



DANS CE NUMÉRO

COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES FEMMES

- 4 Les femmes et le tabagisme :
Une épidémie internationale
- 7 Prescriptions dangereuses?
L'utilisation de la
benzodiazépine chez les
femmes âgées autochtones
- 10 Déterminants sociaux des
inégalités en santé mentale
chez les nouvelles mères
- 13 Le travail non rémunéré de
soignante et le stress des
femmes
- 16 Toxicomanie au féminin :
Certains faits

INTERVENTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES FEMMES

- 16 Encourager le soutien social
pour les femmes vivant avec
une maladie mentale grave
- 19 Relier les systèmes, appuyer le
changement : Les maisons de
transition, les femmes qui
subissent la violence du
partenaire et la consommation
de drogues et d'alcool
- 22 Réinstallation, déplacements
et innovations dans la
réforme de la santé mentale :
Examen des répercussions de
la désinstitutionnalisation
psychiatrique sur les femmes,
les hommes et les collectivités
- 25 Tout faire : Élaboration d'un
soutien intégré pour les
femmes ayant des problèmes
de santé mentale, de
consommation de drogues et
d'alcool ou des problèmes
liés à un traumatisme

LA SANTÉ MENTALE ET DE L'ACCOUTUMANCE CHEZ LES FEMMES

Fusions et acquisitions : Comment les adapter aux femmes

Les femmes et les jeunes filles ont toujours été confrontées à des problèmes propres au sexe et au genre sur les plans de la santé mentale, de la consommation de drogues et d'alcool et de la toxicomanie. Au fil des ans, on a grandement ignoré ces questions, en partie parce que le traitement et la recherche se sont souvent concentrés sur les hommes ou que, dans certains cas, ces problèmes se sont manifestés plus souvent ou ont entraîné des effets plus importants chez les hommes. Toutefois, dans le cadre de plusieurs études de recherche et initiatives stratégiques réalisées récemment au Canada, on a commencé à s'intéresser aux différences entre les réactions des femmes et celles des hommes en ce qui concerne la maladie mentale, la consommation de drogues et d'alcool et la toxicomanie.

On sait très bien qu'il y a une plus grande prévalence de certaines maladies mentales chez les femmes, que les femmes utilisent les services de santé mentale plus souvent que les hommes et que les femmes aimeraient disposer d'une gamme plus étendue de traitements et de choix de soutien que ceux qui sont disponibles à l'heure actuelle. Les femmes ayant un problème de consommation de drogues ou d'alcool ou des troubles concomitants ont souvent des préoccupations ou des besoins différents de ceux des hommes. Cela va dans le sens des différences biologiques entre les femmes et les hommes et des différents rôles sociaux que les hommes et les femmes continuent d'assumer. Par exemple, étant donné que les femmes, en moyenne, sont de plus petite taille que les hommes et ont un taux de masse grasse plus élevé et qu'elles présentent des mécanismes métaboliques différents, une moins grande quantité de substance est souvent nécessaire afin de produire des effets sur l'organisme des jeunes filles et des femmes. Pour ce qui est des rôles sociaux, les femmes assument la plus grande responsabilité vis-à-vis des enfants, ce qui fait que leur consommation de drogues et d'alcool ou leurs difficultés de santé mentale sont perçues différemment par les autorités que celles des hommes et qu'elles font l'objet d'un niveau différent et plus élevé de stigmatisation et de préoccupations sociétales que ces derniers.

Des enjeux comme ceux-ci nous rappellent que nous devons continuer de favoriser la reconnaissance des attributs et des situations propres aux femmes. La publication de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada et les travaux du

SUITE À LA PAGE 3

LE PROGRAMME DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES



Centre d'excellence
pour la santé des femmes -
région de la Colombie-Britannique

**Centre d'excellence pour
la santé des femmes - région
de la Colombie-Britannique**
BC Women's Hospital
and Health Centre
E311 - 4500, rue Oak
Vancouver
(Colombie-Britannique)
Canada V6H 3N1
www.bccewh.bc.ca
Tél. : (604) 875-2633
Télééc. : (604) 875-3716
bccewh@cw.bc.ca



PRAIRIE WOMEN'S HEALTH
CENTRE OF EXCELLENCE

**Centre d'excellence pour
la santé des femmes - région
des Prairies**
56, The Promenade
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3B 3H9
www.pwhce.ca
Tél. : (204) 982-6630
Télééc. : (204) 982-6637
pwhce@uwinnipeg.ca



National Network on
Environments and Women's Health
Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu

**Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu**
Centre d'études sur la santé
Université York
4700, rue Keele
Bureau 214, York Lanes
Toronto (Ontario)
Canada M3J 1P3
www.yorku.ca/nnewh
Tél. : (416) 736-5941
Télééc. : (416) 736-5986
nnewh@yorku.ca



Le Centre d'excellence de l'Atlantique
pour la santé des femmes
Atlantic Centre of Excellence
for Women's Health

**Centre d'excellence pour
la santé des femmes -
région de l'Atlantique**
305 - 5475, chemin Spring Garden
Halifax, (Nouvelle-Écosse)
Canada B3J 3T2
www.acewh.dal.ca
Tél. : (902) 494-7858
Numéro sans frais :
1 888 658-1112
Télééc. : (902) 494-7852
acewh@dal.ca

© 2006 Centres d'excellence pour la santé des femmes
ISSN 1496-3612 Bulletin de recherche des Centres d'excellence pour la santé des femmes
Numéro de convention : 40036219

LES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Lancé en 1996, les Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) et le *Bulletin de recherche* sont financés par Santé Canada (Programme de contribution pour la santé des femmes) et administrés par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes. Ce programme est un volet important de la Stratégie pour la santé des femmes. Chacun des quatre centres, situés à Halifax, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, est un partenariat dynamique entre des universitaires, des chercheuses, des prestataires de soins, des groupes communautaires de femmes et des organismes sur la santé des femmes. Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui est financé en vertu du PCSF, a pour mandat de favoriser le réseautage et les communications à l'échelle nationale.

**Centres d'excellence
pour la santé des femmes**
Bureau pour la santé des femmes
et l'analyse comparative entre les sexes
Santé Canada
Localisateur postal 1903C
3^e étage
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9
Tél. : (613) 952-0795
Télééc. : (613) 941-8592
cwhp@hc-sc.gc.ca
www.hc-sc.gc.ca/femmes



centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES
centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer des numéros antérieurs ou d'autres exemplaires du présent numéro auprès du RCSF.

**Réseau canadien
pour la santé des femmes**
419, avenue Graham
bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Télééc. : (204) 989-2355
Numéro sans frais :
1 888 818-9172
ATS sans frais: 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca



Le Réseau canadien pour
la santé des femmes
Canadian Women's
Health Network

Vous désirez vous abonner?

Le Bulletin de recherche est envoyé gratuitement aux personnes et aux organismes à travers le Canada qui ont un intérêt pour la recherche en santé des femmes. Si vous désirez vous abonner, veuillez communiquer avec le RCSF. (Si vous désirez mettre fin à votre abonnement, faites-le-nous savoir également.)

PRODUCTION

Rédactrice	Ann Pederson
Rédactrice adjointe	Jacqueline Larson
Responsable de la production	Susan White
Traduction française	Le Groupe de traduction Masha Krupp limitée
Correction	Susan White et Caroline D'Arcy
Conception	Folio Design
Impression	Winnipeg Sun Printing Services

Tous les idées dans ce bulletin, y compris les éditoriaux, représentent les opinions des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques officielles de Santé Canada ou des Centres d'excellence pour la santé des femmes.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (CPASST), présidé par le sénateur Michael Kirby, présentent des occasions d'apporter des changements très nécessaires au Canada. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de consommation de drogues et d'alcool font souvent face à la stigmatisation, à l'incompréhension et aux blâmes. Les femmes enceintes ou les mères sont particulièrement stigmatisées si elles ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie et elles signalent qu'elles ont difficilement accès à de l'aide. En fait, l'intervention importune et inappropriée de l'État auprès des femmes enceintes qui consomment des drogues et de l'alcool est un enjeu clé pour les activistes qui militent en faveur de la santé des femmes au Canada. Souvent, les systèmes de soins ne reconnaissent pas le chevauchement entre la santé mentale et la consommation de drogues et d'alcool ou les cas où les deux se produisent l'un sans l'influence de l'autre. Pour les femmes, les soins et les traitements offerts dans le but de régler les problèmes de consommation et de santé mentale ont souvent failli d'intégrer les antécédents de traumatismes et de violence.

Le fait d'avoir échoué à «établir les liens» entre ces éléments est difficile à accepter, compte tenu de la fusion de plus en plus importante entre les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie dans la pratique, la recherche et l'élaboration des politiques. Même si la fusion est utile et efficace pour la recherche et la planification des systèmes, elle risque de faire en sorte que soient négligés ou ignorés les intérêts particuliers d'un groupe de client(e)s ou de fournisseur(euse)s de soins qui pourraient ne pas s'inscrire dans un contexte couvrant des domaines aussi larges. Par exemple, même si la majorité des patient(e)s des établissements psychiatriques fument et devraient, par conséquent, être traité(e)s à la fois pour leur dépendance à la nicotine et leur maladie mentale, la plupart des fumeur(euse)s ne sont pas diagnostiqué(e)s ou ne se considèrent pas eux/elles-mêmes comme ayant un problème de santé mentale.

Dans le présent numéro du *Bulletin de Recherche*, nous nous penchons sur tous ces enjeux – le sexe, le genre et la santé des femmes dans le contexte de la maladie mentale et à la consommation problématique de drogues et d'alcool. Dans les articles, on décrit la consommation de drogues et d'alcool, les traumatismes et le stress présents dans la vie des femmes, et on se penche sur les niveaux plus élevés de traumatisme et de

violence qui contribuent aux problèmes de santé mentale et de consommation de drogues et d'alcool chez les femmes. De plus, on y précise les caractéristiques de la structure économique et sociale du Canada qui créent ou perpétuent les difficultés de santé mentale, comme le travail non rémunéré de soignante et certains aspects de la grossesse et du rôle de mère. Bien des formes de consommation de drogues et d'alcool sont incompatibles avec la réussite de ces rôles, que les femmes décrivent souvent comme une source de stress, d'autant plus qu'elles estiment disposer d'options limitées pour les gérer.

De nombreuses questions stratégiques sont soulevées par les travaux décrits dans le *Bulletin*. Comment la désinstitutionnalisation psychiatrique touche-t-elle différemment les femmes et les hommes? Comment peut-on adapter les politiques classiques de lutte contre le tabagisme en fonction du genre et de la diversité afin de réduire davantage le tabagisme chez les groupes vulnérables tant au Canada qu'à l'étranger? De quelle façon nos programmes de soutien nationaux peuvent-ils mieux tenir compte des coûts pour la santé que subissent les femmes en raison de leur rôle de soignante?

Il se peut que la fusion des questions liées à la santé mentale et à la toxicomanie soit une bonne chose si nous œuvrons dans le but de nous assurer qu'elle amène une perspective qui tient compte des complexités de la vie des femmes, des multiples facteurs qui contribuent à la santé mentale ou à la toxicomanie et de l'interactivité des approches de traitement. Il faut évaluer les politiques visant à répondre à l'un ou à l'autre de ces phénomènes (ou aux deux) en fonction de leur degré d'adaptation aux femmes. Contribuent-elles à améliorer l'accès aux soins, diminuent-elles la stigmatisation, tiennent-elles compte, avec sensibilité, de la grossesse, du rôle de mère et de fournisseuse de soins, reflètent-elles l'incidence particulière des traumatismes et de la violence interpersonnelle et s'attaquent-elles à la question du fardeau de la pauvreté, qui est plus lourd chez les femmes que chez les hommes? Le défi est grand, mais la vision est claire.

