



# LES FEMMES ET LES PROBLÈMES DE CONSOMMATION D'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES\*

Renée A. Cormier, Ph.D. (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique), Colleen Anne Dell, Ph.D. (Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies), Nancy Poole, diplôme en sciences informatiques (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique)

## Remerciements :

Les auteurs signalent les contributions de Bette Reimer, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, qui a effectué les recherches documentaires nécessaires à ce chapitre, et de Karen Devries, qui a aidé à organiser la section des références du présent chapitre.

## Historique

Il est particulièrement difficile de fournir de l'information pertinente pour les politiques sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues, car la question est tellement vaste. On a constaté que la consommation d'alcool et de drogues découle de l'interdépendance complexe de facteurs biologiques, génétiques, psychosociaux, sociaux, culturels, relationnels, environnementaux et spirituels. À cause de cette interdépendance, l'élaboration et la mise en œuvre de réponses systémiques très générales fondées sur la collaboration qui s'imposent, et le faire de façon à relier les stratégies de prévention, d'exécution, de réduction des méfaits et de traitement, demeurent un défi. En dépit des défis globaux, les progrès des politiques et des programmes sexospécifiques méritent particulièrement d'attirer l'attention et pourraient entraîner des avantages énormes pour la santé des femmes et des membres de leur famille.

Ce chapitre présente les résultats tirés à la fois de sources de surveillance et de certains rapports de recherche. Comme il n'y a pas eu de surveillance récente ou adéquate spécifique à la consommation d'alcool ou de drogues par les Canadiens, nous présentons des données transversales tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Cycle 1,1 (2000). Même si nous n'avons pu fournir de tendances sur la consommation d'alcool et de drogues et les problèmes de consommation chez les femmes, nous présentons un survol de résultats de recherche clés qui aide à comprendre clairement la question dans une optique sexospécifique et

---

\* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



**place dans le bon contexte les résultats de l'ESCC. Nous encourageons les lecteurs à consulter des rapports de recherche existants mentionnés dans tout le chapitre afin de mieux comprendre cette question complexe.**

### **Conséquences de la consommation d'alcool et de drogues sur la santé physique**

Dans *Les drogues – Faits et méfaits*, [1] Santé Canada décrit les conséquences pour la santé de doses élevées de toutes les catégories de psychotropes, y compris les stimulants, les hallucinogènes, le cannabis et les déprimeurs du système nerveux central (analgésiques opioïdes, alcool, inhalants/solvants, benzodiazépines, barbituriques). Pour certaines catégories de médicaments, il existe des données probantes sur les différences entre les sexes en ce qui concerne les conséquences de la consommation d'alcool ou de drogues sur la santé physique. [2] Si l'on prend l'exemple de l'alcool, les femmes métabolisent l'alcool et d'autres psychotropes plus lentement que les hommes, ce qui permet aux métabolites nuisibles de demeurer plus longtemps dans leur corps. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être atteintes de cirrhose du foie après avoir consommé moins d'alcool pendant moins longtemps. [3, 4] Ces constatations s'appliquent aussi à la contraction du cerveau et à l'incapacité, [5-7] au cancer du sein, [8-12] aux ulcères gastroduodénaux [13] et à l'hépatite alcoolique. [14]

Même s'il n'existe pas de recherches adéquates sur les différences entre les sexes quant aux conséquences des drogues illicites, on commence à les documenter. [15] L'utilisation de drogues injectables (UDI) constitue, chez les femmes, un facteur de risque clé de transmission de maladies à transmission hématogène comme le VIH/SIDA et l'hépatite C. [16] On relie aussi à la consommation de drogues illicites les comportements sexuels très risqués (p. ex. commerce du sexe) que l'on associe en retour à tout un éventail d'effets négatifs sur la santé. [17]

### **Santé mentale, traumatismes et consommation d'alcool et de drogues**

La recherche a démontré que jusqu'aux deux tiers des femmes qui ont des problèmes d'abus d'alcool et de drogues peuvent avoir un problème simultané de santé mentale comme la dépression, le trouble de stress posttraumatique, le trouble de panique ou un trouble de l'alimentation. [18] La recherche montre aussi qu'un pourcentage important de femmes qui ont des problèmes de consommation d'alcool et de drogues ont été victimes de violence conjugale, d'inceste, de viol, d'agression sexuelle et de violence physique pendant l'enfance. [19-22] On a établi un lien entre la victimisation et tout un éventail de résultats négatifs, y compris le trouble de stress posttraumatique, la dépression, l'anxiété, les tendances suicidaires et la faible estime de soi chez les femmes dans la population en général. [23, 24] Comparativement aux clients non victimes de violence, les femmes qui suivent des traitements pour consommation d'alcool et de drogues et qui ont été victimisées sont plus susceptibles d'être aux prises avec la dépression et de songer au suicide, la moitié ont une estime de soi plus faible, une adaptation psychologique négative et plus de symptômes de stress posttraumatique. [25-30]

### **Grossesse, maternité et consommation d'alcool et de drogues**

La consommation d'alcool et de drogues par les femmes enceintes et les mères a attiré énormément d'attention et une documentation volumineuse décrit les effets indésirables de l'alcool, du tabac et d'autres drogues sur le fœtus. La consommation d'alcool pendant la grossesse, particulièrement en contexte de malnutrition, d'état de santé général médiocre, d'expérience de traumatismes et de problèmes de santé mentale, ainsi que de manque de soins prénataux, a les effets les plus nuisibles. [31, 32]

La consommation par la mère de drogues licites et illicites peut aussi causer des problèmes qui ont des répercussions à court ou à long terme chez les fœtus exposés avant la naissance. Les lacunes méthodologiques qui ne tiennent pas compte de la consommation de plus d'une drogue entravent toutefois l'étude des conséquences de ces catégories. [33] Au lieu d'offrir des services efficaces de communication, de mobilisation et de traitement, certains pays, et le Canada aussi jusqu'à un certain

point, ont réagi à l'encontre des femmes qui consomment des substances illicites pendant la grossesse en les blâmant, en essayant de leur imposer des traitements et même en leur infligeant des sanctions criminelles. [34-37]

Dans son document intitulé *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme foetal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, [32] Santé Canada présente un tableau détaillé des enjeux et des méthodes prometteuses de prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) qui reposent à la fois sur les documents et sur l'expertise de Canadiens qui œuvrent dans ce domaine. Des programmes comme *Breaking the Cycle* à Toronto et *Sheway* à Vancouver sont des exemples de programmes efficaces mis sur pied au Canada pour répondre aux besoins des femmes à risque d'avoir un enfant touché par le SAF.

