



Les immigrantes et la toxicomanie :
Problèmes courants, programmes et
recommandations

Les immigrantes et la toxicomanie :

Problèmes courants, programmes et
recommandations

Monographie préparée pour :

Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance
Direction de la santé de la population
Santé Canada

 **stratégie canadienne antidrogue**

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Santé Canada tient à remercier Gentium Consulting et le
Conseil Ethnoculturel du Canada

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des chercheurs et ne correspondent pas
nécessairement au point de vue officiel de Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent document, prière de s'adresser aux :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

Also available in English under the title : *Immigrant Women and Substance Use: Current Issues,
Programs and Recommendations*

© Ministère des Approvisionnements et Services Canada 1996
N° de cat. H39-356/1996F
ISBN 0-662-80936-X

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont participé à ce projet de recherche pour la générosité avec laquelle ils y ont investi leur temps et leurs compétences. Nous sommes particulièrement reconnaissantes envers les représentantes et représentants d'agences d'établissement d'organismes et de réseaux féminins, de groupes d'immigrantes et ethnoculturels, de centres de santé et de réhabilitation pour la patience et la sincérité dont ils ont fait preuve à l'entrevue.

TABLE DES MATIÈRES

I	INTRODUCTION	1
1.	Qui sont les «femmes immigrantes» au sens de cette étude?	1
2.	Dans quelle perspective pouvons-nous comprendre les besoins de promotion de la santé des immigrantes, face à la toxicomanie?	2
II	MÉTHODE	4
III	QUESTIONS SOULEVÉES LORS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	5
1.	Qui sont les «femmes immigrantes»?	5
2.	Quelles recherches ont déjà traité de la toxicomanie chez les immigrantes et les femmes de minorités ethniques, dans une perspective de promotion de la santé? ..	6
IV	LA TOXICOMANIE PARMI LES IMMIGRANTES : PERCEPTIONS ET PROBLÈMES	7
1.	Comment le gouvernement peut-il soutenir la promotion de la santé parmi les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles?	8
2.	Quelle place occupe la toxicomanie parmi les priorités de promotion de la santé auprès des immigrantes?	9
3.	Quelles conditions et situations affectent plus particulièrement les immigrantes? ..	9
4.	Quels sont les facteurs de stress susceptibles d'affecter la santé des immigrantes? ..	9
5.	Existe-t-il un problème de drogue chez les immigrantes?	10
6.	Quels problèmes a-t-on soulevés en matière d'alcoolisme?	10
7.	Quels problèmes a-t-on soulevés en matière de tabagisme?	11
8.	Quels problèmes a-t-on soulevés en matière de drogues illicites	11
9.	Quels problèmes a-t-on soulevés en matière de médicaments prescrits?	11
10.	Quels problèmes a-t-on soulevés concernant les jeunes femmes immigrantes?	12
11.	Comment les cultures des femmes immigrantes peuvent-elles influencer leur consommation de drogues et l'accès aux services?	13

V	TENDANCES DANS L’AIGUILLAGE DES CLIENTES, ACCÈS ET OBSTACLES DANS LE MODE DE PRESTATION ACTUEL DES SERVICES	14
VI	DESCRIPTION DES PROGRAMMES ET ACTIVITÉS DISPONIBLES .	16
VII	SUGGESTIONS POUR L’ÉLABORATION DES PROGRAMMES .	18
1.	Comment les programmes destinés aux femmes immigrantes devraient-ils être organisés et structurés?	18
2.	Que devrait être le centre d’intérêt et le contenu des programmes de promotion de la santé destinés aux immigrantes?	19
3.	Comment faciliter l’accès des immigrantes aux services disponibles?	21
4.	De quels documents dispose-t-on pour informer les immigrantes à propos de la toxicomanie?	22
VIII	CONCLUSIONS	23
IX	RECOMMANDATIONS	26
1.	Recherche	26
2.	Information et éducation	28
3.	Élaboration des programmes	28
	BIBLIOGRAPHIE	30

I INTRODUCTION

Il y a seulement quelques années que l'on comprend les besoins particuliers des femmes en matière de prévention, d'éducation et de traitement face à la toxicomanie. L'information est encore plus rare en ce qui concerne la toxicomanie chez les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles. La présente étude donne suite à une recommandation émise lors du colloque *Travaillons ensemble : Atelier national d'action sur les femmes et la toxicomanie* commandité par Santé Canada (du 22 au 24 février 1994). Cette recommandation se formule comme suit :

«Que l'on entreprenne des recherches sur les besoins spécifiques des femmes immigrantes, les réfugiées et celles des minorités visibles» (Santé Canada, 1994 20).

La recherche dont fait état cette monographie cherche à répondre aux questions suivantes :

- ▶ Que connaît-on à propos de la toxicomanie chez les immigrantes au Canada (Voir, ci-dessous, la définition des immigrantes)?
- ▶ Quels programmes ou modules déjà disponibles permettent de lutter contre la toxicomanie parmi les femmes immigrantes? Sont-ils efficaces?
- ▶ Quelles avenues de recherche doit-on continuer d'explorer?

La présente monographie a pour objet de vulgariser certaines conclusions de la recherche.

1. Qui sont les «femmes immigrantes» au sens de cette étude?

On retrouve, parmi les immigrantes, des personnes dont les antécédents et les conditions de vie diffèrent très nettement. La définition opérationnelle des «femme immigrantes» aux fins de cette recherche englobe les catégories suivantes : « les femmes qui ont choisi de quitter leur pays d'origine pour s'établir au Canada, les réfugiées qui sont venues au Canada en fuyant la persécution qu'elles subissaient dans leur pays, les résidentes de longue date qui ne se sont pas assimilées à la culture majoritaire et celles qui, bien qu'elles soient nées au Canada, s'identifient davantage à une communauté linguistique ou ethnique qu'à la culture majoritaires Santé Canada n'inclut pas les Autochtones parmi les femmes de minorités visibles touchées par la présente recherche.

Les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités ethniques ou visibles, sont loin de constituer un groupe homogène. En plus des différences évidentes comme la couleur de la peau, le statut d'immigration et les pays d'origine, plusieurs autres facteurs contribuent à l'identité unique de chaque femme et la manière dont elle vit sa culture. Ces facteurs comprennent le sentiment d'appartenance à l'ethnie et à la race, l'âge au moment de l'immigration, la participation aux activités des communautés

ethnoculturelles, la connaissance de la langue maternelle et de la langue seconde, la religion et le rang social au sein de son groupe ethnoculturel, le statut matrimonial, le nombre de personnes à charge et l'âge, le niveau d'éducation, le genre d'emploi occupé, l'orientation politique et le fait d'avoir vécu une expérience de discrimination ou de racisme au Canada ou ailleurs. Ces facteurs influencent aussi la manière dont chaque femme se situe dans la société canadienne.

Pendant que nous cherchions à cerner les barrières communes et à proposer des solutions, nous avons essayé d'éviter la tendance qui consiste à tirer des conclusions trop générales sur les besoins de santé de ce groupe très divers qu'englobe la définition de «femmes immigrantes». C'est pourquoi, afin de distinguer quelques sous-groupes importants au sein de cette catégorie, nous utiliserons occasionnellement d'autres termes comme ceux de «femmes réfugiées», «femmes des minorités visibles et ethniques», «femmes de couleur», «femmes blanches», «femmes parlant l'une des deux langues officielles», «femmes allophones» (c'est-à-dire celles dont la langue maternelle n'est ni l'anglais, ni le français), «femmes de la communauté anglaise ou françaises», «femmes n'appartenant ni à la communauté anglaise, ni à la communauté françaises», «femmes nées au Canada», «femmes nées à l'extérieur du pays», etc. Pour une discussion plus détaillée à propos du terme «femmes immigrantes» et comment il a été utilisé à travers cette étude, la lectrice ou le lecteur peut consulter la section III du rapport traitant de l'étude documentaire.

2. Dans quelle perspective pouvons-nous comprendre les besoins de promotion de la santé des immigrantes, face à la toxicomanie?

Les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles et ethniques forment une part croissante de la mosaïque culturelle canadienne. En effet, plus de 42% des Canadiennes ne sont ni d'origine française, ni d'origine britannique. De plus, selon Statistique Canada (1991), une femme sur dix est de couleur.

Diverses études ont montré la persistance de l'inégalité entre les immigrantes et les autres Canadiennes. Il en va de même de l'inégalité entre les immigrantes d'une part et les immigrants, les réfugiés et les hommes de minorités visibles d'autre part. Cette inégalité est particulièrement frappante sur le plan économique, avec d'énormes écarts de revenu, et des perspectives d'emploi très limitées pour la majorité des femmes immigrantes, surtout celles originaires d'Afrique, d'Amérique Latine, d'Asie et des pays de l'Europe du Sud (Boyd, 1992; Elliot et Fleras, 1992).

Il peut être particulièrement difficile d'évaluer et de satisfaire les besoins de promotion de la santé d'un bon nombre d'immigrantes, de réfugiées et de femmes de minorités ethniques ou raciales comparativement aux autres Canadiennes. Cette difficulté tient à divers facteurs dont les suivants :

- ▶ la difficulté de s'exprimer dans les deux langues officielles du Canada;
- ▶ la rupture des liens familiaux et sociaux;

- ▶ des expériences prémigratoires traumatisantes, comme la torture, dans le cas de certaines réfugiées;
- ▶ le stress inhérent à toute migration;
- ▶ la chute de statut socio-économique qui suit la migration;
- ▶ la discrimination raciale au sein de la société d'accueil et dans les services de santé (Bodnar et Reimer, 1979; Bolaria et Li, 1988; Boyd, 1992; Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, 1988; Carole, 1991; Das Gupta, 1994; The Equity in Strategic Health Planning Working Group, n.d.; Freire, 1989; Ng, 1988).

