



Toxicomanie et maternité : un projet possible

Une synthèse des connaissances actuelles

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-33804-9
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 1998

**Toxicomanie et maternité :
un projet possible**

Une synthèse des connaissances actuelles

par

**Louise Guyon
Maria de Koninck
Pauline Morissette
Lyne Chayer**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Novembre 1998**

NOTES SUR LES AUTEURES

Louise Guyon a une maîtrise en anthropologie de l'université de Montréal. Elle est actuellement la coordonnatrice de l'équipe *Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ)*. Elle s'est fait connaître grâce à ses recherches en toxicomanie, à ses travaux et à son expertise en matière de santé des femmes. Auteure de nombreuses publications dans ce dernier domaine, elle s'est mérité le Prix d'excellence du Commonwealth pour son plus récent ouvrage : *Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes*.

Maria De Koninck a un doctorat en sociologie. Elle est professeure titulaire au département de médecine sociale et préventive de la faculté de médecine de l'Université Laval. Chercheure et auteure reconnue dans le domaine de la santé des femmes, elle a une expérience approfondie de la recherche sur la maternité et de la méthodologie de la recherche qualitative.

Pauline Morissette a un doctorat en santé communautaire de l'Université de Montréal. Elle est professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est connue par ses travaux et ses connaissances sur les femmes et les jeunes toxicomanes et par ses recherches sur la réalité socioprofessionnelle des jeunes adultes à risque et des toxicomanes en traitement. Pauline Morissette est également membre du RISQ.

Lyne Chayer possède une maîtrise en criminologie de l'Université de Montréal. Elle est actuellement chercheure autonome et ses travaux antérieurs ont porté sur les personnes présentant une double problématique de délinquance et de toxicomanie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	<i>i</i>
AVANT-PROPOS	<i>ii</i>
INTRODUCTION	<i>1</i>
CHAPITRE 1 : SITUATION DE VIE DES MÈRES TOXICOMANES	<i>6</i>
1.1 De l'enfance à la grossesse	<i>6</i>
1.1.1 Contexte familial.....	<i>6</i>
1.1.2 Conséquences des situations vécues dans la famille d'origine sur la vie actuelle ..	<i>11</i>
1.1.3 Trajectoires de consommation.....	<i>12</i>
1.2 Situation de vie actuelle	<i>14</i>
1.2.1 Caractéristiques socio-économiques	<i>15</i>
1.2.2 Liens avec le partenaire (ou le père de l'enfant)	<i>16</i>
1.2.3 Conditions de vie.....	<i>17</i>
1.2.4 Responsabilités parentales.....	<i>18</i>
1.2.5 Conclusion.....	<i>19</i>
1.3 Faits saillants	<i>20</i>
CHAPITRE 2 : EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ	<i>22</i>
2.1 Attitudes et attentes envers la grossesse et la maternité	<i>22</i>
2.2 Représentations de la maternité	<i>23</i>
2.3 Comportements durant la grossesse	<i>24</i>
2.3.1 Consommation de substances.....	<i>24</i>
2.3.2 Soins prénataux.....	<i>25</i>
2.3.3 Habitudes de vie	<i>27</i>
2.4 Complications de la grossesse et de l'accouchement	<i>27</i>
2.5 Impacts de la consommation et du suivi de grossesse sur le fœtus et le bébé	<i>28</i>
2.6 Situation postnatale	<i>30</i>
2.6.1 Garde et placement de l'enfant.....	<i>30</i>
2.6.2 Relations avec le père.....	<i>32</i>
2.6.3 Relations avec l'enfant.....	<i>33</i>
2.7 Conclusion	<i>37</i>
2.8 Faits saillants	<i>38</i>
CHAPITRE 3 : LES MÈRES TOXICOMANES QUI PRÉSENTENT UNE PROBLÉMATIQUE ASSOCIÉE	<i>40</i>
3.1 Mères ayant des problèmes de santé mentale	<i>40</i>
3.1.1 Dépistage	<i>40</i>
3.1.2 Types de pathologies trouvées.....	<i>40</i>
3.1.3 Risques d'abus et de négligence	<i>41</i>

3.2	<i>Mères présentant des problèmes de délinquance</i>	42
3.2.1	<i>Profils de consommation</i>	42
3.2.2	<i>Comportements à risque</i>	42
3.2.3	<i>Types de délits</i>	43
3.2.4	<i>Responsabilités parentales</i>	45
3.3	<i>Faits saillants</i>	46
 CHAPITRE 4 : BESOINS DES MÈRES ET ACCESSIBILITÉ AUX RESSOURCES		47
4.1	<i>Nature des besoins particuliers</i>	47
4.2	<i>Ressources à dégager</i>	48
4.2.1	<i>L'utilisation des services</i>	49
4.2.2	<i>Barrières à l'utilisation</i>	50
4.3	<i>Modèles de services adaptés</i>	55
4.4	<i>Mères atteintes dans leur santé mentale</i>	59
4.5	<i>Mères ayant une problématique de judiciarisation</i>	60
4.6	<i>Faits saillants</i>	61
 CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS		64
5.1	<i>Questions méthodologiques et de contexte</i>	64
5.2	<i>Attitudes des professionnels(les) et risques réels pour les enfants</i>	65
5.3	<i>Tableau global</i>	65
5.4	<i>Recommandations</i>	66
	<i>La recherche</i>	67
	<i>Les services</i>	67
	<i>La formation</i>	68
	 <i>Références bibliographiques</i>	71
 ANNEXE I		
	<i>Références Bibliographique complémentaires</i>	85
 ANNEXE II		
	<i>Tableau récapitulatif</i>	99

REMERCIEMENTS

Les auteures souhaitent remercier les personnes qui ont participé à la consultation qu'elles ont menée dans le cadre de cette publication sur la situation des mères toxicomanes. Leur contribution s'est avérée d'autant plus essentielle qu'elle constitue la majeure partie de l'information recueillie sur la situation québécoise. La dynamique qui s'est créée autour de cette consultation et le désir manifesté par les participants(es) de poursuivre cette collaboration dans l'action ont été particulièrement appréciés.

Liste des personnes et organismes consultés :

M. Louis-Jean Blaquières, Centre Dollard-Cormier, Montréal.

M. Serge Bouchard, DST, Sud-Ouest, Centre Jeunesse de Montréal.

Mme Louisette Breton, Villa Marie-Claire, Sherbrooke.

Mme Marie-Ève Clément, LAREHS, UQAM.

M. Robert Faulkner, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Mme Jocelyne Forget, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Mme Estelle Gemme, Centre Dollard-Cormier, Montréal.

Mme Dorothée Leblanc, pour les organismes communautaires.

Mme Marie-Thérèse Payre, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Mme Lucille Rocheleau, Association des CLSC et CHSLD.

Mme Marielle Venne, CHUM, Campus Saint-Luc.

Le Regroupement des intervenants en gynécologie/obstétrique et néonatalogie de Montréal

Les auteures remercient également Mmes Louise Nadeau et Jocelyne Forget qui ont relu et commenté la première version du texte, ainsi que Mme Jocelyne Deguire-Rioux pour sa contribution à la mise en page finale de ce texte.

AVANT-PROPOS

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède régulièrement à des travaux visant à mieux clarifier certains aspects de la problématique, à préciser les liens existants avec d'autres phénomènes sociaux associés, ou encore à dégager les caractéristiques spécifiques de certains sous-groupes de toxicomanes.

Or, parmi les personnes qui présentent des problèmes reliés à l'abus de substances psychoactives, les mères constituent un groupe devant faire l'objet d'une attention toute particulière. Du fait de l'impact de leur consommation sur la vie de leurs enfants, du fait du risque de transmission intergénérationnelle de la toxicomanie et des autres problèmes qui lui sont associés, du fait de leurs conditions de vie particulières comme femmes, à la fois au plan socioéconomique et au plan psychologique, les mères toxicomanes constituent un groupe cible prioritaire.

Souhaitant pouvoir en arriver à dégager des pistes d'action concrètes à l'endroit de ces personnes, le CPLT a d'abord commandé une étude qui fasse la synthèse des connaissances actuelles sur la situation des mères toxicomanes et qui fournisse une base solide sur laquelle appuyer les orientations à proposer. Le rapport qui suit répond à ce souhait.

«J'ai découvert que j'étais enceinte. Et pour moi c'était comme un message de Dieu qui me disait, "OK, maintenant je te donne une autre chance. Si tu manques ton coup, ton chien est mort."» (Traduction libre, Kearney, 1995 : 211)¹

INTRODUCTION

L'abus de substances psychoactives chez les femmes enceintes est maintenant reconnu comme étant un grave problème de santé publique (Barnet *et al*, 1995; Kearney *et al*, 1995) qui préoccupe les professionnels et les professionnelles de la santé et des services sociaux (Marcenko *et al*, 1994; Regroupement des centres de réadaptation Alternatives-Domrémy-Montréal-Préfontaine, 1995). Les données américaines proposent différentes évaluations de la prévalence du problème, allant de 5,5 % à 10 % (Behnke *et al*, 1997; Hutchins, 1997). Cependant, l'exactitude en est difficile à cerner, compte tenu des développements récents en recherche qui remettent en question les modes de dépistage utilisés jusqu'à maintenant (Dicker et Leighton, 1994). Toutes interprétations confondues, ces données sont source d'inquiétude aux U.S.A., tout comme celles des situations québécoise et canadienne soulèvent des préoccupations de ce côté-ci de la frontière.

Dans la seule région montréalaise, par exemple, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont signale que, depuis 1981, plus de 5 % de sa clientèle annuelle en périnatalité est composée de mères cocaïnomanes. Au cours de la même période, l'Hôpital Sainte-Justine a vu augmenter chaque année la proportion de ses clientes enceintes qui s'injectent des drogues. Dans l'est de Montréal, on estime à 10 % le nombre de bébés affectés par la consommation de cocaïne de la mère (Forget, 1995)

La consommation de substances psychoactives comporte un grand risque pour l'enfant à naître. Plusieurs études en ont abordé les conséquences physiologiques (faible poids à la naissance, anomalies néonatales, etc. : Kearney, 1995; Morrow, 1995), ainsi que les coûts financiers et sociaux (avortements spontanés, hospitalisations prolongées des nouveau-nés, médicaments, etc. : Hawley *et al*, 1995). Les études récentes (Lyons et Rittner, 1998) insistent cependant sur le fait que les effets observés chez les enfants de mères cocaïnomanes, par exemple, seraient attribuables à l'interaction de plusieurs agents toxiques, dont la cigarette, l'alcool et d'autres substances psychoactives, et à des facteurs environnementaux, plutôt qu'à la seule consommation de cocaïne. Ces chercheurs arrivent à la conclusion qu'il est virtuellement impossible de démarquer les effets d'une drogue de ceux des facteurs sociaux, physiques ou économiques associés.

Les dernières décennies ont vu se développer toute une série d'études sur l'alcoolisme féminin, particulièrement en épidémiologie (Wilsnack et Wilsnack, 1991); elles se sont surtout attachées à

¹ Les témoignages de mères toxicomanes insérés dans le texte proviennent des quelques recherches qualitatives que nous avons analysées. La plupart d'entre eux sont tirés d'une des seules recherches ethnographiques (observation participante et entrevue en profondeur) menées sur le sujet, celle d'April Taylor, publiée en 1993.

en suivre la prévalence. Les études récentes sur la cocaïne et le crack aux U.S.A. ont également permis d'évaluer la consommation de ces substances dans certaines sous-populations féminines. Si la question des conséquences de la consommation maternelle sur le développement du fœtus et du jeune enfant a fait l'objet de nombreuses recherches dans les sciences médicales et comportementales, peu d'études, en revanche, se sont penchées exclusivement sur les mères toxicomanes elles-mêmes, sur leurs conditions de vie ou sur la façon dont elles vivent la maternité. Qui plus est, aucune revue de la documentation sur les risques psychosociaux encourus par les mères et leurs enfants n'a été réalisée dans le contexte particulier du Québec. Il existe, bien sûr, un corpus d'informations spécifiques à cette problématique, mais les renseignements vraiment pertinents se trouvent le plus souvent à l'intérieur d'articles traitant de la consommation de substances pour l'ensemble des femmes. Dans le rapport qui suit, nous avons rassemblé cette documentation en lui donnant un sens, c'est-à-dire en faisant ressortir les éléments qui permettent d'appréhender les contextes de vie présents et passés des femmes qui vivent un problème de toxicomanie, mais qui sont aussi des mères.

➤ *Mandat*

Le CPLT nous a confié le mandat de produire une synthèse des connaissances actuelles sur la situation des mères toxicomanes. Cette recherche devait se baser à la fois sur une recension des écrits scientifiques (particulièrement les articles synthèse et les textes charnière sur le sujet) et sur une consultation de personnes clés oeuvrant dans le domaine de l'intervention et de la planification, cette dernière permettant de présenter la situation québécoise. Le document devait également identifier certaines pistes de recherche afin de combler les lacunes que nous avons observées; il devait enfin formuler des recommandations d'action découlant de l'analyse de la documentation répertoriée.

➤ *Éléments conceptuels*

Au départ de cette recension des écrits, nous avons choisi de centrer notre recherche sur la mère toxicomane, sa situation de vie, ses trajectoires, ses liens avec son entourage et avec le système de soins et, enfin, son projet de maternité. Ce choix repose d'abord sur le fait que l'information sur les mères toxicomanes était incomplète et dispersée. En effet, la dépendance des femmes envers les substances a longtemps constitué une zone grise, tant dans la recherche que dans l'intervention. Il nous paraît évident, aujourd'hui, que le petit nombre de sujets mais aussi les jugements de valeur négatifs portés par la société et par les intervenants(es) sur l'utilisation et l'abus de ces substances chez elles ont eu pour effet, notamment, d'occulter la toxicomanie féminine.

L'une des conséquences les plus dramatiques de cette situation est le retard évident dont souffrent les approches curatives et préventives auprès des femmes, comparativement aux approches développées pour les hommes. Lorsque ces consommatrices sont des mères, le jugement est encore plus lourd. Une telle opinion peut se comprendre par la somme d'images que diffusent les médias, les tribunaux et les spécialistes de l'enfance sur les abus

ou la négligence dont ces derniers sont victimes. Nous sommes également sensibles à ces aspects, il va de soi. Mais, en même temps, nous avons noté que la littérature et les approches actuelles ont rarement comme point de départ la mère elle-même (en tant que personne); elles ciblent plutôt la situation de l'enfant ou le phénomène de toxicomanie *per se*, ce qui, en toute objectivité, favorise une représentation incomplète de la réalité.

Par l'étude de la documentation existante, nous voulions aussi reconstruire les diverses trajectoires suivies par ces femmes afin d'en faire ressortir des éléments clés, des moments d'ancrage qui nous permettraient de mieux connaître et de mieux comprendre leur situation. Il nous a semblé que si nous pouvions mettre en lumière les conditions de leurs parcours de toxicomanes, nous pourrions : (1) mieux comprendre ou expliquer leurs comportements actuels et, par conséquent, contribuer à modifier la perception qu'en ont la société et les milieux d'intervention; (2) dégager des éléments de connaissance pouvant mener à une intervention mieux adaptée à la situation réelle de ces femmes.

La présente recension est donc centrée sur la mère. Elle ne s'attarde ni au syndrome alcoolique fœtal, ni à la négligence, ni à l'abus envers les enfants de mères toxicomanes, si ce n'est de façon indirecte.

Le modèle que nous avons suivi pour présenter les résultats de notre recension est celui du cheminement même de notre population étudiée. C'est ainsi que nous nous sommes intéressées aux expériences et aux parcours des toxicomanes, à partir de leur enfance jusqu'au moment où elles sont devenues mères. La première partie traite du contexte familial dans lequel elles ont vécu, souvent caractérisé par: la consommation d'alcool et de drogue, la négligence, la violence et l'abus, ainsi que par des événements stressants. Elle aborde en outre les trajectoires de consommation des femmes, à partir du moment où elles se sont initiées aux substances.

Dans la deuxième partie, nous avons cherché à documenter la situation de vie de ces femmes au moment où elles sont devenues mères. Deux aspects principaux ont été abordés : leurs conditions de vie, tant socio-économiques que psychologiques, et les liens qu'elles ont avec leur entourage. Nous avons consacré un chapitre à l'expérience de la maternité, dans ses différentes facettes telles les aspects physiologiques, les comportements sanitaires, les attitudes, les attentes et la perception qu'ont ces femmes de la grossesse et de la maternité. Nous partions de l'hypothèse qu'à l'instar de ce que vivent la grande majorité des femmes, la maternité constitue, pour les toxicomanes, un moment-clé de la vie. Nous avons cherché, dans la littérature consultée, à cerner les aspects spécifiques de leur expérience.

La troisième partie de cette recension s'attarde à deux groupes particuliers : (1) d'abord, les mères qui présentent la double problématique toxicomanie-santé mentale et sont donc doublement vulnérables (comme le sont leurs enfants), un groupe que nous avons ciblé sur les conseils pressants des intervenants(es) consultés(es) qui font valoir la nécessité de mieux documenter nos connaissances à ce sujet; (2) ensuite, les mères toxicomanes délinquantes, qui sont les plus mal connues, les plus marginalisées des toxicomanes, et nécessitent autant un afflux de connaissances que de ressources.

Enfin, nous nous sommes attardées aux besoins des mères toxicomanes et à l'utilisation qu'elles font des ressources socio-sanitaires et communautaires offertes à la population. Nous avons particulièrement cherché à savoir comment elles entrent (ou n'entrent pas) dans les systèmes de soins et services, et ce qui peut freiner leur accès aux ressources du réseau. Nous présentons également des éléments qui se sont révélés incontournables dans toute intervention auprès de cette clientèle, dans l'éventualité qu'on puisse établir un modèle de services mieux adaptés à leur situation réelle. Là encore, nous avons tenu compte des spécificités des mères toxicomanes qui sont délinquantes ou atteintes dans leur santé mentale.

En conclusion, nous formulons quelques recommandations qui découlent à la fois de l'analyse de cette recension et des discussions que nous avons eues avec les intervenants(es) des milieux concernés.

➤ *Démarche méthodologique*

Ce travail se fonde sur deux sources : une recension des écrits scientifiques et la consultation de personnes ressources dans les différents milieux d'intervention au Québec. La recherche informatisée a puisé aux banques suivantes : *Sociofile*, *PSYCinfo*, *Medline*, *Toxibase* et *Dissertation Abstracts*. À cette collecte nous avons ajouté une recherche partant du site Internet du *Centre Canadien de lutte à la toxicomanie* (CCLAT). Nous n'avons pas retenu les études centrées uniquement sur l'enfant ou les ouvrages portant seulement sur la méthodologie de recherche.

Nous avons répertorié et analysé plus de 200 références, élaboré des fiches de lecture pour chaque texte retenu, procédé au regroupement de l'information par thèmes afin de réaliser le présent ouvrage et de permettre une consultation ultérieure des renseignements recueillis. Le rapport présente les principaux résultats des études qui ont été retenues parmi les publications des cinq dernières années, mais il tient compte de documents clés antérieurs à cette date, particulièrement des synthèses ou des ouvrages théoriques de base.

En procédant de la sorte, nous avons pu dégager les secteurs qui ont fait l'objet des recherches plus consistantes. Ainsi, nous avons trouvé plusieurs références sur les caractéristiques socio-démographiques des mères toxicomanes, sur les événements stressants qu'elles ont vécus avant leur grossesse, sur les comportements prénataux, sur les effets de la consommation sur la relation mère-enfant, sur les besoins et les programmes existants ou à développer. Fait à souligner, les profils de consommation ainsi que la situation des mères vivant avec une double problématique toxicomanie-santé mentale ou toxicomanie-délinquance n'ont pas fait l'objet de nombreuses recherches, si l'on en juge par les références que nous avons trouvées.

La plupart des études répertoriées portaient sur des échantillons de toxicomanes en traitement. Ces femmes avaient donc amorcé une réflexion sur leur situation, ou une

recherche de solution. Il nous est apparu évident qu'elles ne composaient qu'une partie de la population des mères toxicomanes. De plus, la majorité de ces études ont été menées auprès de femmes américaines, donc d'échantillons comportant, pour la plupart, une diversité ethnique ou culturelle propre aux États-Unis. Il est alors difficile de prétendre que les résultats fondés sur ces études puissent convenir intégralement à la population québécoise, d'autant plus qu'il s'agissait également de contextes différents en ce qui a trait à la couverture de soins et de services offerts aux femmes.

Pour vérifier la pertinence de ces informations, nous avons consulté des personnes clés œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous avons cherché à connaître le point de vue et les constatations de personnes d'expérience (en intervention, en prévention, en planification, en coordination ou en recherche) pour préciser les caractéristiques de cette clientèle, les services dont elle dispose à l'heure actuelle, ainsi que les approches et les services qui lui seraient nécessaires dans le contexte québécois. Outre les consultations individuelles, nous avons tenu une rencontre de groupe avec des personnes travaillant à différents paliers d'intervention. Les informations tirées de ces consultations ont été intégrées au texte, particulièrement aux chapitres 1 et 4 qui traitent des caractéristiques de cette clientèle de mères toxicomanes, de leurs besoins et de leur accès aux ressources. Ces consultations ont permis de confirmer les résultats des recherches sur la plupart des aspects abordés.

