



Santé Health
Canada Canada

Rapport de
TRAVAILLONS ENSEMBLE :
Atelier national d'action
sur les femmes et la toxicomanie

Santé Canada
du 22 au 24 février 1994
Ottawa (Ontario)

Canada

Ce rapport résume les activités réalisées lors de «Travaillons ensemble - atelier national d'action sur les femmes et la toxicomanie». Cet atelier a été organisé par l'Unité de l'alcool et des autres drogues (Direction générale des programmes et es services de la santé - Santé Canada), dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Tenu à Ottawa du 22 au 24 février 1994, l'atelier a réuni 66 représentants des domaines de la santé des femmes, de la toxicomanie et autres domaines, en provenance de diverses régions du pays.

||||| stratégie canadienne antidrogue

Table des matières

Introduction	1
Contexte	1
Caractéristiques spéciales de l'atelier national	2
Attentes	2
Allocution au nom de la Ministre	3
Principes directeurs	4
Tendances de la toxicomanie chez les femmes	5
Problèmes et tendances	7
Le sexisme et dévalorisation des femmes	7
Les services de santé et le modèle féministe de traitement	8
Perspective autochtone	12
Stratégies contre la toxicomanie à divers âges de la vie	13
Enfants (0-12)	13
Adolescentes	14
Jeunes femmes (20-35)	15
Femmes d'âge mûr (30-65)	16
Aînées (65 +)	16
Stratégies contre les problèmes de toxicomanie dans des groupes spécifiques	18
Les femmes francophones	18
Les femmes autochtones	18
Les immigrantes et les femmes de couleur	21
Reconnaître les liens	22
Lien avec la violence	22
Infection au VIH et sida	24
Santé mentale	25
Champs d'intervention	26

Annexe A : Ordre du jour de l'atelier, liste des participants et des exposants	28
Annexe B : Allocution prononcée par Dawn Walker au nom de l'honorable Diane Marleau	39
Annexe C : Histoires de femmes	45
Annexe D-1 : Évolution de la consommation	51
Annexe D-2 : Les dimensions de l'inégalité	65

Introduction

«... nous vous remercions des mots puissants que nous avons entendus ici. Puissiez-vous faire en sorte qu'ils soient entendus par ceux qui prennent les décisions...»

Prière de Dorothy Meness, aînée Anishinabeg

Contexte

Travaillons ensemble : Atelier national d'action sur les femmes et la toxicomanie s'est tenu à Ottawa du 22 au 24 février 1994. Cet atelier a accueilli 66 personnes venues de diverses régions du Canada pour représenter des organismes non gouvernementaux et des ministères intéressés à la santé des femmes, à la toxicomanie et à d'autres questions connexes. La liste des participants figure à l'annexe A.

Travaillons ensemble était la troisième d'une série de trois rencontres nationales sur la toxicomanie chez les femmes. Deux tables rondes l'ont précédé : la première réunissant des fonctionnaires fédéraux, et la deuxième, des experts de toutes les régions du pays. La deuxième table ronde a contribué à la préparation de l'atelier national *Travaillons ensemble* en relevant les questions prioritaires et en donnant des avis sur l'organisation de l'atelier national. On a ensuite confié au comité de planification, la tâche de rédiger l'ordre du jour de *Travaillons ensemble* en s'inspirant de ces travaux.

Les objectifs de *Travaillons ensemble* : Atelier national d'action sur les femmes et la toxicomanie étaient les suivants :

1. Définir les grandes stratégies et fixer des priorités communes en matière de promotion de la santé et de lutte contre la toxicomanie chez les femmes.
2. Concentrer et partager les connaissances et l'information sur les questions et stratégies touchant l'usage, la consommation induite et l'abus de substances parmi les femmes au Canada. Cela comprend les tendances reconnues, les modes de consommation et le risque relatif en mettant l'accent sur leur relation avec des facteurs critiques tels que l'âge, les rôles et le statut des femmes dans la société, le revenu, l'encadrement social et d'autres facteurs environnementaux.
3. Favoriser l'établissement de liens et la collaboration entre tous les groupes qui s'intéressent à la toxicomanie chez les femmes de même qu'aux questions apparentées (violence, VIH, sida et santé mentale).

Caractéristiques spéciales de l'atelier national

En plus des discussions en plénière et sous-groupes, l'ordre du jour de l'atelier national comprenait des activités spéciales visant à mousser la participation, l'intérêt et la création d'un réseau. On trouve un exemplaire de cet ordre du jour à l'annexe A.

Exposition

On avait aménagé une aire d'exposition à proximité de la salle de conférence pour que les participants puissent échanger des ressources et des renseignements touchant leurs organismes et champs de compétences respectifs. L'aire d'exposition comprenait aussi un tableau où les participants pouvaient afficher leurs œuvres : poèmes, dessins et réflexions (voir l'annexe C-1). Vingt-cinq groupes participaient à l'exposition. La liste des exposants figure à l'annexe A.

Histoires de femmes

Trois femmes ont fait état de leur expérience vécue en matière de toxicomanie. Leurs exposés ont contribué à illustrer les problèmes que vivent bon nombre de femmes. On peut lire les comptes rendus de ces exposés à l'annexe C-2.

Sketchs

Pendant la première journée, une troupe d'acteurs professionnels a joué cinq sketchs, écrits pour l'atelier par Beverly Wolfe d'Ottawa. Chaque scène décrivait un problème de toxicomanie auquel les femmes peuvent être exposées à l'une des cinq étapes de leur vie : enfant, adolescente, jeune adulte, âge mûr et aînée. Ainsi, le sketch de l'adolescente établissait des liens entre l'alcool, le tabac et les drogues illégales, d'une part, et des facteurs tels que l'image corporelle, le sentiment d'abandon, l'influence des amis, la révolte et l'accès facile aux drogues.

Prières d'ouverture et de clôture

L'aînée Anishinabeg, Dorothy Meness a prononcé les prières d'ouverture et de conclusion.

Attentes

Au début de l'atelier, on a invité les participants à dresser une liste sommaire de leurs attentes, dont voici les plus courantes :

- ▶ Trouver de meilleures stratégies de prévention, de traitement et de promotion de la santé.
- ▶ Explorer les liens entre la toxicomanie, d'une part, et la violence, la santé mentale, le VIH et le sida, d'autre part.
- ▶ Échanger des connaissances, des idées et des points de vue.
- ▶ Établir des réseaux.
- ▶ Préciser l'orientation à suivre.
- ▶ Amener un changement : passer à l'action.

- ▶ Faire reconnaître les besoins des travailleurs de première ligne et le soutien qui leur est nécessaire.
- ▶ Amener l'État et les médias à se soucier davantage des femmes toxicomanes.
- ▶ Explorer les besoins de différents sous-groupes de femmes, dont les Autochtones, les immigrantes, les lesbiennes et les handicapées

Allocution au nom de la Ministre

Dawn Walker, directrice adjoint, Division des programmes, Direction de la promotion de la santé, Santé Canada, a prononcé l'allocution d'ouverture au nom de l'honorable Diane Marleau, ministre de Santé Canada (On trouve le texte à l'annexe B).

Principes directeurs

Ces principes s'inscrivent dans le cadre d'une approche adaptée aux femmes et à leur vécu, quelles que soient leur appartenance raciale ou culturelle, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leurs croyances religieuses et leurs aptitudes. Ils tiennent compte des liens de cause à effet entre la toxicomanie, la pauvreté, la violence sous toute ses formes.

Des femmes du Canada tout entier ont participé à la définition des énoncés suivants dont s'inspirent tous nos efforts :

Nous croyons :

- que les femmes ont des besoins qui diffèrent de ceux des hommes et qu'il faut, par conséquent, s'inspirer d'une approche différente
- que nous devons intervenir de façon proactive dans le contexte social propre au vécu féminin, en tenant compte des aspects sous-jacents de ce vécu qui ont une incidence sur l'usage et l'abus d'alcool et d'autres drogues
- que l'usage et l'abus d'alcool et d'autres drogues est un moyen de faire face au stress qui, à long terme, prive les femmes de leur pouvoir, de leur capacité de décider, de choisir
- que les femmes ont le droit de chercher et d'adopter des façons de vivre sainement
- que l'écoute active auprès de toutes les femmes doit constituer la base de toute intervention
- à la nécessité d'effectuer de la recherche participative sur le vécu féminin
- à la nécessité d'offrir et de justifier des programmes, politiques et services accessibles, homogènes et adaptés aux femmes, à leur diversité, à leur vécu
- à la force du partenariat, à la nécessité d'appuyer les démarches conjointes
- que chaque pas dans la bonne direction est important, qu'il faut l'applaudir

Tendances de la toxicomanie chez les femmes

Patricia MacNeil est agent de projet à l'Unité des études en promotion de la santé, Direction de la promotion de la santé, Santé Canada. Son exposé soulignait le besoin de recherches portant spécifiquement sur les femmes et leurs conditions de vie.

La question de la toxicomanie chez les femmes repose sur les hypothèses suivantes :

- Pour la plupart des drogues, les modes de consommation et l'ampleur de l'usage varient selon le sexe.
- Les habitudes de consommation varient à chaque étape de la vie.
- Les enquêtes actuelles se fondent surtout des prémisses pertinentes aux hommes, et plus particulièrement aux jeunes hommes.
- Les recherches font souvent abstraction de l'usage de substances psychotropes chez les femmes âgées.

Il importe que les recherches sur l'usage et l'abus de substances soient segmentées selon le sexe, à cause des différences sur les plans suivants :

- physiologie
- rejet de la société
- raisons motivant la consommation
- modes de consommation
- conséquences de l'usage et de l'abus
- soutien de l'entourage
- fréquence des doubles problématiques
- fréquence des cas de sévices physiques et sexuels
- caractéristiques de la morbidité et de la mortalité
- fonctions reproductives (syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcool sur le fœtus [SAF/EAF])
- vulnérabilité à l'égard de l'infection au VIH et du sida
- pertinence de certains problèmes
- besoins en prévention et en traitements

Tous les faits mentionnés ci-dessus peuvent être vus comme des aspects importants de la toxicomanie chez les femmes.

Autrefois, les recherches sur les femmes et la toxicomanie se fondaient sur des données irréalistes. La condition masculine servait de norme dans l'élaboration des questionnaires, dans l'analyse des données et dans les traitements. On traitait généralement les femmes comme une sous-population de ménagères plus malades, moins réceptives aux traitements et plus difficiles à traiter que les hommes. Dans les années 1980, de nouvelles approches ont vu le jour pour tenir compte des nombreux facteurs sociaux, économiques et politiques qui influent sur la vie des femmes. On doit poursuivre les efforts en vue de rendre les approches de plus en plus globales et pluridisciplinaires et de déterminer les tendances parmi les sous-populations de femmes, selon l'âge, l'ethnie, le statut

socio-économique, l'histoire de consommation et l'orientation sexuelle. Les recherches futures devraient porter sur la surconsommation d'alcool ainsi que sur le tabagisme et la consommation de médicaments. On devrait considérer comme prioritaire d'effectuer des recherches spécifiques sur les femmes, ainsi que des études longitudinales, des suivis et des enquêtes auprès de la population en général qui abordent les problèmes féminins dans le contexte de l'expérience de vie des femmes. Les autres sujets de recherches incluent le cycle de vie des femmes, le soutien social, la polytoxicomanie, l'automédication, et les pratiques touchant les ordonnances et la recherche d'aide.

On doit mener des recherches spéciales même s'il est possible d'extraire des données sur les femmes et la toxicomanie en étudiant des enquêtes sur la population en général (voir les tableaux de l'annexe D-1, préparés par Patricia MacNeil, Florence Andrews et Virginia Carver). Le but ultime est de formuler un modèle de recherche apte à refléter la vie réelle des femmes.

Pendant la période des questions qui a suivi l'exposé, une participante a proposé qu'on explore les possibilités de recherche sur les membres de certaines professions à haut risque et les membres de sous-groupes tels que les infirmières, les religieuses et les agents de bord.

Problèmes et tendances

Le sexisme et dévalorisation des femmes

Abby Hoffman est directrice générale, Bureau de la santé des femmes, Santé Canada.

Aujourd'hui, au Canada, être femme, c'est être moins égale. Les formes d'inégalité varient d'un groupe à l'autre, selon le traitement réservé par la société aux particularités et aux besoins de chaque groupe. En dernière analyse, le sexe est l'une des variables les plus significatives sur le plan de la santé. Pour comprendre quelque aspect que ce soit de la santé des femmes, nous devons savoir ce que signifie être femme, tant du point de vue biologique que du point de vue social. Les préjugés fondés sur le sexe semblent se présenter sous deux jours différents :

- (i) des programmes et des interventions qui s'appliquent mal chez les femmes, parce qu'ils sont fondés sur l'expérience des hommes;
- (ii) des programmes que l'on prétend adaptés aux besoins des femmes, mais qui sont entachés de stéréotypes touchant la physiologie, la psychologie et le comportement féminin.

Les statistiques nous fournissent un tableau de l'inégalité des femmes sur les plans économique, politique et social (voir l'annexe D-2). À bien des égards, la situation ne s'est pas améliorée : le stress et la fatigue ont augmenté de diverses manières parmi les femmes, et il est grand temps que les familles révisent la répartition des tâches ménagères.

Les critères d'appréciation de l'image corporelle posent un grave problème. Les femmes entretiennent, avec leur corps, une relation qui va de l'amour à la haine et cela se répercute gravement sur leur santé, produisant des symptômes comme l'anorexie, la boulimie, le recours au tabagisme comme cure d'amaigrissement et la haine de soi chronique menant à d'autres comportements malsains.

Voici quelques-uns des facteurs qui expliquent les différences entre les hommes et les femmes sur le plan de la santé :

- Différences biologiques.
- Certaines maladies ou certains états frappent autant les hommes que les femmes, mais ils présentent des aspects particuliers à chaque sexe, aspects qui n'ont encore jamais été cernés ou qui ne sont pas étudiés.
- Certaines maladies ou certains états frappent seulement ou surtout les femmes (cancer du sein, par ex.) et la recherche dans ces domaines est insuffisante.
- On observe un recours exagéré aux médicaments, comme solution à certains problèmes de santé des femmes.
- Les femmes occupent la plupart des emplois rémunérés dans le secteur de la santé, mais on les retrouve surtout dans les postes les moins influents.
- Plus de femmes que d'hommes prodiguent officieusement des soins, diffusent de l'information et donnent des conseils relatifs à la santé dans la société.

Que pouvons-nous conclure de toutes ces observations?

1. Le sexe a de l'importance.
2. La santé des femmes – y compris leurs modes de consommation de substances – est fonction du contexte social, économique, politique et culturel, et plus particulièrement de l'inégalité dont elles sont victimes. Il faut travailler sur deux fronts, afin d'obtenir l'égalité dans le système de santé et dans la société.
3. Nous devons nous adapter à la vie réelle des femmes. Nous devons écouter ce qu'elles ont à dire, être réceptifs à leur égard, et les aider à changer leur situation quand nous le pouvons, à défaut de quoi nous devons les aider à trouver des moyens efficaces de s'y adapter ou d'y faire face.