### Stigmate et obstacles au traitement des femmes

Le stigmate découlant des attitudes de la société à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes est à l'avant-plan des facteurs psychosociaux qui jouent sur l'abus d'alcool et de drogues par les femmes. [38] À cause de ce stigmate, les femmes ressentent énormément de culpabilité et de honte face à leur consommation/abus d'alcool et de drogues qui persiste, ce qui les empêche d'appeler à l'aide. [39-43] Le stigmate associé à la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes a des effets sur les dispensateurs de services aussi. Lorsqu'elles consomment alcool et drogues, les femmes font souvent face, chez les professionnels en mesure d'intervenir, à de l'information erronée, au déni, à l'inaction et même aux mesures punitives et c'est pourquoi il se peut qu'elles ne soient pas identifiées comme ayant besoin d'aide. [37, 44-46]

Il y a convergence entre le stigmate et les obstacles structurels et autres qui découlent du fait d'avoir vécu la victimisation et des problèmes de santé mentale, de la crainte de voir un de ses enfants appréhendés, du statut de membre d'une minorité, du revenu et de l'emplacement rural, pour ne citer que quelques facteurs. Santé Canada a produit son rapport intitulé *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* [40] comme document d'information clé pour les dispensateurs de soins de santé qui veulent aider à abaisser les obstacles à l'accès au traitement pour divers groupes de femmes qui consomment de l'alcool et des drogues.

Les obstacles qui empêchent d'avoir accès à des services de traitement d'appui sont encore plus importants pour les femmes enceintes et celles qui ont des enfants. Les programmes qui acceptent à la fois les mères et leurs enfants sont très rares. La capacité de trouver des soins abordables et sécuritaires pour leurs enfants, ainsi que des soins résidentiels, constitue souvent un obstacle intimidant pour les mères qui ont besoin de traitements. [47] Même s'il existe des services de conseil et d'autres services de soutien pour les femmes enceintes et qui ont des enfants, les mères qui ont besoin de traitements résidentiels contre la consommation d'alcool et de drogues au Canada doivent surmonter des obstacles épouvantables.

### Démarches fondées sur le sexe et la réduction des méfaits

La réduction des méfaits constitue une nouvelle façon stratégique d'aborder l'abus d'alcool et de drogues et a fait son apparition au début face à la propagation du SIDA chez les utilisateurs de drogues injectables. [48] Les politiques et les pratiques de réduction des méfaits visent principalement à réduire les conséquences négatives associées à la consommation plutôt qu'à la faire disparaître complètement. Au Canada, les programmes et les politiques clés de réduction des méfaits qui ont trait aux drogues illicites comprennent l'entretien à la méthadone, l'échange d'aiguilles ou de seringues, les centres d'injection sous surveillance, l'attention accrue accordée à la décriminalisation de l'utilisation de petites quantités de cannabis, ainsi que des programmes d'éducation, d'information et de déjudiciarisation. Ces initiatives peuvent être bénéfiques pour les femmes qui consomment ou dont le partenaire consomme en aidant à prévenir la transmission du VIH, à améliorer pour elles l'accès aux services de traitement de la toxicomanie et de soins de santé, à prévenir les malformations congénitales et les incapacités chez leurs enfants, à rendre les expériences d'incarcération plus sécuritaires et à stabiliser leur état de santé dans l'ensemble. Les programmes de réduction des méfaits offerts aux femmes enceintes marginalisées et à



risque élevé et à leurs réseaux de soutien sont particulièrement prometteurs : on a démontré que cette démarche prévient le SAF et d'autres incapacités reliées à l'alcool et aux drogues, appuie le maintien de la garde des enfants et accroît la stabilité sanitaire et sociale à la fois des mères et de leurs enfants. [47]

### L'étude en cours

Nous avons étudié la consommation d'alcool et de drogues licites et illicites par les femmes du Canada et des sous-groupes de femmes (jeunes filles, femmes âgées, femmes autochtones et femmes enceintes). Nous avons exploré en outre les répercussions de la consommation d'alcool ou de drogues sur la santé, ainsi que la coexistence d'enjeux reliés à la santé mentale, aux traumatismes et à la consommation d'alcool et de drogues.

## Méthodes

### Données

Nous présentons ci-dessous des données transversales tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Cycle 1,1 (2000). [49] Les données sont pondérées de façon à représenter la population canadienne. Nous présentons des données ajustées selon l'âge, le cas échéant. L'échantillon regroupait 125 574 personnes âgées de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et des territoires. Nous présentons de la même façon des données provenant d'autres sources (y compris certains rapports de recherche, comme le Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres toxicomanies [50]) pour mettre en évidence ce que nous connaissons au sujet de la consommation d'alcool et de drogues licites et illicites chez les femmes, ainsi que de l'effet de cette consommation. Nous présentons des comparaisons entre femmes et hommes lorsque c'est pertinent.

