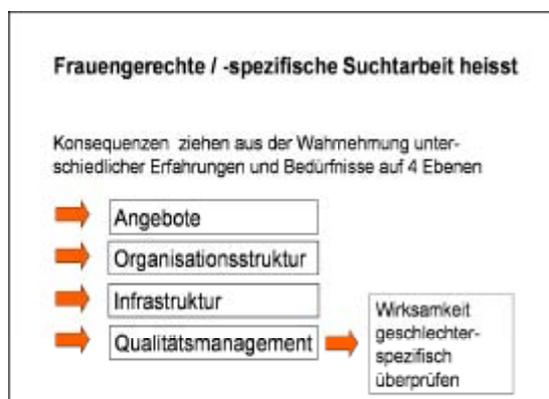
### Vernetzung, Diskurs und Forschung von 1995 – 1999

Ganz Entscheidendes passiert in diesen Jahren im Bereich Forschung und Vernetzung: Mit der Publikation *Frauen Sucht Perspektiven*, von Isabelle Rottemanner, Marie-Louise Ernst und mir, liegt 1995 erstmals eine umfassende Sichtung und Zusammenstellung nationaler und internationaler Forschungsgrundlagen zur Thematik Frauen und Sucht vor. Auf der Basis dieser wissenschaftlichen Grundlagen wird ein Konzept für Frauengerechte Drogenpolitik und Arbeit entworfen. Die Ergebnisse werden an einer nationalen Tagung präsentiert. Das Ergebnis, dass alle Aspekte und Erfahrungen im Zusammenhang mit Sucht je nach Geschlecht unterschiedlich geprägt sind und fortlaufend unterschiedlich geprägt werden, bedingt Anforderungen an die Fachleute und an die Organisationen der Suchtarbeit.



Anforderungen an die Fachleute sind, dass sie

- Kenntnis haben von frauenspezifischen Erfahrungen und fähig sind, sich damit auseinanderzusetzen
- Schutz vor Gewalt gewährleisten
- fähig sind, reflektierte Beziehungsangebote zu machen, die Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnisse der Klientinnen berücksichtigen



Auch die Organisationen müssen Konsequenzen ziehen, aus der Wahrnehmung unterschiedlicher Bedürfnisse und Erfahrungen bei Frauen und Männern. Sie müssen

- frauenspezifische und -gerechte Angebote entwickeln
- frauenspezifische und -gerechte Arbeit in Konzepten und Organisationszielen verankern und Organisationsstrukturen entsprechend anpassen
- die Infrastruktur an frauenspezifische Erfordernisse anpassen (z.B. separate Räume, Öffnungszeiten)
- frauenspezifisches Know-how und frauengerechtes Arbeiten sicherstellen und im Qualitätsmanagement verankern (Weiterbildung, Dokumentation)
- Wirkungen frauenspezifisch überprüfen

Ein Schlussfolgerung der Arbeit ist: es braucht frauenspezifische Organisationen, die sich nur an Frauen richten und es braucht genauso dringend frauengerechte Organisationen, die sich kompetent an Frauen und Männer wenden.

Frauengerechte Arbeit muss sich Ende 90iger-Jahre legitimieren mehr denn je. In diesem Zusammenhang entsteht auf Anregung des Frauenprojektes OASE in Basel das Argumentarium für frauengerechte Drogenarbeit. Das BAG finanziert das Argumentarium. Das BAG mandatiert ausserdem als Folge aus der Studie „Frauen – Sucht – Perspektiven“ eine Fachbeauftragte zur Förderung frauengerechter Drogenarbeit.

### **2000 – 2004: Differenzieren und Definieren**

Frauengerechte Arbeit muss sich legitimieren und darüber hinaus besser definieren. Von Interesse sind nicht mehr allein das richtige Bewusstsein sondern immer mehr die konkreten Handlungskompetenzen und strukturellen Rahmenbedingungen. Einen wichtigen Input dazu gibt das „Instrumentarium für frauengerechte Drogenarbeit“, das von Marie-Louise Ernst als Verantwortliche für die Förderung frauengerechter Drogenarbeit im BAG zusammen mit einer Arbeitsgruppe entwickelt und 2001 an der Tagung „Qualität hat ein Geschlecht“ präsentiert wird. An dieser Tagung lanciert Marie Louise Ernst in Zusammenarbeit mit der FASD das Projekt „Frauen-Netz-Qualität“. Vertreterinnen von 10 Frauen-Projekten aus der ganzen Schweiz treffen sich kontinuierlich und definieren, wie sie frauengerechte und frauenspezifische Arbeit in unterschiedlichen Kontexten konkret machen und sicherstellen. Ich möchte ein Produkt des insgesamt spannenden Projektes Frauen-Netz-Qualität erwähnen, den „Malette Genre“ / der Genderkoffer. Der handliche Instrumentenkoffer mit Checklisten und Leitfäden für eine frauengerechte Praxis wurde von der Plateforme romande Femmes Dépendances entwickelt.

Engagement des BAG	
Mandat Fachbeauftragte für die Förderung ...	
1997	...frauengerechter Suchtarbeit
2001	...gendingerechter Suchtarbeit
Studien und Publikationen	
1995	Frauen Sucht Perspektiven
1998	Argumentarium Points de vue... des femmes en SR
2000	Frauengerecht: Instrumentarium
2005	Frauengerecht: Die Praxis
2001 / 2005	<a href="http://www.drugsandgender.ch">www.drugsandgender.ch</a>
2006	Sucht und Männlichkeit

Die Leistungen des BAG für die Entwicklung der Frauen- und gendingerechten Suchtarbeit sind beachtlich. Dieses kontinuierliche Engagement hat zu Grundlagen geführt, die der schweizerischen Genderpraxis Substanz geben und die international wahrgenommen werden. Das Mandat der Fachbeermöglichte es, eine über Jahre hinweg konsistente Strategie zu entwickeln und das Engagement und Know-how der Praxisfachfrauen optimal zu integrieren und zu unterstützen. Im folgenden möchte ich die Entwicklungen der Praxis mit Hilfe des Verzeichnisses [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) erläutern. Das Verzeichnis startet 2001 als Verzeichnis der frauenspezifischen und frauengerechten Angebote in den Bereichen Therapie und Schadenminderung. 2005 wird es komplett überarbeitet. Es führt neu alle frauen- und mänderspezifischen und geschlechtersensiblen Organisationen auf, und dies in allen Bereichen der Drogen- und Suchtarbeit. Ins Verzeichnis aufgenommen werden Organisationen, welche ihr geschlechtersensibles Engagement konzeptionell verankert haben und die mindestens zwei konkrete geschlechterspezifische oder -gerechte Angebote machen.

### Ziele von [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

- Übersicht aktuelle Angebote
- Zugang, Austausch und Vernetzung
- Leistungen öffentlich machen
- Engagement honorieren und ermutigen

Aktuell sind total 72 Organisationen verzeichnet. Dies sind etwa 10% aller Organisationen im Suchtbereich. Das Verzeichnis führt 45 Organisationen mehr auf als 2001 (bzw. Dezember 2004). Diese Zunahme ist vor allem auf die neu erfassten Organisationen (mänderspezifische) und die neu erfassten Bereiche (ambulante Beratungsstellen und Prävention) zurückzuführen.



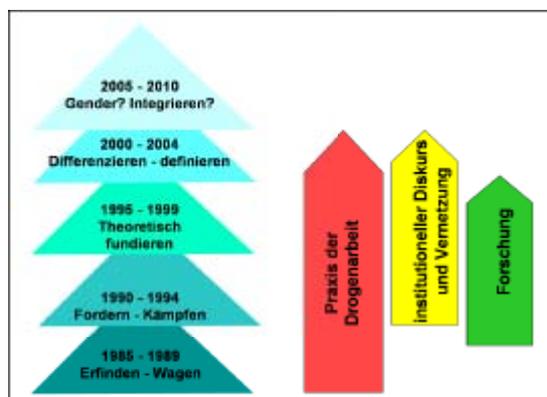
**2005-2010: Gender? Integrieren?**

**Geschlechtergerechte Suchtarbeit leistet ...**

...einen Beitrag zur Chancengleichheit von Frauen und Männern, denn sie berücksichtigt Unterschiede, die Einfluss auf den Behandlungserfolg nehmen.

Es gibt durchaus Erfolge zu feiern, auf Praxis-, Forschungs- und Theoriebildungs- und Vernetzungsebene.

Es sind also nach 20 Jahren frauengerechter Drogenarbeit 66 Organisationen, die sich als frauenspezifisch oder geschlechtergerecht ausweisen. Das ist insgesamt ein beeindruckendes Ergebnis. Die wissenschaftlichen Grundlagen legen nahe, dass frauengerechte Suchtarbeit wirkungsvoller ist als Suchtarbeit, welche die spezifischen Erfahrungen und Bedürfnisse von Frauen nicht berücksichtigt. Sind dann 10% frauengerechte Organisationen genug? Wie vielen Organisationen wird es in den kommenden Jahren gelingen, die Genderperspektive zu integrieren?



## 5 Thesen als Ausblick

- These 1: Ein Coming-Out hat stattgefunden. 71 Organisationen deklarieren sich als gendergerecht, bzw. frauen- oder männerspezifisch und zeigen auf, wie vielfältig sie diesen Anspruch in der Praxis einlösen. Dies sind etwa 10% aller Drogenhilfeeinrichtungen-werden es bis 2010 die doppelte Anzahl und damit 20% sein?
- These 2: Für die frauen-und gendergerechte Organisation braucht es die Männer. Frauenspezifische und frauengerechte Arbeit ist immer noch in erster Linie Frauensache. Frauengerecht aus der Sicht von Klientinnen ist eine Institution jedoch nur, wenn Klientinnen von Frauen und Männern gleichermaßen frauengerecht behandelt werden. Organisationen müssen sicherstellen, dass Männer über entsprechendes Gender-Know-how verfügen.
- These 3: Finanzgeber wissen wenig über die unterschiedliche Wirkung und den Erfolg von Suchthilfeangeboten bei Frauen und Männern. Es braucht Sensibilisierung bei Geldgebern und Trägerschaften, denn sie sind dafür verantwortlich, dass Chancengleichheit eingelöst ist, und Frauen und Männer gleichermaßen mit einer erfolgsversprechenden Behandlung rechnen können.
- These 4: Die Grösse der Schweiz und die föderalistische Struktur setzen der Entwicklung frauenspezifischer und frauengerechter Drogenarbeit Grenzen: Nicht in jedem Kanton ist die Nachfrage genügend gross, um eigene frauen- oder männerspezifische Institutionen zu schaffen, nicht alle Kantone können ein geschlechtergerechtes stationäres Angebot anbieten. Es braucht kantonsübergreifende Planung und Finanzierung für erfolgreiche gendergerechte Behandlungsangebote.
- These 5: Die Grösse der Schweiz bietet Vorteile für die Vernetzung, fachlichen Austausch und Praxisforschung. Die vergangenen 20 Jahre zeigen, wie wichtig es ist, dass nationale Organisationen (BAG, infodrog, SFA, Fachverband Sucht, CREAT) Vernetzung, fachlichen Austausch und Praxisforschung unterstützen. In den kommenden Jahren braucht es Evaluationen, die den Behandlungserfolg frauen- und männerspezifisch dokumentieren.

Anhang Definitionen **Geschlechtergerecht** sind Massnahmen, Programme und Projekte, welche sicherstellen, dass Frauen und Männer angesichts unterschiedlicher Ausgangssituationen und Bedürfnisse gleichberechtigt behandelt werden. Sie bewirken, dass weder Frauen noch Männer direkt oder indirekt benachteiligt werden.

### **Geschlechtsspezifische Organisationen**

- machen Angebote entweder für Frauen *oder* Männer und berücksichtigen deren spezifische Ausgangslage und Bedürfnisse
- verpflichten die Mitarbeitenden ihre Arbeit, die Infrastruktur und die Angebote konsequent daraufhin auszurichten und zu überprüfen, ob sie eine wirksame Unterstützung *ihrer Zielgruppe* optimal gewährleisten
- reflektieren Geschlechternormen und Sucht begünstigende Konzeptionen von Weiblichkeit *und* Männlichkeit
- haben chancengleichheitsfördernde Strukturen: sie erweitern den Handlungs- und Erlebnisspielraum für die Mitarbeitenden im Hinblick auf Chancengleichheit

## **Coming out du travail spécifique aux femmes dans le domaine des dépendances? – Un regard sur les 20 dernières années en Suisse**

Lic. phil. Christine Spreyermann, Büro sfinx, Berne

### **Abstrait**

En Suisse, on n'a pas observé de lancement national du travail spécifique aux femmes dans le domaine des dépendances. Mais en 1985, il y avait de nombreuses femmes travaillant dans le domaine des toxicomanies qui réfléchissaient sur les femmes et qui ont commencé à imaginer et tenter un travail pionnier spécifique aux femmes dans le domaine des dépendances – la plupart du temps sans en avoir été officiellement mandatées.

En 1989, le "bus lilas" fait son apparition à Zurich : un lieu d'accueil destiné aux consommatrices de drogue qui financent leur consommation en se prostituant. Le "bus lilas" et la communauté d'habitation à but thérapeutique, Villa Donna, ouverte en 1990, sont des prototypes suisses du travail spécifique aux femmes dans le domaine des toxicomanies et servent d'exemples aux projets futurs. De 1985 à 1990, des pionnières font également leur apparition dans les domaines de la prévention, de la recherche et de la mise en réseau.

Durant les années de structuration, de lutte et de revendication d'un financement ainsi que d'une implémentation officielle d'un travail spécifique aux femmes dans le domaine des dépendances, de 1991 à 2000, des fondements importants sont mis en place au niveau national : des fondements au niveau de l'argumentation, de la théorie et de la conception, ainsi qu'un répertoire de toutes les offres spécifiques aux femmes.

L'Office fédéral de la santé publique et d'autres organisations nationales comme ISPA et Infodrog deviennent des promoteurs importants d'un travail spécifique aux femmes dans le domaine des toxicomanies. Ils encouragent les colloques et les études. L'Office fédéral de la santé publique est en train de créer un poste pour un délégué spécialisé qui lancera un projet de développement de réseau et de qualité pour des offres spécifiques aux femmes. Le travail spécifique aux femmes est exigeant à l'égard des spécialistes et des organisations. Les spécialistes du travail dans le domaine des toxicomanies doivent disposer de connaissances relatives aux expériences spécifiquement féminines et être capables de les approfondir. Les organisations doivent développer et superviser des offres spécifiques aux femmes ; elles doivent aussi ancrer le droit à un travail spécifique aux femmes dans les concepts de travail, les objectifs de l'organisation et la structure de l'organisation. Le sondage effectué auprès de toutes les organisations à l'oeuvre dans le domaine des dépendances et réalisé une deuxième fois en 2005 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, montre un lent coming out : 10% de toutes les organisations déclarent avoir une offre en fonction du genre ou sexospécifique et l'ont ancrée dans leurs guides ou descriptifs des offres. Toutes ces organisations et leurs offres ont été décrites de manière différenciée dans la banque de données en ligne [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch). Le répertoire [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) veut apporter sa contribution à l'encouragement du travail dans le domaine des drogues et honorer les prestations des organisations oeuvrant de manière sexospécifique. Jusqu'à présent, c'est à peine si l'on a observé le succès de ces organisations auprès des femmes et des hommes. Ce serait un pas important pour la suite du travail sexospécifique en Suisse.

Les dépendances ont un sexe... de quel genre?  
2006

**Coming out? - Adapté et spécifique aux femmes - Regard (rétrospectif) sur la Suisse**

Christine Sprengelmann  
s f i n x - Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision

1

Adapté et spécifique aux femmes

1990 - 1994  
Revendiquer - Lutter

1985 - 1989  
Imaginer - Risquer

Pratique du travail dans le domaine des dépendances

Discours institutionnel et mise en réseau

Recherche

4

Adapté et spécifique aux femmes

?  
2005 - 2010

2000 - 2004

1995 - 1999

1990 - 1994

1985 - 1989

Pratique du travail dans le domaine des dépendances

Discours institutionnel et mise en réseau

Recherche

2

Adapté et spécifique aux femmes

1995 - 1999  
Donner une base théorique

1990 - 1994  
Revendiquer - Lutter

1985 - 1989  
Imaginer - Risquer

Pratique du travail dans le domaine des dépendances

Discours institutionnel et mise en réseau

Recherche

5

Adapté et spécifique aux femmes

1985 - 1989  
Imaginer - Risquer

Pratique du travail dans le domaine des dépendances

3

Adapté et spécifique aux femmes

Le sexe marque les femmes et les hommes

Expériences, ressources et besoins

Causes de la dépendance et comportements en découlant

Expériences de succès de traitements

Besoins en matière de traitements et accès à ceux-ci

6

Adapté et spécifique aux femmes

### Adapté et spécifique aux femmes veut dire

Tirer des conséquences après examen des expériences et des besoins, à 4 niveaux

- ➔ Offres
- ➔ Structure de l'organisation
- ➔ Infrastructure
- ➔ Management de qualité

➔ Tester l'efficacité en fonction du genre

7

Adapté et spécifique aux femmes

[www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

DRUGS' GENDER

- Proposer une vue d'ensemble des offres actuelles
- Accès, échange et mise en réseau
- Rendre publiques les prestations
- Honorer et encourager l'engagement

10

Adapté et spécifique aux femmes

8

Adapté et spécifique aux femmes

### Critères d'acceptation

**www.drugsandgender 2005**

Nous avons vérifié si:

- les offres en fonction du genre sont ancrées dans le concept
- les organisations proposent au minimum 2 offres sexospécifiques pour femmes ou hommes

11

Adapté et spécifique aux femmes

### Engagement de l'OFSP

**Mandat Délégué pour les questions ...**

1997	spécifiques aux femmes dans le domaine des dépendances
2001	... Genre dans le domaine des dépendances

**Etudes et publications**

1996	Femmes Dépendances Perspectives
1998	Argumentarium Points de vue... des femmes en SR
2000	Spécifique aux femmes: Instrumentarium
2005	Spécifique aux femmes: la pratique
2001 / 2005	<a href="http://www.drugsandgender.ch">www.drugsandgender.ch</a>
2006	Dépendance et masculinité

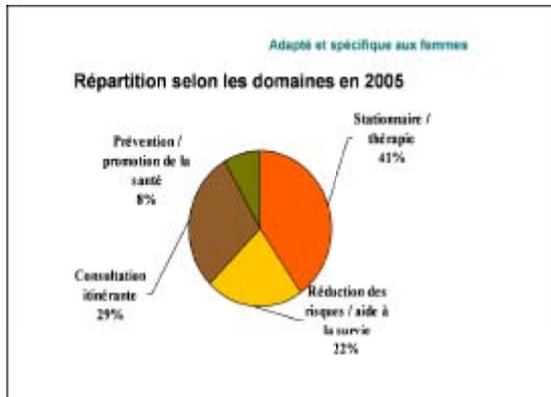
9

Adapté et spécifique aux femmes

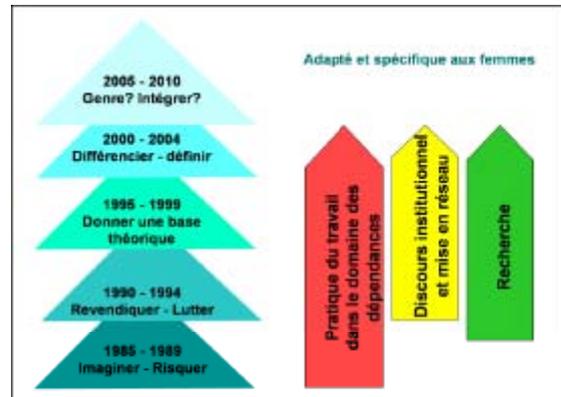
### 3 sortes d'organisations

72 organisations en totale

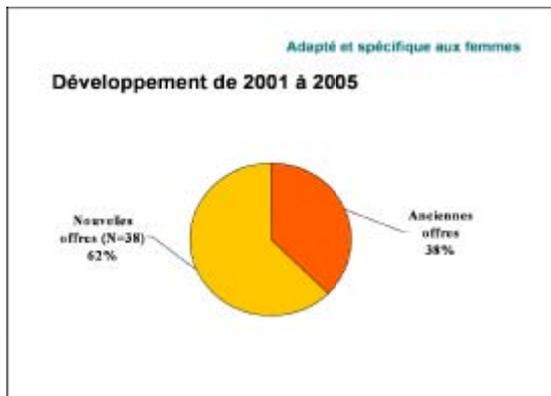
12



13



16



14

- Adapté et spécifique aux femmes
- Les dépendances ont un sexe... de quel genre?
- Regard vers le futur**
- 71 organisations font leur coming out – quand atteindront-elles les 20%?
  - Il faut des hommes pour une organisation adaptée aux femmes
  - Les organisations qui offrent un financement se soucient trop peu du résultat
  - Il faut une coordination et une planification interrégionales
  - Les organisations nationales jouent un rôle décisif quant à la mise en réseau et au développement professionnel.

17

Adapté et spécifique aux femmes

**Une intervention sexospécifique en matière de drogues permet...**

... une contribution à l'égalité des chances entre femmes et hommes, car elle prend en compte les différences qui influencent la réussite du traitement.

15

## **Abhängigkeit: Muss man wirklich noch über die Männer sprechen? Wurde nicht schon alles gesagt?**

Michel Graf, MPH, Direktor der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne; Autor des Berichts „Sucht und Männlichkeit“<sup>2</sup>

### **Abstract**

In diesem Exposé werden die wichtigsten Fakten und Schlussfolgerungen des Berichtes erläutert.

Die Allgegenwärtigkeit des Mannes in der Thematik der Abhängigkeiten könnte vermuten lassen, dass der Mann Ursache und Ziel aller diesbezüglichen Aktivitäten sei. Dennoch ist die Perspektivierung der männlichen Eigenheiten in den wissenschaftlichen Studien bei Weitem nicht systematisch. Tatsächlich findet man zahlreiche Studien über das weibliche Geschlecht, während es über Männer nur wenige gibt. Dies vermittelt den Eindruck, dass das männliche Verhalten allen beschriebenen Verhaltensweisen entspricht, während es sich in Tat und Wahrheit in einer Art Globalität verliert. Diese widerspiegelt letztendlich nur ein „durchschnittliches“ Verhaltensmuster von Männern und Frauen, ein neutrales Muster sozusagen. Diese Darstellungsweise findet sich in zahlreichen Kommunikationsmitteln, die den globalen Fakten und Betrachtungsweisen in der Regel eine bevorzugte Stellung gewähren und hier und da die weiblichen Eigenheiten hervorheben. Gelten diese Botschaften also auch für Männer? Die gleiche Sorge kommt auch in therapeutischen Ansätzen zum Ausdruck.

Die Frage nach der Identität des Mannes, nach seinen vorherrschenden stereotypischen Attributen Kraft und Männlichkeit ist mit den männlichen Konsumgründen psychoaktiver Wirkstoffe in Zusammenhang zu bringen. Dabei konsumieren die Männer unabhängig von ihrem Alter mehr als Frauen. Die Bedeutung der Identität, die sich der Mann bei seiner Arbeit aufgebaut hat, muss für die präventiven Massnahmen berücksichtigt werden. Die Prävention muss sich im beruflichen Umfeld entwickeln und die Probleme im Zusammenhang mit der Pensionierung angehen, da diese Lebensphase für gewisse Männer ein erhöhtes Konsumrisiko darstellt. Die therapeutischen Ansätze berücksichtigen diesen Aspekt der männlichen Realität und verwenden die berufliche Wiedereingliederung als Achse für die Wiederherstellung.

Man kann den Konsum psychoaktiver Wirkstoffe durch Männer nicht erwähnen, ohne sich mit dem gewalttätigen Verhalten in der Privatsphäre zu befassen. Werden die kausalen Zusammenhänge nicht aufgeklärt, sind die Verknüpfungen stark und müssen die Fachleute dazu zwingen, diese Fragen in ihrer therapeutischen Praxis zu behandeln. Es müssten Studien über die psychiatrischen Komorbiditäten unter dem Aspekt des Geschlechts erarbeitet werden, die diese Überlegungen und Handlungen begleiten.

Werden die Männer, die in den Behandlungseinrichtungen in der Mehrheit sind, genderspezifisch ausreichend betreut? Müsste man nicht für das männliche Geschlecht spezifische therapeutische Konzepte ausarbeiten? Welche Stellung hat der Vaterstatus für die stationierten Behandelten? Die auf zwischenmenschlichen und emotionalen Defiziten basierenden therapeutischen Ansätze sind Wege, die es zu beschreiten gilt, ebenso wie die Kurzinterventionen und Motivationsgespräche, die dem Individuum seinen Anteil an Verantwortung und ... Macht zurückgeben, ein typisch maskuliner Ausdruck! Schliesslich muss die Frage nach der Chancengleichheit in den therapeutischen Konzepten behandelt und erklärt werden, zum Beispiel bezüglich der innerhalb der Institution verwendeten

<sup>2</sup> im Auftrag des BAG erstellter Bericht

Sprache und der Gleichheit von Mann und Frau in der Geschäftsleitung und im Vorstand, vor allem aber in den gemischten Institutionen. Heute muss man von Institutionen, die VON Männern geleitet werden, zu Institutionen FÜR Männer und FÜR Frauen übergehen und zwar unter der Perspektive einer Synergie zwischen den Geschlechtern. Dieser Aufruf gilt auch für andere Aktionsbereiche, namentlich Prävention, wissenschaftliche Forschung und öffentliche Gesundheit, damit die Chancengleichheit überall Fuss fassen kann und damit sich das Bild der Hegemonie des Mannes und der damit verbundenen negativen Folgen auf das gesundheitliche Verhalten verändert.