Lorraine Greaves

Directrice générale, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Les femmes et le tabagisme : Une épidémie internationale

Natasha Jategaonkar et Lorraine Greaves, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Le tabagisme est de plus en plus une épidémie mondiale. À l'heure actuelle, 1,1 milliard de personnes dans le monde entier fument, et on s'attend à ce que ce nombre passe à 1,6 milliard d'ici 2025¹. Même si, dans l'ensemble, le taux de tabagisme diminue dans certains pays développés, y compris le Canada, il augmente dans un grand nombre de pays en développement, particulièrement chez les femmes. D'ici 2020, 20 % des femmes fumeront dans le monde². Étant donné le taux de tabagisme qui monte en flèche chez les femmes, la vulnérabilité des femmes aux maladies connexes et le manque de connaissances sur les effets des politiques de lutte contre le tabagisme sur la vie des jeunes filles et des femmes, il est évident que le monde est à deux doigts d'une épidémie internationale de morbidité et de mortalité féminines en raison du tabagisme chez les femmes.

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB) collabore avec Santé Canada, le réseau International Network of Women Against Tobacco (INWAT), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'American Cancer Society et Cancer Research UK sur plusieurs projets qui examinent différents aspects du rôle des femmes dans la consommation et la production de tabac, les effets du tabagisme sur la santé des femmes et les répercussions des efforts de lutte contre le tabagisme chez les jeunes filles et les femmes du monde entier.

Répercussions des politiques sur le tabagisme sur les jeunes filles et les femmes

Des politiques exhaustives de lutte contre le tabagisme ont été mises en œuvre à grande échelle dans plusieurs pays développés et sont en voie de l'être dans les pays en développement. Toutefois, ces politiques n'ont pas réussi à démontrer comment et dans quelle mesure les initiatives de lutte contre le tabagisme peuvent toucher différemment les jeunes filles et les femmes, en particulier celles qui sont marginalisées en raison de facteurs sociaux et/ou économiques.

Le travail réalisé en ce moment au CESFCB vise à évaluer les effets de politiques complètes de lutte contre le tabagisme sur les femmes autochtones, les jeunes femmes enceintes, les femmes provenant de diverses communautés ethniques et les femmes au faible statut socioéconomique. Nous examinons également les liens entre les efforts de lutte contre le tabagisme et les autres politiques gouvernementales, y compris le logement social et l'aide sociale. En examinant explicitement les conséquences des autres politiques sur les divers aspects de la santé et du mieux-être des jeunes filles et des femmes et en offrant des suggestions sur l'élaboration et l'évaluation des politiques et des programmes de lutte contre le tabagisme axés sur le genre et destinés aux jeunes filles et aux femmes vulnérables, ces projets permettront de rehausser les mécanismes de politiques visant à réduire le tabagisme chez les femmes.

Jusqu'à maintenant, la majorité des études sur les effets des politiques de lutte contre le tabagisme ont porté sur la population en général et très peu se sont penchées sur les effets propres au genre. Néanmoins, nous pouvons parfois extraire des résultats qui tiennent reflètent les répercussions différentes des politiques de lutte contre le tabagisme sur les divers sous-groupes de jeunes filles et de femmes. Par exemple, la documentation portant sur la restriction des ventes fait remarquer que les jeunes filles sont moins susceptibles de tenter d'acheter des cigarettes que les garçons³, mais qu'elles sont plus susceptibles que ces derniers d'obtenir des cigarettes de sources non commerciales⁴. Aux États-Unis, les adolescent(e)s latino-américain(e)s sont plus susceptibles d'acheter des cigarettes que les adolescent(e)s de race blanche, et les jeunes filles latino-américaines sont plus susceptibles de réussir que les jeunes garçons latino-américains⁵.

En examinant la différence entre les genres relativement à l'augmentation des taxes sur le tabac, nous avons remarqué des résultats divergents. Farrelly et ses collègues ont signalé que les femmes aux États-Unis réagissent davantage au prix

que les hommes⁶. Borren et Sutton ont également fait état d'une plus grande réaction face au prix chez les femmes d'un échantillon provenant du Royaume-Uni, mais Stephens et autres ont trouvé une réaction égale au prix chez les femmes et les hommes du Canada⁷.

Les données sur les différences entre les genres quant aux répercussions des restrictions relatives à l'usage du tabac dans certains lieux sont limitées. Gritz et ses collègues ont réalisé une étude en vue d'évaluer les répercussions d'une intervention dans le lieu de travail. Ils/Elles mentionnent que, à la suite de l'intervention, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles consommaient moins de cigarettes par jour, mais qu'elles faisaient un moins grand nombre de tentatives afin d'arrêter de fumer⁸. On n'a observé aucune différence dans la proportion de femmes et d'hommes qui ont réussi à arrêter de fumer.

Intégration de la lutte contre les maladies pulmonaires dans le programme mondial de santé des femmes

La santé pulmonaire reste un enjeu insuffisamment reconnu dans les limites du mouvement mondial de la santé des femmes. L'épidémie mondiale de tabagisme chez les femmes a modelé la compréhension que l'on a maintenant des maladies pulmonaires des femmes. C'est-à-dire que l'on a déterminé que le tabagisme, y compris la fumée secondaire, était généralement le principal facteur, ou le facteur le plus important, des maladies pulmonaires chez les femmes. Toutefois, l'exposition professionnelle aux polluants et l'utilisation du biocarburant pour la cuisson sont également des causes importantes de maladies pulmonaires, surtout chez les femmes des pays en développement.

Les chercheur(euse)s du CESFCB, de l'University of British Columbia et du St. Paul's Hospital à Vancouver ont mis au point un programme de recherche collaboratif et interdisciplinaire qui se penche particulièrement sur l'enjeu du genre et la broncho-pneumopathie chronique obstructive

(BPCO). Ce groupe, Renforcement de la capacité interdisciplinaire : Vers l'excellence dans les maladies respiratoires et les études sur le genre, ou ICEBERGS (financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)), vise à accroître la sensibilisation aux aspects de la BPCO liés au genre et à améliorer le diagnostic et le traitement de la BPCO et des maladies respiratoires en général chez les femmes. Une série de projets sont présentement en cours, y compris un projet visant à examiner les effets des biocarburants sur la santé des poumons chez les Mexicaines et une étude portant sur les politiques et les programmes sur la santé des poumons dans le monde entier au sujet de leur sensibilité au genre et à la diversité.

Comment peut-on arrêter la propagation du tabagisme chez les femmes du monde entier?

Tous ces enjeux, et bien d'autres, seront traités dans un rapport à paraître, intitulé *Responding to the Global Tobacco Epidemic among Women*, qui sera préparé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique en partenariat avec le réseau International Network of Women Against Tobacco (INWAT)⁹. La publication donnera un aperçu des tendances mondiales sur le plan du tabagisme chez les femmes, y compris le contexte social dans lequel elles surviennent, des renseignements à jour sur les effets nuisibles du tabac sur la santé des femmes tout au long du cycle de vie, un aperçu du rôle des femmes dans la culture, la fabrication et la commercialisation du tabac ainsi qu'un commentaire sur la façon dont les traités internationaux sur les droits de la personne (comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), adoptée en 1979 par l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGA), la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, adoptée en 1989, et la Convention-cadre de lutte contre le tabagisme (CCLT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)) peuvent faire avancer la lutte contre le tabagisme. Le rapport, qui sera lancé dans le cadre de la World Conference on Tobacco or Health, qui aura lieu

■ D'ici 2020, 20 % des femmes fumeront dans le monde.

■ L'exposition professionnelle aux polluants et l'utilisation du biocarburant pour la cuisson sont également des causes importantes de maladies pulmonaires, surtout chez les femmes des pays en développement.

à Washington, DC, en juillet 2006, se terminera par un chapitre de ressources portant sur la façon d'utiliser l'analyse de la diversité entre les genres dans le cadre de l'élaboration des politiques et des programmes contre le tabagisme dans les pays qui en sont à des étapes différentes de l'épidémie.

Une deuxième analyse, réalisée par le CESFCB pour l'Organisation mondiale de la Santé, traite des possibilités d'intégrer la sensibilisation au genre et à la diversité dans le cadre de l'adoption de la CCLT, qui est le premier traité international de santé publique au monde. Ce rapport sera publié en 2006 par l'OMS et servira aux États membres en vue d'intégrer les facteurs relatifs au sexe, au genre et à la diversité dans la surveillance et l'élaboration des politiques et

des programmes de lutte contre le tabagisme dans toutes les régions du monde.

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique a une unité solide et dévouée consacrée à la recherche, à l'élaboration des politiques et à l'amélioration des pratiques exemplaires et des interventions cliniques afin de mieux répondre à la question du tabagisme chez les jeunes filles et les femmes et aux enjeux liés au genre. Nous sommes engagées à poursuivre notre engagement de partenariat avec les militant(e)s de la lutte contre le tabagisme et les défenseurs de la santé des femmes du monde entier dans le but de réduire la progression de cette épidémie mondiale.

NOTES

1. P. Jha et F. J. Chaloupka, *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Washington, DC, The World Bank, 1999.
2. J. Mackay et M. Eriksen, *The Tobacco Atlas*, Genève, OMS, 2002. Adresse Internet : www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/fr/.
3. M. W. Hinds, «Impact of a local ordinance banning tobacco sales to minors», dans *Public Health Reports*, vol. 107, n° 3, 1992, p. 355-358.
4. B. C. Castrucci, K. K. Gerlach, N. J. Kaufman et C. T. Orleans, «Adolescents' acquisition of cigarettes through noncommercial sources», dans *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, n° (4), 2002, p. 322-326.
5. E. A. Klonoff, H. Landrine et R. Alcaraz, «An experimental analysis of sociocultural variables in sales of cigarettes to minors», dans *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 5, 1997, p. 823-826.
6. M. C. Farrelly, J. W. Bray, T. Pechacek et T. Woollery, «Response by adults to increases in cigarette prices by sociodemographic characteristics», dans *Southern Economic Journal*, vol. 68, n° 1, 2001, p. 156-165.
7. P. Borren et M. Sutton, «Are increases in cigarette taxation regressive?», *Health Economics*, vol. 1, n° 4, 1992, p. 245-253. T. Stephens, L. L. Pederson, J. J. Koval et J. Macnab, «Comprehensive tobacco control policies and the smoking behaviour of Canadian adults», dans *Tobacco Control*, vol. 10, n° 4, 2001, p. 317-322.
8. E. R. Gritz, B. Thompson, K. Emmons, J. K. Ockene, D. F. McLerran et I. L. Nielsen, «Gender differences among smokers and quitters in the Working Well Trial», dans *Preventive Medicine*, vol. 27, n° 4, 1998, p. 553-561.
9. La rédaction de ce document a été rendue possible grâce à une subvention de Santé Canada et est appuyée en partie par l'American Cancer Society.

Prescriptions dangereuses? L'utilisation de la benzodiazépine chez les femmes âgées autochtones

Amy Salmon, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Les chercheur(euse)s apportent de plus en plus de données montrant comment les inégalités permanentes liées au genre, à la santé et au domaine social peuvent créer des problèmes de santé mentale aux aînées autochtones et les perpétuer. Un exemple de longue date est la prescription excessive de benzodiazépines chez les femmes âgées autochtones. Conçues pour régler les problèmes de sommeil et d'anxiété et les troubles connexes, les benzodiazépines sont souvent prescrites de façon inappropriée aux femmes qui font face à des situations difficiles de la vie, comme du stress dans leur vie professionnelle ou familiale, de lourdes responsabilités liées à la prestation de soins, le deuil, les maladies aiguës ou chroniques, la douleur physique ou l'adaptation à un changement important dans la vie¹. Pour les femmes autochtones, ces problèmes sont aggravés par l'héritage de la colonisation, qui est associé aujourd'hui, dans le cas des femmes âgées autochtones, à des taux plus élevés de pauvreté, de violence, de monoparentalité, de veuvage et d'incapacité².