➤ *Mode d'emploi*

Afin de faciliter la consultation des résultats tirés de ces études et permettre de les situer quant aux différents contextes dans lesquels elles ont été menées, nous présentons en annexe un tableau récapitulatif des principales sources utilisées. Classé par auteurs, il précise la nature de chaque étude : son lieu, le mode de collecte de données utilisé, la population visée et l'échantillon sur lequel elle porte. La liste des références utilisées est présentée selon les normes établies par l'*American Psychological Association*. Nous avons ajouté une liste de références supplémentaires indiquant des études que nous avons répertoriées, mais non exploitées : elles constituent un intéressant complément d'information sur la question.

C **HAPITRE 1 : SITUATION DE VIE DES MÈRES TOXICOMANES**

1.1 DE L'ENFANCE À LA GROSSESSE

«À sept ans, je buvais de la vodka et du jus d'orange avec mes amis. Je savais que c'était ce que je voulais ressentir tout le temps. Ça m'aidait à me sentir bien avec moi-même et avec les autres... À quatre ans, mon oncle m'a donné du whisky après une scène violente à la maison. C'était pour me calmer les nerfs... À quatre ans, j'ai aussi été abusée par mon grand-père. Je me suis sentie coupable et j'ai détesté cela. Quand j'en ai parlé à la famille, ils m'ont traitée de menteuse. Ma mère, ma sœur et mon frère se sont sauvés parce que mon père a pris le fusil qui était chargé, et ils m'ont laissée toute seule avec lui. Je me suis sentie abandonnée. Il m'a tenue en otage jusqu'à ce que la police le convainque de me laisser aller... » (Traduction libre, Woodhouse, 1992 : 271-272)

1.1.1 Contexte familial

Les facteurs familiaux jouent un rôle critique dans le façonnement de la vie des êtres humains (Rudiger, 1992). La plupart des études américaines sur les femmes enceintes et les mères toxicomanes qui décrivent les caractéristiques de leur famille d'origine ont identifié plusieurs facteurs psychosociaux pouvant partiellement expliquer les difficultés qu'elles vivent par la suite. Tirés principalement de l'examen de l'histoire de vie de ces femmes, ces facteurs psychosociaux sont : la consommation parentale de substances psychoactives, la négligence, la violence, les abus physiques et psychologiques et, enfin, un changement dans la structure familiale (ex. : rupture, mort d'un des parents, instabilité). Le tableau clinique présenté par des auteures québécoises (Venne, 1993; Forget, 1995) et le discours des participants à notre entrevue collective indiquent que les mères toxicomanes du Québec ont vécu des expériences identiques.

➤ La consommation parentale de substances psychoactives

Selon plusieurs recensions des écrits, un pourcentage significatif de femmes toxicomanes ont grandi dans des familles où l'un ou l'autre des parents avait des problèmes de consommation de substances psychoactives (Ewing, 1992; Finkelstein, 1994, 1996; Finnegan, 1994; Gomberg, 1996; Grossman et Schottenfenld, 1992; Hutchins, 1997; Mayes, 1995; Rudiger, 1992). À cet égard, Hutchins (1997) précise que non seulement les antécédents familiaux d'abus d'alcool et d'autres drogues sont-ils liés à la toxicomanie chez les femmes, mais ils constitueraient l'un des

déterminants les plus importants pouvant prédire la consommation de drogues lors de la grossesse.

Notons ici que les écrits se rapportant à la consommation parentale présentent une carence importante, comme le précise Finkelstein (1996). Certains ont porté spécifiquement sur les enfants de familles où il y a dépendance aux substances. Ces études se sont surtout centrées sur les pathologies ou les problèmes rencontrés et, jusqu'à récemment, proviennent d'observations cliniques et non pas de recherches empiriques. Ajoutons que les études portant sur les enfants de parents présentant une dépendance chimique se sont moins intéressées aux filles qu'aux garçons, illustrant le manque de recherches spécifiques aux femmes en ce domaine.

Des études ont cherché à établir la prévalence de problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues au sein des familles d'origine des femmes en traitement : elles situent cette prévalence entre 21 et 68 %. Une étude quantitative ayant pour but de connaître les caractéristiques de 146 femmes enceintes et mères consommatrices de crack, recrutées dans des centres de traitement de trois états américains, estime que 68 % d'entre elles avaient des antécédents familiaux d'abus d'alcool ou de drogues (Chavkin *et al*, 1993). Les résultats de l'étude de Haller *et al* (1993), sur un échantillon de 40 toxicomanes enceintes ou mères d'un enfant de moins de six mois (recrutées au Perinatal Addiction Center), indiquent que 53 % de ces femmes avaient un père qui abusait de substances, que 32 % avaient une mère qui consommait des substances psychoactives et que 22 % avaient deux parents toxicomanes. Dans une autre étude portant sur des toxicomanes enceintes, majoritairement afro-américaines, inscrites à un centre de traitement externe, on a pu constater que 42 % de ces femmes avaient une mère et 59 % un père qui éprouvaient des problèmes de toxicomanie (Ingersoll, Dawson et Haller, 1996).

Une recherche américaine (Zahnd, Klein et Needell, 1997), menée auprès de 1147 femmes enceintes à faible revenu, dont 401 étaient considérées à risque et recrutées dans les services sociaux, les services de santé et le système judiciaire, relève que 50 % des femmes à risque ont eu de graves problèmes dans leur enfance, les plus fréquents relevant d'une toxicomanie chez un des membres de leur famille (21 %). Dans cette étude, les femmes étaient classées à risque selon un questionnaire autoadministré portant sur les problèmes vécus pendant l'année qui précédait la grossesse.

Les écarts entre les taux trouvés dans les études recensées illustrent bien que la prévalence d'antécédents familiaux de surconsommation dans la famille d'origine peut être influencée par des facteurs méthodologiques ou des facteurs d'échantillonnage.

De nombreux écrits ont aussi porté sur la transmission intergénérationnelle de l'abus de substances et particulièrement de l'alcoolisme (Mayes, 1995). Ce dernier type de transmission a été observé tant chez les hommes que chez les femmes alcooliques (Gomberg, 1996). Selon Hutchins (1997), il y aurait sept fois plus de risques

d'alcoolisme chez les enfants nés de parents ayant cette dépendance que chez les enfants ayant des parents ne présentant pas cette caractéristique. En outre, les enfants d'alcooliques et d'usagers d'autres drogues risqueraient non seulement de souffrir de toxicomanie, mais aussi d'une panoplie d'autres problèmes sociaux et psychologiques tels les comportements antisociaux et la dépression (Finkelstein, 1996).

Il va de soi que ces données soulèvent des questions sur la façon dont est transmise la consommation des substances d'une génération à l'autre et sur la contribution des facteurs génétiques et environnementaux associés. D'après la recension des écrits de Mayers (1995), des résultats d'études récentes suggèrent que la transmission multigénérationnelle des substances peut être médiatisée par le sexe. Selon l'auteure, dans les familles toxicomanes, les taux les plus élevés d'alcoolisme ont été trouvés chez les pères, alors que les mères présentaient une prévalence plus élevée de problèmes affectifs (Mayes, 1995).

Actuellement, peu d'études semblent avoir examiné les autres facteurs tels le statut socio-économique, les caractéristiques psychologiques et psychiatriques parentales, le type de drogue consommé et la provenance culturelle, déterminants qui pourraient contribuer autant à l'abus de substances psychoactives parental qu'à l'aggravation d'autres risques pour l'enfant. Ces variables pourraient jouer le rôle de médiateur entre l'usage de substances psychoactives chez les parents et les risques de transmission chez l'enfant (Mayes, 1995). Néanmoins, lorsque la toxicomanie parentale a été présente dans la famille d'origine des femmes toxicomanes, elle leur a été source de beaucoup de souffrances (Whoodhouse, 1992) et cette souffrance est certainement un élément non négligeable dans l'explication de la transmission intergénérationnelle de surconsommation de substances.

➤ *Abus sexuel, abus physique et négligence*

Un certain nombre de recherches américaines et d'écrits québécois indiquent que les toxicomanes, mères ou enceintes, sont nombreuses à avoir été victimes de négligence, de violence et d'abus dans leur enfance (Gustavsson, 1992; Haskett *et al*, 1992; Luthar et Walsh, 1995; Van Bremen et Chasnoff, 1994; Zahnd, Klein et Needell, 1997). Selon Alexander (1996), les femmes qui surconsomment de l'alcool ou des drogues seraient plus susceptibles que les autres femmes, et même que les surconsommateurs masculins, d'avoir subi des abus sexuels, physiques ou émotionnels lorsqu'elles étaient enfants.

L'étude qualitative de Lewis, Klee et Jackson (1995), réalisée auprès de 30 femmes enceintes ou nouvelles mères ayant une histoire de toxicomanie, révèle qu'un tiers d'entre elles désiraient être différentes de leur mère. Ces femmes ont mentionné l'alcoolisme, la négligence, le manque d'amour, le fait que leur mère ait choisi ses partenaires à l'encontre de ses enfants, la violence et la discipline trop sévère comme étant des aspects qu'elles désiraient éviter dans leur propre rôle de mère. Dans la

même veine, Klein et Zahnd (1997) rapportent que, dans leur étude, la moitié des femmes enceintes à faible revenu et catégorisées à risque d'abus d'alcool et de drogues ont déclaré vouloir pour leur enfant une discipline différente de celle qu'elles ont reçue; elles souhaitaient leur imposer moins de punitions, de sévérité, de violence et d'abus.

Une autre étude indique que 27 % des 40 toxicomanes enceintes ou nouvellement mères qu'on a interrogées lors de leur entrée en traitement avaient souffert d'abus physiques dans leur enfance et que 38 % avaient subi des abus verbaux et émotionnels. Les auteurs précisent cependant que ces taux ont été obtenus avant le développement d'une alliance thérapeutique, ce qui peut entraîner une sous(e)stimation des taux réels de prévalence (Haller *et al*, 1993).

La victimisation sexuelle par des parents ou des proches serait également significative dans l'histoire des toxicomanes mères ou enceintes (Carten, 1996; Hutchins, 1997; Miller et Hyatt, 1992). D'après la recension des écrits de Hutchins (1997) portant sur les facteurs de risques psychosociaux reliés à l'usage des drogues chez les femmes en traitement (incluant les femmes enceintes), 28 % à 44% des femmes toxicomanes ont été victimes d'inceste, taux qui se compare à 5% dans la population générale. Une étude exploratoire qualitative, réalisée auprès de 20 femmes, au terme d'un programme de réadaptation, révèle que 25 % des toxicomanes traitées signalaient avoir subi des abus sexuels (Carten, 1996). Les écrits les plus récents indiquent qu'entre 30 et 75 % des femmes toxicomanes ont déjà été victimes d'abus sexuels (Daley et Argeriou, 1997) et que la majorité des abus physiques et sexuels sont survenus dans l'enfance (Brady, Killeen et Saladin, 1993). Aussi, dans un article portant sur la consommation de cocaïne en cours de grossesse et ses impacts sur le processus d'attachement maternel, Venne (1993) indique que dans l'histoire familiale des mères cocaïnomanes québécoises, on retrouve presque toujours des réminiscences douloureuses reliées à la négligence et aux abus physiques ou sexuels, ou à une rupture prématurée avec les parents.

Plusieurs revues de documentation parmi celles que nous avons recensées ont également fait ressortir cette association entre la violence, particulièrement sexuelle, et l'abus de substances psychoactives chez les femmes (Boyd, 1993; Dvorchak *et al*, 1995; Ewing, 1993; Finkelstein, 1994, 1996; Finnegan, 1994; Gomberg, 1996; Killeen, Brady et Thevos, 1995; Lejeune *et al*, 1997a, 1997b; Leifer, Shapiro et Kassem, 1993; Miller, Downs et Testa, 1993; Mayes, 1995; Morris et Schinke, 1990; Mullen *et al*, 1993; Rudiger, 1992; Wilsnack, 1997; Whoodhouse, 1992). Toutefois, les études ne mentionnent pas la sévérité, la durée et le type des abus signalés, pas plus qu'elles ne définissent ce qu'elles entendent par «abus». De plus, on a pu constater que les taux peuvent être influencés par le choix de la population étudiée.

Les femmes qui font une consommation abusive d'alcool et d'autres drogues seraient donc nombreuses à avoir été victimes d'abus ou de négligence dans leur enfance; plus que les hommes surconsommateurs, selon la recension des écrits de Ewing (1992)

portant sur le lien entre la maternité et la dépendance envers les substances psychoactives.

Selon Wilsnack (1997), trois modèles conceptuels permettent d'expliquer la relation entre les abus sexuels, la toxicomanie féminine et les différents problèmes psychologiques découlant de ces abus. Le premier modèle suggère que l'abus sexuel dans l'enfance s'inscrit souvent dans un environnement pathogène, et que c'est le mode général de fonctionnement de la famille qui est relié aux carences ultérieures de la vie adulte. Le second modèle veut que, dans l'enfance, le développement normal de l'attachement aux parents, de l'estime de soi positive, du contrôle de soi et de relations sociales appropriées soient détruits lorsque les abus sexuels surviennent, provoquant des désordres de la personnalité, de l'humeur et du contrôle du comportement à l'âge adulte. Enfin, le dernier modèle conceptuel soutient que les abus sexuels peuvent conduire au recours chronique à la dissociation comme mécanisme de défense pour faire face à cette réalité, et que ces épisodes de dissociation pourraient entraîner une détérioration du fonctionnement social et cognitif, ou des problèmes de contrôle de l'humeur et du comportement.

Plusieurs auteurs s'attardent à une dimension particulière et constatent que ces femmes auraient manqué de modèles parentaux appropriés (Lewis, Klee et Jackson, 1995; Luthar et Walsh, 1995; Miller et Hyatt, 1992; Rudiger, 1992; VanBremen et Chasnoff, 1995; Young, 1997b). Cette lacune entraînerait, chez certaines, une tendance à dénigrer leurs habiletés parentales ou, en d'autres termes, leur efficacité personnelle à éduquer adéquatement leurs enfants (Peterson *et al*, 1996). Les intervenants(es) que nous avons rencontrés(es) ont aussi relevé que les femmes québécoises manquent de modèles parentaux appropriés.

➤ ***Changements dans la structure familiale et condition financière***

Les histoires familiales des femmes toxicomanes font également état de l'incidence des événements suivants : la mort ou le départ d'un parent, le divorce et des désaccords entre les parents (Lejeune *et al*, 1997a, 1997b; Rudiger, 1992; Zahnd, Klein et Needell, 1997), le manque d'amour, le placement en foyer d'accueil (Zahnd, Klein et Needell, 1997). Les autres conditions familiales qui seraient étroitement liées à la présence de toxicomanie dans la famille sont définies en termes de chaos, de perturbations, d'inconsistance et d'imprévisibilité dans les règles de discipline, de colère, de déni, de manque de confiance et d'instabilité financière (Finkelstein, 1996).

Enfin, les études nous apprennent que la pauvreté caractérise les familles d'origine des toxicomanes mères ou enceintes (Finkelstein, 1996; Garcia, 1997). Par exemple, l'étude de Haller *et al* (1993), réalisée auprès d'une population de femmes enceintes ou nouvelles mères en traitement, révèle qu'elles provenaient en grande majorité de familles pauvres et chaotiques. Seulement 27 % d'entre elles avaient été élevées dans une famille considérée «intacte». Il n'est pas étonnant de constater qu'elles sont

nombreuses à percevoir leur famille d'origine comme étant conflictuelle et pathologique (Ingersoll, Dawson et Haller, 1996) et leur enfance, particulièrement malheureuse (Carten, 1996).

Jusqu'ici, l'hypothèse que la toxicomanie chez les femmes (notamment enceintes) résulte plus d'un cumul de facteurs psychosociaux que d'une combinaison de facteurs spécifiques a déjà été soulevée, mais n'a pas été confirmée.

1.1.2 Conséquences des situations vécues dans la famille d'origine sur la vie actuelle

Pour Hutchins (1997), les effets immédiats de l'abus sexuels sont souvent la dépression, la colère, la peur et des comportements sexuels problématiques; les effets à long terme peuvent inclure non seulement la continuité de ces effets, mais également des comportements d'autodestruction, des sentiments d'isolement et de stigmatisation, une faible estime de soi, l'abus de substances psychoactives, une inadaptation sexuelle et une tendance à la «revictimisation». Chez les femmes qui ont subi des abus sexuels, l'usage de substances psychoactives serait une façon de réagir aux séquelles et de composer avec les sentiments qui en ont découlé (Boyd, 1993). Plusieurs études soutiennent, en effet, que l'usage et l'abus de ces substances sont une forme d'automédication par laquelle les femmes cherchent à diminuer l'ampleur des souffrances liées aux traumatismes qu'elles ont vécus (Brooks *et al*, 1994; Daley et Argeriou, 1997; Klein et Zahnd, 1997; Lutharet Walsh, 1995; Pursley-Crotteau et Stern, 1996; Whoodhouse, 1992). L'étude qualitative de Whoodhouse (1992) sur le passé de 26 femmes toxicomanes en traitement illustre cette réalité puisque le thème le plus significatif ayant émergé des entrevues a été celui de la violence et des abus dont elles ont souffert; plusieurs d'entre elles avaient été victimes d'agressions sexuelles, d'abus physiques et d'inceste et elles avaient cherché à endormir cette souffrance.

L'étude américaine de Daley et Argeriou (1997), qui a utilisé *l'Addiction Severity Index* auprès de femmes toxicomanes ayant souffert d'abus sexuels dans l'enfance, montre que ces abus ont généré une grande détresse psychologique. Les femmes enceintes ayant connu des abus étaient deux fois plus nombreuses à avoir tenté de se suicider, trois fois plus nombreuses à souffrir d'anxiété et cinq fois plus nombreuses à souffrir de dépression. De surcroît, elles étaient cinq fois plus nombreuses à avoir pris des médicaments prescrits pour un problème psychiatrique, à avoir été hospitalisées pour des problèmes de santé mentale et à avoir des difficultés à maîtriser des impulsions violentes. En outre, les auteurs ont constaté que les femmes ont commencé à consommer de l'alcool et des drogues à un âge plus précoce que les femmes n'ayant pas souffert d'abus sexuels. Les autres variables associées à la victimisation sexuelle comprenaient les problèmes médicaux chroniques et les arrestations, surtout pour prostitution.

Le profil psychologique des femmes toxicomanes, qu'elles aient vécu ou non des abus sexuels, démontre qu'elles sont plus vulnérables à la dépression que les autres femmes (Rudiger, 1992). Les études de sources épidémiologiques et cliniques établissent qu'à

toutes les étapes de la vie, les problèmes de consommation d'alcool chez les femmes sont liés à la dépression, mais elles ne peuvent préciser si la dépression est la cause ou la conséquence de la consommation (Gomberg, 1996). Il y a plus de 20 ans, Schuckit (1972, cité dans Gomberg, 1996) a fait une distinction entre l'alcoolisme primaire et l'alcoolisme secondaire chez les femmes. Les femmes présentant un alcoolisme primaire seraient celles qui n'ont pas d'histoire préalable de dépression, alors que les femmes aux prises avec un alcoolisme secondaire auraient vécu des épisodes dépressifs avant que les problèmes de consommation d'alcool ne surviennent. Les femmes ayant des problèmes de consommation d'alcool et des dépressions préalables différencieraient des femmes présentant un alcoolisme primaire de plusieurs façons : elles auraient été moins nombreuses à avoir des antécédents familiaux de consommation problématique d'alcool, elles auraient connu une histoire plus brève de problèmes de consommation d'alcool et un pronostic plus favorable (Gomberg, 1996).

1.1.3 Trajectoires de consommation

Peu de recherches ont tenté d'illustrer la trajectoire de consommation des femmes enceintes et mères toxicomanes, tant dans la littérature internationale que québécoise. Les articles recensés discutent davantage de la prévalence de consommation et d'abus de substances psychoactives chez les femmes enceintes, thème auquel nous nous sommes déjà attardées. Les intervenants(es) que nous avons rencontrés(es) nous ont toutefois appris que les mères toxicomanes québécoises sont de plus en plus jeunes, que celles qui consomment de l'alcool sont plus âgées et que plusieurs sont aussi polytoxicomanes.

Parmi les quelques études recensées sur cette question, on retrouve celle de Chavkin *et al* (1993), qui trace un portrait de l'histoire de consommation d'utilisatrices de *crack*, enceintes, recrutées dans un centre de traitement ainsi que dans la population générale. Ces femmes avaient environ 14,5 ans lorsqu'elles ont fumé leur première cigarette, 15,7 ans lors de leur première consommation d'alcool et 17,7 ans au moment où elles ont commencé à faire usage d'autres drogues. Ces mêmes auteurs précisent que lors de leur première expérimentation, 65 % des consommatrices ont pris de la marijuana, 16 % de la cocaïne administrée par voie nasale, 8 % de l'héroïne administrée par voie nasale; 4 % avaient fumé du *crack* et 4% s'étaient injectées de la cocaïne ou de l'héroïne.