## **Referat**

### **Einleitung**

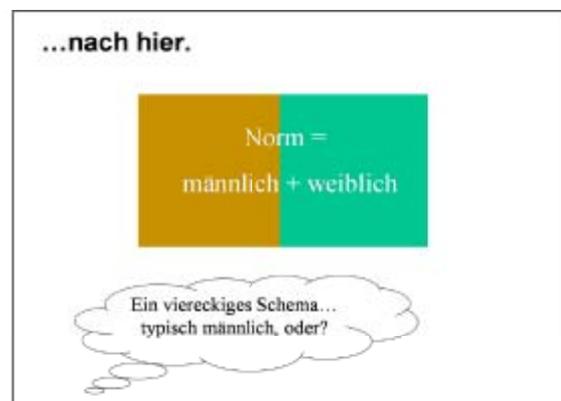
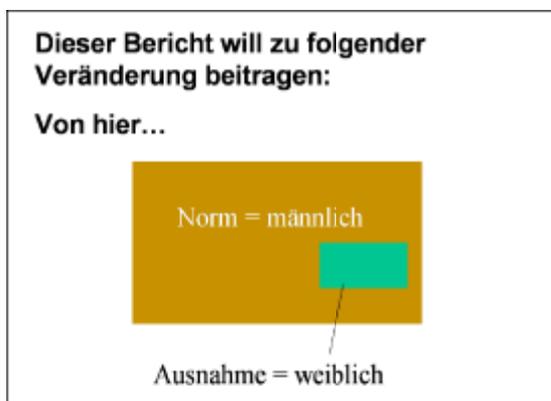
Nach 20 Jahren Entwicklung von frauenspezifischen Ansätzen im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen tritt heute verstärkt die Frage der Spezifik der Männer in den Vordergrund des Interesses. Immer mehr Studien zeigen auf, dass sich Männer zu wenig um ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit kümmern und dass sie vom Körper ausgehende Signale nicht beachten. Sie verleugnen ihre Leiden und ihre Schmerzen. So gehen Männer auch weniger oft zum Arzt als Frauen und wenn, dann erst mit schwerwiegenden Beschwerden und wenn besondere medizinische Behandlungen nötig werden. Was den Konsum von psychoaktiven Substanzen angeht, ist die Lage eindeutig: Männer trinken mehr Alkohol, rauchen häufiger und grössere Mengen Tabak und sind auch bei den Cannabiskonsumierenden klar übervertreten. Auch Heroingebrauchende sind öfter Männer, und unter den Konsumierenden greifen Männer zudem häufiger als Frauen zu dieser Droge. Betrachtet man das Kokain, so ist seit 10 Jahren ein Anstieg des Konsums für beide Geschlechter zu konstatieren, doch sind die Männer deutlicher betroffen. Einzig der Gebrauch von Medikamenten fügt sich nicht in dieses Bild: Frauen haben einen höheren Medikamentenkonsum als Männer und das in allen Altersgruppen. Festzuhalten bleibt nach dieser ersten Übersicht: der problematische Umgang mit Drogen ist mehrheitlich „Männersache“. Diese Allgegenwärtigkeit des Mannes im Bereich des Suchtverhaltens könnte nun annehmen lassen, dass in diesem Bereich alles auf Männer ausgerichtet ist. Die Wirklichkeit ist nuancierter.

### **Hat man die männlichen Besonderheiten vergessen?**

Nicht nur als Klienten sind die Männer in den Einrichtungen für Suchtbehandlungen häufiger vertreten. Auch in den Institutionsleitungen oder in Schlüsselpositionen in der Hierarchie der Pflegenden ist ihr Anteil sehr hoch, manchmal gar ausschliesslich. Diese Allgegenwart wird noch dadurch unterstrichen, dass schriftliche Dokumente oft in der männlichen Form geschrieben sind. Drückt sich in all dem eine willentliche und bewusste Ausrichtung nur auf Männer aus? Nein, so einfach ist es nicht.

Die Tatsache, dass es die Frauen waren, die als erste reagiert haben und festgestellt haben, dass ihre Besonderheiten nicht berücksichtigt wurden, und eigene frauenspezifische Ansätze im Suchtbereich entwickelten, bedeutet nicht, dass genau dort, wo das Frauenspezifische aufhört, die männlichen Besonderheiten beginnen. Es muss genau untersucht und unterschieden werden, was im Bereich der Behandlungsangebote geschlechtsspezifisch ist und was generell und geschlechtsübergreifend gilt. Nur vor dem Hintergrund der Gemeinsamkeiten lassen sich die wichtigen Herausforderungen der geschlechterdifferenzierten Ansätze ausmachen. Bis jetzt hat man den „generellen Zugang“ mit dem „männlichen Zugang“ verwechselt, weil die Zugangsweisen von Männern entwickelt worden sind. Diese Zugänge sind im Allgemeinen aber nicht explizit für Männer gedacht, in dem Sinn, dass sie nicht so konzeptualisiert sind. Dieses Fehlen von bewusster Konzeptualisierung induziert, dass Männlichkeit die Norm ist – und dies führt dazu, dass sowohl männer- wie frauenspezifische Eigenschaften vernachlässigt werden. So gesehen sind die Angebote, welche für die Frauen entwickelt wurden, eine Ausnahme (vgl. Abbildung 1). Das Männerspezifische blieb hingegen hinter der generalisierten Pseudonorm verborgen, als ob das männliche Geschlecht nicht existieren würde oder „alles“ wäre. Reflektiert man nun die männlichen Besonderheiten beim Suchtverhalten, so gibt man der Geschlechtsspezifik der Frauen ebenfalls mehr Gewicht, und gelangt so zu einer gleichwertigen Betrachtung der Bedürfnisse von Frauen und Männern (vgl. Abbildung 2). Bei allen diesen Bemühungen zur geschlechtsspezifischen Differenzierung darf allerdings nicht vergessen werden, dass konkrete Individuen immer gleichzeitig Anteile an Männlichkeit und Weiblichkeit in sich tragen. Über „Männer“ und „Frauen“ generell zu

sprechen bedeutet immer auch, sie in soziale Stereotypen zu pressen. Dies ist eine einengende Falle, denn „Männer“ und „Frauen“ sind keine homogenen Kategorien. Es gibt genauso viele Arten von Männern oder Frauen wie Individuen und genauso viele Unterschiede zwischen dem soziokulturellen, ökonomischen, ethnischen usw. Status innerhalb einer Geschlechtergruppe wie zwischen den Geschlechtern. In der Literatur finden sich übrigens auch vielfältigere Typologien der Männlichkeit, etwa solche, welche die Männer in vier Kategorien zwischen traditioneller Männlichkeit und dem Typus des „neuen Mannes“ einteilen. Wie dem auch sei, es existieren gesellschaftlich dominante Stereotypen für beide Geschlechter und wenn heute vom „Mann“ die Rede ist, so ist damit fast immer der starke, „virile“ Typ gemeint.



### **Die traditionelle Männer-Rolle in der Krise**

Gewisse Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind bereits vor der Geburt vorhanden, etwa in Form einer grösseren Verletzbarkeit der männlichen Embryonen und diese Verletzbarkeit scheint sich in den frühen Entwicklungsstadien des Kleinkindes fortzusetzen. Andererseits postulieren einige Theorien zur menschlichen Entwicklung, dass sich die männliche Identität eher als Folge von sozialen als von genetischen Faktoren entwickelt. Die Sozialisation trägt über Spielzeug, elterliche Erwartungen etc. dazu bei, die Geschlechterstereotypen aufrecht zu erhalten. Im Jugendalter verstärkt zum Beispiel der Einfluss der Gleichaltrigengruppe die traditionellen Bilder von Männlichkeit. Auch die Werbung tut dies: Da wird das Stereotyp nicht nur durch die einschlägigen Bilder des starken, raubeinigen und tollkühnen Mannes (ein gewisser, rauchender Cowboy zum Beispiel...) konstruiert, sondern auch durch viel diskretere aber nicht weniger suggestive Werbemethoden. So richtet sich die Werbung für Reinigungsmittel ausschliesslich an Frauen und in den Anzeigen für Geländefahrzeuge werden Macho-Klischés bemüht. Männer oder männliche Jugendliche sind aber weder passive Opfer einer vorgeschriebenen sozialen Rolle, noch einfach durch Kultur und die vorherrschenden sozialen Normen konditioniert. Sie handeln und verhalten sich so, dass sie innerhalb dieser Normen anerkannt werden und erhalten sie gerade dadurch aufrecht. Im Grunde ist es nicht so unangenehm, „Macht zu haben“.

In unserer Gesellschaft, die sich stetig wandelt, lösen sich traditionelle Bezugsrahmen auf. Die klassische Kernfamilie (ein Paar mit Kindern) ist nicht mehr unbedingt die Norm, die Frauen engagieren sich beruflich und sind politisch aktiv – und stellen damit die traditionellen sozialen Rollen in Frage. Manche Männer sehen sich dadurch selbst mit der Doppelbelastung „Familie und Arbeit“ konfrontiert, wobei sie denken, sie müssten sich im Beruf wesentlich stärker engagieren als in der Familie. In dieser neuen Rolle erhalten Männer jedoch – ebenso wie die Frauen übrigens – nur wenig Anerkennung von ihrer Umgebung, wenn nicht gar Kritik oder Missfallen. Sie sind hin und her gerissen zwischen ihrer traditionellen Rolle als Geldverdiener und dem Wunsch, anwesende und

aufmerksame Väter zu sein. Zwischen diesen beiden Rollen stehend wissen viele Männer nicht mehr, wie sie sich verhalten sollen, um ihre Macht und ihre Stellung zu bewahren und nicht die Rolle und die Stellung von Frauen übernehmen zu müssen. Weil ein klarer Bezugsrahmen fehlt, zweifeln sie an ihrem Selbstwert. Die Erwartungen und Bedürfnisse der Frauen überrollen, destabilisieren und ängstigen die Männer. Was bleibt von ihren traditionellen männlichen Rollen als Vater und Familienoberhaupt übrig? Welchen neuen Formen von Männlichkeit müssen oder können sie Ausdruck verleihen? Heute wissen die Männer nämlich, was sie nicht sein sollten, nämlich gebieterisch, gewalttätig, machtbesessen, omnipräsent usw. Weniger klar für sie ist dagegen zu erkennen, was sie eigentlich sein sollten.

### **Traditionelle Männlichkeit: Ein Risikofaktor**

Nun aber zeigen immer mehr wissenschaftliche Untersuchungen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen einer Verinnerlichung der vorherrschenden männlichen Normen und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen. Dazu gehören der Konsum von Zigaretten, Alkohol und anderen Drogen.

In der Tat ist der problematische Konsum psychoaktiver Substanzen bei manchen Männern als Ausdruck ihrer Männlichkeit zu verstehen. Dieser Konsum erleichtert ihnen die soziale Integration und nimmt nicht selten den Charakter von Problemlösungsversuchen an, indem Probleme verdrängt oder nach aussen getragen werden. Diese Ambivalenz wird durch das Bedürfnis, vollständige Kontrolle über die eigenen gefährdenden Verhaltensweisen auszuüben, zusätzlich verstärkt. Von diesem Standpunkt aus betrachtet sind das Ausüben von Extremsportarten, die Zugehörigkeit zu einer Jugendbande oder der übermässige Konsum von Alkohol oder Drogen für einen Mann Ausdruck der Überlegenheit, der Fähigkeit, Grenzen zu überschreiten und der Kraft (auch in Bezug auf Gewalt) – aber nur solange der Betreffende zeigt, dass er die Situation vollständig unter Kontrolle hat. Paradoxerweise gehört auch der Rausch zum Ausdruck von Männlichkeit. Der Unterschied zwischen „etwas aushalten können“ (viel zu trinken ohne betrunken zu wirken) und „sich einen antrinken“ ist also undeutlich – und das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln, ist in beiden Fällen hoch.

Ob im Jugend- oder Erwachsenenalter, Männer unterscheiden sich von Frauen in ihrem Konsumverhalten durch das Rauschtrinken und durch den Substanzgebrauch in nicht adäquaten Situationen wie etwa beim Führen von Fahrzeugen. Auch hier zeigt sich wieder eine auffällig männliche Verhaltensweise, nämlich das Eingehen von Risiken mit gleichzeitiger Suche nach starken Erlebnissen und Gefühlen. Männer sind in ihrem Verhalten extravertierter im Vergleich zu den im Allgemeinen introvertierteren Frauen. Risikoverhaltensweisen werden sowohl durch die männlichen Peers wie auch durch die Gesellschaft positiv bewertet und gelten in gewisser Weise als „wünschenswerte“ Verhaltensweisen von Jungen und Männern. Die soziale Akzeptanz von riskantem Verhalten als besonders „viril“ wird gerade beim Alkoholkonsum sehr deutlich, wo zum Beispiel Trinkwetten als eine Art Initiationsritus gelten, die den Teilnehmern die Möglichkeit bieten zu beweisen, dass sie „echte Männer“ sind. Derartige Trinkgelage unter Frauen wären sicher kein Beweis für die Weiblichkeit – im Gegenteil. Anzumerken ist auch, dass Jungen den Konsum aller psychoaktiven Substanzen – mit Ausnahme der Zigaretten – als weniger gefährlich einschätzen als Mädchen dies tun. Diese Tendenz der Unterschätzung von Risiken zeigt sich auch bezüglich des Lenkens von Fahrzeugen oder ungeschützten sexuellen Kontakten.

Die Rolle der Gleichaltrigen, der Einfluss der vorherrschenden normativen Vorstellungen, die stereotypen Bilder der Männlichkeit – alle diese Aspekte müssen uns dazu anregen, an der männlichen Identität und ihrem Einfluss auf alltägliche Verhaltensweisen und Einstellungen, am Verständnis von Gesundheit sowie an sozialen Erwartungen, die man selbst und die andere haben,

zu arbeiten. So können wir die männliche Hegemonie und ihre negativen Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten nach und nach verändern. Dabei müssen Auseinandersetzungen mit solchen Fragen auch Eingang in die Schulen finden, wo man männlichen Jugendlichen in reinen Jungengruppen die Möglichkeit geben sollte, ihre Gefühle, Ängste und Selbstzweifel auszudrücken. Diese Diskussionen sollten auch mit Mädchen geführt werden, damit der Dialog über Geschlechterstereotypen die gegenseitigen Vorurteile durchbricht, ohne jedoch gleich neue Normen vorschreiben zu wollen.

### **Männer in Behandlung: Was müssen wir besonders hervorheben?**

Männer mit ihrem eher kartesischen geprägten Weltbild bevorzugen kognitive Ansätze der Therapie. Dies darf aber nicht vergessen lassen, dass sie ein oft uneingestandenes Bedürfnis haben, an ihren Defiziten in den Bereichen Beziehungen und Gefühle zu arbeiten. Mit Techniken der Kurzintervention und des motivationalen Interviews wird den Männern die Möglichkeit geboten, wieder einen Teil der Kontrolle über ihr Problem zurückzuerhalten. Gerade Männer mit einer traditionellen Vorstellung von Männlichkeit werden eher bereit sein, ihre Schwierigkeiten in Angriff zu nehmen, wenn sie sehen, dass ein Teil der Problemlösung in ihrer Hand liegt. Dies scheint sehr wichtig zu sein dafür, dass sich Männer getrauen sich mit ihren Gefühlen und Beziehungen auseinanderzusetzen.

Die Stellung und die Rolle des Vaters in der Kindererziehung werden vermehrt in den Vordergrund gerückt: Ob abwesender Vater oder Kuschelpapa – die Medien haben diese Frage breit thematisiert. Welche Stellung hat der Vater in den Behandlungseinrichtungen? Die Frage der emotionalen Belastung in dieser Situation wurde bei alkohol- und drogenabhängigen Müttern weitläufig untersucht und berücksichtigt. Heute wird zunehmend auch die Lage der Väter thematisiert. Wollen die Väter ihre Kinder bei sich haben oder sollen sie diese zumindest regelmässig sehen können? Soll dieses Bedürfnis unterstützt werden? Der Status der Mutter, die Bindung zwischen Mutter und Kind sowie zwischen Mutter und Vater müssen selbstverständlich in diese Überlegungen miteinbezogen werden. Ist das Kind alt genug, um selbst zu entscheiden, muss es ebenfalls befragt werden. Auf jeden Fall scheint es gute Argumente dafür zu geben, die Dimension der Vaterschaft in die Behandlung mit einzubeziehen, damit durch die Arbeit an der Beziehung zwischen Vater und Kind die Genesung des Vaters unterstützt werden kann: Dies ist wichtig einerseits für die Gestaltung der Beziehung zwischen den Generationen und andererseits für den Genesungsprozess, für den sich damit auch eine nicht berufsbezogene Motivation erschliesst.

Man muss auch über die Frage gemischter therapeutischer Gruppen nachdenken. Die Vor- und Nachteile aller Optionen bedürfen konzeptueller Reflektionen durch die Behandlungsteams. Sollen, und wenn ja unter welchen Bedingungen, gleichgeschlechtliche oder gemischtgeschlechtliche therapeutische Dyaden vorgeschlagen werden? Wäre es für diesen oder jenen Mann einfacher, sich gegenüber einer Frau oder einem Mann auszudrücken? Wie wird sich dies auf die Machtverhältnisse zwischen Therapeut/in und Patient auswirken?

Ohne endgültige Antworten und Empfehlungen geben zu können, wird hier festgehalten, dass es wichtig ist, dass die therapeutischen Einrichtungen in ihren Konzepten die Gleichwertigkeit der Geschlechter reflektieren und diesem Thema Vorrang geben (*Gender mainstream*). Unter anderem sollten die angebotenen Massnahmen, die Geschlechtermischung (oder nicht) bei der Klientel und/oder dem Team, ja sogar beim leitenden Gremium oder beim Vorstand auf einem Verständnis der Gleichwertigkeit von Mann und Frau begründet sein, das die jeweiligen Bedürfnisse und Unterschiede berücksichtigt. Die Institutionsleitungen sollten Schulungen und Informationsaustausch zum Thema Geschlechtergerechtigkeit ermöglichen und fördern, um das Know-how ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicherzustellen.

### **Schlussfolgerungen und Ausblick**

Es ist wichtig, dass sich die geschlechtsspezifische Zugangsweise zur Suchthematik in einer Synergie zwischen den Geschlechtern abspielt und nicht etwa in Opposition zueinander. Statt auf je ein Geschlecht zu fokussieren und nach dessen Charakteristika zu suchen, sollten Wissenschaft, Prävention und Behandlung systematisch stets beide Geschlechter betrachten und einbeziehen. Das zur Zeit mehr und mehr in den Vordergrund tretende Problem der Spielsüchte sollte Anlass sein, diese Problematik der öffentlichen Gesundheit von Beginn an auf allen Ebenen unter dem

Gesichtspunkt der Geschlechtergerechtigkeit anzugehen. Das Gleiche gilt für die Problematik des Suchtverhaltens in der Migrationsbevölkerung.

Eine systematische Reflektion über die Geschlechter, über den Platz von Männern und Frauen in den Konzepten der Prävention, der Kommunikation und der Behandlung von Suchtproblemen, in den Arbeitsgruppen und in der Gesamtgesellschaft ist die Basis für eine Integration und Umsetzung der Gleichheit und Chancen für jede und jeden. Dies ist eine Herausforderung, für die sich unser gemeinsamer Einsatz mehr als lohnen wird.

Angaben zur Bibliographie:

vgl. Bericht „Sucht und Männlichkeit“, 143 S., Michel Graf, SFA, Lausanne, 2006, Fr. 20.00 (erhältlich bei der SFA, Tel. 021 321 29 35)

oder als .pdf gratis online:

[http://www.sfa-ispa.ch/Extranet/publication/PublicationUpload/sucht\\_mannlichkeit.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/Extranet/publication/PublicationUpload/sucht_mannlichkeit.pdf)

## Abhängigkeit: Müssen wir wirklich noch über die Männer sprechen? Wurde nicht schon alles gesagt?

Erste nationale Fachtagung zum Thema  
«Gender und Sucht»  
Freiburg, 2. Februar 2008  
Michel Graf, MPH  
Direktor der Schweizerischen Fachstelle für  
Alkohol- und andere Drogenprobleme, SFA



1

## Danke auch

an Edith Bacher, Sabine Dobler,  
Geneviève Praplan, Jacqueline Sidler,  
Holger Schmid, Etienne Maffli und  
Philippe Chastonay, die diese Arbeit  
begleitet haben

an die Expertinnen und Experten, die  
diesen Bericht bereichert haben

4



2

Natürlich vergesse ich auch meine zwei  
Kolleginnen nicht

Beatrice Annaheim und Janine Messerli,  
Ko-Autorinnen des Berichts

Beatrice für die Kapitel 6 und 9  
und Janine für die Überarbeitung der  
deutschsprachigen Version

5

## Ich danke

an erster Stelle Marie-Louise Ernst

Franziska Güttinger, Jürgen Rehm und  
Ulrich Frick, Institut für Sucht- und  
Gesundheitsforschung (ISGF), Zürich

Harald Klingemann, Schweizerische  
Suchtforschung und Beratung (SSB),  
Bern

3

## Aufbau des Beitrags

Omnipräsenz des Mannes oder Vergessen der  
geschlechtsspezifischen Aspekte?

Männlichkeit und Gesundheit: die soziale Konstruktion  
des Geschlechts und deren Einfluss auf die  
Gesundheit des Mannes

Kindheit und Jugendalter: Individuum und Gruppe in  
einem Lebenskontext

Erwachsenenalter: Die männerspezifischen Aspekte  
Behandlung von Männern

Männer in den Institutionen: Der *gender mainstream*  
Anstelle einer Schlussfolgerung...

6

## Omnipräsenz des Mannes oder Vergessen der geschlechtsspezifischen Aspekte?

7

Die Allgegenwart des Mannes beim Thema Abhängigkeit könnte einen glauben machen, dass alles auf diesem Gebiet von Männern für Männer getan wird

Sehr hoher Anteil Männer sowohl bei den Personen, die konsumieren, wie bei denjenigen, die in Behandlung sind

Männer als Leiter von Institutionen

männliche Pfleger

«geschlechtslose» Informationsmittel

8

### Ausdruck einer bewussten Entscheidung, NUR über Männer zu sprechen?

Klar ist: Die Frauen haben als erste reagiert  
 «Die spezifisch weiblichen Aspekte werden vergessen!»

Die Entwicklung von frauenspezifischen Angeboten war und bleibt eine Notwendigkeit

Dies bedeutet nicht, dass das, was es gibt, männerspezifisch ist

9

### Wurde bereits alles gesagt?

Ein erster Entwurf einer Antwort: «Das ist nicht so sicher»

Auch wenn «schon viele Dinge gesagt wurden» sind die «männerspezifischen» Ansätze nicht genügend klar, nicht genügend konzeptualisiert

Ausserdem: ALLES wurde sicher nicht gesagt...

und es bleibt noch viel zu sagen!

10

### Dieser Bericht will zu folgender Veränderung beitragen:

Von hier...

Norm = männlich



Ausnahme = weiblich

11

...nach hier.

Norm =

männlich + weiblich

Ein viereckiges Schema...  
 typisch männlich, oder?

12

### Werden Sie hier etwas Neues lernen?

Dieser Beitrag wirft ein Licht auf männerspezifische Aspekte, welche durch diese Pseudo-Norm verwässert wurden



13

## Männlichkeit und Gesundheit: die soziale Konstruktion des Geschlechts und deren Einfluss auf die Gesundheit des Mannes

14

### Der Einfluss des traditionellen Männerbildes

Die männliche Identität wird mehr über  
 soziale als über genetische Bedingungen  
 aufgebaut

Der Mann oder männliche Jugendliche  
 sind nicht passive Opfer einer sozial  
 vorgeschriebenen Rolle

Macht, Vorherrschaft, soziale Erwartung...

15

### Ein «echter Mann» sein = seine Männlichkeit betonen

Risikofaktoren für einen Drogenkonsum  
 und für andere Verhaltensweisen, welche  
 die Gesundheit betreffen:

sozial existieren,

seine Probleme lösen,

die Kontrolle haben,

zeigen, dass man eigene Grenzen  
 überschreiten kann

18

Du bist ein Mann, ein «echter» Mann!



SERIE MARQUIN ET DÉPENDANCES: thèmes de base et recommandations

16

### Empfehlungen

Aspekte der Konstruktion des Geschlechts  
 in Gesundheitskonzepten berücksichtigen

An der männlichen Identität, dem  
 Verständnis von Gesundheit und an den  
 sozialen Erwartungen arbeiten um zu  
 einem heterogeneren Bild von  
 Männlichkeit zu gelangen

19

Du bist ein Mann, ein «echter» Mann!



