

Toxicomanie au féminin

par

Nancy Poole, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique
pour la santé des femmes, et Colleen Anne Dell, Ph.D.,
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies



INTRODUCTION

En matière de consommation de substances et de toxicomanie, de nombreuses observations montrent qu'il faut adopter des approches propres aux femmes pour ce qui est de la prévention, du traitement, de la réduction des méfaits, de la recherche et des politiques. Il est absolument nécessaire de comprendre ce qui différencie les sexes ainsi que les divers groupes de femmes et de filles dans leur consommation de substances. Le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes (BCCEWH) et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) ont préparé le présent document d'information afin de résumer en quoi diffèrent la consommation de substances et la toxicomanie chez les filles et les femmes ainsi que l'incidence de cette différence sur les politiques, la recherche, les systèmes et les services. Par la conclusion d'un protocole d'entente en 2004, le BCCEWH et le CCLAT ont officialisé cette occasion de renforcer leur rôle respectif dans la promotion de la santé et la réduction

des méfaits associés à l'usage d'alcool, de tabac et d'autres drogues chez les filles et les femmes.

Types de consommation communs aux filles et aux femmes

L'alcool, le tabac et les autres substances psychotropes affectent la vie de la plupart des filles et des femmes, qu'elles en consomment elles-mêmes ou que le consommateur soit un membre de leur famille ou un partenaire, ou simplement à titre de mères et de modèles pour leurs enfants. Les niveaux et les types de consommation des femmes varient en fonction de l'âge, de l'origine ethnique, du revenu, de la capacité physique, des rôles de mère et de travailleuse ainsi que d'autres déterminants importants. On reconnaît généralement que les femmes qui sont de grandes consommatrices de drogues utilisent rarement une seule substance [1-3], et aussi que toutes les substances ne sont pas dommageables au même degré et que des facteurs afférents comme la combinaison de drogues consommées, le niveau d'exposition, l'état de santé et les comportements à risques connexes contribuent à faire varier les résultats. Cependant, afin de faciliter la compréhension, le présent document traite de chaque

substance individuellement. En outre, si les hommes ne sont pas considérés comme un point de comparaison, certaines similarités entre les femmes et eux seront toutefois soulignées, car la question de la consommation de substances et de la toxicomanie chez les hommes canadiens pourrait être bien connue de nombreux lecteurs.

Alcool

Depuis les années 1970, des études ont montré que les Canadiennes qui boivent consomment moins d'alcool et le font moins souvent que les hommes. Ainsi, en 2004, plus de femmes (74,2 %) que d'hommes (53,4 %) ont affirmé avoir bu au plus deux verres par occasion au cours de l'année écoulée [4]. Cependant, l'alcool est la substance la plus consommée par les femmes, et son utilisation est en hausse chez celles-ci depuis dix ans [4-6] (tableau 1). Des études récentes réalisées à l'étranger révèlent par ailleurs que le fossé qui sépare les sexes se rétrécit en ce qui concerne la prévalence de la consommation d'alcool [7-9].

Tableau 1—Pourcentage de femmes et d'hommes d'au moins 15 ans ayant bu de l'alcool au cours de la dernière année, par sexe, Canada, ENSP* 1994-1995, 1998-1999, ETC 2004**

	1994-1995	1998-1999	2004
Femmes	71,5	74	76,8
Hommes	79,8	82,2	82

*ENSP = Enquête nationale sur la santé de la population

**ETC = Enquête sur les toxicomanies au Canada

La plupart des Canadiennes et des Canadiens boivent avec modération. Toutefois, il existe un écart marqué entre ces deux populations, comme le montrent clairement les autodéclarations de consommation *excessive*, c'est-à-dire au moins quatre verres par occasion pour les femmes et cinq pour les hommes. En 2004, une proportion plus importante d'hommes que de femmes a dit avoir chaque mois une consommation excessive (33,9 % contre 17 %) [4]. En outre, pour les douze mois précédents, deux fois plus d'hommes (30,2 %) que de femmes (15,1 %) ont affirmé avoir outrepassé les Directives de consommation d'alcool à faible risque [4], lesquelles recommandent aux hommes et aux femmes de

limiter respectivement leur consommation hebdomadaire d'alcool à 14 et 9 verres.

En ce qui concerne les *méfais perçus associés à la consommation de substances*, les différences ne sont pas aussi marquées entre les sexes. En 2004, 7,1 % des femmes et 10,5 % des hommes ont déclaré avoir subi au moins un méfait de l'alcool au cours de l'année passée, et 32,6 % des femmes et 32,9 % des hommes, en avoir subi du fait de la consommation d'un tiers. [4].

Des études récentes sur la consommation d'alcool chez les étudiants montrent elles aussi une similarité dans la prévalence, mais moins de différences entre les sexes pour ce qui est du niveau et du type de consommation. L'une d'entre elles, réalisée au Canada, révèle que 87,5 % des étudiantes et 85,4 % des étudiants avaient bu de l'alcool au cours des douze mois précédents [10]. Près de la moitié des femmes (41,1 %) ont dit avoir eu une consommation néfaste au cours de cette période et 29,3 %, avoir une dépendance à l'alcool; les taux correspondants sont légèrement plus élevés chez les hommes (tableau 2). La colonne « Consommation néfaste » indique le pourcentage de répondants mentionnant au moins un des quatre indicateurs (sentiment de culpabilité après avoir bu, amnésie due à l'alcool, blessure découlant de la consommation d'alcool, suggestion par d'autres de réduire sa consommation d'alcool). Et la colonne intitulée « Dépendance à l'alcool » donne le pourcentage de personnes rapportant au moins un des trois indicateurs (incapacité de cesser de boire, non-réalisation d'activités prévues, besoin de boire dès le matin). En outre, plus de la moitié (56,1 %) des étudiantes ont dit avoir bu au moins cinq verres en une seule occasion au moins une fois dans l'année et 25,2 %, au moins huit verres en une seule occasion. Comme les Directives de consommation d'alcool à faible risque recommandent aux femmes de boire au plus trois verres par occasion, voire moins dans certaines circonstances (par exemple, lorsqu'elles prennent des substances psychotropes) [11], ces taux élevés de consommation excessive chez les étudiantes sont inquiétants.

Tableau 2—Pourcentage d'étudiants rapportant avoir une consommation néfaste d'alcool ou être alcoolodépendants au cours de l'année précédente, par sexe, Canada, ECC* 1998

	Consommation néfaste	Dépendance à l'alcool
Femmes	41,1	29,3
Hommes	45,2	31,8

*ECC = Enquête sur les campus canadiens

On trouve d'autres indications que l'écart s'amenuise entre la consommation d'alcool des Canadiennes et celle des Canadiens dans diverses études réalisées auprès d'enfants d'âge scolaire et de jeunes. Plusieurs études provinciales sont effectuées dans des écoles intermédiaires et secondaires du pays, la plus longue en cours étant le *Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario*. En 2003, celle-ci rapportait que les garçons étaient plus portés à boire que les filles (68,3 % contre 64,3 %) et que les taux de surconsommation étaient bien plus élevés chez les premiers (29,4 %) que chez les secondes (23,8 %) [12]; cependant, les pourcentages d'autodéclaration d'ébriété n'étaient pas grandement différents entre ces deux populations (25,8 % contre 22,2 % respectivement) [12].

De plus, l'*Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire* de 2001-2002 a établi qu'au Canada 22 % des filles de 10^e année, 12 % de celles de 8^e année et 2 % de celles de 6^e année buvaient une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine [13]. Une proportion semblable de filles et de garçons affirmaient en outre avoir déjà au moins une fois bu tant d'alcool en une occasion qu'ils avaient été « vraiment soûls » [13] (tableau 3). Peu de données sont disponibles sur les jeunes marginaux (décrocheurs ou vivant dans la rue), mais tout laisse croire que ce groupe compte davantage de buveuses et que leur consommation comporte un risque plus élevé que pour leurs homologues du secondaire [14]. Les jeunes femmes sans abri ou qui vivent dans la rue sont particulièrement à risque de subir un éventail d'autres méfaits découlant de leur important abus de substances et d'autres comportements à risque [15].