Lors d'une étude ethnographique fondée sur des entrevues (n=26) et de l'observation participante auprès d'une communauté de femmes de Glasgow faisant usage de drogues par voie intraveineuse (n=50), Taylor (1993) a démontré que l'initiation aux drogues serait favorisée par la disponibilité et l'usage de ces substances dans l'environnement social. Selon Finkelstein (1994), cette initiation serait fréquemment influencée par l'aide et l'encouragement d'autres personnes. En fait, plusieurs études mettent en évidence le rôle significatif du partenaire lorsque les toxicomanes mères (ou bientôt mères) ont été initiées à l'usage de substances psychoactives (Amaro et Hardy-Fanta, 1995; Finkelstein, 1994; Grossman et Schottenfeld, 1992; Hutchins, 1997; Luthar et Walsh, 1995; Woodhouse, 1992).

L'étude de Taylor (1993) permet toutefois de nuancer le rôle du partenaire dans cette initiation. Dans la population qu'elle a étudiée, les partenaires étaient plutôt impliqués dans le passage des drogues douces aux drogues dures, et ce, de trois façons : ils avaient initié les femmes à de telles substances, ils les avaient rendues plus facilement accessibles ou plus acceptables socialement, mais leur rôle le plus important avait été d'agir en tant que modèles pour les femmes, qui ont ainsi appris d'eux les habiletés et les connaissances requises pour l'achat, l'usage et la reconnaissance des effets physiques des drogues. Soulignons qu'aucune des femmes ayant participé à cette recherche ne considère avoir joué le rôle de victime passive; au contraire, elles rejettent ce statut. En fait, plusieurs ont commencé à faire usage de drogues malgré la désapprobation de leur partenaire.

Une autre nuance quant au rôle du partenaire a été apportée par Carten (1996), dont l'étude qualitative indique que la majorité des 20 mères de l'échantillon ont été initiées aux drogues par une amie de sexe féminin et que peu d'entre elles ont consommé des drogues avec leur partenaire.

«J'avais seize ans et je prenais de la drogue seulement de temps à autre. Puis je me suis retrouvée avec un dealer. Et il vendait du smack, et j'ai commencé à en prendre, t'sé comme 25\$ par jour.»

«Je n'ai jamais, jamais blâmé personne pour ce que j'ai fait. Si tu ne veux pas en prendre (de la drogue) rien ne peux t'y forcer.» (Traductions libres, Taylor, 1993 : 34 et 36)

Il semble que les partenaires tendent à offrir des drogues aux femmes lorsqu'elles en deviennent dépendantes (Amaro et Hardy-Fanta, 1995; Luthar et Walsh, 1995; Pursley-Crotteau et Stern, 1996; Woodhouse, 1992). Dans ce cas, une relation de dépendance s'établit aussitôt envers les hommes, car les femmes ont besoin d'eux pour soutenir leur consommation. Elles se font aussi souvent offrir des drogues en échange de relations sexuelles (Nadeau, 1994; Woodhouse, 1992).

Quant au rôle d'initiateur ou de fournisseur que prend le partenaire de toxicomanes mères ou enceintes, il est attribuable au fait que plusieurs d'entre elles sont en relation avec des hommes qui font également usage de ces substances ou qui en sont dépendants (Bendersky *et al*, 1996; Brooks *et al*, 1994; Dvorchak *et al*, 1995; Ewing, 1993; Finkelstein, 1994; Grossman et Schottenfenld, 1992; Gustavsson, 1992; Gustavsson et Rycraft, 1992; Hofkosh *et al*, 1995; Hutchins, 1997; Luthar et Walsh, 1995; Witheford et Vitucci, 1997). À l'instar de la recherche ethnographique de Taylor (1993), l'étude qualitative de Pursley-Crotteau et Stern (1996) révèle toutefois que les femmes enceintes et nouvelles mères interrogées ne blâment pas leur partenaire pour leur toxicomanie ou leur «déchéance». Cependant, le fait d'être associées à un toxicomane a nui à leur capacité à cesser leur consommation et augmenté leurs sentiments de culpabilité.

➤ *Sommaire*

Les données que nous avons recueillies dans les écrits scientifiques sur le parcours des mères toxicomanes, de l'enfance à la grossesse, illustrent, comme l'ont souligné Luthar et Walsh (1995), que l'usage de substances psychoactives chez ces femmes doit être interprété en tenant compte de facteurs contextuels multiples. Pour ces auteurs, ces facteurs sont : d'une part, les risques psychologiques et interpersonnels qui diminuent le sentiment de bien-être, de compétence et les habiletés requises pour être en mesure de faire face à la réalité (*coping skills*), les ressources émotionnelles limitées, la comorbidité, ou les souffrances occasionnées par des relations dysfonctionnelles passées ou présentes, entre autres, et, d'autre part, les risques socioculturels, notamment ceux associés à la pauvreté et la violence.

En somme, comme l'ont souligné des praticiennes québécoises, si ceux et celles qui interviennent auprès de ces femmes sont en présence de valeurs et de coutumes contradictoires aux leurs, devant un monde qui les choque par sa violence, sa démesure et l'enchevêtrement de problèmes qu'il laisse entrevoir, ils doivent cependant se rappeler qu'une telle conjoncture résulte de conditions de vie et d'apprentissages qui datent souvent de l'enfance (Beaulieu-Desforges et Perron-Groleau, 1996). Que ces femmes, en d'autres termes, vivent dans cet univers depuis toujours.

1.2 *SITUATION DE VIE ACTUELLE*

«Ce n'est pas la drogue qui est un problème, c'est moi. Je n'ai pas confiance en moi... Je n'ai jamais eu de job...pourtant je ne pense pas que je suis stupide. Je pense que je pourrais faire quelque chose... Je ne sais pas si c'est une chose personnelle, mais ça me tue. Tu sais, être dépendante de la drogue, je veux dire tu es aussi bonne que la personne qui marche à côté de toi dans la rue, mais tu ne le sens pas....»
(Traduction libre, Taylor, 1993 : 144)

1.2.1 *Caractéristiques socio-économiques*

Au moment où elles s'engagent dans la maternité, les toxicomanes traînent avec elles un lourd bagage d'expériences et d'apprentissages qui nuit au développement de la relation mère-enfant. Dans la plupart des études répertoriées, les mères viennent de milieux défavorisés, marqués par la grande pauvreté et la monoparentalité. Pourtant, selon certains auteurs, elles viendraient de toutes les couches sociales (Brindis *et al*, 1997b; Carten, 1996; Klein et Zahnd, 1997; Noble *et al*, 1997; Poulsen, 1994). Les femmes enceintes vivant en milieu défavorisé, bien qu'elles soient clairement à risque, ne représentent pas la totalité des femmes ayant eu des tests de dépistage positifs quant à la détection de substances psychoactives (Noble *et al*, 1997). Il semble plutôt que l'attention des services médicaux et de protection de l'enfance se soit portée sur les femmes et les enfants vivant dans un contexte de pauvreté, ce qui a eu pour conséquence de rendre moins visibles les problèmes maternels d'abus de substances psychoactives chez les femmes de classes moyenne et plus favorisée (Carten, 1996). Ceci peut être lié au fait que les femmes enceintes de milieu socio-économique défavorisé, bien qu'elles ne soient pas nécessairement plus susceptibles de faire usage de substances psychoactives que les autres femmes, sont toutefois plus à risque de souffrir de problèmes plus graves associés à un usage abusif de ces substances : itinérance, violence familiale, abus sexuels, perte des enfants, mauvaise santé physique et mentale et infection au VIH (Klein et Zahnd, 1997).

Ainsi, la très grande majorité des toxicomanes enceintes ou mères ayant fait l'objet de recherches empiriques vivent dans un contexte de pauvreté, et ce, qu'elles aient été recrutées dans des programmes de traitement (Behnke *et al*, 1997; Boyd et Hauenstein, 1997; Carten, 1996; Chavkin *et al*, 1993; Haller *et al*, 1993; Ingersoll, Dawson et Haller, 1996; Killeen, Brady et Thevos, 1995; Metsch *et al*, 1995; Pursley-Crotteau et Stern, 1996), dans des hôpitaux (Lejeune, 1997b; Noble *et al*, 1997), dans des cliniques pédiatriques (Kemper *et al*, 1993), auprès des services publics (Gustavsson et Rycraft, 1992; Zahnd, Klein et Needell, 1997) ou dans la communauté (Taylor, 1993).

Les variables les plus souvent associées à la pauvreté chez bon nombre de toxicomanes enceintes ou mères sont leur faible scolarité et leur manque de formation professionnelle (Ewing, 1993; Finnegan, 1994; Garcia, 1997; Mayes, 1995; Metsch *et al*, 1995; Rudiger, 1992). Elles ont peu d'habiletés qui pourraient leur permettre de trouver et de garder un emploi (Finkelstein, 1994; Metsch *et al*, 1995; Rudiger, 1992; Zweben, 1997) et se retrouvent plus souvent sans travail au moment où elles héritent de responsabilités maternelles (Finnegan, 1994; Grella, 1996; Metsch *et al*, 1995; Young, 1997a).

La grande majorité des études américaines de sources empirique et épidémiologique révèlent, en effet, que le niveau de scolarité des toxicomanes enceintes ou mères est peu élevé, ou qu'il dépasse rarement les études secondaires (Brindis *et al*, 1997b; Carten, 1996; Chavkin *et al*, 1993; Kemper *et al*, 1993; Killeen, Brady et Thevos, 1995; Pursley-Crotteau et Stern, 1995; Zahnd, Klein et Needell, 1997). Leurs revenus proviennent en grande partie de l'aide sociale (Bendersky *et al*, 1996; Carten, 1996; Zahnd, Klein et

Needell, 1997) et leur assurance médicale a comme source, dans bien des cas, l'aide gouvernementale (Chavkin *et al*, 1993; Noble *et al*, 1997). Lorsqu'elles ont un travail, ces femmes occupent souvent un emploi sous-payé et qui exige peu d'habiletés (Taylor, 1993). En fait, elles n'ont pas les compétences nécessaires pour occuper de "bons emplois" (Sylverman, 1995).

1.2.2 Liens avec le partenaire (ou le père de l'enfant)

Tel que traité au point 1.1.3, les partenaires des toxicomanes enceintes ou mères sont souvent eux-mêmes des consommateurs abusifs et peuvent intervenir directement pour les initier aux substances ou les en approvisionner. La relation de dépendance de ces femmes envers leur partenaire est également déterminante dans leur projet de maternité.

Leur dépendance ne se limite pas à la consommation de substances psychoactives, puisque ces femmes estiment qu'elles sont également dépendantes de leur partenaire pour leurs revenus, leurs divertissements et leur vie sexuelle (Woodhouse, 1992). Bien que cette situation soit source de souffrance pour elles (Woodhouse, 1992), que la plupart des partenaires leur offrent peu de soutien ou un soutien négatif (Grossman et Schottenfenld, 1992; Woodhouse, 1992), qu'ils soient souvent emprisonnés ou absents pour des périodes prolongées (Amaro et Hardy-Fanta, 1995) et que plusieurs d'entre eux soient abusifs et violents (Amaro et Hardy-Fanta, 1995; Ewing, 1993; Gustavsson et Rycraft, 1992; Pursley-Crotteau et Stern, 1996), les femmes hésitent pourtant à les quitter. En fait, elles éprouvent beaucoup de difficulté à penser quitter un homme avec qui elles ont vécu des moments difficiles et connu une allégeance ou une complicité. Ce facteur constitue un obstacle à la rupture de liens souvent destructifs (Amaro et Hardy-Fanta, 1995). La continuité de la relation influe, il va de soi, sur la consommation des femmes. On dispose de peu de données sur la fréquence à laquelle les pères demeurent présents pendant la grossesse ou participent, par la suite, à l'éducation des enfants (Mayes, 1995). Les études citées précédemment estiment que le taux d'enfants de familles toxicomanes élevés par des mères célibataires est de plus de 70 % (Mayes, 1995). On peut donc formuler l'hypothèse que les partenaires ne semblent pas suffisamment disponibles pour procurer aux mères un soutien financier, émotionnel ou parental (Grossman et Schottenfenld, 1992).

Une étude qualitative portant sur 30 femmes enceintes ou nouvelles mères trace un portrait des relations que les femmes ayant une histoire de toxicomanie peuvent entretenir avec leur partenaire masculin pendant la grossesse (Lewis, Klee et Jackson, 1995). Ces femmes ont indiqué que le comportement de leur partenaire a eu un impact sur leur grossesse et sur leur consommation de drogues. La majorité de ces hommes étaient également des consommateurs de drogues (16 sur 24) et près de la moitié d'entre eux s'injectaient des substances. Les femmes interrogées indiquaient que la plupart de leurs partenaires, tous (sauf un) étant le père de l'enfant, se montraient préoccupés par le bébé et désiraient qu'elles cessent leur consommation. Mais seuls deux des partenaires avaient soutenu leur conjointe en réduisant eux-mêmes leur consommation. De surcroît, sept

partenaires insistaient pour que leur conjointe cesse sa consommation, mais maintenant, ce faisant, leur propre consommation, augmentant, par le fait même, la pression que subissaient les femmes. Les toxicomanes ayant un partenaire non toxicomane ne disposaient pas d'un meilleur soutien, puisque deux d'entre elles leur avaient caché leur consommation, par peur de leur réaction. Il nous semble particulièrement intéressant d'approfondir le thème des liens qu'entretiennent les mères toxicomanes avec le père de leur enfant, car le manque de contacts entre les enfants et leur père serait l'un des facteurs pouvant le mieux prédire les difficultés parentales et la qualité de l'interaction mère-enfant que la toxicomanie maternelle elle-même (Mayes, 1995).

1.2.3 Conditions de vie

La pauvreté du réseau social des toxicomanes enceintes ou mères est une variable fréquemment soulignée par les recensions d'écrits que nous avons consultés (Finkelstein, 1994; Garcia, 1997; Zweben, 1997) et les recherches empiriques (Bendersky *et al*, 1996; Behnke *et al*, 1997; Gottwald et Thurman, 1994; Gustavsson et Rycraft, 1992; Leifer, Shapiro et Kassem, 1993; Wadsby, Sydsjo et Svedin, 1996). Ce manque de soutien social serait causé par la rupture des liens familiaux et l'absence de relations personnelles pouvant offrir de l'aide en période de crise (Rudiger, 1992). En fait, plusieurs mères toxicomanes vivent dans un environnement où l'usage de drogues est constamment présent (Bendersky *et al*, 1996; Pursley-Crotteau et Stern, 1996) et, par conséquent, elles ont peu d'amis ou de contacts qui ne sont pas eux-mêmes des usagers abusifs de substances psychoactives (Mayes, 1995).

L'environnement dans lequel vivent ces femmes est aussi caractérisé par la présence de délinquance et de violence (Ewing, 1993; Lejeune *et al*, soumis pour publication; Rudiger, 1992). L'étude de Zahnd, Klein et Needell (1997), portant sur 746 femmes enceintes à faible revenu, dont 401 étaient à risque de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, permet de mieux comprendre l'expérience de ces femmes. Elle révèle, entre autres, que dans les deux groupes à l'étude, une majorité de femmes ont indiqué que les altercations ou la violence reliées à la consommation étaient un problème dans leur entourage. Cependant, cette caractéristique de l'environnement se retrouvait davantage chez les femmes qui présentaient des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Quant à leur consommation personnelle, 21 % des femmes ayant des habitudes de consommation à risque ont dit avoir déjà été victimisées parce qu'elles buvaient et 34 % parce qu'elles prenaient des drogues.

Bref, les mères toxicomanes se retrouvent dans des contextes où la drogue, la délinquance et la violence sont fortement présentes; de plus, elles connaissent souvent des conditions de vie précaires, particulièrement dans les centres urbains (Finkelstein, 1994; Grossman et Schottenfeld, 1992; Gustavsson, 1992; Gustavsson et Rycraft, 1992; Rudiger, 1992).

Cet environnement chaotique, associé au manque de formation, à un accès réduit au marché du travail, aux problèmes financiers connexes et à l'isolement engendré par l'absence de réseau social, font en sorte que plusieurs mères toxicomanes connaissent des situations de vie particulièrement stressantes (Zweben, 1997). Les habitudes de vie néfastes, pour elles et leurs enfants, augmentent les problèmes de santé tels l'anémie, les infections, les maladies sexuellement transmises, mais aussi les risques de traumatismes et d'abus (Grossman et Schottenfeld, 1992). Les femmes toxicomanes sont fréquemment malades pendant de longues périodes, elles ont des taux de mortalité élevés (Zweben, 1997), elles manquent de soins médicaux (Gustavsson et Rycraft, 1992; Rudiger, 1992) et souffrent de déficiences nutritionnelles (Gustavsson et Rycraft, 1992).

1.2.4 Responsabilités parentales

Qu'elles soient toxicomanes ou non, les mères seules, dans les pays industrialisés, composent avec des défis multiples (Ewing, 1993; Martin *et al.*, 1995). Cette augmentation des femmes monoparentales joue un rôle important dans la «féminisation» de la pauvreté, et les pressions que vivent ces mères leur font risquer plusieurs problèmes physiques et émotionnels, y compris la dépression et l'abus de psychotropes (Finkelstein, 1994; Guyon, 1996). De plus, le fait de procurer sécurité, continuité et attitude positive à des enfants se révèle particulièrement exigeant pour une femme pauvre, qui subit déjà beaucoup de pressions pour répondre aux besoins primaires de sa famille que sont la nourriture, les vêtements et le logement (Ewing, 1993). Quand ces mères sont toxicomanes, les pressions qu'elles subissent sont d'autant plus fortes (Zweben, 1997). L'usage de drogues devient souvent un signe de désespoir et de désorganisation, une échappatoire, chez ces femmes dénuées de réseau social, et tiraillées par de multiples pressions (Rudiger, 1992).

Les études consultées font peu état des responsabilités parentales des toxicomanes mères ou bientôt mères. À cet effet, l'étude de Brindis *et al.* (1997b) apporte quelques indices puisque qu'elle trace le profil de 2 600 femmes en traitement, dont 36 % étaient enceintes, 10 % avaient récemment donné naissance et 54 % étaient mères depuis en certain temps. Ces femmes avaient en moyenne trois enfants et, dans 43 % des cas, vivaient avec leurs enfants. Chez les enfants qui ne vivaient pas avec leur mère, 19 % étaient pris en charge par un membre de la famille et 38 % vivaient dans d'autres contextes, y compris en foyer d'accueil. En matière d'état civil, les études de Klein et Zahnd (1997) et de Zahnd, Klein et Needle (1997) indiquent que 60 % des 401 femmes enceintes à faible revenu, à risque de problèmes de consommation de substances psychoactives, étaient célibataires et ne vivaient pas avec un partenaire. Ces données, difficilement généralisables, nous donnent toutefois un aperçu de leurs responsabilités parentales.

Dans l'étude de Comfort *et al.* (1996), la très grande majorité des femmes (n=79) vivaient seules; 56 % étaient enceintes; elles avaient en moyenne 2,5 enfants, et un peu plus de la

moitié de ces enfants, seulement, vivaient avec leur mère. De plus, 13 % des enfants avaient fait l'objet de mesures de protection.

1.2.5 Conclusion

La documentation actuelle démontre que la vie de la majorité des femmes enceintes et mères toxicomanes s'accompagne, comme c'était le cas dans leur enfance, d'un certain nombre de pressions et d'événements stressants. Leurs conditions de vie, au moment où elles deviennent parent à leur tour, semblent être la continuité de leurs difficultés d'enfance. Si leur contexte familial les a confrontées à diverses expériences traumatisantes telles les abus sexuels, physiques et émotionnels, elle continuent, à l'âge adulte, d'être victimes de violence ou de vivre dans un contexte de violence. Elles ont peu de ressources socioprofessionnelles et socio-économiques, ce qui semble faire perdurer la pauvreté qu'elles ont connue dans leur jeunesse. Ce cycle de violence et de pauvreté peut contribuer à la consommation de substances psychoactives, qui devient une forme d'échappatoire. Leurs partenaires, étant eux-mêmes des usagers abusifs de ces substances, ne peuvent que rarement leur offrir un soutien suffisant. Enfin, la pauvreté du réseau social de ces femmes contribue grandement à leur solitude.

D'autre part, il importe de se rappeler ici encore, que la plupart des études publiées mettent en scène des femmes venant de milieux de grande pauvreté, ce qui peut comporter un biais d'échantillonnage et occulter la situation de mères toxicomanes de milieux plus favorisés. De telles études (sur des mères toxicomanes de milieux favorisés) n'ont pas été faites ou publiées.