SERIE MARQUIN ET DÉPENDANCES: thèmes de base et recommandations

17

Kindheit und Jugendalter:  
 Individuum und Gruppe in  
 einem Lebenskontext



20

### Der Einfluss der Familie

Konsumprobleme der Eltern scheinen einen ausschlaggebenden Einfluss zu haben

Familiärer Zusammenhalt und Dialog sind wichtige Schutzfaktoren für Jungen

Körperlicher, sexueller und emotionaler Missbrauch bei Jungen ist noch ein Tabuthema

21

### Erwachsenenalter: Die männerspezifischen Aspekte



25

### Der Konsum psychoaktiver Substanzen

Der Konsum der Jungen ist höher als derjenige der Mädchen

Der frühe Konsum und punktueller Substanzenmissbrauch stellen bei den Jungen die hauptsächlich Probleme dar

22

### Der Konsum psychoaktiver Substanzen



Chronisch risikohaft Alkoholkonsum und Rauschtrinken sind bei Männern häufiger als bei Frauen

⇒ mehr Alkoholabhängige und mehr negative Auswirkungen wegen Alkoholmissbrauchs (z.B. Unfälle) bei den Männern

26

### Lebenskontexte

Risikobereitschaft, Suche nach intensiven Erlebnissen

Gleichaltrigengruppe, normative Wahrnehmungen

Unzufriedenheit mit der Schule

23

Mehr Männer als Frauen rauchen, und Männer rauchen mehr

⇒ Wegen tabakbedingter Krankheiten (v. a. Infarkte) hospitalisierte Männer über 40 Jahren

27

### Empfehlungen

Eine Familienpolitik entwickeln, welche die Qualität des Familienlebens erhöht und die Eltern in ihrer Rolle als Erziehende unterstützt

Über sexuellen Missbrauch bei Jungen sprechen wagen

Mädchen- und jungenspezifische Präventionsansätze entwickeln

Früherkennung, Symptome

24

Der Konsum von Cannabis ist zwar in den vergangenen 10 Jahren sowohl bei Frauen wie bei Männern gestiegen, die Männer sind aber doppelt so stark vertreten

⇒ Mögliche zukünftige negative Auswirkungen für die Männer?

28



Stets sind es mehr Männer als Frauen, die überhaupt und die regelmässig Heroin konsumieren

Bei beiden Geschlechtern wird ein Konsumanstieg von Kokain festgestellt, die Männer sind aber stärker betroffen als die Frauen

⇒ Juristische Konsequenzen!

29

### Empfehlungen

**Die Arbeit: Ein Ort,**  
 ...an dem man mit Männern über Gesundheit sprechen soll

...an dem man an der Chancengleichheit arbeiten muss

...an dem man die Männer auf den Ruhestand, auf einen anderen Lebensrhythmus vorbereiten muss

33

### Empfehlungen

Männerspezifische «Alkoholpräventionsstrategien» entwickeln: Risikoverhalten und Abhängigkeit

Tabak: Dringlich sowohl für Frauen wie für Männer!

Cannabis: Strategien für Männer zwischen 15 und 24 Jahren für Konsumstopp und/oder Konsumreduktion

Kokain: mehr dazu herausfinden!!!

30

### Gewalt in der Partnerschaft



Zwischen Gewalt in der Partnerschaft und Konsum von psychoaktiven Substanzen bestehen Zusammenhänge, die Kausalität aber ist unklar

Die Prävalenz von körperlich gewalttätigem Verhalten in der Partnerschaft ist deutlich höher, wenn Alkohol- oder Kokainprobleme vorliegen

Zusammenhang mit psychiatrischer Komorbidität

34

### Berufsleben



Dieses hat für die Männer eine grosse Bedeutung: Soziale Wertschätzung, aber auch Gewicht wegen Verantwortung

⇒ Arbeitslosigkeit = Risiko für Alkoholisierungen und für Medikamenteneinnahme

⇒ Verantwortung = Risiko für Alkoholisierungen

31

### Empfehlungen

Fachpersonen, die an der Lösung von Konflikten in Partnerschaften beteiligt sind, müssen systematisch die Frage der Gewalt, die in Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen steht, ansprechen, insbesondere dann, wenn es – auch wenn nur schwache – Anzeichen für körperliche Gewalt gibt

Komorbidität und Kausalitäten müssen untersucht werden

35

Der Übergang vom Berufsleben zum Ruhestand bringt mit Bedingungen mit sich, die einen Einfluss auf den Substanzkonsum haben können

32

## Behandlung von Männern

36

### Erfolgsfaktoren und Risikofaktoren



Probleme bei der Arbeit und Probleme mit dem Gesetz, insbesondere solche in Zusammenhang mit Fahren in angetrunkenem Zustand = Wichtigste Motivation für Männer, sich in Behandlung zu begeben

Es sind vor allem Zwänge (strukturelle und soziale) welche die Männer dazu motivieren, mit einem Konsum aufzuhören

37

Soziale Isolation ist ein Risikofaktor, den man berücksichtigen muss. Dies umso mehr, als dass die positive Rolle des Umfelds beim Genesungsprozess eine wichtige Rolle spielt

Für Männer in Behandlung ist die Tatsache, eine Arbeit zu haben, ein wichtiger Faktor für die Genesung

Verleugung, Ambivalenz und psychisches Leiden müssen thematisiert werden

38

### Empfehlungen

Insbesondere für Männer sollten so genannte Kurzinterventionen und motivierende Gespräche entwickelt werden, damit ihnen ein Teil der Kontrolle über ihr Problem zurückgegeben werden kann

Mit Männern mittels Techniken der Persönlichkeitsentwicklung an ihren Beziehungsdefiziten arbeiten, damit sie ihre sozialen Kompetenzen stärken können

39

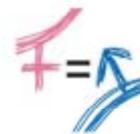
Das soziale Netz ist eine wichtige Komponente für die Genesung der Männer

Familiäre Bindungen sind für sie besonders wichtig und positiv

Die Arbeitgebenden spielen eine wichtige Rolle

40

### Männer in den Institutionen: Der *gender mainstream*



41

### Väter in Behandlung



Wurde darüber genügend nachgedacht?

Welchen Platz will man dem Vater-Status in der Behandlung geben?

Wie kann die Beziehung zum Kind erhalten oder geknüpft werden?

Was, wenn Väter gewalttätig sind?

42

**Die therapeutische Beziehung:  
Gemischt oder nicht?**



Eine gemischte Therapie-Equipe – ja  
oder nein?

Und in der therapeutischen Dyade?

Und in therapeutischen Gruppen?

43

### Empfehlungen

Von Institutionen, die DURCH Männer  
geführt werden, übergehen zu Orten, die  
FÜR Männer – und FÜR Frauen –  
konzipiert sind

Der Reflexion über die Integration der  
Geschlechtergleichheit im therapeutischen  
Konzept von Institutionen einen wichtigen  
Platz einräumen

44

Die Aktivitäten, welche man den KlientInnen  
anbietet, die vorhandene oder nicht  
vorhandene Gemischtheit der  
Kleintengruppen und der Therapie-Equipe,  
resp. des Vorstands oder Leitungsgremiums  
etc., müssten auf einem Verständnis der  
Gleichwertigkeit von Mann und Frau  
begründet sein, das die jeweiligen  
Bedürfnisse und Unterschiede  
berücksichtigt

45

## Anstelle einer Schlussfolgerung

46

Der geschlechtergerechte Ansatz muss  
sich künftig in Zusammenarbeit der  
Geschlechter entwickeln

Wissenschaftliche Forschungsarbeiten,  
Projekte der Prävention, der  
Öffentlichkeitsarbeit und der Behandlung  
müssen sich systematisch auf Männer und  
Frauen beziehen ohne die eine Seite auf  
Kosten der anderen zu bevorzugen

47

Nur auf diese Weise können sich nach  
und nach eine echte Chancengleichheit  
und eine wirkliche Integration der  
Geschlechter und ihrer Vielfaltigkeit in  
unserer Gesellschaft verankern

48

«Au masculin... et au féminin!»... Damit  
dieser erste Bericht... auch der letzte bleibt!

**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

49

## **Dépendances: faut-il vraiment encore parler des hommes? N'a-t-on pas déjà tout dit?**

Michel Graf, MPH, directeur de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Lausanne, auteur du rapport "Genre masculin et dépendances" <sup>1</sup>

### **Abstrait**

Dans cet exposé, les principales données et conclusions du rapport seront présentées.

L'omniprésence de l'homme dans la thématique des dépendances pourrait laisser croire que tout est fait par lui et pour lui dans ce domaine. Cependant, la mise en perspective des spécificités masculines n'est de loin pas systématique dans les études scientifiques. On trouve en effet de nombreuses études sur le genre féminin, alors que celles sur le genre masculin sont rares. Dès lors, l'impression se dégage que les comportements masculins correspondent à l'ensemble des comportements décrits, alors qu'ils sont en réalité noyés dans une sorte de globalité. Celle-ci ne reflète finalement qu'une "moyenne" des comportements des hommes et des femmes, une sorte de neutralité. On retrouve ce biais de présentation dans de nombreux outils de communication, lesquels donnent généralement une place de choix aux données et approches globales, en mettant un accent çà et là sur les spécificités féminines. Les messages sont-ils alors bien ciblés pour les hommes? Cette préoccupation est aussi présente dans les approches thérapeutiques.

La question de l'identité masculine, de ses stéréotypes dominants de force et de virilité est à mettre en lien avec les motifs de consommation de substances psychoactives des hommes, pratiquement toujours plus élevée que celle des femmes, et ce à tous les âges de la vie. L'importance de l'identité masculine construite au travers du travail est à prendre en considération pour les approches préventives, qui devront se développer en milieu professionnel, ainsi que pour préparer les enjeux de l'entrée en âge de retraite, situation de vie à risque de consommation problématique pour certains hommes. De fait, les approches thérapeutiques prennent en compte cet aspect de la réalité masculine et utilisent la réinsertion professionnelle comme axe de rétablissement.

On ne peut évoquer la consommation de substances psychoactives des hommes sans s'arrêter sur les comportements violents dans la sphère privée. Si les liens de causalité ne sont pas élucidés, les associations sont fortes et doivent inciter les professionnel-le-s à aborder ces questions dans leur pratique thérapeutique. Des études sur les comorbidités psychiatriques sous l'angle du genre devraient se développer pour accompagner ces réflexions et actions.

Au plan de la prise en charge, les hommes, majoritaires dans les lieux de traitement, sont-ils suffisamment accompagnés spécifiquement selon leur genre? Ne devrait-on pas développer des concepts thérapeutiques spécifiques au genre masculin, afin d'être plus explicite, plus clair dans les pratiques? Quelle place donne-t-on au statut de père pour les résidents en traitement? Les approches thérapeutiques basées sur les déficits relationnels et émotionnels sont des pistes à suivre, tout comme celles dites d'interventions brèves et d'entretiens motivationnels, lesquels redonnent à l'individu sa part de responsabilité et de ... pouvoir, un terme typiquement masculin! Au final, la question de l'égalité des chances dans les concepts thérapeutiques est à développer, expliciter, par exemple en matière de langage utilisé au sein de l'institution et de la parité hommes - femmes dans la direction et le Comité, en tous les cas dans les institutions mixtes. On doit

<sup>1</sup> Rapport réalisé sur mandat de l'OFSP

aujourd'hui passer d'institution gérées PAR des hommes à des institutions POUR les hommes... et POUR les femmes, dans une perspective de synergie entre les genres. Cet appel est fait aussi à l'attention des autres domaines d'action que sont la prévention, la recherche scientifique et la santé publique, afin que l'égalité des chances s'implante partout, et que se modifie petit à petit l'image de l'hégémonie masculine et de ses conséquences négatives sur les comportements de santé.

## **Conférence**

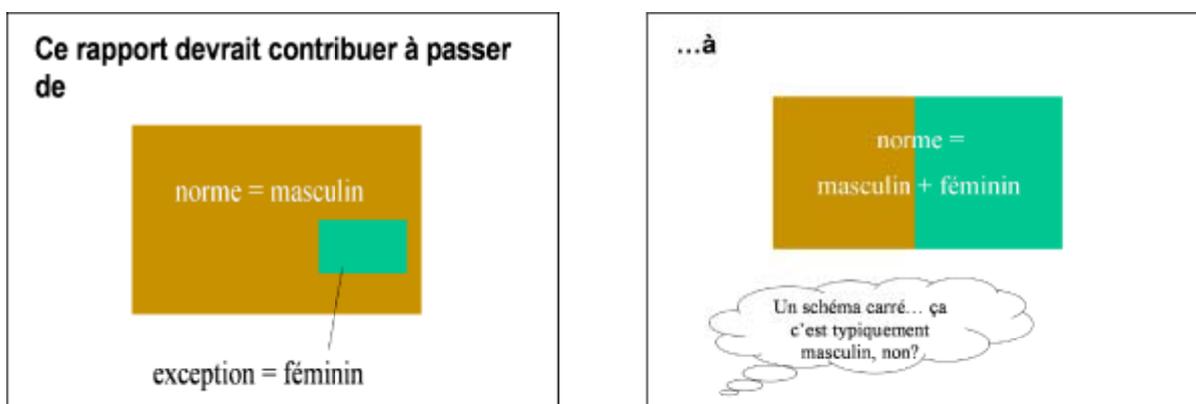
### **Introduction**

Après 20 années de développement d'approches spécifiques pour les femmes, la question de la spécificité des hommes vient sur le devant de la scène. De plus en plus d'études montrent en effet que les hommes se préoccupent trop peu de leur bien-être et de leur santé, qu'ils refusent de prendre en compte les signaux qu'émettent leur corps, niant leurs souffrances et leurs douleurs. Ainsi, les hommes vont moins souvent que les femmes chez le médecin, et lorsqu'ils y vont, ils consultent pour des troubles relativement graves et nécessitant des soins spécialisés. En matière de consommation de substances psychoactives, les hommes boivent plus d'alcool que les femmes, fument plus de tabac et en plus grande quantité et consomment nettement plus de cannabis qu'elles. Il y a plus d'hommes que de femmes qui consomment de l'héroïne et la fréquence de leur consommation est plus élevée que chez les femmes. En matière de cocaïne, si une augmentation est constatée pour les deux sexes depuis 10 ans, les hommes restent plus concernés que les femmes. Seule la consommation de médicaments se distingue dans ce tableau global de l'usage des substances psychoactives; les femmes en usent plus que les hommes, et ce dans toutes les classes d'âge. Les consommations problématiques sont donc un fait majoritairement masculin. Cette omniprésence de l'homme dans la thématique des dépendances pourrait dès lors faire croire que tout est fait pour lui dans ce domaine. La réalité est plus nuancée que cela.

### **A-t-on oublié les spécificités masculines?**

Outre le fait que les hommes sont surreprésentés dans la clientèle des lieux de traitement, on doit aussi constater que la proportion d'hommes dans la direction des institutions et dans les positions clé de la hiérarchie des soignants est très élevée, parfois même exclusive. Cette omniprésence est renforcée par le fait que les documents écrits le sont au masculin, par défaut. L'ensemble de ces faits reflète-t-il l'expression d'une volonté délibérée de ne parler que des hommes, pour des hommes? Est-ce que parce que tout a été dit au masculin, que tout a été fait pour lui et par lui dans ce domaine? Pas si sûr! Si les femmes ont été les premières à réagir, en constatant que leur spécificité n'étaient pas prises en considération, et en développant des approches pour elles, cela ne veut pas dire que ce qui existe de non spécifique aux femmes est forcément spécifique aux hommes. Il va falloir distinguer dans l'ensemble des offres existantes, celles qui ont clairement des aspects spécifiques aux genres de celles qui se veulent généralistes, globales. C'est au travers de cette globalité que se jouent les principaux enjeux de la différenciation des approches spécifiques selon les genres. Jusqu'à maintenant, on a confondu "approche globale" avec "approche masculine", simplement parce qu'elles ont été développées par des hommes. Or, ces approches ne sont en général pas explicitement destinées aux hommes, en ce sens qu'elles ne sont pas conceptualisées comme telles. Cette absence de conceptualisation induit que la masculinité est la norme, annulant de fait aussi bien les spécificités de l'homme que celles de la femme; dans cette perspective, les offres développées pour les femmes constituent une exception (voir graphique 1). Les spécificités des hommes quant à elles, se trouvent noyées dans cette pseudo-norme, comme si le genre masculin n'existait pas ou était "tout". En réfléchissant aux spécificités masculines, on va paradoxalement redonner du poids à celles du genre féminin et établir un véritable équilibre entre les genres, afin de considérer à parts égales les besoins des hommes et ceux des femmes (voir graphique 2). Sans oublier que dans le genre masculin, tout comme dans le genre féminin, il y a des masculinités et des féminités, des individus différents, avec leur part de masculin et de féminin. L'enfermement dans une image sociale est un piège réducteur: les "hommes" et les "femmes" n'existent pas en tant que catégorie homogène. Il y a autant de types d'hommes ou de femmes que d'individus et autant de différences liées au statut socioculturel, économique, ethnique, etc. à

l'intérieur du groupe d'hommes ou de femmes, qu'entre les hommes et les femmes eux-mêmes. Certains auteurs ont d'ailleurs développé des typologies plus variées de la masculinité, qui regroupent les hommes en quatre catégories allant d'individus ayant intégré un concept de la masculinité traditionnelle à ceux revendiquant un statut de "nouvel homme", qui ne seraient pas emprisonnés dans ces schémas. chap.2 p 20 Il n'en demeure pas moins qu'il existe des stéréotypes dominants dans chacun des genres et que, lorsqu'on parle de l'homme, c'est bien du mâle viril et fort dont on va parler en général.



### **Le stéréotype de la masculinité: un facteur de risques pour la consommation**

Si les différences entre les sexes sont déjà présentes avant la naissance, dans la vulnérabilité des embryons mâles, et que cette vulnérabilité semble se poursuivre dans les premiers stades du développement de l'enfant, certaines approches du développement humain postulent que c'est plus sur des déterminants sociaux que génétiques que l'identité masculine se construit. L'éducation contribue à la perpétuation des stéréotypes des genres, au travers des jeux, jouets et attentes parentales. A l'adolescence, la force d'inertie du groupe de pairs renforce les images traditionnelles de la masculinité, tout comme la publicité par exemple. Ce n'est pas seulement dans des publicités ou des images vantant la force, la rudesse et le courage de l'homme (un certain cow-boy fumeur par exemple...) que ce stéréotype se construit, mais aussi par le biais de publicités plus discrètes mais non moins suggestives, comme celles faisant la promotion des produits de nettoyage en s'adressant clairement aux femmes et celles vantant les voitures tout-terrain en utilisant les clichés les plus machistes. Pourtant, l'homme ou l'adolescent ne sont pas des victimes passives d'un rôle social prescrit, ni simplement conditionnés par leur culture et les normes sociales dominantes; ils agissent et se comportent de manière à être reconnus dans ces modèles et par là même, les perpétuent. Il n'est pas si désagréable que cela d'avoir le pouvoir!

Dans notre société en mutation, les repères traditionnels s'effritent; la famille nucléaire classique – couple avec enfants – n'est plus forcément la norme, les femmes s'engagent professionnellement, font de la politique, bousculant ainsi les rôles sociaux traditionnels. Certains hommes se voient ainsi eux aussi confrontés à la double charge "famille – travail" dans laquelle ils estiment devoir investir beaucoup plus pour la sphère professionnelle que celle familiale. Pourtant, dans ce nouveau rôle, les hommes – tout comme les femmes d'ailleurs! – ne reçoivent que peu de reconnaissance de leur entourage, quand ce ne sont pas des reproches ou de la réprobation. Tirillés entre leur rôle "historique" de pourvoyeur des finances et leurs envies d'être des pères présents et attentifs, ballottés entre différents rôles, classiques et nouveaux, nombre d'entre eux ne savent plus à quoi se référer pour garder leur pouvoir et leur place, sans pour autant prendre les rôles et places des

femmes. Cette absence de repères clairs leur fait douter de leur estime d'eux-mêmes. Les attentes et besoins des femmes les submergent, les déstabilisent, les angoissent. Quelle place reste-t-il pour leurs rôles masculins traditionnels, de pères, de chefs de famille? Quelle(s) nouvelle(s) forme(s) de masculinité(s) les hommes doivent-ils, peuvent-ils exprimer? En effet, aujourd'hui, les hommes savent ce qu'on leur reproche d'être, dominateurs, violents, imbus de pouvoir, omniprésents... Il est moins évident pour eux de savoir ce qu'ils devraient être.

Or, de plus en plus de recherches scientifiques démontrent le lien évident qu'il y a entre l'intériorisation de la norme masculine dominante et les comportements à risque pour la santé, dont la consommation de cigarettes, d'alcool et d'autres drogues font partie. En effet, la consommation problématique de substances psychoactives est à considérer comme une manière pour certains hommes d'exprimer leur masculinité. Cela leur permet d'exister socialement et de tenter de résoudre leurs problèmes, à la fois en les extériorisant et en les refoulant dans leur conscience. Cette ambivalence est encore renforcée par le besoin d'avoir le contrôle total sur leurs propres comportements à risque. Dans cette perspective, la pratique de sports extrêmes, l'appartenance à une bande et la consommation excessive d'alcool ou de drogues constitue pour un homme la démonstration de sa suprématie, de sa capacité à dépasser les limites, de sa force – y compris en matière de violence – pour autant qu'il montre qu'il a la situation complètement sous contrôle. Paradoxalement, l'ivresse fait aussi partie de la démonstration de la masculinité. Dès lors, la différenciation entre "tenir le coup" – boire beaucoup sans paraître ivre – et "prendre une cuite" est floue, avec pour risque particulièrement élevé, dans les deux cas, de glisser dans la dépendance.

Que ce soit à l'adolescence ou à l'âge adulte, l'homme se distingue de la femme dans ses comportements de consommation par ses abus ponctuels et des consommations dans des contextes inappropriés, comme la circulation routière, par exemple. On retrouve ici encore une caractéristique masculine dominante, celle de la prise de risques, à laquelle on associe la recherche de sensations fortes. Le genre masculin est plus extraverti, les femmes plus introverties. De fait, les comportements à risques sont valorisés à la fois par les pairs masculins et par la société, qui les considère un peu comme des comportements "désirables" des garçons et des hommes. Cette acceptation sociale, qui considère la prise de risque comme un signe de virilité, est particulièrement visible en matière de consommation d'alcool, par exemple au travers de concours de saouleries, sorte de rituels initiatiques typiquement masculins, qui permettent aux participants de faire la preuve qu'ils sont "des hommes, des vrais"; la même attitude dans un groupe de filles n'aurait certainement pas pour conséquence de prouver qu'elles sont de vraies femmes, bien au contraire. On notera aussi que, pour tous les comportements de consommation de substances psychoactives, à l'exception de la cigarette, les garçons ont une perception plus faible de leur dangerosité que les filles. Cette tendance des garçons à sous-évaluer les risques se retrouve aussi dans les questions relatives à la conduite d'une voiture, ou encore pour les relations sexuelles non protégées.

Rôle des pairs, perceptions normatives dominantes, image stéréotypée de la masculinité, tout cela doit nous inciter à travailler sur l'identité masculine et ses implications dans les attitudes quotidiennes, sur les représentations de la santé, sur les attentes sociales des autres et de soi-même, afin de modifier petit à petit l'image de l'hégémonie masculine et ses conséquences négatives sur les comportements de santé. On retiendra ainsi que ces approches doivent trouver une place à l'école, dans des réflexions en groupes non mixtes, entre garçons, afin de les inciter à oser exprimer leurs sentiments, leurs peurs, leurs doutes. On doit aussi ouvrir cette discussion avec les filles, pour que le dialogue autour des stéréotypes puisse briser les images préconçues réciproques, sans pour autant vouloir imposer une nouvelle norme!

### **L'homme en traitement: des aspects à valoriser**

L'homme, par ses côtés cartésiens, apprécie les thérapies cognitives. Cela ne doit toutefois pas faire oublier son immense besoin – souvent non dit – de travailler sur ses déficits relationnels, sur ses émotions. En appliquant les techniques de l'intervention brève et de l'entretien motivationnel, on offre aux hommes la possibilité de reprendre une part de pouvoir sur leur problème. Les hommes ayant intégré profondément l'image traditionnelle du rôle social masculin seront certainement plus enclins à accepter d'entrer en matière sur leur difficulté, s'ils peuvent comprendre qu'ils ont en partie la maîtrise sur le processus de résolution de leur problème, ce qui semble primordial pour leur permettre d'oser aborder les aspects émotionnels et relationnels de leur vécu.

De plus en plus, la place du père et son rôle dans l'éducation des enfants sont mis sur le devant de la scène: père absent ou papa poule, les médias ont largement thématiqué la chose. Quelle place le père a-t-il dans les institutions de traitement? La question du stress affectif généré par la séparation du père d'avec son enfant, si elle a été beaucoup étudiée et prise en compte pour les mères consommatrices de drogue ou d'alcool, est aujourd'hui de plus en plus thématiquée pour les réalités des pères. Les pères souhaitent-ils avoir leurs enfants auprès d'eux, ou pour le moins pouvoir les voir régulièrement? Faut-il stimuler cette demande? Le statut de la mère, le lien relationnel existant entre la mère et l'enfant et entre la mère et le père sont bien évidemment à prendre en considération dans cette réflexion. S'il est en âge de décider, l'enfant doit aussi être consulté. En tous les cas, il semble qu'il y ait des arguments favorables à l'intégration de la dimension de la paternité dans le traitement, afin de consolider le rétablissement du père en travaillant sur la reconstruction du lien père – enfant, à la fois dans une optique générationnelle, mais aussi comme stimulation positive de l'homme à poursuivre son rétablissement, avec d'autres motivations que seulement celle liée au travail.