En partie à cause des facteurs identifiés plus haut, les services de santé et les institutions conventionnelles n'ont pas toujours répondu adéquatement aux besoins pressants des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités raciales et ethniques. On trouve, en revanche, beaucoup de services alternatifs (comme les centres de femmes immigrantes, les réseaux de santé multiculturels, etc.), qui pourraient offrir du soutien aux femmes qui se heurtent à des barrières culturelles, raciales, linguistiques, sexuelles e sociales quand elles essaient d'accéder aux services de santé officiels. Ces obstacles sont particulièrement élevés dans les grands centres urbains (Cuenco et Estable, 1986; Isaac, 1989).

Les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités raciales et ethniques ont aussi à surmonter des obstacles similaires à ceux des autres femmes en ce qui concerne les problèmes de drogue. Ces barrières peuvent bloquer autant l'accès des services conventionnels que celui des services alternatifs. On peut citer les obstacles suivants

- ▶ la négation des problèmes;
- ▶ des attitudes sociales qui blâment et ostracisent les femmes;
- ▶ des méthodes de traitement inadéquates ou insuffisantes;
- ▶ l'absence d'infrastructures essentielles comme les garderies;
- ▶ la difficulté d'accès à l'information et aux services d'aide (Finkelstein, 1990, 1994 Lundy, 1993; McCrady et Raytek, 1993; Nadeau, 1987).

C'est en tenant compte des problèmes et des barrières mentionnées ci-dessus que, dans cette étude, nous avons situé nos questions relatives aux besoins des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités ethniques ou raciales face à la toxicomanie.

II MÉTHODE

Comment évaluer l'état des connaissances actuelles? Au Canada, on trouve peu d'études sur les besoins de promotion de la santé des immigrantes. Nous avons entrepris cette recherche en utilisant une combinaison de cadres conceptuels (communautaire, féministe et antiraciste) pour comprendre les problèmes et analyser la documentation ainsi que les programmes. Cette méthode permet aux gens de cerner les problèmes à partir de leur propre expérience et de s'en servir comme point de départ pour accumuler des connaissances sur leurs besoins et les programmes. Il est impossible de mettre sur pied des programmes et services convenant aux besoins des immigrantes sans tenir compte des connaissances déjà accumulées par les femmes et les communautés ethnoculturelles à propos de leurs propres besoins et services.

Pour que cette recherche reflète bien les communautés, nous devons nous engager à faire participer, à chaque étape, les groupes qui seront touchés par les résultats de l'étude ou qui s'en serviront. Le Conseil ethnoculturel canadien (une organisation nationale représentant 37 groupes ethnoculturels à travers le Canada) a joué un rôle actif dans ce projet, par l'entremise de son Réseau ethnoculturel des femmes.

Les méthodes suivantes ont été utilisées :

- ▶ **Recherche documentaire** parmi les ouvrages publiés et l'information communautaire en mettant l'accent sur la documentation canadienne. Nous avons aussi cherché des données fiables sur les taux d'incidence de toxicomanie.
- ▶ **Sélection d'un échantillon** dans tout le pays d'établissement, parmi les organisations ethnoculturelles féminines, les associations d'immigrantes, les établissements de santé, de santé communautaire et de traitement, et certaines organisations de femmes. Nous avons utilisé, à cette fin, une compilation de divers répertoires venant de groupes et de réseaux à but lucratif et non lucratif
- ▶ **Sondage téléphonique national**, en utilisant quatre questionnaires différents, traduits en anglais, en français et en espagnol. Nous avons téléphoné à 375 personnes et mené 281 entrevues.
- ▶ **Séance de consultation avec le Réseau ethnoculturel canadien des femmes**, en présence de 32 femmes venant de plus de 20 organisations. On a aussi remis aux participantes, un questionnaire de deux pages formulé à la manière d'une liste de pointage. Vingt-cinq d'entre elles y ont répondu.
- ▶ **Les résultats du sondage, des entrevues et de la consultation** sont résumés dans le présent rapport.
- ▶ **Mise au point des recommandations**, en consultant les femmes du Réseau ethnoculturel des femmes et l'équipe de projet de Santé Canada.

III QUESTIONS SOULEVÉES LORS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Qu'à-t-on écrit à propos de la toxicomanie parmi les immigrantes au Canada? La documentation étudiée comportait plus de 200 textes de sources variées, y compris des travaux de recherche, des articles d'universitaires, des profils communautaires, des évaluations de besoins, des rapports d'enquête et du matériel didactique. La partie qui suit résume les principaux problèmes cités dans la documentation en ce qui concerne les femmes immigrantes et l'usage d'intoxicants.

1. Qui sont les «femmes immigrantes»?

Le stéréotype populaire, projeté par les médias et un bon nombre de programmes gouvernementaux, présente les «immigrantes» comme un groupe homogène où l'on ne trouve que des différences superficielles tenant surtout à la langue et à l'habillement. On s'imagine que toutes les «immigrantes» présentent des différences significatives comparativement aux «Canadiennes». En fait au Canada les immigrantes forment un groupe aussi varié que peuvent l'être les autres Canadiennes. Toutes les immigrantes ne partagent pas le même vécu, pas plus qu'elles ne vivent la réalité canadienne de la même manière.

Les définitions des groupes considérés dans cette étude varient considérablement, et chaque auteur emploie ses propres termes et descriptions. Les ouvrages rédigés par des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités raciales ou ethniques tendent à souligner qu'en plus des différences les plus évidentes comme la couleur de la peau, le statut d'immigration et le pays d'origine, beaucoup d'autres facteurs contribuent à l'identité de chaque femme. Ces facteurs influencent la place que la femme immigrante occupe dans la société canadienne. (Parmi ces facteurs, on peut citer le sentiment d'appartenance à l'ethnie et la race, l'âge au moment de l'immigration, la participation aux activités des communautés ethnoculturelles, la langue maternelle, la maîtrise d'une langue seconde, la religion, le statut social au sein du groupe ethnoculturel, le statut matrimonial, le nombre de personnes à charge et l'âge, le niveau d'éducation, le genre d'emploi occupé, l'orientation politique et le fait d'avoir vécu une expérience de discrimination ou de racisme au Canada ou ailleurs.)

Comment pouvons-nous comprendre les problèmes de promotion de la santé parmi les femmes immigrantes, compte tenu de la diversité des définitions? Comment leur consommation de drogues diffère-t-elle de celle des autres femmes? Quels concepts peuvent aider à expliquer leur expérience face à la toxicomanie? Nous avons fouillé dans la documentation pour essayer de répondre à ces questions.

2. Quelles recherches ont déjà traité de la toxicomanie chez les immigrantes et les femmes de minorités ethniques, dans une perspective de promotion de la santé?

Il nous a été presque impossible de trouver des renseignements valables, utiles et fiables au sujet de la toxicomanie chez les immigrantes au Canada. Parmi toutes les études qui traitent de la consommation de drogues, très peu tiennent compte de variables telles que l'immigration ou les caractéristiques des groupes d'immigrants. Nous avons trouvé peu d'études qui examinaient la façon dont le sexe peut affecter la consommation de drogues parmi les immigrantes et les immigrants, Nous n'avons pas non plus été en mesure de trouver beaucoup de rapports établissant des liens entre la toxicomanie, les immigrantes et la promotion de la santé. Toutefois, un bon nombre d'articles décrivent et comparent les habitudes de consommation de drogues de divers groupes ethniques, culturels, raciaux et nationaux.

La documentation américaine et d'autres pays en matière de multiculturalisme ne s'applique pas directement à la situation des femmes du Canada, compte tenu des raisons suivantes : les importantes différences observées au niveau des populations de chaque pays, les différentes façons de définir les groupes ethniques et raciaux, les différences de statut socio-économique dans un même groupe ethnique ou racial, la diversité des méthodes et instruments utilisés dans chaque étude, les différences de comportement à l'égard de la santé entre les gens qui vivent encore dans leur pays d'origine et ceux qui vivent dans un nouveau pays d'accueil ainsi que diverses hypothèses non vérifiées concernant les femmes et divers groupes ethniques, raciaux et linguistiques.

Les grandes enquêtes nationales canadiennes qui servent de fondement aux rares études disponibles à propos des immigrantes et des femmes de minorités ethniques ne sont pas forcément aussi fiables et valables pour cette partie de la population à cause des problèmes d'échantillonnage, du fait que les entrevues ont été menées uniquement dans les langues officielles et en raison d'une certaine confusion entre les définitions d'une immigrante et d'une membre de communauté ethnique. Beaucoup d'auteurs canadiens qui ont traité de la toxicomanie ont négligé d'aborder à la fois le concept de groupe ethnique et la façon dont le sentiment d'appartenance à l'ethnie peut affecter ou non les comportements des immigrantes au Canada à l'égard de leur santé.

L'absence d'une analyse approfondie du sentiment d'appartenance ethnique et du rôle de l'ethnie dans le comportement sanitaire et la promotion de la santé peuvent avoir amené les auteurs à tirer des conclusions mai supportées par la recherche. Ces conclusions paraissent plutôt basées sur des hypothèses sans fondement et sur des stéréotypes concernant les immigrantes et leurs communautés respectives.

La documentation féministe et orientée vers les femmes présente des idées intéressantes en matière de toxicomanie. Cependant la majeure partie de cette documentation semble faire abstraction des femmes immigrantes dans la description de la condition féminine.

Les ouvrages traitant des différences culturelles en matière de santé donnent aussi des points de vue intéressants sur la santé, l'immigration et l'ethnie au Canada. Cependant, peu d'auteurs se sont intéressés à la toxicomanie, et ceux qui étudient les problèmes particuliers des femmes sont encore plus rares.