Enfin, en rapportant, le plus fidèlement possible, les résultats des principales études faites sur le sujet, nous constatons que certains aspects ressortent avec plus de force : la toxicomanie dans la famille d'origine, l'abus et la négligence pendant l'enfance. Sans vouloir diminuer l'impact de ces phénomènes, il importe de spécifier que d'autres éléments, quoique moins documentés, influent sur la vie des mères toxicomanes. C'est le cas des contextes de consommation et des relations avec les pairs au moment de l'initiation aux substances. Mais surtout, l'analyse conjuguée de tous les facteurs impliqués n'a pas été faite, ce qui incite à une certaine prudence dans les conclusions à tirer de cette recension.

1.3 FAITS SAILLANTS

- Selon les écrits recensés, 21 à 70 % des toxicomanes traitées, mères ou futures mères, signalent des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues au sein de leur famille d'origine.
- Des antécédents familiaux d'abus d'alcool et d'autres drogues seraient l'un des facteurs de risque les plus importants pouvant prédire la consommation de drogues lors de la grossesse.
- Il y aurait sept fois plus de risques d'alcoolisme chez les enfants de parents alcooliques que chez les enfants de parents non alcooliques.
- Les enfants d'alcooliques et d'usagers de drogues ne seraient pas seulement à risque de toxicomanie, mais également à risque d'une panoplie d'autres problèmes sociaux et psychologiques tels les comportements antisociaux et la dépression.
- Un pourcentage significatif de toxicomanes mères ou enceintes ont été victimes de négligence, de violence ou d'abus physique dans leur enfance. La victimisation sexuelle serait également significative chez les mères ou femmes enceintes en traitement. La violence sexuelle serait associée à l'abus de substances psychoactives actuelles chez les femmes.
- La mort ou le départ d'un parent, le divorce et des désaccords entre les parents, le manque d'amour, des placements en foyer d'accueil, l'inconsistance et l'imprévisibilité dans les règles de discipline seraient autant d'éléments qui auraient marqué l'enfance des toxicomanes mères ou futures mères.
- La pauvreté caractérise les familles d'origine de plusieurs de ces femmes. Elles auraient également manqué de modèles parentaux appropriés.
- Les effets à long terme de l'abus sexuel sont la dépression, l'anxiété, la colère, la peur, les comportements sexuels problématiques, les comportements d'autodestruction, la faible estime de soi, l'abus de substances psychoactives, la tendance à la «revictimisation». Chez les femmes ayant été victimes d'abus sexuels, le recours aux substances psychoactives serait une façon d'endormir la souffrance.
- Les études indiquent que les femmes enceintes consommatrices de crack ont commencé entre l'âge de 15 et 17 ans à fumer la cigarette, à consommer de l'alcool et à faire usage d'autres drogues. Plus généralement, l'initiation aux drogues serait favorisée par la disponibilité et l'usage de substances dans l'environnement social. Le partenaire, notamment, jouerait un rôle significatif : il pourrait être celui qui initie, qui participe au passage des drogues douces aux drogues dures, qui fournit les drogues lorsque la femme devient dépendante ou qui lui offre des drogues en échange de relations sexuelles.

- Les toxicomanes enceintes ou mères sont généralement en relation avec des hommes qui font usage de substances ou en sont dépendants. Les liens qu'elles tissent avec ces partenaires sont complexes : souvent absents, ils participent peu à la grossesse ou aux soins du nouveau-né et apportent peu de soutien à la mère.
- La plupart des recherches sur les toxicomanes enceintes ou nouvellement mères ont été faites auprès d'échantillons venant de milieux pauvres. Certaines études théoriques suggèrent que les femmes pauvres sont plus aisément dépistées que les femmes plus aisées ou instruites. Cependant, les intervenants(es) québécois(es) confirment les situations de vie particulièrement détériorées des mères toxicomanes qui sont vues par eux : pauvreté, isolement, faible scolarité et violence en sont les constantes.

C *HAPITRE 2 : EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ*

2.1 ATTITUDES ET ATTENTES ENVERS LA GROSSESSE ET LA MATERNITÉ

«Je n'en voulais pas au début, mais maintenant je l'aime à mort. J'ai besoin de quelque chose dans ma vie. La responsabilité, ça va être bon pour moi. Je n'ai jamais eu quelque chose qui vaille la peine que je m'en occupe ou que que fasse un effort, avant.»

«Je pensais que ça pourrait me calmer un peu - m'aider à me tenir loin des drogues.»
«J'étais brisée, brisée.» (Traductions libres, Taylor, 1993 : 101-102)

Peu d'études ont été entreprises sur les attitudes et les sentiments des femmes enceintes toxicomanes envers leur grossesse (Lewis, Klee et Jackson, 1995). Certaines recherches, dont une étude qualitative auprès de consommatrices de *crack*, signalent que les mères toxicomanes ont, à l'égard de la maternité, des attitudes et des attentes semblables à celles des mères non toxicomanes (Kearney *et al*, 1994). Il faut noter cependant que, chez plusieurs toxicomanes, la grossesse ne serait ni prévue ni planifiée.

La grossesse non planifiée chez un nombre significatif de toxicomanes est corroborée par la revue de littérature de Ewing (1993). Cet auteur considère que la grossesse imprévue est souvent l'une des premières conséquences négatives de la consommation de substances psychoactives chez les femmes. Celles-ci, peut-on lire, sont portées à ne pas utiliser de moyens de contraception parce qu'elles se croient infertiles (Lewis, Klee et Jackson, 1995) et, puisque l'usage d'opiacés peut conduire à l'absence ou à l'irrégularité des menstruations, elles ne percevraient pas l'aménorrhée comme l'indication d'un état de grossesse (Lewis, Klee et Jackson, 1995; Taylor, 1993). La perspective de donner naissance à un bébé affecté par la consommation de drogues ou l'éventualité d'en perdre la garde sont des pensées difficiles à supporter, qui peuvent porter la future mère à tarder à faire confirmer sa grossesse (Kearney *et al*, 1995).

Chez certaines toxicomanes enceintes, le désir d'interrompre leur grossesse serait lié au fait qu'elles ont déjà à composer avec un problème de consommation et voient difficilement comment elles pourraient assumer, de surcroît, les responsabilités qu'implique l'arrivée d'un enfant (Taylor, 1993). Selon l'étude qualitative de Pursley-Crotteau et Stern (1996), plusieurs toxicomanes envisagent la possibilité de recourir à un avortement. Les raisons qu'elles ont invoquées pour avoir mené leur grossesse à terme étaient qu'elles avaient changé d'idée, qu'elles avaient attendu jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour l'avortement, ou qu'elles avaient eu du mal à obtenir un rendez-vous. Les symptômes de la grossesse et les changements corporels auraient participé à convaincre ces femmes de poursuivre leur grossesse.

«Je ne savais pas quoi faire. Ma mère me criait dans les oreilles, «Débarrasse toi de ça, débarrasse toi de ça!», et ma travailleuse sociale répétait que c'était ma décision. Mais en même temps, j'aurais fait n'importe quoi pour retourner vivre chez ma mère et elle pensait que j'étais incapable de m'occuper d'un nourrisson puisque j'étais incapable de m'occuper de mon problème de drogue. Alors j'ai décidé de m'en débarrasser.» (Traduction libre, Taylor, 1993 : 101)

Certaines des conditions favorables à une perception positive de la grossesse chez les toxicomanes enceintes ont été mises en évidence par Brudenell (1996). Il s'agit pour elles de se sentir suffisamment prêtes et stables sur le plan émotif, de se sentir acceptées et soutenues, notamment par leur partenaire; il s'agit encore d'être sobre depuis un certain moment lorsque survient la grossesse, et d'avoir la capacité physique et financière d'assumer un enfant.

2.2 REPRÉSENTATIONS DE LA MATERNITÉ

Pour certaines toxicomanes, et particulièrement celles qui vivent dans la pauvreté marquée, le rôle de mère est l'une des seules carrières accessibles (Kearney *et al*, 1994). Selon la revue de littérature de Finkelstein (1994), être mère peut constituer une source importante d'identité et de valorisation, mais également une source d'anxiété et de culpabilité. La croyance sociale voulant que tout ce qui cloche chez un enfant est imputable à sa mère accroît les sentiments négatifs qu'une toxicomane entretient à l'égard de son rôle parental. Chez les femmes qui admettent utiliser la cocaïne lors de la grossesse, la culpabilité et la honte sont en effet des sentiments ressentis fréquemment (Grossman et Schottenfeld, 1992). Par conséquent, elles sont ambivalentes devant la naissance de leur enfant puisque, d'une part, elles désirent être de bonnes mères, mais, d'autre part, elles sont anxieuses et se sentent coupables de faire encourir des risques à leur enfant (Taylor, 1993). Lorsque la grossesse devient plus visible et qu'elles ressentent les mouvements du fœtus, leur culpabilité et leur peur de lui causer des torts tendraient à augmenter (Kearney *et al*, 1995).

Pursley-Crotteau et Stern (1996) rapportent que plusieurs des participantes à leur étude ont manifesté des doutes quant à leur capacité à être de bonnes mères; les auteurs soulignent en outre que les expériences traumatisantes qu'elles ont vécues lors de l'enfance ne seraient pas étrangères à cette perception. Ainsi, quelques-unes vivaient de la détresse parce qu'elles se croyaient incapables de protéger leurs enfants contre de telles expériences. On relève ailleurs que de nombreuses femmes toxicomanes auraient manqué de modèles quant au rôle maternel, ce qui peut en partie expliquer leur anxiété et leur incertitude quant à leurs talents maternels inhérents (Lewis, Klee et Jackson, 1995; Redding et Selleck, 1993).

Peu de données concordent avec l'image de la toxicomane enceinte, centrée sur elle-même, rejetant les normes sociales, indifférente au bien-être de son futur enfant (Eliason et Skinstad, 1995; Lewis, Klee et Jackson, 1995). Il en est de même pour les intervenants(es) consultés(es) qui nous ont décrit des femmes préoccupées par les effets de leur consommation sur leurs enfants, tout en étant souvent incapables de les contrer. Comme les autres femmes enceintes, les

toxicomanes parlent de leurs projets pour l'enfant à venir et se sentent résignées, heureuses ou excitées à l'idée d'avoir un bébé. Elles partagent plusieurs des espoirs et des inquiétudes des autres femmes enceintes. La principale différence se situerait dans leurs sentiments d'anxiété et de culpabilité, souvent accentués par le personnel des soins de santé, par la famille, le partenaire et les amis. Aussi, plusieurs en viennent à se percevoir comme des mères déviantes. Elles ont, d'une certaine manière, intériorisé la construction sociale de la mère idéale, et reconnaissent qu'elles ne correspondent pas à cette image.

Redding et Selleck (1993), auteurs d'une revue de littérature, affirment que les sentiments d'inaptitude qu'éprouvent les toxicomanes enceintes sont fortement ancrés dans leur peur de correspondre au stéréotype social voulant qu'elles soient de mauvaises mères à cause de leur consommation de drogues ou d'alcool.

2.3 COMPORTEMENTS DURANT LA GROSSESSE

2.3.1 Consommation de substances

Selon certaines données américaines, l'usage de drogues illicites chez les femmes enceintes serait en diminution. En effet si, en 1989, 10 % des femmes américaines en milieu urbain consommaient des drogues illicites lors de leur grossesse (Chasnoff, 1989 cité dans Hutchins, 1997), les estimations nationales les plus récentes indiquent que ce taux est passé à 5,5 % (National Institute on Drug Abuse, 1992, cité dans Behnke *et al*, 1997; U.S. Department of Health and Human Services, 1996, cité dans Hutchins, 1997).

Selon la revue de littérature de Norton-Hawk (1997), les taux de prévalence obtenus par les tests d'urine lors de l'accouchement et retenus dans les études nationales américaines situent l'usage de la marijuana entre 1,9 % et 3 %, l'usage de la cocaïne entre 0,76 % et 2,8 % et la consommation d'opiacés entre 1,5 % et 1,7 %². La comparaison entre les données obtenues à l'aide des tests d'urine, lors de la grossesse ou au moment de l'accouchement, révèle que l'usage de marijuana est moins fréquent à l'accouchement, ce qui peut indiquer une diminution de l'usage de drogues en cours de grossesse. Selon cette même auteure, bien qu'on doive se préoccuper de toute consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, les données américaines suggèrent qu'une faible proportion de femmes enceintes prennent des drogues illicites, et que l'alcool serait la substance la plus fréquemment consommée.

L'usage de substances psychoactives lors de la grossesse, particulièrement de substances illicites, est fréquemment sous-diagnostiqué, écrit Wheeler (1993). En effet, explique cet auteur, les patientes enceintes sont peu portées à divulguer des informations sur leur consommation illicite, mais consentent davantage à avouer leur recours aux drogues mieux tolérées que sont la cigarette ou l'alcool.

² À la lecture de ces taux de prévalence, il convient de se rappeler que la consommation de drogues est généralement plus élevée au États-Unis qu'au Canada.

Par ailleurs, l'utilisation de l'entrevue de routine ou de l'entrevue structurée sous(e)stimerait les taux de prévalence réels. Le dépistage par tests d'urine, tant à l'accouchement que lors de la grossesse, comporte également des imprécisions. En outre, les drogues ne sont présentes dans l'urine que pour une courte durée et ces tests ne mesurent que l'usage au moment du test (Norton-Hawk, 1997).

Comme nous l'avons signalé précédemment, certaines études indiquent que pendant leur grossesse, les femmes qui consomment des substances psychoactives cherchent à réduire leur consommation (Anderson, Ronith et Andres, 1997; Chavkin *et al*, 1993; Ewing, 1993; Klein et Zahnd, 1997; Pursley-Crotteau et Stern, 1996; Rudiger, 1992; Taylor, 1993). Les résultats d'une enquête nationale longitudinale américaine (Kaskutas *et al*, 1998) montre que la grande majorité des femmes consommatrices d'alcool (80 %) en diminuent l'usage au cours de la grossesse, 61 % choisissent même l'abstinence complète. Les études qualitatives de Lewis, Klee et Jackson (1995) et de Taylor (1993) révèlent que la très grande majorité des femmes de ces échantillons étaient conscientes des torts qu'elles pouvaient causer à leur bébé si elles poursuivaient leur usage de substances psychoactives pendant leur grossesse; elles ont donc cherché à cesser ou à réduire leur consommation. Quand elles ont des habitudes bien établies, cette tentative leur semble une bataille continue qui, lorsqu'elle est perdue, suscite un sentiment parfois prolongé de culpabilité (Taylor, 1993). Aussi, certaines toxicomanes enceintes se mettent-elles alors à consommer davantage, afin d'oublier leurs remords et la répugnance qu'elles éprouvent à l'égard d'elles-mêmes (Rudiger, 1992).

À titre d'illustration, l'étude de Chavkin *et al* (1993) indique que seulement 9 % de leurs 146 sujets (mères et futures mères traitées pour leur consommation de *crack*) n'ont signalé aucun changement à leur consommation lors de leur grossesse, tandis que 58 % ont diminué leur usage et que 23 % ont même cessé de consommer. En contrepartie, 11 % des femmes ont augmenté leur consommation alors qu'elles étaient enceintes.

2.3.2 Soins prénataux

«Je connais beaucoup de mères qui disent qu'elles n'ont pas de soins prénataux parce qu'elles sentent que aussitôt qu'elles vont passer la porte, elles seront jugées, «Oh, t'es une crack head. Pourquoi es-tu tombée enceinte toi ?». Alors, elles n'auront pas de soins prénataux. Il y a ces publicités sur les toxicomanes qui ne vont pas chercher de soins prénataux parce qu'elles s'en foutent. Elles s'en foutent pas, mais elles pensent à de quelle façon elles seront regardées quand elles vont passer la porte de l'hôpital, comme si elles ne sont pas assez bonnes pour être enceintes.»
(Traduction libre, Rosenbaum & Irwin, 1998 : 515-316)

Les toxicomanes enceintes font peu appel aux soins prénataux et, si elles y recourent, ne se présentent que tardivement ou se conforment mal aux rendez-vous fixés (Bell et Lau, 1995; Finnegan, 1994; Grossman et Schottenfeld, 1992; Mallouh, 1996; Mayes, 1995;

Redding et Selleck, 1993; Wheeler, 1993). Selon la revue de littérature de Mallouh (1996), cette situation peut s'expliquer par le fait qu'elles ne s'aperçoivent pas des changements affectant leur corps, qu'elles attribuent l'absence de règles à leur consommation de drogues ou qu'elles nient leur maternité. La désorganisation et le stress présents dans leur vie, de même que la peur de perdre la garde de leur enfant si on découvre leur toxicomanie, sont d'autres facteurs pouvant expliquer ce manque de recours aux soins prénataux (Pursley-Crotteau et Stern, 1996).

Comme les relations de confiance sont difficiles à établir pour les toxicomanes enceintes, elles ne développent pas aisément de lien avec les professionnels(les) de la santé (Miller et Hyatt, 1992). La littérature explique cette situation à la fois par l'inadéquation de certaines attitudes de la part de professionnels(les) et par les perceptions que les toxicomanes ont des services de santé. Ainsi, d'une part, on a relevé que des professionnels(les) de la santé (médecins, infirmières) adopteraient à leur égard des attitudes inadaptées, et même répressives exacerbant ainsi leur manque de confiance; d'autre part, des toxicomanes perçoivent les services de pédiatrie et de maternité comme des institutions où l'on recourt systématiquement au placement d'enfants (Lejeune *et al*, 1997a), perception qui serait aggravée par les attitudes négatives de certains(es) professionnels(les) face à la consommation de drogues en période de grossesse. Les toxicomanes enceintes hésitent alors à avouer leur habitude et à poursuivre les soins (Anderson, Ronith et Andres, 1997; Gustavsson, 1992; Lejeune *et al*, 1997a). Notons ici qu'à certains égards cette problématique rejoint celle, déjà documentée au Québec, des rapports difficiles entre les femmes enceintes de milieux très défavorisés, qui vivent parfois des situations présentant des risques pour leurs enfants, par exemple la violence, et les services de santé; les rapports se révèlent difficiles, parce que ces femmes craignent d'être jugées et de perdre la garde de leurs enfants (Collin *et al*, 1992).

Le recours aux services ou la méfiance à leur endroit résulteraient également de la perception qu'ont les toxicomanes de l'utilité des soins prénataux pour réduire les dommages causés par les substances (Kearney *et al*, 1995). Aussi, on rapporte que lorsqu'elles croient que les soins prénataux peuvent contribuer à améliorer la condition du fœtus ou à réduire les risques de placement du bébé, elles sont davantage portées à y recourir. En contrepartie, lorsqu'elles estiment que les professionnels(les) vont placer leur enfant plutôt que les aider à le maintenir en santé, elles ne font pas appel à leurs services, mais comptent plutôt sur elles-mêmes (Kearney *et al*, 1995).

Enfin, il ne faut pas négliger les barrières à l'accès aux services prénataux que constituent le manque de transport et, dans le cas des femmes américaines, l'absence d'assurance ou le manque d'argent pour défrayer ces soins de santé (Klein et Zahnd, 1997).

Pourtant, selon Rudiger (1992) les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de soins prénataux risquent trois fois plus de donner naissance à un bébé de faible poids. Une consommation de drogues, en l'absence de soins prénataux, augmente les possibilités d'une grossesse à risque.

2.3.3 *Habitudes de vie*

Les toxicomanes peuvent voir diminuer leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de leur enfant pendant la grossesse et après la naissance (Hutchins, 1997). Selon la revue de littérature de Miller et Hyatt (1992), les toxicomanes enceintes accordent peu d'attention à leurs besoins physiques, ce qui a des effets négatifs sur leur état de santé. Notons que le manque d'hygiène personnelle est l'un des indicateurs de la consommation de substances psychoactives lors de la grossesse (Redding et Selleck, 1993). En fait, la dépendance à l'alcool et aux drogues atteint autant l'état de santé physique que psychologique des femmes, lors de leur grossesse (Mallouh, 1996). Au niveau psychologique, l'anxiété, l'hyperactivité, la dépression, l'euphorie et les humeurs changeantes sont des traits observés chez les femmes enceintes toxicomanes (Redding et Selleck, 1993).

La toxicomanie façonne l'environnement social, de même que les conditions de vie de ces femmes (Mallouh, 1996). Lorsqu'elles deviennent enceintes et désirent changer de style de vie, elles doivent trouver le moyen de quitter cet environnement, et changer d'appartement, retourner vivre dans leur famille ou souscrire à un programme de traitement (Pursley-Crotteau et Stern, 1996). Kearney *et al* (1995) qualifient ces phénomènes de «stratégies de réduction des dommages». Ainsi, lorsqu'elles adoptent comme principale stratégie de réduire leur consommation pour en atténuer les dommages, certaines toxicomanes enceintes décident de participer à un programme de traitement, cherchent à prendre davantage soin d'elles-mêmes et à se distancier d'un réseau social nocif.