Lorsque les femmes s'adressent à un médecin afin de régler les sentiments d'anxiété, de dépression ou d'insomnie qui découlent de leur expérience de vie, ces médecins leur prescrivent souvent de la benzodiazépine. La corrélation entre les antécédents de traumatisme et de mauvais traitements et le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) – le problème de santé mentale diagnostiqué le plus souvent chez les survivant(e)s du système de pensionnats indiens du Canada – peut également exposer les aîné(e)s autochtones à la consommation de benzodiazépines parce que ce médicament est souvent prescrit pour «traiter» le SSPT³. On retrouve également le SSPT chez les survivant(e)s de violences graves et sexuelles, dont les femmes autochtones sont trois fois plus souvent victimes que les femmes et les hommes non autochtones⁴. En raison du manque de services de santé adaptés à la culture, les femmes autochtones peuvent faire l'objet d'une prescription inappropriée de benzodiazépines. Par exemple,

la plupart des outils d'évaluation de la santé mentale actuels ne sont pas adaptés culturellement et/ou ne se prêtent pas à une évaluation exacte de l'état de la santé mentale des aîné(e)s autochtones⁵. De surcroît, le fait que les professionnel(le)s de la santé non autochtones peuvent mal interpréter les comportements manifestés par les femmes âgées autochtones peut entraîner un mauvais diagnostic de psychopathologie et conduire au sous-traitement ou au traitement excessif de la «maladie» mentale soupçonnée⁶.

Les benzodiazépines sont des déprimeurs du système nerveux central, et on a démontré qu'elles causent des effets secondaires importants, y compris la sédation excessive, les troubles de mémoire et d'apprentissage, la dépression, l'atténuation des émotions et l'agression paradoxale. Elles créent également une forte accoutumance. À cause de ces caractéristiques, les benzodiazépines sont conçues pour être utilisées pendant une courte période, tout au plus durant quatre semaines⁷.

Toutefois, une personne sur dix au Canada déclare avoir utilisé de la benzodiazépine au moins une fois par an et en avoir pris pendant au moins un an⁸. Les femmes et les personnes âgées sont les deux groupes les plus susceptibles de se voir prescrire des benzodiazépines et sont également les deux groupes les plus vulnérables à leurs effets indésirables⁹. Des études ont démontré que les femmes sont deux fois plus susceptibles de se faire prescrire des benzodiazépines que les hommes¹⁰. Même si nous ignorons comment les Autochtones utilisent les benzodiazépines par rapport aux non-Autochtones, il semble que l'écart entre les genres pour ce qui est de la prescription de benzodiazépines puisse être beaucoup plus large chez les Autochtones. Une étude réalisée récemment sur la consommation de benzodiazépines chez les Indiens inscrits des Premières Nations vivant dans les provinces de l'Ouest a permis de constater qu'environ les deux tiers des prescriptions de benzodiazépines étaient destinées aux femmes¹¹. Le nombre moyen de prescriptions

■ En raison du manque de services de santé adaptés à la culture, les femmes autochtones peuvent faire l'objet d'une prescription inappropriée de benzodiazépines.

était de 7,7 par année, ce qui dépasse de beaucoup le seuil de faible risque¹². En raison des répercussions graves sur la santé de l'utilisation à long terme des benzodiazépines, il faut prêter attention à ces chiffres.

Benzodiazépines et blessures causées par les chutes

Les benzodiazépines ont un lien bien établi avec les blessures causées par les chutes chez les personnes âgées¹³. Il en est ainsi parce que les benzodiazépines peuvent nuire à la mémoire, aux fonctions cognitives et à l'équilibre, et ce, même si elles sont prescrites à des seuils à faible risque. Dans une étude réalisée récemment sur le risque de fractures chez les membres des Premières Nations, on a constaté des taux beaucoup plus élevés de fractures en tous genres chez ces derniers que chez les personnes non autochtones¹⁴. Lorsque tous les types de fractures étaient pris en compte, il y avait un modèle important de risques accrus chez les femmes des Premières Nations qui étaient plus âgées. Cela laisse supposer qu'il est possible que les femmes âgées autochtones soient particulièrement exposées aux blessures compte tenu de leur vulnérabilité aux fractures en général et de l'effet combiné du risque associé aux chutes pendant qu'elles utilisent les benzodiazépines.

Surdoses

Les benzodiazépines sont également les substances le plus souvent en cause dans les surdoses de médicaments¹⁵, qui surviennent le plus souvent dans les cas de consommation de benzodiazépines en association avec d'autres drogues, comme l'alcool. Même si l'on ignore si le taux de consommation d'alcool chez les Autochtones est plus élevé que celui qui est observé dans la population non autochtone au Canada, les femmes Autochtones et les chefs des collectivités autochtones ont mentionné que la consommation problématique d'alcool était un sujet de préoccupation important¹⁶. Selon les statistiques canadiennes, de 30 % à 75 % des personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool consomment

également des benzodiazépines de façon régulière¹⁷. Ces interactions peuvent être mortelles.

Enjeux du sevrage

Lorsque les femmes veulent arrêter d'utiliser des benzodiazépines, elles constatent souvent que le sevrage est mal géré, ou ne l'est pas du tout¹⁸. On devrait procéder graduellement au sevrage des benzodiazépines afin d'éviter les convulsions, l'anxiété graves, les crises de panique et les autres symptômes qui peuvent survenir au cours d'un sevrage brutal. Ce processus nécessite l'intervention de professionnel(le)s formé(e)s et le recours à des cliniques spécialisées de sevrage des benzodiazépines, car les autres unités de désintoxication ne conviennent pas¹⁹. Pour les aîné(e)s autochtones, les risques qui accompagnent le sevrage des benzodiazépines peuvent être aggravés par le manque de services communautaires en santé mentale appropriés, en particulier ceux qui sont conçus pour répondre aux préoccupations liées aux problèmes de santé mentale immédiats et aigus des victimes du système de pensionnats indiens et des personnes qui vivent dans des régions rurales et éloignées²⁰.

Les chercheuses du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique ont récemment terminé deux rapports qui ont jeté un éclairage sur la question de la prescription des benzodiazépines pour soulager l'anxiété et les problèmes connexes chez les femmes et les hommes âgé(e)s autochtones et inuits²¹. Dans ces rapports, on conclut qu'il faut accroître de toute urgence les efforts de recherche afin d'affronter efficacement cette nouvelle crise du domaine de la santé. De plus, on laisse entendre que la clé de la prévention de la consommation et de la prescription excessives de benzodiazépines réside dans le traitement des inégalités qui constituent des facteurs déterminants de la santé mentale des femmes âgées autochtones et dans la mise en œuvre de programmes de santé mentale communautaires et complets.

NOTES

1. J. Currie, *Manufacturing addiction: The overprescription of benzodiazepines and sleeping pills to women in Canada*, Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2003. Adresse Internet : www.bcewh.bc.ca/policy_briefs/Benzo_Brief/benzobriefv3.pdf.
N. Poole et C. A. Dell, *Toxicomanie au féminin*, Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique et Toronto, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
2. M. Stout et D. Kipling, *Les femmes autochtones au Canada : orientations de la recherche stratégique en vue de l'élaboration de politiques*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1998.
3. G. Chaimowitz, «Aboriginal mental health—Moving forward», dans *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 45, n° 7, 2000, p. 605-607. R. Corrado et E. Cohen, *Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2003. L. K. Jacobsen, S. M. Southwick et T. R. Kosten, «Substance use disorders in patients with post-traumatic stress disorder», dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 8, 2001, p. 1184-1190. Commission royale sur les Peuples autochtones (CRPA), «Vers un ressourcement», dans *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, 1996, chapitre 4.
4. Centre national d'information sur la violence et la famille, *La violence familiale au sein des collectivités autochtones : Une perspective autochtone*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 1996. Adresse Internet : www.phac-aspc.gc.ca/nfcv-cnivf/violencefamiliale/html/fvavor_f.html.
5. X. Cattarinich, N. Gibson et A. J. Cave, «Assessing mental capacity in Canadian Aboriginal seniors», dans *Social Science and Medicine*, vol. 53, n° 11, 2001, p. 1469-1479.
6. Cattarinich et coll., 2001.
7. A. Gordon, *Common Questions about Benzodiazepine Risks*, 2001. Adresse Internet : www.benzo.org.uk/camh.htm. Therapeutics Initiative, *Use of Benzodiazepines in BC: Is It Consistent with Recommendations?*, Vancouver, Department of Pharmacology and Therapeutics, University of British Columbia (UBC), 2004. Adresse Internet : www.ti.ubc.ca/PDF/54.pdf.
8. Therapeutics Initiative, 2004.
9. Therapeutics Initiative, 2004.
10. Currie, 2003.
11. J. F. Anderson et K. L. McEwan, «Utilization of common analgesic and anxiolytic medications by registered First Nations residents of western Canada», dans *Substance Use and Misuse*, vol. 35, n° 4, 2000, p. 601-616.
12. Anderson et McEwan, 2000.
13. Santé Canada, *Vieillesse et aînés : Prévention des blessures non intentionnelles chez les aînés*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2002.
14. W. D. Leslie, S. Derksen, C. Metge, L. M. Lix, E. A. Salamon, S. P. Wood et coll., «Fracture risk among First Nations people: A retrospective matched cohort study», dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 171, n° 8, 2004, p. 869-873.
15. Gordon, 2001.
16. Stout et Kipling, 1998. CRPA, 1996.
17. Gordon, 2001.
18. H. Ashton, *Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw*, 2002. Adresse Internet : www.benzo.org.uk/manual/bzcha01.htm.
19. Ashton, 2002.
20. V. Smye et B. Mussell, *Aboriginal Mental Health: What Works Best*, Vancouver, UBC, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, 2005. Document de travail. Adresse Internet : www.mheccu.ubc.ca/documents/publications/discussion-paper.pdf.
21. Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, *Benzodiazepine Use and Mental Health Issues in the First Nations and Inuit Population Aged 65+: A Review of the Literature*, Ottawa, Santé Canada, 2005. Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, *Benzodiazepine Use and Mental Health Issues in the Older Aboriginal Population: A Gender-based Analysis*, Ottawa, Santé Canada, 2005.

Déterminants sociaux des inégalités en santé mentale chez les nouvelles mères

Cecilia Benoit, Rachel Westfall, Adrienne Bonfonti et Kim Nuernberger, Department of Sociology, University of Victoria, et le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu

La recherche sur les déterminants sociaux de la santé a offert de nouvelles perspectives sur les disparités des résultats pour la santé et leurs liens à un large éventail de facteurs sociaux, y compris, mais sans y être limité, le soutien social pendant la prime enfance, la stabilité économique, les réalisations scolaires, le logement et la sécurité alimentaire ainsi que l'accès à des soins sociaux et de santé adéquats et abordables¹. Bien que de nombreuses études se soient penchées sur les causes cliniques de la morbidité maternelle et, en particulier, sur la dépression post-partum, peu d'études de recherche ont été réalisées sur les déterminants sociaux des inégalités en santé mentale chez les nouvelles mères, sauf quelques études sur les liens entre les divers types d'accouchement – vaginal par rapport à césarienne² – et les stress importants de la vie et la dépression post-partum³. Même si les biographies de diverses célébrités ont récemment porté la dépression post-partum à l'attention du public⁴, on s'est beaucoup moins intéressé aux causes fondamentales des inégalités en santé mentale entre les divers groupes de nouvelles mères.