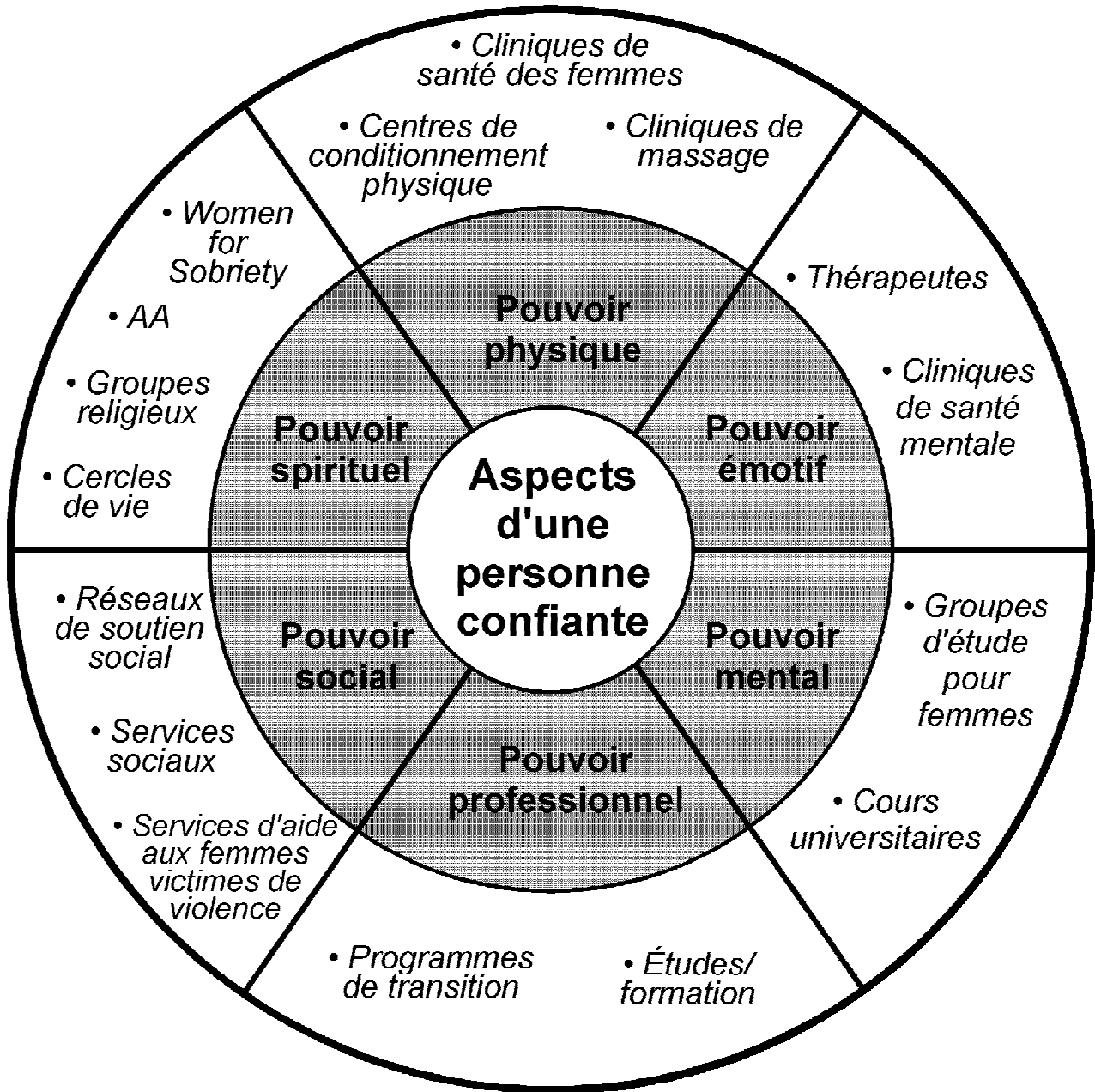
Les services de santé et le modèle féministe de traitement

Miki Hansen est directrice intérimaire, Alcohol and Drug Clinical Services, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Colombie-Britannique.

Bien que nous ayons tendance à considérer l'État comme une entité abstraite, il importe de se rappeler que les bureaucrates sont aussi des humains. Il importe aussi de reconnaître la contribution de certains hommes et de prévenir leur exclusion.

Le schéma global de la personne, illustrée par une roue, nous aide à déterminer dans quelle mesure nous parvenons à socialiser les femmes à enrichir chaque aspect de leur vie. Le cercle intérieur représente les ressources d'une «personne confiante» - dotée d'aptitudes physiques, émotives, mentales, professionnelles, spirituelles et sociales. Le cercle externe représente les programmes qui peuvent renforcer ces aptitudes. Il montre aussi comment les professionnels de divers secteurs doivent travailler de concert pour offrir aux femmes une gamme complète de services.

Schéma global de la personne



En Colombie-Britannique, nous avons constitué un comité chargé de cerner les obstacles qui empêchent les femmes d'accéder aux programmes. Nous avons formulé 26 recommandations pour éliminer ces barrières. La méthode d'examen a été tout aussi importante que les résultats obtenus : elle nous a permis de demander aux femmes de la collectivité quels sont leurs besoins et d'améliorer notre compréhension du système de santé de la province. Pour ce faire, nous avons utilisé le tableau du continuum des services en toxicomanie, qui nous a permis de dresser la liste des programmes requis pour chaque niveau de risque, depuis celui du maintien et de l'amélioration de la santé jusqu'à celui des traitements et de la réadaptation.

Nous devons faire en sorte que les femmes soient considérées comme un groupe de premier plan et veiller à ce qu'elles aient entre les mains le plus d'outils possible. Nous devons régler la question des services en clinique externe. Nous sommes en train de mettre à l'essai un modèle suffisamment souple pour convenir aussi aux femmes des régions rurales. Nous avons formulé des énoncés au sujet de la toxicomanie et de la violence qui nous ont grandement aidés à rejoindre d'autres groupes. Enfin, nous avons vu de nombreux programmes mixtes en résidence se transformer en programmes pour femmes grâce à nos efforts.

Continuum du risque de toxicomanie

AUCUN PROBLÈME RELIÉ À L'ALCOOL OU AUX DROGUES N'EST ENCORE APPARU		UN PROBLÈME RELIÉ À L'ALCOOL OU AUX DROGUES A FAIT SON APPARITION	
PAS DE RISQUE	RISQUE FAIBLE	RISQUE MODÉRÉ	RISQUE ÉLEVÉ
Amélioration de la santé	Évitement des risques	Réduction des risques	Intervention précoce
			Traitement et réadaptation

Programmes d'alcoolisme et de toxicomanie – Continuum des services

MAINTIEN ET AMÉLIORATION DE LA SANTÉ	ÉVITEMENT DES RISQUES	RÉDUCTION DES RISQUES	INTERVENTION PRÉCOCE	TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

Perspective autochtone

Maggie Hodgson est directrice du Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, en Alberta.

Notre défi consiste à découvrir comment nous pouvons continuer de progresser en tant que femmes; de trouver ce que nous avons en commun, ce qui nous distingue, et comment nous pouvons collaborer. Le changement est important. Nous devons reconnaître que les personnes sont rattachées à une famille, à des amis, à l'État et au monde qui les entoure. Tous ces éléments interviennent dans le système de soutien individuel. Dans la majorité des cas, le principal facteur de motivation qui pousse une personne à consulter est la présence du conjoint ou d'un enfant - la deuxième étant les interventions de professionnels de la santé, et la troisième, les interventions de conseillers en toxicomanie. Pourtant, très peu d'efforts sont faits pour atteindre ces personnes qui jouent un rôle de catalyseur. Nous devons réviser les priorités de nos programmes afin de nous assurer qu'ils répondent à ce besoin et qu'ils tirent profit de cette possibilité.

La toxicomanie chez les femmes autochtones touche à plusieurs autres problèmes. Le premier, c'est que les médicaments sont gratuits pour les autochtones, de sorte qu'on observe une augmentation de la consommation de médicaments dès que l'on réduit la consommation d'alcool. Bien qu'il faille recueillir plus de données à ce sujet, nous savons qu'un problème de surmédication majeur prévaut parmi les femmes incarcérées. Une étude a révélé que les hommes incarcérés obtenaient en moyenne 19 ordonnances par année, comparativement à 71 dans les prisons pour femmes.

Nous sommes aussi en train d'évaluer combien d'anciens toxicomanes autochtones réformés sont devenus plus tard des joueurs invétérés. Si les toxicomanes réformés optent pour une nouvelle forme de dépendance, c'est qu'il y a une lacune au niveau des traitements.

On a aussi observé une baisse de l'âge moyen des personnes traitées. Cet âge est passé de 40 à 23 ans et dans bon nombre de cas, leur consommation de drogue remonte à la pré-adolescence. De plus, on observe qu'un bon nombre de toxicomanes passent de la cigarette à l'alcool, puis de l'alcool à la marijuana. Pourtant, très peu de programmes de traitement ou de prévention prennent en compte cette dernière drogue. Il est capital que nous révisions nos rites et cérémonies traditionnelles en fonction des efforts que nous déployons pour résoudre tous ces problèmes.

Stratégies contre la toxicomanie à divers âges de la vie

Le deuxième jour, les participants ont formé des sous-groupes pour discuter des principaux problèmes auxquels les femmes sont exposées à chacun des cinq âges de la vie. Pendant la plénière qui a suivi, chaque groupe devait fournir une liste d'activités ou de «mesures à prendre» pour régler les problèmes exposés la veille dans les sketches. Voici un résumé des exposés présentés par chaque groupe :

Enfants (0-12)

À cet âge, une préoccupation majeure est la santé prénatale, des effets de l'alcool sur le fœtus, du syndrome d'alcoolisme fœtal et du syndrome d'alcoolisme néonatal. Les femmes qui ont connu des problèmes de santé dans leur enfance risquent d'en connaître encore plus aux stades ultérieurs de leur vie. L'enfance est aussi l'étape où les autres jouent le rôle le plus important. Les modèles de comportement ont une grande influence. Par exemple, les enfants peuvent apprendre très tôt à compter sur les médicaments dès qu'ils ne se sentent pas bien (les pastilles contre la toux ne sont qu'un exemple de médicaments en vente libre auxquels les enfants ont largement accès).

Les autres problèmes touchant ce groupe d'âge sont l'utilisation de barbituriques pour résoudre des problèmes de comportement, les préoccupations liées à l'image corporelle, l'écoute abusive de la télévision et l'absence de loi pour interdire la consommation par des enfants, de boissons présentant une teneur en alcool de 0,05 %.

À faire :

1. Instituer des politiques inspirées du principe «les femmes et les enfants d'abord» à tous les paliers de l'État.
2. Continuer à donner suite aux recommandations faites en 1992 par le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine au sujet du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus.
3. Appuyer la création de programmes communautaires pour les enfants.
4. Instituer une politique nationale de garde des enfants et trouver des solutions au problème des enfants dont les parents s'absentent et qui ont accès à des substances sans aucune supervision.
5. Entreprendre plus de recherches sur les raisons pour lesquelles certains enfants s'adonnent aux drogues et d'autres non.

Adolescentes

On craint souvent les adolescents. On manifeste peu de tolérance et beaucoup d'attentes à l'égard des adolescentes, notamment : elles sont trop âgées pour agir comme des enfants, et trop jeunes pour être traitées en adultes. L'adolescence est une période de transition, d'apprentissage, de croissance et d'expérimentation. C'est à cet âge que les femmes entreprennent leur quête d'autonomie et de socialisation. Elles cherchent à se faire accepter et aimer. Bien que la toxicomanie puisse frapper n'importe quelle jeune fille, certains groupes courent encore plus de risque : les jeunes filles des collectivités isolées et des régions à fort taux de chômage, les fugueuses, et les jeunes filles qui ont des contacts avec le système judiciaire comme témoins, victimes ou délinquantes. La cigarette, l'alcool et les médicaments en vente libre sont les substances de prédilection pour les jeunes de ce groupe d'âge.

Il faut intervenir davantage pour aider les familles et lutter contre l'image irréaliste proposée aux jeunes filles par les médias. La sexualité doit avoir droit de cité à cet âge de la vie, mais il faut en même temps reconnaître qu'il importe de prévenir les maladies à transmission sexuelle, l'infection au VIH, le sida et les grossesses non désirées. Il importe d'éliminer les barrières entre les jeunes filles et les femmes adultes. On doit accepter les adolescentes à part entière et reconnaître l'importance de leur contribution (grâce à l'instauration d'un forum des jeunes, peut-être). Les féministes doivent, pour leur part, faire montre de patience vis-à-vis des idées qu'ont les filles de ce groupe d'âge et se rappeler que leurs idéaux ont pris racine dans leur propre expérience.

À faire :

1. Prendre les jeunes filles là où elles en sont. Créer un environnement sûr et des rapports de partenariat avec les jeunes filles; leur servir de mentor et de modèle. Le processus variera selon la région, la race, la culture, l'orientation sexuelle et d'autres facteurs.
2. Reconnaître et apprécier l'adolescence comme une étape de développement constructive et promouvoir la découverte de soi. Célébrer les contributions des jeunes filles à la société.
3. Donner aux jeunes filles la possibilité de participer à la prise de décisions, ainsi qu'à l'application et à l'évaluation de ces mêmes décisions.
4. Attaquer divers problèmes tels que la pauvreté et la violence, pour ne mentionner que ces deux-là, auxquels les jeunes filles ont à faire face dans leur vie.

Jeunes femmes (20-35)

Le début de l'âge adulte apparaît comme un point tournant dans le traitement. Souvent, une intervention à cet âge rapportera beaucoup à long terme. Ces interventions devraient donc occuper une place de premier plan dans les programmes de l'État. Cet âge marque aussi un point tournant pour les jeunes femmes qui vivent notamment les expériences suivantes :

- Changement de rôle : soudain, les femmes se voient exposées à des situations. dont elles ne devaient rien savoir pendant l'adolescence.
- Elles prennent des décisions qui auront un impact sur le reste de leur vie.
- Elles comprennent la dure réalité de l'inégalité des femmes.
- Elles ont des enfants, connaissent la pauvreté et subissent les soucis financiers. Elles ont trop de responsabilités.
- Les drogues deviennent facilement accessibles.
- Les traumatismes de l'enfance font surface.
- La boulimie et d'autres troubles alimentaires font leur apparition.
- Certaines découvrent qu'elles sont porteuses du VIH.
- Des troubles liés à l'anxiété font leur apparition; ces troubles sont particulièrement répandus chez les femmes de ce groupe d'âge.
- Le statut des jeunes femmes qui contreviennent à la loi passe de celui de jeunes délinquantes à celui de criminelles adultes.

À faire :

1. Entreprendre plus de recherches sur les membres de ce groupe et sur la façon de les rejoindre, et assurer la liaison avec les prestataires de services. Déterminer tous les liens possibles entre la toxicomanie et la violence, les sévices sexuels, l'infection au VIH, le sida et la santé mentale.
2. Éliminer les obstacles (à l'emploi, au traitement, à l'éducation, etc.) en fournissant des services de garde d'enfants. Veiller à ce que tous les programmes de traitement, d'intervention et de prévention couvrent certains frais nécessaires pour les participantes, tels que les repas et le transport.
3. S'assurer que les recherches, ainsi que tous les efforts de prévention, d'éducation et de traitement sont spécifiques au sexe et au contexte.
4. Coordonner les efforts communautaires. Nommer des coordonnateurs régionaux, chargés de savoir qui fait quoi et de faire les liaisons nécessaires.

Femmes d'âge mûr (30-65)

Même si on trouve quelques consommatrices de drogues illicites parmi les femmes de ce groupe, le tableau classique demeure celui d'une polytoxicomanie alliant médicaments d'ordonnance et alcool. On observe aussi des problèmes d'abus de solvants et de substitution d'une dépendance à une substance pour une autre forme de dépendance (au sexe, au jeu, aux aliments, etc.). On comprend dès lors que les interventions doivent prendre en compte tout le contexte, et pas seulement les substances consommées. Or, les programmes de prévention et de traitement ne prennent pas toujours en compte les problèmes de violence, comme ils le devraient. Les programmes de traitement doivent avoir un impact sur toute l'expérience de vie des femmes rejointes. Il n'est pas rare que les femmes demandent l'aide de leur médecin et que celui-ci leur prescrive des médicaments, ce qui a pour tout effet d'aggraver le problème de toxicomanie. L'élitisme est un autre problème parfois présent parmi les groupes de femmes. Il importe de tenir compte des vues de tous les sous-populations de femmes et d'offrir tout un éventail de programmes d'entraide, de soutien et d'auto-assistance. Tous ceux qui s'intéressent à la santé des femmes doivent renoncer à la protection étroite de leur fief et accepter de prendre des risques en nouant des alliances avec davantage de partenaires.

À faire :

1. Assurer la participation des clientes à l'élaboration des politiques et des programmes.
2. Élaborer une politique unifiée en matière de santé des femmes (par l'entremise d'un comité provincial de la santé des femmes, par ex.). S'assurer que cette politique tienne compte des problèmes de violence, de pauvreté et autres problèmes connexes.
3. Profiter de l'Année internationale de la famille pour favoriser le financement de projets et la diffusion d'information.

Aînées (65 +)

Les femmes âgées ne sont pas considérées comme un groupe prioritaire aux fins des programmes de prévention et de traitement. Les chercheurs négligent souvent le problème de toxicomanie à cet âge. Les gens sont enclins à penser que le recours aux drogues ou à l'alcool est acceptable chez les aînées. Ils ignorent souvent les indices d'abus. Pourtant, les aînées peuvent avoir des problèmes d'alcool, de somnifères, de tranquillisants et de benzodiazépines. Quelques unes consomment depuis longtemps des drogues récréatives. Il faut donc adopter une approche globale qui prenne en compte la santé physique et mentale, la pauvreté, les cas de sévices (certains problèmes remontent à l'enfance ou au début de l'âge adulte), les différences entre les aînées selon l'âge, et les sentiments sous-jacents de solitude, d'isolement, d'ennui et de dévalorisation personnelle. Il importe par ailleurs d'augmenter notre connaissance des effets du vieillissement sur la consommation d'alcool et de drogue.