2.4 **COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT**

La revue de littérature de Miller et Hyatt (1992) dresse un portrait des complications obstétricales observées chez les patientes qui font un usage abusif de substances psychoactives. Ces complications sont l'avortement spontané, la rupture du placenta, l'amionite, la présentation de siège, les césariennes antérieures, la chorioamnionite, l'éclampsie, le diabète de grossesse, la mort intra-utérine, les retards intra-utérins, l'insuffisance du placenta, les hémorragies post-partum, le travail prématuré, la rupture prématurée des membranes et la thrombophlébite septique. Selon Hutchins (1997), les complications ayant été les plus fréquemment étudiées sont la naissance prématurée et la rupture prématurée du placenta, complications qui peuvent compromettre la vie du fœtus. Les complications prénatales et obstétricales plus fréquentes chez les toxicomanes enceintes exigent qu'elles soient vues plus fréquemment par le médecin traitant (Wheeler, 1993).

Bell et Lau (1995), dans leur recension des écrits, ont cherché à distinguer les complications obstétricales associées à la consommation de cocaïne de celles qui sont liées à l'usage d'amphétamines. Du côté de la cocaïne, les complications observées sont l'avortement spontané, la rupture du placenta et la naissance prématurée, ce qui est corroboré par la revue de

littérature de Rudiger (1992). Les auteurs notent en outre une plus grande prévalence de maladies sexuellement transmises chez les cocaïnomanes enceintes. Enfin, chez les usagères d'amphétamines, on observe des complications comme l'avortement spontané, la naissance prématurée et les retards de développement intra-utérin.

Ewing (1993) constate que, lorsque les alcooliques et toxicomanes se présentent à l'hôpital pour leur accouchement, elles vivent un moment particulièrement difficile. Elles arrivent souvent seules, ont peur et éprouvent une très grande crainte des douleurs. Selon d'autres auteurs, elles sont, comme les autres femmes, inquiètes quant à l'accouchement, mais elles éprouvent une anxiété accrue à l'égard du séjour à l'hôpital et de l'état de santé du bébé (Lewis, Klee et Jackson, 1995).

2.5 IMPACTS DE LA CONSOMMATION ET DU SUIVI DE GROSSESSE SUR LE FOETUS ET LE BÉBÉ

Bell et Lau (1995) ont recensé les études traitant des effets de la consommation sur le fœtus et ils estiment qu'il est difficile de déterminer l'effet spécifique de chacune des différentes substances, car l'usage d'une drogue est souvent associé à celui de plusieurs autres substances. Selon les écrits qu'ils ont consultés, les effets de l'usage de la marijuana sur le fœtus n'ont pas été démontrés scientifiquement. Quant à ceux de la cocaïne et des opiacés, les symptômes de sevrage chez le nouveau-né constituent le problème le plus important qu'on ait observé; ce constat est également fait par Humphries *et al* (1992). On note, dans leurs articles, que l'usage de ce type de drogues peut faire en sorte que la taille et le poids du bébé sont moindres et, comme on le signale précédemment, peut entraîner une naissance prématurée. Selon Gustavsson (1992), le faible poids du bébé est la conséquence négative la plus souvent signalée dans les recherches. L'usage abusif d'alcool lors de la grossesse est, quant à lui, associé au syndrome de l'alcoolisme fœtal (Gustavsson, 1992; Redding et Selleck, 1993)³.

Dans sa recension des écrits, Ewing (1993) distingue les effets d'une consommation occasionnelle d'alcool et d'autres drogues de ceux d'une consommation régulière. L'usage occasionnel est lié à des avortements spontanés, à une pression sanguine élevée, à une réduction de l'oxygénation dans le sang du fœtus, à des fausses couches, à des problèmes avec le placenta, à un travail prématuré et à des anomalies congénitales. L'usage régulier est associé à des retards de développement qui, conjugués à un travail prématuré, constituent les problèmes les plus fréquemment observés.

³ Le Groupe de travail national sur la politique du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) considère que «... le fait qu'un enfant soit atteint du syndrome alcoolique fœtal (SAF) semble dépendre de plusieurs facteurs qui s'ajoutent à l'alcool, notamment la santé des parents, la consommation d'autres drogues, le mode de vie et d'autres facteurs socio-économiques. Ainsi, le SAF ne peut et ne doit pas être considéré de façon isolée de la préoccupation générale pour la santé et le bien-être des enfants et de leur famille». (CCLAT, 1994 : 1)

Dans l'interprétation des données portant sur les conséquences d'une exposition intra-utérine à la cocaïne, la prudence est de mise car, selon la recension de Hutchins (1997), les connaissances actuelles en cette matière ne sont pas concluantes. En fait, les études ayant examiné cette problématique sont généralement limitées, en raison de problèmes méthodologiques.

Humphries *et al* (1992) indiquent que les femmes formant les échantillons étudiés dans l'examen de cette relation sont des polyconsommatrices, ce qui rend difficile la mesure des effets propres à la cocaïne. Les conséquences qui sont soulevées peuvent être causées, soit par le manque de soins prénataux ou de soins de santé, soit par l'usage d'autres drogues. Fait intéressant, ces auteures soutiennent qu'on ne tient généralement aucun compte des études n'ayant pas su trouver des effets dommageables à la cocaïne. Gustavson et Rycraft (1992) soulignent que de telles recherches sont complexes, du point de vue méthodologique, puisqu'on utilise des données rétrospectives et qu'on a du mal à constituer des groupes de contrôle équivalents.

Plusieurs auteurs soutiennent que des facteurs autres que leur consommation peuvent être responsables de l'issue de la grossesse chez les toxicomanes enceintes. En sus de l'absence de soins prénataux et postnataux, Wellisch, Perrochet et Anglin (1997b) ciblent, parmi ces facteurs, la pauvreté, la mauvaise alimentation, la mauvaise hygiène, le traumatisme psychologique associé à l'intermittence de la consommation de drogues et du sevrage, de même que l'interruption ou l'insuffisance des liens mère-enfant. Bell et Lau (1995) ajoutent que le niveau socio-économique, l'éducation, les facteurs biologiques, l'instabilité familiale et, à l'instar des auteurs précédents, les soins prénataux et la nutrition peuvent également contribuer à l'issue de la grossesse. Gustavsson (1992) précise que des facteurs tels les déficits nutritionnels, les conditions génétiques et l'usage d'autres substances contribuent au syndrome de l'alcoolisme fœtal. Lejeune *et al* (1997a; 1997b) soulignent qu'à l'avis de nombreux auteurs, les conséquences des opiacés sur le devenir neuropsychologique des enfants de toxicomanes, à long terme, sont davantage liées à leur environnement qu'à l'intoxication intra-utérine. L'*Addiction Research Foundation*, dans un document de *mise au point* (1992), insiste, de son côté, sur le fait que la mère ne devrait pas être considérée comme étant la principale responsable de la santé de son enfant pendant la grossesse. Pour l'*ARF* «...une étude efficace des problèmes associés à la consommation d'alcool et de drogues et à la reproduction doit également s'attarder aux facteurs socio-économiques sous-jacents» (ib., page 69)

En somme, à l'exception de l'alcool pour lequel les effets tératogènes sont bien documentés, les conséquences de l'usage et de l'abus de substances psychoactives sur le fœtus et le bébé sont plus souvent le résultat d'une constellation de facteurs que la conséquence directe de l'exposition aux substances (Poulsen, 1994). Lyons et Rittner (1998) suggèrent d'améliorer nos connaissances sur le contexte social dans lequel vivent les mères cocaïnomanes et leurs bébés, car l'information dont nous disposons à l'heure actuelle découle de données peu discriminantes sur les différentes facettes en cause.

2.6 SITUATION POSTNATALE

«Je ne dis pas que je la veux (ma fille) pour obtenir toutes ces choses matérielles, et tout. Je la veux pour bien plus que ça. Je la veux pour qu'elle soit avec moi tout le temps, chaque fois qu'elle a besoin de moi.»
«Je ne ferais rien qui puisse nuire à mon bébé... elle passe avant tout.»
«La laisser entre les main de quelqu'un d'autre... je ne veux pas que ça arrive. Ca serait aussi mal que de la négliger». (Traductions libres, Taylor, 1993 : 108)

2.6.1 Garde et placement de l'enfant

Aux États-Unis, les indices socio-économiques laissent croire qu'il y a eu une augmentation du nombre d'enfants placés hors foyer en raison de l'usage d'alcool et d'autres drogues par les parents (Tyler *et al*, 1997; Young, 1997a), tendance à la hausse devenue plus évidente entre 1986 et 1991 (Magura et Laudet, 1996).

Les enfants de mères toxicomanes sont effectivement susceptibles d'être confiés à des tiers, suite aux actions formelles des services de protection de l'enfance ou à des ententes informelles prises par les mères lorsqu'elles se sentent incapables de s'occuper d'eux (Young, 1997b). Selon Morris et Schinke (1990), de nombreuses mères toxicomanes seront inévitablement confrontées à l'interruption de l'exercice de leur rôle de mère, que ce soit en raison d'arrestations, d'hospitalisations ou de l'intervention des services de protection de l'enfance.

Par exemple, Haller *et al* (1993) indiquent que bon nombre des 40 toxicomanes en traitement qu'ils ont rencontrées ont vu leurs enfants être placés en raison d'abus ou de négligence maternelle. Behnke *et al* (1997), qui ont comparé des cocaïnomanes enceintes à d'autres femmes enceintes ne faisant pas usage de cocaïne, révèlent que les premières avaient mis au monde plus d'enfants, mais que moins d'enfants vivaient avec elles à la maison. Selon les auteurs, cette situation peut s'expliquer par le fait que plusieurs enfants de consommateurs de cocaïne sont placés hors de leur foyer.

La recherche menée en France par Lejeune *et al* (1997b) sur le devenir de 59 enfants de mères toxicomanes pris en charge en néonatalogie, de 1988 à 1993, apporte des précisions sur les placements initiaux à la naissance et les placements secondaires ultérieurs. Ainsi, à l'issue du séjour en néonatalogie, 69 % des enfants sont sortis avec leur mère, 29 % ont été placés auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), un enfant est décédé. Lors de la période de suivi, en 1994, sur les 17 placements à l'ASE, trois (18 %) étaient toujours en pouponnière, quatre (23,5 %) en famille d'accueil, cinq (29 %) avaient été adoptés, quatre (23,5 %) avaient été pris en charge par leur famille élargie et un seul (6 %) était retourné auprès de sa mère dans sa famille.

Les 56 enfants composant l'échantillon de la période de suivi ont connu en moyenne 1,8 modes de garde différents (de 1 à 5). Les auteurs indiquent que, parmi les enfants qui ont séjourné en pouponnière ou dans leur propre famille, plusieurs ont eu des parcours chaotiques (enlèvements, longues disparitions de leur mère, placements transitoires en urgence). Lors du suivi des 41 enfants sortis avec leur mère, en famille (37) ou en institution mère-enfant (4), 14 ont été secondairement placés (34 %), dont deux en raison du décès de leur mère et 12 d'une aggravation de sa toxicomanie, de sa disparition ou de son incarcération. Dans ces 12 derniers cas, deux mères gravement toxicomanes ont disparu, suite à l'annonce de la séropositivité de leur enfant. 71 % de ces enfants placés secondairement l'ont été avant l'âge d'un an. Lejeune *et al* (1997b) précisent que le groupe de placements secondaires correspond à des conditions médicosociales particulièrement défavorables (36 des mères étaient séropositives, toutes consommaient de l'héroïne à fortes doses intraveineuses, 79 % de mères étaient sans travail, 64 % étaient hébergées ou sans domicile fixe, 21 % étaient incarcérées, 50 % avaient accouché prématurément, et 86 % des pères étaient absents).

Cette constatation voulant que des conditions défavorables puissent être associées au placement des enfants de mères toxicomanes coïncide avec les résultats de Mayes (1995), qui a décrit les facteurs de risque permettant de cibler les mères toxicomanes les plus susceptibles d'abandonner leur enfant. Ainsi, les mères les plus sujettes à céder la garde de leur enfant sont celles qui n'ont pas reçu de soins prénataux, ne démontrent pas d'intérêt pour un programme de traitement, vivent dans l'itinérance, sont sans revenus, s'impliquent peu dans l'hospitalisation du nouveau-né prématuré ou traité pour sevrage, et ont déjà connu le placement d'un enfant. Selon Lejeune *et al* (1997a), le risque de séparation entre la mère toxicomane et son enfant croît si sa toxicomanie a duré longtemps, si elle est plus âgée à l'accouchement, si elle a échoué à un programme de maintien à la méthadone et si ses conditions de vie sont particulièrement défavorables.

Dans un échantillon de mères incarcérées pour conduite avec facultés affaiblies, Goldberg *et al* (1996) ont trouvé des facteurs en corrélation avec le placement des enfants. Celles qui avaient eu un parent alcoolique, qui ont pris soin de leurs enfants alors qu'elles étaient intoxiquées, qui ont été accusées par des proches de ne pas donner à leurs enfants des soins adéquats, de même que celles qui vivaient avec un partenaire toxicomane, étaient plus nombreuses à avoir perdu la garde de leur enfant. Enfin, «l'exposition élevée à l'alcool» (définie comme ayant duré plus de trois ans, avec une dépendance survenue avant l'âge de 13 ans⁴) était la variable la plus fortement corrélée au placement des enfants.

Tyler *et al* (1997) affirment qu'un nombre grandissant d'enfants sont placés dans la famille immédiate. Souvent, les personnes à qui sont confiés ces enfants sont plus âgées, ont plus de problèmes de santé et reçoivent moins de soutien social que les autres familles d'accueil. Ainsi, le placement n'engendre par toujours un meilleur

⁴ La dépendance survenue avant l'âge de 13 ans ne fait pas consensus puisque la définition du DSM-IV implique qu'il s'agit d'un long processus.

environnement, à plus forte raison quand la transmission intergénérationnelle des comportements de toxicomanie entraîne des risques pour les enfants confiés à la garde des proches (Mayes, 1995).

Les femmes qui ont perdu involontairement la garde de leur enfant acceptent moins bien cette situation que les autres (Kearney *et al*, 1994) et manifestent de la colère lorsqu'elles se présentent à un programme de traitement dans l'espoir de renouer les liens rompus (Ewing, 1993). Selon une étude américaine, la perte de la garde du bébé engendre aussi une période de vulnérabilité chez la mère toxicomane. Ce deuil peut produire un fort désir d'être de nouveau enceinte, pour avoir ce que l'auteure désigne comme un «bébé de remplacement». Lors de cette période, les femmes toxicomanes risquent d'augmenter leur consommation et, si elles sont abstinentes, deviennent plus vulnérables à la rechute (Raskin, 1992).

2.6.2 Relations avec le père

Comme nous l'avons déjà souligné, peu d'informations traitent des relations des femmes toxicomanes avec leur partenaire. On ne s'est guère penché sur leur participation à l'éducation des enfants (Mayes, 1995). En fait, les études qui traitent des partenaires insistent davantage sur leur rôle dans la consommation de substances psychoactives.

La collecte de données socio-démographiques, notamment par l'état civil, peut toutefois fournir certaines indications. Notamment, dans l'étude de Zahnd, Klein et Needell (1997), la plupart des femmes enceintes à faibles revenus risquant des problèmes de consommation étaient parent unique (60 %), alors que 17 % étaient mariées et que 3,7 % vivaient avec un partenaire. Sur les 51 femmes toxicomanes ayant participé à l'étude de Lejeune *et al* (1997b), 27 % vivaient en couple au moment de la naissance de leur bébé, 16 % étaient hébergées dans leur famille et 57 % vivaient seules.

Les études de Bendersky *et al* (1996) et de Williams-Petersen *et al* (1994) ont fait des comparaisons entre des femmes enceintes consommant des substances psychoactives et d'autres femmes vivant une grossesse. D'une part, l'étude de Williams-Petersen *et al* (1994) n'observe aucune différence significative entre l'état civil des consommatrices (n=25) et celui des autres femmes enceintes (n=55). Dans cet échantillon, 68 % des consommatrices étaient célibataires, contre 62 % des autres femmes enceintes; 12 % étaient mariées, alors que l'étaient 24 % des femmes du second groupe; 4 % étaient divorcées comparativement à 5 % des autres femmes; et 16 % étaient séparées, par rapport à 9 % chez les non consommatrices. L'étude de Bendersky *et al* (1996), qui a comparé des femmes enceintes abstinentes (n= 139), des femmes enceintes consommant des drogues douces (n= 78) et des femmes enceintes faisant usage de cocaïne (n =104), ne révèle pas de différence dans l'état civil : de 12 % à 14 % des femmes étaient mariées, toutes catégories confondues. Une légère différence a été observée chez les femmes vivant seules : elles étaient 14 % chez les abstinentes, 24% chez les habituées des drogues douces et 23 % chez les usagères de cocaïne. D'autre part, aucune différence n'a

été relevée quant aux femmes vivant avec un partenaire et leurs enfants : on en trouvait 25,5 % dans le premier groupe, 26,5 % dans le second et 20 % dans le troisième. Toutefois, ces études ne précisent pas si le partenaire est le père de l'enfant. Le type de relation qu'entretient avec son partenaire la femme enceinte consommatrice de substances psychoactives y demeure inconnu.

2.6.3 Relations avec l'enfant

➤ *Attachement*

La plupart des recherches ont relevé des difficultés dans les interactions entre les mères toxicomanes et leur enfant, notamment le manque d'implication émotionnelle des mères, le fait qu'elles fixent moins du regard leur nouveau-né (Mayes, 1995), qu'elles réagissent moins à ses signaux et démontrent plus d'impulsivité à son égard (Magura et Laudet, 1996). Ces problèmes d'attachement seraient attribuables à l'exposition intra-utérine aux drogues. Le fait que la période néonatale soit souvent suivie d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né et que la mère en soit séparée en raison de son hospitalisation crée, il va de soi, un obstacle important à l'attachement mère-enfant (Lejeune *et al*, 1997b). Les syndromes de sevrage et les impacts du syndrome de l'alcoolisme fœtal influent sur l'ajustement et la sensibilité réceptive de l'enfant, ce qui peut compromettre le processus d'attachement (Mayes, 1995). De plus, les effets du sevrage, chez le nouveau-né, tels les troubles du sommeil, l'hyperexcitabilité, les cris et les difficultés d'alimentation, peuvent être interprétés par les mères toxicomanes comme une forme de rejet et une preuve de leur incompetence (Lejeune *et al*, 1997b). Redding et Selleck (1993) font état également de rejet occasionné par le fait que l'exposition aux substances psychoactives peut rendre le bébé difficile à consoler. Le fait de vivre avec un bébé difficile, irritable, qui se nourrit peu, dort peu et ne répond guère à sa mère nuit non seulement à l'attachement mère-enfant, mais également aux relations entre les parents (Finnegan, 1994). Les réponses physiques et comportementales de l'enfant exposé aux drogues ont par conséquent un effet déstabilisateur sur la famille (Finnegan, 1994). Les cas de naissances prématurées associés à l'exposition intra-utérine aux drogues constituent une autre forme d'obstacle à l'attachement mère-enfant, les difficultés d'interagir avec ces enfants étant bien documentées (Mayes, 1995). Quand la mère se voit séparée de son enfant, les possibilités de réponses du bébé à l'interaction en sont d'autant diminuées (Lefebvre, 1993).

Outre l'influence de l'exposition intra-utérine sur l'attachement entre la mère toxicomane et son enfant, une autre variable importante est la façon dont la mère perçoit la qualité des soins qu'elle a elle-même reçus dans le passé (Finkelstein, 1996). Les études portant sur les représentations de l'adulte indiquent en effet un lien significatif entre la façon dont une mère voit sa propre histoire et la qualité de son attachement à son bébé (Finkelstein, 1996). De plus, des facteurs associés à l'abus de substances psychoactives tels la comorbidité de problèmes psychiatriques, un

quotient intellectuel peu élevé, le faible niveau de scolarité, de faibles revenus, le manque de contacts entre les enfants et leur père et le manque de ressources psychologiques chez la mère peuvent également affecter l'interaction mère-enfant (Mayes, 1995).

D'autres études ont indiqué que les forts taux d'insécurité dans l'attachement des enfants de mères toxicomanes sont davantage reliés aux conditions de l'environnement qu'aux effets de l'exposition prénatale aux drogues (Mayes, 1995). Ainsi, les enfants de mères toxicomanes qui vivent dans des familles d'accueil ou chez des proches éprouvent moins d'insécurité dans leur l'attachement que ceux qui ont été éduqués par leur mère biologique (Mayes, 1995).