Comme point de départ à l'analyse des écarts importants en matière de santé mentale post-partum, des chercheur(euse)s de l'University of Victoria ont commencé à étudier pourquoi

certaines nouvelles mères s'en sortent mieux que d'autres sur le plan du bien-être mental. Nous menons présentement une étude longitudinale sur un échantillon varié de femmes enceintes qui habitent dans la région métropolitaine du Grand Victoria⁵. Chaque femme est interrogée en personne une fois au cours du dernier trimestre de sa grossesse, une autre fois de quatre à six semaines après l'accouchement et une troisième fois, de quatre à six mois après l'accouchement. À l'aide de diverses méthodes, nous recueillons des données autant quantitatives que qualitatives sur les antécédents socioéconomiques des femmes, la situation pendant la prime enfance et d'autres déterminants sociaux de la santé, ainsi que sur leur utilisation des différents types de soins maternels et leur satisfaction envers ceux-ci, leur expérience de l'accouchement et de la maternité, les sources de soutien social et financier et l'auto-évaluation de leur santé. Nous avons recruté les participantes au projet par des brochures distribuées dans les cliniques d'échographies, les bureaux de sages-femmes et les cabinets médicaux de Victoria. Jusqu'à maintenant, nous avons terminé le recrutement des participantes, soit 100 femmes, et avons réalisé 93 entrevues pour le premier volet, 60 pour le deuxième volet et 27 pour le troisième volet. Nous

■ Même si les biographies de diverses célébrités ont récemment porté la dépression post-partum à l'attention du public, on s'est beaucoup moins intéressé aux causes fondamentales des inégalités en santé mentale entre les divers groupes de nouvelles mères.

prévoyons que le projet prendra fin d'ici juin 2007. Des données sur 81 entrevues ont été entrées dans l'Ensemble des programmes statistiques relatifs aux sciences sociales et forment la base de l'analyse préliminaire présentée ici. Puisque la collecte des données se poursuit toujours et que la taille des échantillons pour certaines catégories est présentement limitée, il faudrait aborder ces interprétations avec prudence.

Auto-évaluation de la santé mentale par des femmes

Au cours du premier volet d'entrevues, nous avons demandé aux femmes d'évaluer leur santé physique et mentale (et émotive) à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points, allant d'excellent à médiocre. Les femmes ont constamment accordé une note plus élevée à leur santé physique qu'à leur santé mentale : 59 % des participantes ont souligné que leur santé physique était excellente ou très bonne, tandis que 51 % ont déclaré qu'elles accorderaient la même évaluation à leur santé mentale. Inversement, 16 % des participantes ont déclaré que leur santé physique était passable ou médiocre, alors que 26 % ont évalué leur santé mentale comme passable ou médiocre. Aux fins de la présente étude, nous n'avons porté intérêt qu'aux facteurs sociaux liés à la santé mentale.

Dans l'échantillon, la proportion de femmes qui ont choisi des soins de sages-femmes (36 participantes) est relativement équilibrée par rapport à celles qui ont consulté un médecin

(45 participantes) pour les soins prénatals. Les participantes faisant appel aux services d'une sage-femme n'étaient que légèrement plus susceptibles d'offrir une réponse positive au chapitre de l'auto-évaluation de leur santé mentale que celles qui recevaient des soins d'un médecin (soit un(e) obstétricien(ne), un médecin de famille ou un(e) omnipraticien(ne)).

Les différentes évaluations ne sont pas assez significatives pour établir des liens entre le type de fournisseur(euse)s de soins pendant la grossesse et la santé mentale signalée par la femme pendant la grossesse. Nous avons donc estimé qu'il était important d'étudier les autres facteurs qui pouvaient être liés aux inégalités en santé mentale chez ce groupe de femmes.

Facteurs sociaux de la santé mentale des nouvelles mères

La mesure de la stabilité pendant la prime enfance comprise dans la présente étude était le nombre de fois que la participante avait déménagé avant l'âge de 18 ans. À partir des données initiales, il semble y avoir une corrélation entre celles qui ont déménagé plus de dix fois avant leur dix-huitième anniversaire et une moins grande possibilité qu'elles donnent une note excellente ou très bonne à leur santé mentale, et une plus grande possibilité qu'elles évaluent leur santé mentale comme passable ou médiocre (voir le tableau 1). On a souvent établi des parallèles entre la stabilité pendant la prime enfance

Tableau 1: Auto-évaluation de la santé mentale par les femmes en fonction de la stabilité pendant la prime enfance

Nombre de déménagements avant 18 ans	Excellente et très bonne	Bonne	Passable et médiocre	Pourcentage
Aucun	58 %	33 %	8 %	15 %
De 1 à 3	53 %	20 %	27 %	37 %
De 4 à 9	62 %	29 %	10 %	26 %
10 ou plus 38	38 %	19 %	44 %	20 %
Manquant				2 %
Total				100 %

Tableau 2 : Auto-évaluation de la santé mentale par les femmes selon la situation de logement

Logement actuel	Excellente et très bonne	Bonne	Passable et médiocre	Pourcentage
Propre maison ou appartement	56 %	22 %	22 %	40 %
Location de maison ou d'appartement	51 %	34 %	14 %	43 %
Location d'un logement subventionné	14 %	0 %	86 %	9 %
Logement temporaire	50 %	17 %	33 %	7 %
Manquant				1 %
Total	50 %	25 %	25 %	100 %

Remarque : Un logement temporaire comprend les situations provisoires et les refuges.

et l'état de santé à l'âge adulte et, comme on l'indique dans le rapport de Santé Canada intitulé *Pour un avenir en santé*, publié en 1999, les expériences vécues durant la prime enfance ont des répercussions sur le niveau de stress chez les jeunes gens et ont tendance à réduire leur résistance aux problèmes de santé plus tard dans la vie⁶.

Un autre déterminant social de la santé important est le rendement scolaire, lequel est indéniablement lié à bien d'autres déterminants sociaux de la santé, y compris la situation socioéconomique, la sécurité d'emploi ainsi que l'accès et le recours aux services de santé⁷. Selon l'analyse préliminaire de nos données, les participantes qui ont un niveau d'études plus élevé étaient plus susceptibles de faire état d'une excellente ou d'une très bonne santé mentale, tandis que celles qui n'avaient pas fait d'études postsecondaires étaient plus susceptibles de signaler un niveau de santé mentale allant de passable à médiocre. Comme les différences étaient légères, il faudrait un plus grand échantillon afin de déterminer si les différences relevées sont significatives.

On cite souvent la situation de logement comme un déterminant social de la santé important, en particulier en ce qui a trait à la stabilité et à la sécurité du logement⁸. Les données provenant du premier volet de la présente étude laissent entendre qu'une plus grande sécurité du logement était liée à une meilleure santé et à un meilleur bien-être. Les

participantes qui étaient propriétaires de leur maison ou de leur appartement (indice d'un plus grand sentiment de stabilité et de sécurité du logement) étaient plus susceptibles de signaler une santé mentale plus élevée. La situation des femmes qui louaient un logement était beaucoup moins bonne puisque 86 % d'entre elles ont signalé une santé mentale allant de passable à médiocre. Il convient de remarquer que l'état de santé mentale chez les femmes habitant dans un logement temporaire était très différent de ce à quoi l'on aurait pu s'attendre, étant donné que ce groupe avait le niveau le plus faible de sécurité du logement (voir le tableau 2). Toutefois, la taille de l'échantillon est assez petite, et il est difficile de dire avec certitude pourquoi il en est ainsi. Les réponses aux questions ouvertes indiquent que certaines de ces femmes vivaient avec des parents ou des amis en attendant de déménager dans un plus grand logement afin d'accueillir le nouveau bébé.

Résumé

Sur la base d'une faible proportion de l'ensemble des données recueillies dans le cadre de cette étude, l'analyse préliminaire des facteurs sociaux qui touchent la santé mentale des nouvelles mères révèle que les femmes qui avaient une sage-femme comme fournisseuse de soins pendant leur grossesse étaient un peu plus susceptibles de déclarer un taux élevé de santé mentale que celles qui étaient soignées par un médecin. De plus, le bien-être mental est également en corrélation avec la stabilité pendant la prime

enfance, le rendement scolaire et la sécurité actuelle sur le plan du logement. D'autres analyses permettront de confirmer si ces conclusions préliminaires continuent d'avoir une influence significative sur la santé mentale et de déterminer des facteurs sociaux supplémentaires qui influent

de façon néfaste sur le bien-être mental des nouvelles mères à court et à long termes.



NOTES

1. R. Evans, M. L. Barer et T. R. Marmor (éditeurs), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, Hawthorne, New York, Aldine De Gruyter, 1994. E. Annandale et K. Hunt (éditrices), *Gender Inequalities in Health*, Philadelphie, Open University Press, 2000. D. Raphael (éditeur), *The Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars Press, 2004.
2. R. Patel et D. Murphy, «Operative delivery and postnatal depression: A cohort study», dans *British Medical Journal*, vol. 330, 2005, p. 879.
3. J. Swendsen et C. Mazure, «Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues», dans *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 7, 2000, p. 17-31.
4. B. Shields, *Down Came the Rain: My Journey through Postpartum Depression*, New York, Hyperion, 2005. M. Osmond, *Behind the Smile: My Journey Out of Postpartum Depression*, New York, Warner Books, 2002.
5. Les présents travaux sont financés par le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, la Michael Smith Foundation for Health Research et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).
6. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial (FPT) sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
7. D. Raphael (éditeur), *The Social Determinants of Health*, Toronto, Canadian Scholars Press, 2004.
8. T. Bryant, «Housing and Health», dans D. Raphael (éditeur), *The Social Determinants of Health*, Toronto, Canadian Scholars Press, 2004, p. 217-232.

COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES FEMMES

Le travail non rémunéré de soignante et le stress des femmes

Cyndi Brannen, Healthy Balance Research Program

Si le titre du présent article vous fait vous demander si votre fille aura assez de médicaments jusqu'à la prochaine paye ou si le nouveau membre du personnel de soins à domicile qui s'occupe de votre beau-père suivra vos directives, alors vous êtes comme bien des Canadiennes aujourd'hui. Nul n'ignore que les femmes offrent la grande majorité des soins à la famille et aux amis¹, mais on n'a pas fait d'études approfondies sur les effets sur la santé du travail non rémunéré de soignante.

Les quelques études de recherche menées sur le stress et la prestation de soins ont habituellement porté sur la santé mentale des personnes qui soignent d'autres personnes atteintes d'une maladie ou ayant un problème précis. Par

exemple, le tiers des soignantes auprès de personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP) ressentent une détresse au point d'avoir elles-mêmes des maladies cliniques². Selon une étude qui fait date portant sur les liens entre la prestation de soins à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et la dépression chez les soignant(e)s, plus de 50 % des femmes soignantes souffrent de dépression clinique³. De nombreuses études ont fait état d'un plus grand nombre de femmes que d'hommes susceptibles d'avoir des problèmes de santé en raison de leur rôle de soignante, surtout sur le plan de la santé mentale⁴. Par exemple, on peut expliquer ces constatations en avançant qu'il est plus probable que la prestation de soins amène de la détresse chez les femmes que

■ Quel que soit le nombre d'heures de travail rémunéré effectuées à l'extérieur de la maison, les femmes déclarent encore qu'elles font un plus grand nombre d'heures de travail non rémunéré en tant que soignante à la maison que leurs partenaires masculins.

chez les hommes parce qu'elle est un élément central de l'identité de la plupart des femmes⁵. Selon une autre explication, non seulement les femmes se chargent de la grande majorité des soins, mais elles sont aussi beaucoup plus susceptibles d'assumer les tâches stressantes. Il est beaucoup plus probable que les hommes s'occupent de l'aspect plus fonctionnel des soins, telles les réparations de la maison, tandis que les femmes ont plus tendance à s'occuper des rendez-vous chez le médecin et à offrir un soutien affectif à la personne prise en charge, activités qui engagent les femmes d'une façon émotive possiblement stressante⁶.