Il importe de noter qu'il se pose des problèmes de comparabilité lorsque l'on compare des enquêtes, des sources de données et des rapports de recherche différents. Les problèmes clés qui préoccupent sont liés à la conception (p. ex. secteurs de compétence inclus dans l'enquête) et à la méthodologie (p. ex. mode d'enquête – téléphone ou en personne). Pour bien comprendre la comparabilité des études de recherche mentionnées ici, nous encourageons les lecteurs à consulter la source originale. De même, il importe de signaler certaines des limites clés des enquêtes démographiques générales, qui comprennent : difficulté à obtenir de l'information de populations difficiles à atteindre et à leur sujet (grands consommateurs d'alcool et de drogues qui sont sans-abri ou institutionnalisés), sous-déclaration parce que le comportement est sanctionné par la société, problèmes de mémoire ou sous-déclaration de l'utilisation de psychotropes chez les adultes âgés parce qu'ils ne savent pas pourquoi ils prennent de multiples médicaments. Les instruments de sondage peuvent néanmoins produire de l'information sur les estimations de la limite inférieure de mesures de la consommation d'alcool et de drogues qui sont importants pour la surveillance de la santé publique. [50]

## Mesures

### Consommation d'alcool

Nous avons extrait des données des modules Consommation d'alcool (et Allaitement) de l'ESCC afin de déterminer la consommation d'alcool pendant toute la vie, la consommation d'alcool et la fréquence de consommation au cours des 12 mois précédents, la consommation abusive d'alcool (définie comme cinq consommations ou plus à au moins une occasion au moins une fois par mois) et la consommation d'alcool et la fréquence de la consommation au cours de la dernière grossesse. Nous avons exploré les différences selon le sexe, l'âge et le statut d'Autochtone. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur les congés des patients attribués à la consommation d'alcool que Single et ses collaborateurs ont analysées pour les périodes de 1994 à 1995 et de 1995 à 1996 sont appuyées solidement dans le domaine et nous les présentons aussi. [51]

## Consommation de médicaments licites

Nous avons extrait des données du module Consommation de médicaments de l'ESCC afin de déterminer la consommation des substances licites suivantes : analgésiques, tranquillisants, pilules amaigrissantes, antidépresseurs, analgésiques opioïdes (comme la codéine, le démérol ou la morphine) et somnifères. On a administré les modules de l'ESCC sur la consommation de médicaments aux participants de l'Ontario seulement (toutes les régions de santé). C'est pourquoi il se peut que les résultats ne soient pas généralisables à d'autres provinces et territoires. Nous avons étudié les différences selon le sexe, l'âge et le statut d'Autochtone. Nous résumons les publications sur les conséquences que la consommation prolongée de médicaments licites a sur la santé.

## Consommation de drogues illicites

Nous n'avons pas recueilli d'information sur la consommation de drogues illicites par le biais de l'ESCC Cycle I, I et c'est pourquoi nous présentons des données tirées de l'*Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada* (EAADC), [52] de l'*Enquête de 1998 sur les campus canadiens* [53] et des congés des patients attribués à une consommation de drogues illicites. [51]

## Questions relatives à la santé mentale, aux traumatismes et à la consommation d'alcool et de drogues

Nous avons extrait des données des modules Dépression, Utilisation des services – Santé mentale et Suicide de l'ESCC Cycle I, I afin d'étudier le lien entre les questions relatives à la santé mentale et à la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes. Soixante-dix des 136 régions de santé du Canada (situées en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, au Québec, au Manitoba, en Alberta et quelques-unes en Ontario) ont administré le Questionnaire sur le suicide. Toutes les régions de santé sauf deux ont administré le Questionnaire sur la dépression. Nous présentons des données sur les taux de traumatisme chez les femmes qui consomment de l'alcool et des drogues, et se trouvent dans des centres de traitement au Canada.

# Résultats

## Consommation d'alcool

### Prévalence

Selon l'ESCC 2000, [49] 73,1 % des femmes du Canada âgées de 12 ans et plus avaient consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente et 13,3 % ont déclaré avoir pris de l'alcool pendant leur vie, mais pas au cours de l'année précédente (voir tableau 1). La consommation d'alcool était plus prévalente chez les hommes que chez les femmes. La majorité des femmes qui ont déclaré avoir pris un verre au cours de l'année précédente avaient tendance à boire peu souvent (voir tableau 2).

Le taux de consommation d'alcool au cours des 12 mois précédents chez les adolescentes de 15 à 19 ans s'établissait à 71,1 %, contre 75,5 % en moyenne chez les femmes du Canada. Il semble que plus de femmes autochtones que de femmes non autochtones ont signalé avoir déjà pris de l'alcool et en avoir pris au cours des 12 mois précédents. À peu près 11 % des femmes qui ont déclaré avoir pris de l'alcool au cours des 12 mois précédents satisfaisaient au critère que représente la consommation excessive occasionnelle d'alcool. Deux fois plus de femmes autochtones que de femmes non autochtones satisfaisaient à ce critère.

### Consommation d'alcool au cours de la grossesse

Parmi toutes les femmes qui ont indiqué avoir pris de l'alcool au cours de leur vie, 14 % ont aussi signalé l'avoir fait pendant leur dernière grossesse. La grande majorité des femmes qui ont déclaré avoir bu pendant la grossesse ont signalé qu'elles buvaient peu souvent : 75,4 % buvaient moins d'une fois par mois ; 9,7 %, une fois par mois, 6,5 %, deux à trois fois par mois, 5,3 %, une fois par semaine et 1,3 %, tous les jours.



### Morbidité

Single et ses collaborateurs [51] ont analysé des données de 1994-1995 et 1995-1996 de l'ICIS et des données de 1991-1992 du Laboratoire de lutte contre les maladies de l'époque, de Santé Canada, au sujet des congés des patients attribuables (entièrement et en partie) à l'alcool (p. ex. toxicité alcoolique, cirrhose du foie alcoolique) et ont calculé que 29 181 femmes (51 765 hommes) ont été hospitalisées à cause de l'alcool en 1995-1996. Le plus grand nombre d'hospitalisations chez les femmes était relié aux chutes accidentelles (7 689), suivies des accidents de la circulation (3 433), du syndrome de dépendance alcoolique (3 247) et du suicide/automutilation (2 473). Les congés des patients par 100 000 personnes sont demeurés relativement stables chez les femmes (pour passer de 206 en 1991-1992 à 193 en 1995-1996) et ont diminué chez les hommes (pour tomber de 401 en 1991-1992 à 349 en 1995-1996).