➤ *Abus et négligence*

«J'ai retourné dans la consommation, mais là...c'était un petit peu plus fort, là je venais de connaître une personne (une danseuse) qui faisait de la "free-base". Pis ça me tentait d'essayer ça, tout en disant : «C'est pas ben grave, c'est pas pire que d'essayer n'importe quoi d'autre; moi j'va être capable de contrôler ça.» Ca pas été long, ça pris deux semaines; je suis rentrée un lundi matin, mes enfants étaient dans la maison, y avait pas personne dedans depuis quatre jours que j'étais partie. Fait que là, j'ai dit : "Wow, attends un peu, c'est pas des farces, cette affaire là." Mais je suis rentrée à la maison avec ma cuillère, pis mon "lighter", pis tout le kit pour faire le reste de ma "free-base", dans ma maison, chez nous; pis mes enfants étaient présents. Fait que là j'ai téléphoné au CLSC et je leur ai demandé de l'aide. C'était au mois de novembre ça, l'aide est arrivée au mois de février; là y était pas mal trop tard... C'était fin de semaine par dessus fin de semaine là que mes enfants étaient tout seuls; ma voisine d'en haut était au courant, elle descendait en bas régulièrement, pis en dernier ça avait pu de sens pantoute, pantoute : j'avais même pu une boîte de "Kraft Dinner" dans mon armoire pour mes enfants qui étaient tout seuls, pis mon p'tit gars y avait huit ans, ma fille en avait dix... Pis moi je m'en rendais pas compte de ça pantoute, j'avais des remords... de conscience. À chaque fois que je me réveillais de ça, je me souviens de m'avoir réveillée une fois, levée carré dans le lit : "Qu'est-ce t'as, qu'est-ce que t'as faite?"; t'sé ben mais je me rendormais pis je me regelais; je voyais rien.» (Bibeau et Perrault, 1995 :17)

Aux États-Unis, les dossiers des services de protection de l'enfance indiquent que l'abus de substances psychoactives est l'un des problèmes principaux dans les familles où l'on signale des cas d'abus et de négligence : ce facteur est présent dans 81 % des cas. Aussi, 40 % des cas confirmés de mauvais traitement des enfants impliquent l'usage d'alcool ou d'autres drogues (National Committee to Prevent Child Abuse,

1996). Magura et Laudet (1996) révèlent que, selon les recherches américaines, l'évaluation de la prévalence des cas de négligence liés à de la toxicomanie parentale va de 13 % à 70 %.

Selon plusieurs auteurs, le mauvais traitement des enfants est, en fait, l'une des principales conséquences de l'abus de substances psychoactives chez les femmes enceintes, conséquence qui peut fréquemment conduire à un placement (Anderson, Ronith et Andres, 1997; Magura et Laudet, 1996; Wolock et Magura, 1996). Cependant, la relation entre la consommation excessive d'alcool et la probabilité de mauvais traitements envers les enfants est plus forte lorsque le présumé abuseur est un homme que lorsqu'il est une femme (Lacharité, 1992).

En revanche, aucune étude n'a établi de relation causale directe entre la toxicomanie parentale et l'abus ou la négligence des enfants (Young, 1997b). Cette situation s'explique par le fait que l'abus de substances psychoactives est habituellement associé à d'autres facteurs déterminant l'abus et la négligence, facteurs tels le chômage, la pauvreté, la monoparentalité et les caractéristiques de la personnalité (Young, 1997b). Le *National Committee to Prevent Child Abuse* (1996) indique que les risques d'abus et de négligence augmentent dans les familles monoparentales, vu l'absence d'un conjoint qui pourrait offrir du soutien, assumer sa part des pressions parentales et protéger l'enfant des retombées de la toxicomanie du partenaire.

La mobilisation des ressources financières pour l'achat de drogues peut engendrer des risques de négligence, car elle laisse peu de liquidités pour l'achat de nourriture et de vêtements destinés aux enfants (Brooks *et al.*, 1994; Dore *et al.*, 1996; Magura et Laudet, 1996; Tracy, 1994). Lorsque la toxicomanie est en progression, les problèmes s'accumulent et la vie devient une forme de crise continue. Dans ce contexte de chaos, la planification, et à plus forte raison celle des soins aux enfants, devient secondaire (Ewing, 1993). Cet environnement chaotique et parfois dangereux peut compromettre la sécurité des enfants et la réponse à leurs besoins de base (Grossman et Schottenfendl, 1992). Certaines mères toxicomanes, cependant, cherchent les moyens de mieux répondre aux besoins de leurs enfants tout en leur évitant d'être les témoins directs de leur toxicomanie. Ainsi, elles divisent leur budget, allouant une somme aux besoins de leur famille, une autre à l'achat de drogues, et elles tentent de tenir les enfants à l'écart de leurs activités de consommation (Kearney *et al.*, 1994). Elles peuvent notamment confier leurs enfants à des amis ou à des proches quand elles consomment à l'excès pendant plusieurs jours (Whoodhouse, 1992) ou constatent que leur consommation entrave leurs efforts maternels (Taylor, 1993).

Lacharité a traité des variables de l'impact de l'abus de substances psychoactives sur le bien-être de l'enfant selon un schéma élaboré par Seilhamer et Jacob (1990, cités dans Lacharité, 1992). Cette analyse veut que l'abus de psychotropes ait trois types d'effets sur la relation parent-enfant : ceux découlant de la toxicité des substances (altération des capacités mentales, de l'humeur et du comportement du parent, plus

grande probabilité de troubles physiques et mentaux attribuables à sa dépendance toxique); en second lieu, les effets microsystémiques (difficultés financières, conflit et violence conjugale, isolement social, exercice plus difficile du rôle parental, perturbations des routines quotidiennes et des rituels familiaux, perturbations des interactions entre le parent et les autres membres de la famille); et, enfin, les effets du modèle transmis aux enfants, où la consommation de substances peut devenir la façon par excellence de répondre au stress et de résoudre les conflits.

➤ ***Habilité maternelle***

Selon Lacharité (1992), la consommation de substances psychoactives n'est cependant pas incompatible avec la compétence parentale. Toutefois, des difficultés supplémentaires peuvent surgir pour le parent, car sa toxicomanie exerce une pression considérable sur ses capacités à donner les soins minimaux nécessaires au développement normal de l'enfant.

Certaines études indiquent que les mères toxicomanes ont de la difficulté à comprendre des problématiques liées au développement de leur enfant (Mayes, 1995; Redding et Selleck, 1993). Elles entretiennent des attentes irréalistes auxquelles le bébé ou l'enfant ne peuvent répondre telles, par exemple, le désir qu'ils performant au delà de leurs capacités biologiques et, de ce fait, les voient comme atteints de défauts; aussi, elles vivent cette situation comme un échec (Redding et Selleck, 1993). De plus, comme les demandes de la toxicomanie peuvent nuire à l'exercice de leur rôle de mère, certaines toxicomanes commencent leur vie de mère avec un sentiment de culpabilité et d'échec (Morris et Schinke, 1990). À preuve, certaines ont clairement exprimé leur souffrance quant aux conséquences de leur toxicomanie sur leurs enfants (Whoodhouse, 1992).

Plus précisément, les femmes enceintes qui font usage de cocaïne semblent avoir moins d'estime de soi et être moins à l'aise face à l'idée d'être parent, bien qu'elles croient en leurs habiletés parentales (Behnke *et al*, 1997). En fait, plusieurs mères toxicomanes se perçoivent au départ comme étant de mauvaises mères et cette perception négative de soi est renforcée par les attitudes réprobatrices de la société voulant qu'elles soient irresponsables et immorales (Brooks *et al*, 1994), attitudes dont nous avons relevé la persistance ci-dessus.

Si les substances diffèrent par leurs effets psychologiques sur l'utilisateur, ces effets peuvent, à leur tour, influencer différemment la capacité d'une mère à répondre aux besoins d'un enfant, comme l'a démontré Mayes (1995). Ainsi, les substances telles l'alcool, la marijuana, l'héroïne ou les drogues anxiolytiques comme le *Valium*TM tendent à avoir des effets dépressifs sur l'humeur, alors que les stimulants tels la cocaïne ou les amphétamines augmentent l'activité et contribuent à un sentiment d'euphorie et d'allégresse. Les réponses aux besoins des enfants peuvent en être

altérées : dans le premier cas, par la dépression et le repli sur soi; dans le second cas, par de l'impulsivité et des activités imprévisibles.

Selon le *Child Welfare League of America* (cité dans Young, 1997a), l'habileté de la mère toxicomane à combler les besoins de son enfant peut être compromise par une variété de facteurs : les effets des substances elles-mêmes (qui peuvent atténuer l'attachement, les liens ou les habiletés cognitives des parents, y compris la mémoire, et qui peuvent transformer les modes de pensée et les perceptions); le style de vie chaotique d'une personne toxicomane, qui peut nuire à la constance nécessaire au développement normal de l'enfant; la diminution des ressources (financières, émotionnelles et temporelles); ou la comorbidité de symptômes de santé mentale et de violence.

Selon Grossman et Schottenfeld (1992), l'histoire des mères toxicomanes, les expériences qu'elles ont vécues lors de leur enfance et le milieu social dans lequel elles vivent actuellement constituent d'autres facteurs qui influencent l'habileté maternelle et la relation mère-enfant. Ainsi que nous l'avons noté précédemment, plusieurs mères toxicomanes désirent que leurs enfants vivent une meilleure enfance que la leur (Mayes 1995). Or, le style de vie des toxicomanes, souvent instable, leurs conditions de vie précaires (Magura et Laudet, 1996; Tracy, 1994) et le manque de soutien (Tracy, 1994) peuvent avoir des conséquences sur leurs habiletés maternelles. Par exemple, certaines d'entre elles estiment que leurs conditions socio-économiques ont été des obstacles insurmontables dans leur vie de mère, nuisant même au maintien de l'enfant dans sa famille d'origine (Kearney *et al*, 1994).

Certaines études indiquent que les mères toxicomanes voient la maternité comme étant leur but ultime dans la vie et définissent leur féminité par l'efficacité avec laquelle elles assument cette responsabilité (Morris et Schinke, 1990). Selon Kearney *et al* (1994), lorsqu'elles ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs maternels, elles peuvent éprouver de la détresse émotionnelle. Ces mères évaluent leur bien-être et celui de leurs enfants en fonction de trois critères interreliés : la garde de l'enfant, leur identité de mère et leur perception du bien-être des enfants. Selon cette étude, en outre, certaines d'entre elles réévaluent leurs objectifs de mère quand elles reconnaissent elles-mêmes leurs déficiences, constatent que les actions ou les paroles de l'enfant reflètent une influence inadéquate ou sont en présence d'un individu ou d'une agence qui met en doute leurs capacités maternelles (Kearney *et al*, 1994).

2.7 CONCLUSION

Pour conclure sur l'expérience de la maternité, on retiendra que les femmes toxicomanes accueillent différemment la perspective d'une maternité : certaines y voient une forme de salut, d'autres craignent de ne pas être à la hauteur. Plusieurs se sentent jugées et ne recourent pas aux soins prénataux qui amélioreraient leurs chances de vivre une grossesse saine. Certaines tentent

de modifier leur consommation, mais la littérature démontre que leurs conditions de vie sont souvent difficiles et ne favorisent pas de tels changements. Ces conditions de vie constituent par ailleurs des facteurs qui interagissent avec leurs habitudes de consommation lors de la grossesse, et il est difficile de départager les relations entre chacune d'elles et les complications obstétricales ou les effets nocifs des substances sur le fœtus et le nouveau-né. Ce sont encore ces conditions de vie qui, conjuguées aux différentes difficultés associées à la naissance d'un enfant après une grossesse dite «à risque», mettent souvent en péril la qualité de la relation mère-enfant, et même la capacité des mères à conserver la garde de leur enfant. Malgré de nombreuses informations qui tendent à critiquer le potentiel de ces mères ou leurs seules possibilités de bien assumer leur rôle, les lacunes importantes dans les connaissances actuelles laissent aussi entrevoir qu'on pourrait certes proposer d'autres interprétations, et qu'on a sans doute amplifié les effets néfastes encourus par les enfants en gestation. Aussi, les perspectives visant à prévenir ou à contrer ces effets ne nous paraissent pas avoir été suffisamment développées ni même documentées jusqu'à présent.

2.8 FAITS SAILLANTS

- Chez de nombreuses femmes consommatrices d'alcool ou d'autres drogues, la grossesse est un événement non planifié. Certaines d'entre elles font le choix de la poursuivre, mais un certain nombre le font parce qu'elles ont trop tardé à recourir à un avortement.
- Pour certaines femmes toxicomanes, la maternité peut apparaître comme l'une des seules carrières possibles. Par ailleurs, les études recensées font ressortir que, d'une part, les femmes souhaitent être de bonnes mères mais que, d'autre part, le poids des responsabilités maternelles et le sentiment de culpabilité résultant de leur habitude suscite chez elles de l'ambivalence. L'enfance difficile de plusieurs leur ferait craindre d'être incompétentes ou de répéter leur propre histoire avec leurs enfants. Pourtant, selon certains auteurs, leurs attitudes et leurs attentes à l'égard de la maternité seraient comparables à celles des autres femmes.
- Tout porte à croire que la consommation de drogues et d'alcool pendant la grossesse serait en diminution (aux E.U.) et que l'alcool serait la substance consommée le plus fréquemment. La prévalence reste cependant très difficile à établir. Au moment de la grossesse, bon nombre de femmes tentent de diminuer ou de cesser leur consommation, certaines devant prendre une distance avec leur milieu habituel de vie pour pouvoir y arriver.
- Les toxicomanes enceintes font peu usage des soins prénataux et ont de la difficulté à développer des relations de confiance avec les professionnels(les). Cette situation qui rejoint

celle d'autres clientèles marginales augmente leurs possibilités d'encourir des risques. Or, les complications obstétricales associées à la consommation de substances psychoactives sont nombreuses, ce qui accentue le besoin d'un suivi médical.

- Les conséquences de la consommation de substances psychoactives sur le fœtus sont difficiles à évaluer, notamment parce que les informations dont on dispose sur le sujet ne sont pas discriminantes. Il est en effet difficile de mesurer les effets spécifiques des drogues comme il l'est d'arriver à identifier le rôle des autres facteurs qui découlent ou se conjuguent avec la consommation de substances psychoactives.
- Les enfants de femmes toxicomanes sont souvent placés hors de leur foyer. Les cas les plus fréquents se produisent lorsque d'autres conditions néfastes sont présentes, telle l'absence d'intérêt pour un programme de traitement, l'absence de revenus, etc. La perte de la garde d'un enfant peut susciter des réactions négatives chez les mères, dont l'augmentation de la consommation de substances psychoactives.
- Bon nombre d'études relèvent des difficultés dans l'attachement mère/enfant, difficultés dues notamment aux conséquences du sevrage chez le nouveau-né. On a identifié l'histoire personnelle des femmes ainsi que les conditions environnantes comme des facteurs pouvant influencer leur expérience en tant que mères.
- Selon plusieurs auteurs, le mauvais traitement des enfants est l'une des principales conséquences de l'abus de substances psychoactives, quoiqu'aucune étude n'ait pu établir de relation causale directe. Le bien-être et la sécurité des enfants peuvent être mis en jeu dans un environnement chaotique associé à la toxicomanie. Par ailleurs, on a relevé des stratégies auxquelles recourent des femmes pour éviter de faire subir à leurs enfants les conséquences de leur consommation.
- Les facteurs identifiés dans la littérature comme pouvant compromettre la capacité des mères toxicomanes de prendre soin adéquatement de leurs enfants sont nombreux : ils tiennent de la consommation comme telle, des attitudes des femmes elles-mêmes qui sont influencées par des préjugés sociaux, de leurs expériences personnelles antérieures, etc.
- Enfin, les lacunes dans les connaissances au chapitre de l'expérience de la maternité sont particulièrement importantes. La complexité de celle-ci et la conjugaison de nombreuses conditions psychologiques, sociales et économiques dans le façonnement de l'expérience de la grossesse comme dans celui de la relation mère/enfant rendent particulièrement hasardeuse toute tentative de généralisation.

C *HAPITRE 3 : LES MÈRES TOXICOMANES QUI PRÉSENTENT UNE PROBLÉMATIQUE ASSOCIÉE*

«Quelquefois, quand je prends des drogues et que je bois ma bière ou que je fume ma marijuana, ça m'aide. Ça soulage mon esprit. J'ai des douleurs en dedans de moi, j'ai été blessée mentalement, physiquement et j'ai trouvé que ça faisait disparaître la douleur.» (Traduction libre, Pursley-Crotteau et Stern, 1996 : 358)

3.1 MÈRES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les personnes clés que nous avons consultées ont insisté sur la présence de problèmes de santé mentale chez bon nombre de mères toxicomanes, fait qui préoccupe instamment les milieux d'intervention.

3.1.1 Dépistage

Les troubles mentaux chez les toxicomanes enceintes seraient souvent sous-diagnostiqués par les professionnels(les) des soins de santé et des services offerts dans le domaine des toxicomanies, comme le souligne Grella (1996). L'évaluation de la santé mentale de ces femmes serait en effet rendue plus complexe par la présence de maux communs et normaux associés à la grossesse, tels l'anxiété, l'agitation, la perte d'énergie, l'angoisse et l'insomnie. Quant à lui, Jessup (1996) précise qu'on peut retrouver, d'une part, une erreur de diagnostic ou l'absence de diagnostic des troubles mentaux chez les toxicomanes enceintes et, d'autre part, une erreur de diagnostic ou l'absence de diagnostic des problèmes de toxicomanie chez les femmes présentant des troubles mentaux. Il semble, en effet, qu'il y ait un problème quant à la façon dont ces femmes sont diagnostiquées.

3.1.2 Types de pathologies trouvées

L'abus de drogues et les problèmes mentaux apparaissent chez les femmes surtout entre 25 et 34 ans, et la majorité des doubles diagnostics surviennent au moment où les femmes ont leurs enfants (Grella, 1997). Selon la recension des écrits de Zweben (1996), les problèmes psychiatriques les plus prévalents chez les femmes, en général, sont la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, les désordres de personnalité limite et les problèmes liés à l'alimentation. Dans le cas des toxicomanes enceintes, les troubles mentaux les plus fréquemment mentionnés sont les dépressions majeures, les troubles d'anxiété, les troubles de la personnalité et la schizophrénie (Grella, 1997).

Dans l'échantillon des 40 toxicomanes enceintes ou nouvelles mères en traitement qui ont participé à l'étude de Haller *et al* (1993), on a relevé une présence élevée de symptômes psychologiques et de problèmes psychiatriques. En effet, 18 d'entre elles, soit 45 %, avaient reçu un diagnostic de comorbidité en fonction de l'Axe I, et 30 d'entre elles, soit 75 %, en fonction de l'Axe II. Ainsi, parmi les troubles de l'Axe I diagnostiqués à l'aide du *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)* et du *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*, les problèmes dépressifs étaient les plus communs (28 % selon le *SCID* et 32 % selon le *MCMI-II*), suivis de l'anxiété généralisée (8 % selon le *SCID* et 14 % selon le *MCMI-II*). Au niveau des troubles de l'Axe II, la personnalité antisociale était le diagnostic prédominant (62%), suivie des cas limites (22 %), de la paranoïa (19 %) et de la dépendance (19 %).

L'étude de Smith *et al* (1992) a comparé les symptômes psychiatriques trouvés chez un échantillon de 45 cocaïnomanes enceintes ou nouvelles mères, toutes en traitement pour toxicomanie, aux symptômes d'un groupe équivalent de 50 femmes non traitées. Cette étude dresse un portrait de la santé mentale de ces femmes à l'aide de l'*Addiction Severity Index (ASI)* et du *Psychiatric Symptom Checklist-90R (SCL-90)*. Les femmes toxicomanes en traitement présentaient davantage de symptômes psychiatriques : dépression (51 % vs 29 %), anxiété (49 % vs 27 %) et idées suicidaires (20 % vs 2,2 %).

Certains auteurs estiment que l'anxiété chronique et la dépression sont le résultat combiné de conditions préalables et de l'usage de drogues (Finnegan, 1994). L'impression d'être sans valeur, la faible estime de soi, l'anxiété et la dépression souvent signalées dans les études traitant des femmes toxicomanes ont pu être aggravés par l'abus chronique de substances psychoactives (Mayes, 1995). Pour ce qui est des conditions préalables, Jessup (1996) indique que, chez les femmes toxicomanes, les expériences traumatiques sont fréquentes et peuvent conduire à l'abus de psychotropes, à des troubles somatiques et à des problèmes de personnalité limite. Ces traumatismes, qui peuvent avoir été vécus lors de l'enfance ou de la vie adulte, semblent influencer sur les risques de toxicomanie, voire y contribuer (Jessup, 1996). Ainsi, les femmes chez qui on avait diagnostiqué une toxicomanie ou des problèmes de santé mentale, avaient des antécédents dans leur faible estime de soi, leur relation avec leur mère, dans le fait d'avoir été séparées de leurs parents à un jeune âge, dans les soins inadéquats ou l'abus subis pendant leur enfance (Mallouh, 1996). Ajoutons que les femmes ayant un double diagnostic de toxicomanie et de problèmes de santé mentale seraient plus nombreuses à avoir souffert d'abus physiques ou sexuels pendant leur enfance que les femmes ayant des problèmes marqués de santé mentale, mais n'étant pas toxicomanes (Alexander, 1996) et on peut émettre l'hypothèse que la prise de produits augmente la prévalence de cette comorbidité.