À faire :

1. Mener des recherches sur la santé mentale des femmes âgées. Étudier les différences entre l'usage et l'abus de drogue et d'alcool, déterminer quels groupes sont les plus exposés et quels sont les besoins courants et futurs en matière de services. Déterminer l'impact de l'usage à long terme de benzodiazépines et du sevrage chez les aînées.
2. Veiller à ce que les femmes âgées aient la possibilité et la capacité de jouer un rôle plus actif dans l'élaboration des politiques et des programmes.
3. À l'aide des nouvelles données disponibles, sensibiliser les médecins, les aînés, les collectivités et les prestataires de soins aux problèmes reliés à l'usage et à l'abus de substances ainsi qu'à l'impact du vieillissement sur les réactions à l'alcool et aux autres drogues. Lutter contre l'idée fausse voulant qu'il soit normal pour les gens âgés de faire abus de substances.
4. Offrir aux femmes âgées la possibilité de partager leurs expériences avec des femmes plus jeunes. En collaboration avec la communauté médicale, veiller à promouvoir les approches non médicales (défense des droits et soutien social, par ex.) favorisant une bonne orientation de la clientèle.
5. Appliquer une approche globale à la prestation de services, en reconnaissant les liens entre la toxicomanie, la pauvreté, la santé mentale et d'autres questions. Veiller à ce que les professionnels qui interviennent dans les domaines de la prévention et des traitements et ceux qui travaillent auprès des gens âgés accordent une place plus importante aux besoins des femmes âgées et à ce que les besoins uniques de ce groupe soient reconnus.

Stratégies contre les problèmes de toxicomanie dans des groupes spécifiques

Les femmes francophones

La pertinence d'une approche essentiellement féminine reste à démontrer dans le cas des femmes francophones, qui vivent dans un contexte culturel particulier. Ces femmes se retrouvent habituellement dans des programmes mixtes. Un fort courant se manifeste cependant en faveur de la création de réseaux pancanadiens d'information et d'une coordination nationale des interventions.

À faire :

1. Mener des recherches pour mieux cerner les besoins spécifiques des femmes francophones, et concevoir des stratégies spéciales pour les interventions.
2. Améliorer la diffusion dans le grand public d'information sur les besoins des femmes et les problèmes de toxicomanie.

Les femmes autochtones

Un sentiment d'affliction sous-tend, dans la plupart des cas, les problèmes d'usage et d'abus d'alcool et des autres drogues chez les femmes autochtones. Cette affliction s'explique par la disparition du matriarcat, des enseignements et valeurs traditionnels, des systèmes traditionnels de gouvernement, de la terre, de la langue et de la culture, de la solidarité familiale et des cérémonies. Les stratégies requises pour lutter contre les problèmes de toxicomanie chez les femmes autochtones ont été abordées sous six angles différents :

i) Politiques et législation :

- Remplacer la *Loi sur les Indiens* par un système d'autonomie gouvernementale pour les autochtones.
- Mettre en œuvre des politiques de santé qui reflètent les méthodes et valeurs traditionnelles des femmes autochtones.
- Créer des programmes de santé communautaire adaptés à la culture autochtone.
- Veiller à ce que les Autochtones participent pleinement à tous les paliers de l'État.
- Affecter trois pour cent du budget de Santé Canada à la lutte contre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les Autochtones vivant hors-réserve.

ii) Information et éducation :

- Faire davantage d'immersion linguistique.
- Veiller à ce que la population locale crée des ateliers communautaires d'éducation.
- Jumeler les examinateurs de Santé Canada avec des pairs autochtones pour l'étude des propositions de projet (*Santé Canada devrait engager des Autochtones).
- Raviver diverses activités culturelles telles que les *pow-wows*, les fêtes traditionnelles et les cercles de vie.
- Consacrer davantage de fonds à la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies.
- Élaborer un programme d'aide aux étudiants autochtones.

iii) Recherches :

- Incorporer des données autochtones à l'Enquête Promotion Santé Canada (avec l'aide des Premières Nations).
- Déterminer les liens entre l'activité sexuelle, le sida et l'infection au VIH et la consommation d'alcool chez les jeunes appartenant à un groupe «à risque».
- Faire des recherches sur les cérémonies de deuil traditionnelles au sein des divers groupes formant les Premières Nations.
- Consulter les groupes autochtones au sujet de la prévention du sida, et faire de même avec les groupes nationaux relativement aux recherches sur le deuil.

iv) Développement communautaire :

- Favoriser les rassemblements communautaires afin de promouvoir l'établissement de réseaux et l'enseignement de la culture, de la langue et des traditions.
- Former des groupes de pression chargés de défendre les droits des Autochtones.
- Améliorer l'éducation et la sensibilisation pour tout ce qui concerne le deuil, les sévices sexuels, la violence familiale, le syndrome de l'internat et les familles non fonctionnelles.
- Veiller à ce que la formation de travailleurs communautaires autochtones spécialisés dans les domaines de la violence familiale, de la santé mentale et des toxicomanies fasse l'objet d'un partage des coûts.

v) Collaboration et établissement de réseaux :

- Créer un répertoire des ressources provinciales qui incluent les programmes et services conçus, dirigés et offerts par des Autochtones.
- Créer un centre autochtone national sur les questions de santé.
- Produire un bulletin national ou un babillard électronique qui rende compte des programmes de santé mettant en œuvre des méthodes contemporaines et traditionnelles.

vi) Programmes et services :

- Veiller à financer de manière stable et durable, les programmes dont l'efficacité est prouvée.
- Considérer les jeunes autochtones comme un groupe cible prioritaire aux fins de la Stratégie canadienne antidrogue.
- Étudier les programmes actuels sur l'abus de solvants, afin de mettre au point un programme destiné aux écoles.

- Veiller à ce que les refuges pour femmes, les centres de transition, les écoles et les centres de traitement aient tous accès à des services conçus, dirigés et offerts par des autochtones.
- Veiller à ce que les aînés participent à tous les secteurs d'activité sus-mentionnés afin d'assurer la transmission de la langue, des valeurs et des expériences de vie traditionnelles aux parents comme aux enfants, et plus particulièrement aux familles monoparentales et à celles qui doivent compter sur un soutien du revenu.

À faire :

1. Veiller à ce que les Autochtones disposent de leurs propres programmes et centres de traitement (pour les cas d'inhalation de colle et d'abus de solvants, par ex.) – à l'extérieur des réserves plus particulièrement.
2. Négocier de nouvelles politiques axées sur la collaboration dans le domaine de la santé.
3. Faire en sorte que le système judiciaire, les services de bien-être de l'enfance, les refuges pour femmes, les centres de transition et les écoles soient des partenaires des centres de traitement. Redonner aux collectivités autochtones - tant dans les réserves qu'à l'extérieur - le pouvoir de se gouverner.
4. Mettre à la disposition des collectivités autochtones les fonds publics et les ressources sociales nécessaires pour qu'elles puissent répondre à leurs besoins (relations d'aide, temps prévu pour le rétablissement, etc.).
5. Dans le cadre de campagnes d'éducation et de sensibilisation, promouvoir un degré zéro de tolérance à l'égard de la violence familiale, de l'alcoolisme et des autres toxicomanies.
6. Faire en sorte que le gouvernement s'intéresse à la prévention, aux conditions de logement, aux habitudes de vie, aux activités récréatives, au statut économique, à l'éducation et à la santé publique (les aînés autochtones et les soins aux personnes souffrant d'incapacité, par ex.).
7. Offrir aux travailleurs non-autochtones de première ligne une formation transculturelle.
8. Le Solliciteur général doit offrir aux médecins qui travaillent dans les prisons fédérales une formation qui les amène à revoir leurs pratiques en matière de prescription de médicaments aux femmes autochtones (dans les établissements pour jeunes contrevenantes, les prisons et les unités psychiatriques).
9. Entreprendre des recherches sur l'effet de la dépendance au jeu et du rétablissement d'une toxicomanie sur les femmes autochtones et leur famille.

Après l'exposé, les participants se sont demandé s'il conviendrait d'attribuer aux femmes âgées non autochtones, un rôle similaire à celui des aînées dans les collectivités autochtones. Le temps est venu de mettre fin au rejet et de tirer profit de l'expérience des parents âgés et grands-parents.

Les immigrantes et les femmes de couleur

«Les femmes occupent la moitié du ciel.»

- Liu Shao-Qi

«Mais les femmes qui occupent la moitié du ciel ne sont pas toutes les mêmes.» Ainsi a répondu une participante qui devait commenter les problèmes de toxicomanie chez les immigrantes, les réfugiées, les femmes de couleur et les femmes en voie d'établissement au Canada.

Bien que l'expérience des immigrantes soit très diversifiée, la majorité d'entre elles vivent un problème d'isolement et se heurtent à des barrières linguistiques et culturelles. Les réfugiées vivent des problèmes similaires, parfois aggravés par des troubles post-traumatiques dus à la violence et à la torture dont elles ont pu être victimes auparavant. Ici, au Canada, ces femmes sont parfois mal comprises, et il arrive qu'on refuse de les croire. Bien qu'on ait mené peu de recherches sur la toxicomanie chez ces femmes, elles n'en ont pas moins des problèmes de surmédication assortis de problèmes psychologiques. Les femmes immigrantes et réfugiées ont du mal à accéder aux traitements car elles se sentent très dépendantes et qu'elles ne veulent pas faire de remous.

Les femmes en voie d'établissement sont des immigrantes arrivées au Canada il y a de 20 à 30 ans et qui occupent des emplois spécialisés ou techniques. Cette population vieillissante fait face à tout un ensemble de nouveaux problèmes : ghettos dans l'emploi, problèmes liés à des pertes ou à des deuils, et chômage. Les femmes de couleur, pour leur part, font face à des problèmes aigus d'image corporelle et de racisme. On observe chez ces dernières une augmentation du tabagisme.

À faire :

1. Instituer des politiques équitables en matière d'immigration et d'accueil des réfugiés.
2. Entreprendre des recherches sur les besoins spécifiques des femmes immigrantes et réfugiées et sur ceux des femmes de couleur.
3. Entreprendre des recherches sur les besoins spécifiques des femmes qui ont des incapacités physiques.

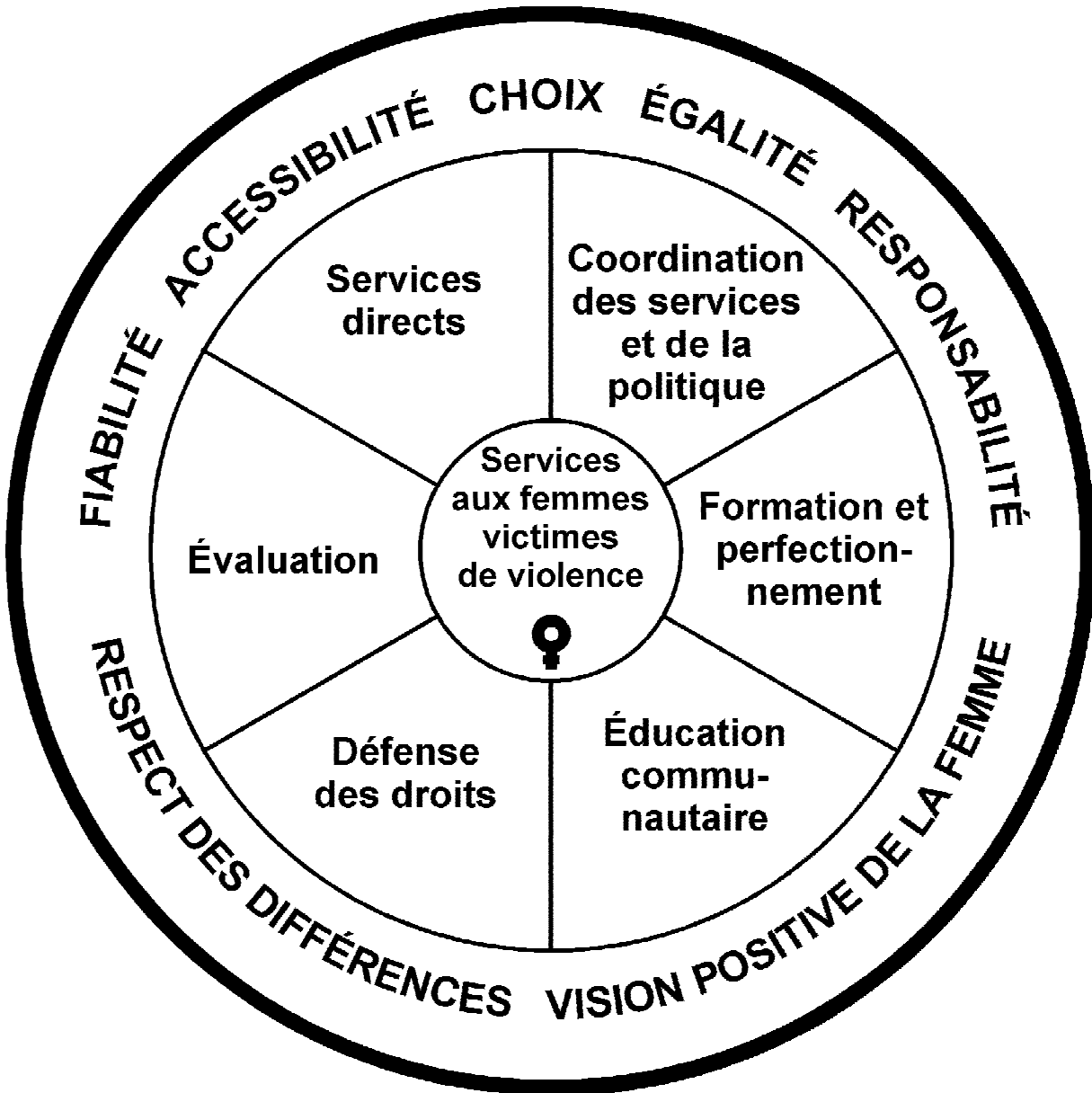
Reconnaître les liens

Lien avec la violence

Joan Gillespie est collaboratrice à la politique, Programme de lutte contre la violence familiale, Conseil canadien de développement social.

Le projet de plan d'ensemble fait appel à la participation de 14 organismes qui mettent en œuvre de concert des programmes et des services destinés aux femmes victimes de violence. Le modèle proposé se présente sous la forme d'une roue, formé d'un cercle externe représentant les valeurs - accessibilité, choix, égalité, responsabilité, respect des différences, vision positive de la femme - qui influent sur la façon dont les services et programmes sont offerts (ces valeurs correspondent en théorie aux principes directeurs de l'atelier). La démarche dont il est question ici – soit amener les gens à réfléchir à ces croyances – importe davantage que le contenu. Le cercle interne décrit les objets de la prestation de services : éducation communautaire, défense des droits, évaluation et recherche, services directs, coordination des services et de la politique, et formation et perfectionnement. Historiquement, les services offerts dans le secteur de la violence familiale ont toujours été isolés les uns des autres. Ironie du sort, tous ces services sont très intégrés à la vie des femmes. Lutter contre un problème sans se préoccuper des autres ne représente pas une solution globale. La participation de la clientèle est essentielle. Il est rare que les personnes qui œuvrent dans le domaine de la violence familiale nouent des liens avec celles qui œuvrent dans le domaine des toxicomanies, et réciproquement. Nous devons redoubler d'efforts à cet égard.

La roue de la planification



Plan d'ensemble des services destinés aux femmes victimes de violence, Ottawa-Carleton

Infection au VIH et sida

Louise Nadeau est professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Les jeunes femmes (15-25) sont plus exposées que leurs aînées à l'infection au VIH, parce que les parois de leur vagin sont moins résistantes. La jeune femme qui a des relations sexuelles sans éprouver de désir manque souvent de lubrification et cela augmente le risque de lésion. De plus, les jeunes femmes s'intoxiquent plus facilement que leurs aînées, et elles risquent davantage de perdre la tête et de s'adonner à des relations sexuelles risquées. Abstraction faite de la vulnérabilité physiologique vis-à-vis de l'infection au VIH, il y a le fait que les femmes jeunes entretiennent un certain nombre de mythe sur les hommes. Par exemple, certaines croient que la jalousie et la possessivité sont des signes d'amour et de monogamie. Le désir d'aimer et d'être aimées, additionné à la peur du rejet, pousse certaines femmes à endosser d'autres mythes, notamment celui qui prétend qu'un homme propre et viril ne peut pas avoir le sida. Le désir de se donner sans protection en signe d'amour est un autre facteur qui influe sur le niveau de risque (la majorité des prostituées interrogées dans une étude déclaraient qu'elles n'utilisaient un condom qu'avec leurs clients). La croyance voulant qu'un homme qui prend des risques – un utilisateur de drogues injectées par exemple – soit masculin et séduisant expose les femmes à un risque encore plus grand.