### Mortalité

Selon l'analyse que Single et ses collaborateurs ont faite des données de 1995 de l'ICIS, le nombre estimatif de décès attribués (en totalité et en partie) à la consommation d'alcool chez les femmes hospitalisées s'est établi à 1 823 ou 12,4 par 100 000 habitants (chez les hommes, il a atteint 4 681 ou 32,3 par 100 000 habitants). Le nombre le plus important de décès chez les femmes était attribué aux accidents de la circulation (357), à la cirrhose du foie alcoolique (257), aux chutes accidentelles (202), au cancer du sein (192), au syndrome de dépendance alcoolique (135) et au suicide/automutilation (134). On a estimé le potentiel d'années de vie perdues en 1995 à 48 392 chez les femmes, soit 327,9 par 100 000 habitants (123 734 chez les hommes, soit 853,7 par 100 000 habitants).

### Consommation de médicaments licites

**Remarque :** Il ne faut pas considérer que la consommation de médicaments licites indiquée dans l'enquête ESCC constitue une indication de consommation abusive ou de problème de consommation.

### Prévalence

Selon l'ESCC de 2000, le pourcentage des femmes de 12 ans ou plus qui ont déclaré avoir pris au cours de l'année précédente certains médicaments d'ordonnance et en vente libre a atteint les niveaux suivants : analgésiques, 23,7 %; analgésiques opioïdes, 2,1 %; somnifères, 1,7 %; tranquillisants, 1,1 %; antidépresseurs, 2,1 %; pilules amaigrissantes, 0,4 %. Les femmes ont signalé régulièrement des taux plus élevés de consommation que les hommes dans toutes les catégories (voir tableau 1). Les femmes non autochtones étaient plus susceptibles que les femmes autochtones de déclarer qu'elles prenaient des analgésiques et des somnifères.

### Morbidité

Les femmes étaient deux fois plus susceptibles que les hommes de se faire prescrire des benzodiazépines contre des symptômes « non cliniques », [54] comme le stress causé par la vie professionnelle ou familiale, le deuil, une maladie chronique ou aiguë, la douleur physique ou l'adaptation à un changement majeur dans la vie, [55-57] et de se les faire prescrire pour des périodes plus longues. [58] Il devient clair que l'on prescrit trop de benzodiazépines aux femmes pour leur permettre de s'adapter aux circonstances difficiles de la vie plutôt que pour soulager des symptômes cliniques sévères. On établit un lien entre la consommation de longue durée de benzodiazépines et plusieurs conséquences négatives pour la santé. Les effets sédatifs/hypnotiques de ces médicaments rendent les personnes âgées plus vulnérables aux déficits de la psychomotricité, de la cognition et de la mémoire, à l'obnubilation de l'émotivité, [59] aux comportements violents, à la dépression [60] et aux fractures de la hanche et du femur. [61, 62]

## Consommation de drogues illicites

### Prévalence

Dans l'ensemble, la consommation autodéclarée de drogues illicites chez les femmes du Canada est faible (voir tableau 1). Les données tirées de l'enquête EAADC de 1994 [52] montrent que le pourcentage des femmes de 15 ans et plus qui déclarent avoir consommé certaines drogues illicites au cours de l'année précédente s'établissait à 5,1 % dans le cas du cannabis, 0,7 % dans celui du LSD, des amphétamines et de l'héroïne, et 0,5 % dans celui de la cocaïne. Lorsque l'on compare ce pourcentage aux données tirées de la même enquête sur la consommation de drogues illicites pendant une vie, les taux de consommation dans chacune des trois catégories diminuent légèrement : 18,7 % dans le cas du cannabis, 3,6 % dans celui du LSD, des amphétamines ou de l'héroïne et 2,7 % dans celui de la cocaïne. Des données plus récentes (Enquête de 1998 sur les campus canadiens [53]) révèlent des taux comparativement élevés de consommation de drogues illicites chez les étudiants d'universités (même si ces statistiques ne représentent pas la consommation chez les Canadiens en général) : 8,9 % des étudiantes ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au cours des 12 mois précédents (sans compter le cannabis) et 28,0 % ont déclaré avoir consommé du cannabis. La consommation de drogues illicites chez les hommes était plus élevée que chez les femmes dans toutes les catégories.

L'utilisation de drogues injectables (UDI) constitue un bon exemple du besoin d'analyse sexospécifique de la consommation de drogues illicites. Les données de surveillance du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada [16] révèlent que jusqu'au 31 décembre 2000, l'UDI était considérée comme le facteur de risque dans 1 123 cas positifs déclarés d'infection par le VIH chez les femmes et dans 2 570 cas chez les hommes. Le tableau 3 montre que, tant chez les femmes que chez les hommes, le nombre de résultats positifs attribuables à l'UDI diminue au fil du temps. L'UDI constitue toutefois un risque plus important pour les femmes et a causé en moyenne, de 1995 à 2000, 45,7 % du total des cas d'infection par le VIH chez les femmes et 25,6 % du total chez les hommes. Pendant cette période de six ans, l'UDI comme facteur de risque d'infection à VIH chez les femmes a diminué considérablement (pour tomber de 53,6 % des cas en 1995 à 38,5 % en 2000), tandis que le taux est demeuré relativement stable chez les hommes (pour baisser de 23,6 % des cas en 1995 à 22,4 % en 2000).

Les données canadiennes sur l'utilisation de solvants sont extrêmement limitées. Les renseignements tirés de l'enquête EAADC montrent que 0,3 % des femmes de 15 ans et plus ont déclaré avoir utilisé un ou des solvants au cours de leur vie. Le Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario [63] a révélé qu'entre 1977 et 2001, la prévalence moyenne du reniflage de la colle avec l'intention d'atteindre un état euphorique s'est établie à 2,1 % chez les femmes au cours des 12 mois précédents. Le pourcentage a atteint son zénith en 1999 (3,7 %) et son nadir en 1991 (1,1 %).