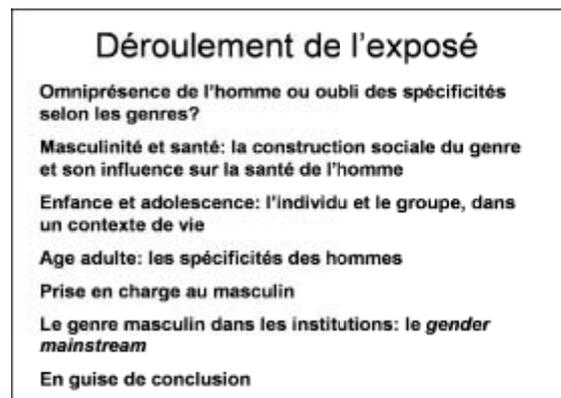
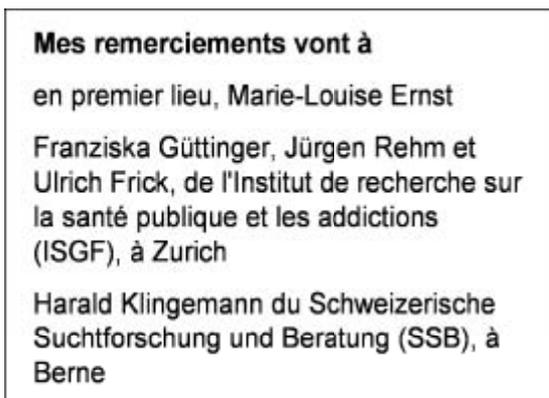
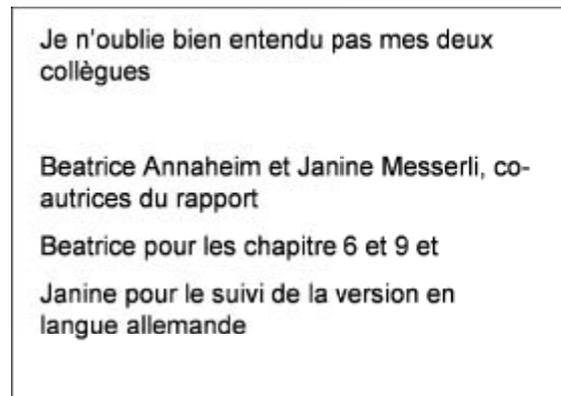
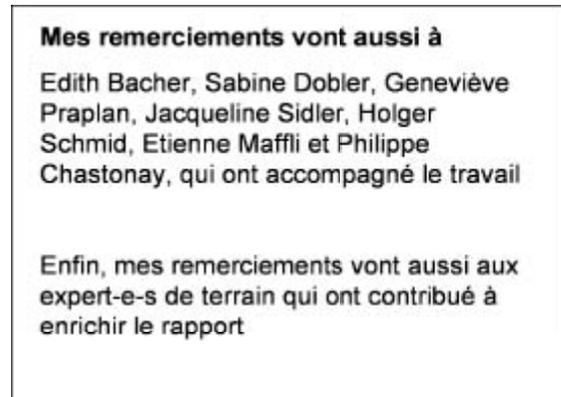
La question de la mixité dans les équipes thérapeutiques est aussi à réfléchir; les avantages et les inconvénients de chacune des options doivent être clairement analysés par les équipes thérapeutiques et conceptualisés. Faut-il, et à quelles conditions, proposer des dyades thérapeutiques mixtes ou non mixtes? Tel homme sera-t-il plus à l'aise pour s'exprimer avec une femme ou un autre homme? Quelle part de pouvoir va-t-il s'installer dans leur relation? Sans réponse ni recommandation définitives, il est essentiel de donner une place prépondérante à la réflexion sur l'intégration de l'égalité des genres dans le concept des institutions de tout type (*gender mainstream*). Les activités proposées aux client-es, la mixité ou non dans la clientèle ou/et dans l'équipe, voire dans le comité ou le conseil de direction, entre autres, devraient être basées sur une conception égalitaire de l'homme et de la femme, qui prenne en compte leurs besoins et différences. Les directions d'institutions devraient garantir et encourager des formations et des échanges d'informations sur le thème de la sexospécificité afin d'assurer le savoir-faire de leurs collaboratrices et collaborateurs.

### **Une conclusion ouverte sur le futur**

Après la publication du rapport "Genre masculin et dépendances", il est impératif que l'approche selon les genres se développe dans le futur en synergie entre les genres et non en opposition. Plutôt que de focaliser sur un genre et d'en distinguer ses caractéristiques spécifiques, il est urgent d'aborder systématiquement les deux genres dans les domaines de la recherche scientifique, dans les projets et actions de prévention et dans la prise en charge. L'émergence de la problématique du jeu pathologique doit être pour nous une occasion d'appréhender immédiatement cette question

de santé publique sous l'angle des genres, à tous les niveaux. Les approches transversales de la migration sont, elles aussi, à considérer dès maintenant sous ses aspects sexospécifiques.

Une réflexion systématique sur les genres, sur la place de chacun dans les concepts de prévention, de communication et de thérapies, dans les équipes de travail et dans la société en général constitue la base de l'intégration et de l'application de l'égalité des chances pour chacune et chacun. Un défi qu'il vaut largement la peine de relever ensemble.



## Omniprésence de l'homme OU oubli des spécificités selon les genres?

7

L'omniprésence de l'homme dans la thématique des dépendances pourrait laisser croire que tout est fait par lui et pour lui dans ce domaine

Très grande proportion d'hommes parmi les personnes qui consomment, ainsi que celles qui sont en traitement

Dirigeants d'institutions masculins

Soignants masculins

Moyens d'information «sans genre»

8

### L'expression d'une volonté délibérée de ne parler QUE des hommes?

En tous les cas, ce sont les femmes qui ont réagi les premières

«On oublie les spécificités féminines!»

Le développement d'offres spécifiques aux femmes a été – et reste – une nécessité

Cela ne veut pas dire que ce qui existe est spécifique aux hommes

9

### A-t-on déjà tout dit?

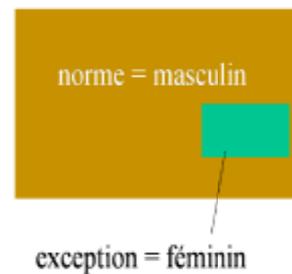
Première esquisse de réponse: «Pas si sûr!»

Si «beaucoup de choses ont déjà été dites», les approches «spécifiques hommes» ne sont pas assez explicites, pas assez conceptualisées

Par ailleurs, TOUT n'a pas été dit... et il restera encore beaucoup à dire!

10

### Ce rapport devrait contribuer à passer de



11

### ...à



12

### Allez-vous apprendre des choses nouvelles?

Cet exposé jette une nouvelle lumière sur des aspects spécifiques aux hommes qui ont été dilués dans cette pseudo-norme



13

## Masculinité et santé: la construction sociale du genre et son influence sur la santé de l'homme

14

### L'influence de l'image traditionnelle de la masculinité

L'identité masculine se construit plus sur des déterminants sociaux que génétiques

Pourtant, l'homme ou l'adolescent ne sont pas des victimes passives d'un rôle social prescrit

Pouvoir, hégémonie, attente sociale...

15

### T'es un homme, un «vrai» = affirmer sa masculinité

Facteur de risques dans la consommation de substances psychoactives, tout comme dans d'autres comportements de santé:

exister socialement,

résoudre ses problèmes,

avoir le contrôle,

démontrer sa capacité à dépasser ses limites

18

T'es un homme, un «vrai»!



SERIE MASCULIN ET DÉPENDANCES: données de base et recommandations

16

### Recommandations

Prendre en compte les aspects de la construction des genres dans les approches de santé

Travailler sur l'identité masculine, sur les représentations de la santé, sur les attentes sociales, afin de diversifier les images de la masculinité

19

T'es un homme, un «vrai»!



SERIE MASCULIN ET DÉPENDANCES: données de base et recommandations

17

### Enfance et adolescence: l'individu et le groupe, dans un contexte de vie



20

### L'influence de la famille

Les problèmes de consommation des parents semblent avoir une influence prépondérante

La cohésion familiale et le dialogue sont des facteurs protecteurs importants pour les garçons

Les abus corporels, sexuels et émotionnels chez les garçons sont une thématique encore taboue

21

### Age adulte: les spécificités des hommes



25

### Consommation de substances psychoactives

La consommation des garçons est plus élevée que celle des filles

La consommation précoce, les abus ponctuels constituent les principaux problèmes chez les garçons

22

### Consommation de substances psychoactives



Les consommations d'alcool chroniques à risque ainsi que les ivresses sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes

⇒ plus d'alcoolodépendants chez les hommes et plus de conséquences négatives liées aux abus (p.ex. accidents)

26

### Contexte de vie

Prise de risque, recherche de sensations fortes

Groupe de pairs, perceptions normatives

Insatisfaction scolaire

23

Plus d'hommes que de femmes fument, et en plus grande quantité

⇒ hommes hospitalisés de +40 ans avec maladies liées au tabagisme, infarctus en particulier

27

### Recommandations

Développer une politique familiale visant à augmenter la qualité de vie des familles et à soutenir les parents dans leur rôle éducatif

Oser parler des abus sexuels sur les garçons

Développer des approches préventives spécifiques aux filles et aux garçons

Repérage précoce, symptômes

24

Si la consommation de cannabis a augmenté en dix ans aussi bien chez les femmes que chez les hommes, la proportion de ces derniers est le double de celle des femmes

⇒ des conséquences négatives potentielles pour les hommes dans le futur?

28

Il y a toujours plus d'hommes que de femmes qui consomment de l'héroïne et la consommation régulière est plus fréquente chez eux

Pour la consommation de cocaïne, une augmentation est constatée pour les deux sexes, les hommes étant plus concernés que les femmes

⇒ conséquences juridiques!

29

### Recommandations

Développer des stratégies «alcool» spécifiques aux hommes: comportements à risque et dépendance

Tabac: une urgence aussi bien pour les femmes que les hommes!

Cannabis: s'adresser aux hommes de 15-24 ans avec des offres pour arrêter ou/et réduire sa consommation

Cocaïne: en savoir plus!!!

30

### La vie professionnelle



Elle a une grande importance aux yeux des hommes: valorisation sociale mais aussi poids des responsabilités

⇒ chômage = risque d'alcoolisation et de prise de médicaments

⇒ responsabilité = risque d'alcoolisation

31

Le passage de la vie professionnelle à la retraite est fait d'enjeux, lesquels ont une influence sur la consommation de substances psychoactives

32

### Recommandations

**Le travail: un lieu**

- ... pour parler «santé» aux hommes
- ... pour implanter l'égalité des chances
- ... pour préparer les hommes à la retraite, à un autre rythme de vie

33

### Violence dans le couple



Les liens entre la violence dans le couple et la consommation de substances psychoactives sont mis en évidence, causalité pas claire

La prévalence des agressions physiques au sein du couple est beaucoup plus élevée lorsqu'il y a problème d'alcool ou de cocaïne

Liens avec les comorbidités psychiatriques

34

### Recommandations

Les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la résolution de conflits conjugaux doivent aborder systématiquement la question de la violence en lien avec la consommation de produits, en particulier s'ils sont en présence de symptômes, même très légers, de violences physiques avérées

Comorbidités et causalité à étudier

35

## Prise en charge au masculin

36

### Facteurs de succès, facteurs de risque



Les problèmes liés au travail et les problèmes juridiques, en particulier ceux liés à la conduite en état d'ébriété = motivation principale pour les hommes à entreprendre un traitement

Ce sont plutôt des contraintes, structurelles et sociales, qui incitent les hommes à arrêter

37

Le réseau social est une composante importante pour le rétablissement des hommes

Les liens familiaux sont particulièrement importants et positifs pour eux

Les employeurs ont un rôle important à jouer

40

L'isolement social est un facteur fragilisant à prendre en compte, ce d'autant plus que le rôle positif joué par l'entourage dans le rétablissement est primordial

Pour les hommes en traitement, le fait d'avoir un emploi est un facteur important du rétablissement

Les questions du déni, de l'ambivalence, ainsi que celle de la souffrance psychique doivent être thématiques

38

Le genre masculin  
dans les institutions:  
*le gender mainstream*



41

### Recommandations

Développer les approches dites d'interventions brèves et d'entretiens motivationnels pour les hommes en particulier, pour leur redonner une part de pouvoir sur leur problème

Travailler avec les hommes sur leurs déficits relationnels par le biais de techniques de développement personnel, afin de renforcer leurs compétences sociales

39

### Etre père et en traitement



A-t-on suffisamment réfléchi à cela?

Quelle place donner au statut de père dans le traitement?

Comment garder ou tisser le lien avec l'enfant?

Quid des pères violents?

42

**La relation thérapeutique:  
mixte ou non?**



Mixité dans l'équipe thérapeutique ou non?

Et dans la dyade thérapeutique?

Et dans les groupes de parole?

43

**Recommandations**

Passer d'institutions gérées PAR des hommes à des lieux conçus POUR les hommes... et les femmes

Donner une place prépondérante à la réflexion sur l'intégration de l'égalité des genres dans le concept thérapeutique des institutions

44

Les activités proposées aux client-e-s, la mixité ou non dans la clientèle ou/et dans l'équipe thérapeutique, voire dans le comité ou le conseil de direction, entre autres, devraient être basées sur une conception égalitaire de l'homme et de la femme, qui prenne en compte leurs besoins et différences

45

**En guise de conclusion**

46

L'approche selon les genres doit, dans le futur, se développer en synergie entre les genres

Les recherches scientifiques, les projets de prévention, de communication grand public et de prise en charge doivent aborder systématiquement les deux genres, sans se focaliser expressément sur l'un au détriment de l'autre

47

Ce n'est que de cette manière que pourra s'implanter progressivement une réelle égalité des chances, une véritable intégration des genres et de leur diversité dans notre société

48

Au masculin... et au féminin! Afin que ce premier rapport... soit aussi le dernier!

**Merci pour votre attention!**

49

## **Welche Zukunft für das Thema Gender in der Suchtarbeit? Gender together: Ausblick**

Lic. phil. Marie-Louise Ernst, Psychologin und Organisationsberaterin, Beauftragte des BAG für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit

### **Abstract**

Im Schlussvortrag wird noch einmal zusammengefasst, wie sich der Stand der Dinge betreffend Gender in der Suchtarbeit präsentiert. Davon ausgehend werden Wege, Entwicklungen und Möglichkeiten aufgezeigt, welche sich für die nächsten Jahre abzeichnen und verfolgt werden sollen. Es geht dabei unter anderem um die Verankerung des Themas auf der strukturellen Ebene, um die Vermittlung von Genderwissen als fachlicher Erweiterung und Qualifizierung und die Weiterentwicklung von gendergerechter Suchtarbeit. Dabei sollen Leistungsträger und Leistungserbringer gleichermaßen in die Verantwortung eingebunden werden. Rahmenbedingungen für die Implementierung von Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit und Vorgehensweisen für die Institutionen werden dargestellt. Zum Schluss wird ein weiterführendes Angebot formuliert, welches den Institutionen und ihren Fachleuten zur Verfügung gestellt wird: die Mitwirkung am Gender-Netz.

## Referat

Wie bereits erwähnt, verfügen wir über viele Erfahrungen in der Umsetzung von Wissen und Reflexion in die Praxis frauengerechter Angebote. Hingegen haben wir wenig Handlungserfahrung in bezug auf männer- und gendergerechte Suchtarbeit.

- ### Inhalte des Vortrags

  - Anmerkungen zum Stand der Dinge bezüglich Sucht und Gender in der Schweiz
  - Anzustrebende Entwicklungen in den nächsten Jahren
  - Voraussetzungen für die Einführung von Gender Mainstreaming in den Institutionen
  - Dimensionen einer integrierten Genderperspektive
  - Die Gender-Matrix als Prüfinstrument
  - Ein Angebot an die Institutionen und die Fachleute: Das Gender-Netz

2

Lernen findet nicht im luftleeren Raum statt, es sind immer auch **Rahmenbedingungen** wirksam.

Ich erinnere an die **Machtverhältnisse**, die wir gerne aus unseren Überlegungen ausklammern. Die legale Gleichstellung ist zwar weitgehend vorhanden, aber wir sind von einer faktischen Gleichstellung noch weit entfernt.

Die Einsicht, dass **Genderwissen Fachwissen** ist und damit zur Qualität der eigenen Fachlichkeit beiträgt, ist noch nicht überall vorhanden. Erste **Ansätze auf struktureller Ebene** lassen jedoch hoffen. So wird das neue Referenzsystem QuaTheDA die Genderperspektive weitgehend enthalten. Veränderungen und entsprechende Lernprozesse geschehen – wie wir alle wissen – nicht nur freiwillig sondern brauchen neben dem Wollen und Können auch das Müssen. Um den Lernprozess zu fördern, braucht es **Instrumente** und Methoden. Davon haben wir einige für die Förderung frauengerechter Suchtarbeit entwickelt und in der Praxis erprobt. Es braucht jetzt auch Ansätze, welche bei der Entwicklung gendergerechter Angebote Unterstützung bieten. Eine Möglichkeit werde ich Ihnen später vorstellen.

- ### Anmerkungen zum Stand der Dinge bezüglich Sucht und Gender in der Schweiz

  - **Wissen**
    - Viel Wissen ist vorhanden
    - Lücken in der Forschung
  - **Reflexion**
    - Grosse Unterschiede zwischen den Fachfrauen und Fachmännern
  - **Handeln**
    - Viele Erfahrungen bezüglich Umsetzung frauengerechter Angebote / Projekte
    - Wenig Erfahrung bezüglich Umsetzung männergerechter Angebote / Projekte
    - Wenig Erfahrung bezüglich Umsetzung gendergerechter Angebote / Projekte

3

Vorerst jedoch zu den **Entwicklungen**, die in den nächsten Jahren in Bezug auf die Genderperspektive in der Suchtarbeit anzustreben sind.

Es geht um:

- die Verankerung des Themas auf struktureller Ebenen. Das hiesse zum Beispiel, dass Gender in Qualitätsentwicklungsinstrumenten, in Kriterien für Projektfinanzierungen, in Leistungsverträgen, Leitbildern und Konzepten verankert wird.
- die Erweiterung der Fachlichkeit um die Genderperspektive. Das bedeutet Schulung, Vermitteln von Wissen und zwar für beide Geschlechter über beide Geschlechter.
- die Weiterentwicklung der Praxis von gender-, frauen- und männergerechten Angeboten. Insbesondere in gemischtgeschlechtlichen Institutionen braucht es Projekte, welche unseren Erfahrungsschatz erweitern.
- die Institutionalisierung von Austausch und Vernetzung zur Genderperspektive. Diese Tagung soll einen Beitrag dazu leisten und wie Sie unschwer dem Untertitel zur Tagung entnehmen können, ist mit der Bezeichnung 1. nationale Fachtagung zum Thema Gender und Sucht, die Hoffnung auf eine 2. und 3. Tagung verbunden. Auch das Angebot zur Vernetzung, das ich Ihnen am Schluss präsentiere, soll diesem Anliegen dienen.
- die Forschungslücken, die identifiziert und nach und nach geschlossen werden sollen. Ich stelle mir dies prozesshaft vor und im Austausch mit der Praxis, nicht im Elfenbeinturm.
- die Datenerhebungen, das Monitoring und die Gestaltung von Evaluationen, die über das Erfassen des biologischen Geschlechts hinausgehen. So müssen vielleicht die Fragen in der Triage, im Intake oder in Evaluationen anders gestellt werden, je nachdem, ob sie sich an Frauen oder Männer wenden.



4

Falls sich nun eine Institution entschliesst, die Genderperspektive einzuführen, so braucht es dafür einige **Voraussetzungen für die Einführung von Gender Mainstreaming in den Institutionen**

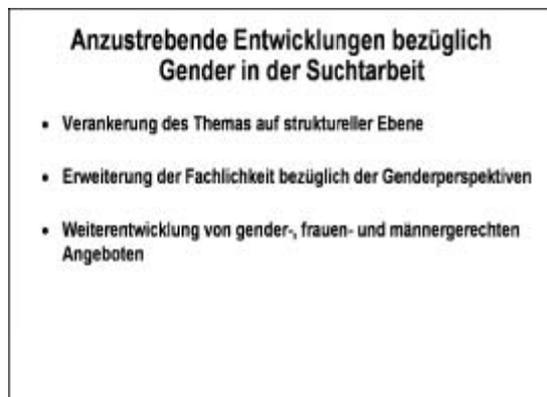
- Die Leitung/Führungsebene einer Institution muss Verantwortung für das Vorhaben übernehmen. Man könnte auch sagen: Gender Mainstreaming ist Chef/Chefinessache!
- Die Genderperspektive muss verbindlich und in allen Führungsinstrumenten verankert werden.
- Es braucht Ressourcen: nicht unbedingt mehr Geld aber vielleicht eine Umverteilung. Und in der Zeitspanne der Einführung braucht es – wie jedes andere Projekt – zeitliche, fachliche und personelle Ressourcen.
- Mit Schulungen muss die Fach- und Methodenkompetenz in der Institution um die Genderperspektive erweitert werden.

- Die Einführung muss als Prozess gestaltet werden, der alle Beteiligten umfasst, damit alle mitgestalten und mittragen in der praktischen Umsetzung.

Und wenn es dann in die Praxis geht, so könnte ein Instrument hilfreich sein, welches die verschiedenen Facetten und Dimensionen der Genderperspektive umfasst. Ich stelle Ihnen das nun Folgende nicht im Detail vor, aber ich hoffe, es macht Sie neugierig und fördert die Lust, sich in das Gender together zu stürzen.

Es ist ein Instrument, das Ingeborg Jahn und Petra Kolip für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt haben:

### **Dimensionen einer integrierten Genderperspektive**



5

Fünf Dimensionen sind damit gemeint und die entsprechenden Fragestellungen können sowohl bei der Planung und Entwicklung wie auch als Prüfinstrument von gendergerechten Angeboten beigezogen werden.

### **Das Geschlechterthema**

Die Fragestellungen zeigen auf, dass es immer um die zwei Ebenen von Gendermainstreaming geht: Abbau von Ungleichheit und Verbesserung der Qualität von Massnahmen. In dieser Dimension gilt es, entsprechende Ziele für ein Vorhaben zu definieren.



6

## Sex/Gender

Ein Beispiel dafür ist das Rauchen. So wissen wir aus der Forschung, dass in industrialisierten Ländern die Lungenkrebshäufigkeit bei den Männern sinkt und bei den Frauen steigt. Wir wissen auch, dass bei gleicher Menge gerauchter Zigaretten das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, bei den Frauen höher ist als bei Männern und dass Frauen und Männer an unterschiedlichen Krebsarten erkranken. Welches sind mögliche Erklärungen? Der biologische Aspekt (sex) zeigt, dass das Lungengewebe der Frauen empfindlicher auf Rauch reagiert. Gehen wir den Genderaspekten nach, finden wir Unterschiede in den Motiven beim Rauchen: mehr Frauen wollen damit Stresssituationen mildern, Frauen steigen häufiger auf „leichtere“ Zigaretten um und machen in der Folge tiefere, hastigere Atemzüge. Und wenn es ums Aufhören geht, dann haben Frauen mehr Angst vor einer Gewichtszunahme. Schon dieses kleine Beispiel zeigt, wie wichtig solche Erkenntnisse für eine gendergerechte Suchtarbeit sein können.

### Voraussetzungen für die Einführung von Gender Mainstreaming in den Institutionen

- Die Führung einer Institution muss Verantwortung für das Vorhaben übernehmen
- Die Genderperspektive muss in Führungsinstrumenten (Statuten, Leitbild, Konzepte) verankert werden.
- Es müssen Ressourcen vorhanden sein.
- Die in der Institution vorhandene Fachlichkeit muss um die Genderperspektive erweitert werden.
- Sowohl Planung, Umsetzung und Evaluation müssen prozessorientiert geschehen.

7

## Konzepte/Theorien

Hier stellt sich die Frage, durch welche Theorien und daraus abgeleitete Konzepte wir uns leiten lassen und ob diese Konzepte eine geschlechtergerechte Herangehensweise überhaupt ermöglichen. Wie müssten zum Beispiel biomedizinische Modelle ergänzt werden, damit auch soziale Dimensionen wie Gender berücksichtigt werden können? Ebenso dazu gehören Reflexionen über Alltagstheorien, die uns in unserem täglichen Handeln beeinflussen. Es geht zum Beispiel darum, uns mit unseren eigenen Vorstellungen, wie Frauen und Männer sind oder sein sollen auseinanderzusetzen und nach deren Bedeutungen für unser Handeln zu fragen.

### Dimensionen einer integrierten Genderperspektive

#### Das Geschlechterthema

- Welchen Beitrag leistet das Projekt zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit?
- Welche Zielgruppen müssen unter dem Aspekt des Abbaus von Ungleichheit besonders berücksichtigt werden?
- Müssen die Ziele des Projektes möglicherweise für Frauen / Mädchen und Männer / Jungen unterschiedlich formuliert werden?

Quelle: Jahn I., Kallig F.: Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektdefinition von Einzelthemenförderung Dänemark. Gender-Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2003

8

## Methoden

Der Zugang zu einem Angebot kann so konzipiert sein, dass wir bestimmte Gruppen nicht oder kaum erreichen. So hat sich gezeigt, dass mit Midnigh Basketball (ein Angebot in der Suchtprävention) männliche Jugendliche sehr wohl erreicht werden, nicht aber Mädchen oder junge Frauen.