Une partie de la documentation communautaire qui présente des «profils ethniques» semble manquer de recherche. Cette documentation sous-estime ou ignore des facteurs tels que la classe, le sexe, la langue et la race, qui influenceront différemment les membres d'un même groupe «national» ou «ethnique». Il est donc possible que ces ouvrages soient affligés des mêmes problèmes conceptuels et stéréotypes que l'on retrouve ailleurs.

Une partie de la documentation communautaire et des études porte sur les barrières auxquelles se heurtent les immigrantes qui cherchent à participer à la société canadienne sur un pied d'égalité (le racisme, le sexisme, le manque de garderies, la pauvreté, les stéréotypes culturels et la difficulté d'accès aux cours de langues et aux services d'interprétation, par exemple). Ces ouvrages donnent des points de vue intéressants qui pourraient s'appliquer aux problèmes de toxicomanie, même s'ils mentionnent rarement ces problèmes de manière directe.

Les observations ci-dessus confirment qu'il est essentiel de s'informer auprès des immigrantes, de leurs organisations et des personnes qui travaillent directement avec elles, pour savoir comment elles perçoivent le problème de la toxicomanie, si elles la considèrent comme une priorité pour la promotion de la santé, et quelles mesures devraient être prises face à ce problème. Comme l'ont suggéré Sabloff et Birchmore Timney (1988 : p. 43) il y a presque une décennie, «La prochaine étape cruciale consiste à nous renseigner directement auprès des communautés ethniques, c'est-à-dire auprès des consommatrices et consommateurs eux-mêmes».

IV LA TOXICOMANIE CHEZ LES IMMIGRANTES : PERCEPTIONS ET PROBLÈMES

Cette section donne l'aperçu des principaux problèmes relevés lors de l'analyse des résultats de sondages téléphoniques, des entrevues de personnes clés et de la consultation tenue avec le Réseau des femmes du Conseil ethnoculturel canadien. Les données recueillies pendant ces entrevues varient considérablement, étant donné que les répondantes étaient délibérément choisies pour représenter une vaste diversité de contextes ainsi que des programmes aux objectifs très différents. Même si nous sommes parvenues à cerner des thèmes communs, il y avait aussi des différences dans la perception des problèmes entre les programmes de promotion de la santé, d'éducation, de traitement, de prévention, d'établissement et de services aux immigrants.

La synthèse des résultats est présentée sous forme de 11 questions, et les citations que nous avons reproduites sont celles des personnes clés qui ont participé à la recherche.

1. Comment le gouvernement peut-il soutenir la promotion de la santé parmi les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles?

«Parfois, j'éprouve une grande tristesse en pensant à ma communauté. Les bailleurs de fonds peuvent dire : comme vous n'avez pas de problème de drogue, nous ne vous considérons pas comme un problème. C'est faux : nos problèmes sont mieux cachés. C'est ce qui nous empêche d'obtenir des ressources, alors que d'autres communautés disposent de beaucoup de fonds pour s'occuper des problèmes de drogue. Pourtant, les problèmes cachés sont plus sérieux, et les problèmes psychiatriques sont encore plus graves. Je veux envisager cette question de manière globale. J'aimerais aider ces femmes avant qu'elles ne souffrent d'un problème psychiatriques.»

On s'entend généralement sur le fait que la promotion de la santé est une entreprise de longue haleine puisque les résultats ne peuvent se mesurer qu'après nombre d'années de travail intense au sein d'une communauté. Pourtant, on n'a pas encore évalué minutieusement les besoins de promotion de la santé des femmes en général, ni ceux des immigrantes, des réfugiées et des membres de minorités raciales et ethniques. L'État devrait mener ces études avant de fixer ses priorités de financement en matière de soins et de promotion de la santé parmi les communautés d'immigrants.

Les personnes clés ont été unanimes pour dire que les programmes ne fonctionneront correctement que s'ils sont dirigés par les communautés, en intégrant des mécanismes de sensibilisation communautaire efficaces. Les répondantes ont aussi demandé s'il était réaliste de s'attendre à la mise sur pied de programmes de promotion de la santé alternatifs, communautaires et adaptés aux cultures, compte tenu des structures et des inégalités qui prévalent dans le système canadien des soins de santé.

Il est indispensable que les programmes de santé conçus pour les immigrantes envisagent la femme non seulement comme individu, mais aussi comme membre d'une famille et d'une communauté. Ces programmes doivent tenir compte du fait que la femme joue souvent le rôle de dispensatrice de soins. En outre, beaucoup de répondantes ont de la difficulté à définir la «communauté». Elles se sont demandé, par exemple, quelles sont les «communautés immigrantes»? Qui est «ethnique»? Qui est «majoritaire»? Qui est «canadien»?

2. Quelle place occupe la toxicomanie parmi les priorités de promotion de la santé auprès des immigrantes?

«La prévention, la dépendance et l'abus des intoxicants constituent eulement une partie des problèmes. Il y a d'autres mesures de prévention plus fondamentales, pour les femmes immigrantes, comme d'aller passer un examen médical général, de subir une mammographie régulière après l'âge de 40 ans, de passer des examens gynécologiques et d'autres choses du genre. Il est difficile d'aborder la sexualité, la contraception et la prévention du SIDA. Beaucoup de problèmes seraient prévenus si les gens étaient informés.»

La plupart des intervenants directement impliqués avec les immigrantes n'ont pas identifié la toxicomanie comme une priorité en matière de promotion de la santé. Quelques rares répondantes s'intéressaient à l'usage illégal des drogues chez les jeunes, souvent par inquiétude à l'égard de leurs propres enfants ou par souci de réduire la consommation de l'alcool de leur conjoint. Un petit nombre de répondantes ont trouvé important de mener des programmes de prévention et d'éducation touchant le tabagisme et la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance.

Au lieu de mettre l'accent uniquement sur l'éducation concernant l'usage ou l'abus de substances intoxicantes, plusieurs personnes interrogées ont suggéré d'élaborer des programmes de promotion de la santé pour aider les femmes immigrantes à surmonter le stress et la dépression. Beaucoup de personnes ont déploré le fait que les femmes ne reçoivent de l'aide qu'en cas de crise et que, faute de prévention, elles se retrouvent dans des services psychiatriques.

3. Quelles conditions et situations affectent plus particulièrement la santé des immigrantes?

Les immigrantes ont beaucoup de problèmes de santé plus urgents que la toxicomanie. Les problèmes de drogue ne peuvent être abordés qu'après ou en même temps que les problèmes de stress et de dépression occasionnés par le racisme, la discrimination sur le marché du travail, la pauvreté, la nutrition et le régime alimentaire, les questions de contraception et de reproduction, la routine de la médecine préventive et d'autres questions.

4. Quels sont les facteurs de stress susceptibles d'affecter la santé des immigrantes?

Les personnes qui travaillent avec les immigrantes ont été unanimes à reconnaître la force de caractère et la faculté d'adaptation de ces femmes, malgré le stress lié à l'immigration, au racisme et la discrimination.

Les travailleurs des services d'immigration se préoccupent vivement de la somme de stress que doivent affronter les immigrantes. Elles ont souvent mentionné le racisme, le manque de connaissances linguistiques; le chômage et la pauvreté qui en découle; la non-reconnaissance de leurs qualifications, de leurs expériences et leurs aptitudes professionnelles; l'absence de structures de soutien; les séquelles de traumatismes subis par les réfugiées, y compris les sévices sexuels et les scènes de violence; la réinstallation dans un autre pays; le manque de garderies; les barrières culturelles; le manque de nouvelles au sujet des membres de la famille; la perte de membres de la famille avant l'immigration; l'adaptation à un nouveau climat et les conflits de génération avec les jeunes. L'ensemble de ces facteurs peut mener à la dépression des femmes immigrantes, surtout lorsqu'ils sont combinés avec l'isolement et l'absence de la famille et des amis.

5. Existe-t-il un problème de drogue chez les immigrantes?

Il a été un peu déconcertant de découvrir que la plupart des répondantes avaient des connaissances directes très limitées, sinon nulles, sur la toxicomanie chez les immigrantes. Très peu de personnes interrogées avaient réellement servi ou recommandé à d'autres services, des femmes immigrantes aux prises avec une drogue. (Cela prévaut également parmi les répondantes qui travaillent dans des services de désintoxication qui prétendent offrir aux femmes des services multilingues, dans des centres de santé communautaires, dans les cliniques de toxicomanie, dans les agences d'établissement et dans les organisations de femmes). Les quelques personnes interrogées qui ont effectivement rencontré des immigrantes aux prises avec la drogue ont travaillé avec un nombre limité de femmes, deux ou trois au total sur une période de plusieurs années. Il s'agissait de femmes ayant vécu longtemps au Canada, ce qui leur permettait de participer à des programmes offerts dans l'une ou l'autre des langues officielles.

Toutefois, quelques répondantes ont émis une opinion sur le problème même si elles ne semblaient pas avoir eu de contacts, ni d'expérience pratique avec des immigrantes.

Un bon nombre de personnes interrogées se sont dites d'avis qu'il pourrait y avoir un problème de drogue «caché» parmi les immigrantes. De nombreuses personnes, surtout celles qui interviennent auprès des immigrantes, se sont déclarées d'avis que le manque de ressources économiques des femmes les protège en quelque sorte contre la toxicomanie, sauf dans le cas des médicaments d'ordonnance pouvant être remboursés par les régimes provinciaux d'assurance maladie.

6. Quels problèmes a-t-on soulevés en matière d'alcool?

Bien que quelques répondantes aient soupçonné l'existence d'un problème caché, quelques unes seulement ont servi ou recommandé à d'autres services une immigrante aux prises avec l'alcoolisme.