Santé mentale

Sherry Stewart est professeure agrégée au Psychology Department de la Dalhousie University, Nouvelle-Écosse.

Les données recueillies lors d'études donnent à penser qu'il existe un lien entre l'anxiété et la dépression, d'une part, et l'abus d'alcool et de benzodiazépines, d'autre part. La panique est un trouble grave qui se caractérise par des attaques fréquentes et intenses. Ces attaques se manifestent par des sensations physiques désagréables, palpitations, sueurs, étourdissements et engourdissements, tout ça accompagné de la peur de mourir ou de perdre le contrôle et d'une sensation d'irréalité. Cet état peut finir par limiter gravement le mode de vie (agoraphobie). On le traite souvent par des benzodiazépines, comme le valium. À long terme, toutefois, ces médicaments causent des blancs de mémoire et des troubles moteurs. Pire encore : les personnes qui prennent des benzodiazépines subissent des attaques de panique plus graves et plus fréquentes quand elles cessent d'en prendre.

Dans les premières tentatives d'explication du phénomène (Hallam, 1978), on prétendait que les hommes et les femmes réagissaient différemment aux attaques de panique. Les hommes se tournaient vers l'alcool, croyait-on, tandis que les femmes commençaient par éviter le stimulus ayant déclenché l'attaque. Cette théorie reposait sur des données plutôt minces puisque les femmes sont en minorité, parmi les alcooliques. Une étude comparative a révélé que la consommation abusive d'alcool était quatre fois plus grande parmi les femmes sujettes aux attaques de panique que pour les autres, tandis que chez les hommes, le risque était seulement deux fois plus grand pour ceux qui étaient aux prises avec un problème de panique comparativement aux autres. Si on tient compte du fait que la panique est un trouble plus répandu chez les femmes que chez les hommes, on conclut que le risque d'abus de substances est très élevé chez les femmes.

Une étude subséquente a montré qu'environ 90 p. 100 des femmes aux prises avec un problème de panique prenaient des benzodiazépines, tandis que seulement 20 p. 100 des hommes ayant le même genre de problème en prenaient. Il faudra que l'on mène de nouvelles recherches afin d'éclaircir les raisons qui expliquent la différence d'usage entre les sexes. Une autre question à laquelle les chercheurs ont essayé de répondre est la suivante : «Quel problème vient en premier - le trouble mental ou la toxicomanie?» Les études révèlent l'existence d'un cercle vicieux - les femmes ont des attaques de panique, boivent ou prennent des médicaments pour surmonter leurs difficultés, deviennent dépendantes de ces substances, éprouvent de la culpabilité ou se sentent rejetées, ce qui entraîne une aggravation des crises de panique. Alors que les problèmes psychologiques semblent précéder la toxicomanie chez les femmes, on observe le contraire chez les hommes. Néanmoins, les problèmes finissent par s'emmêler à tel point qu'il devient pratiquement impossible de les départager. Cette observation revêt une importance capitale dans les traitements. À ce niveau, la communication entre les professionnels de la santé mentale et ceux du domaine des toxicomanies est essentielle. Ces études fournissent des indications très utiles aux fins de la prévention, puisqu'elles permettent de rejoindre à un stade précoce certaines femmes fortement exposées à la toxicomanie (femmes anxieuses ou déprimées, par ex.).

Champs d'intervention

Les participants ont proposé une liste de champs d'intervention prioritaire, où l'on devrait concentrer les efforts futurs :

1. Recherche
2. Établissement de réseaux et collaboration
3. Liaison et lutte contre la violence, infection au VIH et sida, santé mentale, pauvreté et conditions sociales générales
4. Défense des droits - médias, industrie pharmaceutique, industrie du tabac, industrie de l'alcool
5. Besoins en programmes et en services
6. Politique (stratégie nationale en matière de garde d'enfants, par ex.)
7. Éducation et formation - grand public, médecins, nous-mêmes
8. Changement dans l'image qu'a le public des femmes et de la toxicomanie

Prochaines étapes

Les participants ont proposé les activités ci-après comme suivi à l'atelier :

1. Créer un groupe de travail national, regroupant des représentants des ONG ainsi que des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et assurer la liaison à l'aide de la technologie et du matériel disponibles. Ce groupe devrait agir en qualité d'organisme conseil auprès du Bureau de la santé des femmes (en qualité de Centre d'excellence pour la santé des femmes, peut-être). Le groupe devrait compter parmi ses membres des femmes autochtones, ainsi que des représentantes de groupes très divers (selon l'appartenance sociale ou culturelle, les habitudes de vie, etc.).
2. Financer l'établissement d'un réseau. Explorer le recours à la technologie pour assurer le fonctionnement du réseau.
3. Étudier la possibilité de produire un bulletin national ou d'utiliser plus efficacement les outils existants (tels que le périodique *Vis-à-Vis*).
4. Voir où en est le réseau créé à la suite de la table ronde nationale d'octobre 1993. Choisir une personne-ressource dans chaque collectivité (un petit pourcentage des fonds requis pourrait être fourni par chacun des organismes représentés).

5. Investir le champ politique. Mettre les médias à contribution. Inviter les députés à visiter les projets et leur expliquer notre action, plutôt que de nous limiter à demander de l'argent. Promouvoir l'activisme : écrire des lettres, encourager les clients à envoyer des lettres aussi, etc. Faire passer les questions de l'inconscient au conscient en les nommant et en en discutant.
6. Revoir les besoins à la lumière de l'avancement de la santé des femmes.
7. Mettre en place une stratégie distincte pour les Autochtones.

Annexe A

Ordre du jour de l'atelier, liste des participants et des exposants

Ordre du jour de l'atelier

Le mardi 22 février 1994

- 15 h 00 Inscription et montage de l'exposition
- 16 h 30 Travaillons ensemble : introduction
- 18 h 00 Dîner - Allocution d'ouverture au nom de la ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau
- 19 h 30 **Travaillons ensemble : principes directeurs**
- 21 h 30 Ajournement

Le mercredi 23 février 1994

- 8 h 30 Explorer les questions et les tendances
- 10 h 30 Pause (exposition)
- 11 h 00 Discussion sur les questions et les tendances
- 12 h 15 Lunch
- 13 h 30 **Travaillons ensemble : Stratégies pour passer à l'action**
- 15 h 45 **Exposition (ouverte aux visiteurs)**
- 17 h 30 Ajournement

Le jeudi 24 février 1994

- 8 h 30 Stratégies pour passer à l'action (suite)
- 10 h 00 Pause (exposition)
- 10 h 30 **Travaillons ensemble pour assurer la liaison entre les secteurs concernés (violence, santé mentale, infection au VIH et sida)**
- 12 h 00 Lunch
- 13 h 30 **Travaillons ensemble : «À l'action»**
- 16 h 00 Ajournement

Participants

Ms. Beverly Abbott

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
Henwood Treatment Centre
18750 - 18th Street
R.R. #6, LCD 1
Edmonton, Alberta
T5J 4K3
Tel: 403-422-9069
Fax: 403-422-5408

Mme Constance Allain

Centre d'animation des femmes de Hull
L'Antre-Hulloise Inc.
136, boul. St-Laurent
Hull (Québec)
J8X 1M9
Tél : 819-778-0997

Mme Caroline Anawak

Association nationale des centres d'amitié
396, rue Cooper, bureau 204
Ottawa (Ontario)
K2P 2H7
Tél : 613-563-4844
Fax : 613-594-3428

Ms. Gina Atkinson

Alcohol and Drugs Consultant
Health Promotion and Disease Prevention Branch
New Brunswick Department of Health and Community
Services
520 King Street, P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Tel: 506-457-4983
Fax: 506-453-2726

Ms. Jane Baron

Coordinator
Lifestyle Enrichment for Senior Adults (LESA)
Centre de ressources communautaires du centre-ville
340, rue MacLaren
Ottawa (Ontario)
K2P 0M6
Tél : 613-563-4799 ou 613-233-9358
Fax : 613-563-0163

Mme Lisette Bédard

Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1S 2M1
Tél : 418-643-7185
Fax : 418-646-1680

Mme Francine Bélanger

Agent de programme
Unité de l'alcool et des autres drogues
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 531, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-8343
Fax : 613-941-2399

Ms. Donna Benesh

Education and Extension Co-ordinator
Saskatchewan Health Alcohol and Drug Services
3rd Floor - 194 Hamilton Street
Regina, Saskatchewan
S4P 3V7
Tel: 306-787-4086
Fax: 306-787-4300

Ms. Christine Boone

Native Women's Association
260 Paul Street
Fredericton, New Brunswick
E3A 2V6
Tel: 506-458-1114
Fax: 506-451-9386

Mme Margery Boyce

Conseillère principale
Secrétariat du Troisième âge
Santé Canada
473, rue Albert, imm. Trebla
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : 613-941-6642
Fax : 613-957-7627

Ms. Lucille Bruce

Native Women's Transition Centre
105 Aikins Street
Winnipeg, Manitoba
R2W 4E4
Tel: 204-989-8240
Fax: 204-586-1101

Ms. Carmi Cimicata

Bacchus Canada
63 Mutual Street
Toronto, Ontario
M5B 2A9
Tel: 416-777-0704
Fax: 416-777-0798

Ms. Michelle Clarke

The Elizabeth Fry Society of Calgary
#204, 1009 - 7 Avenue S.W.
Calgary, Alberta
T2P 1A8
Tel: 403-294-0737

Ms. Joanne Colson

Ontario Substance Abuse Bureau
Ministry of Health
880 Bay Street, 4th Floor
Toronto, Ontario
M5S 1Z6
Tel: 416-327-8723
Fax: 416-327-0854

M. Pete Conley

Conseiller principal
Prévention et traitement
Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue
Direction générale de la politique et de la consultation
Santé Canada
Pièce 1755, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-3507
Fax : 613-957-1765

Ms. Peggy Edwards

Facilitator
Chelsea Group Communications
26 Osborne Street
Ottawa, Ontario
K1S 4Z9
Tel: 613-730-0378
Fax: 613-730-0379

Ms. Helena Fitzgerald

Alcoholism Foundation of Manitoba
586 River Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3G 0E8
Tel: 204-944-6312
Fax: 204-284-5520

Ms. Marilyn P. Fleger

Alberta Council of Women's Shelters
34, 9912 - 106th Street
Edmonton, Alberta
T5J 1C5
Tel: 403-429-2689
Fax: 403-429-2749

Ms. Nancy Frain

Children's Home
400 - 777 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3G 0N3
Tel: 204-786-7051
Fax: 204-772-7069

Mme Pamela Fralick

Directrice générale adjointe
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies
112, rue Kent, bureau 480
Ottawa (Ontario)
K1P 5P2
Tél : 613-235-4048
Fax : 613-235-8101

Ms. Sheila Genaille

President
Metis National Council of Women
50 O'Connor Street, Suite 315
Ottawa, Ontario
K1P 6L2
Tel: 613-232-3216
Fax: 613-232-4262

Mme Joan Gillespie

Conseil canadien de développement social
55, ave Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1Y 4G1
Tél : 613-728-1865 ou 613-728-4819
Fax : 613-728-2531

Sister Ann T. Gillis

11 Beasley Avenue
Charlottetown, P.E.I.
C1A 5Z2
Tel: 902-892-8769

Mme Gweneth Gowanlock

Directrice
Division de la santé mentale
Direction des services de santé
Direction générale des programmes et des services de santé
Santé Canada
Pièce 658, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-954-8643
Fax : 613-957-1406

Ms. Miki Hansen

Community Health and Alcohol and Drug Programs
Ministry of Health and Ministry
Responsible for Seniors
1520 Blanshard Street, Courtyard Level
Victoria, British Columbia
V8W 3C8
Tel: 604-952-1813
Fax: 604-952-1001

Mme Sandi Harmer

Directrice
Centre pour femmes toxicomanes Amethyst
488, rue Wilbrod
Ottawa (Ontario)
K1N 6M8
Tél : 613-563-0363
Fax : 613-565-2175

Ms. Arlene Harper

Prince Albert Mobile Crisis
Unit Cooperative Ltd.
1100 - 1st Avenue East
Prince Albert, Saskatchewan
S6V 2A7
Tel: 306-764-1011
Fax: 306-763-8181

Ms. Donna Harris

AWARE
P.O. Box 86
Kingston, Ontario
K7L 4V6
Tel: 613-545-0117

Ms. Marilyn Harry

YWCA
5004, 54th St.
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2R6
Tel: 403-920-2777
Fax: 403-873-9406

Ms. Barbara Hatfield

John Howard Society
189 MacLanes Street
New Glasgow, Nova Scotia
B2H 4M7
Tel: 902-755-4647

Ms. Maggie Hodgson

Director
Nechi Institute on Alcohol and Drug Education
100 - 42nd Street
Pound Maker Road
Edmonton, Alberta
T5G 3G4
Tel: 403-458-1884
Fax: 403-458-1883

Mme Abby Hoffman

Directrice générale
Bureau de la santé des femmes
Direction générale de la politique
et de la consultation
Santé Canada
Pièce 1814, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-1940
Fax : 613-952-3496

Mme Diane Jacovella

Chef int.
Unité de l'alcool et des autres drogues
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 530, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-8337
Fax : 613-941-2399

Mme Odette Johnston

Agent de programme
Toxicomanies et programmes subventionnés par la
communauté
Direction des services de santé des Indiens et des
populations du Nord
Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Pièce 1189, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-3392
Fax : 613-957-9969

Ms. Carol Ann Keough

Program Consultant
Newfoundland Health Promotion and Social Development
Office
Health Canada
Sir Humphrey Gilbert Building
165 Duckworth Street, 5th Floor
St. John's, Newfoundland
A1A 2Y5
Tel: 709-772-2279
Fax: 709-772-2859

Ms. Chris Kitteringham

Maple Ridge Alcohol and Drug Counselling Service
22477 Lougheed Hwy.
Maple Ridge, B.C.
V2X 2T8
Tel: 604-467-5179
Fax: 604-467-8592

Mme Vera Lagassé

Conseillère en élaboration de programmes
Division de la prévention de la violence familiale
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 1127, imm. Finance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-954-0070
Fax : 613-957-4247

Mme Marlene Leonard

Agent de programme
Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton
495, chemin Richmond
Ottawa (Ontario)
K2A 4A4
Tél : 613-724-4212, ext. 3787
Fax : 613-724-4123

Mme Heidi Liepold

Coordonnatrice
Unité des services de prévention et d'éducation sur le sida
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 516, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-941-2150
Fax : 613-941-2399

Ms. Alison MacDonald

Social Planner
Edmonton Social Planning Council
#41, 9912 - 106 Street
Edmonton, Alberta
T5K 1C5
Tel: 403-423-2031

Mme Patricia MacNeil

Agent de projet
Unité des études en promotion de la santé
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des programmes et des services de santé
Santé Canada
Pièce 476, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-954-8835
Fax : 613-990-7097

Ms. Betty MacPhee

Vancouver YWCA, Crabtree Corner
101 East Cordova Street
Vancouver, British Columbia
V6A 1K7
Tel: 604-689-2808
Fax: 604-684-9171

Sister Bertha McCarthy

Lacey Residence
Queens County Addictions Services
P.O. Box 37, 140 Pownal Street
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7K2
Tel: 902-368-4083
Fax: 902-368-6229

Ms. Jean McClelland

Drug Dependency Services
Matrix Program
Department of Health
Lord Nelson Building, 4th Floor
5675 Spring Garden Road
Halifax, Nova Scotia
B3J 1H1
Tel: 902-424-5920
Fax: 902-424-0627

Ms. Sheri McConnell

Saskatchewan Council on
Women and Substance Use
818 - 13th Street East
Saskatoon, Saskatchewan
S7N 0M3
Tel: 306-933-6500 or 306-665-1224
Fax: 306-779-4825

Ms. Suzanne McConnell

Adolescent Program Supervisor
Dr. Thomas Anderson Centre
Jane Way Apartments, Jane Way Place, Building A
St. John's, Newfoundland
A1C 2B8
Tel: 709-778-4761

Mme Donna Meness

Conseillère en programme
Conseil des autochtones du Canada
384, rue Bank, 2^e étage
Ottawa (Ontario)
K2P 1Y4
Tél : 238-3511
Fax : 230-6273