**Dimensionen einer integrierten  
Genderperspektive**

Das Geschlechterthema

- Profitieren Mädchen / Frauen und Jungen / Männer unterschiedlich von dem Projekt?
- Sind evtl. geschlechterspezifische Projekte notwendig (also Projekte, die sich nur an Mädchen / Frauen oder Jungen / Männer richten)? Oder müssen beide Geschlechter einbezogen werden? Warum?
- Wie kann der Erfolg des Projektes nach Geschlecht differenziert gesichert und überprüft werden?

Quelle: John L. Kelle P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektfindung von Gesundheitsförderung Schweiz. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2003

9

## Partizipation

Bei dieser Dimension geht es einerseits um die quantitative Beteiligung von Männern und Frauen in einer Institution, in einem Projekt oder Angebot. Andererseits ist damit auch die Berücksichtigung von männlichen und weiblichen Problemsichten und deren Einfluss auf Zielsetzungen und Angebote gemeint, hat also auch eine qualitative Bedeutung.

Zusammengefügt in einer **Matrix** können diese fünf Dimensionen helfen, Projekte und Angebote gendergerecht zu planen und zu gestalten.

**Dimensionen einer integrierten  
Genderperspektive**

Sex / Gender

- Gibt es für den Themenbereich Hinweise auf Geschlechterunterschiede? Welches sind die Gründe für diese Unterschiede und welche Rolle spielen biologische und soziale Faktoren (Alter, Schicht, Migrationshintergrund)?
- Welches sind die Gründe für unterschiedliche Zugangschancen?
- Gibt es Geschlechterunterschiede bei den zu fördernden Ressourcen?

Quelle: John L. Kelle P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektfindung von Gesundheitsförderung Schweiz. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2003

10

Sie sehen, wir haben zumindest gute Anhaltspunkte und Hilfen für den Start ins Gender together. Und als weiterer Anreiz und – so hoffen wir – Unterstützung ist das folgende Angebot gedacht.

**Dimensionen einer integrierten Genderperspektive**  
Konzepte / Theorien

- Welche Hinweise finden sich in der theoretischen Literatur zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern und werden diese angemessen in die Konzepte einbezogen?
- Welche Alltagstheorien beeinflussen das alltägliche Handeln?

Quelle: Jahn I, Kulp P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektplanung von Gesundheitsförderung. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2002

11

**Dimensionen einer integrierten Genderperspektive**  
Partizipation

- Wie ist die Geschlechterverteilung in der Projektleitung bzw. im Projektteam? Welche Bedeutung wird dieser Verteilung für den Erfolg des Projektes beigemessen?
- Wie wird bei der Diskussion der Projektziele und der Projektziele sowie bei der Durchführung des Projektes gewährleistet, dass die Geschlechter gleichwertig beteiligt wurden?
- Gibt es partizipative Elemente bei der Qualitätssicherung und Evaluation und werden hier die Geschlechter angemessen berücksichtigt?

Quelle: Jahn I, Kulp P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektplanung von Gesundheitsförderung. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2002

14

**Dimensionen einer integrierten Genderperspektive**  
Methoden

- Werden Frauen und Mädchen bzw. Jungen und Männer gleichermassen von dem Angebot erreicht oder müssen geschlechtsspezifische Zugangswege gewählt werden? Ist das Informationsmaterial für beide Geschlechter gleichermassen ansprechend?
- Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Lebenswelten von Frauen / Mädchen bzw. Männern / Jungen?

Quelle: Jahn I, Kulp P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektplanung von Gesundheitsförderung. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2002

12

**Gender – Matrix als Prüfinstrument bei der Planung von Projekten**

Dimensionen / Elemente / Prozessschritte	Thema / Ziele	Sex / Gender	Theorien / Konzepte	Methoden	Partizipation
Projekt A					
Projekt B					
Projekt C					
Gesamtbewertung					

Quelle: Jahn I, Kulp P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektplanung von Gesundheitsförderung. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2002

15

**Dimensionen einer integrierten Genderperspektive**  
Methoden

- Können die gleichen Methoden verwendet werden?
- Haben sich die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen?
- Werden für die Evaluation Instrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden?

Quelle: Jahn I, Kulp P. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektplanung von Gesundheitsförderung. Berner Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2002

13

### **Das Gender-Netz**

Wir möchten gerne mit Ihnen ein Gender-Netz aufbauen. Es soll gemischtgeschlechtlich sein, interprofessionell, deutsch- und französischsprachig und folgende Ziele verfolgen:

- Genderspezifisches Fachwissen im Suchtbereich vermitteln und
- Konkrete Anleitung für Umsetzungen in die Praxis bieten

Wir haben vorgesehen, pro Jahr zwei Veranstaltungen durchzuführen. Eine Begleitgruppe – natürlich gemischtgeschlechtlich zusammengesetzt – bereitet die Treffen vor und moderiert sie. Zwischen den Veranstaltungen kann – falls gewünscht – ein Coaching beansprucht werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist das formelle Einverständnis und die Unterstützung der Institutionsleitung. Sie finden dieses Angebot in Ihrer Tagungsmappe, und wir hoffen, dass Sie zahlreich den Anmeldetalon ausfüllen und uns zustellen werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Let's Gender together!

## **Thème genre dans le domaine des addictions: quel futur?** **Gender together - Regard vers le futur**

Lic. phil. Marie-Louise Ernst, OFSP

### **Abstrait**

Dans l'exposé final, nous ferons encore une fois le point de la situation concernant le genre dans le domaine des dépendances. De là, nous présenterons des pistes, des développements et des possibilités qui se dessinent pour les années à venir et qui mériteraient d'être poursuivis. Il s'agit entre autres de l'ancrage du thème au plan structurel, de la transmission du savoir relatif au genre en tant que développement et qualifications spécialisés, ainsi que de la poursuite du travail spécifique au genre dans le domaine des dépendances. Les receveurs et fournisseurs de prestations doivent partager les responsabilités dans une même mesure. Les conditions cadres de l'implémentation du Gender Mainstreaming dans le domaine des dépendances et les manières de procéder des institutions seront présentées. Pour terminer, une possibilité de poursuivre la démarche sera offerte aux institutions et à leurs spécialistes, sous la forme d'une participation au réseau genre.

### Contenu de l'exposé

- Point de la situation relatif au domaine des dépendances et du genre en Suisse
- Développements souhaités pour les prochaines années
- Conditions préalables à l'introduction du Gender Mainstreaming dans les institutions
- Dimensions d'une perspective genre intégrée
- Genre - Matrix comme instrument de vérification
- Une offre aux institutions et aux professionnels: le réseau genre

2

### Développements souhaités relatifs au genre dans le domaine des dépendances

- Ancrage du thème au niveau structurel
- Elargissement des compétences professionnelles en matière de perspectives liées au genre
- Développement permanent d'offres spécifiques au genre, aux femmes et aux hommes.

5

### Point de la situation relatif au domaine des dépendances et du genre en Suisse

- **Savoir**
  - Important savoir à disposition
  - Lacunes au niveau de la recherche
- **Réflexion**
  - Grandes différences entre spécialistes femmes et hommes
- **Action**
  - Nombreuses expériences relatives à la mise sur pied d'offres / de projets spécifiques aux femmes
  - Peu d'expérience relative à la mise sur pied d'offres / de projets spécifiques aux hommes
  - Peu d'expérience relative à la mise sur pied d'offres / de projets sexospécifiques

3

### Développements souhaités relatifs au genre dans le domaine des dépendances

- Institutionnalisation des échanges et mise en réseau
- Identifier et combler les lacunes en matière de recherche
- Mettre en place un système de relevé des données, de monitoring et des évaluations sexospécifiques

6

### Point de la situation relatif au domaine des dépendances et du genre en Suisse

- **Conditions-cadres**
  - Relations de pouvoir
  - Le savoir sur le genre est un savoir scientifique
  - Points de départ au niveau structurel
  - Instruments

4

### Conditions préalables à l'introduction du Gender Mainstreaming dans les institutions

- La direction d'une institution doit assumer la responsabilité du projet
- La perspective genre doit être ancrée dans les instruments de direction (statuts, guide, concepts).
- Des ressources doivent être à disposition.
- La ligne professionnelle suivie dans l'institution doit être élargie à la perspective genre.
- Tant la planification que l'application et l'évaluation doivent se faire en fonction du processus.

7

### Dimensions d'une perspective genre intégrée

#### Le thème des genres

- Quelle contribution le projet apporte-t-il à la réduction des inégalités liées au genre?
- Quels groupes cibles faut-il spécialement prendre en considération sous l'aspect de la réduction des inégalités?
- Les objectifs du projet doivent-ils être formulés différemment pour les femmes / filles et hommes / garçons?

Source: Jero L. Klotz P. "La catégorie genre comme critère pour l'encouragement de projets de promotion de la santé en Suisse".  
 Bremer Institut für Präventionstechnik und Sozialmedizin, 2002

8

### Dimensions d'une perspective genre intégrée

#### Concepts / Théories

- Quelles indications trouve-t-on dans la littérature théorique se rapportant aux différences entre les genres ? Quelles-ci sont-elles incluses de manière appropriée dans les concepts?
- Quelles sont les théories du quotidien qui influencent les actions de tous les jours?

Source: Jero L. Klotz P. "La catégorie genre comme critère pour l'encouragement de projets de promotion de la santé en Suisse".  
 Bremer Institut für Präventionstechnik und Sozialmedizin, 2002

11

### Dimensions d'une perspective genre intégrée

#### Le thème des genres

- Les filles / femmes et garçons / hommes bénéficient-ils du projet de manière différente?
- Y a-t-il éventuellement besoin de projets spécifiques aux genres (donc des projets ne s'adressant qu'aux filles / femmes ou garçons / hommes)? Ou les deux sexes doivent-ils être impliqués? Pourquoi?
- Comment le succès du projet différencié en fonction du genre peut-il être assuré et vérifié?

Source: Jero L. Klotz P. "La catégorie genre comme critère pour l'encouragement de projets de promotion de la santé en Suisse".  
 Bremer Institut für Präventionstechnik und Sozialmedizin, 2002

9

### Dimensions d'une perspective genre intégrée

#### Méthodes

- Les femmes et les filles, les garçons et les hommes sont-ils atteints de la même manière par l'offre ou faut-il envisager des voies d'accès sexospécifiques? Le matériel d'information parle-t-il de la même manière aux deux genres?
- Les méthodes utilisées ont-elles pris en compte les différences entre les genres et entre les univers des femmes / des filles, resp. des hommes / des garçons?

Source: Jero L. Klotz P. "La catégorie genre comme critère pour l'encouragement de projets de promotion de la santé en Suisse".  
 Bremer Institut für Präventionstechnik und Sozialmedizin, 2002

12

### Dimensions d'une perspective genre intégrée

#### Sexe / Genre

- Existe-t-il des précisions à apporter sur les différences entre les genres dans le domaine thématique? Quelles sont les raisons de ces différences et quel rôle les facteurs biologiques et sociaux jouent-ils (âge, couche sociale, arrière-plan migratoire)?
- Quelles sont les raisons aux différentes chances d'approche?
- Y a-t-il des différences au niveau genre dans les ressources à encourager?

Source: Jero L. Klotz P. "La catégorie genre comme critère pour l'encouragement de projets de promotion de la santé en Suisse".  
 Bremer Institut für Präventionstechnik und Sozialmedizin, 2002

10

### Dimensions d'une perspective genre intégrée

#### Méthodes

- Les mêmes méthodes peuvent-elles être utilisées?
- Les méthodes utilisées se sont-elles révélées concluantes pour les deux genres?
- Les instruments utilisés pour l'évaluation ont-ils été développés de manière sensible aux genres?

Source: Jero L. Klotz P. "La catégorie genre comme critère pour l'encouragement de projets de promotion de la santé en Suisse".  
 Bremer Institut für Präventionstechnik und Sozialmedizin, 2002

13

## Dimensions d'une perspective genre intégrée

### Participation

- Quelle est la répartition entre les genres au sein de la direction de projet et de l'équipe de projet? Quelle est la signification accordée à cette répartition en vue de la réussite du projet ?
- Comment peut-on garantir, lors de la discussion sur l'idée et les objectifs du projet, de même que lors de l'exécution du projet, que les genres ont apporté une contribution de même valeur?
- Y a-t-il des éléments participatifs, lors de la garantie de qualité et de l'évaluation? Les genres y sont-ils pris en considération de manière appropriée ?

Source: Jahn L, Kelle F.: "La catégorie genre comme critère pour l'encadrement de projets de promotion de la santé en Suisse". Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, 2002

14

## Le réseau genre

- se compose de spécialistes femmes et hommes
- est interprofessionnel et bilingue
- poursuit les buts suivants:  
Structuration et développement du savoir scientifique spécifique au genre et élargissement des propres compétences se rapportant aux perspectives genre ; directives concrètes pour la mise en application du savoir dans la pratique

16

## Genre - Matrix comme instrument de vérification dans la planification de projets

Dimensions Éléments/Étapes du processus	Thème / Objectifs	Sexe/Genre	Théories / Concepts	Méthodes	Participation
Projet A					
Projet B					
Projet C					
Évaluation globale					

Source: Jahn, Jahn: "Gender Mainstreaming dans le domaine de la santé: Méthode et instruments destinés à la prise en compte systématique de la catégorie genre". Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Arbeitsbereich Prävention und Gesundheitsförderung, Bremen, 2006

15

## Le réseau genre

par

- des rencontres qui ont lieu deux fois par année (avec traduction simultanée)
- qui sont préparées et animées par un groupe d'accompagnement
- entre les rencontres, un coaching peut être demandé

Condition préalable

- le consentement officiel et le soutien de la direction de l'institution

17

## Marktstände

Neben den Referaten wurde an der Tagung in Form eines Marktes Einblick in die genderspezifische Suchtarbeit gegeben.

An Marktständen haben Einrichtungen und Projekte aus der gesamten Schweiz ihre Programme und Angebote vorgestellt, welche sie für suchtmittelabhängige Frauen und Männer entwickelt haben. Als AnsprechpartnerInnen bei den Ständen standen Mitarbeitende der Projekte und Institutionen zur Verfügung.

Nachfolgend finden Sie eine kurze Beschreibung der verschiedenen Gender-Angebote, welche an den Marktständen präsentiert wurden.

<b>Prävention</b>	Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich und NWSB (Netzwerk Schulische Bubenarbeit), ZH	Comicposter und Unterrichtsmaterialien
	Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen, Bern BE	bella donna
	Radix Gesundheitsförderung, Bern BE	Männergesundheit
	SFA, Lausanne VD	Mallette Genre
<b>Schadenminderung</b>	Première ligne - association genevoise de réduction des risques liés aux drogues, Genève GE	Moment femmes et Group'hommes au Quai 9
	Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern, LU	Paradiesgässli
	Fleur de Pavé, Lausanne VD	Bus mobile
<b>Beratung</b>	Drogentherapeutisches Ambulatorium Luzern, LU	Schwangerschaftssprechstunde
	CPPT, Centre de Prévention Traitement de la Toxicomanie, La Chaux-de-Fonds NE	Offres pour les femmes, les parents et enfants
<b>Therapie</b>	Frankental Angebote für Suchtbehandlung der Stadt Zürich, ZH	Präventionsgruppe in der Entzugsphase und Genderangebote und Projekte in der Therapie
	Lilith, Oberbuchsitzen SO	Therapeutische Wohngemeinschaft für ehemals suchtmittelkonsumierende Frauen und ihre Kinder
	Villa Flora, Sierre VS	Groupe de parole homme/femme
	Fondation du Levant, Lausanne VD	Programme mères - enfants

## **P?ster – Comicplakate für männliche Jugendliche**

Das Projekt „**P?ster – Comicplakate für männliche Jugendliche**“ wurde gemeinsam initiiert und umgesetzt von der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich und dem Netzwerk Schulische Bubenarbeit (NWSB) unter Projektleitung von René Kostka und Lu Decurtins.

„P?ster“ ist ein Präventionsprojekt für männliche Jugendliche der Oberstufe und von weiterführenden Schulen (Mittel- und Berufsschulen) in der Deutschschweiz. Es soll die Altersgruppe von 12-20-jährigen Männern ansprechen. Das Programm ist ausgerichtet auf das Setting Schule. Es ist aber auch denkbar, es im Rahmen der institutionalisierten oder offenen Jugendarbeit einzusetzen.

Fünf Plakate im Comic-Stil illustrieren die männerspezifische Seite der Themen Gewalt, Schönheit, Liebe, Risikoverhalten und Gefühle. Die Plakate können im Schulkontext aufgehängt werden und dienen als Diskussionsanregung in und neben dem Unterricht. Ein Lehrmittel als Unterrichts-Begleitmaterial nimmt die Themen der Comicplakate auf und liefert viele Ideen, wie diese im Unterricht mit geschlechtergetrennten Gruppen oder in der ganzen Klasse vertieft werden können.

Die Comicplakate und die Vertiefung der angesprochenen Themen sollen bei den Jugendlichen eine Auseinandersetzung mit sich selbst und ihrem Verhalten als Mann auslösen und dazu beitragen, dass die männlichen Jugendlichen ihre Ressourcen zur Förderung besserer Lebensbedingungen einsetzen.

Mit dem Projekt „P?ster“ soll ein Weg gefunden werden, wie männliche Jugendliche im Schulkontext mit jungenspezifischen Themen angesprochen werden können. Es existieren zwar viele Ideen und Projekte zur spezifischen Mädchen- und Frauenförderung, als Projekt mit der Zielgruppe junge Männer hat „P?ster“ aber Pioniercharakter. Die fünf Themen Gewalt, Schönheit, Liebe, Risikoverhalten und Gefühle werden von einem Einleitungstext begleitet, der das Thema des jeweiligen Comics in einen grösseren Zusammenhang rückt und zum Weiter- und Mitdenken anregt. Die Suchtpräventionsstelle und das Netzwerk Schulische Bubenarbeit stellten zudem schriftliche Vorschläge in Form eines Lehrmittels (72 Seiten) zur Vertiefung der Themen im Unterricht zusammen.

Die Idee und die Motivation zum Projekt „P?ster“ stammt aus der Männergruppe der Suchtpräventionsstelle, welche unter Leitung eines Vorstandsmitgliedes des NWSB stand. Sie basierte auf der Erfahrung aus der Arbeit mit Männern und dem Bedürfnis ein spezifisches Projekt für junge Männer zu lancieren. Aus der Männergruppe heraus entstand die Projektorganisation unter Co-Leitung der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich und des Netzwerkes Schulische Bubenarbeit. Das NWSB ist ein Verein von interessierten Personen und Institutionen aus der Deutschschweiz, welche die geschlechtsbezogene Arbeit mit Buben und männlichen Jugendlichen in der Schule verstärken wollen. Die im Netzwerk involvierten Fachpersonen haben etliche Jahre Erfahrung mit Bubenarbeit und sind vernetzt mit allen relevanten Personen, die sich mit der Thematik männliche Jugendliche, Gender, Geschlechtsrolle und Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich ist eine Fachstelle im Schul- und Sportdepartement und hat den Auftrag, suchtvorbeugende und gesundheitsfördernde Entwicklungen in allen Lebensbereichen zu unterstützen und zu begleiten. Sie hat jahrelange Erfahrung in geschlechtsspezifischer Arbeit an Schulen und in Projekten und beschäftigt sich stetig mit Gender Themen.

Eine Evaluation des Projektes wurde in Form von Interviews mit Lehrkräften und Fragebögen für Schulklassen vorbereitet, mangels zeitlicher Ressourcen bisher aber nicht umgesetzt.

Das Echo auf das Projekt war sehr gut, was dazu geführt hat, dass die erste Auflage mit 500 Sets nach einem halben Jahr bereits ausverkauft war.

### **Kontaktadresse**

René Kostka,  
Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich,  
Röntgenstr. 44, 8005 Zürich, 044 444 50 44, [rene.kostka@sup.stzh.ch](mailto:rene.kostka@sup.stzh.ch)

## "bella donna", die etwas andere Zeitschrift für Frauen

Von 2002 bis 2004 hat die Stiftung Berner Gesundheit in Zusammenarbeit mit der ZÜFAM, (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs) das Projekt "bella donna" durchgeführt. Ergebnis war eine illustrierte im Boulevard-Stil, die Unterhaltung mit fundierten Präventionsinhalten zum Medikamentengebrauch und -missbrauch verband.

Ziel der Zeitschrift war es, Frauen ab 40 mit geringeren wirtschaftlichen und bildungsmässigen Ressourcen auf die Gefahren eines regelmässigen Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz-, und Beruhigungsmedikamenten zur Alltagsbewältigung aufmerksam zu machen und ihnen Alternativen aufzuzeigen.



### Inhalt der Zeitschrift

In einfacher, leicht verständlicher Sprache und anschaulich illustriert, lieferte die Zeitschrift frauenbiografisches Erfahrungswissen zum Thema. Frauen verschiedenen Alters und in unterschiedlichen Lebenslagen erzählen ihre Lebensgeschichten und Verarbeitungsmuster. Dieses Erfahrungs- und Erlebniswissen wurde mit fachspezifischem Wissen zu den Hintergründen des Medikamentenmissbrauchs verbunden. Im Weiteren wollte die Zeitschrift die Selbsthilfemöglichkeiten aufzeigen, wie gegenseitige Hilfe in Form von Gesprächsgruppen, Selbsthilfegruppen oder die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Analog einer Boulevardzeitschrift ist "bella donna" mit viel Bildmaterial illustriert. Neben Kreuzworträtsel, Kochrezepte, Strick- und Stylingtipps usw. berichtete auch die Prominenz über ihre Alltagsbelastung und Bewältigungsstrategien.

### Einbezug der Zielgruppe und von Expertinnen

Zwei Gruppen begleiteten das Redaktionsteam beim einjährigen Entwicklungsprozess:

- Vertreterinnen der Zielgruppe setzten sich mit Gestaltung, Inhalt und Sprache der jeweiligen Artikel auseinander. Die Ergebnisse bildeten wichtige Eckdaten zur redaktionellen und grafischen Umsetzung der Zeitschrift.
- Expertinnen der Gesundheitsförderung/Prävention und Fachfrauen aus der Medizin überprüften parallel die Fachlichkeit der Beiträge.

### Die Zeitschrift wurde ein Erfolg

"bella donna" wurde gratis an Orten, die die anvisierte Zielgruppe besucht, abgegeben: Coiffeurgeschäfte, Frauen- und Gesundheitsorganisationen, Einkaufsläden, Apotheken, Arztpraxen, Restaurants usw.

60'000 Exemplare wurden in den Kantonen Bern und Zürich innerhalb eines knappen Jahres abgesetzt. Knapp 700 Personen haben an der Leserinnenbefragung teilgenommen. Zusammenfassend das Umfrageergebnis<sup>1</sup>:

- Die TeilnehmerInnen der Umfrage entsprachen mehrheitlich der anvisierten Zielgruppe der Zeitschrift „bella donna“.

<sup>1</sup> Müller, C. und Bähler, G. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern ISPM (2004). Zeitschrift "bella donna" – Schlussauswertung der Evaluation.

- Die Gestaltung, die Verständlichkeit, die Themenwahl und der Unterhaltungswert der Zeitschrift werden von nahezu allen TeilnehmerInnen positiv bewertet.
- Die Hälfte der TeilnehmerInnen konnte Neues über den Gebrauch von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel erfahren, vor allem für Personen ohne Berufsausbildung enthielt die Zeitschrift neue Informationen zum Thema.
- Die Hälfte der TeilnehmerInnen gab an, dass die Zeitschrift sie zum Nachdenken über den Gebrauch von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel angeregt hat.
- Ein Viertel der TeilnehmerInnen berichteten gar von einer Einstellungsänderung bezüglich des Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln.

### **Multiplikation in andere Kantone**

Das inhaltliche Konzept von "bella donna" überzeugte auch andere Kantone. "Bella donna" wurde von den Kantonen Aargau und Luzern übernommen. Auch in der Fachwelt war die Resonanz positiv. Die Suchtpräventionsstelle Freiburg verschickte die Zeitschrift an alle deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzte im Kanton.

### **"bella donna 2" zum Thema Co-Verhalten zusammen mit sechs Kantonen geplant**

Aufgrund der erfreulichen Evaluationsresultate wird mit dem gleichen Grundkonzept eine neue Nummer zum Thema des weiblichen Co-Verhaltens in Zusammenhang mit dem Alkoholismus herausgegeben. Frauen zwischen 20 und 40 Jahren sollen niederschwellig und bezugnehmend auf ihre unterschiedlichen Lebenswelten für das Thema sensibilisiert werden. Zudem soll das Selbsthilfepotential der Frauen wiederum gestärkt werden.

Die Zeitschrift wird in Zusammenarbeit mit ZüFAM, Zepra St.Gallen, Suchthilfe Aarau, Gesundheitsamt/Suchtberatung Zug, Volkswirtschaft- und Sanitätsdirektion Basel-Landschaft und Sozial-Beratungszentrum Luzern/Sursee und Umgebung entwickelt und herausgegeben. Sie erscheint voraussichtlich im Sommer 2006 mit einer Auflage 130'00 Exemplaren in den beteiligten Kantonen.

Die Projekt- und Redaktionsleitung hat wiederum die Stiftung Berner Gesundheit.

