

Terres nouvelles



Outils pour intégrer des interventions
tenant compte du genre et des traumatismes
dans les pratiques et les politiques en
matière de consommation de substances

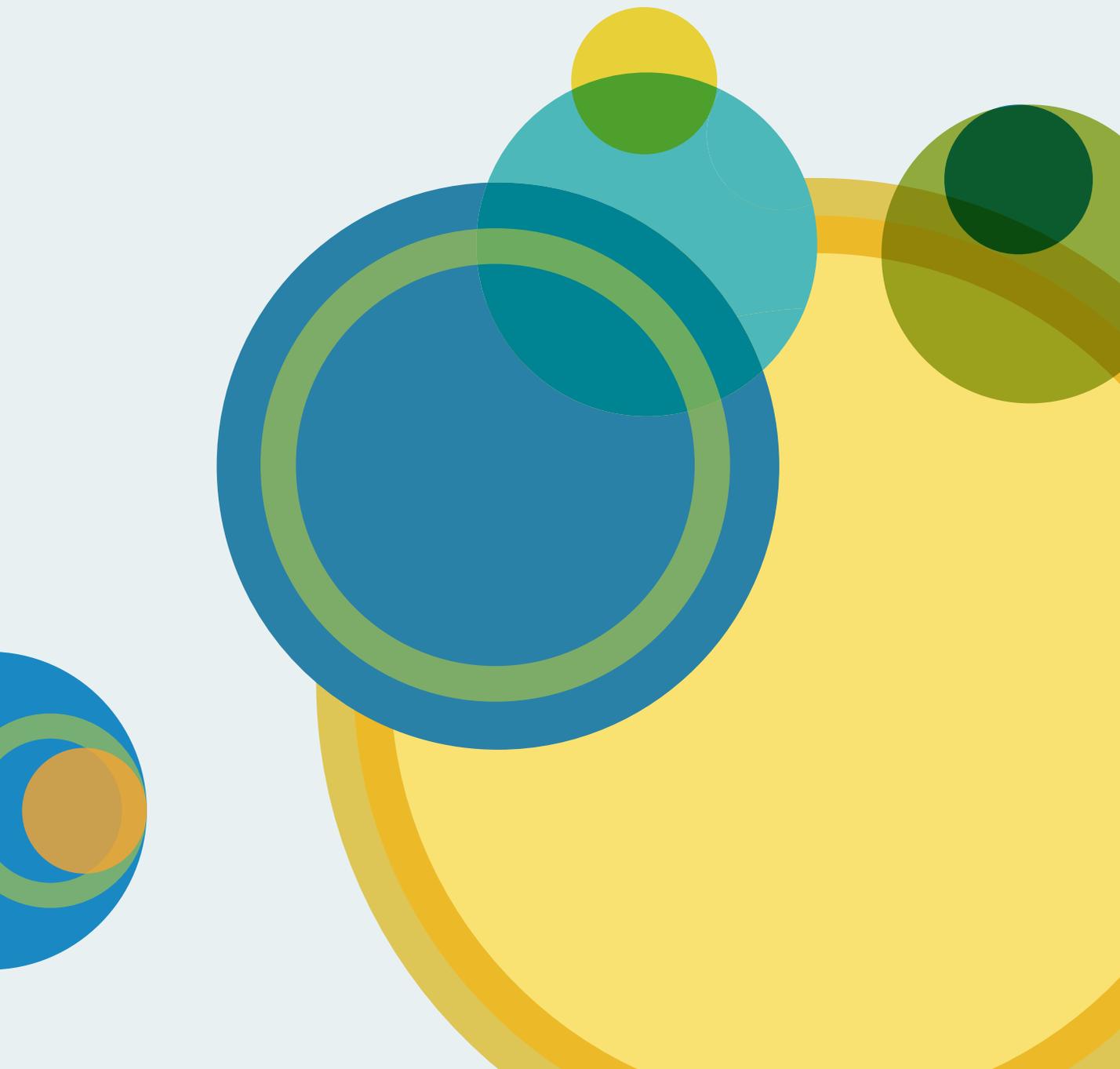


Table des matières

À propos de la présente ressource	4
Partie 1 : Pour commencer	6
Qu'entendons-nous par traumatisme, genre et sexe?	7
Que sont les approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe (approches TGS)?	8
Quels sont les avantages de l'intégration des traumatismes, du genre et du sexe dans les pratiques et les politiques relatives à la consommation de substances?	9
Qui bénéficie d'une approche tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe?	12
Renforcer le soutien aux approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe au sein de votre organisation	13
Partie 2 : Intégrer les approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe aux pratiques	16
Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada	17
Services tenant compte des traumatismes pour les femmes : The Jean Tweed Centre	19
Services pour les personnes LGBTQ2+ : Programme Pieces to Pathways, Breakaway Addiction Services	20
Services pour les femmes enceintes et les nouvelles mères : The Mothering Project (Manito Ikwe Kagiikwe)	21
Améliorer l'équité entre les sexes : Campagnes de sensibilisation à l'alcool pendant la grossesse	22
Partie 3 : Traumatismes et analyse du genre et du sexe : outils pour les responsables de l'élaboration de politiques et de programmes	24
A. Outil pour la pratique tenant compte des traumatismes	26
B. Outil pour tenir compte du sexe et du genre	27
C. Feuille de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique (exemple)	28
Partie 4 : Approches sexotransformatrices aux programmes et aux politiques	30
Continuum de la sexospécificité	32
Approches sexotransformatrices aux pratiques	33
Glossaire	35
Annexes	
Annexe 1 : Principes de la pratique tenant compte des traumatismes	37
Annexe 2 : Feuilles de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique (vierges)	38
Annexe 3 : Résumés des données probantes	41
• Résumé des données probantes : Le sexe et la consommation de substances — Influences et cheminements	42-43
• Résumé des données probantes : Les influences du sexe sur la consommation de substances — Mécanismes	44
• Résumé des données probantes : Le genre et le sexe — Conséquences et effets sur la santé	45
• Résumé des données probantes : L'incidence du sexe et du genre sur le traitement de la consommation de substances	46
• Résumé des données probantes : Incidences du genre et du sexe pour la pratique tenant compte des traumatismes	51
Références	56

Cette ressource a été élaborée par le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes [Centre of Excellence for Women's Health (CEWH)] en 2018. Le Centre collabore à des recherches multidisciplinaires et axées sur l'action au sujet de la santé des filles et des femmes. Favorisant l'introduction du genre dans les recherches sur la santé, il accorde une attention particulière aux recherches qui amélioreront l'état de santé des personnes subissant des inégalités en matière de santé. Le Centre est situé au BC Women's Hospital & Health Centre, qui est un organisme de la régie de santé provinciale Provincial Health Services Authority.

Le projet « Trauma/Gender/Substance Use » a reçu de l'aide financière de la part de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Pour obtenir de plus amples renseignements et d'autres ressources, visitez www.bccewh.bc.ca



Citation suggérée : Schmidt, R., Poole, N., Greaves, L., et Hemsing, N. (2018). *Terres nouvelles : Outils pour intégrer des interventions tenant compte du genre et des traumatismes dans les pratiques et les politiques en matière de consommation de substances*, Centre d'excellence pour la santé des femmes, Vancouver : C.-B. ISBN 978-1-894356-79-4

À propos de la présente ressource

L'efficacité de l'intégration de la compréhension des traumatismes, du genre et du sexe (TGS) dans tous les domaines de la consommation de substances, y compris la prévention, l'éducation, la réduction des méfaits, le traitement, les politiques et la recherche est de plus en plus manifeste. La pratique tenant compte des traumatismes (PTCT) est une approche importante pour améliorer les services, les programmes, les politiques et les initiatives de promotion de la santé en matière de consommation de substances. Il est tout aussi important d'intégrer des données probantes fondées sur le sexe et le genre dans le système d'intervention pour la consommation de substances. En fin de compte, la création d'approches sexotransformatrices en matière de consommation de substances peut contribuer à réduire les inégalités entre les sexes et en matière de santé.

Le projet Trauma/Gender/Substance Use a été financé par Santé Canada. Durant ce projet, le Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESF) [The Centre of Excellence for Women's Health (CEWH)] a collaboré avec des chefs de file de partout au Canada pour intégrer davantage d'approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe (ou approches TGS), ainsi que des approches sexotransformatrices, dans les pratiques et les politiques relatives à la consommation de substances et aux dépendances. Ce projet a mis en évidence ces approches et les a fusionnées à l'élaboration de matériel et de ressources d'échange de connaissances en collaboration avec de nombreux champions engagés dans des régions partout au Canada.

De nombreuses personnes qui travaillent dans le domaine de la consommation de substances s'intéressent beaucoup aux programmes, aux initiatives et aux projets tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe, ainsi qu'à l'amélioration du soutien de ces approches au sein de leur programme et de leur organisation. Cette trousse d'outils fournit de l'information sur ces approches, pour qu'elles soient utilisées dans le cadre de la formation du personnel, ainsi que de la planification et de l'évaluation des programmes, et pour aider au développement organisationnel. La trousse comprend également des outils particuliers pour appuyer les changements de pratique et de politique.

Ce domaine est en constante évolution, les connaissances scientifiques et sociales par rapport aux traumatismes, au genre et au sexe continuent d'évoluer. Cette trousse d'outils vise à contribuer à la croissance continue et à la sophistication des interventions en matière de consommation de substances au Canada.

Partie 1

La Partie 1 comprend de l'information sur les approches TGS et leur justification, ainsi que des suggestions sur la façon de discuter de celles-ci avec des praticiens, des gestionnaires de programmes et des chefs de file dans le domaine de la consommation de substances. Elle comprend deux feuilles d'information à transmettre à d'autres personnes au sein d'organisations de lutte contre la consommation de substances et des idées sur la façon d'associer les approches TGS aux initiatives et aux modèles actuels de soins.

Partie 2

La Partie 2 fournit un éventail d'exemples d'intégration d'approches TGS dans des cadres de promotion de la santé, de réduction des méfaits et de traitement de la consommation de substances au Canada.

Partie 3

La Partie 3 comprend des outils pour l'élaboration de programmes et de politiques appuyant l'intégration d'approches TGS dans le domaine de la consommation de substances.

Partie 4

La Partie 4 présente le *Continuum de l'intégration du genre* pour guider l'évaluation de votre programme ou de votre politique, et donne des exemples de la façon dont les programmes peuvent promouvoir l'équité entre les sexes dans le travail sur les questions relatives à la consommation de substances pour atteindre des objectifs en matière de santé et d'équité entre les sexes. Cette section fournit également des exemples d'approches sexotransformatrices à des fins de prévention, de réduction des méfaits et de traitement.

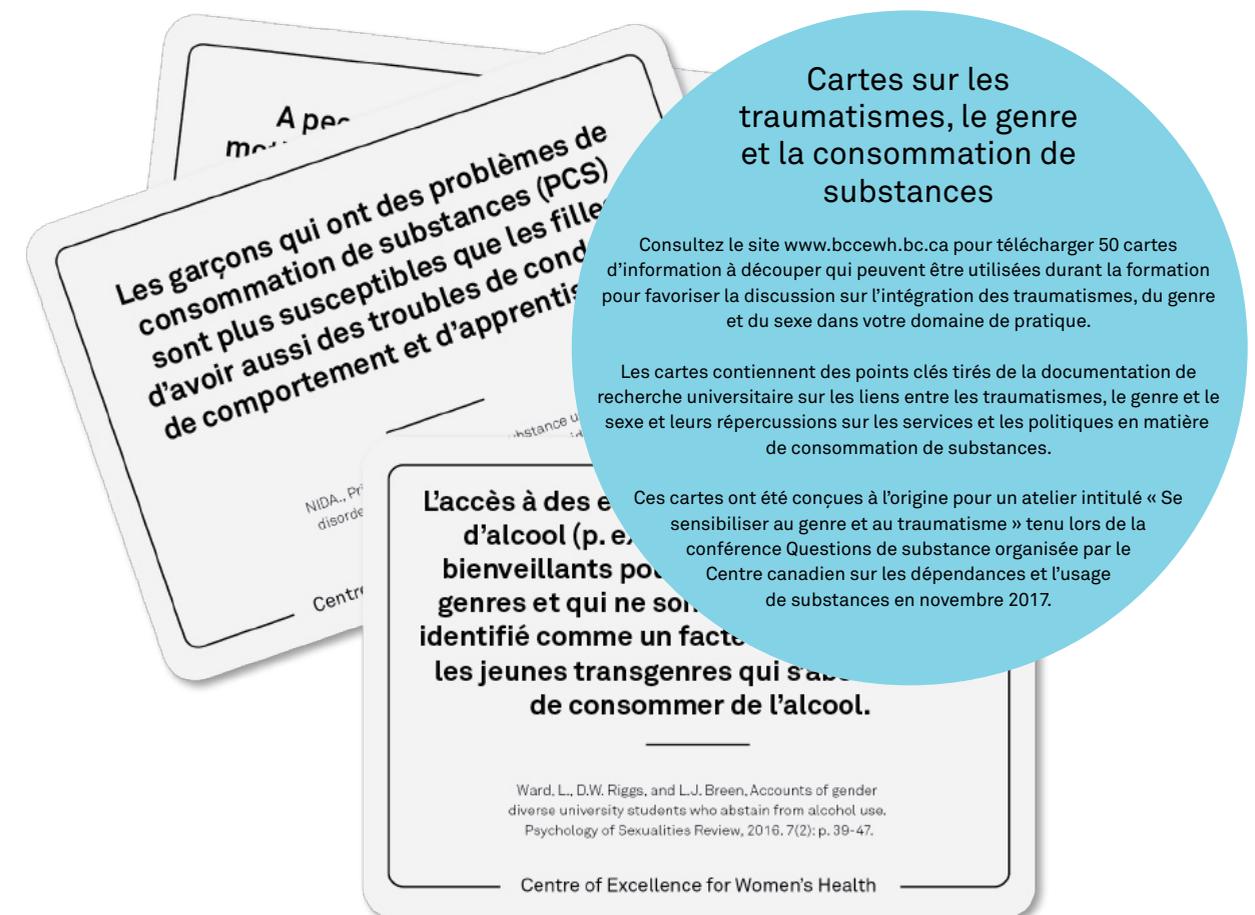
Glossaire

Un glossaire de termes importants se trouve à la fin de la Partie 4.

Annexes

Les annexes comprennent :

- 1 / un résumé des quatre principes de la pratique tenant compte des traumatismes;
- 2 / des copies vierges de la *Feuille de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique* qui se trouve à la Partie 3;
- 3 / des résumés de données de recherche sur les liens entre la consommation de substances, les traumatismes, le genre et le sexe et les répercussions sur les services et les politiques en matière de consommation de substances par rapport aux femmes, aux filles, aux hommes, aux garçons, aux personnes transgenres et aux personnes de divers genres. Ces résumés de données probantes peuvent appuyer la planification de programmes et de politiques.



Partie 1

Pour commencer

Qu'entendons-nous par traumatisme, genre et sexe?

Le **traumatisme** décrit les effets d'expériences qui dépassent la capacité d'un individu à y faire face. Ces expériences peuvent être des événements survenus au début de la vie, comme la violence, la négligence et avoir été témoin de violence ou des événements survenus plus tard dans la vie, comme une agression sexuelle, la violence conjugale, une catastrophe naturelle, une guerre, des accidents, une perte soudaine inattendue ou une rupture de contact forcée avec son foyer ou sa culture. Les personnes qui vivent un traumatisme peuvent vivre un large éventail de réactions, d'effets et d'adaptations pour y faire face. Il est bien établi que les personnes ayant des problèmes de consommation de substances ont souvent vécu des traumatismes au cours de leur vie, et que le nombre d'expériences négatives vécues durant l'enfance (ENVE) est étroitement et positivement lié à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi qu'à la dépendance [1].

Le **genre** est un déterminant bien connu de la santé et il est important d'en tenir compte lorsque nous explorons des questions liées aux traumatismes et à la consommation de substances. Très souvent, lorsque la question du genre est abordée, l'accent est mis sur les femmes et les filles. En fait, nous avons tous un genre, et il est important de comprendre le continuum de l'identité et de l'expression de genre et comment le genre est relié aux traumatismes et à la consommation de substances. Le genre désigne les rôles, les comportements, les expressions et les identités établis par la société pour les filles, les femmes, les garçons, les hommes et les personnes de diverses identités de genre. Il influe sur la façon dont les gens se perçoivent eux-mêmes et les uns les autres, la façon dont ils agissent et interagissent, ainsi que sur la répartition du pouvoir et des ressources dans la société.

Le genre est généralement conceptualisé comme étant binaire (fille/femme et garçon/homme), mais il existe une grande diversité dans la façon dont les personnes et les groupes comprennent, vivent et expriment le genre. Il est également important de se rappeler que le genre n'est pas seulement fluide, mais également complexe, et comprend des relations, des rôles, des pratiques institutionnelles et des lois y afférant, ainsi que l'identité de genre. Des facteurs liés au genre — y compris les rôles, les relations, les attitudes, les inégalités de pouvoir et les identités — influent sur les expériences et la capacité d'une personne de recevoir les soins appropriés. Le genre est parfois utilisé de manière incorrecte pour désigner le sexe.

Le **sexe** désigne un ensemble d'attributs biologiques chez les humains et les animaux, y compris des caractéristiques physiques et physiologiques comme les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones, l'anatomie et les fonctions corporelles comme le métabolisme, ainsi que l'anatomie reproductive et sexuelle. Le sexe est habituellement conceptualisé comme étant masculin ou féminin, mais il y a des variations dans les attributs biologiques qui composent le sexe et la façon dont ils sont exprimés. Par exemple, même si les hommes sont en moyenne plus grands que les femmes, cela ne signifie pas que tous les hommes sont plus grands que toutes les femmes. De plus, certaines personnes naissent avec un ensemble de caractéristiques biologiques masculines et féminines, comme les chromosomes ou les organes génitaux, ce qu'on appelle l'intersexualité. Les facteurs liés au sexe influent sur les réactions aux substances, sur le développement de la tolérance et de la dépendance, ainsi que sur l'impact des traitements et des médicaments.

Le terme **transgenre** sert à décrire les personnes dont l'identité de genre diffère du sexe et du genre qui leur ont été assignés à la naissance. L'identité de genre est le sentiment interne et personnel d'être un homme ou une femme (ou un garçon ou une fille). L'identité de genre ne correspond pas exactement à ces deux catégories, pour certaines personnes. Pour en donner un exemple, le sexe qui a été assigné à la naissance d'une personne transgenre et sa propre identité de genre interne ne sont pas les mêmes. Tout comme le sexe et le genre sont souvent confondus, l'identité transgenre et l'orientation sexuelle le sont aussi. L'orientation sexuelle décrit l'attirance sexuelle, romantique ou émotionnelle d'une personne envers une autre personne (par exemple : hétérosexuel, gai, lesbienne, bisexuel, queer). Une personne appartenant à n'importe quel groupe de genre peut avoir n'importe quelle orientation sexuelle, ou peut passer d'une orientation sexuelle à une autre au cours de sa vie.

Que sont les approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe (approches TGS)?