7. Quels problèmes a-t-on soulevés en matière de tabac?

La plupart des répondantes estiment que les immigrantes fument moins que les autres Canadiennes ou que les immigrants (ce qui corrobore les résultats d'autres enquêtes), bien que plusieurs personnes interrogées connaissaient des femmes qui fument la cigarette.

Un certain nombre de répondantes ont suggéré qu'il peut y avoir un manque d'information au sein des communautés immigrantes, relativement aux effets de la fumée secondaire. (Ce problème est peut-être plus aigu au Canada étant donné que l'hiver nous oblige à rester plus longtemps à l'intérieur). D'autres ont mis en doute la présomption selon laquelle les immigrants de sexe masculin fument plus que les Canadiens, en présence de leurs femmes et enfants.

8. Quels problèmes a-t-on soulevés en matière de drogues illégales?

Que ce soit dans leur vie professionnelle ou privée, très peu de répondantes ont rencontré des immigrantes aux prises avec des problèmes de drogues illicites. Celles qui en ont rencontré voient dans cet usage d'intoxicants une autre facette du problème global de la pauvreté dans les centres urbains. En effet la pauvreté pousse les jeunes immigrantes et les mères célibataires à se loger dans des genres de quartiers qu'elles n'auraient jamais habités dans leurs pays d'origine. Elles rencontrent alors des hommes toxicomanes du voisinage qui leur offrent leur protection. Certaines sont obligées de se prostituer et consomment des drogues pour mieux supporter leur sort.

9. Quels problèmes a-t-on soulevés en matière de médicaments d'ordonnance?

Les répondantes ont souvent mentionné la consommation de médicaments d'ordonnance et de médicaments en vente libre comme étant le problème le plus répandu. Ces répondantes établissaient souvent une distinction entre l'alcool, les drogues illicites et les médicaments d'ordonnance. Elles se sont montrées très préoccupées par ce problème souvent ignoré par les femmes elles-mêmes, par leurs familles, par leurs communautés et, pire encore, par leurs médecins traitants.

Il peut être difficile de déceler et d'affronter le problème des médicaments vendus avec ou sans ordonnance parmi les immigrantes étant donné que ces substances sont considérées comme légitimes (étant offertes par des médecins et des pharmaciens). Les immigrantes allophones qui ont du mal à communiquer en français ou en anglais peuvent hésiter à s'informer sur les effets secondaires des médicaments qu'elles prennent. C'est pourquoi elles peuvent ignorer le risque de dépendance envers certains médicaments.

10. Quels problèmes a-t-on soulevés concernant les jeunes immigrantes?

La consultation menée auprès des membres du Réseau des femmes du Conseil ethnoculturel canadien comprenait un atelier spécial avec les jeunes immigrantes et des femmes de minorités ethnoculturelles. Toutes ces femmes considèrent la toxicomanie comme un problème prioritaire. Un bon nombre de problèmes qui touchent l'ensemble des femmes risquent d'être aggravés par certaines circonstances particulières, dans le cas des jeunes immigrantes. Ces circonstances comprennent les suivantes

- ▶ le choc culturel;
- ▶ l'influence des amis et le climat social canadien qui encourage l'usage de drogues;
- ▶ l'information, la sensibilisation et les politiques de santé (dont celles qui visent les communautés ethnoculturelles) qui ne se concentrent pas sur les jeunes;
- ▶ le manque d'attention à la condition féminine dans les programmes pour les jeunes (les "jeunes" étant un groupe exclusivement représentés par le sexe masculin). Cette ignorance masque la réalité vécue par les jeunes femmes et contribue ainsi à l'absence de services ou de programmes qui leur sont destinés;
- ▶ les responsabilités familiales qui peuvent rendre plus difficile la participation des filles aux programmes;
- ▶ le manque de modèles féminins dans des postes de direction, y compris dans les programmes communautaires de prévention;
- ▶ les stéréotypes racistes et l'information partial à propos des drogues illicites, de l'alcool et du tabac;
- ▶ l'ignorance, parmi les parents immigrants, des signes précurseurs pouvant annoncer un problème de drogue chez leur enfant, ignorance qui persiste jusqu'à ce qu'une crise éclate (des démêlés judiciaires, par exemple);
- ▶ des conflits de générations normaux, compliqués par des problèmes de communication entre les parents et leurs enfants (des parents qui ne parlent pas une langue officielle, des enfants qui perdent l'usage de la langue maternelle);
- ▶ la perte de statut ou de classe sociale des parents ou de la famille entière après leur immigration au Canada;
- ▶ le chômage, le sous-emploi et la pauvreté;
- ▶ le racisme, et les difficultés des parents à protéger leurs enfants de la discrimination.

11. Comment les cultures des immigrantes peuvent-elles influencer leurs habitudes de drogue et l'accès aux services?

Plusieurs répondantes ont suggéré que les cultures des femmes immigrantes, leurs religions et leurs valeurs traditionnelles les empêchent de prendre de la drogue, spécialement si on les compare aux hommes. Celles qui avaient peu ou pas d'expérience auprès des immigrantes avaient aussi tendance de suggérer que la «culture des femmes immigrantes» expliquait les différences de consommation de drogues, comparativement aux autres femmes.

Quelques répondantes ont relevé des problèmes communs à toutes les femmes aux prises avec un problème de drogue ou à la recherche d'un traitement au Canada, quelle que soit leur origine culturelle. Certaines répondantes ont retourné à l'envers cette question de différence culturelle. Ces répondantes blâment les normes de la culture et l'insensibilité des intervenants, ou du personnel du programme comme étant le principal obstacle, plutôt que la culture présumée de l'immigrante à la recherche de services.

On présume parfois que les immigrantes préfèrent certains modes de traitement sans leur demander pourquoi elles n'utilisent pas certains établissements, ou se sentent moins à l'aise face à certaines méthodes. Beaucoup d'intervenants présument alors que les femmes n'utilisent pas un certain service à cause de leur culture au lieu de blâmer les obstacles créés par le service lui-même ou par la culture dominante.

Certaines répondantes présument que les différences culturelles entre les immigrantes et les autres femmes sont assez fortes pour influencer leurs habitudes en matière de drogue. Selon ces répondantes, les différences en question persistent longtemps après l'immigration, se transmettent aux enfants et aux petits enfants, ou restent relativement à l'abri de l'influence des normes de la société dominante. On estime alors que ces différences de comportement apparaissent de manière quasi invariable chez toutes les personnes qui ont le sentiment d'appartenir à une communauté ethnique particulière ou que les autres désignent (à cause de leur langue, de la couleur de leur peau ou de leur religion, par exemple) comme des membres d'un groupe ethnique minoritaire.

D'autres répondantes ont fait ressortir la différence entre les normes et valeurs culturelles des femmes récemment arrivées au Canada, et celles des femmes qui s'y trouvent depuis un bon nombre d'années. Elles ont en outre reconnu la stratification sociale des personnes appartenant à différents groupes culturels, comme affectant la façon dont leurs problèmes sont évalués et abordés. Ces répondantes utilisent une interprétation plus dynamique et moins structurée de la culture et de son impact sur les diverses conditions de vie des femmes immigrantes, incluant les habitudes en matière de drogues.

V TENDANCES DANS L'AIGUILLAGE DES CLIENTES, ACCÈS ET OBSTACLES DANS LE MODE DE PRESTATION ACTUEL DES SERVICES

- ▶ Si les immigrantes éprouvent des problèmes de toxicomanie, où vont-elles chercher de l'aide?
- ▶ Les immigrantes aux prises avec un problème de drogue peuvent-elles trouver de l'aide?
- ▶ Quels obstacles empêchent les immigrantes d'accéder autant que les autres aux programmes et activités de promotion de la santé?

«Je travaille sur une base externe. Je conseille les clientes. Je peux les aider en accordant des consultations externes, mais lorsqu'il y a un problème d'alcool qui va au-delà de cette limite, les services externes ne suffisent plus. Or je n'ai aucun programme de désintoxication en établissement à recommander à mes clientes. J'aimerais connaître au moins, quelque part, un conseiller en désintoxication vers laquelle je pourrais diriger les clientes.»

Les services de santé conventionnels qui reçoivent une immigrante allophone essaient de la diriger vers un service d'établissement ou un organisme d'aide aux immigrants. Étant donné que ni les travailleurs sociaux, ni les femmes des communautés ethnoculturelles n'ont les ressources ou le savoir-faire voulu pour s'occuper d'un problème de toxicomanie, les immigrantes finissent par être renvoyées aux services de santé conventionnels. Combien de femmes se sont égarées dans cette partie de ping-pong? Personne ne semble avoir une idée claire là-dessus.

En plus de manquer presque totalement de services et de programmes convenables, on manque aussi d'information sur le peu qui existe, et les clientes reçoivent alors des recommandations de services incomplètes ou inadéquates. Ce problème est particulièrement flagrant dans le domaine des services et programmes offerts dans des langues non-officielles. Dans certains centres urbains, comme Toronto et Vancouver, où l'on retrouve une forte concentration d'immigrants, on a souvent mentionné un certain nombre de programmes et de services capables de servir dans leur propre langue les immigrantes aux prises avec un problème de drogue. En vérifiant, nous nous sommes aperçues que la quasi-totalité de ces programmes et services étaient en fait incapables de servir les clientes dans une langue non officielle et que les rares établissements capables de le faire ne pouvaient accueillir que des hommes.

On surestime souvent la capacité des services de santé auxiliaires offerts par les organismes sans but lucratif, par les organismes bénévoles d'aide à l'établissement des immigrants et par les groupes ethnoculturels. En appelant directement les services «de leur propre communauté» recommandés aux immigrantes aux prises avec un problème de drogue, nous avons constaté

que ces organismes ont rarement les ressources et le savoir-faire nécessaires pour traiter des problèmes de drogue, et encore moins de compétences spécialisées pour traiter efficacement avec des femmes.