3.1.3 Risques d'abus et de négligence

Mallouh (1995) souligne que les toxicomanes enceintes atteintes dans leur santé mentale peuvent avoir de la difficulté à se préparer adéquatement à une relation d'attachement avec l'enfant à naître. Selon la recension des écrits réalisée par Mayes (1995), la

psychopathologie maternelle coexistant avec la toxicomanie contribuerait à des détériorations plus importantes de l'interaction mère-enfant que celle qu'on peut observer chez les parents qui n'abusent pas de psychotropes ou chez les parents qui sont toxicomanes, mais ne présentent pas de symptômes psychiatriques. Ces femmes se percevraient négativement dans leur rôle de mère ou démontreraient des attitudes négatives dans l'éducation de leur enfant. Lorsqu'elles sont également en état d'intoxication, les soins et l'attention donnés à l'enfant en sont affectés (Mallouh, 1996).

En conséquence, certains auteurs insistent sur les risques d'abus et de négligence qui guettent les enfants de mères souffrant de toxicomanie et d'atteinte à la santé mentale (Mallouh, 1996; Morris et Schinke, 1990). En fait, l'abus des enfants peut être un problème plus important chez les mères qui ont vécu des traumatismes psychologiques (la violence entraînant la violence), alors que la négligence peut être davantage le fait des mères qui souffrent de dépressions sévères ou vivent en dehors de la réalité (Buckner, Bassuk et Zima, 1993).

3.2 MÈRES PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE DÉLINQUANCE

Les mères toxicomanes judiciairisées constituent une population peu étudiée. La recension des écrits a répertorié quelques études qui se sont attaquées à cette double problématique, mais une bonne partie de l'information présentée provient d'études auprès de femmes détenues qui n'ont pas nécessairement tenu compte de l'aspect maternité. Par ailleurs, puisque ces femmes sont, pour la plupart, en âge de se reproduire (entre 30 et 35 ans), nous avons utilisé ces études en posant l'hypothèse que certaines de leurs données conviennent aux femmes qui sont des mères.

3.2.1 Profils de consommation

L'étude de Baldwin *et al* (1995) est l'une des seules à avoir abordé la question de la consommation de substances chez les mères délinquantes. À partir d'un échantillon de 390 femmes américaines toxicomanes arrêtées, dont 49 étaient enceintes, les auteurs ont pu comparer les modèles de consommation. Ils n'ont pas trouvé de différences entre les femmes enceintes et les autres prisonnières, sinon que les premières semblaient avoir réduit la fréquence de leur consommation. Par ailleurs, 60 % des femmes s'étaient injecté des drogues au cours des six mois précédents et plus de la moitié de celles-ci avaient partagé des seringues lors de l'injection.

3.2.2 Comportements à risque

Les études québécoises sur les femmes détenues font état de taux de séropositivité plus élevés chez elles que chez les hommes incarcérés (Dufour *et al*, 1996; Hankins *et al*, 1994; Rothon *et al*, 1994; Service correctionnel du Canada, 1994; Singleton *et al*, 1991; Vlahov *et al*, 1991). Ainsi, l'étude québécoise de Dufour *et al* (1996) indique une

prévalence de 8 % du VIH chez les femmes détenues. Dressant une comparaison, ces auteurs concluent que la séroprévalence n'est que de 2 % chez les hommes incarcérés dans la même région (Dufour *et al*, 1996). Ces résultats sont semblables à ceux obtenus ailleurs au Canada (Rothon *et al*, 1994) et aux États-Unis (Singleton *et al*, 1991; Vlahov *et al*, 1991). L'étude de Guyon *et al* (accepté pour publication) auprès de 73 femmes incarcérées, dont plus de 34 % étaient toxicomanes, montre un lien évident entre l'exposition à des problèmes graves de santé et les trajectoires déviantes, puisque les détenues toxicomanes cumulent un nombre particulièrement élevé de comportements à risque, autant dans leurs modes de consommation de substances que dans leurs pratiques sexuelles. Bien que ces auteurs aient pu démontrer qu'un lien existe effectivement entre la prostitution et les comportements à risque, ce type de délit ne peut, à lui seul, rendre compte de la situation. Le lien entre la consommation d'alcool ou de drogue, la précocité de cette consommation et les comportements sexuels à risque doit aussi être pris en considération. Les résultats de l'étude actuelle montrent que la toxicomanie est associée à une plus grande prévalence de comportements à risque, indépendamment de la prostitution. Celle-ci constituerait, en fait, un risque supplémentaire.

3.2.3 *Types de délits*

«À un moment donné, je ne pouvais plus me contenter du vol à l'étalage pour payer ma drogue parce que j'étais passée au "smack". Puis, je connaissais une couple de filles qui travaillaient dans la prostitution. Alors j'ai commencé la prostitution avec elles et j'ai trouvé que c'était plus facile pour ma drogue.» (Traduction libre, Taylor, 1993 : 72)

Chez les femmes américaines, les délits liés aux drogues représentent la principale cause d'incarcération, leur taux d'accusation étant plus élevé que chez les hommes : on trouve 32 % de condamnations chez les femmes, comparativement à 30 % chez les hommes (Kaplan et Sasser, 1996). En fait, lors de la dernière décennie, on a pu observer une augmentation du nombre de femmes américaines arrêtées pour des infractions de natures diverses, plus particulièrement les délits liés aux drogues (Wellisch, Anglin et Prendergast, 1993). Et, contrairement aux hommes en détention, les infractions non violentes constituent la majorité des accusations chez les femmes (Thompson et Harm, 1995; Wellisch, Anglin et Prendergast, 1993).

Au Québec, l'étude de Guyon *et al* (acceptée pour publication) permet de constater que l'implication criminelle des toxicomanes incarcérées se différencie, sous plusieurs aspects, de la trajectoire délinquante des autres détenues. Les premières ont un passé criminel plus lourd, ayant été plus fréquemment arrêtées et condamnées pour vol, fraude, voies de fait, infractions sexuelles (prostitution) et méfaits. Elles étaient plus jeunes au moment de leur première arrestation, de leur première condamnation et de leur incarcération. La criminalité de ces toxicomanes incarcérées est en fait plus précoce; celles-ci ayant commis leur premier geste délinquant à l'âge moyen de 17,6 ans, alors que c'est à 21,7 ans d'âge moyen que les femmes non toxicomanes ont commencé leurs

délits. Contrairement aux tendances des femmes américaines, les toxicomanes québécoises n'ont pas été judiciairisées plus fréquemment que les femmes incarcérées pour trafic de drogues, ce qui peut s'expliquer, selon les auteurs, par la prédominance des hommes dans ce type d'activités. La trajectoire délinquante de ces toxicomanes incarcérées démontre que la moitié d'entre elles ont déjà été arrêtées pour des infractions reliées à la prostitution, soit deux fois plus que les femmes qui ne présentent pas de profil toxicomane. En ce qui a trait à la consommation de substances psychoactives chez les détenues de l'échantillon, les auteurs précisent que la cocaïne est la substance de choix, suivie de l'alcool, du cannabis et d'autres sédatifs, hypnotiques et tranquillisants. La précocité de l'initiation de ces femmes à la consommation est également à retenir, la première consommation d'inhalants ayant eu lieu en moyenne à l'âge de 13,2 ans, la première consommation d'alcool à 13,7 ans et de cannabis à 14,8 ans.

Deux études ont porté plus particulièrement sur les femmes enceintes ou les nouvelles mères incarcérées (Baldwin *et al.*, 1995; Haller *et al.*, 1993). Dans les deux cas, les infractions reliées aux drogues (possession ou revente) venaient en premier lieu. Par ailleurs, les femmes enceintes étaient moins nombreuses à avoir été arrêtées pour prostitution que les autres délinquantes.

La recherche ethnographique de Taylor (1993) apporte une information intéressante sur l'implication criminelle d'un échantillon de femmes toxicomanes faisant usage de drogues par voie intraveineuse. L'auteure démontre que la majorité des femmes qui ont été impliquées dans des vols auraient commis ces délits auprès de membres de leur famille, dans des centres de traitement et, en fait, partout où elles le pouvaient. La vente de drogues ne semble pas leur apporter un revenu important et celles qui ont été impliquées dans ce commerce en tireraient surtout une satisfaction liée au fait d'avoir pu développer et utiliser des habiletés d'entrepreneurship, habiletés qui ne sont pas renforcées dans les sphères légales. Par la vente de drogues, certaines femmes ont pu accéder à une indépendance financière et à des biens matériels auxquels elles n'ont pas accès de façon licite. Chez d'autres, ce commerce illégal n'a été qu'une façon de subvenir à leur consommation, sans générer de transactions financières. L'auteure note que la prostitution ne joue qu'un rôle mineur dans le financement de leur consommation, celles qui se sont prostituées l'ayant fait uniquement lorsque les autres moyens de défrayer leur consommation n'étaient plus suffisants. Les consommatrices de drogues injectables qui se sont impliquées dans la prostitution trouvaient cette activité dégradante et consommaient des drogues afin de surmonter leur dégoût et les difficultés émotionnelles liées à leur travail. Bref, en dépit de la croyance populaire, l'ensemble des écrits corrobore que la prostitution n'est pas le délit le plus commun chez les femmes toxicomanes. Selon Brochu (1995), il s'agit souvent d'une activité ponctuelle que les femmes auront tenté d'éviter dans leur recherche des possibilités de subvenir à leur consommation. Chez les femmes toxicomanes, en fait, on note plutôt une tendance vers la délinquance non spécialisée et circonstancielle (Hser, Chou et Anglin, 1990, cité dans Brochu, 1995).

3.2.4 Responsabilités parentales

Les études américaines indiquent que la majorité des mères incarcérées sont des mères célibataires et que 70 % d'entre elles avaient la garde de leurs enfants avant d'être emprisonnées, alors que ce n'est le cas que chez 50 % des pères incarcérés (Kaplan et Sasser, 1996; Wellisch, Anglin et Prendergast, 1993). Lorsque les mères sont emprisonnées, les enfants se retrouvent en général chez leurs grands-parents, très peu chez leur père ou en foyer d'accueil. Cette séparation mère-enfant constitue une grande difficulté dans le développement du rôle maternel, d'autant plus que les visites des enfants à leur mère peuvent être rares en raison de la désapprobation de la famille, de leur distance ou de leur peur du lieu carcéral (Thompson et Harm, 1995). Cependant, les mères qui avaient la garde de leurs enfants avant leur emprisonnement semblent surmonter cette difficulté supplémentaire et se préoccupent manifestement d'eux : leurs enfants leur manquent, elles s'inquiètent de leur bien-être et comptent s'en occuper à nouveau à leur libération, ce qu'elles font souvent, d'ailleurs (Thompson et Harm, 1995).

Mayes (1995) rapporte que leur consommation de drogues illicites rend les mères plus susceptibles d'être arrêtées et incarcérées de façon répétée, ce qui les expose à être séparées de leurs enfants. Ces derniers risquent non seulement d'être placés, mais aussi d'adopter davantage des styles de vie déviants, quand ils sont exposés aux comportements criminels de leur mère (Dore *et al.*, 1996). En effet, les enfants accompagnent souvent leurs parents toxicomanes quand ils commettent des crimes tels le vol, la vente de drogues ou la prostitution; qui plus est, ils peuvent être «utilisés» comme véritables partenaires.

3.3 FAITS SAILLANTS

- Les troubles mentaux sont souvent sous-diagnostiqués chez les toxicomanes enceintes; leur évaluation est rendue plus complexe par la présence de symptômes que l'on peut associer à la toxicomanie elle-même.
- Les troubles mentaux les plus souvent associés à la grossesse, chez la toxicomane, sont: la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, les désordres de la personnalité limite et les problèmes liés à l'alimentation. On retrouve très souvent des expériences traumatiques antérieures à la toxicomanie et à l'apparition des troubles mentaux tels des abus, des négligences ou des abandons subis pendant l'enfance.
- Les mères toxicomanes délinquantes sont particulièrement impliquées dans des délits reliés aux drogues ou dans des vols simples. Vu leurs activités criminelles, elles risquent davantage que les autres d'être séparées de leurs enfants ou de les faire participer à leurs délits.

CHAPITRE 4 : BESOINS DES MÈRES ET ACCESSIBILITÉ AUX RESSOURCES

«Je lui ai dit : "Comment peux-tu rester assise là et me dire que des gens dans un bureau font une réunion pour m'enlever mon enfant quand ils ne savent pas qui je suis ou ce que je serai dans le futur?"» (Traduction libre, Taylor, 1993 : 117)

4.1 NATURE DES BESOINS PARTICULIERS

Compte tenu de leurs conditions de vie, les toxicomanes enceintes et mères ont des besoins concrets et spécifiques. D'après la recherche de Marcenko *et al* (1994), les toxicomanes ont davantage besoin de transport, d'hébergement, de nourriture, de soins de santé, de vêtements et de sécurité que les autres femmes enceintes. Quand elles ont des enfants à charge, la réponse à ces besoins est souvent hors de portée (Miller et Hyatt, 1992). À cet égard, Magura et Laudet (1996) précisent que, de manière générale, les difficultés des femmes à combler les besoins de base des enfants sont plus importantes que celles qu'éprouvent les hommes dans la même situation. Comme nous l'avons indiqué dans les sections précédentes, cette situation peut s'expliquer par le peu d'appui (social ou familial) et les maigres ressources personnelles et financières dont elles disposent (Haller *et al*, 1993). L'abus de substances psychoactives n'est pas le fait exclusif des femmes enceintes des classes sociales défavorisées, mais ces dernières ont des besoins plus complexes en raison de leur manque de soutien social et économique (Jansson *et al*, 1996; Miller et Hyatt, 1992). Selon les écrits américains recensés et les intervenants(es) québécois(es) que nous avons rencontrés(es), ces femmes doivent avoir accès à des ressources et des ouvertures financières, à la formation scolaire et professionnelle et à du soutien dans la recherche d'emploi (Ewing, 1993; Finkelstein, 1994; Klein et Zahnd, 1997; Magura et Laudet, 1996; Pursley-Crotteau et Stern, 1996).

Comme plusieurs auteurs le soulignent, les mères toxicomanes ont besoin de gardiennage (Brindis *et al*, 1997a; Ewing, 1993; Finkelstein, 1994; Gustavsson et Rycraft, 1992; Klein et Zahnd, 1997; Smith *et al*, 1992). Elles devraient aussi obtenir de la formation pour améliorer leurs compétences et habiletés parentales (Ewing, 1993; Finkelstein, 1994; Klein et Zahnd, 1997; Luthar et Walsh, 1995; Magura et Laudet, 1996; Peterson, Gable et Saldana, 1996; Wellisch, Perrochet et Anglin, 1997) car certaines d'entre elles ont des difficultés à prendre soin de leurs enfants, ce qui augmente l'incidence de négligence, d'abus et de placements en famille d'accueil (Magura et Laudet, 1996). Pour les mêmes raisons, les mères toxicomanes doivent avoir accès à des services qui les stimulent à avoir des interactions saines avec leurs enfants, et suscitent en elles des comportements maternels plus adéquats (Gottwald et Thurman, 1994; Grossman et Schottenfeld, 1992; Thurman et Berry, 1992). Elles ont également besoin d'appui pour mousser

leur confiance en leurs propres talents maternels (Lewis, Klee et Jackson, 1995; Thurman et Berry, 1992).

Par ailleurs, le passé et le quotidien propres aux toxicomanes mères ou enceintes nécessitent des réponses particulières. Pendant leur enfance, ces femmes ont subi de mauvais traitements (Luthar et Walsh, 1995; Magura et Laudet, 1996; Mejta et Lavin, 1996) et des abus sexuels (Daley et Argeriou, 1997; Ewing, 1993; Ingersoll, Dawson et Haller, 1996; Klein et Zahnd, 1997; Luthar et Walsh, 1995; Thompson et Knigree, 1998). Elles vivent des relations abusives et subissent la violence de leur partenaire (Brindis *et al*, 1997b; Gustavsson et Rycraft, 1992; Luthar et Walsh, 1995; Magura et Laudet, 1996). Elles connaissent aussi des problèmes de santé mentale (Brindis *et al*, 1997b; Gustavsson et Rycraft, 1992; Ingersoll, Dawson et Haller, 1996; Killeen, Brady et Thevos, 1995; Luthar et Walsh, 1995; Magura et Laudet, 1996), adoptent des comportements criminels (Brindis *et al*, 1997b), des comportements négatifs renforcés de génération en génération (Brindis *et al*, 1997b) et présentent des problèmes d'itinérance (Magura et Laudet, 1996; Wheeler, 1993), comme nous l'avons déjà indiqué. En outre, les toxicomanes mères ou enceintes qui souffrent de maladies chroniques et ont été exposées à la tuberculose, aux hépatites et au VIH par leur consommation intraveineuse doivent également recevoir des soins spécifiques à leur condition (Ingersoll, Dawson et Haller, 1996). Selon certains auteurs, elles nécessiteraient des conseils en fait de contraception pour pouvoir prendre des décisions plus éclairées à ce sujet (Lewis, Klee et Jackson, 1995).

La réadaptation de ces femmes exige nettement plus que le traitement classique de leur toxicomanie (Wellisch, Perrochet et Anglin, 1997b). Mais leurs déficits fonctionnels, leurs problèmes économiques et psychologiques font en sorte qu'elles sont difficiles à retenir en traitement ou à intéresser à la réadaptation (Daley et Argeriou, 1997; Grossman et Schottenfeld, 1992). En conséquence, un traitement efficace et vraiment adapté à elles doit considérer l'ensemble des problèmes qu'elles vivent (Ingersoll, Dawson et Haller, 1996). En fait, tant qu'on ne comblera pas les besoins psychologiques, émotionnels et économiques des mères toxicomanes, les efforts pour améliorer leurs compétences parentales risquent d'achopper (Luthar et Walsh, 1995).

4.2 RESSOURCES À DÉGAGER

Lorsque les toxicomanes enceintes ont recours à des soins prénataux, l'équipe obstétricale peut évaluer leur consommation et mieux planifier les soins à donner à la mère et au fœtus (Thurman et Berry, 1992). Comme nous l'avons indiqué, cependant, la majorité des toxicomanes enceintes ne souscrivent à ces soins ou n'y recourent que tardivement, et cette tendance réduit les possibilités d'intervention précoce (Jansson *et al*, 1996). Selon Wheeler (1993), les médecins de famille, qui ont établi un lien et une relation thérapeutique avec les toxicomanes enceintes et leur famille, peuvent également être ceux qui diagnostiquent, traitent et motivent ces femmes.

Outre les soins prénataux et les visites médicales, les différentes ressources de la communauté peuvent fournir bien des services aux toxicomanes mères et enceintes. Ces dernières pourraient ainsi avoir recours aux services sociaux, aux organismes communautaires, aux programmes de traitement de la toxicomanie, ou aux programmes de santé mentale.

4.2.1 *L'utilisation des services*

Aux États-Unis, plusieurs milliers de femmes enceintes ont besoin d'un traitement pour leur toxicomanie, mais seulement 5 % à 10 % d'entre elles en bénéficient et rarement dans le cadre d'un programme abordant leurs besoins spécifiques (Magura et Laudet, 1996; Messer, Clark et Martin, 1996). Au mieux, la recension faite par Grossman et Schottenfeld (1992) établit ce taux à 11 %. On peut donc dire que le nombre de toxicomanes enceintes qu'on a pu relever dépasse de loin les possibilités d'accueil des organismes ou institutions qui pourraient satisfaire leurs besoins (Hutchins, 1997).

La grossesse et la maternité procurent pourtant des moments d'introspection qui pourraient amener ces femmes à chercher un traitement (Anderson, Ronith et Andres, 1997; Miller et Hyatt, 1992). Le seul fait de constater qu'elle n'est pas la mère qu'elle voudrait être pour ses enfants est l'une des motivations qui peut inciter une femme à chercher de l'aide pour ses problèmes de toxicomanie (Morris et Schinke, 1990). Les pressions externes peuvent également conduire les mères toxicomanes à participer à un programme de traitement. Par exemple, l'étude de Carten (1996) révèle que, si la plupart des 20 mères référées à un programme de réadaptation pour leur toxicomanie ont d'abord considéré cette référence comme injuste et intrusive, la peur de perdre leur enfant a, en revanche, constitué une pression externe assez importante pour qu'elles poursuivent le programme de traitement.

D'autre part, si le climat américain d'intolérance à la drogue a créé le mythe selon lequel les femmes qui prennent de la cocaïne lors de leur grossesse ne sont pas préoccupées par l'enfant à naître, des résultats de recherches abondent pour indiquer le contraire. Par exemple, l'étude de Pursley-Crotteau et Stern (1996) démontre que des inquiétudes à l'égard de leur bébé peuvent motiver suffisamment ces femmes pour qu'elles changent leur style de vie chaotique. Au cours de la grossesse, la motivation de la femme toxicomane étant élevée, il s'agit donc d'une période privilégiée pour tenter d'améliorer la santé de la femme enceinte et de l'enfant à naître (Redding et Selleck, 1993). En ce sens, une étude récente explorant l'influence de la grossesse sur l'utilisation des services de traitement par des toxicomanes en désintoxication révèle que ces dernières reçoivent davantage d'aide thérapeutique que les toxicomanes n'étant pas enceintes (Daley, Argeriou et McCarty, 1998). Lorsque ces auteurs ont examiné le type de services qu'ont utilisé les femmes enceintes, ils ont observé qu'elles étaient davantage portées à recevoir des traitements résidentiels et des traitements à la méthadone que les femmes n'étant pas enceintes, mais qu'elles étaient également plus nombreuses à être réadmisées en cure de désintoxication, laissant entrevoir que plusieurs ont repris leur consommation d'alcool et d'autres drogues. Ainsi, bien que la période prénatale puisse constituer un moment

d'optimisme pour la naissance prochaine de l'enfant et la réadaptation, la grossesse peut également représenter une source de stress et des difficultés pour plusieurs femmes, particulièrement pour celles qui ne sont pas en mesure de faire face aux pressions supplémentaires qu'elle entraîne (Daley, Argeriou et McCarty, 1998).