Dans le cadre du Healthy Balance Research Program (HBRP) de la Nouvelle-Écosse, on a étudié en profondeur les causes sous-jacentes à la part disproportionnée de responsabilités liées à la prestation de soins assumée par les femmes et les effets néfastes sur la santé qui en découlent, en particulier l'expérience de stress négatif. Le HBRP a été mis sur pied afin d'examiner le travail non rémunéré des soignantes dans différentes situations, qu'il s'agisse de s'occuper des enfants ou d'offrir des soins à un parent vieillissant, et ce, à l'échelle de la Nouvelle-Écosse. Selon les résultats obtenus dans les deux projets réalisés par le HBRP, il semble que les femmes de la Nouvelle-Écosse vivent un grand nombre de répercussions négatives liées à leur travail non rémunéré de soignante. La mesure du stress est une façon d'évaluer l'incidence négative générale du travail de soignante sur la santé, en particulier parce que le stress a été relié à toute une gamme d'effets néfastes pour la santé.

À l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives, les chercheur(euse)s du HBRP ont documenté que le rôle de

soignante est très stressant pour beaucoup de femmes. Par exemple, Martha MacDonald, Shelley Phipps et Lynn Lethbridge, chercheuses du HBRP, ont déclaré que les femmes sont plus susceptibles d'offrir des soins ainsi que de vivre du stress à la suite de tentatives d'équilibrer leurs responsabilités professionnelles et personnelles⁷. Martha MacDonald et ses collègues, après avoir analysé les données sur les femmes de la Nouvelle-Écosse recueillies lors du recensement canadien et de l'Enquête sociale générale (ESG), ont constaté ceci : quel que soit le nombre d'heures de travail rémunéré effectuées à l'extérieur de la maison, les femmes déclarent encore qu'elles font un plus grand nombre d'heures de travail non rémunéré en tant que soignante à la maison que leurs partenaires masculins. Elles ont également constaté que les femmes de la génération «sandwich», celles qui s'occupent de leurs enfants et des membres vieillissants de la famille, peuvent vivre un stress encore plus grand que tous les autres groupes de soignant(e)s. Martha MacDonald et ses collègues ont constaté que, pour les hommes, il n'y a aucun lien entre le stress et les heures de travail non rémunéré de soignants mais que, pour les femmes, l'augmentation du nombre d'heures travaillées comme soignantes augmentaient le stress⁸.

Des groupes de discussion organisés dans le cadre du HBRP ont offert aux femmes un forum où elles pouvaient avoir des échanges de vues sur les effets de leur rôle de soignante sur la santé⁹. Ces groupes de discussion étaient formés de femmes offrant divers types de soins et provenant de divers milieux. Peu importe le type de soins qu'elles offraient, leur groupe d'appartenance ethnique et leur emplacement géographique, bon nombre de femmes ont signalé que le rôle de soignante entraînait des sentiments de

dépression et de désespoir. Ces femmes faisaient également état de mauvaises habitudes alimentaires et de troubles du sommeil.

Quelques femmes ayant participé aux groupes de discussion ont parlé des aspects positifs de la prestation de soins. Elles ont mentionné de quelle façon le fait d'être soignante les aidait à avoir une bonne opinion d'elles-mêmes et ont parlé des aptitudes qu'elles avaient acquises en tant que soignante. Ce qui est intéressant chez les femmes qui ont mentionné l'expérience positive de leur rôle de soignante est le fait que leur charge de soignante n'était pas «plus légère» que celle des femmes déprimées ou stressées mais que, pour diverses raisons, dont certaines ne sont toujours pas claires, elles étaient beaucoup plus aptes à s'adapter à la charge et à ne pas se sentir déprimées. Une analyse des mécanismes d'adaptation servant à compenser le stress lié au rôle de soignant(e) a révélé que ces femmes «non stressées» pouvaient faire face d'une façon appropriée aux problèmes auxquels elles se heurtaient¹⁰. Par exemple, elles s'appuyaient sur un réseau personnel et communautaire solide et sur la connaissance des programmes et des services offerts aux bénéficiaires de soins. Les femmes du groupe de discussion qui

ne percevaient pas le rôle de soignante comme stressant ont également mentionné qu'elles estimaient avoir le droit d'obtenir un soutien et des services. Si les soignantes pouvaient adopter une telle approche de la prestation de soins, cela pourrait contribuer à réduire leur niveau de stress.

Les résultats du Healthy Balance Research Program de la Nouvelle-Écosse se sont ajoutés au nombre croissant d'études de recherche qui montrent la nécessité de mettre en place des politiques et des programmes qui abordent les conséquences néfastes pour la santé du rôle de soignant(e) et qui reconnaissent que le fardeau de la prestation de soins retombe de façon disproportionnée sur les épaules des femmes. Tandis que le HRBP amorce sa phase finale, il est indéniable que les conclusions de la recherche et l'analyse des politiques pourront contribuer aux discussions nationales de plus en plus nombreuses sur la prestation des soins.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le Healthy Balance Research Program, veuillez consulter l'adresse suivante : www.healthyb.dal.ca.

NOTES

1. P. Armstrong et H. Armstrong, « Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium », dans K. R. Grant, C. Amaratunga, P. Armstrong, M. Boscoe, A. Pederson et K. Willson (éditrices), *Caring For/Caring About Women, Home Care and Unpaid Caregiving*, Aurora, Ontario, Garamond Press, 2004, p. 5-43.
2. K. I. Pakenham, « Relations between coping and positive and negative outcomes in carers of persons with Multiple Sclerosis (MS) », dans *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 12, n° 1, 2005, p. 25-38.
3. D. Cohen et C. Eisdorfer, « Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 36, n° 10, 1988, p. 885-889.
4. J. Feeney, R. Alexander, P. Noller et L. Hohaus, « Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood », dans *Personal Relationships*, vol. 10, n° 4, 2003, p. 475-493. J. Gahagan, C. Loppie, M. MacLellan, L. Rehman et K. Side, *Caregiver Resilience and the Quest for Balance: A Report on Findings from Focus Groups*, Halifax, The Healthy Balance Research Program, 2004.
5. M. Haegedoorn, R. Sanderman et B. P. Buunk, « Failing in spousal caregiving: The "identity-relevant stress" hypothesis to explain sex differences in caregiver distress », dans *British Journal of Health Psychology*, vol. 7, n° 4, 2002, p. 481-492.
6. P. Armstrong et O. Kits, « One Hundred Years of Caregiving », dans Grant et coll., 2004, p. 45-73.
7. M. MacDonald, S. Phipps et L. Lethbridge, « Taking its toll: Implications of paid and unpaid work responsibilities for women's well-being », dans *Feminist Economics*, vol. 11, n° 1, 2005, p. 63-94.
8. MacDonald et coll., 2005.
9. Gahagan et coll., 2004.
10. C. Brannen, *Caregiving and Well-being: Examining the Linkages between Controllability and Coping in Urban Women Caregivers*, Halifax, The Healthy Balance Research Program, 2005.

Toxicomanie au féminin : Certains faits

L'alcool est la substance consommée le plus souvent par les femmes au Canada, et, depuis les dix dernières années, sa consommation est à la hausse. Les jeunes femmes consomment davantage d'alcool que les femmes âgées, mais le revenu et les études influent sur ces modèles au fur et à mesure que les femmes vieillissent. Même si, pour les femmes, la limite sécuritaire est de quatre consommations à la même occasion, plus de 40 % des femmes de 18 et 19 ans en consomment davantage. Comparativement aux hommes, les femmes sont beaucoup plus exposées à la violence conjugale et à d'autres problèmes, en plus de leur propre problème de consommation d'alcool et de celui des autres. Puisqu'il n'y a pas de niveau de consommation sécuritaire, le tabac est la drogue qui cause le plus de dommage chez les femmes, mais un grand nombre de femmes et de jeunes filles fument quand même. Même si le taux de tabagisme diminue en

général chez les femmes, les femmes pauvres, les mères chefs de famille et les femmes et les jeunes filles autochtones sont plus susceptibles de fumer.

Le cannabis est de plus en plus populaire chez les jeunes femmes canadiennes. Sa consommation a triplé au cours des quinze dernières années. Les femmes ayant des troubles de santé mentale pratiquent parfois l'automédication et consomment du cannabis et/ou du tabac. Même si deux fois plus de femmes que d'hommes consomment du cannabis afin d'atténuer les symptômes de dépression (selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)), les autres drogues illicites sont beaucoup moins populaires auprès des femmes. Seulement 12 % des Canadiennes ont consommé des drogues illicites (excluant le cannabis) au cours de leur vie. Les drogues illicites consommées le plus souvent par les femmes sont la cocaïne (7,1 %) et les hallucinogènes

(7,1 %), puis viennent ensuite le speed et l'ecstasy (4,1 % et 3 % respectivement). La plupart des femmes commencent à prendre des drogues illicites à la fin de l'adolescence, et leur consommation est maximale dans le milieu de la vingtaine.

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) ont établi un partenariat officiel en vue de concevoir des ressources visant à influencer sur les politiques, la recherche et les pratiques relatives à la consommation de drogues et d'alcool chez les femmes. Ils ont récemment publié conjointement un document sur le sujet, intitulé *Toxicomanie au féminin*, téléchargeable dans le site Web du CCLAT à l'adresse suivante : www.ccsa.ca (cliquez sur «Les sujets» puis, sous la colonne «Populations», cliquez sur le lien «Femmes» afin d'avoir accès au rapport).

Encourager le soutien social pour les femmes vivant avec une maladie mentale grave

Wanda M. Chernomas, University of Manitoba, et Diana E. Clarke, University of Manitoba and Health Sciences Centre, Winnipeg

Un réseau de soutien social peut aider une personne à trouver des solutions à ses problèmes et à renforcer son identité ou encore la diriger vers des renseignements utiles et lui offrir du réconfort quand il n'y a rien d'autre à faire. Comme les liens avec les autres contribuent à donner un sentiment de bien-être et donne un sens à la vie, on a identifié le soutien social comme l'un des facteurs déterminants de la santé. Pour les personnes vivant avec la schizophrénie, c'est une ironie douloureuse de

constater que le système de soutien essentiel est menacé par la maladie même qui nécessite le soutien des relations.

La schizophrénie peut causer des pensées désorganisées, des hallucinations et du délire. Elle peut entraîner une dépression et un manque de motivation et peut inhiber la capacité d'une personne à établir des liens significatifs avec les autres. Comme c'est le cas pour la plupart des maladies mentales, la

■ Pour les personnes vivant avec la schizophrénie, c'est une ironie douloureuse de constater que le système de soutien essentiel est menacé par la maladie même qui nécessite le soutien des relations.

schizophrénie est une maladie qui est fortement stigmatisée. Ainsi, les personnes atteintes de la maladie peuvent avoir de la difficulté à établir des liens et à les maintenir au fil du temps.