### Morbidité

En se fondant sur leur analyse des congés des patients attribués (en totalité et en partie) aux drogues illicites, Single et ses collaborateurs ont calculé que 2 405 femmes (4 542 hommes) ont été hospitalisées en 1995-1996 à cause des drogues illicites. [51] Chez les femmes, les hospitalisations ont été causées par des pharmacopsychoses (768), suivies de l'abus de la cocaïne ou d'une dépendance de celle-ci (375), d'une intoxication aux psychotropes (323) et de l'abus des opioïdes ou de la dépendance de ceux-ci (314). Le nombre de congés des patients par 100 000 habitants est demeuré relativement stable entre 1991-1992 et 1995-1996 chez les femmes et les hommes.

### Mortalité

Selon l'analyse que Single et ses collaborateurs ont faite des données de 1995 de l'ICIS, le nombre de décès attribuables aux drogues illicites a été établi à 108 dans le cas des femmes hospitalisées, soit 0,7 par 100 000 habitants (695 chez les hommes, ou 4,8 par 100 000 habitants). Le nombre le plus élevé de décès a été causé par l'intoxication aux opiacés, (42) l'empoisonnement (intention non déterminée), (23)



le SIDA, (18) le suicide ou une automutilation (15) et l'intoxication à la cocaïne. (11) Les années potentielles de vie perdues en 1995 ont été établies à 4 959 chez les femmes, soit 33,6 par 100 000 habitants (28 710 chez les hommes, soit 198,1 par 100 000 habitants).

### Santé mentale, traumatismes et consommation d'alcool et de drogues

#### Santé mentale et consommation d'alcool et de drogues

Parmi les femmes considérées comme buveuses excessives, 25,7 % ont signalé s'être senties tristes, déprimées ou mélancoliques au cours des deux semaines précédentes. La dépression peut être un précurseur ou un antécédent de la consommation problème d'alcool, ou les deux. À peu près 15 % des buveuses excessives ont aussi déclaré avoir consulté un professionnel de la santé mentale au cours des 12 mois précédents. En outre, 18,6 % d'entre elles ont signalé qu'elles avaient déjà envisagé sérieusement le suicide. Sur les femmes qui avaient envisagé le suicide au cours des 12 mois précédents, 37,3 % avaient déjà fait une tentative.

#### Traumatismes et consommation d'alcool et de drogues

La recherche révèle des taux élevés de victimisation chez les femmes qui abusent de l'alcool et des drogues. [15] Les données recueillies de centres de traitement contre la toxicomanie au Canada corroborent ces estimations. Dans un échantillon de femmes abusant d'alcool et de drogues provenant de neuf centres de traitement de l'Ontario, Cormier [64] a découvert que 85,7 % des 98 femmes de son échantillon avaient été victimisées. Elles étaient plus susceptibles d'avoir déclaré avoir été victimes de violence physique à l'âge adulte (56,1 %), de violence sexuelle pendant l'enfance (56,3 %), de violence physique pendant l'enfance (56,1 %) et de violence sexuelle à l'âge adulte (45,4 %). Un centre de traitement des femmes abusant de l'alcool et des drogues de Vancouver (Centre Aurora) a signalé que 65 % de ses clientes avaient été victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte et que 38 % avaient subi une agression sexuelle, 47 % ont été victimes de violence physique pendant l'enfance et 53 %, de violence sexuelle pendant cette période. [47]

## Discussion

### Limites des données

Le dernier quart de siècle a été caractérisé par la collecte de données d'enquête non cohérentes sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues aux échelons national, provincial, territorial et municipal. La recherche a en outre reconnu de façon limitée que des facteurs sociaux sexospécifiques (p. ex. emploi, déplacement culturel, violence) jouent un rôle important dans les problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Les différences marquées au niveau des définitions de la consommation, de la dépendance ou de la consommation problème constituent une limite qui prédomine dans la plupart des enquêtes et des recherches.

Comparativement à l'information courante sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues au Canada, on dispose de connaissances extrêmement limitées sur la consommation de drogues illicites et de médicaments licites, et, plus particulièrement, sur la morbidité et la mortalité connexes. Une recherche sexospécifique sur la consommation de médicaments d'ordonnance et de médicaments en vente libre s'impose, puisque les femmes signalent constamment des taux plus élevés de consommation que les hommes, ce qui accroît la probabilité de consommation problème. Les données de Santé Canada et de sociétés pharmaceutiques (p. ex. PURDUE Pharma) sont d'autres sources d'information sur les habitudes d'établissement d'ordonnances des médecins. On a en outre recueilli des données sur l'utilisation des régimes d'assurance-médicaments à l'échelon provincial (p. ex. Nouveau-Brunswick, Saskatchewan) qu'il serait possible de reproduire. De plus, même si le premier cycle de l'ESCC Cycle 1,1 ne comprenait pas de question sur la consommation de drogues illicites, le cycle le plus récent de l'enquête (ESCC Cycle 1,2) constituera une source appropriée qui permettra de réunir ces renseignements.

On manque aussi de connaissances sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues, ainsi que sur les programmes compétents qui visent à répondre aux besoins des femmes pauvres, rurales, sans-abri, handicapées, lesbiennes, âgées, adolescentes et d'origines ethniques différentes, qui sont souvent plus exposées à des problèmes de santé généraux. Les données limitées disponibles indiquent que ces sous-populations de femmes peuvent être plus vulnérables aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues que la population générale. [65-73]

Plusieurs suggestions visant à combler les lacunes des données actuelles suivent. Chacune de ces suggestions oblige à recueillir des données sexospécifiques.

## Recommandations

### Données sur l'incidence et la prévalence

1. Il faudrait assurer une surveillance périodique sous forme d'une enquête nationale sur l'incidence ou la prévalence (p. ex. aux trois ans).
2. Le Canada devrait appuyer davantage ses systèmes de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues, comme le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies, [74] afin que des données soient facilement disponibles et que les efforts déployés pour recueillir des données dans des rapports comme celui-ci ne constituent pas une tâche aussi intimidante. La production de données selon le sexe, l'attention accordée aux déterminants sociaux et autres de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes et l'étude des problèmes de consommation en fonction du sexe pourraient faire partie intégrante d'un tel système.