Les politiques et les pratiques **tenant compte des traumatismes** intègrent la compréhension des expériences de violence et de traumatismes dans tous les aspects de la prestation de services, de sorte que toute personne utilisant des services se sent en sécurité et en mesure d'en bénéficier. L'objectif des services et des systèmes tenant compte des traumatismes est d'éviter de retraumatiser les personnes et de soutenir la sécurité, le choix et le contrôle de tous les utilisateurs de services.

Les politiques et les pratiques **tenant compte du genre et du sexe** consistent en l'élaboration de programmes et de politiques sur la consommation de substances qui sont efficaces et appropriés pour tous. Les approches tenant compte du sexe évaluent comment des caractéristiques biologiques comme l'anatomie, la physiologie, les gènes, les hormones et la neurobiologie influent sur les manières dont le corps réagit à diverses substances, et ont une incidence sur les résultats des traitements. Les approches tenant compte du genre évaluent comment les facteurs sociaux comme les relations entre les sexes, les rôles, les normes, l'identité de genre et les politiques sexospécifiques influent sur les expériences personnelles de consommation de substances, l'efficacité du traitement et la capacité d'une personne d'accéder aux soins et aux traitements.

Les **approches sexotransformatrices** intègrent simultanément les résultats de santé et les améliorations en matière d'équité entre les sexes. Dans le domaine de la consommation de substances, il existe un grand potentiel d'utiliser des approches sexotransformatrices pour examiner, remettre en question et changer activement les normes et les stéréotypes négatifs à l'égard des genres et pour redresser les inégalités de pouvoir. Cela peut réduire les inégalités entre les genres dans les réactions à la consommation de substances et à la dépendance qui existent dans la société.

Quels sont les avantages de l'intégration des traumatismes, du genre et du sexe dans les pratiques et les politiques relatives à la consommation de substances?

Une amélioration des résultats des traitements pour les patients/clients

p. ex., réduction de la consommation de substances, taux de rechute plus faibles, taux de rétention dans les services plus élevés, satisfaction accrue à l'égard des services [2-8].

Une meilleure rétention du personnel et une plus grande satisfaction à l'égard de l'emploi

p. ex., moins d'épuisement professionnel ou de saturation compassionnelle, moins de traumatismes indirects ou secondaires [9-11].

Des programmes et des services qui reflètent les besoins, les préoccupations et les préférences de différents groupes qui ont souvent des problèmes particuliers de consommation de substances

p. ex., les femmes enceintes, les jeunes de genre queer, les réfugiés, les vétérans [12-14].

Une amélioration de l'accès aux services

p. ex., recherche d'aide plus précoce, état de préparation au changement, taux plus élevés d'achèvement des traitements, engagement accru dans les services de prévention [3, 4, 7].

Une amélioration de la planification des systèmes et des programmes

p. ex., la capacité de réagir aux tendances en matière de consommation de substances, comme les taux élevés de consommation excessive d'alcool chez les jeunes femmes et la consommation accrue de cannabis chez les hommes [15].

Une amélioration de l'équité entre les sexes et en matière de santé

p. ex., réduction des différences dans les résultats de santé entre les différents groupes de population en fonction du genre, de l'âge, de la classe sociale, de la race, de l'origine ethnique et d'autres circonstances déterminées par la société [16, 17].

Des programmes et services qui tiennent compte des différences par rapport au sexe

p. ex., les différences biologiques relatives au début de la consommation de substances, aux dépendances et aux résultats des traitements [18, 19].

Des politiques et des programmes sexotransformateurs

p. ex., revendiquer un changement dans les rôles des genres et les relations entre ceux-ci ainsi qu'une réduction de la consommation de substances [20].

Intégrer

LES TRAUMATISMES	LE GENRE	LE SEXE
 <p>Des expériences passées et présentes de violence et de traumatisme sont courantes chez les personnes ayant des problèmes de consommation de substances</p>	 <p>Les rôles sociaux, les relations, les possibilités, l'identité, les politiques institutionnelles et les attentes sociétales influent tous sur les expériences personnelles de consommation de substances, la capacité d'accéder aux services de soutien et les préférences de traitement</p>	 <p>L'anatomie, la physiologie, les gènes, les hormones, le métabolisme et la neurobiologie influent sur la façon dont le corps réagit à diverses substances ainsi que sur la façon d'aborder les traitements</p>

dans les pratiques et les politiques relatives à la consommation de substances

SERVICES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES	SERVICES TENANT COMPTE DU GENRE	SERVICES TENANT COMPTE DU SEXE
<ul style="list-style-type: none"> • Donner un choix, un contrôle et une voix à toutes les personnes qui ont recours aux services • Créer une sécurité physique, émotionnelle et culturelle pour tous et toutes • Offrir des occasions d'acquérir des habiletés d'adaptation clés • Déterminer et tirer parti des forces de chaque personne 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les obstacles sexospécifiques à l'accès aux soins, comme le manque de services de garde ou la stigmatisation associée à la demande d'aide • Offrir des programmes et des services de soutien adaptés à différents groupes • Utiliser un langage inclusif et/ou des termes précis 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte de la façon dont la taille du corps, les gènes, les hormones et d'autres facteurs influent sur les réactions biologiques aux drogues, à l'alcool et au tabac • Reconnaître que les effets primaires et secondaires des médicaments ainsi que le dosage diffèrent selon le sexe • Comprendre comment le stress, l'adaptation et la résilience peuvent être liés à des facteurs biologiques

permet d'améliorer

- l'accès aux services
- la qualité des services de soins et les résultats du traitement
- le taux de rétention et le bien-être du personnel
- l'équité entre les sexes et en matière de santé
- la participation de la communauté et de la famille aux soins

Approches sexotransformatrices en matière de services et de politiques relatives à la consommation de substances

Les initiatives visant à améliorer l'équité entre les sexes et en matière de santé peuvent être intégrées aux approches sur la prévention, l'éducation, la réduction des méfaits, le traitement, l'élaboration de politiques et la recherche sur les dépendances.



CONTESTEZ LES STÉRÉOTYPES DE GENRE	EXEMPLE
Contestez et évitez de renforcer les stéréotypes de genre et les attitudes préjudiciables dans la documentation portant sur l'éducation et la promotion de la santé.	Critiquez activement l'utilisation de stéréotypes de genre dans la commercialisation du tabac, comme les messages associant la cigarette à la capacité de séduction des femmes ou les suggestions que les « vrais » hommes fument.
RENFORCEZ LE POUVOIR D'AGIR	EXEMPLE
Aidez les femmes, les hommes et les personnes de genre divers à agir sur les facteurs qui influent sur leur santé. Utilisez des approches qui s'attaquent aux causes profondes de la perte du pouvoir d'agir, comme la pauvreté, le manque de logement abordable et la violence systémique.	Intégrez des approches axées sur le renforcement du pouvoir d'agir, comme l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne, l'engagement communautaire et les possibilités de formation et d'emploi, dans les programmes de traitement de la consommation de substances. Revendiquez des politiques sociales équitables à l'égard des genres.
FAVORISEZ L'ÉTABLISSEMENT DE RELATIONS ÉQUITABLES	EXEMPLE
Les expériences personnelles de consommation de substances sont fortement influencées par les amis et la famille. Favorisez un changement d'attitude envers la responsabilité personnelle, les attentes, la signification du consentement et les façons de prendre soin des autres dans le cadre des interventions.	Avez les campagnes sur l'établissement de relations équitables afin de réduire les suppositions fondées sur le sexe et d'influencer positivement les résultats. Encouragez les femmes et leurs partenaires à assumer ensemble la responsabilité de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse.
VEILLEZ À LA SEXOTRANSFORMATION	EXEMPLE
Abordez l'analyse et l'élaboration des programmes et des politiques sous l'angle de la sexotransformation. Reconnaissez que les rôles, les normes et les stéréotypes sexospécifiques négatifs doivent être étudiés, remis en question et changés et que les déséquilibres de pouvoir peuvent être corrigés pour améliorer la santé et l'équité entre les sexes.	Utilisez des outils comme le <i>Gender Transformative Continuum</i> ¹ (continuum sexotransformateur) pour examiner comment les programmes et les politiques peuvent également améliorer les relations entre les sexes, le pouvoir et l'équité.
AMÉLIOREZ LA QUALITÉ DES DONNÉES	EXEMPLE
Tenez compte du sexe et du genre dans la production des rapports, les évaluations, l'amélioration de la qualité et les recherches liées à vos programmes et politiques.	Utilisez des outils de formation comme l'Analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) ² pour perfectionner vos compétences ou des outils comme la Partie 3 de <i>Terres nouvelles</i> pour améliorer la planification. Utilisez <i>Better Science with Sex and Gender</i> ³ pour améliorer la conception de vos recherches, de vos collectes de données et de vos analyses.

Qui bénéficie d'une approche tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe?

Améliorer le traitement de la consommation de substances à l'aide d'une approche tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe bénéficiera à tous et à toutes. Tous les utilisateurs de services peuvent bénéficier d'une approche aux services et politiques qui tient compte des traumatismes. En fait, la pratique tenant compte des traumatismes (PTCT) est une pratique « universelle » : elle offre des avantages à tous les utilisateurs de services, qu'ils aient ou non subi un traumatisme. De plus, la PTCT n'exige pas une divulgation du traumatisme pour créer un environnement accueillant et accessible pour tous les clients et clientes qui auraient vécu des traumatismes.

Les types de traumatismes, de violence ou d'expériences négatives durant l'enfance et les réactions aux traumatismes diffèrent selon les groupes de clients ou d'utilisateurs de services. Par exemple, le sexe, le genre et l'orientation sexuelle d'une personne influent sur le type et la fréquence des agressions sexuelles et de la violence sexiste, ou sur les effets négatifs du sexisme, de l'homophobie ou de la transphobie.

Les femmes et les filles subissent des inégalités économiques et sociales disproportionnées : violence familiale, agressions sexuelles et harcèlement. Les personnes transgenres et non binaires subissent des inégalités sociales persistantes qui comprennent des taux élevés de violence et d'agression sexuelle et un accès inégal aux ressources. Le racisme, le capacitisme, la colonisation et d'autres formes de discrimination qui se reflètent dans les normes et les attitudes adoptées par la majorité accentuent ces expériences négatives pour de nombreuses personnes.

En tant que prestataires de services de traitement de consommation de substances et décideurs, nous devons comprendre comment des facteurs comme le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la race, la culture, l'âge, les compétences, le revenu et l'éducation sont liés de manière complexe, et que tous ces facteurs influent sur les taux de consommation de substances, les répercussions de leur consommation et l'accès aux ressources. Par exemple, les adultes lesbiennes, gais ou bisexuels affichent des taux plus élevés de consommation de substances que les femmes et les hommes hétérosexuels. Bien que les taux de consommation de substances soient généralement plus élevés chez les hommes, les femmes lesbiennes et bisexuelles sont plus susceptibles de connaître des problèmes de consommation de substances au cours de leur vie, comparativement aux femmes et hommes hétérosexuels et aux hommes gais[21]. Les femmes lesbiennes et bisexuelles affichent des taux plus élevés de victimisation au cours de leur vie, mais les risques de consommation dangereuse d'alcool sont plus élevés chez les lesbiennes et les bisexuelles, même après une intervention sur la victimisation[22].

En Colombie-Britannique, les taux de surdose d'opioïdes sont cinq fois plus élevés chez les membres des Premières Nations que chez les personnes non autochtones. Dans la population générale, alors que les hommes sont plus susceptibles de faire une surdose, les taux de surdose sont presque égaux chez les hommes (52 %) et les femmes (48 %) des Premières Nations[23]. En effet, chez les femmes des Premières Nations, le nombre de surdoses est huit fois plus élevé que chez les femmes non autochtones et le nombre de décès par surdose est cinq fois plus élevé. Ainsi, il est nécessaire de reconnaître, de respecter et d'aborder les diverses identités des clientes et clients de manière à promouvoir l'accessibilité aux services et à améliorer la prévention et le traitement, tout en renforçant l'équité.

1. Greaves, L., Pederson, A., et Poole, N., *Making it Better: Gender- Transformative Health Promotion*. 2014, Toronto (Ontario) : Canadian Scholars' Press

2. <http://www.swc-cfc.gc.ca/gba-acsc/index-fr.html>

3. Johnson, J. L., Greaves, L., et Repta, R. (2009). *Better Science with Sex and Gender: A Primer for Health Research*. Vancouver (C.-B.): Le Réseau canadien pour la santé des femmes.

Renforcer le soutien aux approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe au sein de votre organisation

Comme vous le voyez, il y a de nombreuses raisons de passer à des approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe (approches TGS) pour le traitement de la consommation de substances, mais les organisations ont souvent besoin de défenseurs et de dirigeants pour appuyer de tels changements. La nécessité et l'efficacité de ces approches ont été démontrées, mais il arrive que des exemples pratiques soient nécessaires. Voici quelques conseils et arguments à prendre en considération lorsque vous parlez des approches TGS avec d'autres personnes de votre organisation.

Faites valoir que les approches TGS peuvent améliorer vos programmes et résoudre un problème de pratique.

Y a-t-il un domaine de pratique qui pose un problème à votre programme ou à votre organisation? Par exemple, maintenir la participation des clients des programmes de traitement; répondre aux besoins particuliers des garçons et des jeunes hommes; établir un espace sexospécifique sécuritaire qui permet aux filles vulnérables d'accéder aux services; comprendre les patients « difficiles » ou « rébarbatifs »; éviter l'épuisement du personnel et l'usure de la compassion; ou déstigmatiser le traitement des femmes enceintes dans votre collectivité.

Donnez l'exemple d'une initiative réussie dans une organisation semblable à la vôtre, qui a permis d'intégrer à la pratique et aux politiques des approches TGS.

Par exemple, une organisation qui a commencé à offrir un groupe de soutien destiné aux jeunes LGBTQ2+ dans le cadre de leur programme résidentiel de traitement de leurs dépendances; un service communautaire qui offre une introduction à une pratique qui tient compte des traumatismes à tout son personnel durant son orientation; un programme de réduction des méfaits au centre-ville qui a adapté sa pratique en vue de mieux atteindre les femmes enceintes; ou un hôpital qui a mis en œuvre des politiques pour réduire le recours à l'isolement et à la contention.

Décrivez la manière dont les approches TGS sont un élément important des cadres, plans stratégiques et autres initiatives locales, provinciales et nationales pertinents à votre programme et à votre organisation.

Par exemple

- En Colombie-Britannique, le ministère du Développement de l'enfance et de la famille (2018) et les Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique (2013)[24, 25] ont élaboré et promu des lignes directrices de pratique tenant compte des traumatismes.
- La compétence culturelle ainsi que la sécurité culturelle sont intégrées à la pratique tenant compte des traumatismes, et la formation relative à la compétence culturelle de tous les professionnels du domaine de la santé est préconisée dans l'appel à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation.
- Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sont sexospécifiques et sont appuyées par tous les ministres provinciaux et territoriaux ainsi que par des organismes comme l'Association médicale canadienne et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances.

- Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada exigent l'usage de l'Analyse comparative entre les sexes plus (ACS+) lors de l'élaboration des propositions, des programmes et des politiques.

Insistez sur le fait que les approches TGS ne nécessitent pas de nouvelles ressources ou de fonds additionnels.

Sur le plan organisationnel, l'intégration des approches TGS peut avoir lieu dans le cadre des programmes actuels de formation, des évaluations du rendement et des autres évaluations. En ce qui concerne la pratique, les approches TGS requièrent souvent de modifier les procédures, ce qui pourrait entraîner des changements dans l'attribution des ressources, mais pas nécessairement une augmentation des coûts.

Envisagez de préconiser une approche ou les deux.

Bien souvent, les organisations qui commencent par intégrer les approches tenant compte des traumatismes dans leur travail envisagent ensuite de tenir compte des questions liées au genre et au sexe, ou à l'inverse. Et, lorsqu'elles intègrent les approches tenant compte du sexe et du genre, le caractère sexospécifique du traumatisme et de la violence devient apparent et exige une intervention.

Soulignez bien comment les approches TGS s'appuient sur de nombreuses autres approches fondées sur des données probantes que vous utilisez déjà.

Les approches TGS s'appuient sur les mêmes principes et pratiques que de nombreuses autres approches fondées sur des données probantes pour soutenir les personnes ayant des problèmes de consommation de substances.

APPROCHE	PRINCIPES ET PRATIQUES
Tenant compte des traumatismes	Sécurité physique, émotionnelle et culturelle Choix et collaboration avec le client (c'est-à-dire qu'il ou elle détermine les besoins et les objectifs) et systèmes de service qui évitent la retraumatisation Fiabilité Fondé sur les forces
Tenant compte du genre et du sexe (y compris les approches sexotransformatrices)	Prend en considération les différents rôles, responsabilités, besoins des groupes selon leur genre Reconnaît la fluidité du genre Remet en question les stéréotypes négatifs et les déséquilibres de pouvoir fondés sur le sexe Comprend des approches sexospécifiques Améliore l'équité entre les sexes

Le tableau ci-dessous comporte des expressions et principes clés issus de ces approches pour illustrer certains des points communs et des différences. Ils pourraient être utiles pour intégrer les approches TGS à vos pratiques actuelles.

APPROCHE	PRINCIPES FONDAMENTAUX
Axé sur le client (la personne)	Commencer au stade où en est le client Collaborer avec le client Le client détermine les besoins et les objectifs
Réduction des méfaits	Fondé sur les forces Accorder la priorité aux objectifs immédiats et maximiser les options Participation de l'utilisateur Collaboration entre les systèmes Droits de la personne/autodétermination Améliorer les autres déterminants de la santé Fondé sur les forces
Orientation du rétablissement	Autodétermination Collaborer sur les objectifs de rétablissement et les partenariats pour soutenir les habiletés nécessaires au rétablissement Promouvoir une culture d'espoir Fondé sur les forces
Sécurité culturelle	Réflexion critique Remettre en question les déséquilibres de pouvoir entre le client et l'intervenant Confiance, respect et sécurité Équité/accès aux soins de santé pour tous

Bien que de nombreuses valeurs et de nombreux principes qui sous-tendent les approches TGS correspondent aux valeurs et principes sous-tendant d'autres approches clés, les approches TGS soulignent plus particulièrement :

- Le renforcement de la capacité des prestataires de services d'élaborer des programmes et des services qui amélioreront l'accès et la participation
- Il faut reconnaître comment le sexe et les autres différences biologiques influent sur les réactions au stress et la capacité d'adaptation, les effets de la consommation de substances et des médicaments, les préférences et les résultats
- La manière dont les traumatismes et le genre interagissent avec d'autres déterminants de la santé pour influencer la consommation de substances dans différentes populations, et les implications pour le traitement et le soutien

Partie 2

Intégrer les approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe aux pratiques

Intégrer les approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe aux pratiques

La présente section fournit cinq exemples de la façon dont les approches tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe (ou approches TGS) sont intégrées à des organisations de promotion de la santé, de réduction des méfaits et de traitement de la consommation de substances au Canada.

Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

Publiées en 2011, les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (DCAFR) ont été élaborées pour fournir aux adultes des recommandations sur la consommation d'alcool afin de limiter les méfaits et les risques pour la sécurité. Ces directives figuraient parmi les premières recommandations sexospécifiques sur la consommation d'alcool à faible risque dans le monde.

Pour limiter le risque de blessures et de méfaits, les DCAFR recommandent de ne pas dépasser :

- trois verres en une même occasion chez les femmes, en respectant les limites hebdomadaires;
- quatre verres en une même occasion chez les hommes, en respectant les limites hebdomadaires.

Pour réduire les risques à long terme pour la santé, les DCAFR recommandent également de ne pas dépasser :

- dix verres par semaine chez les femmes, à raison d'au plus deux verres par jour la plupart des jours;
- quinze verres par semaine chez les hommes, à raison d'au plus trois verres par jour la plupart des jours.

Les DCAFR comprennent également de l'information concernant la grossesse et l'allaitement.



Source : La modération en quatre chiffres
©Éduc'alcool (2016)

Services pour les personnes LGBTQ2+ : Programme Pieces to Pathways, Breakaway Addiction Services

Établi à Toronto, l'organisme Breakaway Addiction Services offre un éventail de services de lutte contre les dépendances, dont un service de consultation externe pour les jeunes et les familles, des logements avec services de soutien, un programme de traitement à la méthadone et des services d'approche dans la rue et dans la communauté. Tous les programmes s'appuient sur les principes de la réduction des méfaits. L'organisation a élaboré des programmes sexospécifiques à l'intention des femmes, y compris les femmes transgenres, dans le cadre de ses programmes de soutien aux personnes dépendantes des opiacés.

Breakaway propose aussi Pieces to Pathways, un programme de soutien par les pairs visant la consommation de substances des jeunes LGBTQ2IA+ âgés de 16 à 29 ans. Ce programme reconnaît que les services à la population LGBTQ2+ doivent être :

- Disponibles – Il est très bien établi que les jeunes LGBTQ2+ font face à des obstacles quand ils veulent avoir accès aux services de traitement de la consommation de substances et qu'ils se sentent mal à l'aise auprès des services traditionnels. Des services propres aux jeunes LGBTQ2+ s'avèrent nécessaires et il n'est pas suffisant d'adapter des services génériques.
- Accessibles – Les obstacles à l'accès aux services doivent être minimaux, p. ex. emplacement, manière de procéder pour un premier contact avec le personnel, utilisation de pronoms appropriés. Les programmes doivent également déterminer si les autres clients seront compréhensifs.
- Acceptables – Le personnel doit inclure un nombre important de pairs et le soutien apporté par tous les membres du personnel doit être sincère. Les programmes devraient être élaborés conjointement avec les clients et être souples pour tenir compte des besoins particuliers de différentes populations.

Pieces to Pathways offre trois haltes-accueil chaque semaine, un soutien à la gestion des cas et du counseling de groupe. Les haltes-accueil donnent l'occasion aux jeunes LGBTQ2+ d'établir des relations avec d'autres, d'accéder au soutien, de jouer à des jeux, de participer à des ateliers, de regarder des films et d'aller à des sorties en groupe. Chaque halte-accueil de la semaine porte sur un thème différent : halte-accueil sur l'abstinence le lundi, halte-accueil pour les jeunes racialisés le mardi et halte-accueil sur la réduction des méfaits le jeudi. Le soutien à la gestion des cas comprend l'établissement et la poursuite de divers objectifs : traitement de la consommation de substances, logement, emploi et santé mentale. Le programme offre un counseling général, des sessions individuelles au bureau ou dans la communauté, et un soutien au téléphone et par messages textes. Le programme travaille en partenariat avec l'équipe de santé familiale (Academic Family Health Team) à l'Hôpital Saint Michael's, permettant aux participants LGBTQ2+ d'avoir accès rapidement à des services de soins primaires qui tiennent compte de leur situation.



Source : Breakaway Addiction Services (2016)

LIENS

[Breakaway Addiction Services
www.breakawayaddictions.ca](http://www.breakawayaddictions.ca)

[Pieces to Pathways \(page Facebook\)
www.facebook.com/
PiecestoPathways/](https://www.facebook.com/PiecestoPathways/)

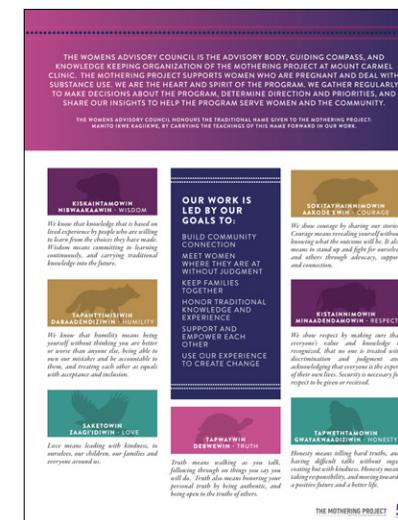
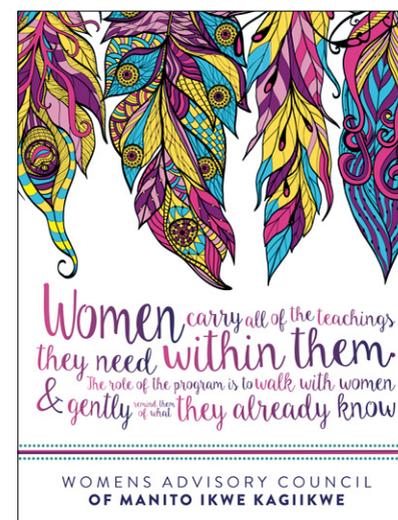
[Approches tenant compte du genre pour le traitement de la consommation de substances \(webinaire enregistré\)
www.bccewh.bc.ca/webinars](http://www.bccewh.bc.ca/webinars)

Services pour les femmes enceintes et les nouvelles mères : The Mothering Project (Manito Ikwe Kagiikwe)

Manito Ikwe Kagiikwe (The Mothering Project), établi à la clinique Mount Carmel dans le quartier North End de Winnipeg, dispense des soins prénataux, un soutien au développement des enfants et au rôle parental, des programmes de groupes, des services de représentation, ainsi que des programmes d'aide aux femmes enceintes et nouvelles mères vulnérables aux prises avec des dépendances. Il s'agit d'un programme qui tient compte des traumatismes et du genre et qui s'intéresse en particulier aux services de réduction des méfaits et au soutien fondé sur des relations, et ce dans une perspective culturelle. Ce projet a reçu le nom spirituel de « Manito Ikwe Kagiikwe », une expression ojibwée qui signifie « enseignements de la femme-esprit ».

Le programme travaille avec les familles à long terme, jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge de 5 ans, et appuie les femmes qui élèvent leurs enfants à temps plein et à temps partiel ou qui ont des enfants placés en famille d'accueil ou avec des membres de la famille élargie. La garderie pour bébés à la clinique Mount Carmel offre 16 places aux nourrissons des participantes au programme, ce qui a permis à plusieurs mères de conserver la garde de leurs enfants.

Le programme offre des services de counseling et de soutien aux toxicomanes, des services de counseling qui sont pertinents sur le plan culturel et qui tiennent compte des traumatismes, et un soutien pour s'orienter dans le système des services aux enfants et aux familles. Bon nombre des femmes participant au programme ont été coupées de leur patrimoine autochtone. Au fur et à mesure que les femmes se sentent prêtes et intéressées, elles peuvent profiter de possibilité de découverte de leur culture et de leur identité autochtone en prenant part à des activités comme la purification et le cercle de tambours, ainsi qu'à des programmes de groupe qui présentent les sept enseignements sacrés et les savoirs autochtones.



Source : The Mothering Project (2015)

LIENS

["Meeting Women Where They Are At: Community Making a Difference" \(vidéo\)
www.fasdcoalition.ca](http://www.fasdcoalition.ca)

[Associer le bien-être des Autochtones aux approches tenant compte des traumatismes et du genre dans le domaine de la consommation de substances \(webinaire enregistré\)
www.bccewh.bc.ca/webinars](http://www.bccewh.bc.ca/webinars)

Améliorer l'équité entre les sexes : Campagnes de sensibilisation à l'alcool pendant la grossesse

Au cours des dernières années, de nombreuses communautés et organisations ont élaboré de nouvelles approches pour leurs campagnes de sensibilisation à l'alcool pendant la grossesse. Plusieurs approches traditionnelles à la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ciblaient uniquement les femmes, ou encore, elles s'appuyaient sur des messages jouant sur la peur (p. ex., « un seul verre peut faire du mal à votre bébé ») ou laissaient entendre que les femmes qui boivent de l'alcool pendant la grossesse sont indifférentes ou irresponsables (p. ex., des messages comme « Lorsque vous buvez pendant la grossesse, votre bébé boit aussi » ou « Maman, je suis ici! »).

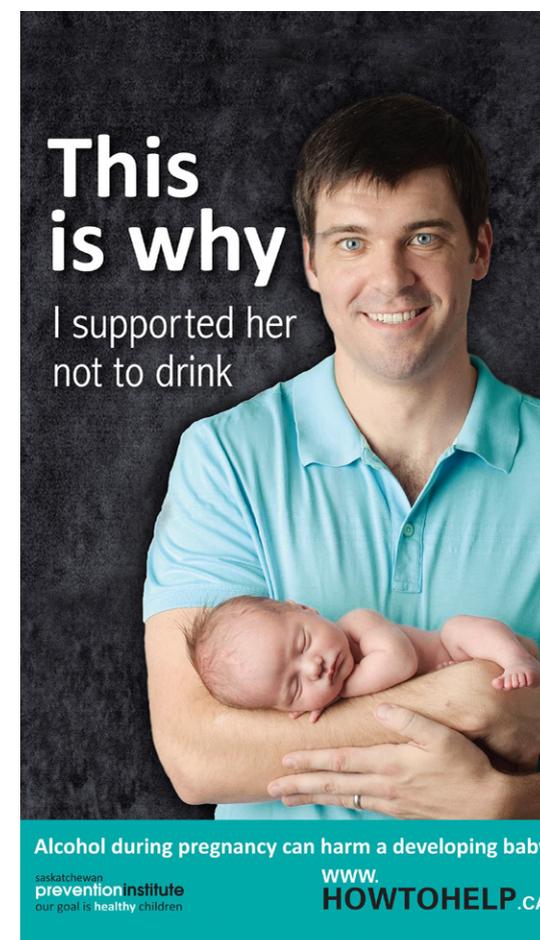
À présent, de nouvelles campagnes tiennent compte du fait que les approches jouant sur la peur peuvent susciter des sentiments additionnels de honte et de stigmatisation chez les femmes qui ont de la difficulté à cesser de consommer de l'alcool pendant la grossesse et qu'elles sont d'une efficacité limitée chez les femmes qui sont en mesure d'arrêter de boire une fois qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes. En outre, ces messages créent des obstacles à l'accès aux soins des femmes qui sont aux prises avec une dépendance.

Certaines campagnes utilisent des approches sexotransformatrices qui améliorent les résultats liés à la santé et l'équité entre les sexes. L'une des façons dont les programmes de traitement de la consommation de substances peuvent s'appuyer sur des approches sexotransformatrices consiste à remettre en question les rôles parentaux traditionnels et à encourager les hommes et les femmes à assumer ensemble la responsabilité de la reproduction et des soins aux enfants. La promotion de la participation des hommes figure dans plusieurs campagnes qui reconnaissent que la consommation de substances avant et pendant la grossesse est fortement influencée par les partenaires, les amis et la famille. Ces campagnes mobilisent les hommes en donnant l'exemple de relations équitables et saines et en soutenant les hommes en tant que pères et dispensateurs de soins avant, pendant et après la grossesse. Elles favorisent un changement d'attitude envers la responsabilité personnelle, les attentes des hommes et des femmes et les façons de prendre soin des autres.



Source : Régie des alcools de la C.-B. et BC Women's Hospital + Health Centre (2013)

En plus de remettre en question les normes traditionnelles dictant les rôles des femmes et des hommes pendant la grossesse et l'éducation des enfants, les campagnes de promotion de la santé présentent de plus en plus une diversité de familles et de façons d'exercer un rôle parental et de prendre soin des enfants. À l'avenir, elles pourraient également porter sur la grossesse et la consommation de substances chez les familles monoparentales, les familles adoptives, les couples de lesbiennes, les transgenres enceintes et d'autres communautés diverses. Une telle approche permettrait aux campagnes d'atteindre tous les membres de la société, reconnaîtrait la manière dont le genre interagit avec d'autres facteurs tels que la race et la capacité, et mettrait en évidence que l'amélioration de l'équité entre les sexes nécessite de prêter attention à d'autres inégalités dans la société.



Source : Saskatchewan Prevention Institute (2015)

LIENS

[Girls, Women, Alcohol and Pregnancy \(blogue\)](http://www.fasdprevention.wordpress.com)
www.fasdprevention.wordpress.com

[Campagne « This Is Why I Support Her Not to Drink »](http://www.skprevention.ca)
www.skprevention.ca

[Campagne « Alcohol and Pregnancy Don't Mix »](http://www.bclddb.com)
www.bclddb.com

[Alcohol, Pregnancy and Prevention of FASD: What Men Can Do To Help \(fiche d'information\)](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/05/what-men-can-do-_final-feb-2014.pdf)
http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/05/what-men-can-do-_final-feb-2014.pdf

[Thomas, G., et Poole, N. \(2014\). Alcohol and Pregnancy: Warning Signage Information Kit for Local Governments in BC. Victoria \(C.-B.\) : Ministère de la Santé](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/FASD_WarningSignageInfoKit_Booklet_web.pdf)
http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/FASD_WarningSignageInfoKit_Booklet_web.pdf

Partie 3

Traumastismes et analyse du genre et du sexe : outils pour les responsables de l'élaboration de politiques et de programmes

Traumastismes et analyse du genre et du sexe: outils pour les responsables de l'élaboration de politiques et de programmes

L'intégration de pratiques tenant compte des traumatismes à l'analyse de genre et du sexe est un défi majeur qui fera progresser la conception des politiques et des programmes. Ce qui suit présente des outils pour l'élaboration de politiques et de programmes qui peuvent vous aider à évaluer comment intégrer les pratiques tenant compte des traumatismes, du genre et du sexe aux programmes et politiques du domaine de la consommation des substances. L'élaboration de ces outils se fonde sur les outils d'analyse existant en matière de genre et de sexe [26-29], de même que sur les ressources portant sur les pratiques et les politiques tenant compte des traumatismes [25, 30]. C'est pourquoi ils sont présentés à titre de processus distincts. Toutefois, le défi consiste, dorénavant, à intégrer ces approches dans votre pratique et dans l'élaboration de vos politiques, comme le démontre [la section C](#).

[La section A](#) constitue un outil en trois étapes pour tenir compte des traumatismes et du genre ou du sexe dans votre travail.

[La section B](#) est un outil pour inclure le sexe et le genre dans votre travail.

[L'Annexe 2](#) comprend des feuilles de travail vierges qui portent sur les recoupements entre ces trois approches que vous pouvez remplir vous-même.

A. Outil pour la pratique tenant compte des traumatismes

ÉTAPE	RECUEILLIR DES DONNÉES PROBANTES
1	<ul style="list-style-type: none">• Avez-vous des données probantes disponibles sur la façon dont les traumatismes sont liés à ce problème, afin de guider vos décisions?• Est-ce que le savoir et les expériences de la ou des populations touchées par la politique/le programme (y compris le savoir autochtone) font partie des données probantes?• Qui a précédemment élaboré la politique ou la programmation sur ce problème qui utilise une pratique tenant compte des traumatismes, et quelles conclusions pouvez-vous en tirer?• Quelles données manque-t-il? Qui pourriez-vous consulter pour augmenter la compréhension des pratiques tenant compte des traumatismes pour élaborer et évaluer le programme ou la politique?
ÉTAPE	DÉTERMINER LA OU LES POPULATIONS À REJOINDRE
2	<ul style="list-style-type: none">• Est-ce que le problème visé par la nouvelle politique ou le nouveau programme est clairement défini sur le plan des différences (p. ex., effets sur la santé, contexte social, prévalence, conséquences, etc.) pour les personnes victimes de traumatismes et de violence?• Quels groupes pourraient ressentir différemment les effets des traumatismes, selon le problème? Par exemple, avez-vous tenu compte du statut socioéconomique, de la race, de l'orientation sexuelle, de la culture, de l'âge, des compétences et du genre, lorsque vous avez évalué les effets des traumatismes sur le problème?• Est-ce que la politique ou le programme résout (ou renforce) des injustices historiques et des traumatismes vécus par les Autochtones?• Comment les conditions structurelles comme la pauvreté, l'itinérance, la discrimination, l'incarcération influent-elles sur ce problème?
ÉTAPE	TENIR COMPTE DES TRAUMATISMES : RÉSULTATS
3	<ul style="list-style-type: none">• Comment les principes des pratiques tenant compte des traumatismes ont-ils été considérés dans l'établissement des objectifs et des résultats de la politique ou de la programmation?• <i>Sensibilisation</i>—Existe-t-il des possibilités constantes, pour les prestataires de programmes, de tirer parti de leurs connaissances sur les causes des traumatismes et leurs effets possibles?• <i>Sécurité</i>—P. ex., quelles dispositions sont prises pour garantir la sécurité des personnes visées par le programme ou la politique?• <i>Crédibilité</i> — P. ex., comment le consentement est-il géré?• <i>Choix/collaboration/contrôle par les consommateurs</i>—P. ex., les options ont-elles été intégrées pour offrir un choix rationnel aux participants ou aux personnes touchées?• <i>Forces et renforcement des compétences</i> – Les possibilités de pensée critique, d'apprentissage et de mise en pratique du contrôle des émotions sont-elles intégrées?• Quels seraient les résultats et les conséquences de l'adoption d'options tenant compte des traumatismes?• Quels seraient les résultats et les conséquences de la non-adoption d'options tenant compte des traumatismes?