Tableau 3—Pourcentage d'enfants d'âge scolaire affirmant avoir été « vraiment soûls » au moins une fois, par sexe, par année scolaire, Canada, ECSEAS* 2001-2002

	6 ^e année	8 ^e année	10 ^e année
Filles	8	29	18
Garçons	12	29	19

*ECSEAS = Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire

Tabac

Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada de 2004 [16], environ 22 % des Canadiens âgés d'au moins 15 ans fument, comparativement à 17 % des Canadiennes. Dans tous les groupes d'âge, les hommes fument plus de cigarettes par jour (moyenne de 16,4) que les femmes (13,8). Cependant, chez les jeunes de 15 à 19 ans, 18 % des filles et 19 % des garçons sont fumeurs; pour les premières, il s'agit du taux annuel de tabagisme le plus faible depuis 1965, année où l'on a commencé à suivre cette donnée. Toutefois, un pourcentage plus élevé d'adolescentes de 15 à 17 ans (15 %) que d'adolescents du même âge (13 %) s'adonnent au tabagisme, et celles de 18 et 19 ans fument en moyenne davantage de cigarettes par jour (13,8) que leurs homologues masculins (11,6). Même si les taux sont plus bas qu'en 1999 pour les deux sexes, les garçons de 15 à 17 ans demeurent plus susceptibles de n'avoir jamais fumé que les filles (85 % et 82 % respectivement). Il importe de souligner que, selon la tendance historique, les hommes fument invariablement plus que les femmes, quel que soit l'âge.

La plus récente enquête provinciale sur la consommation de drogues chez les élèves, intitulée *Alcohol and Other Drug Use by Manitoba Students* [17], rapporte elle aussi des taux de tabagisme quotidien plus élevés chez les filles que les garçons : une différence d'environ 3 % pour chaque année à compter de la 8^e. Par contre, lorsqu'on examine le tabagisme des élèves au cours des douze mois précédents, cette différence est encore plus importante : 38 % des adolescentes contre 29 % des adolescents.

En matière de tabagisme, on remarque que les différences sont liées non seulement à l'âge, mais aussi à la culture. En effet, les résultats préliminaires de

l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations [18], réalisée en 2002-2003, révèle que la proportion d'Autochtones de plus de 20 ans fumant à l'occasion ou régulièrement est plus du double de la moyenne canadienne. En outre, une étude effectuée auprès d'élèves du secondaire de la Colombie-Britannique [19] indique que 45,5 % des jeunes autochtones fument. Comme pour les filles en général, les filles autochtones sont plus nombreuses à fumer (48,5 %) que leurs homologues masculins (42,7 %) ainsi qu'à avoir commencé à le faire au plus tard à 11 ans [20]. Il est essentiel de mieux comprendre les autres groupes culturels ou ethniques au Canada.

Médicaments psychotropes d'ordonnance

Depuis plus de 30 ans, les militants pour la santé des femmes s'inquiètent de la surprescription de benzodiazépines ainsi que des conséquences graves pour leur santé, notamment la dépendance, qui en découlent [21]. Gordon [22] explique que les benzodiazépines sont les médicaments psychoactifs les plus prescrits au monde et que, selon des statistiques récentes, un Canadien sur dix utilise au moins une fois par an cette famille de substances et continue de le faire pendant au moins une année. Une étude réalisée il y a peu de temps en Colombie-Britannique montre que 9 % de la population a reçu au moins une ordonnance de benzodiazépines en 2002 et qu'en dépit des risques de méfaits importants et du peu de preuves des avantages cliniques manifestes de ces substances, leur utilisation a augmenté entre 1996 et 2002 [23]. En outre, l'étude a révélé un vaste écart entre les sexes, 7,1 % des hommes s'étant vu prescrire des benzodiazépines contre 12,2 % des femmes, une situation qui se retrouve dans tous les groupes d'âge, mais particulièrement chez les aînés [21, 23-25].

Les femmes et les personnes âgées constituent les deux groupes les plus susceptibles de se voir prescrire des benzodiazépines et sont également les plus vulnérables à leurs effets indésirables. Non seulement les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de s'en faire prescrire, mais l'ordonnance est souvent destinée non pas à soulager des symptômes cliniques graves, mais bien à les aider à gérer des situations difficiles, comme le stress familial ou professionnel, le deuil, une maladie aiguë ou chronique, la douleur ou l'ajustement à un bouleversement dans leur vie [26]. Les femmes

autochtones se font elles aussi prescrire des benzodiazépines plus souvent que leurs homologues masculins : une étude sur les médicaments d'ordonnance chez les peuples des Premières nations de l'Ouest du pays conclut que les deux tiers (63,3 %) des ordonnances de benzodiazépines étaient destinés à des femmes, dont l'âge moyen était de 41,1 ans [27].

Tableau 4—Pourcentage de femmes et d'hommes d'au moins 15 ans rapportant avoir consommé des médicaments d'ordonnance et en vente libre au cours de l'année écoulée, par sexe, Canada, ENSP* 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999

	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Calmants			
Femmes	3,4	3,4	3,5
Hommes	1,8	2	1,9
Amalgisateurs			
Femmes	0,3	0,7	0,7
Hommes	0,1	0,3	0,1
Antidépresseurs			
Femmes	3,8	4,7	5,9
Hommes	1,8	2,5	2,5
Opioides analgésiques			
Femmes	4,9***	5,4***	5,8**
Hommes	3,6***	4,1***	4,2**
Somnifères			
Femmes	3,6	4	4,8
Hommes	1,9	2,9	2,7

* ENSP = Enquête nationale sur la santé de la population

** Codéine seulement

*** Codéine, Demerol ou morphine

L'utilisation disproportionnée de médicaments chez les femmes est également documentée pour d'autres médicaments, en vente libre ou d'ordonnance [25, 28]. Selon Statistique Canada, les femmes déclarent une consommation supérieure dans toutes les catégories, y compris les analgésiques, les somnifères, les calmants, les antidépresseurs et les amalgisateurs [5]. Dans le cadre d'un examen des données d'enquêtes nationales effectuées de 1994-1995 à 1998-1999, le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des

toxicomanies a déterminé que les femmes avaient invariablement consommé davantage de certains médicaments d'ordonnance et en vente libre que les hommes au cours du mois précédent [6] (tableau 4), la hausse la plus marquée concernant les antidépresseurs. Les hommes, de leur côté, avaient réduit leur consommation au cours de la même période, à l'exception d'une très légère hausse de l'utilisation d'opioïdes analgésiques et du maintien du niveau d'utilisation d'amaigrisseurs. En outre, une analyse des données de l'*Enquête de 2000 sur la santé dans les collectivités canadiennes*, portant sur la population ontarienne de 12 ans et plus, indique des taux d'utilisation de ces mêmes médicaments d'ordonnance et en vente libre constamment plus élevés chez les femmes que chez les hommes [29].

Des résultats semblables sont notés chez les adolescentes et les adolescents dans le *Sondage de 2003 sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario* : 6,7 % des filles de la 7^e à la 12^e année disent avoir pris un stimulant (p. ex. amaigrisseur) au cours des douze mois précédents, comparativement à 4,7 % des garçons [12]. Par ailleurs, la *Nova Scotia Student Drug Use Survey* de 2002 a déterminé que les taux de consommation d'amphétamines ou de méthylphénidate (Ritalin) à des fins non médicales au moins une fois au cours de l'année ayant précédé l'enquête étaient presque identiques entre les adolescentes (12,1 %) et les adolescents (13,6 %) de 7^e, de 9^e, de 10^e et de 12^e année [30]. Enfin, une enquête semblable réalisée en 2005 au Manitoba indique que le taux de consommation rapportée de médicaments prescrits à autrui, pour l'année écoulée, était beaucoup plus élevé chez les filles (6,4 %) que chez les garçons (3,7 %) de la 7^e à la 12^e année [17] (tableau 5).