Die Entwicklungskosten der Zeitschrift werden über den Artikel 43a (eidgenössisches Alkoholgesetz) finanziert. Die übrigen Kosten (Vertriebs- und Druckkosten usw.) werden von den beteiligten Kantonen getragen.

### **Kontakt- und Auskunftsperson**

Luzia Häfliger, Leiterin Projekte der Berner Gesundheit, [luzia.haefliger@beges.ch](mailto:luzia.haefliger@beges.ch), Tel. 031 370 70 60

## Drehscheibe Männergesundheit

### Organisation

Radix Gesundheitsförderung

Drehscheibe Männergesundheit, René Setz

Schwanengasse 4, 3011 Bern

Tel: 031 312 75 75 Mail: [setz@radix.ch](mailto:setz@radix.ch) Homepage: [www.radix.ch](http://www.radix.ch)

### Zielsetzungen

Die Stiftung Radix Gesundheitsförderung unterstützt gesundheitsfördernde Aktivitäten in Gemeinde, Schulen und Betrieben der ganzen Schweiz und die Umsetzung nationaler Programme auf lokaler Ebene. Detaillierte Informationen zu den Angeboten finden Sie auf der Homepage [www.radix.ch](http://www.radix.ch)

Die Drehscheibe Männergesundheit von Radix Gesundheitsförderung will Organisationen und Fachkräfte für die verschiedenen Aspekte der Gesundheit von Männern sensibilisieren.

### Dienstleistungen Drehscheibe Männergesundheit

- **Vernetzung:** Mit dem Netzwerk Männergesundheit vernetzen wir Akteure in der zielgruppenspezifischen Arbeit mit Jungen und Männern.
- **Professionalisierung:** Mit Beratung und Weiterbildung unterstützen wir Fachkräfte und Organisationen in der Praxisumsetzung.
- **Entwicklung:** In Zusammenarbeit mit Fachkräften und Organisationen entwickeln wir zielgruppenspezifische Angebote und dokumentieren „Beispiele guter Praxis“. Wir freuen uns, wenn Sie uns auf entsprechende erfolgreiche Angebote aufmerksam machen.

Grundlagen aus Theorie und Praxis finden Sie unter:

- [www.radix.ch](http://www.radix.ch) unter „Allgemeine Angebote“ weiter zu „Drehscheibe Männergesundheit“
- InfoDoc – Gesundheitsförderung, [www.infodoc-gf.ch](http://www.infodoc-gf.ch)

### Aktuelle Themen

Männer werden in Prävention und Gesundheitsförderung meistens erst ein Thema, wenn es „Probleme“ gibt. Diese Wahrnehmung ist nicht grundsätzlich falsch, nur ist die Fokussierung auf das „Problematische“ für eine effiziente Prävention und Gesundheitsförderung wenig sinnvoll. In der Arbeit mit Jungen und Männern ist die Vorstellung über ein gelingendes Mannsein in der Moderne von grosser Bedeutung. Aber wie soll *welches* „Mann-Sein“ gestärkt und gefördert werden? Im Rahmen einer Forschungsarbeit wurde von R. Winter und G. Neubauer das Variablenmodell „Balanciertes Junge -und Mannsein“ entwickelt. Das Modell hilft Fachkräften dabei geschlechtsbezogene Potenziale bei Jungen und Männern zu erarbeiten. Die Drehscheibe Männergesundheit nutzt dieses Modell als Basis ihrer Arbeit und hat damit gute Erfahrungen gemacht.

Weitere Informationen zum Variablenmodell finden Sie am Marktstand oder unter [www.gesunde-maenner.ch](http://www.gesunde-maenner.ch) unter „Grundlagen“.

In Zusammenarbeit mit R. Winter, organisiert die Drehscheibe Einführungsseminare für die Arbeit mit dem Variablenmodell.

## Mallette Genre (Gender-Koffer)

**Ein Werkzeug initiiert durch die Westschweizer Plattform Femmes-Dépendances und herausgegeben von der SFA mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit**

Der "Gender-Koffer" ist ein pädagogisches Werkzeug, welches die Betreuung der drogenabhängigen Frauen erleichtern soll. Es besteht aus fünf Heften, die die Mitarbeitenden in ihrem Vorgehen leiten und Prozesse definieren; vervollständigt wird der "Gender-Koffer" durch Arbeitsblätter, die unverändert oder in angepasster, ergänzter oder veränderter Form benutzt werden können.

Den behandelten Themen liegen fünf hauptsächliche Ziele zugrunde:

- **Den Zugang zur Behandlung erleichtern.** Identifizieren der Hindernisse, die einen Behandlungseintritt behindern (Erstkontakt: Vorschläge zur Animation der ersten Gespräche)
- **Einen Gesprächsraum für die Frauen einrichten.** Den Frauen ermöglichen, über ihre Anliegen zu sprechen, und sie ermutigen, Gefühlen und Erlebtem in Zusammenhang mit ihrer Identität Ausdruck zu geben (Vorschläge für Mittel und Wege der Animation)
- **Die eigene Lebensgeschichte erarbeiten.** Schreiben und Analysieren der eigenen Geschichte, um damit (wieder) eine umfassende Sicht der eigenen Existenz zu erhalten (Reflexionsansätze, Themenvorschläge)
- **Arbeit an der Selbstachtung.** Evaluation der Situation und Stärkung der Selbstachtung der Frauen mit Hilfe von besonderen Mitteln und Diskussionen.
- **Einen Arztbesuch vorbereiten.** Sensibilisierung der Frauen für Gesundheitsfragen.

Die 1990 gegründete *Westschweizer Plattform Femmes-Dépendances* ist eine unabhängige Gruppe von Fachleuten, die sich mit Fragen der Sucht aus einer Gender-Perspektive befassen. Die TeilnehmerInnen kommen aus den sechs Westschweizer Kantonen. Seit dem Jahre 2004 ist die *Plattform* mit GREAT verbunden (Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies). Die Koordination erfolgt durch Rel'ier (Association du Relais) in Lausanne.

Die *Westschweizer Plattform Femmes-Dépendances* hat folgende Ziele: Raum für Austausch, Information und Reflexion bieten; Erarbeiten und/oder Verbreiten von Informationen zur Suchtproblematik aus einer Gender-Perspektive; Sensibilisieren der Öffentlichkeit für diese Fragen; Stärkung des Netzes von Hilfs- und Pflegeangeboten und Verbesserung der für abhängige Frauen bestimmten Leistungen.

Informationen über die "*Plate-forme romande Femmes-Dépendances*":

[www.great-aria.ch/femmes.html](http://www.great-aria.ch/femmes.html)

Adresse: *Plate-forme romande Femmes-Dépendances*

Rel'ier

Valérie Dupertuis et Viviane Prats

Rue Enning 1, 1003 Lausanne, 021 323 60 58

Für Bestellungen: ISPA, CP 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 35 [librairie@sfa-isp.ch](mailto:librairie@sfa-isp.ch)

## **Première ligne**

Association genevoise de réduction de risques liés aux drogues

6, rue Pépinière – 1201 Genève, 022 748.28.78, fax 022 748.28.79, [www.premiereligne.ch](http://www.premiereligne.ch)

## **Name des Projektes**

"Le Group'hommes et le Moment Femmes" (Die Männergruppe und der Frauen-Moment")

Ein spezifisches Angebot für drogenkonsumierende Männer und Frauen im Rahmen von Quai 9, Anlaufstelle und Injektionsraum.

## **Angebotsziele**

- Bearbeitung der Genderfrage in Anlaufstelle und Injektionsraum mit Hilfe eines Angebots von zwei separaten Momenten für die männlichen und weiblichen BenutzerInnen von Quai 9.
- Die Dualisierung des Themas "Gender" soll vermieden und stattdessen auf mänderspezifische und frauenspezifische Fragen eingegangen werden, durch zwei Momente mit unterschiedlichen Dynamiken, Stimmungen und Inhalten.

## **Massnahmen/Mittel**

Die Group'hommes lief im Frühjahr 2005 an, ist also noch sehr jung. Dieser spezifische Moment für Männer hat keine therapeutischen Absichten und steht auch nicht für eine Gesprächsgruppe. Das Angebot wurde aufgrund verschiedener Anfragen von Drogenkonsumenten geschaffen, die vielleicht einfach einen Raum brauchten, der ein wenig mehr Vertraulichkeit bot, ohne dass sie zum Inhalt präzisere Angaben machen konnten. Die männlichen Betreuer von Quai 9 beschlossen, diesen Moment in einem Rhythmus von 2 Stunden alle zwei Wochen anzubieten und zu animieren.

Erstes Ziel: "Entstehen lassen..." Zu Beginn der Gruppe war es wichtig, keine zu einengenden oder belastenden Themen vorzugeben, die den Drogenkonsumenten hätten Angst machen können. Spielerische Aspekte wurden als Unterstützung und Tor zum Beziehungsaufbau vorgezogen (Gesellschaftsspiele, Filmprojektionen). Regelmässig werden von den Teilnehmern Mahlzeiten zubereitet, ein Ausdruck des geselligen Aspekts dieser Männergruppe.

Der Frauenmoment, der schon kurz nach der Eröffnung von Quai 9 (April 2002) eingerichtet wurde, war die Antwort auf die Notwendigkeit einer spezifischen Betreuung für konsumierende Frauen, die in der Drogenszene eine Minorität, besonders verletzlich und verschiedenen Formen der Gewalt ausgesetzt waren (Prostitution, Mutterschaft und Sucht etc.): zwei Stunden Öffnungszeit, im wesentlichen animiert von weiblichen Betreuerinnen, mit sehr unterschiedlichen Themen und der Präsenz von Fachleuten aus Genfer Institutionen, die sich mit Fragen wie Gesundheit, Mutterschaft, Schwangerschaftsverhütung, Gewalt, Prostitution etc. befassen.

## **Resultat**

Für die "Group'hommes" ist es nach noch nicht einem Jahr des Bestehens noch zu früh für eine Bilanz. Es können jedoch folgende Punkte festgehalten werden:

- sehr guter Besuch (jeweils 10 - 20 Personen)
- aktive Teilnahme an den Aktivitäten (Spiele)
- von den Teilnehmern selber zubereitete Mahlzeiten, vom Einkauf bis zum Anrichten

Die Gruppe scheint dem ursprünglichen Anliegen nach einem "Moment für die Männer" nachzukommen. "Der Frauen-Moment" erlebte verschiedene Phasen mit stark wechselnden Besuchsfrequenzen. Zurzeit, wie bereits seit Anfang 2005, stellen wir ein starkes Sinken der Zahl der Frauen in der Drogenszene von Genf fest. So besuchen auch nur sehr wenige Frauen Quai 9 und den Frauen-Moment. Trotzdem sind wir von der Notwendigkeit der Weiterführung des spezifischen Angebots für drogenkonsumierende Frauen überzeugt und werden unsere Leistungen weiterhin auch auf ihre Realität und ihre Bedürfnisse ausrichten.

**Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern, Paradiesgässli**  
**Rosenberghöhe 6, 6004 Luzern**  
**Unterstützung für drogenabhängige Eltern**

In der Gassenarbeit begegneten wir immer wieder drogenabhängigen Frauen und Männern, die auch Eltern waren. Diese Familien lebten oftmals in grosser Armut und Einsamkeit, immer in Angst, man könnte ihnen der Suchtmittelabhängigkeit wegen die Kinder wegnehmen.

Diese Situation forderte uns zum Handeln auf. Aus intensiven Gesprächen mit verschiedenen Fachstellen entstand die Idee, für diese Kinder und ihre Eltern ein eigenes Angebot zu entwickeln. Die Räumlichkeiten dazu fanden wir am Paradiesgässli mitten in der Luzerner Altstadt. Wir starteten unser Projekt im Februar 2000. Unser Ziel war es, den Drogen konsumierenden Eltern und ihren Kindern einen Treffpunkt zu bieten, sie in ihrer schwierigen Lebenslage zu unterstützen, die Lebensqualität der Kinder zu verbessern und die Familien professionell zu beraten. Trotz zweimaligem Umzug haben wir den hoffnungsvollen Namen Paradiesgässli beibehalten.

**Mittagstisch und Gesprächsrunde**

Das Paradiesgässli ist jeweils am Mittwoch über Mittag bis um 17.00 Uhr geöffnet. Zum Mittagessen sind 20 bis 30 Kinder und Erwachsene um den Tisch versammelt. Mithilfe beim Kochen ist eine gesuchte Arbeit bei unseren Männern und Frauen. Am Freitag ist von 14.00 bis 17.00 Uhr offene Türe. An den übrigen Wochentagen sind wir zu normalen Bürozeiten erreichbar und reservieren individuelle Termine für Beratungen und Begleitungen.

Einmal monatlich ist eine Gesprächsrunde vorgesehen, wozu oft eine Fachperson eingeladen wird. Wir reden über den Konflikt zwischen dem Drogenkonsum der Eltern und ihrer Aufgabe als Väter und Mütter. Nach Aussage der Eltern haben diese Gespräche Erfolg. Sie trauen sich mehr zu. Wenn etwas schief läuft, können sie besser abschätzen, ob sie Hilfe brauchen. Die bei diesen Anlässen erfahrene Solidarität macht sie sicherer in der Beziehung zu Schule und Nachbarschaft.

Väter, die nicht ständig mit ihren Kindern zusammen leben, verlieren bald einmal den Anschluss an ihre Entwicklung. Sie sind verunsichert und wissen nicht, wie sie mit ihnen umgehen sollen. Wir bemühen uns an ihrer Stelle um die Regelung der Besuchsrechte und ermutigen die Väter, sich um die Kinder zu kümmern. Wir besprechen mit ihnen den Ablauf eines Besuchswochenendes bis zu Menüplan und Kochrezept.

### **Ordnung für die Finanzen**

Viele Klienten lassen durch uns ihre Einkünfte verwalten. Wir verschaffen uns einen Überblick über Einkommen und Verschuldung. Wir entscheiden gemeinsam, wo man sich einschränken kann. Schulden und knappes Budget sind ein Rückfallfaktor in den Drogenkonsum. Wir schreiben Gesuche um Steuererlass, um Umwandlung von Bussen in Arbeitseinsätze und um finanzielle Unterstützung. Wir begleiten die Leute zu Gerichten, auf Ämter, zu Ärzten, an Standortgespräche mit anderen Institutionen. Wir sorgen für Ferienplätze für Mutter und Kind. Und immer wieder suchen wir kindergerechte, günstige Wohnungen.

Inzwischen besteht unser Kernteam aus einer Sozialpädagogin, einem Sozialpädagogen, einer Sozialarbeiterin und einer administrativen Mitarbeiterin mit insgesamt 280 Stellenprozenten. Ausserdem bieten wir eine Praktikumsstelle an.

In unserem Quartier sind wir gut integriert. Unser kleiner Spielplatz mit Kletterturm und Sandhaufen wird täglich von den Kindern aus der Nachbarschaft mitbenutzt – und genau das war unsere Absicht.

**Association Fleur de Pavé**  
**Av. de Sévelin 32, 1004 Lausanne**

Unser Verein ist in 3 Präventionsbereichen für Sexarbeiterinnen im Kanton Waadt tätig.

- Ein Bus steht viermal wöchentlich in den Strassen von Lausanne, wo sich die Prostitution abspielt.
- Ein Angebot heisst "Barfuss - Frauen" und richtet sich an Personen, die die Prostitution in Cabarets oder Massagesalons im Kanton Waadt ausüben.
- Eine Gerichtskommission ist politisch, juristisch und administrativ tätig mit dem Ziel, den Schutz und die Information der Sexarbeiterinnen zu verbessern.

Im Rahmen der Fachtagung "Gender und Sucht" wird **der Bus von Fleur de Pavé** präsentiert.

Die Ziele dieses Angebotes sind:

- Angebot eines Aufenthaltsortes, eines Treffpunktes, eines Ortes des Zuhörens und des Gespräches zwischen den betroffenen Frauen.
- Probleme ansprechen bezüglich der Ausübung des Berufes (Sicherheit, Gesundheit, Sexualität, Rechte der Person).
- Selbstwertgefühl fördern, durch einen respektvollen Austausch..
- Schadenminderung in Zusammenhang mit Drogenkonsum.
- Den Zugang zu den verschiedenen medizinisch-sozialen Strukturen erleichtern.
- Ein Ort sein, wo Austausch und Reflexionen in Bezug auf die Probleme der Prostitution möglich sind.
- Die Rechte der Personen, die im Sexgeschäft arbeiten, vertreten.

Die Betreuung dieses Treffpunktes wird durch 2 Mitarbeiterinnen gewährleistet, grundsätzlich hat eine Frau Prostitutions- und/oder Suchterfahrung und die zweite Frau kommt aus dem medizinisch-sozialen Bereich. Im Frauenbus empfangen wir drogenabhängige Frauen und Migrantinnen - oft ohne Aufenthaltsbewilligung.

Wir verteilen gratis Getränke und sterile Utensilien, Kondome, Gleitmittel und tauschen Spritzen.

Wir verbuchen nach jedem Buseinsatz die Anzahl Kontakte sowie das verteilte Material. Die Statistiken, die dank diesen Ziffern erhoben werden können, zeigen die Einsätze und deren Sachdienlichkeit. Ebenfalls kann damit den Geldgebern die Notwendigkeit unserer Arbeit aufgezeigt werden.

## **DROGENTHERAPEUTISCHES AMBULATORIUM**

**Löwengraben 20, Postfach 5149, 6000 Luzern 5**

Tel. 041 228 68 28, Mail: dta@ksl.ch

### **SCHWANGERSCHAFTSSPRECHSTUNDE**

#### **Ein Angebot von**

#### **Frauenklinik-Kinderspital-Drogentherapeutischem Ambulatorium (DTA) für Drogen konsumierende schwangere Frauen und ihre Partner**

Die Schwangerschaft ist für Drogen konsumierende Frauen typischerweise von Unsicherheit, Ängsten und Selbstvorwürfen, aber auch von Vorfreude und Hoffnung auf einen Neubeginn geprägt. Die werdenden drogenabhängigen Eltern leben oft in der Angst, dass ihre Kinder nicht in ihrer Obhut belassen werden könnten. Helferinstitutionen gegenüber nehmen sie deshalb grundsätzlich eine skeptische bis ablehnende Haltung ein.

Umgekehrt müssen Kinder sucht- und/oder psychisch kranker Eltern oft unter Bedingungen aufwachsen, die ihre gesunde Entwicklung gefährden. Dies führt dazu, dass Helfersysteme sich in der Lage sehen, im Sinne eines bifokalen Blicks auf Eltern und Kind einerseits Unterstützung anzubieten, andererseits aber auch Kontrollfunktionen auszuüben. Drogenspezifische Einrichtungen sind deshalb gefordert, professionelle Beratungskompetenzen zu erarbeiten, die sich vermindert auf die Suchtentwicklung (weil dadurch die Obhutsfähigkeit betroffen ist) auswirken, aber fördernd auf die Entwicklung tragender, familiärer Strukturen einzuwirken. Unseren Erfahrungen gemäss erfordert diese komplexe Risikosituation zwingend eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Deshalb bieten Frauenklinik, Kinderspital und DTA eine gemeinsame Schwangerschaftssprechstunde an. Die drogenabhängigen Schwangeren können von HausärztInnen, GynäkologInnen, der Frauenklinik oder anderen spezialisierten Stellen via DTA der Sprechstunde zugewiesen werden.

Die teilnehmenden Profis (Therapeutin DTA, Leiter DTA, Oberarzt Frauenklinik, Oberärztin Neonatologie, Sozialarbeiterin Kinderklinik) verfolgen den Grundsatz, dass Eltern und Kinder wenn immer möglich zusammen leben sollten.

Ausgehend von der medizinisch, psycho-sozialen Situationsbeurteilung der künftigen Familie (aufgrund von persönlichen, familiären und professionellen Defiziten und Ressourcen) werden die Eltern bezüglich der Risikoeinschätzung des Kindeswohles, der Obhutsfähigkeit, des Behandlungsbedarfs und des Bedarfs an unterstützenden prä- und postnatalen Massnahmen informiert. In der Regel entstehen daraus verbindliche Zielsetzungen und Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den werdenden Eltern. Andernfalls wird durch die Sprechstunde Antrag auf Abklärung von Kinderschutzmassnahmen durch die Vormundschaftsbehörden gestellt.



**Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie**  
**Hôtel-de-Ville 27**  
**2300 LA CHAUX-DE-FONDS**  
**Suisse**

**Tél. 032 967 86 00**  
**Fax 032 967 86 09**  
**E-mail : cptt@ne.ch**

**Projektname : Frauengruppe und Gruppe Mutter-Kind**

**Ziele der Angebote :**

**Für die Frauen :**

Förderung von Angeboten der spezifischen Begleitung und Betreuung  
Durch unsere Aktivitäten und Angebote werden die Frauen ermutigt, ihre Schwierigkeiten, Fragen und Kompetenzen mit anderen Frauen zu teilen.  
Förderung des Körperbewusstseins  
Unterstützung bei der (Wieder-)Aufnahme von sozialen Kontakten

**Für die Mütter :**

Verbesserung der Begleitung und Betreuung der suchtmittelabhängigen Frauen, welche Mütter sind  
Begleitung der Frauen in ihrer Mutterrolle  
Förderung des Körperbewusstseins  
Unterstützung der Kinder in Beziehungs- und Sozialisationsaspekten

**Die Mittel :**

**Für die Frauen :**

Massagekurse  
Stilberatung mit einer Fachfrau  
Momente und einen Ort des Austausches mit Diskussionen

**Für die Mütter :**

Massagekurse für Mütter und Kinder  
Organisierte Ausflüge mit den Müttern des Drop in von Neuenburg und des CAPTT von Fleurier  
Momente und einen Ort des Austauschs mit Diskussionen

**Die Resultate**

Die organisierten Aktivitäten wiesen eine grössere Beteiligung auf, als die Momente des Austauschs.  
Als ambulante Anlauf- und Beratungsstelle haben wir oft Schwierigkeiten, die Personen zur Teilnahme zu motivieren.  
Generell kann man jedoch feststellen, dass die Teilnehmerinnen mit den Angeboten zufrieden sind und die Bedürfnisse erkannt sind, auch wenn eine konstante und regelmässige Teilnahme an den Aktivitäten noch nicht gegeben ist.

## **FRANKENTAL – Angebote für Suchtbehandlung der Stadt Zürich**

**Frankentalerstrasse 55, 8049 Zürich**

Kontaktperson: Nicole Schmid, Leiterin Therapie & Integration, nicole.schmid@gud.stzh.ch

Das FRANKENTAL verfügt über ein umfassendes Angebot für drogenkranke Menschen: vom körperlichen Entzug oder Teilentzug über die Stationäre Therapie bis zu Integrationswohngruppen und ambulante Nachbetreuung.

An der diesjährigen Nationalen Tagung zum Thema Gender und Sucht möchten wir zwei spezifische Projekte vorstellen.

Das erste Projekt „Risikoverhalten bei DrogenkonsumentInnen“ wendet sich an KlientInnen unserer Institution während der körperlichen Entzugsphase.

Ziel ist die Förderung des Bewusstseins für die Gefahren einer Ansteckung mit HIV, Hepatitis C und sexuell übertragbare Erkrankungen – beim Drogenkonsum, beim Geschlechtsverkehr und beim alltäglichen Hygieneverhalten.

In einem Zyklus von jeweils drei Gruppensitzungen, geleitet durch PsychologInnen und MitarbeiterInnen des Entzugs, sollen nicht nur gezielte Informationen vermittelt werden, sondern über die Reflektion der bisherigen persönlichen Erfahrungen die Motivation zu einem bewussteren Schutzverhalten erhöht werden.

Die bisherigen Ergebnisse bestätigen unsere Hypothese, dass die Präventionskampagnen des Bundes die KonsumentInnen kaum erreichen. Während des edukativen Teils der Gruppensitzung fallen deutliche Informationsdefizite auf, welche zu erhöhtem Risikoverhalten im Alltag führen. Um diese Zielgruppe zu erreichen darf man sich nicht auf eine reine Wissensvermittlung beschränken – praktische Übungen (beispielsweise über die Handhabung von Kondomen) und Beispiele möglicher Ansteckungsgefahren im täglichen Leben eines Drogenabhängigen müssen miteinbezogen werden. Durch die geschlechterspezifische Trennung der Gruppe nach dem Informationsteil wollen wir den motivationalen Aspekten des Risiko- bzw. Schutzverhaltens Raum geben. Auch diesbezüglich beweisen die bisherigen Ergebnisse, dass die Offenheit der einzelnen TeilnehmerInnen in der Gruppendiskussion durch die Geschlechtertrennung gefördert wird. Speziell in der Männergruppe kann eine deutliche Steigerung der Ernsthaftigkeit in der Auseinandersetzung mit dem Thema festgestellt werden. Es fällt hierbei auf, dass sich Männer häufig aus Unwissenheit und fehlender Antizipation nicht schützen. Die Gruppentrennung erlaubt uns zusätzlich, gezielter auf geschlechtsspezifische Aspekte bei Sexualität und Hygieneverhalten einzugehen, unter anderem durch den Austausch von Erfahrungen unter den TeilnehmerInnen.

Das zweite Projekt „Männer – Gewalt – Selbstkontrolle: ein IMPACT-Workshop “ richtet sich an männliche Klienten der Stationären Therapie und der Integrationswohngruppe.