B. Outil pour tenir compte du sexe et du genre

ÉTAPE	RECUEILLIR DES DONNÉES PROBANTES
1	<ul style="list-style-type: none">• Quelles données et recherches disponibles décrivent les facteurs de sexe, de genre et d'équité liés à ce problème?• Est-ce que le savoir et les expériences de la ou des populations touchées par la politique/le programme (y compris le savoir autochtone) font partie de ces données probantes?• Qui a déjà élaboré des politiques ou des programmes tenant compte du sexe, du genre et de l'équité au sujet de ce problème, et quelles conclusions pouvez-vous en tirer?• Quelles données manque-t-il? Qui pourriez-vous consulter pour augmenter la compréhension des pratiques tenant compte des traumatismes pour élaborer et évaluer le programme ou la politique?
ÉTAPE	DÉTERMINER LA OU LES POPULATIONS À REJOINDRE
2	<ul style="list-style-type: none">• Est-ce que le problème visé par la nouvelle politique ou le nouveau programme est clairement défini sur le plan des différences (p. ex., effets sur la santé, contexte social, prévalence, conséquences, etc.) pour :<ul style="list-style-type: none">• les femmes et les filles (tant cisgenres que transgenres);• les hommes et les garçons (tant cisgenres que transgenres);• les personnes transgenres et de sexe divers?• Est-ce que l'âge, les minorités sexuelles (p. ex., lesbiennes, gaies, bispirituelles), la culture, la race, l'expérience de la violence/du traumatisme, les compétences et l'éducation ont été pris en considération lorsqu'on a évalué les effets du sexe et du genre sur le problème?• Comment les conditions structurelles comme le sexisme, le racisme, l'homophobie, la pauvreté, l'itinérance, la discrimination, le revenu ou l'incarcération influent-elles sur ce problème?
ÉTAPE	TENIR COMPTE DES TRAUMATISMES ET DU GENRE : RÉSULTATS
3	<ul style="list-style-type: none">• Est-ce qu'on a tenu compte de la question du sexe et du genre pour établir les objectifs de la politique ou de la programmation?• Quels sont les résultats prévus de cette politique/programmation pour :<ul style="list-style-type: none">• les femmes et les filles (tant cisgenres que transgenres);• les hommes et les garçons (tant cisgenres que transgenres);• les personnes transgenres et de divers genres.• Les résultats escomptés sont-ils équitables? Sinon, comment rectifier cette situation?• Les résultats vont-ils améliorer les situations inéquitables actuelles pour les femmes, les hommes et les groupes de sexe divers?• Que seraient les résultats et les conséquences de l'adoption d'options inclusives, sexospécifiques ou susceptibles de transformer les rapports de genre?• Que seraient les résultats et les conséquences de la non-adoption des options inclusives, sexospécifiques ou susceptibles de transformer les rapports de genre?

C. Feuille de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique (exemple)

L'exemple ci-dessous est fondé sur l'élaboration de mesures de soutien et de services de suivi pour les parents, en particulier les mères et les femmes enceintes qui quittent les programmes résidentiels de traitement de consommation de substances.

Dans le cadre de cet exercice, il faut souvent prendre plusieurs types de données probantes et d'approches en considération. Il peut être utile de faire un remue-méninges lors d'une réunion d'équipe ou d'un groupe de travail, pour couvrir tous les éléments importants pour la conception de votre programme, politique ou protocole.

ÉTAPE	RECUEILLIR DES DONNÉES PROBANTES
1	<p>Voici ce qui ressort des études universitaires et des publications parallèles (ou « littérature grise ») :</p> <ul style="list-style-type: none">• Obstacles à l'accès aux services de soutien et de suivi pour un traitement de consommation de substance — Honte et culpabilité par rapport à la consommation de substances, manque de services de garde qui réduit la capacité de participer à un traitement ou d'en suivre un, ressources financières limitées, manque de transport, soutien familial ou social restreint et peur de l'intervention des services de protection de l'enfance.• Violence sexiste — De nombreuses femmes, individus de sexe divers et de personnes non binaires ne se sentent souvent pas en sécurité dans certains programmes et milieux de traitement; plusieurs ont vécu d'autres types d'expériences traumatisantes.• Problèmes de santé physique — Des problèmes d'affections chroniques, d'anxiété et de dépression indiquent le besoin d'obtenir des soins primaires et de consulter des spécialistes.• Accès aux soins de suivi — Services de garderie et de soutien parental pouvant être nécessaires; représentation en cas d'intervention des services de protection de l'enfance; initiatives de sensibilisation; déstigmatisation des attitudes des praticiens• Autochtones — soutien et « interventions » culturels, p. ex., la Thunderbird Partnership Foundation a produit un guide sur les soins de suivi culturel.

ÉTAPE	DÉTERMINER LA OU LES POPULATIONS À REJOINDRE
2	<ul style="list-style-type: none">• Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être les principales personnes qui s'occupent des enfants.• Les femmes sont fortement stigmatisées lorsqu'elles consomment des substances pendant la grossesse et durant l'exercice de leur rôle parental; cette stigmatisation peut être pire pour les femmes autochtones.• Mères ou parents célibataires avec de jeunes enfants — Besoin de soutien pour les besoins fondamentaux comme la nourriture, le logement et les finances.• Soutien à l'ensemble de la famille — Participation des hommes et des partenaires; soutien lié à la garde légale des enfants; prise en compte des préoccupations en matière de sécurité.• Les personnes transgenres et non binaires peuvent être enceintes et avoir besoin d'un accès sûr aux services.

ÉTAPE	TENIR COMPTE DES TRAUMATISMES : RÉSULTATS
3	<ul style="list-style-type: none">• Sécurité — Haltes-accueils pour les femmes enceintes et les parents, dans le but d'augmenter l'accès.• Choix et contrôle — Programmation échelonnée et à fréquence variable, pour que les gens puissent choisir le niveau de participation et le moment qui leur conviennent.• Continuité de soins accrue — Conseillers en toxicomanie en consultation externe, pour aider à soutenir et à maintenir les changements liés à la consommation de substances et pour avoir accès à un soutien communautaire holistique qui respecte la croissance, les changements et les besoins.• Amélioration du rôle parental — Soutien parental, pouvant nécessiter une collaboration avec les services de protection de l'enfance avant le programme de traitement et au moment où il se termine, ainsi que de l'aide pour établir des liens avec les programmes communautaires pour les parents et les enfants.• Santé physique — Possibilités d'acquérir des compétences en mieux-être et d'établir une relation avec des prestataires de soins de santé avec une attitude encourageante.• Approche tenant compte des traumatismes — Si une personne est prête, l'aiguillage vers des services tenant compte des traumatismes est possible.• Le soutien culturel est offert, l'engagement communautaire est encouragé.• Conséquences de la non-adoption d'options tenant compte des traumatismes — Les femmes les plus à risque ne se sentent pas en sécurité pour ce qui est de chercher du soutien en matière de santé mentale, de santé physique, de soutien relationnel et parental ou de liens culturels et spirituels.• Conséquences de la non-adoption d'options tenant compte du genre — Les services ne sont pas accessibles et accommodants pour les personnes qui s'occupent principalement des jeunes enfants.



Partie 4

Approches sexotransformatrices aux programmes et aux politiques

Approches sexotransformatrices aux programmes et aux politiques

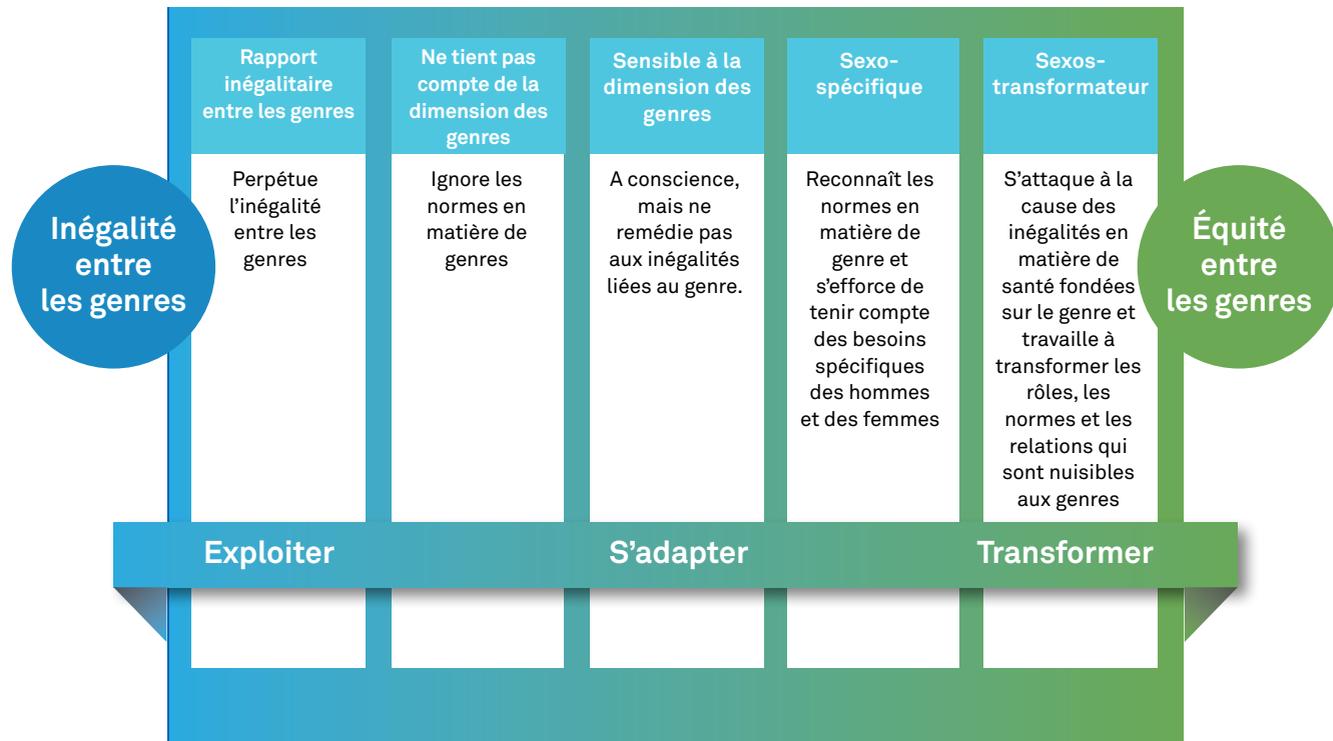
Les approches sexotransformatrices offrent de nouveaux horizons pour la conception des programmes et des politiques au Canada. Elles s'avèrent particulièrement pertinentes dans le traitement de la consommation de substances, où des problèmes de santé et d'inégalité entre les sexes influent de façon importante sur l'efficacité de la prévention, du traitement, de la promotion de la santé, des programmes et des politiques. Les approches sexotransformatrices reconnaissent que les rôles, les normes, les relations et les stéréotypes sexospécifiques négatifs méritent d'être étudiés, remis en question et changés et que les déséquilibres de pouvoir doivent être corrigés pour améliorer la santé et l'équité entre les sexes [31].

Dans le contexte du traitement de la consommation de substances, les initiatives sexotransformatrices cherchent non seulement à traiter du problème de la consommation de substances, mais aussi à améliorer les relations entre les sexes, à rééquilibrer le pouvoir et à assurer l'équité. Le diagramme et le tableau ci-dessous peuvent être utilisés pour aider les individus et les organisations à évaluer leurs programmes et activités actuels et à examiner comment ces deux objectifs peuvent être atteints lors de la planification ou de la refonte d'initiatives. Les prochaines sections présentent également quelques exemples d'approches sexotransformatrices aux initiatives de prévention, de promotion de la santé, de traitement et de réduction des méfaits.

Continuum de la sexospécificité

Questions d'évaluation

1. De quels projets ou activités en cours vous occupez-vous actuellement? Où les placerez-vous sur le continuum de la sexospécificité?
2. Quels sont les résultats attendus du programme? Quels pourraient en être les résultats imprévus, positifs ou négatifs?
3. Y a-t-il des indicateurs innovants qui pourraient servir à évaluer les changements?
4. Comment ces initiatives pourraient-elles être améliorées pour devenir davantage « sexotransformatrices »?
5. Que pourrait-on faire de plus pour résoudre ce problème particulier dans ce contexte?



Rapport inégalitaire entre les genres

Perpétue l'inégalité entre les genres en renforçant les normes, les rôles et les relations non équilibrés entre les genres.

Ne tient pas compte de la dimension des genres

Ignore les normes, les rôles et les relations entre les genres et peut renforcer la discrimination, les préjugés et les stéréotypes fondés sur le genre. *biases and stereotypes*

Sensible à la dimension des genres

A conscience des différences dans les normes, les rôles et les relations entre les genres, mais n'implique pas de mesures visant à remédier aux inégalités liées au genre.

Sexospécifique

Reconnaît les différences dans les normes, les rôles et les relations en matière de genre et s'efforce de tenir compte de ces différences, sans s'efforcer d'y remédier ou de les modifier.

Sexotransformateur

Reconnaît les différences dans les normes, les rôles et les relations sexospécifiques et s'efforce de s'attaquer à la cause des inégalités en matière de santé fondées sur le genre.

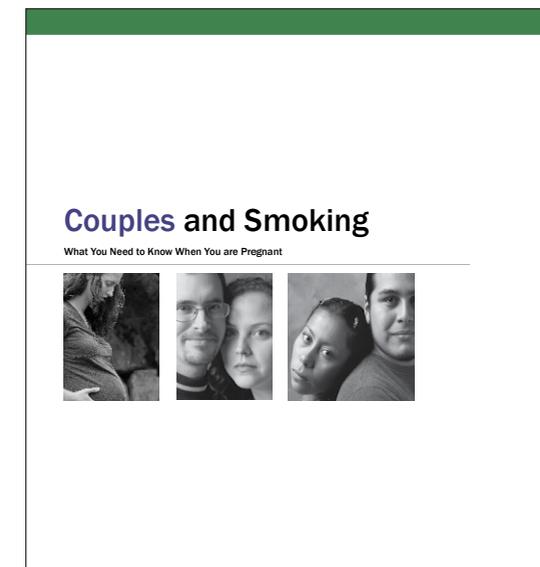
Gender Responsive Continuum. Making It Better: Gender Transformative Health Promotion (Greaves, Pederson & Poole, 2014)

Approches sexotransformatrices aux pratiques

Cette section présente des exemples de la façon d'intégrer les approches sexotransformatrices dans des contextes de promotion de la santé, de réduction des méfaits et de traitement de la consommation de substances.

Prévention

Les approches sexotransformatrices au traitement de la consommation de substances semblent le mieux développées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé [26]. Dans le domaine de la prévention, nous pouvons contribuer à changer les normes sexospécifiques et les relations entre les sexes en encourageant les gens à analyser de manière critique les inégalités entre les sexes. Nous pouvons offrir des occasions de remettre en question les relations nuisibles, les stéréotypes et les pratiques et normes institutionnelles. De façon concrète, nous pourrions notamment modifier notre approche auprès des femmes enceintes et des mères en focalisant les initiatives de prévention tout autant sur les hommes que sur les femmes. À titre d'exemple, l'ouvrage *Couples and Smoking – What you need to know when you are pregnant* encourage la participation active des hommes pour soutenir leurs partenaires enceintes qui évitent l'usage du tabac. Cette ressource repose sur des recherches auprès de couples hétérosexuels; au sein de cette population, il est possible d'amener les hommes et les femmes à assumer ensemble le rôle parental et la responsabilité pour la santé durant la grossesse en encourageant la participation active des hommes pour soutenir leur partenaire et contribuer aux soins des enfants.



Source : Centre of Excellence for Women's Health (2014)

LIENS

[Couples and Smoking – What you need to know when you are pregnant](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/Couples-and-Smoking.pdf)
<http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/Couples-and-Smoking.pdf>

[Gender-transformation Health Promotion \(cours en ligne gratuit\)](https://promotinghealthinwomen.ca)
<https://promotinghealthinwomen.ca>

[Making it Better: Gender Transformative Health Promotion](https://womenspress.canadianscholars.ca/books/making-it-better)
<https://womenspress.canadianscholars.ca/books/making-it-better>

Les autres paliers du système de traitement de la consommation de substances peuvent également progresser le long du continuum vers les approches sexotransformatrices. Certains services de réduction des méfaits et de traitement ont adapté leurs programmes pour cibler spécifiquement les femmes ou les hommes, et une petite minorité de personnes transgenres ou de genre divers. Ceux-ci comportent souvent des normes sexospécifiques, mais ne cherchent toutefois pas à les résoudre ou à les changer. Par exemple, des programmes qui offrent la garde d'enfants peuvent viser les femmes, mais ils ne transforment pas nécessairement les rapports de genre s'ils ne remettent pas en question la raison pour laquelle les femmes sont principalement responsables des soins aux enfants. Les programmes et services sexospécifiques sont un élément essentiel des interventions en matière de consommation de substances et ils devraient être développés davantage. Les exemples qui suivent pourraient inciter les personnes qui conçoivent les programmes et les décideurs à réfléchir à la manière dont ils pourraient remédier aux inégalités entre les sexes.

Réduction des méfaits

Les mesures de prévention des surdoses et les sites de consommation supervisée sexotransformateurs pourraient réduire les répercussions des relations négatives entre les sexes. Par exemple, nous pouvons chercher à éviter que les femmes soient les deuxièmes à utiliser la seringue ou qu'elles soient obligées de se prostituer pour assurer l'approvisionnement en drogues de certains hommes. Pour ce faire, nous pouvons notamment intégrer des approches axées sur le renforcement du pouvoir d'agir, comme l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne, l'engagement communautaire et les possibilités de formation et d'emploi. Nous pouvons contribuer à augmenter le pouvoir d'agir des femmes en leur offrant sécurité et éloignement des relations coercitives ou négatives, en les encourageant à examiner de façon critique les relations fondées sur le genre dans le contexte de la réduction des méfaits et en favorisant l'établissement de rapports avec leurs pairs et les réseaux de soutien.

Traitement

Dans le cadre du traitement, il est possible d'encourager une pensée critique sur le pouvoir et sur la manière dont notre capacité à composer avec des systèmes de pouvoir influe sur notre santé, notre consommation de substances, nos relations, notre travail et notre engagement dans la communauté. Un tel modèle invite à la réflexion sur l'expérience personnelle, comme on le fait couramment lors du traitement, et peut également habiliter les personnes à agir pour promouvoir l'égalité entre les sexes et changer les systèmes oppressifs. Plutôt que de positionner les filles, les femmes, les garçons, les hommes et les personnes de genre divers en tant que patients nécessitant un traitement, il les encourage à se considérer positivement comme agents de changement, ayant une influence sur les conditions de leur vie. -que sur les femmes. À titre d'exemple, l'ouvrage *Couples and Smoking – What you need to know when you are pregnant* encourage la participation active des hommes pour soutenir leurs partenaires enceintes qui évitent l'usage du tabac. Cette ressource repose sur des recherches auprès de couples hétérosexuels; au sein de cette population, il est possible d'amener les hommes et les femmes à assumer ensemble le rôle parental et la responsabilité pour la santé durant la grossesse en encourageant la participation active des hommes pour soutenir leur partenaire et contribuer aux soins des enfants.

Glossaire

Approches sexotransformatrices Cherchent activement à étudier, à remettre en question et à changer les normes et les stéréotypes sexospécifiques et les déséquilibres de pouvoir, pour atteindre les objectifs de santé et d'équité entre les genres.

Cisgenre Personne dont le genre se conforme aux normes sociales basées sur son sexe biologique.

Équité entre les genres Signifie garantir, souvent au moyen de traitements différents, des possibilités justes ou égales pour tous les genres, ainsi que des droits et des avantages pour tout le monde.

Expression de genre Manière dont une personne montre ou exprime son identité de genre devant les autres, souvent par son comportement, ses choix vestimentaires, sa coiffure, sa voix ou ses caractéristiques physiques.

Facteurs liés au genre comprennent les rôles, les relations, les normes, les possibilités, les déséquilibres de pouvoir et les identités qui influent sur les expériences et la capacité à recevoir les soins appropriés.

Facteurs liés au sexe comprennent les caractéristiques biologiques, physiologiques et anatomiques, comme les hormones, le métabolisme, la génétique, la taille corporelle, le poids, le tissu adipeux, etc.