Ms. Dorothy Meness

Aboriginal Women's Support Program
55 Eccles
Ottawa, Ontario
K1L 5M1
Tel: 613-567-3256
Fax: 613-567-1707

Ms. Rehana Mohamed

Addictions Counsellor
Alcohol and Drug Services
Yukon Territorial Government
6118 - 6th Avenue
Whitehorse, Yukon
Y1A 2C6
Tel: 403-667-5777
Fax: 403-668-4818

Mme Louise Nadeau

12, rue St-Cyrille
Outremont (Québec)
H2V 1H8
Tél : 514-343-6989 ou 514-271-5463
Fax : 514-343-2184

Mrs. Ada Paschal

Director
Amana House Inc.
371 Duferin Row
Saint John, New Brunswick
E2M 2J7
Tel: 506-635-5735

M. Brian Pearl

Analyste de la politique
Bureau de la santé des femmes
Direction générale de la politique et de la consultation
Santé Canada
Pièce 1814, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-1942
Fax : 613-952-3496

Mme Françoise Pelletier

Coordonnatrice des projets de femmes
Comité du SIDA d'Ottawa
207, rue Queen, 4^e étage
Ottawa (Ontario)
K1P 6E5
Tél : 613-238-5014
Fax : 613-238-3425

Ms. Wendy Reynolds

Action on Women's Addictions
Research and Education
AWARE
180 Sydenham Street, 2nd Floor
P.O. Box 86
Kingston, Ontario
K7L 4V6
Tel: 613-545-0117

Ms. Elizabeth Rucki

Women's Studies Program
Thorneløe College
Laurentian University
Ramsey Lake Road
Sudbury, Ontario
P3E 2C6
Tel: 705-673-1730
Fax: 705-673-4979

Mme Donna Sharkey

Conseillère en programme
Unité de l'alcool et des autres drogues
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 528, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-8336
Fax : 613-941-2399

Ms. Sarah Shaw

Stepping Stone Association
Prostitute Street Outreach
2224 Maitland St.
Halifax, Nova Scotia
B3K 2Z9
Tel: 902-420-0103

Ms. Ellen Smith

Regional Specialist
Alcohol and Drugs
Department of Social Services
Government of the Northwest Territories
Bag 1
Inuvik, Northwest Territories
X10 OTO
Tel: 403-979-2222
Fax: 403-979-3821

Ms. Shirley Smith

DonWood Institute
175 Brentcliffe Road
Toronto, Ontario
M4G 3Z1
Tel: 416-425-3930
Fax: 416-425-9031

Ms. Sherry Stewart

Department of Psychology
Dalhousie University
Life Sciences Building
1355 Oxford Street
Halifax, Nova Scotia
B3H 4G1
Tel: 902-494-3793
Fax: 902-494-6585

Mme Brenda Thomas

Commission de santé des Premières Nations
Assemblée des Premières Nations
55, rue Murray
Ottawa, Ontario
K1N 5M3
Tél : 613-241-6789
Fax : 613-238-5780

Ms. Beryl Tsang

Fondation de la recherche sur la toxicomanie
33 Russell Street
Toronto, Ontario
M5S 2S1
Tel: 416-595-6631
Fax: 416-595-0394

Mme Dawn Walker

Directrice int.
Division des programmes
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 524, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-7799
Fax : 613-941-2399

Mme Patricia Walsh

Agent de programme
Unité des programmes du tabagisme
Direction de la promotion de la santé
Direction générale des programmes et des services de
santé
Santé Canada
Pièce 457, imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-954-8850
Fax : 613-990-7097

Ms. Trudy Watts

Coordinator
Pictou County Women's Centre
Maritime Building, 6th Floor
169 Provost Street
New Glasgow, N. S.
B2H 5K7
Tel: 902-755-4647
Fax: 902-755-6775

Ms. Colleen Whiteduck

Aboriginal Women's Support Program
55 Eccles
Ottawa, Ontario
K1L 5M1
Tel: 613-567-3256
Fax: 613-567-1707

Exposants

Fondation de la recherche sur la toxicomanie

33 Russell Street
Toronto (Ontario)
M5S 2S1
Tel: 416-595-6631
Fax: 416-595-0394

Comité du SIDA d'Ottawa

207, rue Queen, 4^e étage
Ottawa (Ontario)
K1P 6E5
Tél : 613-238-5014
Fax : 613-238-3425

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Henwood Treatment Centre
18750 - 18th Street
R.R. #6, LCD 1
Edmonton, Alberta
T5J 4K3
Tel: 403-422-9069
Fax: 403-422-5408

Alberta Council of Women's Shelters

34, 9912 - 106th Street
Edmonton, Alberta
T5J 1C5
Tel: 403-429-2689
Fax: 403-429-2749

Amana House Inc.

371 Duferin Row
Saint John, New Brunswick
E2M 2J7
Tel: 506-635-5735

Centre de ressources communautaires du centre-ville

LESA Program
340, rue MacLaren
Ottawa (Ontario)
K2P 0M6
Tél : 613-563-4799
Fax : 613-563-0163

Centre pour femmes toxicomanes Amethyst

488, rue Wilbrod
Ottawa (Ontario)
K1N 6M8
Tél : 613-563-0363
Fax : 613-565-2175

AWARE

P.O. Box
Kingston, Ontario
K7L 4V6
Tel: 613-545-0117

Bacchus Canada

63 Mutual Street
Toronto, Ontario
M5B 2A9
Tel: 416-777-0704
Fax: 416-777-0798

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

112, rue Kent, pièce 480
Ottawa (Ontario)
K1P 5P2
Tél : 613-235-4048
Fax : 613-235-8101

Centre canadien de développement social

Programme sur la violence familiale
55, ave Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1Y 4G1
Tél : 613-728-1865
Fax : 613-728-2531

Children's Home of Winnipeg

Training and Employment
Resources for Females
400 - 777 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3G 0N3
Tel: 204-786-7051
Fax: 204-772-7069

Edmonton Social Planning Council

#41, 9912 - 106 Street
Edmonton, Alberta
T5K 1C5
Tel: 403-423-2031

The Elizabeth Fry Society of Calgary

#204 , 1009 - 7th Avenue S.W.
Calgary, Alberta
T2P 1A8
Tel: 403-294-0737

Santé Canada

Imm. Jeanne Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél : 613-957-8343
Fax : 613-941-2399

Meyoyawin Circle

Prince Albert Mobile Crisis Unit Cooperative Ltd.
1100 - 1st Avenue East
Prince Albert, Saskatchewan
S6V 2A7
Tel: 306-764-1011
Fax: 306-763-8181

Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton Service de la santé

495, chemin Richmond
Ottawa (Ontario)
K2A 4A4
Tél : 613-724-4212 ext. 3787
Fax : 613-724-4123

Pictou County Women's Centre

Maritime Building, 6th Floor
169 Provost Street
New Glasgow, Nova Scotia
B2H 5K7
Tel: 902-755-4647
Fax: 902-755-6775

Registered Nurses Association of Nova Scotia

120 Eileen Stubbs Avenue, Suite 104
Dartmouth, Nova Scotia
B3H 1Y1
Tel: 902-468-9744

Saskatchewan Council of Women and Substance Use

818 - 13th Street East
Saskatoon, Saskatchewan
S7N 0M3
Tel: 306-933-6500, 306-665-1224
Fax: 306-779-4825

Saskatchewan Health

Alcohol and Drug Services
3rd Floor - 1942 Hamilton Street
Regina, Saskatchewan
S4P 3V7
Tel: 306-787-4086
Fax: 306-787-4300

Stepping Stone Association

Prostitute Street Outreach
2224 Maitland Street
Halifax, Nova Scotia
B3K 2Z9
Tel: 902-

Vancouver YWCA, Crabtree Corner

101 East Cordova Street
Vancouver, British Columbia
V6A 1K7
Tel: 604-689-2808
Fax: 604-684-9171

Annexe B

**Allocution prononcée par Dawn Walker au nom de l'honorable Diane
Marleau**

SPEECH / DISCOURS

Notes pour une allocution de Madame Dawn Walker Direction de la promotion de la santé, Santé Canada

«Travaillons ensemble», Atelier national d'action sur les femmes et la toxicomanie Ottawa, le 22 février 1994

Seul le texte prononcé fait foi

Merci infiniment pour une présentation aussi accueillante. C'est avec plaisir que j'ai répondu à l'invitation de la ministre de la Santé nationale, Madame Diane Marleau, qui, faute de pouvoir être des vôtres aujourd'hui, m'a demandé de la remplacer. Cet atelier me permet d'échanger avec vous sur les moyens d'élaborer ensemble un programme d'action pour aider les femmes aux prises avec la toxicomanie.

J'y vois une merveilleuse occasion de nous entretenir de cette question, qui non seulement est un sujet de préoccupation à l'échelle du pays, mais qui m'intéresse aussi très personnellement. Comme vous toutes ici présentes, j'ai moi aussi été témoin, dans mon propre milieu, des effets pervers qu'entraîne la toxicomanie. C'est pourquoi je suis très sensible à la souffrance que ressentent un grand nombre de femmes et à l'outrage porté à leur potentiel.

Votre déclaration de principe qui s'énonce comme un credo m'inspire au plus haut point. Cette véritable profession de foi orientera certainement vos discussions au cours des prochains jours.

Pour ma part, j'ai une grande foi en la capacité des gens. Les personnes peuvent susciter des changements d'envergure. Vous connaissez certainement le principe: Il faut voir pour croire. Quant à moi, je préfère l'attitude du grand Canadien aujourd'hui disparu Marshall McLuhan:

«Je ne l'aurais pas vu si je n'y avais pas cru d'abord.»

C'est justement parce que nous croyons avec force qu'il nous est possible de trouver des solutions à ces problèmes que nos efforts produiront de grand progrès. Et c'est grâce à des ateliers comme celui-ci et au programme d'action qui s'ensuivra que nous trouverons les moyens de résoudre à long terme le fléau de la toxicomanie chez les femmes.

De quelle façon atteindrons-nous cet objectif? Évidemment, il n'est pas facile de répondre à cette question,. Les solutions exigeront de la patience, de la persévérance et l'établissement d'alliances qui nous permettront de travailler dans un esprit de collaboration.

En revanche, il est réjouissant de constater que les deux tables rondes qui ont précédé cet atelier ont démontré que lorsque le bon vouloir est présent, il est possible de trouver les moyens.

Aussi, je voudrais féliciter cordialement celles d'entre vous qui ont contribué au succès de ces rencontres. Au moyen d'échange d'informations et de partages d'expériences, vous avez précisé les tâches qui nous attendent et leur avez assigné un ordre de priorité. Et soulignons également que votre perspicacité laisse entrevoir des solutions réalisables.

La façon dont vous envisagez la toxicomanie, axée sur les cycles de vie de la femme, nous aide à mieux comprendre que sa vie est jalonnée de transitions cruciales, de la naissance à la vieillesse. Aussi, ces connaissances nous serviront de clé pour mieux pénétrer le mystère de la toxicomanie.

Cette nouvelle perspective fait mieux ressortir dans quelles circonstances et quand des problèmes de toxicomanie risquent de surgir. Elle aide à mieux comprendre qui sont les plus à risques et quand une intervention, un traitement - ou mieux encore, une mesure de prévention - peuvent produire les meilleurs résultats.

Vous avez très nettement fait savoir que les femmes ont des besoins qui se distinguent de ceux des hommes. C'est depuis peu seulement que nous reconnaissons que les problèmes de toxicomanie chez les femmes doivent être abordés selon le point de vue des femmes, en tenant compte de leur âge et de leurs cycles de vie. Nous savons maintenant que les méthodes classiques, qui se voudraient neutres à l'endroit des sexes, ne marchent vraiment pas.

Lorsqu'on parle de différences entre les sexes, il ne faut pas conclure à la ségrégation des femmes et à l'isolement de leurs problèmes de toxicomanie.

Car il ne s'agit pas uniquement de problèmes de femmes; ce sont des problèmes qui intéressent la société entière, de par leur profonde implication tant pour nos familles que pour nos collectivités et le pays tout entier.

Cela signifie plutôt qu'il nous faut prendre en compte l'expérience des femmes dans l'élaboration de nos recherches, de nos politiques et de nos programmes. Nous devons faire preuve de plus de sensibilité pour savoir discerner les besoins sociaux et économiques qu'éprouvent les femmes dans le cadre plus général de leur vie quotidienne.

On ne peut plus se contenter d'isoler la toxicomanie en y voyant un problème purement physique ou personnel. Nous reconnaissons maintenant que notre ordre du jour doit également englober des problèmes connexes tels que la santé mentale, la pauvreté, la violence, le racisme, l'infection par le VIH, le SIDA et un éventail d'autres maux intimement liés à la toxicomanie chez les femmes. Nous ne perdons pas de vue, non plus, que les femmes ont besoin de soutien, qu'il s'agisse des soins pour enfants, de formation professionnelle ou d'autres moyens importants leur permettant de s'affranchir du désespoir et de vivre dans la dignité et de façon autonome.

Les discussions que vous avez eues lors des tables rondes, l'année dernière, ont porté sur un autre thème important, à savoir que nous devons reconnaître les besoins divers des femmes et y apporter des solutions, qu'il s'agisse des besoins particuliers d'un groupe d'âge, d'une région ou d'une minorité. Nous ne devons donc pas nous attendre à trouver des solutions toutes faites qui sauraient répondre aux problèmes nombreux et divers des Canadiennes aux prises avec la toxicomanie.

De même qu'il y a des besoins variés, il va falloir recourir à une multitude de solutions possibles. Et parfois, ce sont les collectivités devant affronter les plus grandes difficultés qui laissent entrevoir les plus beaux espoirs. À cet égard, on n'a qu'à penser aux problèmes de toxicomanie chez les femmes autochtones.

Les professionnels des services sociaux et de la santé reconnaissent de plus en plus que des méthodes qui prennent en compte la culture particulière de la clientèle sont généralement plus productives que les pratiques usuelles de lutte contre la toxicomanie.

À cet égard, j'ai été très intéressée de prendre connaissance d'un programme qui s'intitule *Rediscovering the Traditional Mother in the Yukon* (À la découverte de la mère traditionnelle au Yukon). Il s'agit de pratiques visant à prévenir le syndrome de l'alcoolisme foetal ainsi que les effets néfastes de l'alcool sur le fœtus. Ce programme, qui s'adresse aux femmes autochtones à risque, les encourage à redécouvrir la façon naturelle d'assumer leur rôle de mère, conformément aux enseignements de la tradition.

En recourant à des pratiques et à des conseils inspirés par la tradition, le programme permet à ces femmes et à leur famille d'acquiescer, au sein même de leur collectivité, une meilleure santé tant sur le plan émotionnel que spirituel, mental et physique.

Cette façon typiquement autochtone d'aborder les problèmes reflète à plusieurs égards votre credo exprimé dans votre déclaration de principes, pierre de touche de cette rencontre. Selon cette méthode, même si nous sommes plus que l'ensemble des éléments qui nous constituent, nous devons soigner toutes les parties en cause pour recouvrer une santé intégrale.

Il y a une leçon des plus précieuses à tirer des tables rondes dont nous avons parlé. C'est celle qui nous incite à trouver des solutions au sein même de cette communauté de chercheurs, de décideurs et de personnes oeuvrant sur les lignes de front, c'est-à-dire ceux et celles qui viennent en aide aux femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux, des infirmières, des psychologues ou des bénévoles.

Pour ce qui est du gouvernement canadien, il est fier d'exercer un leadership dans ce domaine, grâce à des initiatives telles que la Stratégie canadienne antidrogue, qui s'adresse à des groupes ayant des besoins particuliers, le Bureau pour la santé des femmes et la création d'un Centre d'excellence pour la santé des femmes.

La Stratégie canadienne antidrogue, qui parraine cette rencontre, a déjà fait preuve d'innovation dans la recherche de solutions à la toxicomanie. Ce programme pose comme principe que des engagements à long terme sont nécessaires si l'on veut vaincre pour de bon ce genre de problèmes.

Présentement en phase II, la Stratégie canadienne antidrogue se concentre plus particulièrement sur les besoins des groupes à risque élevé, y compris les femmes et les jeunes.

Le Bureau pour la santé des femmes cherche également à mieux cerner la contribution des programmes, politiques et pratiques de notre régime de soins au chapitre de la santé des femmes. Ce nouvel organisme a aussi pour mandat d'offrir conseils et soutien à celles d'entre vous que oeuvrez sur le terrain.