Drogues illicites

Globalement, les hommes sont près de deux fois plus susceptibles que les femmes d'avoir déjà fait

usage d'une drogue illicite. En 2004, davantage d'hommes que de femmes ont dit avoir déjà pris un hallucinogène, de la cocaïne, du speed, de l'ecstasy, une substance inhalée, une drogue injectable ou de l'héroïne [4] (tableau 6). Des données récentes révèlent une tendance à la hausse pour ce qui est de l'autodéclaration, hommes et femmes confondus, de la consommation de cannabis, même si un important fossé demeure entre les sexes. Dans l'*Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* de 1994, on constate que 10 % des hommes et 4,9 % des femmes avaient consommé du cannabis au cours de l'année écoulée [5], alors que dans l'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* de 2004, ces proportions étaient respectivement passées à 18,2 % et à 10,2 % [4].

Même s'il existe peu de données sur la consommation de méthamphétamine (aussi appelée entre autres méthamphétamine en cristaux) au Canada, des données non scientifiques rapportées dans le cadre du *Western Canadian Summit on Methamphetamine* de 2005 indiquent une hausse de sa prévalence, hausse confirmée par des dossiers d'admission aux hôpitaux, des communications avec la police et le nombre de personnes cherchant à se faire désintoxiquer [31]. Des données récentes émanant de la Colombie-Britannique montrent qu'une proportion semblable d'hommes (53 %) et de femmes (47 %) se sont fait traiter pour leur toxicomanie à la méthamphétamine. En outre, l'ETC de 2004 a déterminé que 0,7 % des femmes et 1 % des hommes avaient pris du speed (amphétamines) au cours des douze mois précédents [4]. De même, les enquêtes sur la consommation de drogues chez les élèves de l'Ontario et du Manitoba rapportent des taux peu élevés et comparables d'utilisation au cours de cette même période, filles et garçons confondus [12, 17] (tableau 7).

Tableau 5 — Pourcentage de filles et de garçons déclarant avoir consommé au cours de la dernière année des médicaments prescrits à autrui, par sexe, par année scolaire, Manitoba, AODUMS* 2004

	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année	10 ^e année	11 ^e année	12 ^e année
Filles	1,9	6,1	9	7	6,9	7,7
Garçons	2,1	2,4	2,9	4,5	5,1	5,4

*AODUMS = Alcohol and Other Drug Use by Manitoba Students survey

Tableau 6—Pourcentage de femmes et d’hommes d’au moins 15 ans ayant déjà fait usage d’une drogue illicite, par sexe, Canada, ETC* 2004

	Femmes	Hommes
Hallucinogènes	7,1	16
Cocaïne	7,3	14,1
Speed	4,1	8,7
Ecstasy	3	5,2
Substances inhalées	0,7	1,9
Drogues injectables	0,6	1,6
Héroïne	0,5	1,3

*ETC = Enquête sur les toxicomanies au Canada

Tableau 7—Pourcentage de jeunes d’âge scolaire affirmant avoir consommé de la méthamphétamine au cours de l’année écoulée, par sexe, Ontario et Manitoba, SCDEO* 2003, AODUMS 2004**

	Ontario	Manitoba
Femmes	2,9	2,5
Hommes	3,8	1,9

*SCDEO = Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l’Ontario

**AODUMS=Alcohol and Other Drug Use by Manitoba Students survey

Divers éléments probants semblent indiquer que le fossé entre les sexes se rétrécit également en ce qui concerne d’autres aspects connexes liés à la consommation de substances illicites, et des inquiétudes à ce sujet ont été soulevées à l’échelle internationale (p. ex. Australie, États-Unis, certains pays de l’Union européenne) [32, 33]. L’ETC de 2004 rapporte que 16 % des femmes et 18,4 % des hommes de plus de 15 ans ont déclaré avoir subi au moins un méfait découlant de leur consommation de cannabis au cours de l’année précédente [4].

Au Canada, on estime qu’entre le quart et le tiers des utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont des femmes [34]; l’utilisation de ces drogues constitue d’ailleurs l’un des plus importants facteurs de risque

d’infection au VIH dans ce groupe. La proportion nationale de femmes d’au moins 15 ans dont la séropositivité est attribuable à leur utilisation de drogues injectables a varié entre 33 % et 48 % entre 1985 et 2002, avec une faible baisse au fil du temps, et était de 37,2 % en 2002 [35]. Chez les hommes adultes, cette proportion est demeurée stable (environ 23 %) entre 1999 et 2001, pour baisser légèrement à 20,3 % en 2002 [36]. L’utilisation de drogues injectables est l’un des principaux modes de transmission du VIH au sein des collectivités autochtones, où les femmes comptent un taux disproportionnellement plus élevé de VIH découlant de cette utilisation que les Canadiennes non autochtones : entre 1998 et 2003, 66,9 % des Autochtones séropositives l’étaient devenues parce qu’elles se piquaient [37-39]. Les risques substantiels pour la santé des femmes attribuables à l’usage de drogues illicites et injectables sont abordés dans la section sur les conséquences pour la santé.

Incidence des attitudes sociales envers les femmes et les filles sur leur consommation de substances

Dans leur examen des pratiques exemplaires en matière de traitement de la toxicomanie au Canada, Roberts et Osborne ont conclu que l’« alcoolisme et la toxicomanie des femmes sont marqués d’une plus grande stigmatisation que l’alcoolisme et la toxicomanie des hommes » [40]. De plus, des travaux de recherche ont montré qu’elles « [suscitent] une plus grande résistance chez les membres de la famille et les amis, de même qu’un plus grand nombre d’incidences négatives quant à leur traitement » [40]. Ces incidences négatives sont exacerbées chez les femmes par les « responsabilités familiales, [le] soin des enfants, [la] perte d’emploi, [la] colère du conjoint, [la] perte d’amis » et divers autres facteurs nuisant à leur bien-être [40].

Les travaux de recherche et les politiques gouvernementales touchant la toxicomanie féminine n’ont pas vraiment été axés sur la santé et le bien-être des femmes elles-mêmes, mais plutôt sur les risques que font courir les femmes toxicomanes à leurs enfants, à leur famille et à la société dans son ensemble [41]. La discrimination et les stéréotypes relatifs à la consommation de substances chez les filles et les femmes influent sur l’aide qui leur est fournie pour les inciter à rapporter leurs habitudes de consommation et leurs inquiétudes à cet égard ainsi que sur la fréquence à laquelle elles sont soumises à un dépistage pour

déceler des problèmes de toxicomanie [41-43]. Comme l'a clairement démontré Kilbourne dans ses travaux, la publicité peut avoir une influence considérable sur la perception qu'ont les femmes de la consommation d'alcool et de tabac et sur celle qu'en ont les professionnels de la santé [44].