Genre institutionnel Désigne les lois, les règlements et les politiques qui font la distinction entre les genres, implicitement ou explicitement, et entraînent une discrimination possible.

Identité de genre Perception ou sentiment inhérent du genre de la personne, indépendamment du sexe ou du genre qui lui est attribué. Comme l'identité du genre est interne, elle n'est pas nécessairement visible pour les autres.

Normes sexospécifiques ou relatives au genre Désignent des normes sociales qui dictent le type de comportements considérés acceptables, appropriés ou souhaitables pour les gens, selon leur genre.

Orientation sexuelle Décrit l'attirance sexuelle, romantique ou émotionnelle d'une personne envers une autre personne, par exemple hétérosexuelle, gai, lesbienne, bisexuelle, asexuelle, queer et pansexuelle.

Pratique tenant compte des traumatismes Met la sécurité, le choix et le contrôle au premier plan dans la prestation de service et dans l'élaboration des politiques, en créant une culture de traitement empreinte de non-violence, d'apprentissage et de collaboration.

Programmes sensibles à la spécificité du genre Reconnait les normes sexospécifiques, les rôles et les inégalités et en tiennent compte, mais n'impliquent pas nécessairement de mesures pour les résoudre ou les intégrer.

Programmes sexospécifiques Reconnait que les normes, les rôles et les relations sexospécifiques existent et en tiennent compte avec des programmes et des politiques rejoignant les hommes, les femmes, les garçons ou les filles, ou des groupes particulières de personnes transgenres ou de genre divers.

Relations entre les genres Désignent les interactions entre les genres qui reflètent les normes sexospécifiques et influent sur la santé, le comportement et les rôles.

Stratégies tenant compte du genre Stratégies tenant compte de tous les facteurs liés au genre (rôles, normes, relations, identités, expression, dimension institutionnelle).

Transgenre et genre divers Termes servant à décrire des personnes dont l'identité de genre est souvent différente du sexe et du genre qui lui ont été attribués à la naissance. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme étant homme ou femme, masculines ou féminines, ou ni l'un ni l'autre. Les personnes de genre divers, fluides et non binaires peuvent s'identifier comme étant masculines et féminines, ni masculines ni féminines, sans genre fixe, ou s'identifier à un autre genre reconnu par les Autochtones ou d'autres groupes culturels.

Traumatisme Décrit les effets d'expériences qui dépassent la capacité d'un individu à y faire face. Ces expériences peuvent être des événements survenus au début de la vie, comme la violence, la négligence et avoir été témoin de violence ou des événements survenus plus tard dans la vie, comme une agression sexuelle, la violence conjugale, une catastrophe naturelle, une guerre, des accidents, une perte soudaine inattendue ou une rupture de contact forcée avec son foyer ou sa culture.

Annexes

Annexe 1 : Principes de la pratique tenant compte des traumatismes

La pratique tenant compte des traumatismes signifie d'intégrer à tous les aspects de la prestation de services des connaissances sur les expériences passées et présentes de violence et de traumatisme. Le but de la pratique et des systèmes tenant compte des traumatismes est d'éviter de retraumatiser les personnes, tout en soutenant la sécurité, le choix et le contrôle afin de favoriser leur guérison.

<p>Sensibilisation aux traumatismes</p>	<p>Sécurité et fiabilité</p>
<p>La sensibilisation aux traumatismes est le fondement d'une pratique qui tient compte des traumatismes. Être « sensible aux traumatismes » signifie comprendre la forte prévalence des traumatismes dans la société, la grande gamme d'interventions et d'adaptations auxquelles les personnes ont recours pour surmonter leurs traumatismes et la manière dont elles influent sur la prestation des services (p. ex., la difficulté à établir des rapports, le fait de manquer les rendez-vous).</p>	<p>La sécurité physique, émotionnelle, spirituelle et culturelle joue un rôle important dans la pratique tenant compte des traumatismes. La sécurité est un premier pas nécessaire pour établir des rapports de confiance, susciter un engagement positif envers les services et favoriser la guérison. Instaurer la sécurité au sein des services tenant compte des traumatismes exige de prendre conscience des risques de stress traumatique secondaire et/ou de traumatisme vicariant chez les prestataires de service, et d'assurer un soutien aux soins personnels pour tous les employés d'une organisation.</p>
<p>Choix, collaboration et liens relationnels</p>	<p>Approche fondée sur les forces et l'acquisition d'habiletés</p>
<p>Les services tenant compte des traumatismes encouragent les occasions de travail en collaboration avec les participants de tous les âges aux programmes. Ils insistent sur l'importance de donner des choix aux utilisatrices et aux utilisateurs des services en respectant les paramètres des services dispensés. Ils accordent une place centrale aux liens relationnels dans la prestation des programmes. Cette expérience de choix, de collaboration et de liens relationnels implique souvent la formation de groupes consultatifs d'utilisateurs des services pour offrir des conseils concernant la conception et l'évaluation des services, ainsi que sur les droits des utilisatrices et des utilisateurs.</p>	<p>Promouvoir la résilience et les habiletés d'adaptation aide tout le monde à gérer les déclencheurs associés aux expériences traumatiques antérieures et contribue à la santé, à la guérison et à l'autonomie sociale. Une approche fondée sur les forces à la prestation des services reconnaît les habiletés et la résilience des personnes ayant vécu un traumatisme, favorise l'autonomisation et appuie une culture organisationnelle « d'intelligence émotionnelle » et « d'apprentissage social ».</p>

Feuilles de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique

Feuilles de travail

ÉTAPE	RECUEILLIR DES DONNÉES PROBANTES
1	

ÉTAPE	DÉTERMINER LA OU LES POPULATIONS À REJOINDRE
2	

ÉTAPE	TENIR COMPTE DES TRAUMATISMES ET DU GENRE (RÉSULTATS)
3	

Feuilles de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique

Feuilles de travail

ÉTAPE	RECUEILLIR DES DONNÉES PROBANTES
1	

ÉTAPE	DÉTERMINER LA OU LES POPULATIONS À REJOINDRE
2	

ÉTAPE	TENIR COMPTE DES TRAUMATISMES ET DU GENRE (RÉSULTATS)
3	

Feuilles de travail sur les traumatismes et l'analyse sexospécifique

1	ÉTAPE	RECUEILLIR DES DONNÉES PROBANTES
2	ÉTAPE	DÉTERMINER LA OU LES POPULATIONS À REJOINDRE
3	ÉTAPE	TENIR COMPTE DES TRAUMATISMES ET DU GENRE (RÉSULTATS)

Annexe 3 : Résumés des données probantes

Les résumés de données probantes suivants proviennent de diverses sources de documentation universitaire, y compris d'une recherche d'études universitaires publiées entre 2011 et 2016 sur les approches tenant compte du genre et des traumatismes en matière de prévention, de traitement et de réduction des méfaits dans le domaine de la consommation de substances, ainsi qu'une recherche systématique d'études publiées entre 2007 et 2017 sur le sexe, le genre et la consommation de substances.

Ces résumés sont conçus pour aider des personnes et des organisations à explorer les liens entre les traumatismes, le genre, le sexe et la consommation de substances. Les connaissances issues de la recherche, combinées aux connaissances expérientielles et aux commentaires du personnel, des prestataires et des populations desservies par votre organisation peuvent servir de base à l'élaboration d'une approche TGS personnalisée propre à votre programme, à votre secteur de préoccupation et à/aux population(s) que vous desservez.

L'information présentée dans cette section est organisée en fonction de cinq grandes populations sexospécifiques (femmes, filles, hommes, garçons, transgenres et personnes de sexe divers), et ces catégories comportent des données probantes relatives à l'orientation sexuelle. Les données probantes ont été résumées à partir de la documentation sur les populations générales (cisgenres) de femmes, de filles, d'hommes et de garçons, tenant compte des personnes dont le sexe et le genre coïncident. La documentation limitée sur les femmes transgenres, les hommes transgenres et les expériences de consommation de substances de personnes non binaires, ainsi que sur l'efficacité de la prévention et du traitement, est présentée dans la colonne Transgenres. Cependant, les mécanismes biologiques répertoriés dans les autres colonnes peuvent toujours s'appliquer aux personnes transgenres, s'ils correspondent aux aspects inchangés de leur sexe à la naissance, et/ou à des changements hormonaux ou chirurgicaux permettant d'affirmer leur identité sexuelle.

En quoi le sexe et le genre importent dans le domaine de la consommation de substances

1. Mécanismes. Différences dans les réactions biologiques aux drogues
2. Conséquences et effets. Conséquences socioéconomiques et juridiques des problèmes de toxicomanie, notamment la perte d'emploi, la pauvreté, l'itinérance, l'appartenance à des gangs, le trafic de drogue, les agressions sexuelles et la violence sexiste
3. Prévention. Différences dans les cheminements, les facteurs de protection et de risque, la progression, la transition et le maintien
4. Traitement. Différences dans l'accès, l'état de préparation, la participation et les résultats
5. Procréation/fertilité/rôle parental. Rôles différents, préoccupations sur le plan biologique, stigmatisation sociale, garde des enfants

LES RÉSUMÉS

Les résumés examinent les domaines de recherche et les connaissances émergentes ci-dessous qui se recoupent :

- A. La façon dont le genre influence le cheminement vers la consommation de substances, y compris les facteurs de risque et de protection;
- B. La façon dont le sexe et les différences biologiques influent sur la consommation de substances;
- C. L'incidence du sexe et du genre sur les conséquences et les impacts sur la santé de la consommation de substances;
- D. La façon dont le genre et le sexe influencent les résultats du traitement et de la prévention de la consommation de substances;

A. Résumé des données probantes : Le sexe et la consommation de substances — Influences et cheminements

FEMMES

De nombreuses femmes déclarent qu'elles consomment des substances pour gérer des émotions négatives [32-36].

Les relations sociales influencent souvent la consommation de substances chez les femmes. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles d'avoir un ou une partenaire qui abuse de substances [37] ou de commencer à consommer avec un ou une partenaire ou avec un groupe d'amies [38].

Les femmes qui ont recours aux opioïdes sont plus susceptibles de consommer des opioïdes sur ordonnance [39] et de les utiliser aux fins prévues [40].

Les femmes lesbiennes et bisexuelles sont plus susceptibles de connaître des problèmes de consommation de substances au cours de leur vie, comparativement aux femmes et hommes hétérosexuels et aux hommes gais [21].

FILLES

La consommation de substances tend à être plus élevée au début de l'adolescence chez les filles [41], qui sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et d'autres substances pour gérer des émotions négatives [42, 43].

Le fait d'avoir un ou une partenaire romantique qui consomme des substances augmente le risque de consommation chez les filles plus que chez les garçons [44].

La violence sexuelle durant l'enfance est associée à un risque plus élevé de polytoxicomanie chez les filles que chez les garçons [45].

Les filles lesbiennes et bisexuelles sont plus susceptibles de signaler une consommation de substances illicites, une mauvaise utilisation de médicaments sur ordonnance, une consommation abusive de tabac et d'alcool et une santé mentale plus fragile que les filles hétérosexuelles [46, 47].

HOMMES

Les perceptions traditionnelles de la masculinité ont été associées à la motivation de consommer de l'alcool et aux troubles liés à la consommation d'alcool [48].

Le stress lié au travail [49] ainsi qu'un faible revenu et des conditions de travail défavorables [50] sont associés à une consommation de substances plus élevée chez les hommes.

Les nouveaux pères font l'objet de stigmatisation liée au tabagisme, qui est perçu comme allant à l'encontre de leur rôle de protecteurs ou de pourvoyeurs [51].

GARÇONS

La consommation de substances chez les garçons et les hommes est socialement plus acceptable et culturellement plus appropriée [52, 53].

Les garçons qui vivent dans des quartiers défavorisés sont plus susceptibles de s'adonner à la consommation de substances [54, 55].

Les garçons adolescents présentent une mauvaise compréhension des effets néfastes de la consommation de substances sur la fertilité [56].

Les étudiants masculins au niveau collégial adoptent moins bien les stratégies de réduction des méfaits, comme limiter le nombre de boissons, alterner les boissons non alcoolisées et les boissons alcoolisées et avoir un conducteur désigné [57].

Les garçons gais et bisexuels sont plus susceptibles de signaler une consommation de substances illicites et une mauvaise utilisation de médicaments sur ordonnance que les garçons hétérosexuels [46].

TRANSGENRES

Les populations transgenres subissent des taux élevés de violence physique et sexuelle, de discrimination, de stigmatisation, de pauvreté, d'itinérance et de chômage [58-63] et la consommation de substances pourrait être un moyen de faire face à ces facteurs de stress [64, 65].

Les personnes transgenres qui sont victimes de discrimination fondée sur le genre courent un risque accru de consommation de substances, soit de consommation abusive d'alcool chez les hommes transgenres et de consommation de cannabis chez les femmes transgenres [66].

Chez les jeunes transgenres, la consommation de substances pourrait être un moyen de se conformer à des rôles sexospécifiques dans un contexte de négociation de l'identité de genre [62].

Comme chez les personnes cisgenres, les taux de consommation de substances sont généralement plus élevés chez les hommes transgenres que chez les femmes transgenres [66]. La consommation d'alcool par les hommes transgenres pourrait être attribuable à la notion sociétale que la consommation excessive d'alcool est associée à la masculinité [67].

VIH dans des études portant sur des populations transgenres [64, 103].

Les femmes transgenres font état de taux plus élevés de consommation de drogues intraveineuses (34 %) que les hommes transgenres (18 %), et les taux de partage des aiguilles sont élevés parmi certains échantillons de

B. Résumé des données probantes : Les influences du sexe sur la consommation de substances — Mécanismes

FEMMES

Comme le corps des femmes contient moins d'eau, elles s'intoxiquent avec de plus petites quantités d'alcool [37].

Les œstrogènes peuvent augmenter la sensibilité à la douleur chez les femmes, ce qui peut les rendre plus vulnérables à l'abus d'opioïdes [68].

Les œstrogènes peuvent également affecter le métabolisme de la nicotine, qui est plus rapide chez les femmes, en particulier chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux ou qui sont enceintes [69].

En période de stress, les œstrogènes interagissent avec la dopamine et peuvent augmenter les effets bénéfiques des substances [70, 71].

FILLES

Les filles et les jeunes femmes sont biologiquement plus vulnérables aux risques pour la santé liés au tabagisme, y compris le cancer du sein et les maladies pulmonaires [72], et plus vulnérables sur le plan neurologique aux effets de l'alcool [73, 74].

Les changements hormonaux chez les femmes pendant la puberté peuvent influencer la progression à la dépendance à des substances [39].

HOMMES

Les hommes métabolisent la nicotine plus lentement que les femmes et sont plus susceptibles de fumer pour renforcer ses effets [34].

Il a été démontré que les hommes qui consomment de la cocaïne ont des mécanismes biologiques associés à l'état de besoin et à la dépendance différents de ceux des femmes [75, 76].

Les hommes rapportent moins d'effets négatifs de la MDMA (ecstasy) que les femmes, y compris des étourdissements, une dépression, des symptômes psychotiques et une sédation, en partie en raison d'une synthèse plus rapide et de réserves plus importantes de sérotonine [77].

GARÇONS

Comme le corps des garçons contient plus d'eau et de l'alcool déshydrogénase, un enzyme, ils sont moins affectés par la même quantité d'alcool que la plupart des filles [78]. Les garçons semblent également moins sensibles aux effets neurotoxiques de l'alcool [74].

Les garçons qui consomment du cannabis et de la cocaïne peuvent connaître des changements hormonaux qui peuvent affecter la mobilité des spermatozoïdes et mener à l'infertilité [79].

TRANSGENRES

L'information sur les réactions biologiques aux substances chez les populations transgenres est limitée, et il y a une grande hétérogénéité au sein de la population transgenre [80].

L'hormonothérapie peut avoir un impact sur les mécanismes des drogues et de l'alcool, ainsi que sur le traitement de la consommation de substances, mais cela nécessite des recherches plus approfondies.

C. Résumé des données probantes : Le genre et le sexe — Conséquences et effets sur la santé

FEMMES

Les femmes ont tendance à commencer à consommer des substances à des doses plus faibles, mais progressent plus rapidement vers la dépendance (croissante) [81-83].

Les effets secondaires médicaux liés à la consommation de substances ont tendance à se développer plus rapidement chez les femmes, notamment le cancer, les maladies du foie, l'ostéoporose [84, 85], les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) [86] et les maladies coronariennes [87].

Les femmes ayant des problèmes de consommation de substances présentent un risque plus élevé d'infertilité, de fausses couches répétées et d'accouchement prématuré [37].

La consommation de substances par des femmes enceintes est associée à un mauvais développement de la mère, du fœtus et de l'enfant, ainsi qu'à un accouchement difficile [88-90].

FILLES

Les filles de 10 à 19 ans au Canada ont des taux plus élevés d'hospitalisations causées par l'alcool que les garçons [91].

L'intoxication peut rendre les jeunes femmes et les filles plus vulnérables au viol par une connaissance, à l'agression sexuelle, aux rapports sexuels non protégés et aux infections sexuellement transmissibles [92].

La consommation de substances est associée à des taux élevés de grossesses non planifiées chez les adolescentes [93].

HOMMES

La consommation excessive d'alcool et d'autres substances est associée à une tendance à la violence chez les hommes contre leurs partenaires intimes, ainsi que contre des inconnus [94-96].

Les hommes qui consomment du cannabis sont plus susceptibles de déclarer une dépendance ou une dépendance grave au cannabis que les femmes [97].

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer des cannabinoïdes synthétiques, qui sont associés à plus d'effets néfastes sur la santé [98].

Les hommes sont plus susceptibles d'utiliser des sources illégales d'opioïdes et de mourir d'une surdose d'opioïdes [99]. La consommation de substances a un impact négatif sur la santé des spermatozoïdes, la structure testiculaire et la fertilité masculine [79].

GARÇONS

La consommation précoce de substances [100] et la consommation excessive d'alcool [101] prédisposent à la consommation ultérieure de substances et à la consommation excessive d'alcool chez les hommes.

Les garçons qui adoptent des comportements à haut risque, y compris la consommation de substances, risquent davantage d'être exposés à la violence physique ou d'être témoins de violence à la fin de l'adolescence; et les garçons qui sont victimes de violence physique ou qui ont été témoins de violence sont plus susceptibles d'adopter des comportements à haut risque [102].

TRANSGENRES

La consommation de substances a été associée à des comportements sexuels à risque élevé et à l'infection par le VIH dans des études portant sur des populations transgenres [64, 103].

Les femmes transgenres font état de taux plus élevés de consommation de drogues intraveineuses (34 %) que les hommes transgenres (18 %), et les taux de partage des aiguilles sont élevés parmi certains échantillons de femmes trans [104, 105].

D. Résumé des données probantes : L'incidence du sexe et du genre sur le traitement de la consommation de substances

Les tableaux suivants résument comment le sexe et le genre peuvent influencer l'accès, la participation et l'état de préparation au traitement de la consommation de substances, ainsi que ses résultats, et les considérations liées à celui-ci pour différentes populations.