Beaucoup d'immigrantes aux prises avec des problèmes de toxicomanie risquent de ne pas trouver l'aide dont elles ont besoin. Un bon nombre ne trouvent ni aide, ni information; d'autres peuvent obtenir une certaine assistance dans une langue qui ne leur est pas familière; quelque unes finissent par se faire aider par des personnes qui parlent leur langue, mais qui n'ont aucune expérience dans le domaine des drogues et de la toxicomanie. Quant aux autres, elles se voient offrir de l'aide dans une perspective qui ne tient compte ni de leur réalité culturelle, ni des besoins particuliers qui tiennent à la condition féminine.

Cette lacune dans les services est remarquable, mais les personnes qui sont supposées de s'occuper de la santé des femmes ne semblent pas la remarquer. L'aiguillage des femmes immigrantes à d'autres services sans en avoir vérifié l'existence semble être un scénario courant.

Quelles barrières bloquent l'accès des immigrantes aux programmes et services de promotion de la santé?

- ▶ des différences de langue, et l'absence de services dans une langue autre que le français et l'anglais;
- ▶ des services d'interprétation inadéquats pour les femmes allophones qui ne s'expriment couramment dans ni l'une ni l'autre des langues officielles;
- ▶ le manque de garderies pour les enfants;
- ▶ des exigences d'admission ou d'aiguillage qui nuisent à l'accès des femmes immigrantes (ex. : insistance sur l'auto-orientation ou l'obligation de suivre avant tout une cure de désintoxication);
- ▶ une expérience de racisme individuel et systémique au sein du système des services de santé;
- ▶ des méthodes de sensibilisation inadéquates (comme les assemblées publiques ou des documents dans les deux langues officielles seulement);
- ▶ la structure du système de santé canadien;
- ▶ l'orientation du système des soins de santé canadien et le sexisme qui poussent les dispensateurs de soins à ignorer les plaintes des femmes et à les surmédicaliser;
- ▶ l'absence de méthodes de traitement conçues pour les femmes;
- ▶ l'emplacement inaccessible de certains services;

- des instruments d'évaluation inadéquats (disponibles uniquement en anglais ou en français, non testés du point de vue interculturel, empreints de racisme et de stéréotypes, non éprouvés au niveau du contexte canadien et conçus pour une clientèle très scolarisée.)

VI DESCRIPTION DES PROGRAMMES ET ACTIVITÉS DISPONIBLES

«Les immigrantes et les réfugiées sont plus portées à parler d'abord des déterminants sociaux de la santé et des problèmes d'impact social. Elles n'abordent qu'en second la question de drogues. Par exemple, on pourrait tenir un atelier intitulé : *Le stress en milieu de travail*. Dans cet atelier, on demanderait entre autres «Fumons-nous du tabac? Consommons-nous de l'alcool pour gérer le stress?» Il est très important de voir le contexte dans lequel cela se fait et quels problèmes sont abordés. Nous devons être très prudentes; nous voulons aborder les vrais problèmes, pas seulement l'usage d'intoxicants, mais tous les problèmes sociaux qui nous entourent».

L'un des grands objectifs de l'étude consistait à évaluer l'efficacité des programmes de lutte contre la toxicomanie chez les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles. Il n'est pas surprenant que nous n'ayons pas été en mesure de trouver des programmes qui répondaient aux exigences d'une évaluation formelle (ex. ayant des objectifs clairement défini, des ressources constantes et suffisantes qui permettent une intervention régulière et prolongée), compte tenu de la nature des programmes communautaires destinés aux groupes ethnoculturels et aux femmes qui font partie de ces groupes. De plus, les différences régionales au niveau de la population, des services disponibles et du mode d'utilisation des intoxicants peuvent compliquer la comparaison de l'efficacité des différents types de services d'un endroit à l'autre.

Au lieu de mettre l'accent sur l'évaluation, nous avons cherché à donner la meilleure description possible des programmes, de leurs composantes, des groupes visés, des facteurs de risque, des activités spécifiques et des données disponibles.

On a relevé, au Canada, 16 endroits où l'on tente de faire face, d'une manière ou d'une autre, à la toxicomanie chez les immigrantes. La plupart de ces endroits ont mis l'accent sur la prévention ou l'éducation, plutôt que sur la thérapie. Dans la majorité des cas, les femmes étaient le groupe cible spécifique. Quelques uns pouvaient servir les deux sexes, mais ils étaient particulièrement conscients des problèmes et besoins des femmes parmi d'autres groupes cibles spécialisés (les personnes âgées et les jeunes).

Ces programmes ont été choisis pour illustrer les divers points d'accès aux services de lutte contre la toxicomanie (par exemple au sein des services d'établissement et des programmes des femmes immigrantes, des programmes communautaires, des centres de santé communautaires, des maisons d'hébergement ou des centres de thérapie pour femmes, des programmes pour les jeunes et les personnes âgées et des programmes destinés à rejoindre les femmes enceintes).

Les éléments communs

En dépit d'une très grande diversité au niveau des approches, du groupe cible et des ressources disponibles, nous avons réussi à relever certains éléments communs aux divers programmes. Ces éléments étaient considérés par les personnes interrogées comme importants, et pouvant probablement conduire à un certain succès. Les voici

- ▶ offrir des services dans les langues parlées par les femmes;
- ▶ embaucher du personnel diversifié aux points de vue linguistique, racial et ethnique;
- ▶ utiliser des méthodes informelles pour donner l'information;
- ▶ rejoindre les réalités démographiques des communautés visées et desservies;
- ▶ aborder l'usage de drogues dans un contexte de promotion de la santé, en touchant aussi d'autres questions;
- ▶ insister sur l'estime de soi et l'autonomie, comme étant les objectifs primordiaux de la promotion de la santé pour les femmes immigrantes;
- ▶ identifier soigneusement les besoins de la communauté avant de lancer des programmes;
- ▶ utiliser toute une série de méthodes de sensibilisation et de publicité;
- ▶ utiliser une série de méthodes de prestation de services (y compris l'organisation de groupes par les organismes; les visites de travailleuses de la santé parmi les groupes où les femmes se rencontrent déjà, les consultations individuelles, les visites à domicile, etc.);
- ▶ faire attention à l'infrastructure, reconnaître les barrières qui empêchent les immigrantes de suivre les programmes (garderies disponibles sur place, les moyens de transport et l'interprétation).

De plus, la plupart des répondantes des programmes décrits, aussi bien la majorité de toutes les personnes interrogées dans cette étude, étaient d'avis que :

- ▶ généralement, les immigrantes sont moins portées à consommer de l'alcool et des drogues illégales que les immigrants de sexe masculin et les autres Canadiennes;
- ▶ la plupart des problèmes de toxicomanie sont reliés à des médicaments d'ordonnance;

- ▶ les immigrantes s'intéressent surtout aux problèmes de drogue de leurs conjoints et de leurs enfants;
- ▶ langues officielles crée un obstacle de taille pour la majorité des immigrantes pouvant avoir besoin des services de santé.

VII SUGGESTIONS POUR L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES

«La première étape consiste à créer une structure, à se donner une philosophie de travail et à comprendre pourquoi le problème existe. Il faut ensuite mener une sérieuse étude des besoins, parler aux femmes, les écouter, et commencer à élaborer des stratégies à long terme. Arrêtez de faire du raccomodage. Allez au gouvernement et dites : «Voici le problème.» Arrivez avec une documentation objective et une stratégie à long terme».

Bien que peu de répondantes aient déjà travaillé avec des immigrantes dans le domaine spécialisé de la toxicomanie, un bon nombre d'entre elles ont fait des suggestions sur le mode d'élaboration des services d'éducation, de prévention et de traitement destinés aux immigrantes. Ces services devraient, selon nos répondantes, être élaborés en se basant sur des expériences pertinentes, en matière de santé chez les immigrantes ou en matière de toxicomanie chez la femme.

La partie suivante du rapport résume les suggestions touchant les types de programmes et d'activités qui ont le plus de chance de fonctionner ou d'échouer. Les opinions sur l'utilité des diverses approches et méthodes divergeaient considérablement. Cette variété montre bien pourquoi les méthodes rigides, qui consistent à offrir le même type de programme à toutes les immigrantes, auront moins de succès que les méthodes plus souples. Le manque d'uniformité des résultats obtenus avec une même approche montre aussi combien il importe d'évaluer le contexte où les programmes sont conçus, financés, dotés en personnel, mis en oeuvre et évalués.

1. Comment les programmes destinés aux femmes immigrantes devraient-ils être organisés et structurés?

«Parmi les choses dont on a besoin, en plus de la conscience, de la sensibilité et d'une ambiance différente, il y a aussi la diversité du personnel. Cela démontrerait que les personnes qui travaillent dans l'organisme ne sont pas différentes de celles qui viennent demander des services. On pourrait afficher des images ou des photos sur les murs pour montrer que l'on représente plusieurs races et cultures. On pourrait s'inspirer de diverses cultures pour concevoir les approches et les outils utilisés lors des consultations. Il faut aussi être très conscientes de la barrière linguistiques.»

Un bon nombre de répondantes qui avaient des compétences dans la prestation de services et de programmes parmi les immigrantes ont reconnu que l'organisation et la structure des programmes déterminaient l'utilisation qu'en feraient ces femmes et les avantages qu'elles en retireraient. Selon leur expérience en promotion de la santé, en éducation et en programme pour les immigrantes, ces répondantes ont émis les suggestions pratiques qui suivent :

- ▶ implanter les programmes près des milieux de vie des immigrantes et des endroits qu'elles fréquentent;
- ▶ des approches souples incluant les visites à domicile (quelques personnes interrogées en avaient des expériences positives et d'autres en avaient pas);
- ▶ des mesures d'encouragement d'ordre financier ou d'autres mesures pour accroître le taux de participation;
- ▶ des procédures d'accueil souples qui sont accessibles aux femmes et ouvertes à leurs plaideurs;
- ▶ des programmes offerts dans les langues préférées par les immigrantes;
- ▶ une interprétation culturelle pour faciliter l'accès des programmes là où il n'est pas réaliste d'offrir d'autres choix de langue.