Cette discrimination a des effets particulièrement importants pour les femmes enceintes et les mères : puisqu'elle les empêche probablement de chercher à se faire traiter, il est difficile de déterminer de façon irréfutable l'ampleur de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues pendant la grossesse. Les données les plus récentes publiées au sujet de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont celles du *Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada* de 2005, selon lequel « environ 14 p. 100 [des mères] ont déclaré qu'elles avaient consommé des boissons alcoolisées (en quantités variées) durant la grossesse » [45]. De même, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001 indique que 13,7 % des femmes ayant dit avoir déjà bu de l'alcool l'avaient également fait pendant leur dernière grossesse [29]. Les femmes enceintes consommant des substances sont scrutées de près au sein de la société canadienne : le discours public relatif aux femmes enceintes qui consomment de l'alcool, des drogues ou du tabac est fondamentalement intolérant, accusateur et réprobateur [46, 47]. Dans un tel contexte, il a été difficile d'adapter les réseaux de services aux besoins des femmes enceintes en matière d'information, d'interventions brèves faites sans porter de jugement et de traitements compatissants [14, 48, 49].

Les études canadiennes sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, plus particulièrement en ce qui concerne l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), accordent une importance disproportionnée aux femmes autochtones [50]. En outre, ces études qui portent sur les taux de prévalence de l'ETCAF se sont concentrées sur des collectivités autochtones connues pour leurs taux d'alcoolisme et de toxicomanie élevés [51]. Compte tenu de l'importance indue accordée aux collectivités autochtones aux prises avec un grand nombre d'alcooliques et aux régions comptant une forte proportion d'Autochtones, le Canada ne dispose que de peu de données épidémiologiques sur ses autres populations, rendant ainsi difficile la tâche de

déterminer si les femmes autochtones courent réellement plus de risques que celles d'autres groupes.

Les professionnels de la santé jugent que la consommation de substances pose plus de problèmes pour certaines femmes que pour d'autres, ce qui a mené à un dépistage et à un accès aux traitements inégaux entre certains groupes de femmes. Ainsi, lorsqu'elles tentent d'obtenir des soins périnataux, les femmes pauvres ou de couleur font plus fréquemment l'objet d'un dépistage de la toxicomanie que celles de la classe moyenne ou de race blanche [43, 52, 53]. De plus, les stéréotypes voulant que les Autochtones soient particulièrement portés à l'alcoolisme ou qu'ils aient davantage besoin d'interventions pour un problème de consommation de substances peuvent constituer pour certaines femmes autochtones un obstacle à l'obtention de soins lorsqu'elles désirent révéler ou recevoir de l'aide pour des problèmes de consommation de substances [54]. Il importe que toutes les femmes aux prises avec ce type de difficultés reçoivent soutien et assistance de façon à améliorer leur santé et leur bien-être.

Particularités des voies menant à la toxicomanie chez les filles et les femmes

La documentation existante est peu abondante sur les voies menant à la consommation de substances qui seraient propres à la population féminine. Une exception : une analyse exhaustive des raisons de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues par les filles et les jeunes femmes ainsi que des facteurs risquant de faire dégénérer cette consommation en toxicomanie. Réalisée par le *National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA)* de l'Université Columbia [55], cette étude a déterminé que, lorsqu'il s'agit de toxicomanie, les grands facteurs de risque suivants sont particuliers aux filles et aux jeunes femmes ou plus graves pour elles :

- comme elles sont plus vulnérables aux répercussions de la consommation de substances sur la santé, les filles et les femmes sont plus sensibles à la toxicomanie et à d'autres problèmes de santé connexes;

- les grandes transitions, comme un déménagement ou le passage à l'université, sont des occasions où elles courent davantage de risques d'abuser de substances;
- les filles et les femmes tendent à consommer du tabac, de l'alcool ou des drogues pour améliorer leur humeur, accroître leur confiance en elles, se détendre, mieux faire face à leurs problèmes, réduire leurs inhibitions, améliorer leur vie sexuelle ou perdre du poids. Ces raisons de nature émotive et relationnelle peuvent les enfermer dans un cycle destructeur si elles n'ont pas accès à des soutiens ou ne peuvent faire les changements nécessaires dans leur vie;
- les agressions sexuelles ou physiques, dont les filles sont plus souvent victimes que les garçons, sont étroitement liées aux problèmes de toxicomanie : les femmes ayant été agressées sexuellement sont plus enclines à user ou à abuser de substances, et à le faire plus tôt, plus souvent et en plus grande quantité.

Les travaux réalisés à l'échelle internationale confirment de plus en plus l'hypothèse des voies propres à chaque sexe, mise de l'avant par le CASA, et plus particulièrement la nécessité de mieux comprendre la relation entre les traumatismes et la consommation de substances [56].

Des inquiétudes ont été soulevées relativement aux pratiques publicitaires récentes de fabricants et de marchands de produits alcoolisés, qui ciblent les jeunes [57]. Les messages adressés précisément aux jeunes femmes au sujet de l'alcool et du tabac sont particulièrement pernicious en ce qu'ils établissent un lien entre leur consommation et les relations sexuelles, l'estime de soi, la minceur, le prestige, la rébellion et les relations interpersonnelles [44].

Les différences sexospécifiques relativement aux voies menant à la consommation de substances et à la toxicomanie sont pertinentes à toutes les étapes de la vie. La vulnérabilité des femmes à l'usage et à l'abus de substances lorsqu'elles vivent de grandes transitions n'est souvent pas remarquée par les professionnels de la santé et les planificateurs de programmes de prévention, qui se concentrent davantage sur la prévention auprès des jeunes. De plus, la violence faite aux femmes, les agressions sexuelles des enfants et le manque connexe de soutiens sociaux sont des prédictors clés de

problèmes de consommation et d'abus de substances pendant et après l'adolescence [58].

Conséquences propres aux filles et aux femmes de la consommation de substances

Les femmes sont particulièrement vulnérables aux conséquences physiques de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues. Même si, en général, elles usent et abusent moins de la plupart des substances que les hommes, il est bien connu, comme nous le verrons plus loin, qu'elles courent davantage de risques de présenter des problèmes de santé connexes par la suite. En outre, compte tenu des taux de consommation habituellement élevés de certaines substances chez les jeunes et du fait que l'adolescence est une période de maturation du cerveau et des hormones, il importe de reconnaître les conséquences tant à court qu'à long terme de cette consommation chez les filles et les jeunes femmes.

Alcool—L'alcool provoque des maladies du foie plus tôt (après une utilisation plus brève) chez les femmes que chez les hommes [59]. L'hypertension artérielle, l'ostéoporose, la diminution de la masse cérébrale et des capacités cognitives, le cancer du sein et les ulcères gastriques constituent d'autres risques pour la santé plus élevés chez les femmes qui boivent beaucoup [60]. Même une consommation d'alcool modérée peut dérégler le cycle menstruel, et l'on sait que les femmes alcooliques ont divers problèmes de santé de nature sexuelle ou reproductive (rapportés par le tiers des femmes ayant commencé à se faire désintoxiquer au Centre de traitement Aurora de Vancouver) [61]. La consommation d'alcool à l'adolescence et au début de l'âge adulte peut compromettre de façon importante la santé des os et ainsi accroître les risques d'ostéoporose [62]. De même, le risque d'avoir un enfant souffrant de l'ETCAF en raison d'une forte consommation d'alcool pendant la grossesse est une autre différence convaincante. Enfin, même si les femmes sont moins nombreuses (7,1 %) que les hommes (10,5 %) à déclarer avoir subi des méfaits de leur consommation d'alcool au cours de l'année écoulée, elles courent davantage de risques de subir ceux de la consommation d'un tiers [4].