FEMMES – INFLUENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	
Accès, rétention, état de préparation et résultats	Répercussions pour le traitement, la prévention et la réduction des méfaits
<p>Les femmes signalent avoir moins de soutien social pour suivre un traitement, comparativement aux hommes, et des obstacles plus importants, y compris la grossesse, le manque de services de garde, la peur du retrait des enfants, le manque de soutien de leurs partenaires ou le contrôle qu'ils exercent sur elles, le fait de ne pas être suffisamment informées sur les services disponibles, les listes d'attente des organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, les troubles psychiatriques concomitants, la stigmatisation sociale et la discrimination [37, 106].</p> <p>Les femmes ayant des problèmes cooccurrents de santé mentale et de consommation de substances déclarent être plus disposées que les hommes à modifier leur consommation [107].</p> <p>La recherche suggère qu'en général, chez les hommes et les femmes qui terminent un traitement, le genre ne prédit pas ses résultats [108-111]. Cependant, les services de traitement de la consommation de substances réservés aux femmes ont tendance à améliorer la participation et les résultats des femmes participantes, comparativement à ceux qui sont mixtes [3-6].</p> <p>Bien que les femmes lesbiennes et bisexuelles signalent des taux élevés de problèmes de consommation de substances, elles sont tout aussi ou plus susceptibles d'avoir accès à un traitement que les femmes hétérosexuelles [112] et que les hommes gais, bisexuels et hétérosexuels [113].</p>	<p>Il existe un nombre considérable de données probantes appuyant la nécessité d'approches tenant compte des traumatismes pour les femmes ayant des problèmes de consommation de substances [114-116]. Le Women's Integrated Treatment (WIT) (y compris les programmes Helping Women Recover et Beyond Trauma) [2] et la Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study (WCDVS) [117] ont créé et mis à l'essai des services de traitement de la consommation de substances sexospécifiques et tenant compte des traumatismes ou propres à ceux-ci. Ces approches ont démontré des résultats favorables en matière de santé mentale et de consommation de substances [2], une meilleure participation aux traitements et une amélioration des habiletés d'adaptation ainsi que de l'acuité des symptômes de traumatisme [118, 119].</p> <p>Les traitements axés sur les femmes [120, 121] : reconnaissent les différences entre les sexes; assurent un environnement sécuritaire et respectueux; sont relationnels; valorisent l'importance de la santé des femmes en soi; accordent la priorité au pouvoir d'agir, à la sécurité et à la justice sociale; font participer les femmes à la prise de décisions; comprennent des approches intégrées et culturellement adaptées par rapport aux traumatismes et à la consommation de substances; comprennent des possibilités d'améliorer le statut socioéconomique; et collaborent avec les services communautaires pour créer un système complet de soins.</p> <p>Les mères traitées dans des services complets de traitement de la consommation de substances (p. ex., service de garde, soutien parental et enseignement de compétences professionnelles) affichent de meilleurs résultats, y compris une amélioration des résultats de la grossesse, un bien-être psychologique accru, une réduction du risque de VIH et une amélioration des résultats de la consommation de substances [108, 122].</p> <p>Les services de traitement de la consommation de substances qui comprennent des groupes réservés aux clientes et clients gais, lesbiennes et bisexuels sont associés à une plus grande satisfaction, à une meilleure participation et à l'amélioration des résultats de la consommation de substances.</p>

FILLES – INFLUENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	
Accès, rétention, état de préparation et résultats	Répercussions pour le traitement, la prévention et la réduction des méfaits
<p>Les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles que les jeunes hommes (27,6 %, comparativement à 17,5 %) de signaler un besoin de services non satisfait lié à leur santé mentale ou à leur consommation de substances [123].</p> <p>L'inégalité entre les sexes, la stigmatisation et la pauvreté peuvent être des obstacles à l'accès aux soins de santé, à l'éducation et aux possibilités d'emploi pour les jeunes femmes ayant des problèmes de consommation d'alcool et/ou d'autres substances [124].</p> <p>Les filles ayant des antécédents d'immigration ou appartenant à des minorités ethniques peuvent se heurter à d'autres obstacles pour accéder à des services de traitement de la consommation de substances, comme des barrières linguistiques ou des traitements incompatibles avec leurs pratiques religieuses ou spirituelles [125, 126].</p> <p>Le traitement est plus efficace pour les filles lorsqu'elles participent activement à sa planification, lorsque les objectifs sont réalisables et clairs, et lorsqu'elles reçoivent une rétroaction constructive sur leurs progrès [125, 126].</p> <p>Les filles qui entreprennent un traitement de la consommation de substances ont souvent de nombreux problèmes psychologiques, sociaux et de santé. Les filles qui commencent un traitement de la consommation de substances signalent plus de problèmes psychosociaux que les garçons, y compris plus de problèmes de santé mentale, d'itinérance, d'automutilation et de tentatives de suicide [127, 128]. La complexité des problèmes que les filles éprouvent généralement lorsqu'elles entreprennent un traitement pour la consommation de substances souligne la nécessité d'approches et de traitements qui tiennent compte d'un large éventail de problèmes psychosociaux et de santé mentale allant au-delà du traitement de la consommation de substances [125, 129].</p>	<p>Les approches de prévention de la consommation de substances les plus efficaces ou prometteuses pour les filles sont axées sur les relations familiales et la communication, le stress, la dépression, les interactions sociales et l'image corporelle [130, 131].</p> <p>Les filles en âge de procréer peuvent avoir besoin d'aide en matière de planification des naissances et de soins de santé maternelle dans le cadre d'un traitement pour des problèmes de consommation de substances [125]. Les filles peuvent aussi avoir besoin de soutien pour définir ce qu'est une relation saine et comment minimiser la probabilité de violence émotionnelle, physique et/ou sexuelle [125].</p> <p>Les interventions visant à retarder l'apparition de la consommation d'alcool et à prévenir la consommation excessive d'alcool chez les filles sont importantes [132]. Dans une étude menée auprès d'adolescentes sur Facebook, il a été déterminé que les techniques de résolution de problèmes, de refus et d'adaptation, ainsi qu'une estime de soi et une image corporelle positives sont des facteurs de protection contre la consommation de substances (alcool, cigarette et autres substances) [133].</p> <p>La participation des filles à l'élaboration de programmes de prévention a été associée à un engagement, à une pertinence perçue et à une satisfaction accrue [126, 134].</p>

GARÇONS – INFLUENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Accès, rétention, état de préparation et résultats

Les garçons ont des taux plus élevés de traitement de la consommation de substances que les filles [53, 135]. Les garçons issus de minorités ethniques présentent des caractéristiques sociales et environnementales uniques qui peuvent influencer la consommation de drogues et son traitement, comme la stigmatisation, la discrimination et la rareté des ressources communautaires [135].

Les garçons et les filles qui consultent un thérapeute pour des problèmes de consommation de substances signalent une plus grande alliance et une meilleure participation au traitement lorsqu'ils sont jumelés à un prestataire de services en fonction de leur genre [136].

Une étude évaluant l'efficacité de l'Approche de soutien communautaire pour adolescents (qui met l'accent sur le renforcement du soutien familial, le soutien social, l'éducation et l'emploi en tant que renforceurs du rétablissement de la consommation de substances) a révélé que les garçons et les filles ont déclaré des taux d'abstinence similaires, mais que les garçons se sont dits plus satisfaits du traitement [137].

Plusieurs évaluations des méthodes d'entrevue motivationnelle ont fait état d'une réduction de la consommation d'alcool [138, 139] et de la capacité de refuser de consommer de l'alcool [140] chez les garçons, mais pas chez les filles.

Répercussions pour le traitement, la prévention et la réduction des méfaits

Bien que les interventions dans le cadre du traitement de la consommation de substances qui sont adaptées aux garçons fassent défaut dans la documentation universitaire, il a été déterminé que le besoin de programmes qui répondent aux besoins particuliers des adolescents (ainsi que des programmes adaptés aux adolescentes) est une priorité clé pour le traitement de la consommation de substances chez les adolescents. [141].

Les facteurs de risque de consommation de substances chez les garçons comprennent : les normes de la masculinité [142], l'absence de surveillance parentale [52], la dépression, l'anxiété et les comportements d'extériorisation [143-145], ainsi que la pression de pairs du même sexe [44, 146, 147]. De plus, le risque de consommation de substances est plus élevé chez les garçons issus de l'immigration, de minorités ethniques et à faible revenu [52], ainsi que chez ceux qui sont gais ou bisexuels [46].

Parmi les facteurs familiaux pouvant prévenir la consommation de substances, mentionnons : une bonne communication parent-enfant [148], la connaissance des activités de l'adolescent [149], la cohésion familiale [150] et la proximité émotionnelle avec les mères [151].

HOMMES – INFLUENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Accès, rétention, état de préparation et résultats

Les hommes sont plus susceptibles d'avoir reçu un traitement pour un problème de consommation d'alcool [152], mais moins susceptibles de suivre un traitement pour une consommation abusive de médicaments sur ordonnance que les femmes [153].

Plusieurs études n'ont fait état d'aucune différence entre les sexes dans la participation au traitement chez les femmes et les hommes qui participent à des programmes de traitement de l'alcoolisme [109] et qui reçoivent un traitement pour une dépendance aux opiacés [40, 110, 111].

Certaines études rapportent des différences dans les résultats des traitements chez les hommes. Les hommes répondent mieux à la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) que les femmes qui fument [154, 155]. Les hommes ont besoin de moins de tentatives de renoncement que les femmes et de moins de formes de soutien pour parvenir à abandonner le tabac [156]. Cependant, l'utilisation du médicament naltrexone pour la consommation d'alcool [157] et la thérapie de substitution à la méthadone pour la consommation d'héroïne [158] ont été associées à de moins bons résultats chez les hommes.

Les hommes gais et bisexuels signalent une plus faible abstinence de la consommation de substances et des niveaux inférieurs d'achèvement des traitements comparativement aux femmes lesbiennes et bisexuelles ou aux femmes et aux hommes hétérosexuels [159].

Répercussions pour le traitement, la prévention et la réduction des méfaits

Dans l'ensemble, les approches tenant compte du genre pour le traitement de la consommation de substances chez les hommes font défaut dans la documentation universitaire. Exploring Trauma, une intervention de groupe de six séances portant sur des questions propres aux traumatismes des hommes (la socialisation masculine, le risque que les victimes deviennent à leur tour des auteurs de violence, la honte et la peur des hommes par rapport aux traumatismes), qui a été mise à l'essai dans divers milieux, y compris pour le traitement de la consommation de substances, en est un exemple [160]. Les résultats préliminaires suggèrent que les hommes aiment échanger/avoir la possibilité d'être ouverts, apprendre leur similarité par rapport à d'autres hommes et parler de leurs expériences traumatisantes.

Des approches qui abordent [161] les compétences parentales; le soutien des partenaires et les relations saines (établissement d'habiletés relationnelles et de communication, counseling individuel et de couple); le soutien des pairs et des amis (en mettant l'accent sur les amitiés saines avec des amis qui ne consomment pas de substances); l'impact des traumatismes sur la consommation de substances [162-167] sont requises pour le traitement de la consommation de substances chez les hommes.

Les hommes gais et bisexuels qui suivent des programmes comportant des groupes réservés aux clients gais et bisexuels ont signalé une plus grande réduction de la consommation de substances comparativement aux hommes qui ont participé à des programmes traditionnels de traitement de la consommation de substances [159].

TRANSGENRES – INFLUENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Accès, rétention, état de préparation et résultats	Répercussions pour le traitement, la prévention et la réduction des méfaits
<p>Malgré des taux plus élevés de prévalence de la consommation de substances chez les populations transgenres, il existe des disparités évidentes dans l'accès aux traitements [168]. Les personnes transgenres se heurtent à d'importants obstacles à l'accès et à la participation aux programmes de traitement [169, 170]. Les personnes transgenres peuvent éviter les soins de santé et/ou ne pas divulguer leur genre aux prestataires de services par crainte de discrimination et de victimisation, ainsi qu'en raison de leurs bases institutionnelles et croyances stigmatisées [59, 169, 171, 172]. Environ la moitié des personnes transgenres ayant un problème de consommation de substances signalent avoir été découragées de chercher un traitement en raison de la stigmatisation attendue [169].</p> <p>Les personnes transgenres qui ont de multiples expériences d'identités marginalisées subissent des niveaux accrus de discrimination [168]. La discrimination, la stigmatisation ainsi que l'incompétence culturelle du personnel et des administrateurs peuvent avoir une incidence négative sur les résultats du traitement [103, 170]. Le harcèlement, la discrimination et la violence peuvent faire en sorte qu'une personne transgenre quitte le traitement plus tôt que prévu [170].</p> <p>Bien que les services conçus pour les minorités sexuelles (p. ex., les services pour les personnes LGBTQ2+) puissent être perçus comme offrant un environnement sécuritaire pour les personnes transgenres, il s'avère qu'elles peuvent tout de même faire face à des obstacles importants pour y accéder [104], et malgré le « T » dans LGBTQ2+, ils peuvent ne pas intégrer véritablement les personnes transgenres et leurs expériences dans l'organisation [173].</p>	<p>Les personnes transgenres peuvent être accueillies dans des services de traitement de la consommation de substances pour les femmes et les hommes en fonction de leurs propres besoins et de leur identité de genre [174]. Il est essentiel de ne pas exiger que les personnes transgenres « passent » pour des personnes cisgenres pour avoir accès à des services de traitement de la consommation de substances sexospécifiques, car toutes les personnes transgenres ne le souhaitent peut-être pas ou cela n'est peut-être pas possible pour elles [51]. Les prestataires de services devraient être informés des compétences culturelles appropriées pour travailler avec des personnes transgenres [51].</p> <p>Il a été démontré que l'implication des pairs transgenres dans le traitement et la promotion d'une identification positive à la communauté transgenre améliore la participation. [103]. Le Transgender Recovery Program, un programme résidentiel de traitement de la consommation de substances pour les femmes transgenres qui fait participer des pairs comme des « grandes sœurs », a obtenu un taux de rétention de 81 %, comparativement à 60 % dans le programme pour la population générale [103].</p> <p>La gestion du stress des minorités transgenres peut être bénéfique pour la prévention de la consommation de substances chez les jeunes transgenres [66].</p> <p>La fierté et l'acceptation de l'identité transgenre peuvent accroître le bien-être et agir comme tampon par rapport aux effets négatifs du stress des minorités. Le soutien social peut être favorisé par les médias sociaux, les groupes de soutien et la participation à des organisations communautaires [64].</p> <p>Les services pour les personnes LGBTQ2+ peuvent devenir plus inclusifs pour les personnes transgenres en travaillant pour une intégration complète à tous les niveaux, y compris au sein du personnel, du conseil d'administration et des équipes de bénévoles; en créant des environnements physiques, des formulaires d'admission et du matériel promotionnel accueillants et inclusifs; en élaborant des programmes propres aux transgenres avec la rétroaction de membres de la communauté; et en s'assurant que les personnes transgenres savent qu'elles sont les bienvenues dans tous les programmes [173].</p>

E. Résumé des données probantes : Incidences du genre et du sexe pour la pratique tenant compte des traumatismes

Au moyen des quatre principes clés, les tableaux suivants résument comment la pratique tenant compte des traumatismes peut être adaptée aux besoins particuliers de différentes populations. (Pour un résumé des quatre principes de la pratique tenant compte des traumatismes, voir l'Annexe 1.)

FEMMES — INCIDENCES POUR LA PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES	
Sensibilisation aux traumatismes	Sécurité et fiabilité
<p>Les femmes qui suivent un traitement pour un problème de consommation de substances affichent des taux élevés de traumatismes [114]. Il est prouvé que le traumatisme prédit des problèmes de consommation de substances [175], et les femmes consomment souvent des substances pour gérer des états émotionnels négatifs [32-36]. Les prestataires de services devraient recevoir une formation sur les impacts de la violence sexiste et des traumatismes et leur incidence sur la consommation de substances, afin de comprendre le contexte de la consommation et les besoins de nombreuses femmes qui recourent à leurs services.</p>	<p>De nombreuses femmes ressentent de la honte et de la culpabilité relativement à leurs problèmes de consommation de substances, surtout pendant la grossesse et l'exercice du rôle parental [37]. Les approches visant à réduire le sentiment de honte et de culpabilité et à instaurer un sentiment de sécurité sont importantes pour les femmes qui reçoivent des services de traitement de la consommation de substances, en particulier les femmes enceintes et les mères.</p>
Choix, collaboration et liens relationnels	Approche fondée sur les forces et acquisition d'habiletés
<p>Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'invoquer les problèmes relationnels et l'isolement social comme raisons motivant leur consommation de substances [37]. Les femmes ont le droit de se sentir en sécurité et d'avoir un choix en ce qui concerne leur environnement de traitement, et elles peuvent demander des programmes et des espaces sexospécifiques. Les occasions d'entrer en contact avec des prestataires de services et d'autres femmes ainsi que de participer à la prise de décisions concernant leur traitement favorisent le pouvoir d'agir chez les femmes et renforcent le soutien social.</p>	<p>Compte tenu des liens entre les traumatismes, la consommation de substances et les problèmes de santé mentale chez les femmes, l'acquisition d'habiletés pour améliorer la santé mentale et surmonter les traumatismes peut avoir une incidence positive sur la santé émotionnelle et le traitement de la consommation de substances. Par exemple, la méditation de pleine conscience peut être efficace pour réduire l'anxiété et les symptômes de sevrage chez les femmes [176]. Les approches fondées sur le pouvoir d'agir et l'acquisition d'habiletés de contrôle des émotions sont particulièrement importantes pour les femmes [177].</p>

FILLES — INCIDENCES POUR LA PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Sensibilisation aux traumatismes	Sécurité et fiabilité
<p>Les filles consomment souvent des substances, comme de l'alcool et du tabac, pour faire face au stress et/ou à des conditions de vie difficiles [106, 178]. Les services de soutien doivent reposer sur une compréhension des liens entre les facteurs de stress sexospécifiques, les expériences de traumatisme et la consommation de substances chez les filles. Il s'avère utile que les prestataires de services de traitement de consommation de substances respectent le fait que les filles font du mieux qu'elles peuvent, écoutent leurs préoccupations et les appuient pour trouver d'autres façons de gérer la situation.</p>	<p>Les établissements devraient reconnaître que les programmes mixtes peuvent exposer les filles à des risques : elles pourraient être victimes de harcèlement, se sentir moins à l'aise de parler ouvertement de problèmes et se sentir moins en sécurité sur les plans physique et affectif dans leur environnement de traitement [125].</p>
Choix, collaboration et liens relationnels	Approche fondée sur les forces et acquisition d'habiletés
<p>Le traitement est plus efficace chez les filles lorsque celles-ci participent activement à sa planification, suivent des objectifs clairs et divisés en étapes réalisables et reçoivent une rétroaction constructive sur leurs progrès [125, 126]. La collaboration — par l'entremise de l'engagement communautaire, d'événements, du bénévolat et de l'activisme — peut aider les filles à faire des liens entre les problèmes et les réalités qu'elles vivent et à envisager les situations dans leur ensemble [106, 179].</p>	<p>Comme les filles tendent davantage à l'autocritique, les approches fondées sur les forces et l'acquisition d'habiletés renforcent la confiance en soi. En outre, l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne et de compétences de communication, comme la négociation, la résolution de conflits et l'affirmation de soi, est un élément clé à intégrer à la pratique tenant compte des traumatismes lorsqu'on travaille avec des filles [180]. Les interventions peuvent mettre l'accent sur le développement de ces aptitudes et compétences par le biais d'interactions dans la vie réelle, comme la critique des messages sexistes présentés dans les médias de masse et la publicité [106].</p>