Quant au Centre d'excellence pour la santé des femmes, il examinera les lacunes qu'accusent les traitements dispensés aux femmes canadiennes. Pour se faire, il élaborera les données et les activités de recherches nécessaires pour modifier les politiques et pratiques qui laissent les femmes pour compte.

C'est par de telles initiatives que le gouvernement fédéral cherche à susciter une meilleure compréhension des problèmes entourant la toxicomanie, qui suscitent l'inquiétude des femmes, et à y apporter les solutions qui s'imposent.

Il reste que le gouvernement n'est pas seul à intervenir dans ce domaine. En effet, pour parvenir à des résultats viables, il nous faut travailler tous ensemble.

Le gouvernement s'engage à faire cause commune avec vous, à mesure que vous tenterez de venir en aide aux femmes aux prises avec la toxicomanie. Conçu et parrainé par Santé Canada, cet atelier reflète bien l'importance que ce ministère attache à votre participation.

Peu importe votre domaine d'activité, qu'il s'agisse de recherches inventive, d'élaboration de politiques prenant en compte les besoins des femmes ou de soins attentifs que vous prodiguez dans les cliniques de traitement, c'est sur vous que reposent nos plus grands espoirs de trouver des solutions constructives et durables aux graves problèmes qui nous préoccupent.

Il est vrai, l'entreprise qui nous attend est colossale. Mais notre détermination ne l'est pas moins. Ce forum nous permettra de franchir des étapes décisives, d'évoluer à partir de principes auxquels nous croyons pour ensuite élaborer un programme qui suscitera des actions concrètes.

Comme femme et mère de famille, je n'ai jamais été plus optimiste qu'aujourd'hui. En cette Année internationale de la famille, il y a lieu d'espérer que le monde attachera plus d'importance au rôle qu'occupe la femme, figure centrale de la famille, et lui prodiguera tout le soutien nécessaire.

Je suis persuadée que l'année 1994 nous présente un défi formidable à relever et nous offre une magnifique occasion de mieux faire connaître les problèmes urgents auxquels sont confrontées les femmes, en particulier ceux entourant la toxicomanie. C'est pourquoi il est vital d'en arriver à traduire nos paroles en gestes concrets. C'est une occasion à ne pas rater.

Le fait demeure que nous n'avons pas de solutions immédiates à proposer. Et ce serait manquer de sérieux de prétendre pouvoir trouver des solutions rapidement et sans heurts. Sachons donc respecter la lenteur du progrès.

Ce n'est pas, non plus, au gouvernement fédéral de préciser les actions à prendre. C'est ensemble qu'il nous faut oeuvrer pour élaborer des politiques et des programmes qui tiennent compte de la réalité que vivent les femmes. À cet égard, des ateliers comme celui-ci s'avèrent inestimables.

Les tables rondes qui ont précédé ce forum ont témoigné d'une grande ouverture. Puisse ce même esprit de franchise et d'audace présider à vos délibérations et vous permettre de métamorphoser votre credo en actions vivantes.

Soyez assurées du soutien et de la confiance de la ministre de la Santé nationale. Rappelons-nous qu'il n'y a rien d'impossible. Puisque, comme individus et comme professionnelles attentives aux besoins des autres, nous sommes persuadées de pouvoir vaincre les problèmes qu'éprouvent les femmes, dont la toxicomanie, tôt ou tard, soyons-en convaincues, ce jour viendra.

Je vous remercie.

Annexe C
Histoires de femmes

Première histoire : Donna Harris (Kingston, Ontario)

Conseillère dans un refuge pour partenaires et enfants d'hommes incarcérés, Donna Harris a bien voulu nous lire un poème qu'elle a écrit sur sa vie. Ce poème, qui s'intitule «Elle» tout simplement (copie ci-jointe), décrit comment l'incapacité de satisfaire à ses propres attentes à l'égard de la vie et de l'amour a conduit Donna à l'alcoolisme.

Enceinte toute jeune, Donna a quitté l'école et s'est mariée, pour se retrouver, à vingt ans seulement, mère de trois enfants aux prises avec un stress qu'elle ne pouvait pas surmonter. À la consommation d'alcool s'est bientôt ajoutée la prise de médicaments d'ordonnance. Et son problème était d'autant plus grave que son mari aussi buvait à l'excès.

Rendue à la limite, Donna a entamé un processus de rétablissement et a donné un nouveau tournant à sa vie à l'âge de 41 ans. Maintenant engagée dans une relation satisfaisante avec un nouveau partenaire, Donna aide son quatrième fils à grandir à l'abri de l'alcool, des drogues ou de la peur. Le message qu'elle livre aux autres est «VOUS en valez la PEINE. La vie peut redevenir une belle aventure.»

Deuxième histoire : Barbara Hatfield (Pictou, Nouvelle-Écosse)

Barbara Hatfield avait un problème de toxicomanie et vivait avec un homme violent quand elle s'est jointe à un groupe d'entraide pour femmes toxicomanes, appelé «*Women in Active Recovery*».

Ce groupe, intégré au *Pictou County Women's Centre* (PCWC) de Nouvelle-Écosse, avait été créé parce que ni les AA, ni les NA n'offraient de solution englobante au problème de l'alcoolisme et des toxicomanies chez les femmes de la région. Le groupe du PCWC estimait important d'accueillir autant les femmes alcooliques que les femmes toxicomanes, parce qu'il lui était difficile de fonctionner en les séparant. Les principales membres du groupe se sont rapprochées les unes des autres graduellement et elles en sont venues à des relations de plus en plus honnêtes : elles se sont mises à révéler des choses qu'elles n'auraient jamais pensé pouvoir dire à qui que ce soit.

Le groupe d'entraide – qui a lui-même déterminé sa structure, son fonctionnement et ses buts – a mené à bien plusieurs projets d'envergure au cours des dernières années, en plus de tenir des réunions hebdomadaires. En 1990, le groupe a aidé le PCWC à préparer et à tenir une conférence spéciale sur les femmes et le rétablissement; en 1991-1992, le groupe a présenté aux milieux professionnels, ses vues sur les obstacles auxquels se heurtent les femmes en rétablissement; en 1993, il a décidé de faire profiter d'autres groupes de femmes de son expérience et il a entamé la rédaction d'un manuel pratique à l'intention des femmes souhaitant mettre sur pied un groupe d'entraide.

Le groupe a connu une croissance étonnante. Ses membres apprennent à s'aimer, à se faire confiance et à se respecter les unes les autres. C'est là un pas de géant pour des femmes qui ont appris toutes petites que les femmes doivent se méfier les unes des autres. Les droits des femmes, le sexisme et la pauvreté ne sont que quelques-uns des sujets abordés par le groupe. Pour reprendre les termes de certaines membres du groupe «*C'est avec respect et gratitude que nous continuons à grandir grâce à ce que nous vivons au sein du groupe d'entraide, et nous espérons que ce groupe servira de modèle, afin que plus de femmes se rendent compte que nous ne sommes vraiment pas seules.*»

Troisième histoire : Arlene Harper (Prince Albert, Saskatchewan)

Arlene Harper a raconté son histoire afin de montrer que la toxicomanie peut être un cercle vicieux et fatal, et avoir un effet dévastateur sur une famille, génération après génération.

Originaire d'une collectivité rurale pauvre de la Saskatchewan, la famille d'Arlene n'avait guère le sentiment de maîtriser sa destinée. Elle n'était pas préparée à faire face à des problèmes sérieux. Quant à son école, Arlene et d'autres enfants ont subi les sévices d'un enseignant, ses parents ont préféré nier le problème plutôt que de faire des vagues (sa mère s'était elle-même mariée pour échapper à un père trop sévère).

Bien qu'il n'y ait pas eu de toxicomanie dans la famille, Arlene et ses frères et sœurs ont tous – directement ou indirectement – été victimes d'un problème de toxicomanie une fois parvenus à l'âge adulte. La lutte qu'ils ont menée pour régler leur problème et pour empêcher qu'il ne se perpétue chez leurs enfants donne une leçon de chose à ceux qui pensent que *«ça n'arrive qu'aux autres»*. Nous devons considérer les effets à long terme d'un problème de toxicomanie et d'abus non traités, car ce genre de problème se répercute sur les autres membres de la famille. Il y a beaucoup de travail à faire pour remettre les choses en place tant au sein des familles que dans les collectivités.

Elle

Par Donna Harris

*Il y a longtemps de cela,
Était une fille de quinze ans, grande et mince,
Qui passait son temps à attendre un prince
À la fois charmant, doux et tendre.*

*Ses attentes irréalistes
Douleur et peine lui procurèrent.
«Vivre est si douloureux»,
pensait-elle en son for intérieur
«Suis-je folle?»*

*Pour surmonter les difficultés qu'elle s'infligeait,
Vers l'alcool s'est tournée.
Boire jusqu'à l'ivresse,
tel était son mode de vie,
et surtout ne pas penser.*

*Va la vie! Adieu l'école! Vivement un emploi!
Elle fréquente un ami, un certain Bob.
Puis c'est Dave,
Ted,
Jæ,
et Harry.*

Qui donc l'aimera suffisamment pour l'épouser?

*Après deux bébés,
Elle rencontre Gary.
L'Église la rejette
Lui dit qu'elle vit dans le «péché».*

*Mariée et mère de trois enfants à vingt ans.
Vous en voulez du stress? En voilà!
Parties et alcool à flot
Pour faire face à la vie. Tel était son lot.*

*Les trois enfants grandissent, un quatrième s'annonce.
Avortement? Pas question! Sa vie est un cauchemar.
Docteur, de grâce, donnez-moi «QUELQUE CHOSE»
Et du Valium de lui prescrire.
Alcool, Valium ou santé mentale «s'il vous plaît».
Ce manège la met à bout.*

*Les trois fils aînés apprennent à faire face à la vie
en prenant de l'alcool ou d'autres drogues.
Le mari aussi lève le coude.
«Comment mettre fin à tout ça?»*

*Elle est tellement SEULE, AFFOLÉE,
Si SEULEMENT on lui tendait la main.*

*La liberté est à portée!
La mort peut venir.
Pilules! Surdose! Accident de voiture!
Peur!
Douleur!
À l'aide!... À l'aide!
Elle souffre tellement.
Qu'on lui permette de recommencer.
Qu'on lui vienne en aide!
La mort a réclamé son père...
Tout ça est tellement triste.*

*Elle sort du manège.
Folie! Comment son cœur peut-il battre.
Valium,
Vin,
Une cigarette qui grille!*

*Sommeil,
Soulagement,
Une chair à vif!*

*Désolée les enfants... Elle n'est plus là.
Sa vie n'était qu'un mirage.*

*Puis vint une main compatissante.
Partager devint une habitude.
De nouveau les enfants, le mari, la vie.
De nouveau une personne, une mère, une épouse.*

*Le mariage ne dura point.
Le décès de sa mère survint,
Mais elle avait appris à faire face
«Sans alcool», sans «béquille».
Vivre à fond et espérer.*

*Se battre pour survivre et
Être heureuse de vivre.
Seule avec son fils cadet, elle affronte la vie,
Elle a la volonté de s'en sortir.*

*Va la vie...
Elle laisse son emploi et retourne à l'école.
Enfin, elle cesse de vivre comme une folle!*

*À quarante-et-un ans, elle commence à vivre.
À treize ans, son fils en fait autant.
«Allons, mon fils, vivons pleinement
Sans alcool, sans drogue et sans crainte!»*

*Et le vent de tourner.
L'AMOUR
entre dans sa vie...
... et lui donne des ailes!
Gratitude pour les oiseaux qui chantent!*

*Elle et son fils obtiennent des «A»
Renforcement positif et fierté!
Les trois autres fils vont plus ou moins bien,
Tout le monde en est chagriné.*

*Puissent-ils apprendre à pleurer
et à vivre leur vie sans peur.*

*Elle a de nouveau un homme dans sa vie.
(rien à voir avec le Prince Charmant!)
Il est là pour tout,
Pour les joies comme pour les peines,
Et pour les petites choses de la vie aussi!*

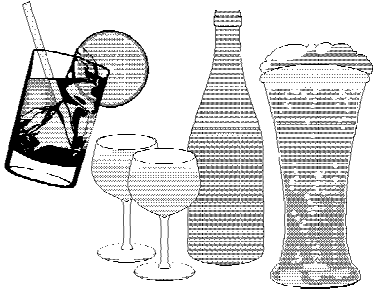
*Telle est l'histoire de sa vie, jusqu'ici.
Elle la relate pour elle-même,
Et pour la fille qui est là, au bar.*

*Aux prises avec la peine.
Aux prises avec la douleur.
L'APPEL À L'AIDE n'est pas loin.
VOUS en valez la PEINE!
Que le sourire revienne.
Il est possible de surmonter la honte.*

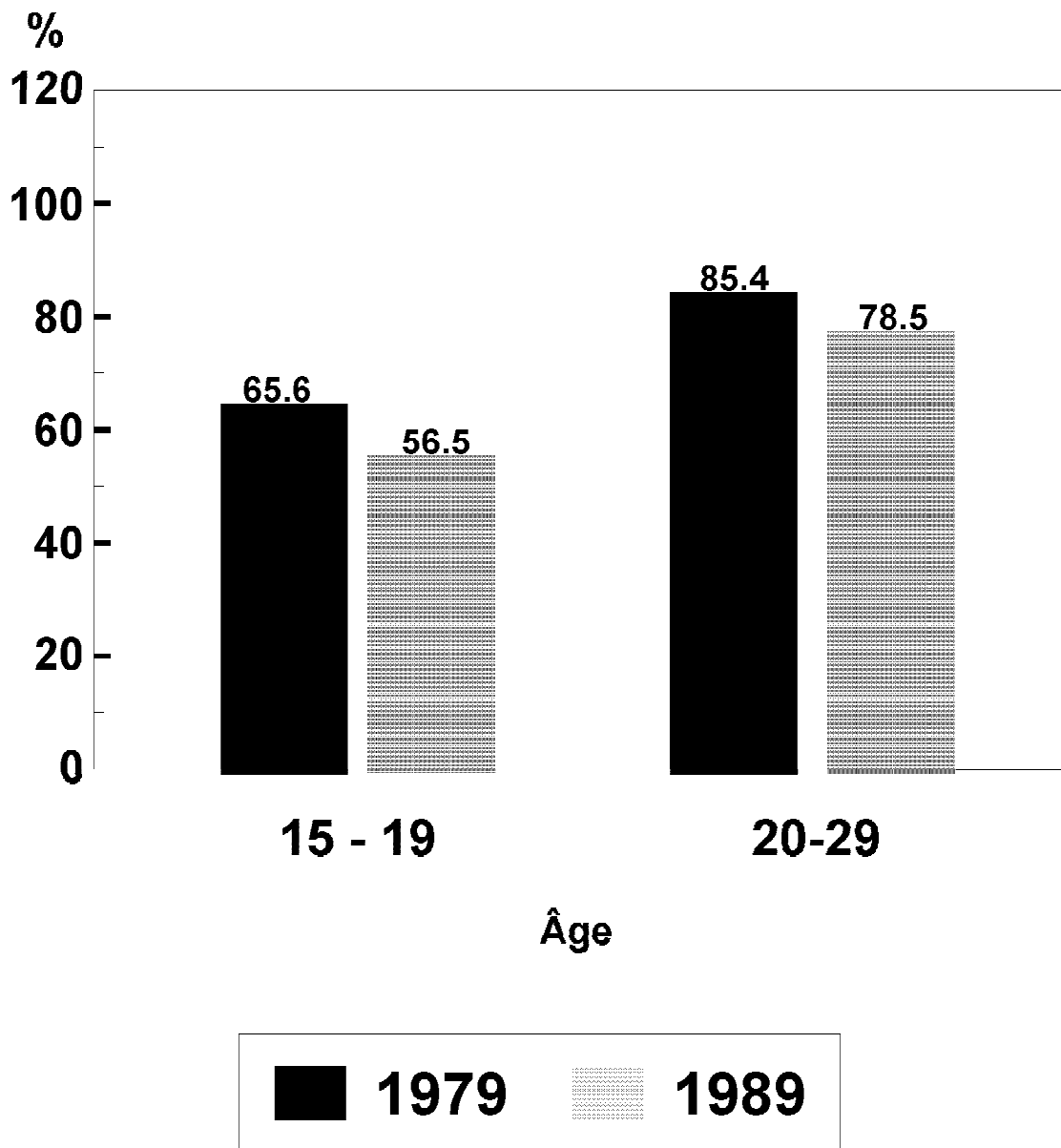
*La vie PEUT être douce à nouveau.
Pleurs,
rires,
et Amour.
Je me sens comme une colombe.
La liberté est proche.
Pas de rendez-vous avec la mort.
Il faut tendre la main
«ELLE» comprendra.*