2. Que devraient être le centre d'intérêt et le contenu des programmes de promotion de la santé destinés aux immigrantes?

«Les gens ont des connaissances et de l'expérience et sont capables de faciliter la circulation de leurs connaissances. Les gens savent ce qui ne va pas dans leurs vies. Ils souffrent. En tenant compte de tous ces éléments, on peut les aider à changer. Cette façon de voir les choses change l'ensemble des perspectives, tant sociales que politiques.»

Beaucoup de répondantes ont souligné que les seuls programmes de promotion de la santé qui réussissent parmi les immigrantes sont des programmes centrés sur la femme et antiracistes dans leur approche. Les programmes de ce genre doivent être élaborés par les immigrantes elles-mêmes, en collaboration avec le système de santé et les dispensateurs de soins.

Modèles alternatifs de la santé

Les programmes qui cherchent à incorporer des visions alternatives de la santé et des soins ont une plus grande chance de réussir parmi les immigrantes. D'autres part, il a aussi été reconnu que les organismes et les dispensateurs de services conventionnels manquent encore de connaissances dans ce domaine pour réaliser de tels programmes

alternatifs. Quelques intervenantes ont souligné qu'il était important, dans toute intervention auprès des immigrantes, de faire preuve d'une grande souplesse et de se montrer ouvertes à des expériences répétées en matière de prestation de services.

Services collectifs et individuels

Les répondantes avaient des expériences et des niveaux de réussite très différents, à la fois dans les programmes de groupe et dans les services individuels. Certaines répondantes ne semblaient pas avoir eu de problème à faire participer les immigrantes à des activités sociales ou à des réunions. Ces personnes considéraient de pareilles réunions comme des éléments indispensables à tout programme de promotion de la santé. D'autres étaient tout aussi convaincues que les immigrantes ne pourraient jamais participer aux activités de groupe, et que l'on devrait les servir sur une base individuelle ou par application de méthodes plus diffuses.

Les planificateurs des programmes doivent aussi se garder de formuler de fausses hypothèses à l'endroit des personnes ayant une même histoire ou une même communauté linguistique, en espérant qu'elles auront automatiquement une confiance mutuelle, et se sentiront plus confortables en se retrouvant ensemble au sein d'un groupe. On n'émet pas nécessairement la même hypothèse à l'endroit de toutes les canadiennes.

Défense des intérêts

La défense des intérêts a été souvent mentionnée comme étant un élément essentiel dans tout programme destiné aux femmes immigrantes, et les programmes de promotion de la santé n'ont pas fait exception. Cela peut prendre la forme de la défense des droits d'une femme en particulier, ou peut se faire dans le cadre d'une campagne destinée à améliorer la situation d'un groupe de femmes ou d'une communauté entière.

Contenu des programmes

«L'estime de soi devrait être une question importante dans la promotion de la santé de la femme immigrantes Il s'agit de la plus puissante arme dont dispose une femme pour recouvrer ses droits au sein et en dehors de la famille. Les problèmes de langue et la perte de statut économique, qui sont des facteurs communs à l'ensemble des immigrantes, conduisent dans 80% des cas, à une diminution de l'estime de soi.»

Les aspects suivants ont été jugés indispensables à la conception de tout programme de lutte contre la toxicomanie parmi les immigrantes :

- ▶ Il faut mettre l'accent sur l'estime de soi, l'acquisition d'une plus grande autonomie et la justice socio-économique.

- ▶ Il est indispensable de tenir compte de l'étape où les femmes sont rendues si l'on veut capitaliser sur leurs expériences et connaissances.
- ▶ On doit offrir un choix de programmes, y compris des programmes entièrement réservés aux immigrantes, pour garantir que ces dernières auront l'occasion de parler librement de leurs expériences.
- ▶ Il faut toucher la question des drogues indirectement, puisque les immigrantes et leurs organisations n'ont pas encore désigné la toxicomanie comme un problème prioritaire en matière de santé.

3. Comment faciliter l'accès des immigrantes aux services disponibles?

«Je veux des copines. Je veux qu'on arrête d'engager des Canadiennes blanches aux yeux bleus comme travailleuses multiculturelles et qu'on recrute des personnes des communautés qui ont des compétences et des connaissances. Je veux des personnes qui ont vécu cette expérience. Elles doivent pouvoir travailler avec nous. Ils continuent à recruter. Il y a beaucoup d'immigrantes qualifiées et il faut s'assurer qu'il y a assez d'argent prévu pour l'interprétation culturelle. Comment peut-on aider les gens si la documentation traitant de la toxicomanie n'est écrite qu'en français et en anglais?»

La vérification de l'accessibilité des services importe autant, sinon plus, que l'élaboration de nouveaux programmes et services pour les immigrantes.

Recrutement du personnel

Plusieurs répondantes ont suggéré des moyens d'améliorer l'accès aux services. Celles qui travaillent avec des immigrantes ont souvent mentionné que l'accès aux services s'améliorerait nettement si les institutions, les organismes et les centres communautaires recrutaient plus de personnes d'origine différente sur le plan linguistique, ethnique et racial.

Formation

En quoi la formation ou l'éducation pourrait-elle contribuer au succès des services de promotion de la santé parmi les immigrantes? En plus d'avoir un personnel diversifié et polyglotte, plusieurs personnes interrogées ont mentionné la sensibilisation aux problèmes interculturels, aux expériences vécues par les immigrantes, et la lutte contre le racisme comme des éléments essentiels.

Dissémination de l'information

Il y avait des points de vue différents relativement à la meilleure façon d'informer les immigrantes sur les services et programmes, et de rejoindre leurs communautés. Certaines répondantes estimaient que les mêmes stratégies et approches qui ont réussi à toucher les Canadiennes de souche (les méthodes les plus conventionnelles comme les annonces dans les journaux, à la télévision, etc.), auraient le même succès parmi les immigrantes à condition de lever les barrières linguistiques. D'autres ont suggéré des stratégies de sensibilisation et d'éducation adaptées aux circonstances particulières des communautés visées. Cependant, peu de répondantes ont réussi à expliquer en détails comment les stratégies de sensibilisation et d'éducation destinées aux immigrantes pourraient se distinguer des autres stratégies.

Collaboration avec les organismes communautaires

Au-delà de la sensibilisation des clientes éventuelles, certaines répondantes essayaient de collaborer étroitement avec des organismes qui déservent les immigrantes ou avec des groupes des femmes immigrantes, des maisons d'hébergement ou d'autres services spécialisés dans les thérapies destinées aux femmes. Certaines ont eu des collaborations réussies tandis que d'autres ont essuyé des échecs.

4. De quels documents dispose-t-on pour informer les immigrantes à propos de la toxicomanie?

La majorité des répondantes ont reconnu la nécessité de diffuser efficacement des informations exactes sur l'usage et l'abus d'intoxicants, en se servant de méthodes et de matériel à la fois bien adaptés et accessibles aux immigrantes. La plupart des répondantes qui avaient travaillé avec des immigrantes ont souligné que le fait d'offrir de l'information et des services dans une langue comprise par les femmes était le moyen le plus efficace de communiquer avec celles qui ne s'expriment pas dans une des langues officielles du Canada.

Évaluer l'accessibilité des services avant d'entreprendre la sensibilisation

Un bon nombre de répondantes, spécialement celles qui font partie du milieu des services aux immigrants, ont souligné qu'il est inutile de diffuser des connaissances et de l'information sur les services si ces derniers restent inaccessibles aux immigrantes. Certaines personnes interrogées ont déploré que les services conventionnels se donnent des stratégies de sensibilisation multilingues sans tenir compte de ce qui arriverait si une femme venait demander de l'aide alors qu'il n'y a personne qui puisse lui parler dans sa langue.

VIII CONCLUSIONS

Cette étude confirme la rareté des connaissances à propos de la toxicomanie chez les immigrantes, les réfugiées et les femmes des minorités raciales et ethniques. Malheureusement, on ne dispose d'aucune donnée nationale fiable pour l'instant. En revanche, quelques études régionales ou locales se sont penchées sur la consommation de drogues parmi les immigrantes et les femmes de minorités raciales et ethniques.

Il existe très peu de programmes et d'activités destinés à améliorer la santé des femmes immigrantes. Ils sont d'envergure limitée, et généralement de courte durée. Bien que quelques organisations d'immigrantes aient reconnu que la toxicomanie pourrait devenir un de leurs dossiers de promotion de la santé, la priorité est surtout accordée à d'autres domaines ayant un impact sur la santé des femmes immigrantes et considérés comme plus urgents. Il s'agit de la pauvreté, de la marginalisation socio-économique, du racisme, du manque de garderies, du manque d'information, de la difficulté d'accès aux services gynécologiques, de la violence, de la sécurité au travail, des problèmes d'estime de soi et des droits de la personne.

Même si un bon nombre de ces domaines peuvent être reliés à la toxicomanie, ce n'est pas ce que les immigrantes mentionnent le plus quand vient le temps d'analyser leur propre situation. Elles mentionnent plus souvent les obstacles suivants qui les empêchent d'accéder aux services et programmes de promotion de la santé

- ▶ les différences linguistiques;
- ▶ le manque de services d'interprétation;
- ▶ l'ignorance de leurs droits et le manque d'habileté pour utiliser le système;
- ▶ l'ignorance des services disponibles;
- ▶ le manque de connaissances sur la vie des immigrantes, de la part des intervenants;
- ▶ le sexisme;
- ▶ les préjugés, les stéréotypes et le racisme au sein du système de services socio-sanitaires.