HOMMES — INCIDENCES POUR LA PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Sensibilisation aux traumatismes	Sécurité et fiabilité
<p>Bien que les femmes affichent généralement des taux plus élevés de traumatisme, la gravité des symptômes liés au traumatisme est similaire chez les femmes et les hommes qui suivent un traitement pour des problèmes de consommation de substances [114]. En particulier, la violence durant l'enfance est associée à des problèmes de consommation de substances chez les hommes [162, 163]. De plus, les hommes qui ont vécu des traumatismes risquent davantage de commettre des actes de violence [177]. Les programmes de traitement de la consommation de substances destinés aux hommes ont souvent négligé d'explorer adéquatement les facteurs sociaux et environnementaux liés à la consommation de substances [37]. Il s'avère donc essentiel de sensibiliser davantage les prestataires de services et les clients à la forte prévalence de traumatismes chez les hommes et aux liens entre les expériences traumatiques, la consommation de substances et la violence.</p>	<p>Les hommes sont moins nombreux à indiquer avoir des interactions positives avec les prestataires de services de traitement de la consommation de substances [181], citant la conviction que le traitement sera inefficace parmi les principaux obstacles au traitement [182]. Les perceptions dominantes de la masculinité dissuadent également les hommes de demander de l'aide [183]. Fournir des services de traitement sécuritaires et exempts de jugement permet de créer une relation de confiance avec les prestataires et d'encourager les hommes à demander de l'aide.</p>
Choix, collaboration et liens relationnels	Approche fondée sur les forces et acquisition d'habiletés
<p>Les hommes qui ont vécu un traumatisme ont tendance à y faire face au moyen de mécanismes externes (la violence, l'abus de substances, la criminalité). Ainsi, il peut s'avérer utile d'aborder les sentiments, les relations et l'empathie avec les hommes qui ont vécu un traumatisme [177]. Offrir des occasions d'établir des relations dans le cadre des services offerts aux hommes peut aider à favoriser des rapports plus sains et des habiletés d'adaptation au traumatisme.</p>	<p>L'acquisition d'habiletés pour aider les hommes à reconnaître leurs émotions et à gérer plus efficacement la colère, la culpabilité et la honte [177] peut améliorer la résilience des hommes aux effets des traumatismes. Compte tenu des liens entre le stress lié au travail, les possibilités d'emploi et la consommation de substances [49, 50], il peut également être utile d'appuyer les besoins en matière de formation et l'atteinte d'objectifs professionnels.</p>

GARÇONS — INCIDENCES POUR LA PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Sensibilisation aux traumatismes	Sécurité et fiabilité
<p>Les garçons qui consomment des substances risquent davantage d'être exposés à de la violence physique ou d'être témoins de violence plus tard au cours de l'adolescence; et les garçons qui sont victimes de violence physique ou qui ont été témoins de violence sont plus susceptibles de s'adonner à la consommation de substances [102]. Il est essentiel de sensibiliser davantage les prestataires de services et les garçons qui ont recours à des services aux liens entre la violence, les traumatismes et la consommation de substances.</p>	<p>Les garçons sont plus susceptibles d'être violentés ou victimisés à l'extérieur de la maison, en milieu institutionnel ou extrafamilial [184]. En raison de ce risque d'abus de confiance et de perte de sécurité, les approches tenant compte des traumatismes sont importantes pour assurer la sécurité et la confiance dans l'établissement de services et avec les prestataires de services de traitement de la consommation de substances.</p>
Choix, collaboration et liens relationnels	Approche fondée sur les forces et acquisition d'habiletés
<p>La collaboration avec les jeunes pour cerner les domaines d'intervention prioritaires est reconnue comme une approche prometteuse pour prévenir la polytoxicomanie et les problèmes de consommation de substances [146]. Les notions stéréotypées de la masculinité et les normes de genre sont considérées comme des facteurs de risque pour la consommation de substances [142]; et l'établissement de relations saines entre les garçons, et avec les prestataires de services, peut remettre en question les perceptions traditionnelles de masculinité qui favorisent la consommation de substances.</p>	<p>Les programmes qui s'adressent aux garçons immigrants et appartenant à des groupes de minorités ethniques devraient fournir des outils et permettre l'acquisition d'habiletés pour réduire le stress associé aux processus d'acculturation auxquels se heurtent certains d'entre eux pendant leur période de développement, alors qu'ils courent un risque de consommation de substances plus élevé. Cela pourrait comprendre l'analyse des stéréotypes diffusés par les médias et l'apprentissage en contexte multiculturel [146].</p>

TRANSGENRES — INCIDENCES POUR LA PRATIQUE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Sensibilisation aux traumatismes	Sécurité et fiabilité
<p>Les taux de discrimination, de harcèlement et de violence physique et sexuelle fondés sur le genre sont très élevés au sein des populations transgenres, et les femmes transgenres courent un risque plus élevé. Dans le cadre d'une étude américaine, la quasi-totalité (98 %) des personnes transgenres déclarait avoir vécu un ou plusieurs événements traumatisants au cours de leur vie, comparativement à 56 % des femmes et des hommes cisgenres de la population générale [66].</p>	<p>En raison d'expériences de discrimination antérieures, certaines personnes transgenres ne se sentent pas en sécurité au sein d'espaces de soins de santé et de services sociaux. Diverses mesures, comme utiliser un langage inclusif (y compris énumérer diverses identités de genre sur les formulaires d'admission), créer des toilettes privées sans mention sexospécifique et afficher des ressources bienveillantes à l'égard de la population transgenre dans les salles d'attente démontrent du respect et peuvent favoriser un sentiment de confiance [58, 171, 173, 174].</p>
Choix, collaboration et liens relationnels	Approche fondée sur les forces et acquisition d'habiletés
<p>Le langage que nous utilisons est un aspect important, et ne pas utiliser le nom d'une personne ou le pronom qui correspond à son identité de genre est une forme de discrimination [58, 173, 185]. Les personnes transgenres devraient pouvoir choisir d'accéder aux services et d'être nommées selon leur expression de genre ou leur préférence exprimée [174, 186]. Si la préférence n'est pas connue, demandez-la, respectueusement [174].</p>	<p>Malgré les effets négatifs de la stigmatisation et de la transphobie, il est important de ne pas considérer les personnes transgenres comme des victimes [173]. De nombreuses personnes transgenres développent une résilience et une résistance uniques aux effets négatifs du stress des minorités, et la reconnaissance et le soutien de cette résilience en elles peuvent servir de force pour faire face à des situations difficiles [187].</p>

RÉFÉRENCES

- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, et al., *The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis*. Lancet Public Health, 2017. 2(8): p. e356-e366.
- Covington, S.S., *Women and addiction: A trauma-informed approach*. Journal of Psychoactive Drugs, 2008. Suppl 5: p. 377-85.
- Longinaker, N., L. Appel, and M. Terplan, *Availability of women-centered drug treatment services: An analysis of NSSATS 2002-2010*. Drug & Alcohol Dependence, 2015. 146: p. e184.
- Greenfield, S.F., et al., *A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy*. Substance Use & Misuse, 2013. 48(9): p. 750-760.
- Kissin, W.B., et al., *Gender-sensitive substance abuse treatment and arrest outcomes for women*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2014. 46(3): p. 332-339.
- Evans, E., et al., *Explaining long-term outcomes among drug dependent mothers treated in women-only versus mixed-gender programs*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2013. 45(3): p. 293-301.
- Marsh, T.N., et al., *Indigenous Healing and Seeking Safety: A blended implementation project for intergenerational trauma and substance use disorders*. International Indigenous Policy Journal, 2016. 7(2).
- Morgan-Lopez, A.A., et al., *Synergy between seeking safety and twelve-ÉTAPE affiliation on substance use outcomes for women*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2013. 45(2): p. 179-189.
- Berger, R. and L. Quiros, *Supervision for trauma-informed practice*. Traumatology: An International Journal, 2014.
- Bride, B.E. and S. Kintzle, *Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors*. Traumatology, 2011. 17(1): p. 22-28.
- Cosden, M., et al., *Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers*. Substance Abuse, 2016. 37(4): p. 619-624.
- Kruk, E. and K. Sandberg, *A home for body and soul: Substance using women in recovery*. Harm Reduction Journal, 2013. 10.
- Marcellus, L., *Supporting women with substance use issues: Trauma-Informed care as a foundation for practice in the NICU*. Neonatal Network, 2014. 33(6): p. 307-314.
- Marsh, T.N., et al., *Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in northeastern Ontario, Canada*. Harm Reduction Journal, 2015. 12: p. 14-14.
- Brown, V.B., M. Harris, and R. Fallot, *Moving toward trauma-informed practice in addiction treatment: A collaborative model of agency assessment*. Journal of Psychoactive Drugs, 2013. 45(5): p. 386-393.
- Browne, A.J., et al., *EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings*. International Journal for Equity in Health, 2015. 14(1): p. 152.
- Browne, A.J., et al., *Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study*. BMC Health Services Research, 2016. 16(1): p. 544.
- Choo, E.K., et al., *A research agenda for gender and substance use disorders in the emergency department*. Academic Emergency Medicine: Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine, 2014. 21(12): p. 1438-1446.
- SAMHSA, *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women, in Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51*. 2009, Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, SAMHSA.
- Greaves, L., Kalaw, C., and J.L. Botorff, *Case studies in power and control related to tobacco use during pregnancy*. Women's Health Issues, 2007. 17(5): p. 325-332.
- McCabe, S.E., West, B. T., Hughes, T. L., and C.J. Boyd, *Sexual orientation and substance abuse treatment utilization in the United States: Results from a national survey*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2013. 44(1): p. 4-12.
- Drabble, L., Trocki, K. F., Hughes, T. L., Korcha, R. A., and A.E. Lown, *Sexual orientation differences in the relationship between victimization and hazardous drinking among women in the National Alcohol Survey*. Psychology of Addictive Behaviors, 2013. 27(3): p. 639.
- First Nations Health Authority, *Overdose Data and First Nations in BC: Preliminary Findings*. 2017, West Vancouver, BC: First Nations Health Authority.
- Poole, N., C. Talbot, and T. Nathoo, *Healing Families, Helping Systems: A Trauma-Informed Practice Guide for Working with Children and Families*. 2016, Victoria, BC: Ministry of Children and Family Development.
- Poole, N., et al., *Trauma Informed Practice Guide 2013*, Vancouver and Victoria, BC: CEWH; BC Ministry of Health, Mental Health and Substance Use Branch.
- CCSA, *Bringing Gender and Diversity Analysis to our Work - A checklist*. 2010, Ottawa, ON: CCSA.
- Clow, B., Pederson, A., Haworth-Brockman, M., and J. Bernier, *Rising to the Challenge: Sex and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada*. 2009: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, Prairie Women's Health Centre of Excellence.
- Health Canada, *Gender-Based Analysis Reference Guide*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Status of Women Canada, *Demystifying GBA+ Job Aid*. Ottawa, ON: SOWC.
- Bowen, E.A., and Murshid, N. S., *Trauma-informed social policy: A conceptual framework for policy analysis and advocacy*. American Journal of Public Health, 2016. 106(2): p. 223-229.
- Greaves, L., Pederson, A., and Poole, N., *Making it Better: Gender- Transformative Health Promotion*. 2014, Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Abulseoud, O.A., et al., *A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence*. The American Journal on Addictions, 2013. 22(5): p. 437-442.
- Jamison, R.N., et al., *Gender differences in risk factors for aberrant prescription opioid use*. The Journal of Pain, 2010. 11(4): p. 312-320.
- Verplaetse, T.L., et al., *Targeting the noradrenergic system for gender-sensitive medication development for tobacco dependence*. Nicotine & Tobacco Research, 2015. 17(4): p. 486-495.
- Muller, S. and E. Kuntsche, *Do the drinking motives of adolescents mediate the link between their parents' drinking habits and their own alcohol use?* Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2011. 72.
- Kuntsche, E. and S. Muller, *Why do young people start drinking? Motives for first-time alcohol consumption and links to risky drinking in early adolescence*. European Addiction Research, 2012. 18.
- Tuchman, E., *Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research*. Journal of Addictive Diseases, 2010. 29(2): p. 127-138.
- Kraanen, F.L., et al., *Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2014. 46(4): p. 532-539.
- Hachey, L.M., et al., *Health implications and management of women with opioid use disorder*. Journal of Nursing Education and Practice, 2017. 7(8): p. 57.
- McHugh, R.K., et al., *Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2013. 45(1): p. 38-43.
- Chen, P. and K.C. Jacobson, *Developmental Trajectories of Substance Use From Early Adolescence to Young Adulthood: Gender and Racial/ Ethnic Differences*. Journal of Adolescent Health, 2012. 50(2): p. 154-163.
- Nock, M.K., et al., *Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. Psychological Medicine, 2006. 36(5): p. 699-710.
- Nolen-Hoeksema, S., *Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems*. Clinical Psychology Review, 2004. 24(8): p. 981-1010.
- Kuhn, C., *Emergence of sex differences in the development of substance use and abuse during adolescence*. Pharmacology & Therapeutics, 2015. 153: p. 55.
- Shin, S.H., H.G. Hong, and A.L. Hazen, *Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis*. Drug and Alcohol Dependence, 2010. 109(1): p. 226-235.
- Corliss, H.L., et al., *Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of U.S. adolescents*. Addictive Behaviors, 2010. 35(5): p. 517-521.
- Siqueira, L., V.C. Smith, and Committee on Substance Abuse, *Binge drinking*. Pediatrics, 2015. 136(3): p. e718-e726.
- Uy, P.J., N.A. Massoth, and W.H. Gottdiener, *Rethinking male drinking: Traditional masculine ideologies, gender-role conflict, and drinking motives*. Psychology of Men & Masculinity, 2014. 15(2): p. 121.
- Siegrist, J. and A. Rödel, *Work stress and health risk behavior*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2006: p. 473-481.
- Williams, D.R., *The health of men: structured inequalities and opportunities*. American Journal of Public Health, 2008. 98(Supplement 1): p. S150-S157.
- Greaves, L., et al., *Unclean fathers, responsible men: Smoking, stigma and fatherhood*. Health Sociology Review, 2010. 19(4): p. 522-533.
- Stone, R.A.T. and D. Meyler, *Identifying potential risk and protective factors among non-metropolitan Latino youth: Cultural implications for substance use Research*. Journal of Immigrant and Minority Health, 2007. 9(2): p. 95-107.
- Zilberman, M.L., et al., *Substance use disorders: Sex differences and psychiatric comorbidities*. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 2003. 48(1): p. 5.
- Mennis, J. and M.J. Mason, *Social and geographic contexts of adolescent substance use: The moderating effects of age and gender*. Social Networks, 2012. 34(1): p. 150-157.
- Balázs, M., B.F. Piko, and K.M. Fitzpatrick, *Youth problem drinking: The role of parental and familial relationships*. Substance Use & Misuse, 2017. 52(12): p. 1538-1545.