Tabac—Nombre des effets du tabagisme sur la santé sont communs aux hommes et aux femmes, notamment les maladies du cœur et respiratoires ainsi qu'une variété de cancers. Même si le cancer du poumon est la principale cause de décès par le cancer chez les deux sexes, le type de cancer du poumon varie entre les deux et progresse plus rapidement chez les femmes. En 1996, Santé Canada estimait à plus de 45 000 le nombre de décès annuels dû au tabagisme, dont environ le tiers était des femmes, leur nombre augmentant d'ailleurs plus rapidement que celui des hommes. En fait, entre 1985 et 1996, le nombre de décès de femmes dus au tabagisme a augmenté de 77 % [63, 64]. Des rapports récents émanant du Surgeon General des États-Unis [65] et de la British Medical Association [66] fournissent des données exhaustives sur les conséquences graves du tabagisme féminin sur la santé reproductive, y compris des maladies liées à l'état hormonal et aux fonctions reproductives, une réduction de la fertilité, l'avènement plus rapide de la ménopause et des menstruations plus symptomatiques. En outre, les fumeuses qui prennent des contraceptifs oraux risquent davantage de faire un AVC et sont dix fois plus susceptibles de faire une crise cardiaque que les non-fumeuses ne prenant pas la pilule anticonceptionnelle. Enfin, il existe un lien étroit entre le tabagisme et le cancer du col utérin et, selon des travaux de recherche récents, le cancer du sein.

Médicaments d'ordonnance—Les professionnels de la santé savent depuis 25 ans que même à dose standard, les calmants peuvent causer une dépendance s'ils sont pris pour plus de quelques semaines, mais ils continuent pourtant de les prescrire aux femmes pour des périodes prolongées [21]. En règle générale, ni les fournisseurs de soins de santé, ni les femmes ne connaissent l'éventail des symptômes de sevrage associés à la cessation de ces médicaments ou les lignes directrices visant leur réduction graduelle. Tenter d'arrêter de prendre ces substances peut entraîner bien des problèmes, notamment un accroissement de l'anxiété et des crises de panique, des symptômes semblables à ceux de la grippe, la photosensibilité, la dépression, l'agitation, des troubles de la mémoire et de la concentration, des étourdissements, des faiblesses, des tremblements, des palpitations cardiaques, la sudation, la nausée, l'indigestion et des douleurs physiques [67].

Drogues illicites—Les effets sur la santé de la consommation de drogues illicites varient d'une femme à l'autre, mais aussi entre les sexes, tout comme l'éventail de drogues accessibles. L'ampleur de ces effets dépendra non seulement du type de drogue prise, mais aussi de facteurs tels que la fréquence et la quantité ainsi que l'état de santé général de la personne. Ainsi, on rapporte que l'ecstasy pourrait avoir un effet distinct chez les hommes et les femmes. Les changements de perception chez ces dernières sont plus intenses, leur capacité à prendre des décisions est plus réduite et elles subissent plus d'effets à long terme comme la dépression, les sautes d'humeur, la paranoïa et l'anxiété [68].

L'utilisation de drogues injectables (UDI) constitue l'un des modes de consommation les plus néfastes, et les femmes courent plus de risques de subir des problèmes de santé en découlant [69]. L'UDI est en outre l'un des principaux facteurs de risque pour la propagation de maladies transmissibles par le sang. Selon les données disponibles, les femmes comptent pour 26,5 % de tous les cas de sida attribuables à l'UDI au Canada [36]; chez les hommes, cette proportion est passée de 3,8 % en 1992 à un sommet de 19,3 % en 2000, et a varié entre 15 et 17 % en 2001 et 2002. La proportion de femmes adultes ayant contracté le sida par suite de l'UDI a augmenté à un rythme régulier, passant de 18 % en 1992 à un sommet de 46,2 % en 1998, pour ensuite redescendre à 37 % en 2000 [70]. Les cas étant peu nombreux, les tendances depuis ce temps sont difficiles à interpréter [70]. Il existe également un lien entre l'UDI et les comportements sexuels à risque élevé (p. ex. commerce du sexe), qui entraînent à leur tour une série de méfaits pour la santé [71]. Cette situation est encore plus évidente chez les femmes autochtones, qui sont surreprésentées parmi la population des utilisateurs de drogues injectables [72-74].

Défis pour les femmes enceintes et les mères toxicomanes

La dernière décennie a vu un accroissement de la sensibilisation aux méfaits potentiels de la consommation de substances pendant la grossesse, tant pour le bien-être de la mère que de l'enfant, et aux obstacles que doivent surmonter ces femmes pour obtenir des soins. Selon un relevé de la littérature canadienne sur la consommation d'alcool pendant la

grossesse, les femmes enceintes se heurtent à d'autres problèmes substantiels outre ceux touchant leur consommation de substances, notamment l'utilisation concomitante de plusieurs substances et divers facteurs de nature sociale (p. ex. faible revenu, statut socioéconomique, pauvreté), juridique (p. ex. démêlés avec le système de justice pénale) et de santé (p. ex. accès restreint aux soins et aux services périnataux) [75-79]. Il importe de reconnaître que chez les femmes autochtones du pays, ces facteurs s'insèrent souvent dans le contexte de l'oppression coloniale et de ses conséquences, y compris la marginalisation socioéconomique continue ainsi que le lien intergénérationnel entre l'éducation en pensionnat et l'ETCAF [80].

Les mères toxicomanes doivent elles aussi surmonter des obstacles inouïs pour se faire traiter [42, 47, 81], le principal étant la nature des politiques relatives au bien-être de l'enfant, qui rendent difficile aux mères toxicomanes de révéler leur besoin de soins de crainte de perdre la garde de leurs enfants. Ainsi, des femmes qui ont réussi à se faire traiter à Vancouver rapportent vivre actuellement beaucoup de problèmes relativement à la garde de leurs enfants (35 %) ou l'avoir perdue par le passé (35 %) [61]. Les politiques axées sur l'enfant servent souvent à limiter les droits de la mère, plutôt qu'à améliorer sa santé, sa sécurité et sa capacité d'assumer son rôle de parent [47]. En outre, au Canada, il existe peu de services de traitement favorables au rôle de mère des femmes, et celles qui réussissent à conserver la garde de leurs enfants se voient obligées de les placer en service d'accueil pour pouvoir accéder à un traitement en établissement. Le rapport de 2004 des Nations Unies intitulé *Substance Abuse Treatment and Care for Women* conclut que pour que les femmes enceintes et les mères se fassent traiter et terminent leur programme, il est nécessaire que les secteurs du traitement de la toxicomanie collaborent avec ceux des soins prénataux et du bien-être de l'enfant. Idéalement, tous les services devraient être accessibles à un seul endroit [56].

Liens entre les traumatismes, la violence et les agressions, d'une part, et la toxicomanie au féminin, d'autre part

La violence est courante dans la vie des femmes et des enfants. Les problèmes de toxicomanie, de

même que ceux liés à la santé physique et mentale, peuvent tous mener à la victimisation, qu'elle soit directe ou encore complexe et indirecte [82-88]. La consommation de substances illicites et d'autres comportements autodestructeurs sont souvent directement liés à une ou plusieurs expériences de traumatisme, de violence et d'agression [89, 90], mais peuvent aussi être des mécanismes de gestion de la douleur chronique, de problèmes gynécologiques, du stress, de l'anxiété, de la panique, de la dissociation et de la dépression, toutes conditions également liées à la victimisation [91]. Les problèmes de consommation de substances et de santé mentale mettent eux aussi les femmes en plus grand danger d'être des victimes.

Tout comme pour la plupart des indicateurs relatifs à la santé et à la société, les Canadiennes autochtones sont affectées plus gravement par la violence [92, 93]. En effet, le taux de mortalité des femmes autochtones due à la violence est de trois fois supérieur à celui enregistré pour les femmes non autochtones, tout comme le taux pour les hospitalisations attribuables à des accidents liés à l'alcool [94].

Conclusions et répercussions : aller de l'avant sur les questions touchant la consommation de substances des femmes

Jusqu'à récemment, on s'intéressait moins à la consommation de substances par les femmes que par les hommes, en partie parce que, sauf pour les médicaments d'ordonnance, elle était inférieure. On constate maintenant une convergence dans les niveaux de consommation des deux sexes pour certaines catégories de drogues et dans certains groupes d'âge. De plus, nous savons mieux maintenant que même une consommation faible peut entraîner des conséquences graves pour la santé des femmes et des filles. Des recherches plus approfondies révèlent que les différences entre les sexes tout comme les influences sexospécifiques ont une incidence sur la consommation de substances par les hommes et les femmes et leur réaction à celles-ci, et que leurs besoins en matière de traitement diffèrent en conséquence.