Ziel ist die Reflektion über das eigene Aggressionspotential, indem die persönlichen Grenzen und Fähigkeiten im Umgang mit Stress, Frustration, Provokation und Konfrontation sichtbar gemacht werden.

In der Lebensgeschichte drogenabhängiger Männer häufen sich Erfahrungen erlittener und ausgeübter Gewalt. Erlebnisse von Situationen, in denen sie als Opfer oder als Täter mit verbaler, körperlicher oder sexueller Gewalt konfrontiert wurden, sind überproportional vertreten. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung versuchen wir, das Repertoire an Konfliktlösungsstrategien zu erweitern und ein Bewusstsein für das bestehende Defizit an sinnvollen Coping-Strategien sichtbar machen. Trotzdem kann dieses zentrale Thema nicht ausgeklammert werden: es drängt sich demnach auf, ihnen das eigene Gewaltpotential aufzuzeigen und prophylaktische Massnahmen einzuüben, um in Zukunft mögliche Auslöser (Orte, Situationen, Menschen) frühzeitig zu erkennen.

In Zusammenarbeit mit dem Verein IMPACT, welcher seit über zehn Jahren Selbstverteidigungskurse anbietet, arbeiten wir an der Entwicklung eines zielgruppenspezifischen Workshops. In einem zweitägigen Kurs lernen die Klienten, in realitätsnahen Rollenspielen und Übungskämpfen, auch unter Stress entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben. Sie lernen dabei ihre Angst in Kraft umzusetzen, ihre Schlaghemmung zu erkennen, die Selbstkontrolle im Kampf nicht zu verlieren, spezifische Gewaltauslöser zu antizipieren und somit bewusst zu vermeiden. Gleichsam setzen sie sich mit der Thematik der Grenzüberschreitung und der Gewalt auf eine persönliche wie gesellschaftliche Ebene auseinander. Die Erfahrungen innerhalb des Workshops, bei welchem auch die Psychologen und Bezugspersonen des FRANKENTALS teilnehmen, werden danach im einzeltherapeutischen wie auch gruppentherapeutischen reflektiert. Auf dieser Basis kann die Therapieplanung in Bezug auf die Erweiterung der persönlichen Fähigkeiten Umgang mit Konfliktsituationen weiter individualisiert werden. Die Ergebnisse unseres ersten Workshops werden wir an der Tagung vorstellen.



## Lilith

**Die Lilith** ist eine frauenspezifische stationäre Therapieeinrichtung, die den Frauen ermöglicht, ihren Weg in ein selbst bestimmtes, verantwortungsbewusstes Leben zu gehen. Sie dabei unterstützt wieder in Beziehungen leben zu können, zu sich selbst, zu ihren Kindern, in unserer Gesellschaft.

### Zielgruppe:

Illegale Süchte und je nach Gruppensituation auch Frauen mit Alkoholsucht, abstinenzorientiert, Ausnahme: schwangere Frauen bis zu 30 mgr. Methadon, Frauen mit und ohne Kinder, schwangere Frauen, Frauen mit Doppeldiagnose, Frauen aus anderen Kulturkreisen, Frauen im Massnahmenvollzug, Frauen in sozial schwieriger Situation (Aussenwohnung, Tagesstruktur)

**Platzzahl:** 18 Frauen; 8 Kinder

**Infrastruktur:** 2 Haupthäuser mit: Wohn- und Therapiebereich, Atelier und Garten; Aussenhaus mit: Kinderhort / Kinderbereich, Aussenwohnungen, Sozialbüro / Bewohnerinnenbüro, Krisenplatz; Bauernhof im Jura

**Öffnungszeiten:** 24 Std. Betreuung, 365 Tage

**Methoden:** Individuell: Therapieplanung, BP Begleitung, ressourcenorientiert Systemisch: Systemsitzungen, Familiengespräche, Aussenvernetzungen

**Frauenspezifisch:** Siehe Konzept „Frauenspezifisch“; Wendo, Körper und Musik, Bauchtanz, Themenspezifische Gruppen (z.B. Gewalt und Missbrauch); Fachliche Zusammenarbeit (FG frauenspezifische Suchtarbeit vom Fachverband Sucht; Frauen – Netz – Qualität)

**Therapiedauer** (inkl. Wohn- und Arbeitsexternat): Frauen ohne Kinder: 9 –18 Mt; Frauen mit Kinder: 12 – 24 Mt; Quereinsteigerinnen: ind. ab 6 Mt.

**Phasen:** Probemonat, 1. und 2. Phase, AWG, Nachsorge (Wohnund/oder Arbeitsexternat und Nachbetreuung)

**Bereiche:** Wohnbereich, Arbeitsbereich, Therapiebereich, Kinderbereich, Freizeitbereich, Beruf und Bildung

### Zusammenarbeit mit der männerspezifischen, stationären Therapieeinrichtung Casa

**Fidelio:** Paarbegleitungen im Haupthaus und AWG; Paare beenden gemeinsam in Aussenwohnung ihre Therapie und werden von ihren Bezugspersonen (Lilith und Casa Fidelio) begleitet; Kinderhort (Väter (Casa Fidelio) und Mütter (Lilith) arbeiten als Hilfskräfte im Kinderhort mit; Öffentlichkeitsarbeit (gemeinsame Präsentationen); Arbeitsbereich (Austausch und gem. Arbeitsintensivwochen); fachlicher Austausch (Team- und Leitungsebene);

**Doppeldiagnose:** Hauspsychiater, Anamnese, Medikamentenbegleitung, Krisengespräche, IV Anmeldung, bzw. Abklärung

**Mutter-Kind Begleitung:** Mutter-Kind Zentrum (Projektphase), Kinderhort, Kinderpsychologin (Mütterberatungssitzungen, Bindungstherapie), Mutter-Kind Wohnbegleitungen, Alltagsbegleitungen, Entlastungsplätze

**Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Behörden:** Netzwerk Suchtausstieg Nordwestschweiz; Fachverband Sucht; kant. Fachkommission Sucht; Kanton und Bund

**Trägerform, QMS und Kontrolle:** Die Lilith wird vom Trägerverein Lilith geführt und ist dem kant. Amt für Gemeinden und Soziales unterstellt. In einer 4 jährigen Rahmenvereinbarung und einem Jahresvertrag sind die Leistungen festgelegt. Wir sind seit 2002 QuaTheDA zertifiziert. Eine jährliche Überprüfung durch die SQS ist sichergestellt.

**Statistik:** Durchschnittliche Belegung in den Jahren 1998 bis 2005: >90%

*lilith*

Therapeutische Wohngemeinschaft für Frauen und Kinder  
Unterer Bifang 276, Postfach, 4625 Oberbuchsitzen  
Telefon 062 389 80 90, Fax 062 389 80 99, E-mail sekretariat@wg-lilith.ch, www.wg-lilith.ch

## **Villa Flora, Chemin des Cyprès 4, 3960 Muraz/Sierre**

### **Name des Projektes**

Gesprächsgruppe Mann/Frau

### **Angebot**

Die getrennten Gesprächsgruppen Mann/Frau erlauben den Beteiligten, ihr Erlebtes in einem vertrauten Rahmen mitzuteilen, ohne Befürchtung vom andern Geschlecht beurteilt zu werden.

### **Mittel/Massnahmen**

Wir führen regelmässig nach Geschlechtern getrennte Gruppengesprächen.

### **Resultate**

Die Gesprächsgruppen Mann/Frau erleichtern den Erfahrungsaustausch und Austausch über die für beide Geschlechter spezifischen Fragestellungen.

Valérie Seppey Luisier

Jean-Pierre Blanc

# FONDATION DU LEVANT



*La Fondation du Levant est une institution spécialisée dans l'accueil et le traitement des personnes dépendantes et offre un lieu résidentiel pour personnes VIH*



## **La Picholette**

Dieses Bauernhaus im Grünen, in Mont-sur-Lausanne, gelegen wurde während den letzten 20 Jahren durch die Bewohner komplett renoviert. Es können bis zu 20 PensionärInnen in die spezifischen Angebote aufgenommen werden:

- Eltern, die einen Entzug im Beisein ihrer Kinder machen wollen. Die Eltern können von einem angepassten Programm profitieren, und die Kinder von einer Umgebung und Begleitung, die ihren Bedürfnissen entsprechen (Kinderhüttdienst, Kleinkindererzieherinnen, kinderärztliche Betreuung). Eltern und Kinder leben unter einem Dach, ausser während der Zeit, in der die Gemeinschafts- und die therapeutischen Aktivitäten stattfinden. Ein spezielles Gewicht wird auf die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung gelegt.
- Drogenabhängige, welche aus unterschiedlichen Gründen (medizinischen, sozialen, familiären, etc.), eine strukturierte Gruppenzentrierte Gemeinschaft wünschen für eine Dauer von minimal 3 Monaten, vor einem eventuellen Übertritt in ein anderes Angebot der Stiftung oder mit der Wahl eines anderen therapeutischen Settings.



# FONDATION DU LEVANT



*La Fondation du Levant est une institution spécialisée dans l'accueil et le traitement des personnes dépendantes et offre un lieu résidentiel pour personnes VIH*



## **La Picholette**

Dieses Bauernhaus im Grünen, in Mont-sur-Lausanne, gelegen wurde während den letzten 20 Jahren durch die Bewohner komplett renoviert. Es können bis zu 20 PensionärInnen in die spezifischen Angebote aufgenommen werden:

- Eltern, die einen Entzug im Beisein ihrer Kinder machen wollen. Die Eltern können von einem angepassten Programm profitieren, und die Kinder von einer Umgebung und Begleitung, die ihren Bedürfnissen entsprechen (Kinderhütendienst, Kleinkindererzieherinnen, kinderärztliche Betreuung). Eltern und Kinder leben unter einem Dach, ausser während der Zeit, in der die Gemeinschafts- und die therapeutischen Aktivitäten stattfinden. Ein spezielles Gewicht wird auf die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung gelegt.
- Drogenabhängige, welche aus unterschiedlichen Gründen (medizinischen, sozialen, familiären, etc.), eine strukturierte Gruppenzentrierte Gemeinschaft wünschen für eine Dauer von minimal 3 Monaten, vor einem eventuellen Übertritt in ein anderes Angebot der Stiftung oder mit der Wahl eines anderen therapeutischen Settings.



## Stands

En plus des exposés, un marché de stands des institutions en provenance de toute la Suisse ont présenté leurs programmes et projets spécifiques « genre et addiction ».

Les collaborateurs/-trices de ces projets et/ou institutions présents/-tes se sont tenu à disposition des participants.

Vous trouverez une courte description de chaque offre qui a été présenté lors du marché.

<b>Prévention</b>	Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich und NWSB (Netzwerk Schulische Bubenarbeit)	Comicposter und Unterrichtsmaterialien
	Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen, Bern	bella donna
	Radix	Männergesundheit
	SFA / ISPA, Lausanne VD	Malette Genre
<b>Reduction de risques</b>	Première ligne – association genevoise de réduction des risques liés aux drogues, Genève GE	Moment femmes et Group'hommes au Quai 9
	Fleur de Pavé, Lausanne VD	Bus mobile
<b>Conseil</b>	Berner Gesundheit, Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen, Bern	Männergesprächsrunde
	Drogentherapeutisches Ambulatorium Luzern, LU	Schwangerschaftssprechstunde
	CPPT, Centre de Prévention Traitement de la Toxicomanie, La Chaux-de-Fonds NE	Offres pour les femmes, les parents et enfants
	<a href="http://www.drugsandgender.ch">www.drugsandgender.ch</a> <a href="http://www.infoset.ch">www.infoset.ch</a>	
<b>Thérapie</b>	Frankental Zürich	Themenspez. Diskussionen in Frauen und Männergruppen, z. B. Risikoverminderung
	Lilith, Oberbuchsiten SO	Therapeutische Wohngemeinschaft für ehemals suchtmittelkonsumierende Frauen und ihre Kinder
	Villa Flora, Sierre VS	Groupe de paroles hommes/femmes
	Fondation du Levant, Lausanne VD	Programme mères - enfants

## **P? ster – Affiches sous forme de BD pour jeunes gens**

Le projet "**P? ster – Affiches sous forme de BD pour jeunes gens**" a été initié en commun et mis sur pied par le "Service de prévention des dépendances" de la ville de Zurich et le "Carrefour de travail parmi les jeunes gens en milieu scolaire" (NWSB) sous la direction de René Kostka und Lu Decurtins.

"P? ster" est un projet de prévention destiné aux jeunes gens du niveau secondaire supérieur (écoles secondaires et professionnelles) en Suisse alémanique. Il s'adresse à la tranche d'âge des 12 à 20 ans. Le programme est conçu pour être présenté dans les écoles. Mais il est aussi envisageable de l'intégrer dans le cadre du travail institutionnalisé ou non auprès des jeunes.

Cinq affiches sous forme de BD illustrent le côté masculin des thèmes de la violence, de la beauté, de l'amour, du comportement à risque et des sentiments. Les affiches peuvent être placardées à l'école et servir d'impulsion à la discussion pendant et en marge de l'enseignement. Un ouvrage pédagogique destiné à accompagner l'enseignement reprend les thèmes des affiches sous forme de BD en donnant de nombreuses idées sur la manière dont ceux-ci peuvent être approfondis durant l'enseignement, en groupes séparés d'après le sexe ou dans la classe entière.

Le projet "P? ster" se veut une piste possible pour aborder les jeunes gens dans un contexte scolaire à l'aide de thèmes spécifiques aux jeunes. Il existe déjà de nombreux concepts et projets destinés à encourager les filles et les femmes de manière spécifique ; mais "P? ster", en sa qualité de projet axé sur le groupe cible des jeunes gens, a un caractère pionnier. Les cinq thèmes de la violence, de la beauté, de l'amour, du comportement à risque et des sentiments sont accompagnés d'un texte introductif, qui place le thème de chaque affiche sous forme de BD dans un contexte plus large et stimule la réflexion en l'approfondissant. En outre, le "Service de prévention des dépendances" et le "Carrefour de travail parmi les jeunes gens en milieu scolaire" ont rassemblé des propositions par écrit, ce qui a abouti à un ouvrage pédagogique (72 pages) permettant d'approfondir les thèmes dans le cadre de l'enseignement.

L'idée et la motivation relatives au projet "P? ster" proviennent du groupe d'hommes du "Service de prévention des dépendances", sous la direction d'un membre du comité du NWSB. Cette idée reposait sur l'expérience du travail avec les hommes et le besoin de lancer un projet spécifique aux jeunes gens. L'organisation du projet est née du groupe d'hommes, sous la direction conjuguée du "Service de prévention des dépendances" de la ville de Zurich et du "Carrefour de travail parmi les jeunes gens en milieu scolaire". Le NWSB est une association de personnes et d'institutions de Suisse alémanique désireuses de renforcer le travail spécifique aux garçons et aux jeunes gens dans les écoles. Les professionnels engagés dans le "Carrefour" ont de longues années d'expériences dans le travail avec les garçons et sont en lien avec toutes les personnes significatives engagées dans la thématique relative aux jeunes gens, au genre, au rôle lié au genre et à la promotion de la santé. Le "Service de prévention des dépendances" de la ville de Zurich est un service spécialisé du département de l'école et des sports ; il a pour mandat de soutenir et d'accompagner les développements relatifs à la prévention des dépendances et à la promotion de la santé dans tous les domaines de la vie. Il a des années d'expérience dans le travail spécifique au genre dans le cadre des écoles et de projets et s'occupe de façon continue de thèmes liés au genre

Une évaluation du projet, sous la forme d'interviews du personnel enseignant et de questionnaires destinés aux classes d'école, a été préparée mais non encore effectuée par manque de temps. L'écho relatif au projet a été très bon, ce qui a eu pour effet que la première édition de 500 sets a été épuisée après six mois déjà.

### **Adresse de contact**

René Kostka,

"Service de prévention des dépendances" de la ville de Zurich

Röntgenstr. 44, 8005 Zürich, 044 444 50 44, [rene.kostka@sup.stzh.ch](mailto:rene.kostka@sup.stzh.ch)

## "BELLA DONNA", UN MAGAZINE DIFFÉRENT POUR LES FEMMES

De 2002 à 2004, la Fondation Santé bernoise a réalisé le projet "bella donna" en collaboration avec le Züfam (service spécialisé zurichois de prévention des abus d'alcool et de médicaments). De cette collaboration est né un illustré de style boulevard, au contenu à la fois divertissant et approfondi, destiné à prévenir l'utilisation et l'abus de médicaments.

Le but de ce magazine consistait à rendre attentives les femmes de 40 ans et plus, disposant de maigres ressources économiques et d'une formation limitée, aux dangers d'un usage régulier de somnifères, analgésiques et calmants pour affronter le quotidien, et à leur proposer des alternatives.



### Contenu du magazine

Dans une langue simple et facilement accessible, accompagnée d'illustrations claires, le magazine apportait sur le thème en question un savoir basé sur l'expérience, à partir de biographies de femmes. Des femmes de conditions et d'âges différents racontent leurs histoires de vie et des exemples de changements. Ce savoir basé sur l'expérience et le vécu était associé à des connaissances spécialisées sur l'arrière-plan de l'abus de médicaments. Par ailleurs, le magazine tenait aussi à montrer les possibilités de s'en sortir par soi-même, comme l'aide mutuelle sous forme de groupes de discussion, groupes d'entraide ou recours à une aide professionnelle. De manière analogue à une revue de boulevard, "bella donna" contient de nombreuses illustrations. A côté des mots-croisés, recettes de cuisine, conseils en matière de tricot et de look, etc., des personnalités témoignaient également des pressions quotidiennes qu'elles subissent et de leurs stratégies pour les affronter.

### Participation du groupe cible et d'expertes

Deux groupes accompagnaient l'équipe de rédaction lors du processus de développement qui a duré une année:

- Des représentantes du groupe cible se sont occupées de la présentation, du contenu et de la langue des différents articles. Les résultats constituent d'importantes références pour la mise au point rédactionnelle et graphique du magazine.
- Des expertes en promotion/prévention de la santé et des spécialistes du domaine médical ont supervisé en parallèle le contenu scientifique des articles.

### Le magazine a remporté un franc succès

"bella donna" a été distribuée gratuitement aux endroits fréquentés par le groupe cible : coiffeurs, organisations féminines et de promotion de la santé, magasins, pharmacies, cabinets médicaux, restaurants, etc.

Dans les cantons de Berne et Zürich, 60'000 exemplaires ont été écoulés en l'espace d'une année à peine. 700 personnes tout au plus ont participé au questionnaire adressé aux lectrices. Voici un résumé des résultats de cette enquête <sup>2</sup>:

- Les femmes ayant participé à l'enquête correspondaient pour la plupart au groupe cible auquel était destinée le magazine "bella donna".

<sup>2</sup> Müller, C. et Bähler, G. "Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne" ISPM (2004). Magazine "bella donna" – Dépouillement final du questionnaire d'évaluation.

- La présentation, l'accessibilité, le choix des thèmes et le côté divertissant du magazine ont été jugés positivement par presque toutes les participantes.
- La moitié des participantes ont appris des choses nouvelles sur l'utilisation des somnifères, analgésiques et calmants ; ce sont avant tout des personnes sans formation professionnelle qui ont trouvé que le magazine leur apportait des informations nouvelles sur ce thème.
- La moitié des participantes ont reconnu que le magazine les avait fait réfléchir sur l'utilisation de somnifères, analgésiques et calmants.
- Un quart des participantes ont déclaré avoir changé de comportement par rapport à l'utilisation de somnifères, analgésiques et calmants.

### **Diffusion à d'autres cantons**

Le concept de "bella donna" au niveau de son contenu a aussi su convaincre les autres cantons. "bella donna" a été reprise par les cantons d'Argovie et de Lucerne. Dans le milieu spécialisé, l'écho a aussi été positif. A Fribourg, le service de prévention a envoyé le magazine à tous les médecins germanophones du canton.

### **"bella donna 2" sur le thème de la codépendance: projet envisagé par six cantons**

Sur la base des résultats réjouissants obtenus lors de l'évaluation, un nouveau numéro, basé sur les mêmes principes, est à paraître, sur le thème de la codépendance féminine dans le contexte de l'alcoolisme. Les femmes de 20 à 40 ans doivent être sensibilisées à ce thème d'une manière simple et qui tienne compte de leurs différentes situations de vie. En outre, le potentiel des femmes à prendre les choses en mains doit être à nouveau renforcé.

Le magazine a été développé et publié en collaboration avec le "ZüFAM", "Zepra St-Gall", "Aide aux personnes dépendantes Argovie", "Office de la santé/conseil en matière de dépendance Zoug", "Direction de l'économie publique et des affaires sanitaires Bâle-Campagne" et "Centre de conseil social Lucerne/Sursee et environs". Il paraîtra probablement en été 2006 et sera tiré à 130'000 exemplaires répartis entre les cantons concernés.

Ce sera à nouveau la Fondation Santé bernoise qui dirigera le projet et sa rédaction.

Les frais inhérents au développement du magazine sont pris en charge par l'intermédiaire de l'article 43a (loi fédérale sur l'alcool). Les frais restants (frais d'impression et de distribution) sont assumés par les cantons concernés.

### **Personne de contact et chargée de l'information**

Luzia Häfliger, directrice de projet de Santé bernoise, [luzia.haefliger@beges.ch](mailto:luzia.haefliger@beges.ch) , tél. 031 370 70 60

## Plaque tournante de la santé au masculin

### Organisation

Radix promotion de la santé  
Plaque tournante de la santé au masculin, René Setz  
Schwanengasse 4, 3011 Berne

Tel: 031 312 75 75 Mail: [setz@radix.ch](mailto:setz@radix.ch) Homepage: [www.radix.ch](http://www.radix.ch)

### Objectifs

La Fondation Radix pour la promotion de la santé soutient des activités favorisant la santé dans le cadre des communes, des écoles et des entreprises de la Suisse entière, ainsi que la mise en œuvre de programmes nationaux au niveau local. Vous trouverez des informations détaillées à propos de ces offres sur la page d'accueil [www.radix.ch](http://www.radix.ch).

La plaque tournante de la santé au masculin, de Radix promotion de la santé, veut sensibiliser les organisations et spécialistes aux différents aspects de la santé des hommes.

### Prestations de la plaque tournante de la santé au masculin

- **Mise en réseau:** à l'aide du réseau santé au masculin, nous mettons en relation les acteurs du travail spécifique aux groupes cibles avec des adolescents et des hommes.
- **Professionnalisation:** grâce au conseil et au perfectionnement professionnel, nous apportons un soutien aux spécialistes et organisations dans la mise en pratique.
- **Développement:** nous développons des offres spécifiques aux groupes cibles et proposons de la documentation : "Exemples tirés d'une bonne pratique". Nous nous réjouissons que vous nous signaliez les offres qui ont rencontré un franc succès.

Vous trouverez des bases théoriques et pratiques sous:

- [www.radix.ch](http://www.radix.ch), sous "Offres générales" et sous "Plaque tournante de la santé au masculin"
- InfoDoc – Promotion de la santé, [www.infodoc-gf.ch](http://www.infodoc-gf.ch)

### Thèmes actuels

Dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé, les hommes ne constituent la plupart du temps un thème que lorsqu'il y a des "problèmes". Cette manière de voir les choses n'est pas fondamentalement fautive, mais la focalisation sur ce qui est "problématique" n'a guère de sens dans le cadre d'une prévention et d'une promotion de la santé efficaces. Dans le travail avec les adolescents et les hommes, la présentation d'une masculinité réussie à notre époque est d'une grande importance. Mais comment renforcer et encourager l'"être-homme"? Dans le cadre d'un travail de recherche, R. Winter et G. Neubauer ont développé un modèle à variable d'"être-adolescent et être-homme de manière équilibrée". Le modèle aide les spécialistes à travailler sur les potentialités liées au genre chez les adolescents et les jeunes. La plaque tournante de la santé au masculin utilise ce modèle comme base de son travail et a fait de bonnes expériences.

Vous trouverez d'autres informations sur le modèle à variable à notre stand ou sous [www.gesunde-maenner.ch](http://www.gesunde-maenner.ch) sous "Bases".

La plaque tournante organise des séminaires d'introduction au travail avec modèle à variable, en collaboration avec R. Winter.

## Mallette Genre

**Un outil initié par la Plate-forme romande Femmes-Dépendances et édité par l'ISPA, avec le soutien de l'Office fédéral de la santé publique**

La Mallette Genre est un outil pédagogique destiné à faciliter la prise en charge des femmes toxicodépendantes. Composée de cinq cahiers, qui guident l'intervenant-e dans des démarches et définit des processus, la Mallette Genre est complétée par des fiches de travail qui peuvent être utilisées telles quelles, adaptées, complétées ou modifiées.

Les thèmes développés ont cinq objectifs majeurs:

- **Faciliter l'accès au traitement.** Identifier les obstacles qui freinent l'entrée en traitement (premier contact: proposition de pistes pour animer les premiers entretiens)
- **Mettre en place un espace de parole pour les femmes.** Permettre aux femmes de parler de leurs préoccupations et encourager l'expression des sentiments et ressentis liés à leur identité (proposition d'outils et de pistes pour l'animation)
- **Élaborer son histoire de vie.** Ecrire et analyser sa propre histoire afin de donner ou redonner une vision globale à son existence (pistes de réflexions, proposition de thèmes)
- **Travail sur l'estime de soi.** Évaluer la situation et renforcer l'estime de soi des femmes à l'aide d'outils et de discussion.
- **Préparer une visite médicale.** Sensibiliser les femmes à la question de la santé.