Dans une étude réalisée en 2000 intitulée *The Perspectives of Women Living with Schizophrenia*, les auteures Chernomas, Clarke et Chisholm ont constaté que les femmes atteintes de schizophrénie manifestent le besoin d'avoir un plus grand nombre de gens dans leur vie, en particulier des amis¹. La présente étude, intitulée *Social Support and Women Living with Serious Mental Illness*, ajoute à l'étude précédente par une exploration en profondeur des ressources officielles et officieuses de soutien disponibles pour les femmes atteintes de schizophrénie. Lors d'entrevues personnelles, 14 Manitobaines vivant dans la collectivité et s'identifiant comme ayant reçu le diagnostic de schizophrénie, ont parlé du soutien dans le contexte de leur vie quotidienne, de leurs responsabilités et de leur perception d'elles-mêmes en tant que personnes atteintes d'une maladie mentale grave. On leur a demandé de parler des expériences qu'elles ont vécues lorsqu'elles ont essayé d'obtenir du soutien auprès de ressources officielles et officieuses, des obstacles à l'accès au soutien social et de la façon dont elles voyaient les liens entre le soutien social et la capacité de gérer leur vie. La recherche a reçu l'appui du Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies.

La plupart des femmes interrogées étaient sans emploi, vivaient dans la pauvreté et dépendaient de l'aide sociale. Les deux tiers ont fait état d'un revenu inférieur à 10 000 \$ par année. Certaines avaient des problèmes de santé physique en plus de vivre avec leur maladie mentale. La majorité des femmes avait peu de responsabilités ou d'activités pour

occuper leur journée, mis à part des contacts sociaux limités et quelques activités structurées. Elles dépendaient du transport en commun pour se rendre à leurs rendez-vous ou à leurs activités. Le téléphone était un moyen important d'entrer en contact avec les membres de leur système de soutien, surtout en période de crise.

Les femmes ont précisé que les membres de leur famille et les fournisseur(euse)s de soins de santé mentale étaient les personnes de la société qui leur offraient le plus de soutien dans leur vie. Ces personnes offraient un large éventail de services de soutien pratique et émotif. Même si les amies se limitaient en grande partie aux personnes qui vivaient également avec une maladie mentale grave, elles ont précisé que ces amies fournissaient une source de liens significatifs. Contrairement aux membres de la famille et aux fournisseur(euse)s de soins de santé, les amies offraient surtout un soutien affectif. Il est important de souligner que les femmes semblaient se reconnaître dans les propos des unes et des autres lorsqu'elles parlaient de ces relations interpersonnelles et de leur place dans la collectivité en tant que femmes ayant une maladie mentale grave.

Même si le fait de vivre avec une maladie mentale grave et que le contexte social dans lequel vivent ces femmes rendent difficiles l'établissement et le maintien d'un système de soutien social, l'étude laisse entendre que ces liens sont importants pour les femmes atteintes de schizophrénie. Les décideur(euse)s, les fournisseur(euse)s de soins de santé et les planificateur(trice)s de programmes pourraient améliorer la vie des femmes vivant avec une maladie mentale grave en prenant des mesures qui favorisent la création de systèmes de soutien social.

Les conclusions provenant de cette étude renforcent celles qui sont citées dans d'autres documents faisant la promotion des politiques de santé sensibles au genre ainsi que d'une approche de soins de santé primaires axée sur les femmes pour les femmes atteintes d'une maladie mentale grave². L'élaboration de méthodes novatrices visant à faciliter la mise en œuvre de ces recommandations permettrait de soutenir les femmes atteintes d'une maladie mentale grave pendant leur rétablissement et leur réintégration dans la collectivité.

Recommandations

1. Soutenir les services, les activités et les initiatives de soutien communautaires conçus expressément pour les femmes atteintes d'une maladie mentale grave.
2. Offrir une formation et un appui aux femmes atteintes d'une maladie mentale grave faisant partie d'un réseau de soutien mutuel.
3. Offrir une formation aux membres des familles sur le rôle du soutien social dans la vie des femmes atteintes de schizophrénie; les membres des familles ont également besoin d'un soutien.
4. Offrir aux femmes atteintes d'une maladie mentale grave l'accès à un(e) travailleur(euse) de la santé qui connaît les ressources disponibles et qui peut aider les femmes à faire des choix quant aux ressources communautaires les mieux adaptées à leur situation.
5. Améliorer les partenariats intersectoriels entre les organismes qui servent les femmes en général et les femmes atteintes d'une maladie mentale grave en particulier.
6. Augmenter l'accès au personnel de santé de sexe féminin pour discuter des problèmes de santé de nature délicate.
7. Appuyer les services téléphoniques dans le cadre de l'aide sociale.
8. Offrir un soutien pour une carte d'abonnement d'autobus dans le cadre de l'aide sociale.
9. Accroître les possibilités de participer à des programmes de formation professionnelle pour les femmes atteintes d'une maladie mentale grave.

NOTES

1. W. M. Chernomas, D. E. Clarke et F. A. Chisholm, «The perspectives of women living with schizophrenia», dans *Psychiatric Services*, vol. 51, n° 12, 2000, p. 1517-1521.
2. M. Morrow et M. Chappel, «Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women», Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 1999. L. Thielen-Wilson, L. Hinton, S. Macphail, S. Scarrow et N. J. Kelly, «Barriers to the Implementation of Gender-sensitive Policy and Principles of Service in Ontario's Mental Health System», London, Ontario, Women's Mental Health Action and Research Coalition, 2001.

Relier les systèmes, appuyer le changement : Les maisons de transition, les femmes qui subissent la violence du partenaire et la consommation de drogues et d'alcool

Nancy Poole, Lorraine Greaves, Natasha Jategaonkar, Lucy McCullough et Cathy Chabot, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

Les chercheur(euse)s font état de taux élevés de violence de la part du partenaire intime chez les femmes qui consomment des drogues et de l'alcool¹. Toutefois, peu d'études ont porté sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les femmes qui ont quitté des partenaires violents pour aller habiter dans des refuges ou des maisons de transition. Pour les femmes toxicomanes qui subissent la violence du partenaire intime, le fait de se rendre à un refuge peut être une transition importante dans leur vie et l'occasion de régler bon nombre de problèmes personnels. Cette situation offre au personnel des refuges une occasion importante d'influer sur la consommation problématique des femmes et de les aider à gérer le stress sous-jacent à leur consommation de drogues et d'alcool. Dans une étude réalisée récemment, on a exploré le lien entre la consommation d'alcool et d'autres drogues, le niveau déclaré de stress chez les femmes toxicomanes qui subissent la violence du partenaire intime et les répercussions des interventions sur la consommation d'alcool et de drogues qui sont proposées dans les maisons de transition ou les refuges².

Conception de l'étude

Toutes les femmes qui ont été admises à l'une des 13 maisons de transition de la Colombie-Britannique entre octobre 2002 et juin 2003 ont été invitées à participer à l'étude. Les femmes qui ont rempli les formulaires de sélection et de consentement ont pu participer à l'étude si elles avaient

indiqué consommer de l'alcool ou toute autre drogue plus de cinq fois par semaine (sauf si la drogue était de la nicotine). Elles pouvaient également participer à l'étude si elles avaient rapporté une consommation simultanée de plusieurs drogues (d'une fois par mois à plus de cinq fois par semaine) ou si elles avaient signalé un problème actuel de consommation d'alcool ou de toute autre drogue.

Les femmes qui ont signalé ces niveaux de consommation de drogues et d'alcool pendant la période où elles cherchaient un refuge ont été interrogées à deux reprises, la première fois peu après leur admission à la maison de transition (temps 1) et de nouveau environ trois mois plus tard, lorsqu'elles vivaient dans la collectivité (temps 2). Au cours de chaque entrevue, les femmes ont dû remplir des questionnaires sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, le niveau de stress et l'expérience de violence de la part du partenaire intime (court test de dépistage de dépendance à l'alcool du Michigan (Michigan Alcohol Screening Test)³, questionnaire sur les motifs liés à la consommation (Drinking Motives Questionnaire)⁴, calendrier du Timeline Follow-back⁵, index de la violence entre conjoints (Index of Spouse Abuse)⁶, échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale-10)⁷ et questionnaire non standardisé sur les facteurs de stress). On a également posé aux femmes des questions ouvertes conçues pour leur

■ Pour les femmes toxicomanes qui subissent de la violence de la part du partenaire intime, le fait de se rendre à un refuge peut être une transition importante dans leur vie et l'occasion de régler bon nombre de problèmes personnels.

permettre de fournir des renseignements dans leurs propres mots. Soixante-quatorze femmes ont fait les deux entrevues.

Conclusions

Toxicomanie

Même si le pourcentage de femmes faisant usage du tabac est resté relativement constant, les femmes ont réduit considérablement leur consommation d'alcool entre le temps 1 et le temps 2. En plus de l'alcool et du tabac, les stimulants étaient la catégorie de drogues utilisées le plus couramment au temps 1. À l'instar de l'alcool, on a noté une réduction importante dans la fréquence de la consommation de stimulants au temps 2. Toutefois, entre le temps 1 et le temps 2, on n'a pas remarqué de diminution importante de la consommation de dépresseurs, soit médicaux ou non médicaux.

Nous avons comparé la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes qui ont eu accès à de l'aide relativement à leur consommation de drogues et d'alcool dans les maisons de transition, qu'il s'agissait d'interventions soutenues ou minimales. Il est intéressant de noter que les femmes qui ont reçu l'un ou l'autre de ces niveaux d'intervention ont réduit leur consommation d'alcool et d'autres drogues.

Niveau de stress

Les femmes ont signalé un niveau de stress inférieur dans bien des domaines de leur vie après un séjour dans une maison de transition. Le changement le plus important observé portait sur le stress lié à la relation avec un partenaire, puis venaient ensuite la santé mentale, les questions d'ordre juridique, le logement et la santé physique. Comme le montre le diagramme 1, on a observé de grandes diminutions du niveau de stress, mais ces facteurs restent quand même des sources importantes de stress dans la vie des femmes au temps 2.

La description que les femmes ont faite de leur expérience de consommation de drogues et d'alcool, des facteurs de stress (qu'ils soient psychosociaux, relationnels ou structurels) et de la violence a mis en lumière une relation complexe entre la violence et la consommation de drogues et d'alcool. Les questions structurelles, telles que le logement, le soutien au revenu, le transport et l'accès aux soins de santé, étaient intégralement liées au stress et à la consommation de drogues et d'alcool des femmes, et les services de santé et sociaux fragmentés étaient un obstacle fréquent aux efforts déployés par les femmes en vue d'améliorer leur vie. Les participantes

Tableau 1. Fréquence de la consommation d'alcool et d'autres drogues au temps 1 et au temps 2

	TEMPS 1	TEMPS 2
Catégorie de drogue	Nombre moyen de jours de consommation : plus de 3 verres	Nombre moyen de jours de consommation : plus de 3 verres
Alcool^a	15.75	4.42
	Pourcentage de fumeuses actuelles	Pourcentage de fumeuses actuelles
Tabac	77 %	73 %
	Pourcentage moyen (%) de jours de consommation	Pourcentage moyen (%) de jours de consommation
Stimulants^b	20.19 %	3.95 %
Dépresseurs (usage non médical)^c	18.76 %	12.66 %
Dépresseurs (usage médical)^d	17.72 %	15.22 %

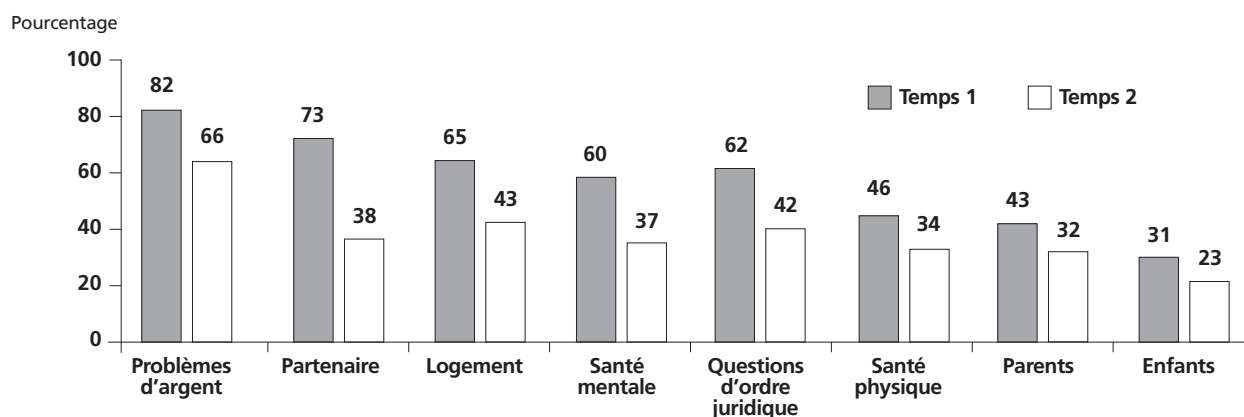
a On décrit la consommation d'alcool en fonction du nombre de jours au cours des trois derniers mois où une femme a consommé au moins trois boissons alcoolisées à la même occasion (c.-à-d. une consommation occasionnelle excessive d'alcool).

b La cocaïne et les méthamphétamines sont de bons exemples de stimulants utilisés.

c Le cannabis, l'héroïne ainsi que les médicaments antidouleur et les tranquillisants prescrits qui ne sont pas utilisés conformément à l'ordonnance.

d Les dépresseurs utilisés conformément à l'ordonnance (doses, fréquence et horaire de prises) – les benzodiazépines étaient les dépresseurs utilisés le plus souvent à des fins médicales.