Il existe des raisons convaincantes de tenir compte du sexe et du genre dans les travaux de recherche et la

prestation de services en matière de toxicomanie, ainsi que de procéder à une analyse fondée sur le sexe dans l'élaboration des politiques relatives à l'alcool, au tabac et aux autres drogues. Dans tous ces domaines, il importe en outre de tenir compte des différences *entre* les filles et les femmes, par exemple dans le statut socioéconomique, l'origine ethnoculturelle, l'emploi, le rôle familial, la reproduction, l'orientation sexuelle, les responsabilités parentales et la vulnérabilité à la violence conjugale, qu'elle soit sexuelle ou intime.

La correction de la désinformation et de la discrimination que subissent les filles et les femmes toxicomanes doit être au cœur de toute action visant à remédier à l'abus de substances, car elle permettra de réduire les sentiments de culpabilité et de honte qui empêchent les femmes de mieux se renseigner sur les risques inhérents à leur consommation ainsi que de déterminer si elles ont besoin d'aide et, dans l'affirmative, où l'obtenir. Pour que la santé des femmes s'améliore réellement, il est essentiel de réformer de fond en comble l'attitude de la population, des professionnels et des gouvernements envers les femmes qui consomment des substances et qui en subissent les méfaits. Les politiques touchant le bien-être de l'enfant, la réduction des méfaits, la santé mentale, la santé reproductive, les services périnataux et les services correctionnels sont des domaines clés qui bénéficieraient de l'intégration d'une approche plus éclairée et plus empathique de la toxicomanie au féminin.

Dans les efforts de prévention et de promotion de la santé réalisés à ce jour, tant les écoles que les professionnels, les planificateurs de systèmes en matière de toxicomanie et les responsables de l'élaboration de politiques ont généralement porté peu d'attention aux motifs particuliers pour lesquels les filles et les jeunes femmes consomment des substances et aux conséquences accélérées de cette consommation pour elles. Au lieu d'adopter une approche universelle, les programmes de prévention et de promotion de la santé devraient chercher à combler les divers besoins d'information et de soutien pour la santé physique et émotionnelle et les questions liées au contexte social. À cette fin, il est essentiel de disposer de travaux de recherche qui étudient et déterminent l'incidence du sexe, du genre et de la culture sur les voies menant à la toxicomanie.

Les plans stratégiques nationaux et provinciaux visant l'ETCAF doivent établir un juste équilibre entre le diagnostic et l'intervention auprès des personnes aux prises avec l'ETCAF, notamment en aidant à prévenir de telles situations auprès des femmes en âge de procréer. Du point de vue de la santé de la femme, la prévention de l'ETCAF inclut des interventions brèves et compatissantes par les médecins et d'autres fournisseurs de services, ainsi que la gestion du sevrage et un soutien global, holistique et respectueux des femmes enceintes qui ont des problèmes de toxicomanie. Par l'entremise de sa base de données relative à l'ETCAF et de son service d'information en ligne (voir le www.ccsa.ca/fas), le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est bien placé pour aider les décideurs et les fournisseurs de services d'un océan à l'autre à mettre en œuvre les vastes changements d'attitudes au sein des réseaux de services et dans les politiques nécessaires pour améliorer l'intervention auprès des femmes en âge de procréer qui consomment de l'alcool, du tabac et d'autres drogues.

De même, il faut apporter des changements substantiels aux services de traitement et de réduction des méfaits afin d'améliorer les interventions auprès des filles et des femmes. Les fournisseurs de l'ensemble des services offerts aux femmes et à leur famille doivent chercher activement à rendre ces services accueillants, accessibles, pertinents et sécuritaires pour les femmes toxicomanes. Les questions de traumatisme et de santé mentale liées à la toxicomanie ont une incidence disproportionnée sur cette population et leur effet dévastateur est généralement exacerbé par l'incapacité des réseaux à fournir les services intégrés appropriés aux femmes ayant des troubles concomitants de santé mentale, de consommation de substances ainsi que des antécédents de traumatismes. Malgré tout, d'importants progrès sont réalisés afin que les systèmes de traitement tiennent compte des traumatismes [95], tant au Canada [96, 97] qu'aux États-Unis, où l'évaluation d'un projet pilote multisite quinquennal [98] a fourni des données essentielles sur la façon de servir les femmes présentant des troubles concomitants.

Il est nécessaire que tous les travaux de recherche sur la consommation de substances au Canada comportent une analyse exhaustive fondée sur le sexe et le genre. Le *Integrated Mentor Program in Addictions Research Training* (IMPART), initiative stratégique de

formation sur le genre, les femmes et la toxicomanie financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, représente un grand pas en avant dans l'intégration à la recherche d'évaluations sexospécifiques (www.addictionsresearchtraining.ca). Ce programme multidisciplinaire de formation en recherche réunit des universitaires, des chercheurs professionnels, des scientifiques, des cliniciens, des analystes de politiques et des fournisseurs de services afin d'enrichir leurs compétences et leurs connaissances dans le domaine de la toxicomanie chez les filles et les femmes, d'appliquer à l'étude des toxicomanies une approche sexospécifique ainsi que de jeter des ponts entre la recherche, les politiques et les pratiques en ce qui concerne les filles, les femmes et les toxicomanies.

En résumé, lorsqu'il est question de recherche et de politiques, tout comme de traitement, de réduction des méfaits, de prévention et de promotion de la santé, il faut profiter des occasions de mettre en application nos connaissances sur les différentes voies menant à des problèmes sexospécifiques de toxicomanie et aux diverses façons dont ils se présentent. Les équipes du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes espèrent collaborer avec d'autres chercheurs, décideurs, responsables de l'élaboration de politiques, cliniciens, fournisseurs de services communautaires et intervenants afin d'élaborer des programmes et des politiques adaptés aux besoins de la population féminine.

RÉFÉRENCES

1. **Eustace, L.W., D. Kang et D. Coombs.** (2003). *Fetal alcohol syndrome: A growing concern for health care professionals.* Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, **32**(2), 215-221.
2. **King, J.C.** (1997). *Substance abuse in pregnancy: A bigger problem than you think.* Postgraduate Medicine, **102**(3), 135-150.
3. **Celentano, D.D. et D.V. McQueen.** (1984). *Multiple Substance Abuse Among Women with Alcohol-related Problems.*, New York (NY) : Guilford Press.
4. **Adlaf, E.M., P. Begin et E. Sawka** (éd.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) - Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La*

prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

5. **Statistique Canada.** (1996). *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues.* Ottawa : Statistique Canada (Institut canadien d'information sur la santé).
6. **Dell, C. et K. Garabedian.** (2003). *Rapport national 2002 du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET).* Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
7. **McPherson, M., S. Casswell et M. Pledger.** (2004). *Gender convergence in alcohol consumption and related problems: Issues and outcomes from comparisons of New Zealand survey data.* Addiction, **99**, 738-748.
8. **Roche, A.M. et A. Deehan.** (2002). *Women's alcohol consumption: Emerging patterns, problems and public health implications.* Drug and Alcohol Review, **21**(2), 169-178.
9. **Kraus, L., K. Bloomfield, R. Augustin et coll.** (2000). *Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany.* Addiction, **95**(9), 1389-401.
10. **Gliksman, L., A. Demers, E.M. Adlaf et coll.** (2000). *Enquête sur les campus canadiens, 1998.* Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
11. **Sanchez-Craig, M.** (1996). *Guide à l'intention des thérapeutes - Prévention secondaire des problèmes liés à l'alcool.* Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
12. **Adlaf, E. et A. Paglia.** (2003). *Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario 1977-2003. Résultats détaillé sur le SCDEO.* Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
13. *Enquêtes sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire 2001-2002.* http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/7-18yrs-ans/sante_ecole_f.html
14. **Roberts, G. et J. Nanson.** (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse.* Ottawa : Santé Canada.
15. **Roberts, G., D. McCall, A. Stevens-Lavigne et coll.** (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes - Un compendium des meilleures pratiques.* Ottawa : Santé Canada.
16. **Santé Canada.** (2005). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada.* Ottawa : Santé Canada.
17. **Patton, D., T. Mackay et B. Broszeit.** (2005). *Alcohol and Other Drug Use by Manitoba Students.* Winnipeg : Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.
18. **Centre des Premières nations.** (2004). *Résultats préliminaires de l'Enquête régionale longitudinale 2002-03 sur la santé des Premières nations - Enquête sur les adultes.* Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone.