\*\*\*

Créée en 1990, la *Plate-forme romande Femmes-Dépendances* est un groupe indépendant qui réunit des professionnel-le-s autour des questions des dépendances dans une perspective des genres. Les participant-e-s viennent des six cantons romands. Depuis 2004, la *Plate-forme* a rejoint le GREAT (Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies). La coordination est assurée par Rel'ier (association du Relais) à Lausanne.

La *Plate-forme romande Femmes-Dépendances* a pour objectifs d'offrir un lieu d'échange, d'information et de réflexion; de produire et/ou diffuser des informations sur la problématique des toxico-dépendances dans une perspective des genres; de sensibiliser le grand public à ces questions; de renforcer le réseau d'aide et de soins et de contribuer à l'amélioration des prestations destinées aux femmes dépendantes.

Informations sur la *Plate-forme romande Femmes-Dépendances*: [www.great-aria.ch/femmes.html](http://www.great-aria.ch/femmes.html)

Adresse: *Plate-forme romande Femmes-Dépendances*  
Rel'ier  
Valérie Dupertuis et Viviane Prats  
Rue Enning 1, 1003 Lausanne, 021 323 60 58

Pour vos commandes : ISPA, CP 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 35 [librairie@sfa-isp.ch](mailto:librairie@sfa-isp.ch)

## **Première ligne**

Association genevoise de réduction de risques liés aux drogues  
6, rue Pépinière, 1201 Genève, 022 748.28.78 – 022 748.28.79 (fax)  
[www.premiereligne.ch](http://www.premiereligne.ch)

### **"Le Group'hommes et le Moment Femmes"**

Des prestations spécifiques proposées aux hommes et aux femmes consommateurs-trices de drogues dans le cadre du Quai 9, espace d'accueil et d'injection.

#### **Objectifs de l'offre**

- Travailler la question "genre" au sein de cet espace d'accueil et d'injection, en offrant deux moments séparés destinés aux hommes et aux femmes utilisateurs-trices du Quai 9.
- Eviter de mettre en dualité la question "genre" mais bien d'aborder des questions propres aux hommes et aux femmes, avec deux moments ayant des dynamiques, des ambiances et des contenus différents

#### **Mesures/Moyens**

Le Group'hommes a démarré au printemps 2005, il est donc encore très récent. Ce moment spécifique aux hommes n'a pas de visée thérapeutique et ne tient pas lieu d'un "groupe de paroles". Il a été créé à la suite de plusieurs demandes d'usagers de drogues, ayant juste l'envie d'un espace peut-être un peu plus "confidentiel", sans pour autant que des demandes précises aient pu être formulées quant au contenu de ces moments. C'est l'ensemble des intervenants masculins du Quai 9 qui a choisi de porter et d'animer ce moment au rythme de 2 heures tous les quinze jours

Objectif premier : "laisser émerger" ... au démarrage de ce groupe, il était important de ne pas imposer des thématiques ou des contenus trop contraignants ou trop lourds, pouvant éventuellement faire peur aux hommes consommateurs de drogues. L'aspect ludique a été privilégié comme support relationnel et porte d'entrée à la relation (jeux de société, visionnage de films). Des repas, confectionnés par les utilisateurs de ce moment, sont réguliers et offrent l'aspect convivial de ce Group'hommes.

Le Moment Femmes, ouvert très vite après l'ouverture du Quai 9 (avril 2002) répondait à une nécessité d'une prise en charge spécifique aux femmes consommatrices, celles-ci étant minoritaires dans le milieu toxicomane et vivant un certain nombre de vulnérabilités et différentes formes de violences (échanges de services sexuels, maternité et toxicomanie, etc) : 2 heures d'ouverture, animées essentiellement par des intervenantes féminines, avec des thématiques très diverses et la présence de professionnelles provenant d'organismes genevois traitant de questions telles que la santé, la maternité, la contraception, les violences, la prostitution, etc).

#### **Résultats**

Pour le Group'hommes, il est encore trop prématuré pour dresser un bilan de ce moment qui n'a pas encore une année d'existence. Toutefois, nous pouvons relever les points suivants :

- très bonne fréquentation (10 à 20 personnes à chaque fois)
- participation active aux activités (jeux)
- repas réalisé par les hommes consommateurs, des courses à la confection même du repas

Ce Group'hommes semble répondre à la demande première des hommes d'avoir juste un moment "pour eux".

Le Moment Femmes a vécu des périodes différentes, avec des taux de fréquentation très changeants. A l'heure actuelle, et depuis le début de l'année 2005, nous constatons une baisse radicale du nombre de femmes sur la scène de la drogue à Genève. De ce fait, très peu de femmes fréquentent le Quai 9 et ce moment spécifique. Toutefois, nous relevons la nécessité de poursuivre notre mandat spécifique auprès des femmes usagères de drogues et nous continuons à adapter nos prestations par rapport à leur réalité et à leurs besoins.

## **“Association travail de rue des églises de Lucerne”, Paradiesgässli Rosenberghöhe 6, 6004 Lucerne**

### **Soutien pour parents toxicomanes**

Dans le cadre du travail de rue, nous rencontrons régulièrement des femmes et des hommes souffrant de toxicomanie et qui sont aussi parents. Ces familles vivent souvent dans un grand dénuement et une grande solitude, avec la peur constante de voir leurs enfants soustraits à leur garde en raison de leurs problèmes de dépendance.

Cette situation nous a poussés à agir. Suite à d'intenses discussions menées avec différents services spécialisés, l'idée nous est venue de développer une offre propre à ces enfants et à leurs parents. Nous avons trouvé des locaux appropriés à la ruelle du Paradis, au centre de la vieille ville de Lucerne. Nous avons démarré notre projet en février 2000. Nous avons pour but d'offrir un lieu de rencontre aux parents toxicomanes et à leurs enfants, de les soutenir dans leurs circonstances de vie difficiles, d'améliorer la qualité de vie de leurs enfants et de conseiller les familles de manière professionnelle. En dépit de deux déménagements, nous avons conservé le nom de ruelle du Paradis, nom porteur d'espoir.

### **Repas de midi et débat**

La ruelle du Paradis est ouverte chaque mercredi de midi à 17h00. 20 à 30 enfants et adultes s'y retrouvent à table pour partager le repas. Hommes et femmes participent à la préparation du repas. Le vendredi, c'est portes ouvertes de 14h00 à 17h00. Le reste de la semaine, nous sommes atteignables durant les heures de bureau et réservons des temps individuels pour le conseil et l'accompagnement. Une fois par mois, nous prévoyons un débat auquel nous invitons un spécialiste. Nous parlons des tensions que vivent les parents entre leur consommation de drogue et leur responsabilité de pères et de mères. À écouter les parents, ces débats remportent un franc succès. Les parents prennent confiance en eux. Si quelque chose ne va pas, ils savent mieux juger s'ils ont besoin d'aide. La solidarité expérimentée à ces occasions les rend plus sûrs d'eux dans leurs rapports avec l'école et le voisinage.

Les pères qui ne vivent pas en permanence avec leurs enfants ont souvent des difficultés à les suivre dans leur développement. Ils manquent d'assurance et ne savent comment se comporter avec eux. Nous nous occupons à leur place de régler le droit de visite et encourageons les pères à s'occuper de leurs enfants. Nous passons en revue avec eux le déroulement d'un week-end de visite, allant jusqu'à planifier les menus et détailler les recettes de cuisine.

### **De l'ordre dans les finances**

De nombreux clients nous laissent gérer leurs revenus. Nous essayons de nous faire une idée d'ensemble de l'état de leurs revenus et de leurs dettes. Nous décidons ensemble où il faut opérer des restrictions. Des dettes et un budget serré constituent un facteur récurrent chez les consommateurs de drogue. Nous écrivons des demandes de remise d'impôts, nous essayons de commuer les amendes en heures de travail et tentons de trouver des aides financières. Nous accompagnons les gens au tribunal, dans les administrations, chez le médecin, aux entretiens avec d'autres institutions. Nous nous occupons de trouver des vacances pour mère et enfant. Et nous ne cessons de chercher des logements avantageux et adaptés aux enfants.

Entre temps, notre équipe principale se compose d'une éducatrice et d'un éducateur, d'une travailleuse sociale et d'un collaborateur administratif, ce qui représente un 280 pourcent. En outre, nous offrons une place de stage.

Nous sommes bien intégrés dans notre quartier. Notre petite place de jeux, qui comprend une tour à escalader et un tas de sable, est prise quotidiennement d'assaut par les enfants du voisinage, et c'est là exactement ce que nous voulions.

## **Association Fleur de Pavé** **Av. de Sévelin 32, 1004 Lausanne**

Notre association comporte 3 axes de prévention auprès des travailleuses du sexe du canton de Vaud :

- Un bus présent 4 fois par semaine dans les rues de Lausanne où se pratique la prostitution
- Une action nommée « Femmes aux Pieds Nus » adressée aux personnes qui pratiquent la prostitution dans les cabarets ou salons de massage du canton de Vaud
- Une commission juridique, active sur les plans politiques, juridiques et administratifs pour améliorer la protection et l'information des travailleuses du sexe.

La présentation, dans le cadre de la journée « Genre et addictions » concerne **le bus de Fleur de Pavé.**

Les objectifs pour cet axe de travail sont les suivants :

- Proposer une halte, un point de rencontre, d'écoute et de parole entre femmes concernées.
- Aborder les problèmes liés à l'exercice de la profession (sécurité, santé, sexualité, droits de la personne).
- Favoriser l'estime de soi par des échanges basés sur le respect.
- Réduire les risques associés à la consommation de drogues
- Faciliter l'accès aux différentes structures médico-sociales.
- Être un lieu d'échange et de réflexion sur les problèmes liés à la prostitution.
- Défendre les droits des personnes qui travaillent dans les métiers du sexe.

L'accueil de ce point de rencontre est assuré par 2 intervenantes, en général une femme avec une expérience de la prostitution et/ou de la toxicomanie et une femme issue du domaine médico-social. Nous recevons dans le bus des femmes toxico-dépendantes et des femmes migrantes, souvent sans statut de séjour en Suisse.

Nous distribuons gratuitement des boissons et du matériel stérile : préservatifs, lubrifiant et échange de seringues.

Nous comptabilisons le nombre de contacts et le matériel distribué lors de chaque permanence du bus. Les statistiques faites à partir de ces chiffres permettent de vérifier la pertinence de notre action et de montrer aux subventionneurs l'utilité de notre travail.

## **Service ambulatoire de traitement des toxicomanies**

**Löwengraben 20**

**Case postale 5149**

**6000 Lucerne 5**

**Tél. 041 228 68 28 E-mail: dta@ksl.ch**

### **Consultations en matière de grossesse**

#### **Une offre du service de gynécologie-service de pédiatrie-“service ambulatoire de traitement des toxicomanies (DTA)” à l'attention des femmes enceintes qui consomment de la drogue et de leurs partenaires**

Pour les femmes qui consomment de la drogue, la grossesse est typiquement le lieu d'insécurité, de craintes et d'auto-reproches, mais aussi de joie et d'espoir face à un nouveau départ. Les futurs parents souffrant de toxicomanie craignent souvent que leurs enfants ne soient soustraits à leur garde. C'est la raison pour laquelle ils se montrent sceptiques ou hostiles vis-à-vis des institutions destinées à leur venir en aide.

A l'inverse, les enfants de parents qui souffrent de dépendance et/ou d'une maladie psychique grandissent souvent dans des conditions qui nuisent à un développement sain. Cela amène les structures d'aide à devoir offrir d'une part un soutien, dans le sens d'un regard bifocal sur les parents et les enfants, mais également à exercer une fonction de contrôle ; c'est pourquoi, les structures spécialisées dans les questions liées à la drogue sont tenues de développer leurs compétences professionnelles en matière de conseil, de façon à exercer une action moindre sur l'évolution de la dépendance (qui affecte la capacité à exercer la garde) que sur le développement de structures de soutien et familiales. D'après nos expériences, cette situation complexe et à risque exige impérativement une collaboration interdisciplinaire. C'est pourquoi, le service de gynécologie, le service de pédiatrie et DTA offrent en commun des consultations en matière de grossesse. Les femmes enceintes souffrant de toxicomanie peuvent être orientées vers des médecins de famille, des gynécologues, le service de gynécologie ou d'autres services spécialisés par le biais du DTA.

Les professionnels engagés dans ce projet (thérapeute DTA, directeur DTA, médecin-chef du service de gynécologie, médecin-chef du service de néonatalogie, travailleur social du service de pédiatrie) partent du principe que parents et enfants doivent vivre ensemble dans la mesure du possible. A partir d'une évaluation de la situation de la future famille au niveau médical et psychosocial (sur la base des ressources et déficits personnels, familiaux et professionnels), les parents reçoivent une information ayant trait à l'estimation des risques au vu du bien de l'enfant, à la capacité d'exercer la garde, à la nécessité d'un traitement et au besoin de mesures de soutien pré- et postnatales. En règle générale, il en résulte des objectifs de type contractuel et des formes de collaboration interdisciplinaire avec les futurs parents.

Si ce n'est pas le cas, une demande de clarification relative aux mesures de protection de l'enfant est effectuée par les autorités tutélaires suite à la consultation.



**Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie**

Hôtel-de-Ville 27  
2300 LA CHAUX-DE-FONDS  
Suisse

Tél. 032 967 86 00  
Fax 032 967 86 09  
E-mail : [cptt@ne.ch](mailto:cptt@ne.ch)

**Nom du projet : Groupe femmes et groupe mères-enfants**

**Objectifs de l'offre :**

**Pour les femmes :**

Promouvoir des offres de prises en charge spécifiques  
Encourager les femmes à partager avec d'autres femmes, à travers nos propositions d'activités, leurs difficultés, leurs questionnements, leurs compétences.  
Aider dans la prise de conscience des expériences corporelles  
Les soutenir pour créer ou renouer des liens sociaux

**Pour les mères :**

Améliorer les offres de prises en charge des femmes toxico-dépendantes qui sont mères  
Accompagner ces femmes dans leur fonction maternelle  
Aider dans la prise de conscience des expériences corporelles  
Aider au développement des enfants dans les aspects relationnels et de socialisation

**Les moyens :**

**Pour les femmes :**

Cours de massage  
Relooking avec une professionnelle  
Des moments, des espaces de partage avec des discussions

**Pour les mères :**

Cours de massage mères-enfants  
Sorties organisées avec des mamans venant du Drop in de Neuchâtel et du CAPTT de Fleurier  
Des moments, des espaces de partage avec des discussions

**Les résultats**

Les activités organisées ont eu une meilleure participation que les moments d'échange  
On a toujours des difficultés dans les centres ambulatoires à motiver les personnes à venir.  
Globalement, les participantes sont satisfaites des offres, les besoins sont reconnus mais elles manquent souvent de régularité.

## **FRANKENTAL – Offres de traitement des addictions, ville de Zurich**

**Frankentalerstrasse 55**

**8049 Zurich**

**Personne de contact: Nicole Schmid, directrice de “Thérapie & Intégration”**

**nicole.schmid@gud.stzh.ch**

Le FRANKENTAL dispose d'une offre complète destinée aux personnes souffrant de toxicomanie : du sevrage physique ou sevrage partiel, en passant par la thérapie résidentielle, jusqu'aux communautés d'intégration et à la prise en charge ambulatoire.

A l'occasion de cette Journée nationale sur le thème *Genre et addictions*, nous aimerions vous présenter deux projets spécifiques.

Le premier projet intitulé “Comportement à risque des consommateurs/-trices de drogue” s'adresse aux clients de notre institution lors du sevrage physique.

L'objectif est de favoriser la prise de conscience des dangers d'une contamination par le VIH / SIDA, l'hépatite C et les maladies sexuellement transmissibles – lors de consommation de drogue, de rapports sexuels et de l'hygiène quotidienne.

Dans un cycle de trois séances de groupe, dirigées par des psychologues et des collaborateurs dans le domaine du sevrage, le but n'est pas seulement de transmettre des informations ciblées, mais de réfléchir sur les expériences personnelles vécues jusque là, afin d'accroître la motivation à se protéger plus consciemment.

Les résultats obtenus jusqu'ici confirment notre hypothèse selon laquelle les campagnes de prévention mises sur pied par la Confédération ne touchent quasi pas les consommateurs/-trices. Durant la partie éducative de la séance de groupe, on voit apparaître des déficits clairs au niveau de l'information, déficits qui entraînent un comportement à risque accru dans le quotidien. Si l'on veut atteindre ce groupe cible, on ne doit pas se limiter à une simple transmission de savoir – mais intégrer des exercices pratiques (p. ex. sur l'utilisation de préservatifs) et des exemples de dangers potentiels de contamination tirés de la vie quotidienne d'un/e toxicomane. En divisant les groupes selon les genres, après la partie informative, nous voulons offrir un espace aux aspects motivationnels du comportement à risque ou du comportement préventif. Sur ce point également, les expériences faites jusqu'ici démontrent que la sincérité des différents participants est encouragée lorsque l'on sépare les genres pour la discussion de groupe. Dans le groupe d'hommes en particulier, on observe un plus grand sérieux lorsqu'il s'agit de débattre le thème. Il est frappant de constater ici que souvent, les hommes ne se protègent pas par ignorance et manque d'anticipation. De plus, la séparation en groupes nous permet d'aborder, de manière plus ciblée, des aspects spécifiques aux genres en matière de sexualité et d'hygiène, notamment par l'échange d'expériences entre les participants.

Le second projet “Hommes – Violence – Self-control: un atelier d'IMPACT” s'adresse aux clients de sexe masculin de la thérapie résidentielle et de la communauté d'intégration.

L'objectif consiste à réfléchir sur son propre potentiel d'agressivité, lorsque les limites et facultés personnelles sont mises à nu dans des situations de stress, de frustration, de provocation et de confrontation.

Dans les histoires de vie des hommes souffrant de toxicomanie, les expériences de violences subies et exercées ne manquent pas. Les expériences de situations auxquelles ils ont été confrontés en tant que victimes ou acteurs de violence verbale, physique ou sexuelle sont innombrables. Dans le cadre du traitement thérapeutique, nous essayons d'élargir leur répertoire de stratégies destinées à résoudre des conflits et de faire apparaître une conscience du déficit existant en stratégies de coping sensées. Malgré tout, ce thème central ne peut être mis entre parenthèses : il s'impose donc de leur montrer leur propre

potentiel de violence et d'appliquer des mesures prophylactiques, afin que par la suite, ils puissent reconnaître à temps les déclencheurs potentiels (lieux, situations, personnes). Nous travaillons au développement d'un atelier spécifique au groupe cible en collaboration avec l'Association IMPACT, qui propose des cours d'autodéfense depuis plus de dix ans. Dans un cours de deux jours, les clients apprennent à rester capables de décider et d'agir même sous stress, dans le cadre de jeux de rôles proches de la réalité et de combats d'exercice. Ils apprennent à convertir leur peur en force, à reconnaître leur scrupule à frapper, à ne pas perdre le self-control dans le combat, à anticiper les déclencheurs de violence spécifiques et à les éviter consciemment. En parallèle, ils réfléchissent sur le thème de la transgression des limites et de la violence au niveau personnel et social. Les expériences faites dans le cadre de l'atelier, auquel participent également les psychologues et personnes de références du Frankental, sont discutées au cours des thérapies individuelles et de groupe. C'est sur cette base que la thérapie peut être individualisée, relativement à l'élargissement des facultés personnelles dans les situations de conflit. Nous présenterons les résultats de notre premier atelier lors de la journée.



## Lilith

**Lilith** est une institution de thérapie résidentielle spécifique aux femmes, qui permet à celles-ci de vivre leur vie de manière autodéterminée et responsable. Elle les aide à pouvoir entrer à nouveau en relation avec elles-mêmes et leurs enfants dans notre société.

### Groupe cible:

Consommatrices de drogues illégales et, selon la situation du groupe, femmes dépendantes de l'alcool, axées sur l'abstinence. Exceptions : femmes enceintes prenant jusqu'à 30 mg. de méthadone, femmes avec et sans enfants, femmes enceintes, femmes au bénéfice d'un double diagnostic, femmes issues d'autres cultures, femmes exécutant des mesures pénales, femmes en situation sociale difficile (habitation à l'extérieur, structure quotidienne)

**Nombre de places:** 18 femmes; 8 enfants

**Infrastructure:** 2 maisons principales comprenant: domaine d'habitation et domaine thérapeutique, atelier et jardin; maison à l'extérieur comprenant: garderie / secteur enfants, logements à l'extérieur, bureau social / bureau des habitantes, lieu de crise: ferme au Jura

**Heures d'ouverture:** prise en charge 24 heures sur 24, 365 jours sur 365

**Méthodes:** individuelles: planification de la thérapie, accompagnement, systémique axée sur les ressources: séances systémiques, entretiens familiaux, mise en réseau avec l'extérieur

**Spécifique aux femmes:** voir concept "spécifique aux femmes"; wendo, corps et musique, danse du ventre, groupes à thèmes spécifiques (p. ex. violence et abus); collaboration spécialisée (GF travail spécifique aux femmes dans le domaine des dépendances, par le Fachverband Sucht; Femmes - Réseau - Qualité)

**Durée de la thérapie** (y compris habitation et travail en externat): femmes sans enfants: 9 -18 mois; femmes avec enfants: 12 - 24 mois; participantes ayant un parcours atypique: à partir de 6 mois.

**Phases:** mois d'essai, 1ère et 2e phases, appartement protégé, suivi post-traitement (habitation et/ou travail en externat et suivi post-traitement)

**Domaines:** domaine d'habitation, domaine de travail, domaine thérapeutique, domaine des enfants, domaine des loisirs, profession et formation

### Collaboration avec l'institution de thérapie résidentielle spécifique aux hommes Casa

**Fidelio:** Accompagnements des couples dans la maison principale et les appartements protégés: les couples terminent ensemble leur thérapie dans un logement à l'extérieur et sont accompagnés de leurs personnes de référence (Lilith et Casa Fidelio); garderie : pères (Casa Fidelio) et mères (Lilith) travaillent à la garderie comme auxiliaires; relations publiques (présentations communes); domaine de travail (échanges et semaines de travail intensif en commun); échanges professionnels (au niveau de l'équipe et de la direction)

**Double diagnostic:** psychiatre de l'institution, anamnèse, accompagnement médicamenteux, entretiens de crise, annonce à l'AI, clarification

**Accompagnement mère-enfant:** centre pour mère et enfant (à l'état de projet), garderie, pédopsychiatre (séances de conseil pour mères, thérapie du lien), accompagnements mère-enfant à domicile, accompagnements quotidiens, lieux de détente.

**Collaboration avec d'autres institutions et autorités:** réseau "Netzwerk Suchtausstieg " du nord-ouest de la Suisse; Fachverband Sucht; commission cantonale "Dépendances"; canton et Confédération

**Forme de responsabilité, QMS et contrôle:** Lilith est dirigée par l'association responsable Lilith et est subordonnée à l'Office cantonal des communes et du social. Les prestations sont fixées dans une convention-cadre de 4 ans et dans un contrat annuel. Depuis 2002, nous sommes certifiés QuaTheDA. Une supervision annuelle est assurée par la SQS.

**Statistique:** fréquentation moyenne de 1998 à 2005: >90%

*lilith*

Therapeutische Wohngemeinschaft für Frauen und Kinder  
Unterer Bifang 276, Postfach, 4625 Oberbuchsitzen  
Telefon 062 389 80 90, Fax 062 389 80 99, E-mail sekretariat@wg-lilith.ch, www.wg-lilith.ch

## **Villa Flora**

Chemin des Cyprès 4, 3960 Muraz/Sierre

### **Groupe de parole homme/femme**

#### **Objectif de l'offre**

Les groupes de paroles homme/femme séparés leur permettent d'avoir un moment privilégié pour oser partager leur vécu sans craindre le jugement d'une personne de l'autre sexe.

#### **Mesures/moyens**

Nous offrons des groupes de paroles séparés régulièrement par genre.

#### **Résultats**

Ce groupe de parole homme/femme facilite l'échange d'expériences et de questionnements qui ont attiré à la spécificité de chaque sexe.

Valérie Seppey Luisier

Jean-Pierre Blanc

# FONDATION DU LEVANT



*La Fondation du Levant est une institution spécialisée dans l'accueil et le traitement des personnes dépendantes et offre un lieu résidentiel pour personnes VIH*



## La Pichollette

Cette ferme, située dans un cadre de verdure, au Mont-sur-Lausanne, a été entièrement restaurée par les résidents au cours de ces vingt dernières années. Elle peut recevoir jusqu'à 20 pensionnaires dans le cadre d'offres spécifiques:

- des parents souhaitant entreprendre une démarche de désintoxication accompagnés de leurs enfants. Les parents peuvent bénéficier d'un programme adapté et les enfants d'un environnement et d'un suivi répondant à leurs besoins (garderie, éducatrices de la petite enfance, suivi pédiatrique). Parents et enfants vivent sous le même toit, hormis le temps consacré aux activités communautaires et thérapeutiques. Un accent tout particulier est mis sur un travail d'élaboration de la relation parents-enfants;
- à des toxicomanes qui, pour des raisons différentes (médicales, sociales, familiales, etc.), recherchent un accueil communautaire et structuré pour une durée de trois mois minimum avant d'intégrer éventuellement un autre centre de la Fondation ou de choisir une autre orientation thérapeutique.