### Données sur le traitement

3. Il faut créer un moyen de saisir des données d'évaluation des interventions contre la consommation d'alcool et de drogues (y compris les interventions spécifiques aux femmes à divers niveaux de soins).
4. Il faut aussi analyser la disponibilité des données recueillies de populations spéciales (p. ex. Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).

### Données sur la mortalité et la morbidité

5. Il faut ouvrir davantage l'accès aux systèmes nationaux de collecte d'information et de production de rapports sur les hospitalisations (c.-à-d. ICIS) et le rendre plus abordable. Il faut se pencher sur tous les aspects de la normalisation de la collecte des données (p. ex. codes CIM-9/10) et il faudrait inclure l'hépatite C en plus du VIH/SIDA.

### Autres données fondamentales pour des politiques et des programmes axés sur les femmes

6. Dans la lutte contre la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes, il est crucial de s'attaquer à l'information erronée et aux préjugés dont font l'objet les femmes qui ont ce problème de santé courant. C'est essentiel si l'on veut aider à atténuer le sentiment de culpabilité et de honte qui empêche les femmes d'avouer à la fois qu'elles consomment de l'alcool et des drogues et qu'elles ont besoin d'aide. Cette démarche devrait sous-tendre toutes les recommandations qui suivent.

### Réduire les obstacles qui empêchent d'identifier et de prévenir le SAF

7. Il faut définir des façons viables et sensibles de mettre en œuvre le dépistage de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes dans un vaste éventail de professionnels en mesure de les aiguiller vers des centres de traitement et d'autres services au besoin. Il est particulièrement important que ce dépistage vise les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes, afin de prévenir le SAF et d'autres problèmes de développement reliés à l'alcool et aux drogues. On a



procédé à des enquêtes sur les méthodes de dépistage de l'alcoolisme et des toxicomanies utilisées par les médecins et ces enquêtes peuvent aider à promouvoir une formation et des interventions spécialisées dans ce domaine important.

### Comprendre les besoins divers et y répondre

8. Il faut combler les lacunes des connaissances portant sur le niveau, le type et les conséquences de la consommation d'alcool et de drogues et la suffisance des programmes qui devraient atteindre des sous-groupes vulnérables de femmes (p. ex. femmes autochtones, pauvres, sans-abri, lesbiennes, vivant en milieu rural). Il faudrait dans la plupart des cas des études locales d'envergure plus restreinte.

### Comprendre les conséquences de la consommation de drogues illicites sur les femmes et les stratégies de réduction des méfaits

9. Il existe un besoin crucial de données sur les différences sexospécifiques dans le vécu de la consommation de drogues illicites et un besoin possible de politiques et de programmes axés sur la réduction des méfaits, et leurs conséquences.

### Améliorer l'accès au traitement, particulièrement pour les mères

10. Il faut des données sur les conséquences des obstacles au traitement. Les programmes de traitement qui tiennent compte des différences sexospécifiques au niveau du vécu des toxicomanies doivent être rendus plus accessibles pour les femmes du Canada. Des programmes accessibles et pertinents pour les femmes qui ont des enfants sont particulièrement prioritaires.

### Conjuguer le traitement et l'appui dans les cas de consommation d'alcool et de drogues, de santé mentale et de traumatismes

11. Il est recommandé de resserrer les liens (et d'envisager dans certains cas d'intégrer des programmes) entre le traitement relié à la santé mentale, le traitement de l'abus d'alcool et de drogues et les programmes à l'intention des femmes victimes de traumatismes et de violence conjugale afin de tenir compte des facteurs d'interdépendance solides entre ces trois problèmes de santé sérieux pour les femmes.

## Références

1. Health Canada. *Straight facts about drugs and drug abuse*. Ottawa: Health Canada, 2000.
2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Are women more vulnerable to alcohol's effects?* Alcohol Alert No. 46, 1999.
3. Deal SR, Gavaler JS. Are women more susceptible than men to alcohol-induced cirrhosis? *Alcohol Health Res World* 1994;18(3):189-91.
4. Mezey E, Kolman CJ, Diehl AM, Mitchell MC, Herlong HF. Alcohol and dietary intake in the development of chronic pancreatitis and liver disease in alcoholism. *Am J Clin Nutr* 1988;48(1):148-51.
5. Lishman WA, Jacobson RR, Acker C. Brain damage in alcoholism: current concepts. *Acta Med Scand Suppl* 1987;717:5-17.
6. Mann K, Batra A, Gunthner A, Schroth G. Do women develop alcoholic brain damage more readily than men? *Alcohol Clin Exp Res* 1992;16(6):1052-6.
7. Wuethrich B. Neurobiology: Does alcohol damage female brains more? *Science* 2001;291(55):2077-9.
8. Camargo CA Jr. Gender differences in the health effects of moderate alcohol consumption. In S. Peele S., Grant M. (eds). *Alcohol and pleasure: a health perspective*. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.
9. Dorgan JF, Baer DJ, Albert PS, Judd JT, Brown ED, Corle DK, Campbell WS, Hartman TJ, Tejpar AA, Clevidence BA et al. Serum hormones and the alcohol-breast cancer association in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst* 2001;93(9):710-5.
10. Longnecker MP, Berlin JA, Orza MJ, Chalmers TC. A meta-analysis of alcohol consumption in relation to risk of breast cancer. *JAMA* 1988;260:625-56.
11. Lowenfels AB, Zevola SA. Alcohol and breast cancer: an overview. *Alcohol Clin Exp Res* 1989;13:109-11.
12. Reichman ME. Alcohol and breast cancer. *Alcohol Health Res World* 1994;18(3):182-3.
13. Rabinovitz M, Van Thiel DH, Dindzans V, Gavaler JS. Endoscopic findings in alcoholic liver disease. Does gender make a difference? *Alcohol* 1989;6:465-8.
14. Hill SY. Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women. In: Wilsnack SC, Beckman LJ (eds). *Alcohol problems in women*. New York: The Guilford Press, 1984.
15. National Institute on Drug Abuse. *Treatment methods for women*. NIDA Info Facts, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 1999. URL: <[www.drugabuse.gov/infobox/treatwomen.html](http://www.drugabuse.gov/infobox/treatwomen.html)>. Accessed January 25, 2003.
16. Health Canada. *HIV and AIDS in Canada: Surveillance report to December 31, 2001*. Ottawa: Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada, 2001.