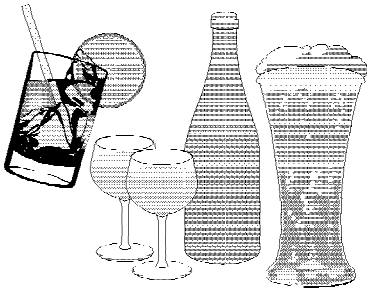
Annexe D-1

Évolution de la consommation

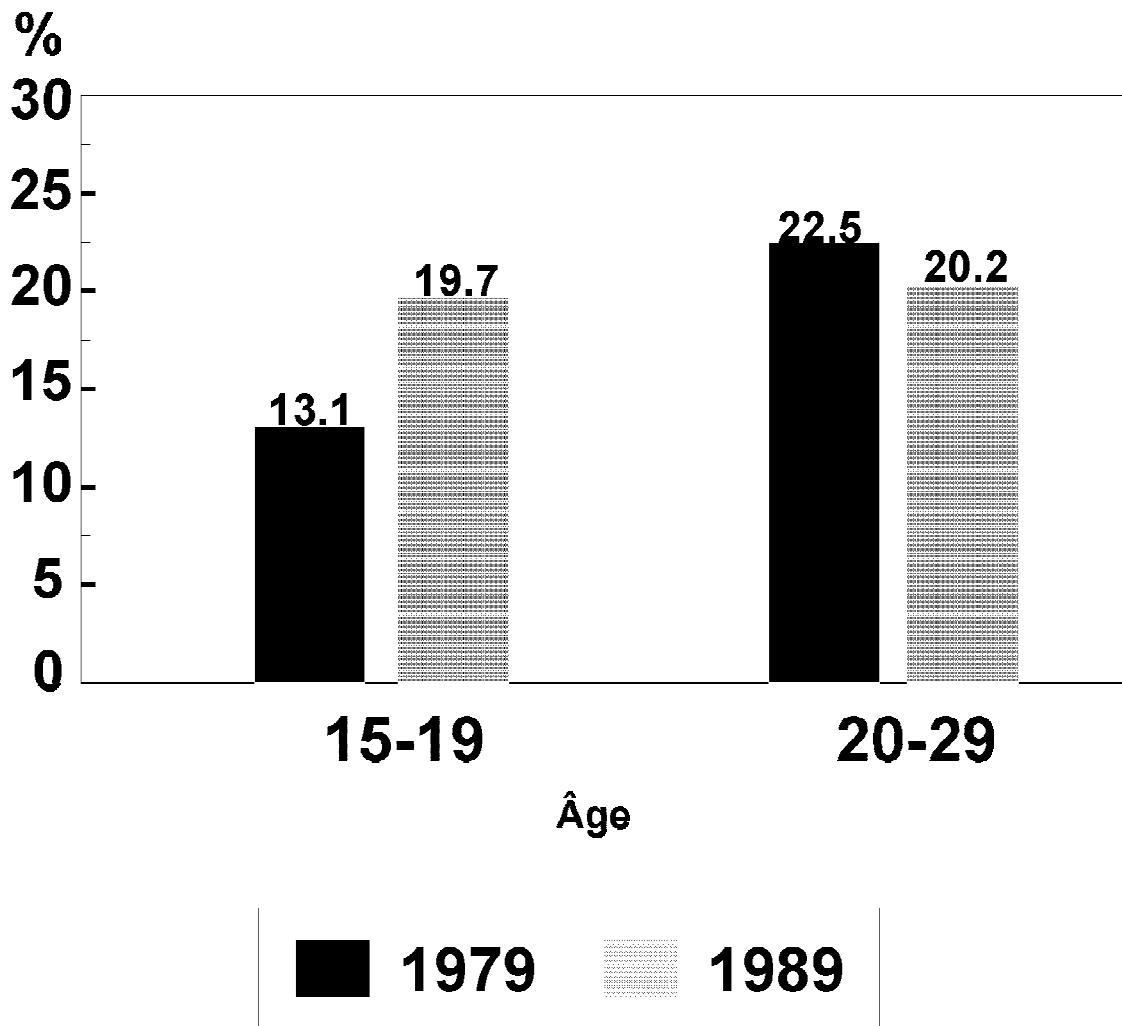


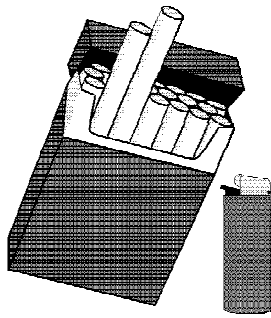
Buveuses actuelles jeunes femmes (15-29)



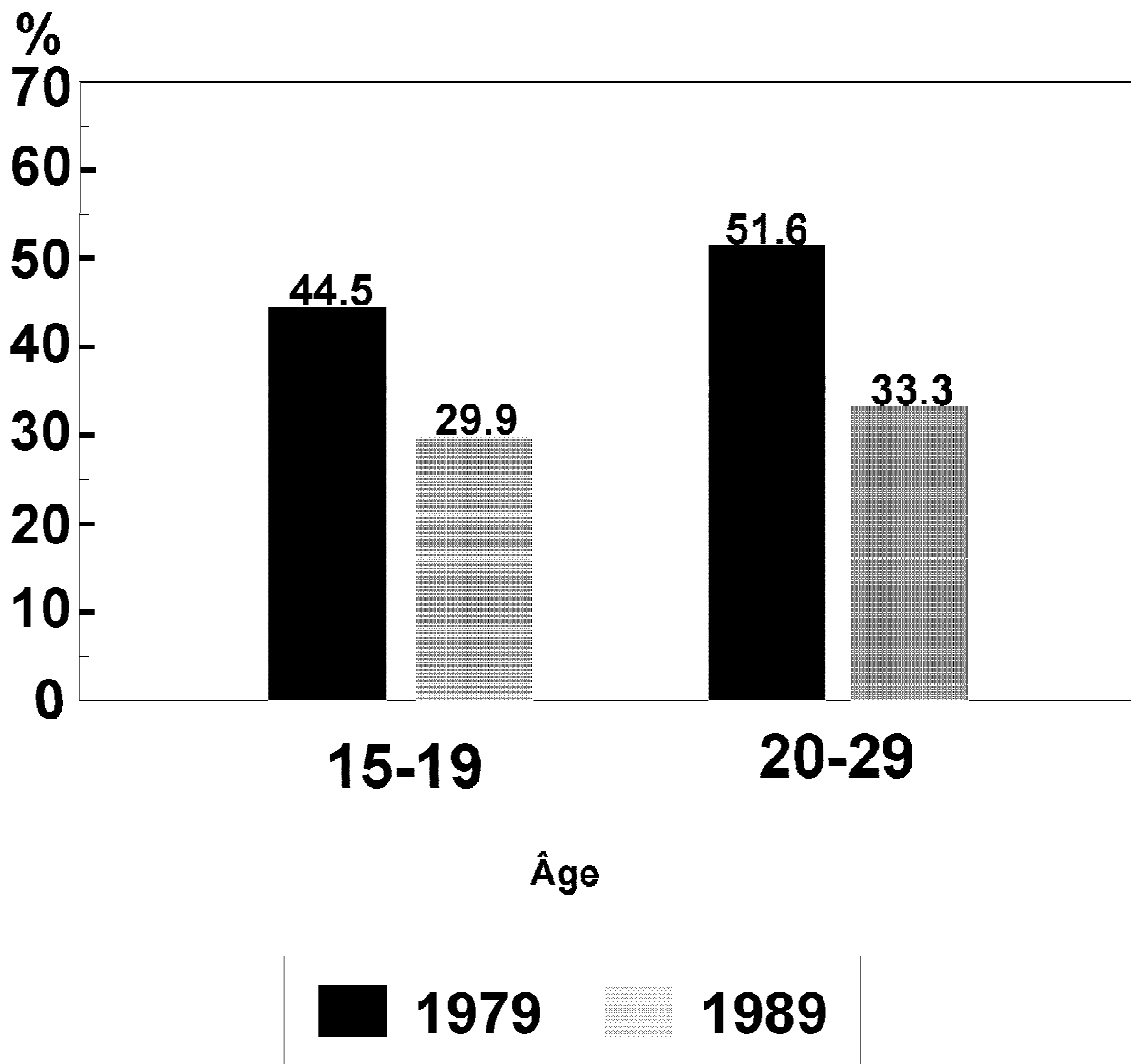


Buveuses excessives, jeunes femmes (15-29)



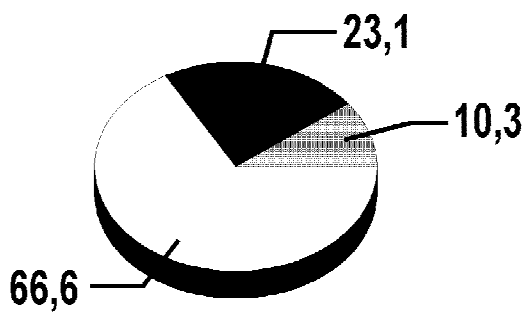


Fumeuses actuelles jeunes femmes (15-29)

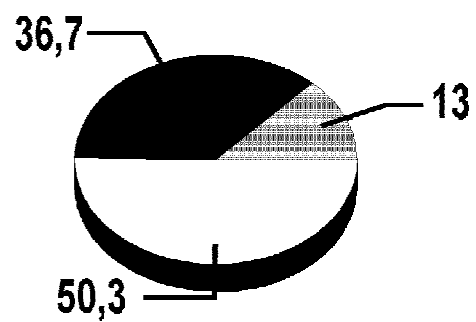




Fumeuses de marijuana jeunes femmes (15-24)

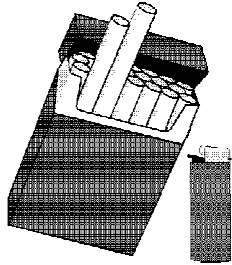


15-19

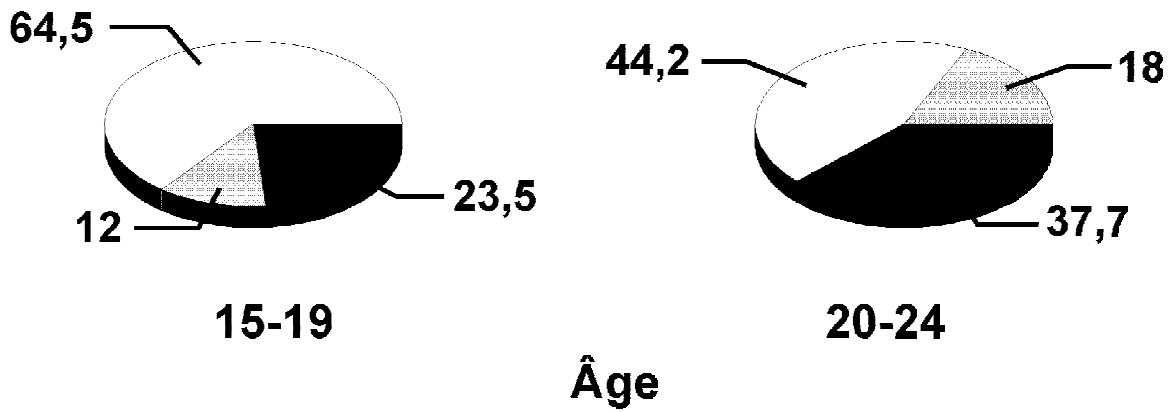


20-24

■ n'ont jamais fumé ■ ont déjà fumé □ fument actuellement



Usage du tabac jeunes femmes (15-24)

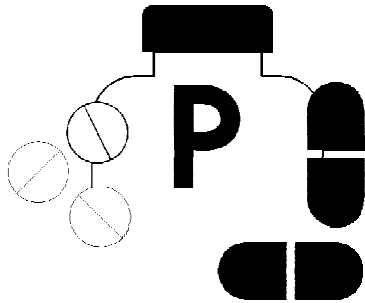


■ n'ont jamais fumé ■ ont déjà fumé □ fument actuellement



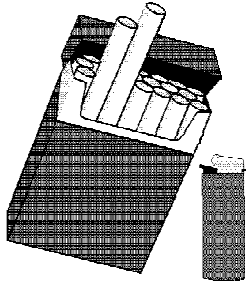
Drogues illégales femmes d'âge mûr (25-64)

		<i>cannabis</i>	<i>cocaïne</i>
Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1989	25-44	6,0	1,8
	35-44	2,9	
	45-54		
	55-64		
Enquête Promotion Santé 1990	25-34	5,0	
	35-44	2,0	
	45-54		
	55-64		

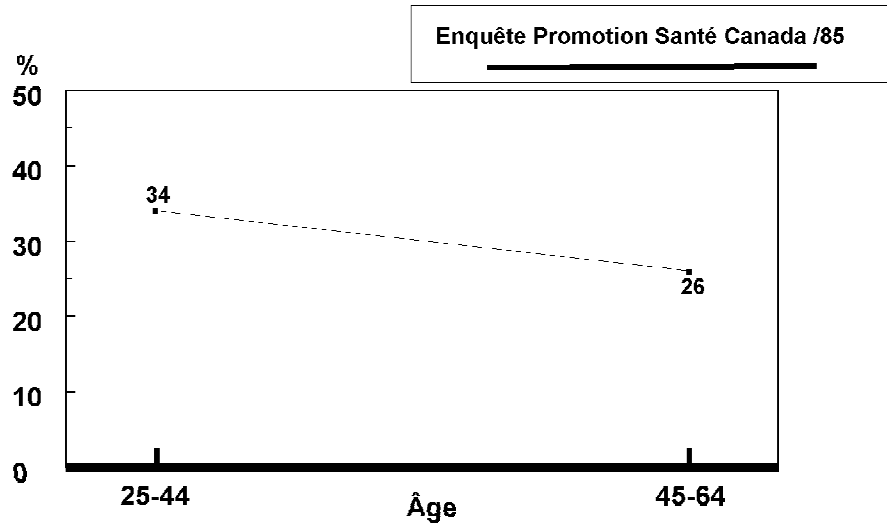
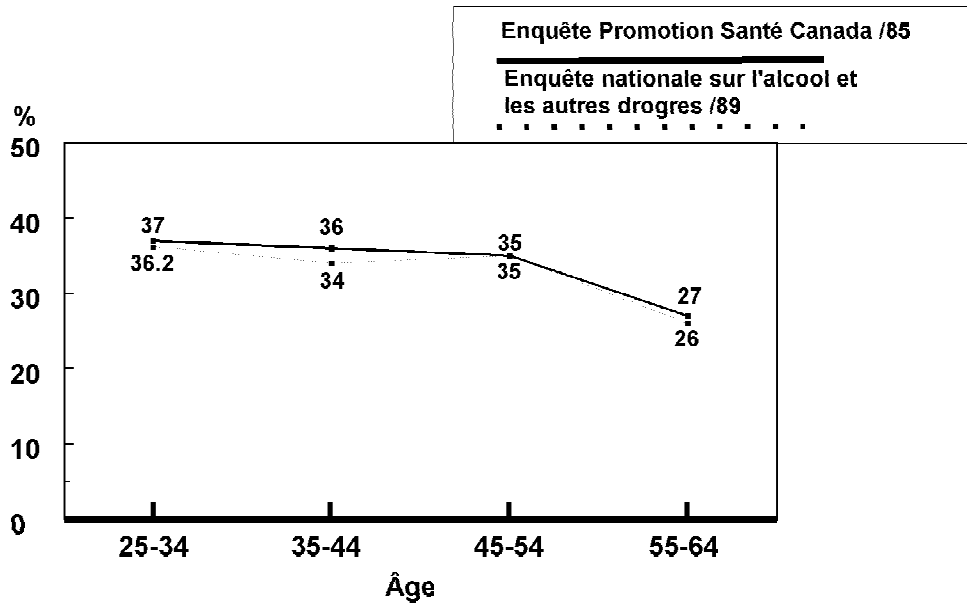


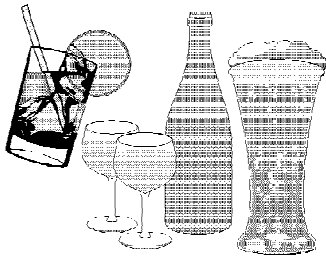
Médicaments d'ordonnance femmes d'âge mûr (25-64)