Diagramme 1. Femmes vivant «beaucoup de stress» en raison de facteurs présents dans leur vie



ont mentionné qu'elles avaient de la difficulté à utiliser les systèmes de santé et de services sociaux en raison d'un manque de coordination entre ces systèmes et ces services en ce qui concerne le traitement des questions multiples. Cela était particulièrement vrai pour les femmes en milieu rural qui étaient beaucoup plus susceptibles d'éprouver de la difficulté à avoir accès aux services que les femmes en milieu urbain.

Conclusions et recommandations

Dans l'étude, on a déterminé que les maisons de transition jouaient un rôle positif pour favoriser des changements

multidimensionnels dans la vie des femmes. Les femmes ont signalé une amélioration importante quant au niveau de stress et à la consommation de drogues et d'alcool à la suite de leur expérience dans un refuge. Cette étude laisse entendre qu'il est donc important d'augmenter la sensibilisation aux liens entre la consommation de drogues et d'alcool, la santé mentale, l'expérience de la violence et le besoin de services sociaux et d'un soutien au revenu. Il faut également créer une infrastructure intégrée de services qui appuie les femmes qui veulent maintenir les changements et rebâtir leur vie dans la période suivant leur séjour dans une maison de transition.

NOTES

1. Consulter, par exemple, M. Testa, J. A. Livingston et K. E. Leonard, «Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample», dans *Addictive Behaviors*, vol. 28, 2003, p. 1649-1664. L. Najavits, J. Sonn, M. Walsh et R. D. Weiss, «Domestic violence in women with PTSD and substance abuse», dans *Addictive Behaviors*, vol. 29, 2004, p. 707-715.
2. La présente recherche a été menée par le Centre d'excellence pour la santé de femmes – région de la Colombie-Britannique et a été financée par l'Alcoholic Beverage Medical Research Foundation. Nous remercions la Society of Transition Houses – BC and Yukon ainsi que toutes les femmes qui ont participé à l'étude, Renée Cormier, pour sa contribution à la conception et aux premières étapes du projet, et Anne VanderBijl, pour la coordination des entrevues. On peut retrouver un article sur cette étude dans *Visions*, vol. 2, n° 4, 2004, p. 39-40. Un autre article sera publié sous peu (N. Jategaonkar, L. Greaves, L. McCullough, N. Poole et C. Chabot, «Multiple isolation: Concurrent experiences of substance use and violence among women in rural and urban British Columbia», dans *Canadian Woman Studies*, sous presse).
3. A. D. Pokorny, B. A. Miller et H. B. Kaplan, «The brief MAST: A shortened version of the Michigan alcoholism screening test», dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 129, n° 3, 1972, p. 342-345.
4. M. L. Cooper, M. Russell, J. B. Skinner et M. Windle, «Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives», dans *Psychological Assessment*, vol. 4, n° 2, 1992, p. 123-132.
5. L. C. Sobell et M. B. Sobell, «Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption», dans R. Z. Litten et J. Allen (éditeurs), *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*, New Jersey, Humana Press, 1992, p. 41-68.
6. W. W. Hudson et S. R. McIntosh, «The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions», dans *Journal of Marriage and the Family*, vol. 43 n° 4, 1981, p. 873-888.
7. S. R. Cole, «Assessment of differential item functioning in the perceived stress scale-10», dans *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 53, n° 5, 1999, p. 319-320. S. Cohen, T. Kamarck et R. Mermelstein, «A global measure of perceived stress», dans *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 24, n° 4, 1983, p. 385-396.

Réinstallation, déplacements et innovations dans la réforme de la santé mentale : Examen des répercussions de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur les femmes, les hommes et les collectivités

Marina Morrow, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Jules Smith, Reproductive Mental Health Program, Women's Hospital and Health Centre de la Colombie-Britannique (C.-B.) et Simon Fraser University, Ann Pederson, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB), Lupin Battersby, CESFCB et Simon Fraser University, et Alain Lesage, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

Au cours des trente dernières années, les progrès réalisés dans la compréhension et le traitement des problèmes de santé mentale ainsi que les tendances sociales et économiques plus larges ont modelé la restructuration du système de soins de santé canadien. Une caractéristique importante de la réforme de la santé mentale a été la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de formes graves de maladie mentale, qui sont passées des grands hôpitaux psychiatriques à différents types d'établissements, y compris les établissements de soins tertiaires à l'ambiance chaleureuse et d'autres formes de logements subventionnés dans la collectivité.

En Colombie-Britannique, la phase la plus récente de la désinstitutionnalisation a commencé en 2000 par la restructuration du seul établissement psychiatrique de soins tertiaires de la province, soit l'Hôpital Riverview, et le transfert des patient(e)s provenant du Lower Mainland vers divers établissements de la province. Dans le système de soins de santé régionalisé de la C.-B., dans lequel les ressources se déplacent avec les individus des grands centres urbains vers des collectivités plus petites, cette phase de la désinstitutionnalisation créera vraisemblablement de nouvelles demandes de services de santé mentale dans ces collectivités, ce qui augmentera les possibilités d'emploi dans le domaine de la santé mentale et créera une plus grande interaction entre les habitants des collectivités et les personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale grave. Malgré ces changements et ces pressions, on s'attend à ce que de nouveaux modèles de soins en établissement permettent d'améliorer la qualité de vie des

personnes ayant des problèmes psychiatriques graves. Jusqu'à maintenant, on en sait toutefois très peu sur la façon dont la désinstitutionnalisation peut toucher différemment les hommes et les femmes et sur le type de besoins uniques qui émergent quand les personnes sont déplacées dans une nouvelle collectivité¹.

Traditionnellement, on a supposé que le début tardif de la maladie mentale chez les femmes, un meilleur fonctionnement avant l'apparition de la maladie, de plus courts séjours à l'hôpital pendant les périodes de maladie et des réseaux plus étendus de soutien favorisaient l'indépendance des femmes en milieu résidentiel², tout comme les plus grandes aptitudes des femmes à tenir la maison et à s'acquitter des rôles familiaux³. Toutefois, même si au départ les femmes atteintes d'une maladie mentale se débrouillent mieux que les hommes dans des situations de vie indépendante, la recherche laisse supposer que ces avantages ne se maintiennent pas nécessairement avec le temps⁴. La recherche révèle également que des variables sociales jouent un rôle important dans la maladie mentale, plus particulièrement le fait que la maladie mentale est exacerbée par le manque de sécurité financière et de soutien social⁵.

Défis de l'intégration

Les points de vue divergents sur les causes et les traitements des maladies mentales, doublés des perceptions erronées stigmatisantes au sujet de la santé mentale, peuvent menacer la capacité des nouvelles personnes à s'intégrer dans les villes

où la population est peu dense et où les traditions sur les comportements sociaux acceptables sont bien établies⁶. Une étude réalisée récemment en Australie a permis de constater que, même six ans après la désinstitutionnalisation, les problèmes liés à l'intégration sociale sont toujours présents⁷. D'autres études ont également démontré qu'il faut mettre en place des stratégies durables d'éducation du public et des possibilités d'intégration⁸. En fait, l'attitude de la collectivité à leur égard aussi bien qu'envers la maladie mentale en général a été identifiée comme un problème prioritaire par les patient(e)s désinstitutionnalisés(e)s⁹.

La désinstitutionnalisation des gens atteints de maladie mentale soulève une myriade d'autres enjeux liés à l'intégration, y compris une pression accrue sur les organismes communautaires et les aidant(e)s naturel(le)s, qui sont souvent des femmes de la famille. Les organismes de défense des consommateurs sont également mis sous pression lorsque les soins sont transférés aux collectivités parce que les bénéficiaires de services de santé mentale ont souvent besoin de formes complexes d'intervention lorsqu'ils/elles vivent dans la collectivité. De plus, un logement approprié est sans doute le service de soutien communautaire le plus important en vue de la réussite des soins communautaires offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale¹⁰. Une étude fondée sur une théorie à base empirique réalisée récemment établit la preuve de

l'interaction entre la qualité du logement des personnes atteintes d'une maladie mentale et la qualité de leurs relations qui, à son tour, se rapporte au niveau de soutien social qu'elles reçoivent¹¹. Même si diverses études ont commencé à montrer l'amélioration survenant chez les personnes atteintes de maladie mentale par le processus de désinstitutionnalisation, elles ont toutes constaté que cette amélioration dépendait de la prestation d'un large éventail de ressources adéquates¹².

Pour que la désinstitutionnalisation fonctionne, toute la gamme des personnes en cause doivent y participer, en particulier les personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale. Par conséquent, il faut mettre en place des mécanismes visant à promouvoir la participation communautaire et la participation significative des personnes qui sont transférées de l'Hôpital Riverview. La consignation de l'ensemble des points de vue et des expériences des personnes touchées par la désinstitutionnalisation et la reconnaissance de leurs divers niveaux de pouvoir sur le plan personnel et institutionnel sont donc des éléments essentiels au développement des services communautaires dans le cadre du processus de réforme¹³.

Il y a peu d'études sur les résultats de la désinstitutionnalisation dans le contexte canadien, et celles qui ont été réalisées portent principalement sur les dimensions cliniques et/ou

■ Pour que la désinstitutionnalisation fonctionne, toute la gamme des personnes en cause doivent y participer, en particulier les personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale.

professionnelles et administratives. Cette étude est unique parce qu'elle s'intéresse à l'éventail des personnes touchées par la désinstitutionnalisation (fournisseur(euse)s de soins de santé mentale, bénéficiaires, membres de la famille et membres de la collectivité) et aux relations institutionnelles

qui modèlent la réforme de la santé mentale, parce qu'elle fait appel à une analyse fondée sur le genre et parce qu'elle s'attache aux répercussions de la désinstitutionnalisation sur les femmes et les hommes atteint(e)s d'une maladie mentale et sur la collectivité dans laquelle ils/elles vivent.