19. **Johnson, J., R.S. Tucker, P.A. Ratner** et coll. (2004). *Socio-demographic correlates of cigarette smoking among high school students: Results from the British Columbia Youth Survey on Smoking and Health*. *Revue canadienne de santé publique*, **95**(4), 268-271.
20. **Reading, J.** et **Y. Allard**. (1999). *Chapitre 4 : The Tobacco Report*, dans *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*. Ottawa : Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits.
21. **Currie, J.C.** (2003). *La création massive de l'accoutumance. La prescription excessive de tranquillisants et de somnifères pour traiter les Canadiennes*. Vancouver : Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes.
22. **Gordon, A.** (2001). *Common Questions about Benzodiazepine Risks*. *Journal of Addiction and Mental Health*, mars/avril.
23. **Therapeutics Initiative**. (2004). *Use of Benzodiazepines in BC: Is it consistent with recommendations?* University of British Columbia Therapeutics Letter, 54 (novembre-décembre), 1-2.
24. **Graham, K.** et **D. Vidal-Zeballos**. (1998). *Analyses of use of tranquilizers and sleeping pills across five surveys of the same population (1985-1991): The relationship with gender, age and use of other substances*. *Social Science and Medicine*, **46**(3), 381-395.
25. **National Institute on Drug Abuse**. (2005). *Prescription Drugs Abuse and Addiction*. Bethesda (MD) : National Institutes of Health.
26. **Taylor, S., C. McCracken, K. Wilson** et coll. (1998). *Extent and appropriateness of benzodiazepine usage. Results from an elderly urban community*. *British Journal of Psychiatry*, **173**, 433-8.
27. **Anderson, J.F.** et **K.L. McEwan**. (2000). *Utilization of common analgesic and anxiolytic medications by registered First Nations residents of western Canada*. *Substance Use & Misuse*, **35**(4), 601-16.
28. **Kandall, S.R.** (1998). *Women and addiction in the United States: 1920 to the Present*. Dans C.L. Wetherington et A.B. Roman (éd.), *Drug addiction research and the health of women*. Bethesda (MD) : ministère de la Santé et des Services sociaux des É.-U., 53-80.
29. **Cormier, R., C.A. Dell** et **N. Poole**. (2001). *Les femmes et les problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues*, dans *Rapport de surveillance de la santé des femmes*. Ottawa : Santé Canada.
30. **Poulin, C.** (2002). *Nova Scotia Student Drug Use 2002. Technical Report*. Halifax : Université Dalhousie.
31. **Vancouver Coastal Health**. (2005). *Western Canada Summit on Methamphetamine: Bringing Together Practitioners, Policy Makers and Researchers. Consensus Panel Report*. Vancouver : Vancouver Coastal Health.
32. **Kandall, S.R.** (1998). *Women and addiction in the United States: 1920 to the Present*. Dans C.L. Wetherington et A.B. Roman (éd.) *Drug addiction research and the health of women*. Bethesda (MD) : ministère de la Santé et des Services sociaux des É.-U., 53-80.
33. **Drugnet Europe**. (2005). *Male and female drug use: Is the gap narrowing?*. Dans le bulletin de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, avril-juin.
34. **Wiebe, J.** et **B. Reimer**. (2000). *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
35. **Agence de santé publique du Canada**. (2004). *L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada*. Dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa : ASPC.
36. **Agence de santé publique du Canada**. (2004). *L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada*. Dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa : ASPC.
37. **Fillmore, C.** et **C. Dell**. (2005). *Mobilisation communautaire pour les femmes et les filles qui s'automutilent : analyse contextuelle des fournisseurs de services au Manitoba*. Winnipeg : Société Elizabeth Fry du Manitoba.
38. **Lawrence, S., M. Chau** et **M. Lennon**. (2004). *Depression, Substance Abuse, and Domestic Violence*. Washington (DC) : National Center for Children in Poverty.
39. **Silverman, J.G., A. Raj, L.A. Mucci** et coll. (2001). *Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behaviour, pregnancy, and suicidality*. *Journal of the American Medical Association*, **286**, 572-579.
40. **Roberts, G.** et **A. Ogborne**. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation*. Ottawa : Santé Canada, Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, 92.
41. **Boyd, S.C.** (1999). *Mothers and illicit drugs: transcending the myths*. Toronto : University of Toronto Press.
42. **Boyd, S.C.** (2004). *From Witches to Crack Moms: Women, Drug Law, and Policy*. Durham (NC) : Carolina Academic Press.
43. **Humphries, D.** (1999). *Crack Mothers: Pregnancy, drugs, and the media*. Columbus (OH) : Ohio State University Press.
44. **Kilbourne, J.** (1999). *Deadly persuasion: why women and girls must fight the addictive power of advertising*. New York : Simon and Schuster.
45. **McCourt, C., D. Paquette, L. Pelletier** et coll. (2005). *Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
46. **Rutman, D., M. Callahan, A. Lundquist** et coll. (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus*