		<i>tranquillisants</i>	<i>somnifères</i>
Enquête Santé Canada 1979	25-44	5,2	
	45-64	13,7	
Enquête Promotion Santé Canada 1985	25-34	4,7	5,4
	35-44	8,2	8,8
	45-54	10,0	11,7
	55-64	11,7	13,5
Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1989	25-34	1,8	1,6
	35-44	3,5	2,9
	45-54	7,1	7,1
	55-64	9,6	6,2
Enquête Promotion Santé Canada 1990	25-34	4,0	5,0
	35-44	6,0	5,0
	45-54	7,0	8,0
	55-64	7,0	11,0

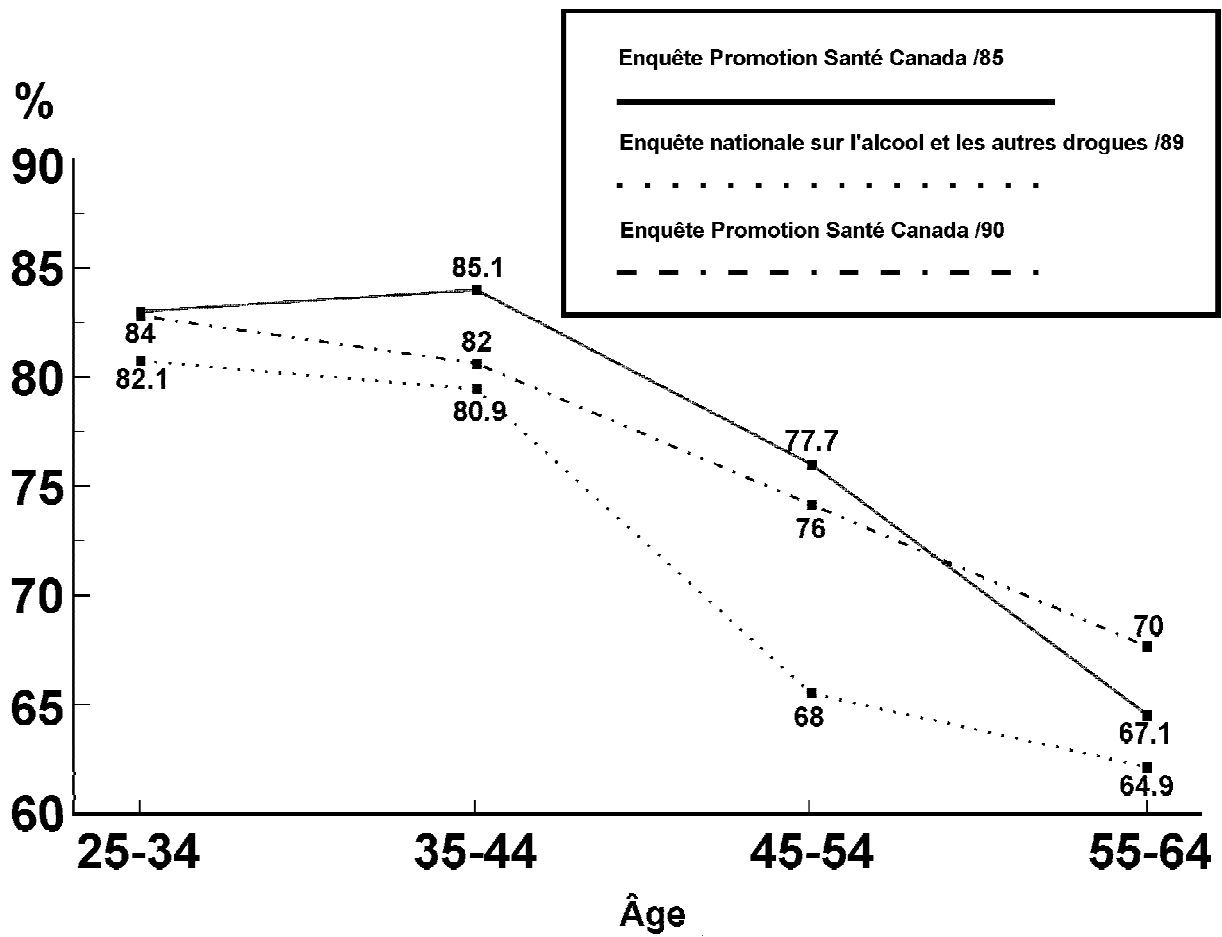


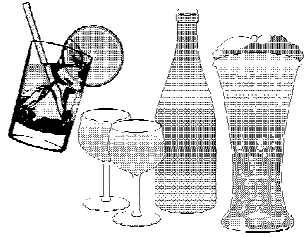
Tabagisme femmes d'âge mûr (25-64)



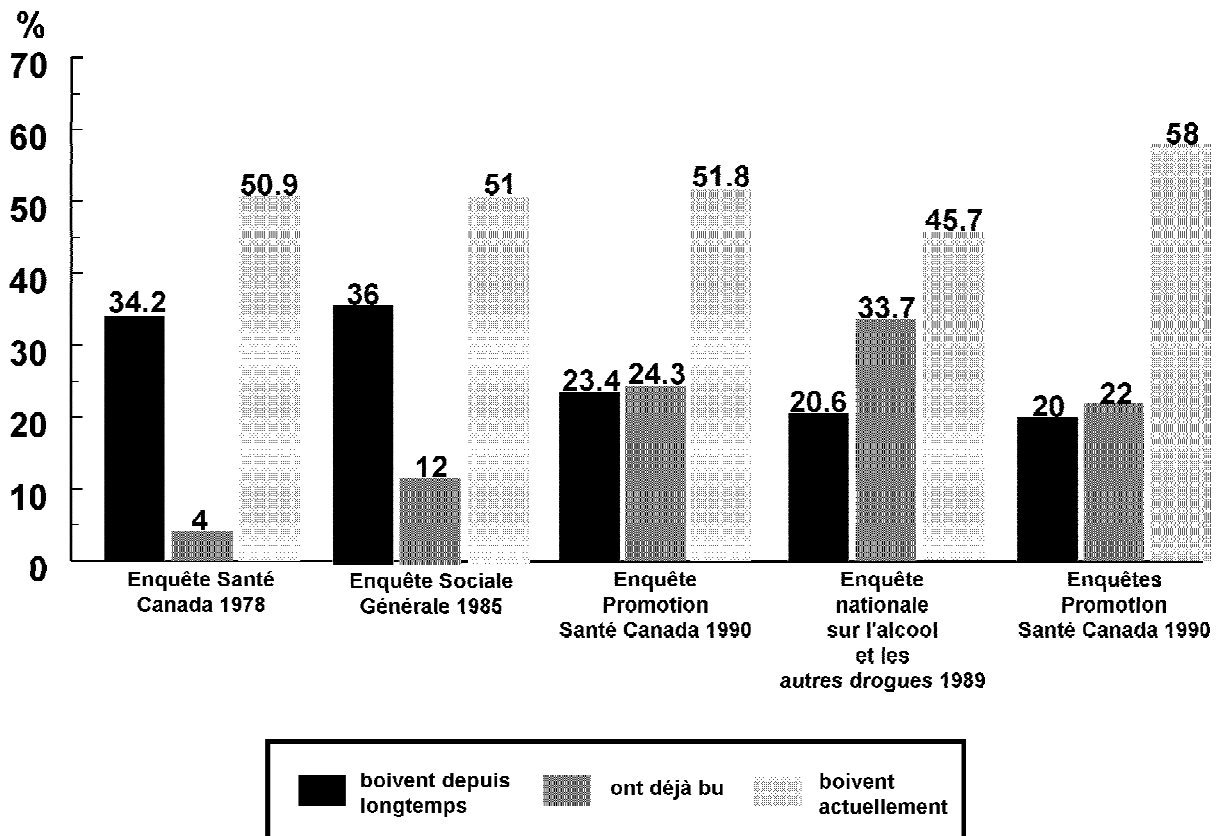


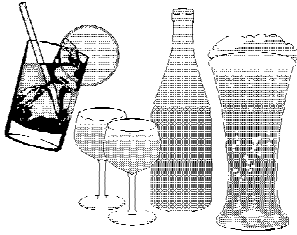
Consommation d'alcool femmes d'âge mûr (25-64)



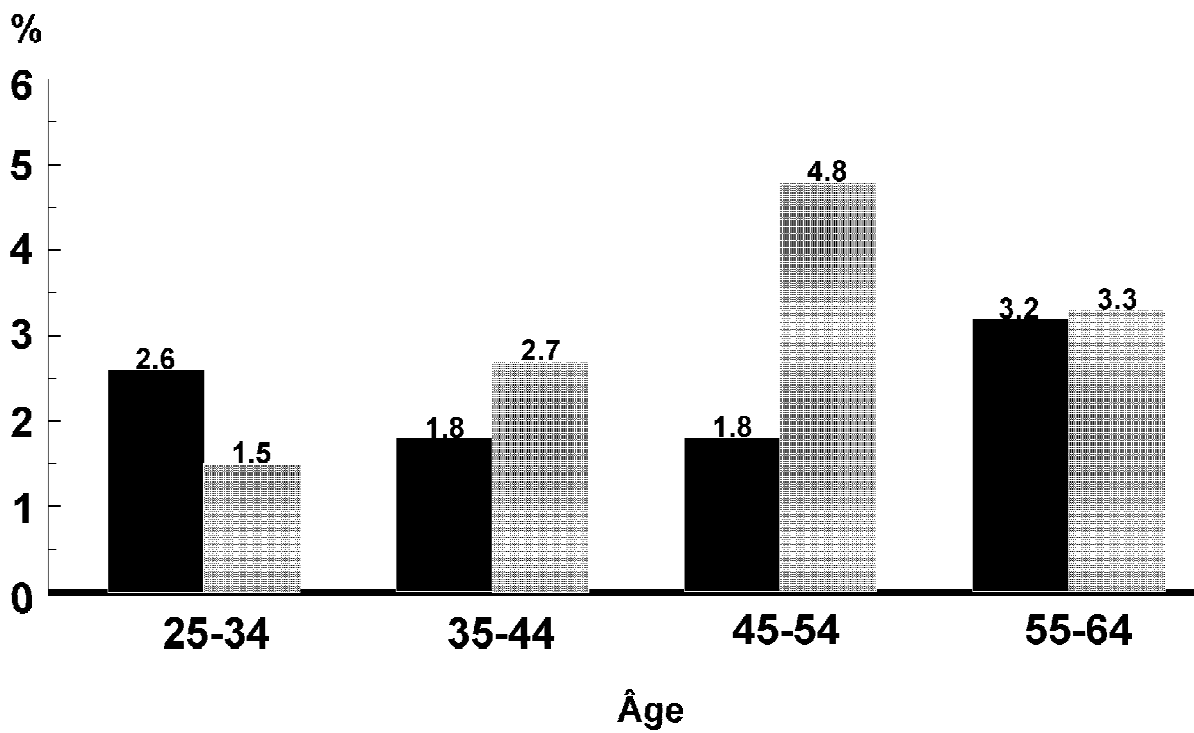


Types de buveuses femmes âgées (65+)

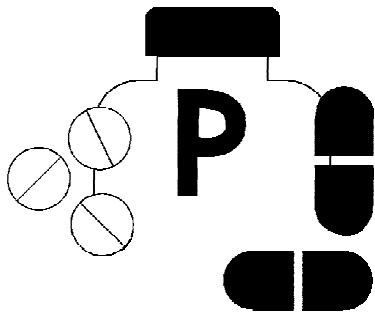




Buveuses prenant 14 ou 15 consommations et + par semaine femmes d'âge mûr (25-64)

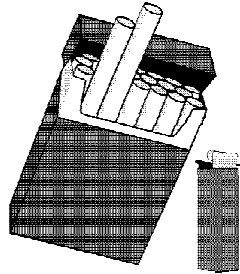


■ Enquête Promotion Santé Canada 1985 ▨ Enquête nationale sur les l'alcool et les autres drogues 1989



Médicaments psychothérapeutiques femmes âgées (65+)

	<i>Tranquilisants</i>	<i>Somnifères</i>	<i>Analgésique narcotique</i>	<i>Anal- gésique</i>	<i>Anti- déresseur</i>
Enquête Santé Canada 1978 (2 jours)	19.7			24.6	
Enquête Promotion Santé Canada 1985 (12 mois)	14.1	22.8			
Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues 1989 (1 mois)	6.8	11.6	4.5		3.2
Enquête Promotion Santé Canada 1990 (12 mois)	11.0	20.0	7.0	70.0	6.0



Usage du tabac femmes âgées (65+)

	<i>Non- fumeuses</i>	<i>Ex- fumeuses</i>	<i>Fumeuses actuelles</i>
Enquête Santé Canada	58.8	11.2	15.0
Enquête sociale générale	67.0	16.0	17.0
Enquête Promotion Santé Canada /85			
Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues	62.6	20.8	16.6
Enquête Promotion Santé Canada /90	51.0	35.0	13.0

Annexe D-2

Les dimensions de l'inégalité

Dimensions de l'inégalité

Les chiffres ci-après illustrent clairement l'inégalité objective des Canadiennes.

- En 1991, le salaire annuel moyen des femmes occupant un emploi à temps plein était de 26 842 dollars, contre 38 567 dollars pour les hommes.
- Le salaire moyen des femmes a augmenté de 14 p. 100 dans la décennie 1980, alors que celui des hommes est resté constant. Cependant, en 1990, malgré une décennie d'équité d'emploi, de progrès en matière d'éducation et de participation accrue à la population active, les gains des femmes ne représentaient encore que 60,3 p. 100 de ceux des hommes.
- Trois membres sur quatre des 10 catégories professionnelles les moins rémunérées sont des femmes; huit membres sur dix des catégories les mieux rémunérées sont des hommes.
- En 1990, la catégorie la moins bien rémunérée était celle du personnel des garderies d'enfants, avec 13 518 dollars.
- En 1990, le revenu moyen des mères de familles monoparentales était de 26 500 dollars. Celui des pères de telles familles était de 40 792 dollars. Il y avait alors 165 245 hommes dans cette situation, contre 788 400 femmes.
- En 1989, seulement 7 p. 100 de tous les professeurs titulaires des universités canadiennes étaient des femmes. Dans les facultés de sciences appliquées et de génie, les femmes ne représentaient que 15 p. 100 des professeurs auxiliaires et des instructeurs, et à peine 1 p. 100 des professeurs titulaires. Même dans les facultés d'éducation, seulement 15 p. 100 des professeurs titulaires étaient des femmes.
- En 1991, 11 p. 100 des femmes de familles à deux parents ayant des enfants d'âge pré-scolaire ont dû s'absenter de leur travail pour des raisons familiales, contre seulement 2 p. 100 des hommes.
- En moyenne, les femmes qui occupent un emploi rémunéré à l'extérieur du foyer consacrent chaque jour près d'une heure et demie de plus que les hommes au travail non rémunéré, notamment au travail domestique, aux soins aux enfants et aux achats du ménage - en moyenne 3,2 heures par jour sur une semaine de 7 jours, contre 1,8 heure.
- Quatre fois plus de femmes disent que 4 tâches domestiques sur 5 relève de leur responsabilité. Leurs principales sont les achats du ménage, l'entretien du domicile, les soins aux enfants et le transport des enfants vers leurs lieux d'activité. Les hommes disent que leur tâche principale est «l'entretien de l'extérieur».
- Dans une proportion de 42 p. 100, les femmes responsables du domicile (soit celles qui assument la responsabilité de l'hypothèque, du loyer, des taxes et de l'entretien) en sont propriétaires, contre 70 p. 100 pour les hommes.

- Les femmes âgées vivant seules font partie des Canadiennes les plus pauvres. Bien que le pourcentage de celle qui vivent dans la pauvreté ait diminué depuis 1980, les femmes constituent une proportion croissante de toutes les personnes âgées à faibles revenus.
- En 1991-1992, les gouvernements, à tous les paliers, ont consacré 1,876 milliard de dollars aux services correctionnels pour adultes. Il y avait alors en moyenne 25 712 personnes purgeant une peine de détention. Il y avait 1 254 femmes détenues dans un établissement provincial, soit 9 p. 100 de la population carcérale provinciale, et 354 dans un établissement fédéral, soit 3 p. 100 de la population carcérale fédérale.
- Les femmes constituent 10 p. 100 de toutes les personnes accusées de crime, et 20 p. 100 de celles accusées de crime contre les biens.
- Le cancer du sein est la première cause de décès chez les Canadiennes de 35 à 54 ans, et la première cause de décès par le cancer chez les femmes de 30 à 74 ans. Moins de 1 p. 100 des budgets de recherche médicale sont consacrés au cancer du sein.

Source: Un nouvel horizon : Éliminer la violence - Atteindre l'égalité. Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes. Ministère des Approvisionnement et Services Canada. 1993. Ottawa. P.16.