NOTES

1. Une nouvelle étude triennale dirigée par la D^{re} Marina Morrow (Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University (SFU)) s'intéresse à la capacité des collectivités de gérer ces changements et de répondre aux besoins propres aux femmes et aux hommes qui quittent Riverview. *Community Capacity, Gender and Mental Health Reform in BC* fera appel à l'ethnographie féministe et à une analyse fondée sur le genre afin d'examiner le processus de désinstitutionnalisation psychiatrique qui survient dans deux villes de la région sanitaire intérieure de la C.-B. (Kamloops et Vernon) et ses répercussions sur les bénéficiaires de soins, les aidant(e)s membres de la famille, les fournisseur(euse)s de soins et les collectivités. L'équipe de chercheur(euse)s de la D^{re} Morrow comprend Alain Lesage, MD, FRCPC (Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal, au Québec), Ann Pederson, M.Sc. (CESFCB), Jules Smith, M.A., Comité régional de coordination (CRC) (chercheuse en chef et coordonnatrice de travaux, SFU), et Lupin Battersby, M.A., CRC (chercheur, SFU). L'étude est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et par la Michael Smith Foundation for Health Research.
2. M. A. Test, S. Burke et L. Wallisch, «Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care», dans *Schizophrenia Bulletin*, vol. 16, n° 2, 1990, p. 331-344. M. Bennett, M. Handel et D. Pearsall, «Behavioural Differences between Female and Male Hospitalized Chronically Mentally Ill Patients», dans L. Bachrach et C. Nadelson (éditeurs), *Treating Chronically Mentally Ill Women*, Washington (DC), American Psychiatric Press, 1988, p. 31-43. M. Angermeyer, L. Kuhn et J. Goldstein, «Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes», dans *Schizophrenia Bulletin*, vol. 16, n° 2, 1990, p. 293-318.
3. Test et coll., 1990. H. McPherson, «The Impact of Severe Mental Illness on a Woman », dans S. E. Romans (éditrice), *Folding Back the Shadows: A Perspective on Women's Mental Health*, Dunedin (Nouvelle-Zélande), University of Otago Press, 1998, p. 251-261.
4. J. Cook, «Independent community living among women with severe mental illness: A comparison with outcomes among men», dans *Journal of Mental Health Administration*, vol. 21, n° 4, 1994, p. 361-373.
5. S. Onken et coll., *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators*, Washington (DC), National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 2002.
6. G. Halseth, *Cottage Country in Transition: A Social Geography of Change and Contention in the Rural-Recreational Countryside*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1998. L. M. Sullivan, *The geography of community crisis: A case of Tumbler Ridge*, British Columbia, Prince George, University of Northern British Columbia, 2002. Thèse de maîtrise.
7. C. Hobbs et coll., «Deinstitutionalization for long-term mental illness: A six-year evaluation», dans *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 36, n° 1, 2002, p. 60-66.
8. A. Granerud et E. Severinsson, «The new neighbor: Experiences of living next door to people suffering from long-term mental illness», dans *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 12 n° 1, 2003, p. 3-10. L. Newton et coll., «Moving out and moving on: Some ethnographic observations of deinstitutionalization in an Australian community», dans *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 25, n° 2, 2001, p. 152-162.
9. G. Browne et M. Courtney, «Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study», dans *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 26, n° 3, 2005, p. 311-326.
10. Browne et Courtney, 2005. A. Freeman, J. Malone et G. E. Hunt, «A statewide survey of high-support services for people with chronic mental illness: Assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction», dans *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 10, 2004, p. 811-818. I. B. Hickie et coll., «Australian mental health reform: Time for real outcomes», dans *Medical Journal of Australia*, vol. 182, n° 8, 2005, p. 401-406. A. C. Holmes et coll., «Accommodation history and continuity of care in patients with psychosis», dans *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, n° 3, 2005, p. 175-179.
11. Browne et Courtney, 2005.
12. J. Farhall et coll., «Minimizing adverse effects on patients of involuntary relocation from long-stay wards to community residences», dans *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 7, 2003, p. 1022-1027. J. Leff et N. Trieman, «Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community», The TAPS Project 46, dans *British Journal of Psychiatry*, vol. 176, 2000, p. 217-223. P. Lerman, D. H. Apgar et T. Jordan, «Longitudinal changes in adaptive behaviors of movers and stayers: Findings from a controlled research design», dans *Mental Retardation*, vol. 43, n° 1, 2005, p. 25-42. P. Sealy et P. C. Whitehead, «Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: An empirical assessment», dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 4, 2004, p. 249-257.
13. M. Morrow, «Mental health reform, economic globalization and the practice of citizenship», dans *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 23, n° 2, 2004, p. 39-50.

Tout faire : Élaboration d'un soutien intégré pour les femmes ayant des problèmes de santé mentale, de consommation de drogues et d'alcool ou des problèmes liés à un traumatisme

Nancy Poole, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique

On commence enfin à s'intéresser à la nécessité de mettre en place des approches intégrées axées sur les femmes afin de traiter et d'appuyer les femmes ayant des problèmes de santé mentale, de consommation de drogues et d'alcool ou des problèmes liés à un traumatisme. Il y a un chevauchement important dans l'expérience de ces problèmes chez les femmes. Pas moins des deux tiers des femmes ayant un problème d'abus de drogues et d'alcool signalent qu'elles ont aussi un problème de santé mentale (p. ex. le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), l'anxiété ou la dépression)¹ et elles signalent souvent avoir été victimes de violence physique et sexuelle pendant l'enfance ou à l'âge adulte². En collaboration avec des chercheur(euse)s et avec des femmes qui ont vécu ces problèmes, des fournisseur(euse)s de services aux femmes, à l'échelon provincial (en Colombie-Britannique), national et international, ont élaboré et mis à l'essai un éventail de programmes visant à offrir un soutien simultané dans les cas de problèmes de santé mentale, de consommation de drogues et d'alcool et des problèmes liés à un traumatisme. L'élément clé qui a influé sur ces travaux a été un programme élaboré aux États-Unis, qui a été examiné dans le cadre de *Women, Co-occurring Disorders and Violence Study*, vaste étude réalisée sur plusieurs emplacements portant sur l'approche à l'échelle du système adoptée dans treize emplacements américains, projet financé par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis³.

Le 1^{er} juin 2005, le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique (CESFCB) a parrainé une séance d'une journée, intitulée «Doing It All», à laquelle ont participé neuf organismes de services aux femmes de la C.-B. qui ont offert ou qui offrent un programme intégré de ce genre afin de mener des discussions sur les approches adoptées dans le cadre de ce travail, tant

entre les organismes mêmes que lors d'un forum grand public⁴. Parmi les participant(e)s au forum public, il y avait les personnes suivantes :

- Jane Templeman, de la Haven Society, et Carol Savage, de la Vancouver Island Health Authority à Nanaimo, qui ont parlé du partenariat établi entre quatre organismes dans le cadre du programme Willow WAI et des services pour les victimes de traumatismes qui ont été conçus pour répondre aux besoins des femmes qui se trouvent à la croisée de l'itinérance, du travail lié au commerce du sexe, de la toxicomanie et de la violence. Consulter www.havensociety.com/programs.html.
- Linda Jennings, du Victoria Women's Sexual Assault Centre (VWSAC), à Victoria, qui a parlé de son expérience professionnelle en relation avec la question des symptômes somatiques ainsi que du programme adapté du modèle «Seeking Safety» offert par le VWSAC, en collaboration avec les conseiller(ère)s en toxicomanie de la Vancouver Island Health Authority et cinq organismes communautaires de services aux femmes. Consulter www.vwsac.com/aggm/ag09^006.jpg.
- Kathleen Whipp, des Battered Women's Support Services (BWSS), à Vancouver, qui a décrit plusieurs niveaux de séances de groupe en matière de traumatismes, conçues et offertes par les BWSS, qui utilisent les modèles Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM) et «Seeking Safety». Consulter www.bwss.org.
- Kathy Oxner et Fiona Jeyachandran, du Pacifica Treatment Centre, à Vancouver, qui ont parlé des répercussions des séances de groupe «Continuing the Journey», offertes dans le contexte du suivi par ce centre de traitement de la toxicomanie depuis les deux dernières années. Consulter www.pacificatreatment.ca/programs.html#.

Tous les organismes participants ont identifié des défis liés à la prestation d'un soutien durable, visible et intégré à l'intention des femmes sur ces trois enjeux de santé. Comme les nombreux organismes qui travaillent auprès des femmes doivent avoir des discussions délicates sur les enjeux et sur l'état de préparation des femmes, le recrutement en vue des séances intégrées sur les traumatismes et les problèmes de consommation pose tout un défi. Les organismes participants ont adopté diverses mesures pour préparer les femmes à participer à ces séances de groupe, dont des séances d'introduction sur les habiletés d'adaptation. En règle générale, les animatrices cherchent un équilibre entre les divers besoins de guérison des femmes, besoins cognitifs, émotionnels, relationnels et physiques, afin d'appuyer efficacement les femmes qui présentent un problème de consommation de drogues et d'alcool et un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et trouvent utile de discuter collectivement de leurs approches. Il a également été difficile de rejoindre les femmes, qui ont des objectifs variés et qui en sont à des étapes différentes sur les plans de la consommation de drogues et d'alcool, de la guérison des traumatismes et de la stabilité résidentielle, entre autres, et de favoriser l'établissement de liens entre elles. Enfin, malgré les évaluations positives, le manque de financement stable pour ces séances de groupe et ces initiatives constituent toujours un obstacle très important pour la poursuite et l'expansion de ce travail.

Le soutien intégré pour les problèmes de santé mentale, de consommation de drogues et d'alcool et les problèmes liés à la violence ou à un traumatisme fera l'objet d'un projet national

d'application des connaissances parrainé par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique. Le projet, intitulé *Coalescing on Women's Substance Use Issues – Linking Research, Practice, and Policy*, a récemment reçu un financement du Fonds pour les initiatives communautaires (FIC) de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA). De telles approches intégrées seront l'un des six sujets étudiés dans les collectivités d'apprentissage virtuel sur les principaux enjeux touchant la consommation de drogues et d'alcool chez les femmes au Canada. Les chercheur(euse)s du CESFCB se chargeront d'organiser et de synthétiser les résultats de recherche et les données probantes sur ces sujets et feront participer des personnes d'un bout à l'autre du Canada à des forums en ligne d'apprentissage collaboratif, qui donnent accès à des résumés sur les principaux enjeux, les ressources, les programmes et les politiques. On fera appel à la diffusion Web ainsi qu'à d'autres options virtuelles et imprimées afin de distribuer largement les conclusions sur les «meilleures pratiques et politiques» aux chercheuses, aux fournisseur(euse)s de services, aux planificateur(trice)s, aux décideur(euse)s et aux autres personnes intéressées par la question des femmes et des problèmes de consommation de drogues et d'alcool partout au pays. Ce projet sera réalisé en partenariat avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce projet, écrivez à l'adresse suivante : npoole@cw.bc.ca.

NOTES

1. M. L. Zilberman, H. Tavares, S. B. Blume et N. el-Guebaly, «Substance use disorders: Sex differences and psychiatric comorbidities», dans *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 48, n° 1, 2003, p. 5-13.
2. P. C. Ouimette, R. Kimerling, J. Shaw et R. H. Moos, «Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders», dans *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 18, n° 3, 2000, p. 7-17. N. Poole, Aurora Centre, Bulletin annuel sur les activités et les résultats d'évaluation pour 2002. Vancouver, Aurora Centre, BC Women's Hospital, 2003.
3. Consulter www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/womenandtrauma/wcdvs.asp.
4. Aurora Centre, Battered Women's Support Services, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, Haven Society, Pacifica Treatment Centre, Surrey Women's Centre, Vancouver Daytox, Vancouver Island Health Authority et Victoria Women's Sexual Assault Centre.