17. Tortu S, Beardsley M, Deren S, Williams M, McCoy HV, Stark M, Estrada A, Goldstein M. HIV infection and patterns of risk among women injectors and crack users in low and high seroprevalence sites. *AIDS Care* 2000;12(1):65-76.
18. Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry* 2003;48(1):5-13.
19. Brems C, Namyniuk L. The relationship of childhood abuse history and substance use in an Alaska sample. *Subst Use Misuse* 2002;37(4):473-94.
20. Freeman RC, Collier K, Parillo KM. Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community recruited women at high risk for illicit drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002;28(1):109-31.
21. Ouimette PC, Kimerling R, Shaw J, Moos RH. Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly* 2000;18(3):7-17.
22. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: a review. *Clin Psychol Rev* 2002;22(1):27-77.
23. Briere J, Runtz M. Childhood sexual abuse: long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence* 1993;8(3):312-30.
24. Kolko DJ. Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse Negl* 1996;20(1):23-43.
25. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002;23(4):260-8.
26. Daley M, Argeriou M. Characteristics and treatment needs of sexually abused pregnant women in drug rehabilitation. *J Subst Abuse Treat* 1997;14:191-6.
27. Gil-Rivas V, Fiorentine R, Anglin MD. Sexual abuse, physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in outpatient drug abuse treatment. *J Psychoactive Drugs* 1996;28:95-102.
28. Gutierrez SE, Todd M. The impact of childhood abuse on treatment outcomes of substance users. *Professional Psychology: Research and Practice* 1997;28(4):348-54.
29. Kang SY, Magura S, Laudet A, Whitney S. Adverse effect of child abuse victimization among substance-using women in treatment. *Journal of Interpersonal Violence* 1999;14(6):650-7.
30. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review. *Am J Addict* 1997;6:273-83.
31. Astley SJ, Clarren SK. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction. *Alcohol Alcohol* 2001;36(2):147-59.
32. Health Canada. *Best practices: fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effects and the effects of other substance use during pregnancy*. Ottawa: Health Canada, 2001.
33. Coffin CM, Hamilton MS, Pysher TJ, Bach P, Ashwood E, Schweiger J, Monahan D, Perry D, Rogers BB, Brugnara C et al. Pediatric laboratory medicine: current challenges and future opportunities. *Am J Clin Path* 2002;117(5):683-90.

34. Boyd SC. *Mothers and illicit drugs: transcending the myths*. Toronto ON: University of Toronto Press Inc., 1999.
35. Chavkin W, Breitbart V. Substance abuse and maternity: the United States as a case study. *Addiction* 1997;92(9):1201-5.
36. Paltrow LM. Punishing women for their behavior during pregnancy: an approach that undermines the health of women and children. In: Wetherington CL, Roman AB (eds). *Drug addiction research and the health of women*. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse, 1998: 476-501.
37. Rutman D, Callahan M, Lundquist A, Jackson S, Field B. *Substance use and pregnancy: conceiving women in the policy-making process*. Ottawa: Status of Women Canada, 2001.
38. Finkelstein N, Kennedy C, Thomas K, Kearns M. *Gender specific substance abuse treatment*. Arlington VA: The National Women's Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Abuse and Mental Illness, 1997.
39. Copeland J. A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *J Subst Abuse Treat* 1997; 4(2):183-90.
40. Health Canada. *Best practices: treatment and rehabilitation for women with substance use problems*. Ottawa, ON: Health Canada, 2001.
41. Grella CE. Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: the unmet need. *J Psychoactive Drugs* 1997;29(1):67-78.
42. Padayachee A. Hidden health burden: alcohol-abusing women, misunderstood and mistreated. *Int J Drug Policy* 1998;9(1):57-62.
43. Poole N, Isaac B. *Apprehensions: barriers to treatment for substance-using mothers*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2001.
44. Blum LN, Nielsen NH, Riggs JA. Alcoholism and alcohol abuse among women: report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of Women's Health* 1998;7(7):861-71.
45. Corse S, McHugh M, Gordon S. Enhancing provider effectiveness in treating pregnant women with addictions. *J Subst Abuse Treat* 1995;12(1):3-12.
46. Gehshan S. Missed opportunities for intervening in the lives of pregnant women addicted to alcohol or other drugs. *J Am Med Wom Assoc* 1995;50(5):160-3.
47. Poole N. *Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2000.
48. Riley D, O'Hare P. *Harm reduction: policy and practice*. Canadian Harm Reduction Network, 2002. URL: <http://www.canadianharmreduction.com/factsriley.html>. Accessed June 7, 2002.
49. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey Cycle 1.1*. Ottawa, 2001.
50. Single EW, Mackenzie D. *Canadian profile: alcohol, tobacco, and other drugs*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 1997.
51. Single EW, Robson L, Xie X, Rehm J. *The economic costs of substance abuse in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 1996.
52. Statistics Canada. *Canada's Alcohol and Other Drugs Survey*. Ottawa: Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information, 1996.