56. Heywood, W., et al., *Fertility knowledge and intentions to have children in a national study of Australian secondary school students*. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 2016. 40(5): p. 462-467.
57. DeMartini, K.S., et al., *Injunctive norms for alcohol-related consequences and protective behavioral strategies: Effects of gender and year in school*. Addictive Behaviors, 2011. 36(4): p. 347-353.
58. American Psychological Association, *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*. The American Psychologist, 2015. 70(9): p. 832-864.
59. Bauer, G.R. and A.I. Scheim, *Transgender People in Ontario, Canada: Statistics to Inform Human Rights Policy*. 2015, London, ON: Trans PULSE Project.
60. Eckstrand, K.L., H. Ng, and J. Potter, *Affirmative and responsible health care for people with nonconforming gender identities and expressions*. The AMA Journal of Ethic, 2016. 18(11): p. 1107-1118.
61. Polak, K., et al., *Gender considerations in addiction: Implications for treatment*. Current Treatment Options in Psychiatry, 2015. 2(3): p. 326-338.
62. Reisner, S.L., et al., *Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity*. The Journal of Sex Research, 2015. 52(3): p. 243-256.
63. Crissman, H.P., et al., *Transgender demographics: A household probability sample of US adults*. American Journal of Public Health, 2017. 107(2): p. 213-215.
64. Mizock, L., *Transgender and gender diverse clients with mental disorders*. Psychiatric Clinics of North America, 2017. 40(1): p. 29-39.
65. Benotsch, E.G., et al., *Non-medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults*. Drug and Alcohol Dependence, 2013. 132(1-2): p. 391-394.
66. Gonzalez, C.A., J.D. Gallego, and W.O. Bockting, *Demographic characteristics, components of sexuality and gender, and minority stress and their associations to excessive alcohol, cannabis, and illicit (noncannabis) drug use among a large sample of transgender people in the United States*. The Journal of Primary Prevention, 2017. 38(4): p. 419-445.
67. Scheim, A.I., G.R. Bauer, and M. Shokoohi, *Heavy episodic drinking among transgender persons: Disparities and predictors*. Drug and Alcohol Dependence, 2016. 167: p. 156-162.
68. Lee, C.W.-S. and K. Ho, *Sex differences in opioid analgesia and addiction: Interactions among opioid receptors and estrogen receptors*. Molecular Pain, 2013. 9(1): p. 45.
69. Benowitz, N., *Clinical pharmacology of nicotine: Implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction*. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 2008. 83(4): p. 531-541.
70. Mitchell, M.R. and M.N. Potenza, *Importance of sex differences in impulse control and addictions*. Frontiers in Psychiatry, 2015. 6.
71. Becker, J.B., A.N. Perry, and C. Westenbroek, *Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis*. Biology of Sex Differences, 2012. 3(1): p. 14.
72. Schwartz, J., et al., *Effect of web-based messages on girls' knowledge and risk perceptions related to cigarette smoke and breast cancer: 6-Month follow-up of a randomized controlled trial*. JMIR research protocols, 2014. 3(3).
73. Caldwell, L.C., et al., *Gender and adolescent alcohol use disorders on BOLD (blood oxygen level dependent) response to spatial working memory*. Alcohol and Alcoholism, 2005. 40(3): p. 194-200.
74. Medina, K.L., et al., *Prefrontal cortex volumes in adolescents with alcohol use disorders: Unique gender effects*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2008. 32(3): p. 386-394.
75. Volkow, N.D., *Reduced metabolism in brain "control networks" following cocaine-cues exposure in female cocaine abusers*. PLoS ONE, 2011. 6.
76. Potenza, M.N., et al., *Neural correlates of stress-induced and cue-induced drug craving: influences of sex and cocaine dependence*. American Journal of Psychiatry, 2012. 169(4): p. 406-414.
77. Pardo-Lozano, R., et al., *Clinical pharmacology of 3, 4-methylenedioxyamphetamine (MDMA, "ecstasy"): The influence of gender and genetics (CYP2D6, COMT, 5-HTT)*. PLoS One, 2012. 7(10): p. e47599.
78. Centre of Excellence for Women's Health (CEWH) and Girls Action Foundation (GAF), *Girls, alcohol and depression: A backgrounder for facilitators of girls' empowerment groups*. 2014, Vancouver, BC: CEWH.
79. Fronczak, C.M., E.D. Kim, and A.B. Barqawi, *The insults of illicit drug use on male fertility*. Journal of Andrology, 2012. 33(4): p. 515-528.
80. Scheim, A.I. and G.R. Bauer, *Sex and gender diversity among transgender persons in Ontario Canada: Results from a respondent-driven sampling survey*. The Journal of Sex Research, 2015. 52(1): p. 1-14.
81. Becker, J.B. and M. Hu, *Sex differences in drug abuse*. Frontiers in Neuroendocrinology, 2008. 29(1): p. 36-47.
82. Greenfield, S.F., et al., *Gender differences in alcohol treatment: An analysis of outcome from the COMBINE study*. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 2010. 34(10): p. 1803-12.
83. Hernandez-Avila, C.A., B.J. Rounsaville, and H.R. Kranzler, *Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment*. Drug and Alcohol Dependence, 2004. 74(3): p. 265-272.
84. Kay, A., et al., *Substance use and women's health*. Journal of Addictive Diseases, 2010. 29(2): p. 139-163.
85. Rehm, J., et al., *Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis*. Drug and Alcohol Review, 2010. 29(4): p. 437-445.
86. Aryal, S., E. Diaz-Guzman, and D.M. Mannino, *Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes*. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2014. 9(1): p. 1145-1154.
87. Huxley, R.R. and M. Woodward, *Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies*. The Lancet, 2011. 378(9799): p. 1297-1305.
88. Gorman, M.C., et al., *Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2014. 211(4): p. 429. e1-429. e7.
89. Diaz, S.D., et al., *Effects of prenatal methamphetamine exposure on behavioral and cognitive findings at 7.5 years of age*. The Journal of Pediatrics, 2014. 164(6): p. 1333-1338.
90. Whiteman, V.E., et al., *Maternal opioid drug use during pregnancy and its impact on perinatal morbidity, mortality, and the costs of medical care in the United States*. Journal of Pregnancy, 2014. 2014.
91. Canadian Institute for Health Information, *Alcohol Harm in Canada: Examining Hospitalizations Entirely Caused by Alcohol and Strategies to Reduce Alcohol Harm*. 2017, Ottawa, ON: 2017, CIHI.
92. Poole, N., C. Urquhart, and G. Gonneau, *Girl-centred approaches to prevention, harm reduction and treatment. Gendering the National Framework Series (2)*. 2010, Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
93. Connery, H.S., B.B. Albright, and J.M. Rodolico, *Adolescent substance use and unplanned pregnancy: strategies for risk reduction*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 2014. 41(2): p. 191.
94. Peralta, R.L., L.A. Tuttle, and J.L. Steele, *At the Intersection of Interpersonal Violence, Masculinity, and Alcohol Use: The Experiences of Heterosexual Male Perpetrators of Intimate Partner Violence*. Violence Against Women, 2010. 16(4): p. 387-409.
95. Stuart, G.L., et al., *The role of drug use in a conceptual model of intimate partner violence in men and women arrested for domestic violence*. Psychology of Addictive Behaviors, 2008. 22(1): p. 12.
96. Moore, T.M., et al., *Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 2008. 28(2): p. 247-274.
97. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. 2017, Washington, DC: The National Academies Press.
98. Fattore, L., *Reward processing and drug addiction: does sex matter?* Frontiers In Neuroscience, 2015. 9.
99. Gladstone, E.J., K. Smolina, and S.G. Morgan, *Trends and sex differences in prescription opioid deaths in British Columbia, Canada*. Injury Prevention, 2015: p. injuryprev-2015-041604.
100. Lansford, J.E., et al., *Does physical abuse in early childhood predict substance use in adolescence and early adulthood?* Child Maltreatment, 2010. 15(2): p. 190-194.
101. Danielsson, A.-K., A. Romelsjö, and A. Tengström, *Heavy episodic drinking in early adolescence: Gender-specific risk and protective factors*. Substance Use & Misuse, 2011. 46(5): p. 633-643.
102. Begle, A.M., et al., *Longitudinal pathways of victimization, substance use, and delinquency: Findings from the National Survey of Adolescents*. Addictive Behaviors, 2011. 36(7): p. 682-689.
103. Glynn, T.R. and J.J. van den Berg, *A systematic review of interventions to reduce problematic substance use among transgender individuals: A call to action*. Transgender Health, 2017. 2(1): p. 45-59.
104. Oberheim, S.T., M.K. DePue, and W.B. Hagedorn, *Substance use disorders (SUDs) in transgender communities: The need for trans-competent SUD counselors and facilities*. Journal of Addictions & Offender Counseling, 2017. 38(1): p. 33-47.
105. Robinson, M., *LGBTQ People, Drug Use & Harm Reduction*. 2014, Toronto, ON: Rainbow Health Ontario
106. Centre of Excellence for Women's Health, *Why do girls and women drink alcohol during pregnancy?* 2016, Vancouver, BC: CEWH.
107. Drapalski, A., M. Bennett, and A. Bellack, *Gender differences in substance use, consequences, motivation to change, and treatment seeking in people with serious mental illness*. Substance Use & Misuse, 2011. 46(6): p. 808-818.
108. Greenfield, S.F., et al., *Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature*. Drug and Alcohol Dependence, 2007. 86(1): p. 1-21.
109. Elbreder, M.F., et al., *Alcohol dependence: Analysis of factors associated with retention of patients in outpatient treatment*. Alcohol and Alcoholism, 2011. 46(1): p. 74-76.
110. Levine, A.R., et al., *Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2015. 54: p. 37-43.
111. Schiff, M., S. Levit, and R.C. Moreno, *Retention and illicit drug use among methadone patients in Israel: A gender comparison*. Addictive Behaviors, 2007. 32(10): p. 2108-19.

112. Drabble, L. and M.J. Eliason, *Substance use disorders treatment for sexual minority women*. Journal of LGBT Issues in Counseling, 2012. 6(4): p. 274-292.
113. Grella, C.E., Greenwell, L., Mays, V. M., and S.D. Cochran, *Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey*. BMC Psychiatry, 2009. 9(1): p. 52.
114. Keyser-Marcus, L., et al., *Trauma, gender, and mental health symptoms in individuals with substance use disorders*. Journal of Interpersonal Violence, 2015. 30(1): p. 3-24.
115. Greenfield, S.F., et al., *Gender research in the national institute on drug abuse national treatment clinical trials network: A summary of findings*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2011. 37(5): p. 301-312.
116. Hensing, N., et al., *Misuse of prescription opioid medication among women: A Scoping review*. Pain Research & Management, 2016. 2016: p. 1754-195.
117. Amaro, H., et al., *Does integrated trauma informed substance abuse treatment increase treatment retention?* Journal of Community Psychology, 2007. 35(7): p. 845-862.
118. Gatz, M., et al., *Effectiveness of an integrated, trauma-informed approach to treating women with co-occurring disorders and histories of trauma: The Los Angeles site experience*. Journal of Community Psychology, 2007. 35(7): p. 863-878.
119. Toussaint, D.W., et al., *Modifications to the Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM) for substance-abusing women with histories of violence: Outcomes and lessons learned at a Colorado substance abuse treatment center*. Journal of Community Psychology, 2007. 35(7): p. 879-894.
120. Urquhart, C., et al., *Liberation!: Helping Women Quit Smoking: A Brief Tobacco Intervention Guide*. 2012, Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
121. Covington, S.S., *Women and addiction: a trauma-informed approach*. Journal of Psychoactive Drugs, 2008. Suppl 5: p. 377-385.
122. Grella, C.E., et al., *Do drug treatment services predict reunification outcomes of mothers and their children in child welfare?* Journal of Substance Abuse Treatment, 2009. 36(3): p. 278-293.
123. Girls Action Foundation. *The need for a gender-sensitive approach to the mental health of young Canadians*. 2008; Available from: http://girlsactionfoundation.ca/files/Mental Health Paper Final_0.pdf.
124. Myers, B., T. Carney, and W.M. Wechsberg, "Not on the agenda": A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa. International Journal of Drug Policy, 2016. 30(Supplement C): p. 52-58.
125. United Nations Office on Drugs and Crime, *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. 2016, Vienna, Austria: UNODC.
126. Girls Action Foundation and Centre of Excellence for Women's Health, *How girls' groups can promote health: Promising practices for community programs*. 2014.
127. Mitchell, P.F., et al., *Gender differences in psychosocial complexity for a cohort of adolescents attending youth-specific substance abuse services*. Children and Youth Services Review, 2016. 68(Supplement C): p. 34-43.
128. Rawson, R.A., et al., *Methamphetamine use among treatment-seeking adolescents in Southern California: Participant characteristics and treatment response*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2005. 29(2): p. 67-74.
129. Riggs, P.D., *Treating adolescents for substance abuse and comorbid psychiatric disorders*. Science & Practice Perspectives, 2003. 2(1): p. 18.
130. Kumpfer, K.L., P. Smith, and J.F. Summerhays, *A wakeup call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls?* Substance Use & Misuse, 2008. 43(8-9): p. 978-1001.
131. Schinke, S. and T. Schwinn, *Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2005. 31(4): p. 609-616.
132. Clemens, S.L., B.M. Grant, and S.L. Matthews, *A review of the impacts of health and health behaviors on women's alcohol use*. American Journal Of Health Behavior, 2009. 33(4): p. 400-415.
133. Schwinn, T.M., et al., *Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample*. Substance Abuse, 2016. 37(4): p. 564-570.
134. Garcia, T.A., et al., *Effects of sex composition on group processes in alcohol prevention groups for teens*. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2015. 23(4): p. 275-283.
135. National Institute on Drug Abuse (NIDA) *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide*. 2014, Washington, DC: NIDA.
136. Wintersteen, M.B., J.L. Mensinger, and G.S. Diamond, *Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents?* Professional Psychology: Research and Practice, 2005. 36(4): p. 400.
137. Godley, S.H., K. Hedges, and B. Hunter, *Gender and racial differences in treatment process and outcome among participants in the adolescent community reinforcement approach*. Psychology of Addictive Behaviors, 2011. 25(1): p. 143-154.
138. Arnaud, N., et al., *Moderators of outcome in a web-based substance use intervention for adolescents*. Sucht, 2015. 61(6): p. 377-387.
139. Gilder, D.A., et al., *A pilot randomized trial of Motivational Interviewing compared to Psycho-Education for reducing and preventing underage drinking in American Indian adolescents*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2017. 82(Supplement C): p. 74-81.
140. Mason, M., et al., *Peer network counseling with urban adolescents: A randomized controlled trial with moderate substance users*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2015. 58: p. 16-24.
141. Mark, T.L., et al., *Characterizing substance abuse programs that treat adolescents*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2006. 31(1): p. 59-65.
142. Iwamoto, D.K. and A.P. Smiler, *Alcohol makes you macho and helps you make friends: The role of masculine norms and peer pressure in adolescent boys' and girls' alcohol use*. Substance Use & Misuse, 2013. 48(5): p. 371-378.
143. Cotto, J.H., et al., *Gender effects on drug use, abuse, and dependence: A special analysis of results from the national survey on drug use and health*. Gender Medicine, 2010. 7(5): p. 402-413.
144. Crane, N.A., S.A. Langenecker, and R.J. Mermelstein, *Gender differences in the associations among marijuana use, cigarette use, and symptoms of depression during adolescence and young adulthood*. Addictive Behaviors, 2015. 49: p. 33-39.
145. Wu, P., et al., *The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: specificity and gender differences*. Journal of Youth and Adolescence, 2010. 39(2): p. 177-188.
146. Grigsby, H., et al., *Problematic substance use among Hispanic adolescents and young adults: Implications for prevention efforts*. Substance Use & Misuse, 2014. 49(9): p. 1025-1038.
147. Whaley, R.B., J. Hayes-Smith, and R. Hayes-Smith, *Gendered pathways? Gender, mediating factors, and the gap in boys' and girls' substance use*. Crime & Delinquency, 2013. 59(5): p. 651-669.
148. Luk, J.W., et al., *Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters?* Addictive Behaviors, 2010. 35(5): p. 426-431.
149. Farhat, T., B. Simons-Morton, and J.W. Luk, *Psychosocial correlates of adolescent marijuana use: Variations by status of marijuana use*. Addictive Behaviors, 2011. 36(4): p. 404-407.
150. Veselska, Z., et al., *Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents*. Addictive Behaviors, 2009. 34(3): p. 287-291.
151. Kelly, A.B., et al., *Family relationship quality and early alcohol use: Evidence for gender-specific risk processes*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2011. 72(3): p. 399-407.
152. Cohen, E., et al., *Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Drug and Alcohol Dependence, 2007. 86(2): p. 214-221.
153. Back, S.E., et al., *Gender and prescription opioids: Findings from the National Survey on Drug Use and Health*. Addictive behaviors, 2010. 35(11): p. 1001-1007.
154. Perkins, K.A., et al., *Negative mood effects on craving to smoke in women versus men*. Addictive Behaviors, 2013. 38(2): p. 1527-1531.
155. Schnoll, R.A. and F. Patterson, *Sex heterogeneity in pharmacogenetic smoking cessation clinical trials*. Drug and Alcohol Dependence, 2009. 104(Supplement 1): p. S94-S99.
156. Smith, P.H., et al., *Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: Results from the International Tobacco Control Four Country Survey*. Nicotine & Tobacco Research, 2015. 17(4): p. 463-472.
157. Herbeck, D.M., et al., *Gender differences in treatment and clinical characteristics among patients receiving extended release naltrexone*. Journal of Addictive Diseases, 2016. 35(4): p. 305-314.
158. Jimenez-Treviño, L., et al., *A 25-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time: Mortality and gender differences*. Addictive Behaviors, 2011. 36(12): p. 1184-1190.
159. Senreich, E., *A comparison of perceptions, reported abstinence, and completion rates of gay, lesbian, bisexual, and heterosexual clients in substance abuse treatment*. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 2009. 13(3): p. 145-169.
160. Frisman, L. and A.C. Arisco, *Evaluation Report: Exploring Trauma*. 2016, The Connecticut Women's Consortium.
161. SAMHSA, *TIP 56: Addressing the Specific Behavioral Health Needs of Men*. 2014, Rockville, MD: SAMHSA.
162. Afifi, T.O., et al., *Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2012. 57(11): p. 677-686.
163. Hughes, T., et al., *Victimization and substance use disorders in a national sample of heterosexual and sexual minority women and men*. Addiction, 2010. 105(12): p. 2130-2140.

164. Danovitch, I., *Post-traumatic stress disorder and opioid use disorder: A narrative review of conceptual models*. Journal of Addictive Diseases, 2016. 35(3): p. 169-179.
165. Lawson, K.M., et al., *A comparison of trauma profiles among individuals with prescription opioid, nicotine, or cocaine dependence*. The American Journal on Addictions, 2013. 22(2): p. 127-131.
166. Mirhashem, R., et al., *The intervening role of urgency on the association between childhood maltreatment, PTSD, and substance-related problems*. Addictive Behaviors, 2017. 69: p. 98-103.
167. Bolton, J.M., J. Robinson, and J. Sareen, *Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Journal of Affective Disorders, 2009. 115(3): p. 367-375.
168. Kattari, S.K., N.E. Walls, and S.R. Speer, *Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Social Services Among Transgender/Gender Nonconforming Individuals by (Dis)Ability*. Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 2017. 16(2): p. 116-140.
169. Matsuzaka, S., *Transgressing gender norms in addiction treatment: Transgender rights to access within gender-segregated facilities*. Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 2017(Electronic).
170. Lyons, T., et al., *A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: Stigma and inclusivity*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2015. 10(17).
171. Lyons, T., et al., *Experiences of trans women and two-spirit persons accessing women-specific health and housing services in a downtown neighborhood of Vancouver, Canada*. LGBT Health, 2016. 3(5): p. 373-378.
172. Whitman, C.N. and H. Han, *Clinician competencies: Strengths and limitations for work with transgender and gender non-conforming (TGNC) clients*. International Journal of Transgenderism, 2017. 18(2): p. 154-18.
173. Mottet, L. and J. Tanis, *Opening the Door to the Inclusion of Transgender People: Nine Keys to Making Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Organizations Fully Transgender-Inclusive*. 2008, New York, NY: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Center for Transgender Equality.
174. Butler, A., *Policy Recommendations and Best Practices for Agencies Working Towards Trans Accessibility*. 2007, Toronto, ON: Trans Programmes at the 519.
175. Wilson, H.W. and C.S. Widom, *A Prospective examination of the path from child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: The potential mediating role of four risk factors*. Journal of Youth and Adolescence, 2009. 38.
176. Chen, K.W., et al., *Introducing qigong meditation into residential addiction treatment: a pilot study where gender makes a difference*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2010. 16(8): p. 875-882.
177. Miller, N.A. and L.M. Najavits, *Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment*. European Journal of Psychotraumatology, 2012. 3(1): p. 17246.
178. de Finney, S., et al., *"I had to Grow up Pretty Quickly": Social, Cultural, and Gender Contexts of Aboriginal Girls' Smoking*. Pimatisiwin: Journal of Indigenous Wellbeing, 2013. 11: p. 151-170.
179. Girls Action Foundation, *Designing spaces & programs for girls: A toolkit*. 2010.
180. Centre of Excellence for Women's Health, *'I love it because you could just be yourself' A study of girls' perspectives on girls' groups and healthy living*. 2012, Vancouver, BC: CEWH.
181. Guerrero, E.G., et al., *Gender disparities in utilization and outcome of comprehensive substance abuse treatment among racial/ethnic groups*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2014. 46(5): p. 584-591.
182. Chen, L.Y., et al., *Gender differences in substance abuse treatment and barriers to care among persons with substance use disorders with and without comorbid major depression*. Journal of Addiction Medicine, 2013. 7(5): p. 325.
183. Garfield, C.F., A. Isacco, and T.E. Rogers, *A review of men's health and masculinity*. American Journal of Lifestyle Medicine, 2008. 2(6): p. 474-487.
184. Crome, S., *Male survivors of sexual assault and rape (ACSSA Wrap 2)*. 2006, Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
185. Ross, K.A. and G. Castle Bell, *A culture-centered approach to improving healthy trans-patient-practitioner communication: recommendations for practitioners communicating with trans individuals*. Health Communication, 2017. 32(6): p. 730.
186. McFarlane, D., *Literature Review to Support Health Service Planning for Transgender People*. 2015, Victoria, BC: The Canadian Professional Association for Transgender Health (CPATH).
187. Flentje, A., N.C. Heck, and J.L. Sorensen, *Characteristics of transgender individuals entering substance abuse treatment*. Addictive Behaviors, 2014. 39(5): p. 969-975.



Centre of Excellence
for Women's Health 

| www.bccewh.bc.ca