Ce qui est le plus troublant, dans cette étude, c'est de constater à quel point les services communautaires de tous les niveaux ignorent les problèmes de toxicomanie chez les immigrantes. Cette lacune existe autant parmi les organisations d'immigrants que dans les services de santé destinés aux femmes. Même un bon nombre de services qui offrent de l'aide aux femmes toxicomanes semblent ignorer le manque presque total de services ou d'établissements accessibles aux immigrantes. C'est comme si les immigrantes ne faisaient pas partie des «femmes» selon la plupart des programmes de promotion de la santé féminine.

Le jeu de ping-pong en matière d'orientation des clientes qui a été décrit dans ce rapport montre bien que beaucoup de femmes immigrantes ne seront prises en charge par aucun service ou programme tant qu'elles ne se retrouveront pas en état de crise. Le désespoir des

femmes et des familles qui peuvent être obligés d'affronter ces problèmes sans aide n'a jamais été rapporté, ni intégré à la somme de connaissances sur laquelle s'appuient les décisions en matière de programmes de santé. La manière dont on dirige les clientes vers les divers services a empêché les immigrantes de bénéficier des gains considérables qui ont été faits au cours des dernières années en ce qui concerne la compréhension, le traitement et la prévention de la toxicomanie chez la femme.

Malgré l'absence de données concrètes, beaucoup de renseignements anecdotiques nous font penser qu'il faudrait accorder plus d'attention à la consommation et à l'abus des médicaments d'ordonnance. Cette conclusion n'est pas surprenante, puisque les données nationales indiquent déjà que ce problème touche plus de femmes que d'hommes au Canada. Les données nationales suggèrent aussi que le problème pourrait toucher les personnes âgées. Étant donné que les immigrants âgés ont une plus forte proportion d'allophones, il faut leur accorder une attention particulière.

L'usage à mauvais escient des médicaments d'ordonnance est lié à la personne qui les prescrit. Beaucoup de médecins prescrivent trop de médicaments aux femmes ou les prescrivent de façon inappropriée. Si, d'une manière générale, les femmes ont un accès limité à des médecins compatissants qui ne vont pas leur prescrire un excès de médicaments, les immigrantes qui ne parlent aucune langue officielle y ont encore moins accès. Cette étude suggère que l'on doit mettre l'accent sur l'éducation des médecins dans ce domaine, comme cela avait été suggéré par des groupes représentant d'autres secteurs de la population féminine canadienne.

En ce qui concerne l'usage du tabac, les données nationales suggèrent que les femmes nées hors du Canada ont tendance à fumer moins que les femmes nées au Canada. Les renseignements anecdotiques suggèrent aussi que les immigrantes pourraient avoir des habitudes d'usage différentes. Cette extrême variation devrait être examinée avec beaucoup plus de soin, en tenant compte de l'attitude envers le tabac et de la fréquence de son utilisation dans le pays d'origine de la femme, de même que des conditions courantes au Canada (comme le prix) qui pourraient changer les habitudes de consommation.

Indépendamment du fait que les immigrantes fument beaucoup moins que les autres femmes, on devrait tenir compte, dans la planification des campagnes de promotion de la santé, de la possibilité que les filles fument plus que leurs mères.

Les stratégies de prévention dans ce domaine pourraient commencer par l'identification des facteurs qui font que les femmes nées hors du Canada fument probablement moins que les Canadiennes de souche. On pourrait alors évaluer comment ces facteurs peuvent être pris en considération dans l'élaboration des stratégies de prévention qui touchent l'ensemble de la population. On devrait aussi accorder une attention particulière aux campagnes publicitaires qui tentent de séduire le marché inexploité des immigrantes, afin de les contrer plus efficacement.

En ce qui concerne l'alcool, les renseignements anecdotiques semblent révéler l'existence d'un problème «caché», en particulier parmi les immigrantes plus âgées qui vivent au Canada depuis plus de 20 ans. Si l'on se fie aux rares données recueillies par divers services de thérapie et d'aiguillage, le problème est en effet bien dissimulé : les immigrantes sont quasi

invisibles dans les réseaux de prévention et de thérapie d'un bout à l'autre du pays. Est-ce à dire que l'on observerait un taux d'alcoolisme inférieur parmi l'ensemble des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités raciales et ethniques? Est-ce le résultat de facteurs culturels ou autres qui affectent de la même manière, les femmes nées hors du Canada, les non-blanches et les allophones en les empêchant d'utiliser les services existants? Est-ce à cause de la manière différente dont on affronte l'alcoolisme chez les personnes nées hors du Canada, les femmes de couleur et les allophones? Doit-on blâmer les méthodes de traitement inadéquates ou inadaptées? Est-ce le fruit du manque d'accès aux traitements pour les femmes en général? La cause se trouve-t-elle dans les barrières linguistiques ou les différences culturelles? Ou est-ce que cela s'explique par le racisme systémique et les stéréotypes culturels? Toutes ces questions méritent une étude beaucoup plus approfondie.

Sauf pour deux exceptions, dans l'ensemble, les drogues illégales ne sont pas considérées comme un problème chez les immigrantes. On a d'abord établi un lien avec la marginalisation extrême, la pauvreté et la prostitution dans les villes. Les immigrantes dans cette situation pourraient bénéficier des programmes déjà en place pour rejoindre les prostituées et autres personnes qui s'adonnent au commerce sexuel. Une attention devrait être accordée aux problèmes d'accessibilité, de langue et de pertinence culturelle dans chacun de ces programmes. Deuxièmement, on observe un problème similaire à celui du tabac chez les jeunes immigrantes et les jeunes Canadiennes nées de mères immigrantes : à mesure que ces deux groupes adoptent les habitudes des Canadiennes de souche, elles risquent de consommer davantage de drogues illégales. Il faut se souvenir, par ailleurs, que la consommation de drogues illégales n'est pas un problème majeur au Canada selon les données nationales. Cela devrait nous aider à envisager dans leur juste perspective, les stratégies destinées à affronter ce problème.

En dépit des difficultés et des barrières documentées dans cette étude, il est encourageant d'avoir trouvé, au pays, un bon nombre de programmes et d'activités qui touchent la toxicomanie parmi les femmes immigrantes. La plupart de ces activités se concentrent sur l'éducation et la prévention, avec un vaste mandat de promotion de la santé, plutôt que de se limiter à la toxicomanie. Diverses stratégies sont à l'essai pour aller rejoindre les gens et donner de l'information à un petit nombre de groupes cibles. Ces stratégies n'ont rapporté, pour l'instant, que des résultats variables.

Certains facteurs entravent l'élaboration d'activités destinées à répondre aux besoins des immigrantes. Ces facteurs comprennent les suivants :

- ▶ le manque de connaissances sur la réalité vécue par les femmes immigrantes;
- ▶ la fausse information, les présomptions sans fondement et les croyances sexistes à propos des femmes des divers groupes ethniques;
- ▶ les stéréotypes culturels sur les habitudes de drogue de différents groupes ethniques;
- ▶ la dotation inappropriée;
- ▶ un manque de ressources à long terme pour des programmes de promotion de la santé.

Certains programmes font appel à un plan d'ensemble plus global pour comprendre les besoins de promotion de la santé des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités ethniques. Ces programmes tiennent compte des facteurs socio-économiques qui touchent la santé (y compris les différences de classe sociale, le racisme et les inégalités entre les sexes). Ces mêmes programmes proposent des modèles intéressants pour la sensibilisation des immigrantes. Il faut accorder une attention beaucoup plus soignée à la relation entre la philosophie de base d'un programme et son efficacité.

Très peu d'évaluations globales ont été effectuées pour ce qui touche les besoins de promotion de la santé des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités raciales et ethniques dans chaque région, spécialement au sujet de la toxicomanie. Plusieurs programmes risquent ainsi d'aller à la dérive ou de mettre l'accent sur des problèmes ou des besoins que les femmes visées ne considèrent pas comme des priorités. En l'absence d'évaluations communautaires complètes et d'une participation active de la part des personnes visées, il est possible que ces activités entreprises avec beaucoup d'énergie et de bonnes intentions n'est pas l'effet voulu. Voilà un secteur qui mérite d'être examinée plus attentivement.

Enfin, pendant que nous menions cette étude, nous avons souvent remarqué l'abondance des connaissances et des compétences que l'on retrouve parmi les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles et ethniques de ce pays. Ces connaissances peuvent même inspirer les campagnes de promotion de la santé destinées à toutes les Canadiennes.

IX RECOMMANDATIONS

Le présent rapport fait état d'un bon nombre de suggestions détaillées qu'ont émises les répondantes de tout le pays. Ces suggestions touchent les stratégies de promotion de la santé et l'accès aux services de santé pour les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités ethniques ou visibles. Nous ne les répétons pas ici. Nous avons plutôt cherché, en formulant les recommandations que voici, à mettre l'accent sur les priorités de recherche, d'information, d'éducation et d'élaboration des programmes.

1. Recherche

- 1.1 Que l'on entreprenne une recherche sur les tendances et les facteurs associées à la toxicomanie qui prévalent parmi les Canadiennes. Cela garantira que les services d'éducation, de prévention et d'intervention répondent aux besoins précis et divers des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités ethniques. Il est indispensable que l'on mène ces recherches en étroite consultation avec les organisations d'immigrantes qui ont des compétences en matière de services de santé; que l'on recueille de l'information au niveau local (communautaire), régional et national; que les questionnaires puissent être compris par des femmes ne parlant ni l'une ni l'autre des langues officielles et que l'on intègre des méthodes pouvant faciliter la participation d'individus et de groupes marginalisés.