53. Centre for Addiction and Mental Health. *Canadian Campus Survey, 1998*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2000.
54. Taylor S, McCracken CF, Wilson KC, Copeland JR. Extent and appropriateness of benzodiazepine usage. Results from an elderly urban community. *Br J Psychiatry* 1998;173:433-8.
55. Celentano DD, McQueen DV. *Multiple substance abuse among women with alcohol-related problems*. New York: The Guilford Press, 1984.
56. Gabe J. Personal troubles and public issues: the sociology of long-term tranquilliser use. In: Gabe J (ed). *Understanding tranquilliser use: the role of the social sciences*. London: Tavistock/Routledge, 1991:31-47.
57. Reed B.G. Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult? *J Psychoactive Drugs* 1987;19(2):151-64.
58. Jorm AF, Grason D, Creasey H, Waite L, Broe GA. Long term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Aust N Z J Public Health* 2000;24(1):7-10.
59. Sarkisian CA, Lui H, Gutierrez PR, Seeley DG, Cummings SR., Mangione CM. Modifiable risk factors predict functional decline among older women: a prospectively validated clinical prediction tool. The study of the Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(2):170-8.
60. Ashton H. Benzodiazepine dependency. In: Baum A, Newman S, Weinman J, West R, MacManus C, (eds). *Handbook of psychology and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 376-80.
61. Cumming RG, Klineberg RJ. Psychotropics, thiazide diuretics and hip fractures in the elderly. *Med J Aust* 1993;158(6):414-7.
62. Herings RM, Stricker BH, de Boer A, Bakker A, Sturmans F. Benzodiazepines and risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. *Arch Intern Med* 1995; 155(16):1801-7.
63. Centre for Addiction and Mental Health. *Ontario Student Drug Use Survey*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 1999.
64. Cormier RA. *Predicting treatment outcome in chemically dependent women: a test of Marlatt and Gordon's relapse model*. Unpublished doctoral dissertation. Windsor: University of Windsor, 2000.
65. Chappell M. *Relief at what cost? Women with disabilities and substance use/misuse: tobacco, alcohol and other drugs*. Ottawa: Health Canada, 1995.
66. Copans S, MacNamee H, Burkle F, Goodstein R. Special populations. In: Kinney J (ed). *Loosening the grip: handbook of alcohol information*. Boston MA: McGraw-Hill, 2000.
67. Galaif ER, Nyamathi AM, Stein JA. Psychosocial predictors of current drug use, drug problems, and physical drug dependence in homeless women. *Addict Behav* 1999;24(6):801-14.
68. Guthrie BJ, Boyd CJ, Hughes T. Drugs and girls: What do we know? *Journal of Addictions Nursing* 1997;9(2):64-71.
69. Health Canada. *Horizons Two—Canadian women's alcohol and other drug use: increasing our understanding*. Ottawa: Health Canada, 1995.
70. Health Canada. *Rural women and substance use: issues and implications for programming*. Ottawa: Health Canada, 1996.

71. Health Canada. *Immigrant women and substance use: current issues, programs and recommendations*. Ottawa: Health Canada, 1996.
72. Li L, Ford J. Illicit drug use by women with disabilities. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24(3):405-18.
73. Mulvihill M, Mailloux L, Atkin W. *Advancing policy and research responses to immigrant and refugee women's health in Canada*. Centres of Excellence for Women's Health, 2001.
74. Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use. URL: [www.ccsa.ca/ccendu/index.htm](http://www.ccsa.ca/ccendu/index.htm). Accessed July 30, 2002.



**Tableau 1 : Prévalence de la consommation d'alcool, de drogues illicites et consommation de drogues illicites au Canada, selon le sexe et le statut autochtone**

Produit	Pourcentage (intervalle de confiance 95 %)			
	Hommes	Toutes les femmes	Femmes non autochtones	Femmes autochtones
<b>Alcool*</b>				
Toute la vie	10,3 (9,9-10,6)	13,3 (12,9-13,6)	13,2 (12,8-13,6)	15,2 (13,5-17,0)
12 derniers mois	80,5 (80,0-81,0)	73,1 (72,5-73,5)	72,9 (72,4-73,5)	76,1 (74,0-78,1)
Grande consommation d'alcool	22,9 (22,4-23,4)	8,3 (8,0-8,6)	8,0 (7,7-8,3)	16,9 (15,0-18,8)
<b>Médicaments licites**</b>				
Analgésiques	19,8 (19,4-20,2)	23,7 (23,4-24,0)	24,0 (23,7-24,3)	15,4 (13,3-17,4)
Tranquillisants	0,6 (0,5-0,8)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,9 (0,2-1,5)
Pilules de régime	0,1 (0,1-0,2)	0,4 (0,3-0,4)	0,4 (0,3-0,4)	†
Antidépresseurs	0,9 (0,8-1,1)	2,1 (1,9-2,3)	2,1 (1,9-2,2)	2,5 (1,5-3,5)
Analgésiques opiacés	1,7 (1,5-1,9)	2,1 (1,9-2,2)	2,1 (1,9-2,2)	2,3 (1,5-3,0)
Pilule pour dormir	1,2 (1,1-1,3)	1,7 (1,6-1,8)	1,7 (1,6-1,9)	1,1 (0,5-1,6)
<b>Drogues illicites‡</b>				
<b>Cannabis</b>				
Toute la vie	27,7	18,7	--	--
12 derniers mois	10,1	5,1	--	--
<b>Cocaïne</b>				
Toute la vie	4,9	2,7	--	--
12 derniers mois	0,8	0,5	--	--
<b>LSD, speed, héroïne</b>				
Toute la vie	8,1	3,6	--	--
12 derniers mois	1,5	0,7	--	--

\* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, [49] Cycle 1,1 (2000); grande consommation d'alcool = au moins cinq consommations en une sortie au moins une fois par mois.

\*\* Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [49], Cycle 1,1 (2000); consommation au cours des derniers mois.

† Fréquence de la cellule inférieure à 15.

‡ Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada [52] (1994).

**Tableau 2 : Habitudes de consommation d'alcool chez les femmes qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [49]**

Moins d'une fois par mois	32,6 %
Une fois par mois	13,4 %
De 2 à 3 fois par mois	16,1 %
Une fois par semaine	13,4 %
De 2 à 6 fois par semaine	19,7 %
Tous les jours	4,8 %
	<b>100 %</b>

**Tableau 3 : Nombre de test du VIH positif déclarés et attribuables à l'utilisation de drogues injectables (UDI) chez les femmes et les hommes de 15 ans et plus, par année du test [16]**

N <sup>brc</sup> de tests du VIH positif déclarés et attribuables à l'UDI							
Sexe	1985-94	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Femmes	376	157	158	125	94	124	89
Hommes	1 024	288	332	307	230	197	192