- d'élaboration de celles-ci. Ottawa : Condition féminine Canada : Ottawa, 148.
47. **Greaves, L., C. Varcoe, N. Poole** et coll. (2002). *Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise*. Ottawa : Condition féminine Canada.
 48. **Poole, N.** (2003). *Mother and Child Reunion: Preventing Fetal Alcohol Spectrum Disorder by Promoting Women's Health*. Vancouver : Centre d'excellence de la Colombie Britannique pour la santé des femmes.
 49. **Greaves, L.** et **N. Poole.** (2004). *Victimized or Validated? Responses to substance-using pregnant women*. Canadian Woman Studies, 24(1), 87-92.
 50. **Masotti, P., K. Szala-Meneok, P. Selby** et coll. (2003). *Urban FASD interventions: Bridging the cultural gap between Aboriginal women and primary care physicians*. Journal of FAS International, (e 7).
 51. **Tait, C.L.** (2004). *Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects: the 'Making' of a Canadian Aboriginal Health and Social Problem*. Montréal : Université McGill, thèse de doctorat non publiée.
 52. **Armstrong, E.M.** (2003). *Conceiving Risk, Bearing Responsibility: Fetal Alcohol Syndrome and the Diagnosis of Moral Disorder*. Baltimore (MD) : The Johns Hopkins University Press.
 53. **Gomez, L.E.** (1997). *Misconceiving Mothers: Legislators, prosecutors, and the politics of prenatal drug exposure*. Philadelphia (PA) : Temple University Press.
 54. **Salmon, A.** (2005). *Beyond guilt, shame, and blame to compassion, respect, and empowerment: young Aboriginal mothers and the First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects Initiative*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique, thèse de doctorat non publiée.
 55. **National Center on Addiction and Substance Abuse.** (2003). *The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8-22*. New York : CASA.
 56. **Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.** (2004). *Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned*. Dans *Drug Abuse Treatment Toolkit*. Vienne : ONUDC.
 57. **Jerrigan, D.H.** (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
 58. **Agence de santé publique du Canada.** (2004). *L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant*. Dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa : ASPC.
 59. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.** (1999). *Are Women more Vulnerable to Alcohol's Effects?* Alcohol Alert, 46 (décembre).
 60. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.** (2003). *Alcohol: A Women's Health Issue*. Rockville (MD) : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
 61. **Poole, N.** (2003). *Bulletin annuel du Centre Aurora sur les résultats de l'évaluation et des activités de 2002*. Vancouver : Centre Aurora, Hôpital pour femmes de la C.-B.
 62. **Emanuele, M.A., F. Wezeman** et **N.V. Emanuele.** (2003). *Alcohol's Effects on Female Reproductive Function*. Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 26(4), 274-281.
 63. **Santé Canada.** (1999). *Décès au Canada attribuable au tabagisme*. Ottawa : Santé Canada.
 64. **Makomaski Illings, E.M.** et **M.J. Kaiserman.** (1998). *La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions*. Revue canadienne de santé publique, 95(1), 45-49.
 65. **Ministère de la Santé et des Services sociaux des É.-U.** (2001). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville (MD) : ministère de la Santé et des Services sociaux des É.-U.
 66. **British Medical Association.** (2004). *Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. <http://www.globalink.org/>
 67. **Ashton, C.H.** (2002). *Benzodiazepines: How they work and how to withdraw*. Newcastle (R.-U.) : Université de Newcastle.
 68. **Liechti, M.E., A. Gamma** et **F.X. Vollenweider.** (2001). *Gender differences in the subjective effects of MDMA*. Psychopharmacology, 154(2), 161-168.
 69. **Riley, D.** (2004). *Harm Reduction for High Risk Groups: Youth, Persons Involved with the Criminal Justice System, Aboriginal People, the Dually Disordered and Homeless Women*. Document d'information non publié cité dans la *FAQ sur les centres d'injection supervisés*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
 70. **Agence de santé publique du Canada.** (2004). *L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada*. Dans *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa : ASPC.
 71. **Tortu, S., M. Beardsley, S. Deren** et coll. (2000). *HIV infection and patterns of risk among women drug injectors and crack users in low and high sero-prevalence sites*. AIDS Care, 12(1), 65-76.
 72. **Spittal, P., K. Craib, E. Wood** et coll. (2002). *Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver*. JAMC, 166(7), 894-9.
 73. **Craib, K.J., P.M. Spittal, E. Wood** et coll. (2003). *Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver*. JAMC, 168(1), 19-24.
 74. **Barlow, K.J.** (2003). *Examen de l'incidence du VIH/sida au sein de la population autochtone au Canada - période post-pensionnat*, dans un document de recherche de la Fondation

- autochtone de guérison. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
75. **Poole, N., T. Horne, L. Greaves** et coll. (2004). *Windows of Opportunity: A statistical profile of substance use among women in their childbearing years in Alberta*. 2004, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : Edmonton (Alberta).
76. **Muhajarine, N., C. D'Arcy** et **L. Edouard**. (1997). *Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon pregnancy and health study*. *Revue canadienne de santé publique*, 88(6), 375-379.
77. **Poole, N.** (2000). *Evaluation Report of the Sheway Project for High Risk Pregnant and Parenting Women*. Vancouver : Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur la santé des femmes.
78. **Pepler, D.J., T.E. Moore, M. Motz** et coll. (2002). *Breaking the Cycle. A Chance for New Beginnings. 1995-2000 Evaluation Report*. Toronto : Breaking the Cycle.
79. **Tait, C.L.** (2000). *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba*. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
80. **Tait, C.L.** (2003). *Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada : Examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
81. **Poole, N.** et **B. Isaac**. (2001). *Les appréhensions : obstacles au traitement des femmes enceintes consommant de l'alcool ou d'autres drogues*. Vancouver : Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes.
82. **Stein, J.A., M. Burden Leslie** et **A. Nyamathi**. (2002). *Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood*. *Child Abuse & Neglect*, 26(10), 1011-1027.
83. **Roberts, A.C., R.H. Nishimoto** et **R.S. Kirk**. (2003). *Cocaine abusing women who report sexual abuse: implications for treatment*. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3(1), 5-24.
84. **Back, S.E., S.C. Sonne, T. Killeen** et coll. (2003). *Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaïne or alcohol dependence*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 169-189.
85. **Najavits, L.M., R. Runkel, C. Neuner** et coll. (2003). *Rates and symptoms of PTSD among cocaine-dependent patients*. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 601-606.
86. **Najavits, L.M., J. Sonn, M. Walsh** et coll. (2004). *Domestic violence in women with PTSD and substance abuse*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 707-715.
87. **Coker, A.L., K.E. Davis, I. Arias** et coll. (2002). *Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women*. *American Journal of Preventative Medicine*, 23(4), 260-268.
88. **Logan, T.K.** et coll. (2003). *Victimization and substance abuse among women: contributing factors, interventions and implications*. *Review of General Psychology*, 6(4), 325-397.
89. **Salomon, A.** et coll. (2002). *The relationship between intimate partner violence and the use of addictive substances in poor and homeless single mothers*. *Violence Against Women*, 8(7), 785-815.
90. **Fillmore, C.** et **C. Dell**. (2000). *Les femmes des Prairies, la violence et les actes autodestructeurs*. Winnipeg : Société Elizabeth Fry du Manitoba.
91. **Ullman, S.E.** et **L.R. Brecklin**. (2003). *Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women*. *Psychology of Women Quarterly*, 27(1), 46-57.
92. **Beavon, D.** et **M. Cooke**. (2003). *An Application of the United Nations Human Development Index to Registered Indians in Canada*. Dans J.P. White, D. Beavon et P. Maxim (éd.). *Aboriginal Conditions: The Research Foundations for Public Policy*. Vancouver : University of British Columbia Press.
93. **White, J.P., P. Maxim** et **D. Beavon**. (2003). *Aboriginal Conditions: The Research Foundations for Public Policy*. Vancouver : University of British Columbia Press. 290.
94. **Santé Canada**. (1999). *La santé des femmes autochtones*. Ottawa : Santé Canada.
95. **Harris, M.** et **R. Fallot, D.** (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems*. San Francisco (CA) : Jossey Bass.
96. **Heibert-Murphy, D.** et **Woytkiw, L.** (2000). *A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: The Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 387-394.
97. **Poole, N.** (2004). *Working with women concurrently on substance use, experience of trauma and mental health issues*. *Visions : BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2(1) (Winter), 29-30.
98. **Moses, D.J., N. Huntington** et **B. D'Ambrosio**. (2004). *Developing Integrated Services for Women with Co-Occurring Disorders and Trauma Histories: Lessons from the SAMSHA Women with Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Disorders who have Histories of Violence Study*. Washington (DC) : National Center on Family Homelessness.

La mission du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes est d'améliorer la santé des femmes en encourageant la collaboration à des recherches novatrices et multidisciplinaires et à des actions concrètes, dans le but d'en arriver à des initiatives, à des politiques et à des programmes mieux ciblés.

Centre d'excellence de la C.-B. pour la santé des femmes

E311-4500 rue Oak, Vancouver (C.-B.), V6H 3N1
Tél. : (604) 875-2633; téléc. : (604) 875-3716

www.bccewh.bc.ca



Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été établi en 1988 par une loi du Parlement. Le CCLAT regroupe les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Bureau 300, 75, rue Albert, Ottawa (Ontario)
K1P 5E7

Tél. : (613) 235-4048; téléc. : (613) 235-8101

www.cclat.ca



ISBN 1-896323-76-6

Droit d'auteur © 2005—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).
Tous droits réservés.