- 1.2 Que l'on entreprenne une recherche pour évaluer l'efficacité des stratégies et programmes de promotion de la santé actuels en matière de tabac, d'alcool et d'autres drogues, pour ce qui est d'atteindre et de modifier le comportement des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités ethniques ou visibles tout en accordant une attention particulière à celles qui ne s'expriment dans ni l'une ni l'autre des deux langues officielles.
- 1.3 Que l'on entreprenne une recherche pour cerner les obstacles qui empêchent les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités ethniques ou visibles d'accéder aux programmes de promotion de la santé, de prévention et d'intervention en matière de toxicomanie.
- 1.4 Que l'on examine d'un oeil critique, les résultats d'enquêtes nationales et d'autres études à plus petite échelle où l'on décrit les habitudes de consommation de substances chez les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités ethniques ou visibles avant d'utiliser ces résultats pour élaborer des programmes. Cet examen critique permettra de cerner à l'avance les limites de ces informations (comme la validité des présomptions, la définition des groupes ethniques, immigrants et linguistiques, la taille des échantillons et leur représentativité). Ces limites peuvent affecter la validité et la fiabilité des conclusions lorsqu'on les applique aux immigrantes, aux réfugiées et aux femmes de minorités visibles ou ethniques.
- 1.5 Que l'on examine d'un oeil critique les profils communautaires, les articles et les autres documents décrivant les habitudes de consommation de substances des immigrants et des personnes de minorités ethniques ou visibles afin de bien établir jusqu'à quel point on peut en extrapoler ou en projeter les résultats sur l'ensemble du groupe. On devrait aussi les examiner soigneusement pour y déceler les préjugés, le racisme et les stéréotypes culturels avant de les utiliser pour l'élaboration de programmes.
- 1.6 Que l'on entreprenne une recherche sur les habitudes de consommation de drogues et le contexte de cette consommation parmi les jeunes immigrants ainsi que chez les fils et les filles d'immigrants afin d'examiner les facteurs reliés à cette utilisation de substances psychotropes. Parmi ces facteurs, on pourrait retrouver la transmission des habitudes et valeurs canadiennes en matière de drogues, l'influence des amis, l'intégration, l'évolution des rôles familiaux, les différences linguistiques et culturelles, l'effet du sentiment d'appartenance ethnique, les étiquettes ainsi que les stéréotypes culturels et le racisme.

2. Information et éducation

- 2.1 Que l'on réalise des documents et des productions audiovisuelles dans des langues non officielles, et qu'on les distribue après avoir consulté les organisations d'immigrantes, de réfugiées et de minorités ethniques ou visibles qui ont des compétences en matière de santé. Ces documents devront être préparés avec doigté, en tenant compte des différences de sexe. Ce seront des documents dénués de racisme, adaptés aux cultures et conformes aux besoins et réalités des femmes de diverses régions du Canada.
- 2.2 Que l'on noue des liens de partenariat avec l'Association médicale canadienne, les facultés de médecine, les organismes de réglementation et les organisations d'immigrantes, de réfugiées et de femmes de minorités visibles ou ethniques ayant des compétences en matière de santé. Ces liens de collaboration permettront de mettre au point une campagne d'éducation et de prévention visant à sensibiliser les médecins au problème de la prescription excessive ou induite des médicaments d'ordonnance, spécialement pour ce qui touche les femmes âgées, les allophones, les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles ou ethniques.
- 2.3 Que l'on développe des documents et du matériel audiovisuel en réponse aux besoins d'information et d'éducation des jeunes femmes, y compris les allophones, les immigrantes, les réfugiées, les femmes de minorités ethniques ou visibles et les filles d'immigrants.

3. Développement de programmes

- 3.1 Que l'on évalue attentivement les besoins de la communauté avant d'élaborer des programmes de promotion de la santé. Cette évaluation devrait inclure une identification des obstacles qui empêchent les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités visibles ou ethniques d'accéder aux programmes et services de santé.
- 3.2 Que les nouveaux programmes de promotion de la santé tiennent compte de la nécessité d'interventions globales et prolongées pour modifier les comportements et améliorer la santé de toute la population, y compris celle des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités ethniques ou visibles.
- 3.3 Que l'on évalue, du point de vue féminin, la pertinence et l'accessibilité des programmes déjà destinés aux jeunes et aux personnes âgées des minorités ethniques et visibles.
- 3.4 Que les responsables des programmes de toxicomanie qui annoncent ou répertorient des services en langues non officielles vérifient la pertinence de ces services face aux besoins linguistiques de la communauté, ainsi que leur utilisation et leur accessibilité réelle, en ce qui concerne les femmes allophones.

- 3.5 Que les services de prévention et d'intervention en matière de drogues fassent des efforts particuliers pour recruter des employées compétentes parmi les minorités ethniques, visibles et linguistiques afin de fournir un service adapté aux cultures de tous les clients. Le personnel devrait être en mesure de fournir des services multilingues aux femmes qui préfèrent qu'on les serve dans une langue non officielle.
- 3.6 Que l'on révise le contenu et le cadre conceptuel des services de prévention et d'intervention en toxicomanie, spécialement pour ce qui concerne les services destinés aux femmes. Cela permettra de cerner et d'éliminer les préjugés et stéréotypes d'ordre racial, ethnique, culturel, religieux et sexuel.
- 3.7 Que l'on tienne compte sérieusement, lors de l'élaboration de tout nouveau programme de promotion de la santé destiné aux allophones, aux immigrantes, aux réfugiées et aux femmes de minorités ethniques ou visibles, des obstacles qui ont souvent été documentés lors des études précédentes, obstacles qui contribuent à la marginalisation des immigrantes et au manque d'égalité dans l'accès aux services (particulièrement le manque de services dans les langues non-officielles et le manque d'interprètes culturels bien formés dans les services et programmes conçus pour la majorité des Canadiens).
- 3.8 Que les gouvernements de tous les niveaux et leurs organismes prennent des mesures concrètes face aux priorités de promotion de la santé qu'ont relevé, depuis une décennie, les immigrantes, les réfugiées et les femmes de minorités ethniques et visibles. Ces priorités comprennent la pauvreté, le racisme, le manque de garderies, l'accès inégal aux services de santé et la marginalisation sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- Bodnar, Ana and Marilee Reimer (1979). The Organization of Social Services and its Implications for the Mental Health of Immigrant Women. Toronto: Working Women Centre.
- Bolaria, B. Singh and Peter S. Li (eds.) (1988 2nd ed.). Racial Oppression in Canada. Toronto: Garamond Press.
- Boyd, Monica (1992). Gender, visible minority and immigrant earnings inequality: reassessing an employment equity premise. In: Satzewich, Vic (Ed) Deconstructing a Nation: Immigration, Multiculturalism and Racism in '90's Canada. Halifax: Fernwood Publishing.
- Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees (1988). After the Door has been Opened: Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees in Canada. Health and Welfare Canada. Ottawa, Ontario. Supply and Services Canada.
- Carole, Linda Flies (1991). Adolescent survivors of genocide; a community based group intervention. In: Atkinson, Ferne E. (Ed.) Treatment of Torture - Readings and References (collection). Ottawa, Ontario.
- Cuenco, Juliet, and Alma Estable (1986). Mental Health Needs of Immigrant Women. Multicultural Society, Symposium Proceedings.
- Das Gupta, Tania (1994). Multicultural policy: a terrain of struggle for immigrant women. Canadian Women Studies / les Cahiers de la Femme, Vol. 14, No. 2, 72-75.
- Elliot, Jean Leonard and Augie Fleras (1992). Unequal Relations. An Introduction to Race and Ethnic Dynamics in Canada. Scarborough: Prentice-Hall.
- Finkelstein, Norma, Sally Anne Duncan, Laura Derman & Janet Smeltz (1990). Getting Sober, Getting Well. A Treatment Guide for Caregivers Who Work With Women. Cambridge, MA: The Women's Alcoholism Program of CASPAR, Inc.
- Freire, Marlinda (1989). The experiences of refugee families. In: Masi, Ralph (Ed). Multiculturalism and Health Care: Realities and Needs. Proceedings of the Canadian Council on Multicultural Health. First National Conference Toronto, Canada, March 30, 31, April 1, 1989. Toronto: Canadian Council on Multicultural Health.
- Finkelstein, Norma (1994). Treatment issues for alcohol and drug dependent pregnant and parenting women, Health & Social Work, Vol, 19, No, 1, 7-15.

- Isaac, Barbara (1989). The immigrant women's health centre. In: Masi, Ralph (Ed). Multiculturalism and Health Care: Realities and Needs. Proceedings of the Canadian Council on Multicultural Health. First National Conference, Toronto, Canada, March 30, 31, April 1. 1989. Toronto: Canadian Council on Multicultural Health.
- Lundy, Colleen (1993). Counselling, Education & Prevention: Alcohol, Tobacco and Other Drug Programs for Women. Education Planning and Design Associates, St. John, Newfoundland, Canada.
- McCrary, Barbara S. and Helen Raytek (1993). Women and substance abuse: treatment modalities and outcomes. In: Lisansky Gomberg, Edith S. and Ted D. Nirenberg (Eds.). Women and Substance Abuse. Norwood N.J.: Ablex Publishing.
- Ng Roxanna (1988). The Politics of Community Services. Immigrant Women, Class and State. Toronto: Garmond Press.
- Sabloff, Annabelle, and Carol Birchmore Timney (1988). Immigrant Clients in Alcohol and Other Drug Abuse Treatment Facilities: A Comparison of Two Surveys in the Metro Toronto Region 1983 and 1986. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Statistics Canada 1991 Census. Population Projections of Ethnic Groups in Canada to the Year 2016. Statistical Supplement.
- The Equity in Strategic Health Planning Working Group (no date). Highlights of the Report Our Lives, Our Communities, Our Health!. The Ontario Ministry of Health Metropolitan Toronto District Health Council.