4.2.2 *Barrières à l'utilisation*

L'écart entre le nombre de femmes enceintes qui nécessitent une intervention en toxicomanie et le nombre de celles qui en reçoivent effectivement peut s'expliquer, entre autres, par les nombreux obstacles auxquels sont confrontées ces femmes pour accéder aux ressources (Luthar et Walsh, 1995).

Selon les études américaines consultées, le premier obstacle qui les attend est la nature même des services de réadaptation, qui auraient été conçus pour les hommes, et ne seraient pas orientés vers les besoins spécifiques des femmes (Azzi-Lessing et Olsen, 1996; Brooks *et al*, 1994; Dvorchak *et al*, 1995; Finkelstein, 1994; Gustavsson et Rycraft, 1992; Jansson *et al*, 1996; Metsch *et al*, 1995; Peterson, Gable et Saldana, 1996; Rudiger, 1992; Wheeler, 1993). Bien qu'en règle générale, les femmes recherchent davantage de l'aide pour leurs problèmes personnels ou familiaux et qu'elles recourent davantage aux services médicaux et sociaux que les hommes, il apparaît qu'en toxicomanie, plusieurs programmes conçus pour une clientèle masculine ne sont pas encore véritablement adaptés à la réalité particulière des femmes (Klein et Zahnd, 1997). Peu d'attention serait accordée aux réalités émotionnelles, sociales et économiques des femmes au sein des services actuellement offerts (Finkelstein, 1994).

Même si certains programmes de traitement cherchent à répondre aux besoins spécifiques des femmes, la plupart en excluent les enfants ou n'offrent pas de services qui leur soient destinés. Il s'agit là d'un autre obstacle de taille pour les mères toxicomanes (Dvorchak *et al*, 1995; Goldberg *et al*, 1996; Ingersoll, Dawson et Haller, 1996; Metsch *et al*, 1995; Peterson, Gable et Saldana, 1996; Rudiger, 1992). Plusieurs femmes toxicomanes ont des responsabilités familiales, certaines sont des mères célibataires, ce sont là deux réalités dont on ne tient pas assez souvent compte, selon Finkelstein (1994). Quantité de mères s'abstiennent de souscrire à un traitement ou l'abandonnent en cours de route parce qu'elles ne veulent pas ou ne peuvent pas confier leurs enfants à des tiers (Brooks *et al*, 1994; Finkelstein, 1994; Miller et Hyatt, 1992; Whiteford et Vitucci, 1997). Par exemple, la recherche de Pursley-Crotteau et Stern (1996) indique que pour bon nombre de femmes parmi les 19 toxicomanes enceintes ou nouvellement mères de l'échantillon, la garde des enfants a constitué un obstacle à l'admission du traitement ou à sa continuation. Ainsi, les soins de jour étaient rarement offerts dans les programmes externes et les enfants étaient souvent exclus des établissements de transition. Dans les centres résidentiels de traitement, l'âge et le nombre d'enfants autorisés étaient restreints (Pursley-Crotteau et Stern, 1996).

Les mères toxicomanes hésiteraient aussi à commencer un traitement parce qu'elles auraient peur d'en venir à perdre la garde de leurs enfants (Brooks *et al*, 1994; Corse,

McHugh et Gordon, 1995; Finkelstein, 1994; Magura et Laudet, 1996; Waters, Roberts et Morgen, 1997). En contrepartie, elles sont portées à chercher de l'aide pour leur problème de toxicomanie lorsqu'elles ont déjà perdu la garde de leurs enfants ou sont devant l'imminence de cette possibilité (Berkowitz *et al*, 1996; Grant *et al*, 1996; Magura et Laudet, 1996).

Aux États-Unis, les études indiquent que certains programmes de traitement n'admettent pas les femmes enceintes (Finkelstein, 1994; Messer, Clark et Martin, 1996). Dans leur recension des écrits, Humphries *et al* (1992) y voient une forme de discrimination. Selon ces auteures, la raison de cette exclusion est que les soins obstétricaux ajoutent des risques inacceptables à la réadaptation. Bien que certains programmes acceptent les toxicomanes enceintes, on réserve le traitement à celles qui ont plus de trois mois de grossesse, ce qui empêche les femmes nouvellement enceintes de chercher de l'aide (Humphries *et al*, 1992).

Des auteurs affirment que certains obstacles sont directement liés aux limites des professionnels(les) de la santé. À leur avis, plusieurs de ces derniers(ères) négligeraient de faire un diagnostic de toxicomanie chez les femmes enceintes (Magura et Laudet, 1996; Messer, Clark et Martin, 1996). De surcroît, plusieurs des professionnels(les) qui pourraient offrir des services à ces femmes refuseraient de le faire ou manqueraient de formation pour dépister la toxicomanie ou en connaître les effets sur la grossesse et la famille (Finnegan, 1994). Les contingences du système de soins de santé peuvent constituer des obstacles pour les toxicomanes enceintes. Parmi les 19 femmes ayant participé à l'étude de Pursley-Crotteau et Stern (1996), certaines avaient trouvé difficile, très long, coûteux et frustrant d'obtenir les services dont elles avaient besoin auprès des professionnels(les) de la santé. En réalité, chez les femmes enceintes et pauvres (américaines), l'accès aux soins de santé est un problème continu, car elles n'ont pas d'assurance-santé et les services publics sont encombrés (Rudiger, 1992). Ces derniers sont parfois situés dans des endroits éloignés de leur lieu d'habitation, ils ont généralement des heures d'ouverture peu flexibles et on y assure peu de dépistage ou de suivi (Rudiger, 1992). Même s'il faut tenir compte des distinctions importantes entre le système de soins américain et le nôtre, ces informations sont intéressantes, car elles signalent la nature des difficultés encourues par les femmes aux prises avec un problème de toxicomanie.

Les perceptions négatives à l'égard des toxicomanes mères ou futures mères constituent un autre obstacle à leur recherche d'aide et de soins (Luthar et Walsh, 1995; Magura et Laudet, 1996; Smith *et al*, 1992). Les attitudes qu'adopte la société envers elles en amènent plusieurs à se percevoir comme étant de mauvaises personnes et de mauvaises mères, croyance qui les enferme dans la honte et le déni et fait en sorte qu'elles ne se présentent pas aux programmes de traitement offerts (Finkelstein, 1994). En d'autres termes, comme le soulignent Grossman et Schottenfeld (1992), leur isolement, leur déni et leur honte empêchent les toxicomanes enceintes de se prévaloir des services disponibles. Les attitudes punitives et les jugements des professionnels(les) de la santé envers elles (Finkelstein, 1994; Lewis, Klee et Jackson, 1995; Pursley-Crotteau et Stern,

1996) peuvent aussi exacerber leur culpabilité et leur honte, et dresser un obstacle supplémentaire à l'aide ou au traitement. Une telle attitude incite les femmes à cacher leur consommation de drogues, ce qui les empêche de recevoir le traitement dont elles ont besoin (Lewis, Klee et Jackson, 1995). Prévenues des attitudes qui les attendent, d'autres femmes, encore, ne font tout simplement pas appel aux services de santé (Lewis, Klee et Jackson, 1995). Ces résultats sont conformes aux propos des intervenants québécois, qui expliquent que les préjugés du personnel soignant envers les mères toxicomanes font augmenter leur culpabilité et que ces dernières se sentent marginalisées quand leur bébé est en observation. Ces attitudes des intervenants(es) des soins de santé peuvent en outre s'expliquer par le fait qu'ils(elles) se voient confrontés(es) à des valeurs et des coutumes qui sont contraires aux leurs et qui peuvent donc les choquer, tout comme la violence et la multitude de problèmes que vivent ces femmes (Beaulieu-Desforges et Perron-Groleau, 1996).

Enfin, les proches, particulièrement la famille, les amis et le partenaire, peuvent s'opposer au désir de changement des toxicomanes elles-mêmes (Rudiger, 1992). Certaines études ont effectivement démontré que les femmes reçoivent moins d'appui de leur partenaire et des membres de leur famille pour leur entrée en traitement (Amaro et Hardy-Fanta, 1995; Zweben, 1997). L'opposition du partenaire est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes et ces dernières peuvent connaître des peurs ou des traumatismes face à leur entrée en traitement avant même de le commencer (Amaro et Hardy-Fanta, 1995; Zweben, 1997). En fait, comme plusieurs femmes sont liées à des hommes eux aussi toxicomanes, il est difficile de traiter leur toxicomanie pendant qu'elles vivent dans un milieu où elle est présente (Rudiger, 1992). Les relations qu'entretient la toxicomane enceinte ou mère avec un partenaire toxicomane constituent donc une barrière importante à son abstinence en début de traitement (Ewing, 1993).

➤ *Les principales ressources québécoises*

Les centres pour mères en difficulté d'adaptation

Au Québec, avant 1992, on dénombrait cinq centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation : le Centre Rosalie-Jetté, un centre public situé à Montréal; le *Elizabeth House Center*, un centre privé pour la communauté montréalaise anglophone; le centre Villa Marie-Claire, un centre privé situé à Sherbrooke; la Clairière, un centre public offrant ses services à Québec et le centre Villa Jolie, située à Trois-Rivières. Ces centres desservaient trois types de clientèles : les femmes et jeunes femmes éprouvant des difficultés d'adaptation pendant une grossesse; les mères ayant besoin d'appui dans l'éducation de leurs enfants; et les enfants en pouponnière ne pouvant intégrer leur milieu naturel. L'objectif de ces centres était d'habiliter les bénéficiaires à assumer leurs responsabilités parentales de manière autonome. Les services offerts comprenaient l'évaluation de la capacité parentale, des cours prénataux, la formation scolaire, les apprentissages parentaux et l'intégration sociale et professionnelle des mères. Les centres de réadaptation pour mères en

difficulté offraient leurs services tant à l'externe qu'à l'interne, en collaboration avec les organismes communautaires, les CLSC et les CSS. En 1988, des unités de vie individualisées ont été aménagées au Centre Rosalie-Jetté, permettant aux jeunes mères de cohabiter avec leurs enfants, dans une formule de type «appartement», et de bénéficier d'interventions cliniques intensives pour leurs problèmes personnels, leurs problèmes de toxicomanie, leurs compétences parentales et leurs relations de couple. Le père de l'enfant pouvait également visiter sa conjointe, parfois pour des périodes prolongées, par exemple pour une fin de semaine. Même si ces centres ne s'adressaient pas spécifiquement aux toxicomanes, on peut considérer que ces services étaient susceptibles de desservir cette clientèle. En 1992, avec l'implantation de la Loi 120, les centres publics de réadaptation pour mères en difficulté ont été intégrés dans les Centres Jeunesse. Suite à ce regroupement, certains centres ont alors cessé de fonctionner, d'autres ont abandonné leur statut de centre de réadaptation.

Les ententes de collaboration entre établissements

Certaines ententes de collaboration entre des établissements québécois ont par ailleurs été élaborées afin de mieux desservir la clientèle des femmes enceintes ayant des problèmes de toxicomanie. En 1992, une première entente a été conclue entre le Centre Domrémy-Montréal (centre de réadaptation en toxicomanie) et le Centre Rosalie-Jetté (centre de réadaptation pour mères en difficulté). Une deuxième entente pour un projet de concertation nommé «Alerte grossesse» était aussi conclue entre le Centre Domrémy-Montréal, le Centre Rosalie-Jetté, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital Saint-Luc. Le bilan de la première entente de collaboration, pour l'année 1992-1993, révélait que 28 références provenant de Rosalie-Jetté avaient été acheminées à Domrémy-Montréal, et 19 cas avaient fait l'objet d'une ouverture de dossier.

Les CLSC

D'après les participants(es) à notre rencontre collective, dans les CLSC de plusieurs régions du Québec, les programmes ne visent pas spécifiquement les mères toxicomanes. Les ressources sont intégrées à des programmes de périnatalité qui cherchent à favoriser l'attachement et la compétence parentale, et à des programmes de stimulation précoce pour les 0 à 6 mois. Une réorganisation des services est en cours afin que les interventions aient lieu autant pendant la grossesse qu'après la naissance. Quand des problèmes de toxicomanie sont dépistés, on travaillerait en collaboration avec les services spécialisés, à partir d'équipes multidisciplinaires. Dans certaines régions du Québec, les CLSC ciblent davantage les clientèles vivant en milieu de pauvreté et les jeunes. C'est par cette voie qu'on veut aider les femmes toxicomanes. Ailleurs, on accède à la population de toxicomanes enceintes par le bouche à oreille. En région rurale, il semble que ces dernières aient peu recours aux

services offerts par les CLSC, car elles associent ces institutions à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ).

Les services offerts par les régions

Au nord de Montréal, des services de réadaptation existent, tel Le Portage, situé au Lac Écho, qui offre un programme aux mères toxicomanes et à leurs enfants, notamment ceux d'âge scolaire qui peuvent fréquenter l'école. À Montréal, le centre Rosalie Jetté a cessé d'offrir des services mais par contre, le *Elizabeth House Center*, un centre privé pour les mères en difficulté de la communauté anglophone est toujours en fonctionnement.

Dans la région de Québec, au CLSC Orléans, un programme de désintoxication par acupuncture est à la disposition des jeunes filles enceintes. Dans les CLSC de cette région, les intervenants(es) des cliniques de périnatalité ont été formé(es) en toxicomanie et l'intervention cherche à rejoindre les mères et les femmes enceintes dans leur milieu de vie, afin d'intervenir dans le quotidien. On a également cherché à sensibiliser les intervenants(es) de première ligne au dépistage de la toxicomanie, à impliquer les obstétriciens et pédiatres des milieux hospitaliers. Cette démarche de sensibilisation a également été effectuée dans les Centres Jeunesse de Québec. Le centre de réadaptation de la région a, quant à lui, reçu le mandat de créer un programme spécifique aux femmes enceintes. On note également la présence d'un service de réinsertion pour les femmes enceintes en difficulté, qui n'est cependant pas spécifique aux femmes toxicomanes. Actuellement, on cherche à implanter un programme de méthadone et, dans les CLSC, à mettre en place des programmes de consommation contrôlée.

En Estrie, il y a peu de services spécifiques pour cette clientèle. Les toxicomanes enceintes ont recours aux services existants. Par ailleurs, cette région est dotée d'un programme de méthadone dans lequel les femmes enceintes sont considérées comme une clientèle prioritaire. Le programme Elixir offre des services aux femmes enceintes en difficulté. Il y a aussi la Villa Marie-Claire, centre privé pour mères en difficulté, situé à Sherbrooke, qui a continué d'offrir des services auprès de cette clientèle après l'intégration des centres publics pour mères en difficulté dans les Centres Jeunesse, en 1992. Lorsque les mères qui se présentent à la Villa ont des problèmes de toxicomanie, des services leur sont offerts en collaboration avec le centre de réadaptation en toxicomanie Jean-Patrice Chiasson, qui a un programme pour les parents toxicomanes. À la Villa Marie-Claire, les mères ont accès à des services externes (centre de jour et suivi à domicile) et à des services d'hébergement mère/enfant. La durée et le type d'intervention sont établis en fonction des besoins de la mère ou de la femme enceinte. La durée du séjour en hébergement est de trois mois en moyenne. Dans le cas des mères toxicomanes, elles sont surtout vues en centre de jour. Au cours de l'année 1998, la clientèle de la Villa Marie-Claire comptait, à l'externe, 634 mères et enfants en difficulté et en hébergement, 42 mères

et 30 enfants. Selon les observations cliniques de certain(es) intervenants(es) de la Villa, la consommation d'alcool et de drogues serait présente chez un pourcentage important de la clientèle. Cependant, les problèmes de dépendance à ces produits seraient moins importants.

Les participants(es) à notre rencontre collective signalaient un manque de sensibilisation et une méconnaissance de la toxicomanie maternelle comme phénomènes généralisés chez les intervenants(es) du réseau. On souhaiterait que les intervenants(es) de première ligne reçoivent une formation en toxicomanie et disposent d'un soutien adapté aux besoins des toxicomanes enceintes.

4.3 MODÈLES DE SERVICES ADAPTÉS

On a de plus en plus de preuves scientifiques que les programmes de traitement spécifiques aux femmes sont plus efficaces que les programmes traditionnels, centrés sur une clientèle masculine ou mixte (Carten, 1996; Garcia, 1997). Donc, les stratégies de traitement pour les femmes toxicomanes devraient cibler la situation particulière de celles-ci plutôt qu'être pensées en fonction d'une clientèle masculine (Brindis *et al*, 1997b).

Plusieurs études soulignent qu'en raison de l'origine familiale des problèmes de consommation des femmes et des exigences familiales reliées à leur réadaptation, les interventions centrées sur la famille peuvent s'avérer plus efficaces auprès de cette clientèle (Azzi-Lessing et Olsen, 1996; Brooks *et al*, 1994; Boylin, Doucette et Jean, 1997; Finkelstein, 1994; Finnegan, 1994; Grossman et Schottenfeld, 1992; Humphries *et al*, 1992; Klein et Zahnd, 1997; Magura et Laudet, 1996; Mejta et Lavin, 1996; Poulsen, 1994; Waters, Roberts et Morgen, 1997; Wheeler, 1993). Ainsi, le divorce, les désaccords entre les parents, les modèles de rôles parentaux négatifs, l'abus parental de substances psychoactives et un taux élevé d'abus physiques et sexuels chez les enfants sont des caractéristiques familiales qui, si l'on n'intervient pas, risquent d'être répétées de génération en génération (Rudiger, 1992). À une échelle plus large, certains auteurs soulignent l'importance de considérer les relations sociales des femmes toxicomanes (Amaro et Hardy-Fanta, 1995; Grossman et Schottenfeld, 1992) et de reconnaître qu'elles font partie de systèmes relationnels et multirelationnels (Finkelstein, 1994). De plus, comme plusieurs de ces femmes retournent vivre chez leurs parents ou des proches après le traitement, il est important que ces personnes comprennent la nature du traitement de la toxicomanie et le processus de réadaptation (Metsch *et al*, 1995). L'implication de la famille entière dans le processus de traitement, particulièrement les parents et le partenaire, est donc considérée comme un élément important des interventions auprès des mères toxicomanes (Brindis *et al*, 1997a; Hutchins, 1997; Ingersoll, Dawson et Haller, 1996; Mejta et Lavin, 1996; Rudiger, 1992; VanBremen et Chasnoff, 1994). En fait, lorsqu'on implique les parents et les proches dans le processus de traitement, on crée un système de soutien pour les femmes toxicomanes, valable au début de l'intervention comme à son issue (Carten, 1996). Par ailleurs, compte tenu du fait que plusieurs mères toxicomanes ont des conjoints toxicomanes et viennent de milieux à forte consommation, cette possibilité est souvent difficile à réaliser.

Les modèles de traitement basés sur les systèmes familiaux prévoient des services coordonnés pour les femmes toxicomanes et leurs enfants (Grossman et Schottenfeld, 1992). La présence de services de garde sur les lieux du traitement est considérée comme une nécessité (Brindis *et al*, 1997a, 1997b; Chavkin *et al*, 1993; Janson *et al*, 1996; Magura et Laudet, 1996; Smith *et al*, 1992; Wheeler, 1993) et les programmes de traitement doivent diriger leurs efforts vers le développement de relations saines entre la mère et son enfant (Grossman et Schottenfeld, 1992; Thurman et Berry, 1992). Pour ce faire, les interventions doivent chercher à préserver la famille (Kearney *et al*, 1994) ou, si les enfants ont déjà fait l'objet d'un placement, elles doivent tenter de faciliter la réunification familiale (Marcenko *et al*, 1994). Quand la réunification est entreprise, les parents peuvent avoir besoin d'aide pour bien vivre ce passage et mieux répondre aux sentiments et comportements des enfants (Poulsen, 1994).

Bon nombre d'auteurs prônent la coordination des différents services fournis aux toxicomanes enceintes et mères (Anderson, Ronith et Andres, 1997; Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Carten, 1996; Ewing, 1993; Finnegan, 1994; Grant *et al*, 1996; Gustavsson, 1992; Haskett *et al*, 1992; Humphries *et al*, 1992; Lejeune *et al*, 1997a, 1997b; Miller et Hyatt, 1992; Rudiger, 1992; Thurman et Berry, 1992; Wheeler, 1993). Entre autres, on recommande la communication entre les services de toxicomanie et les services de soins prénataux (Lewis, Klee et Jackson, 1995). Miller et Hyatt (1992) préconisent une meilleure concertation, une approche multidimensionnelle intégrant l'ensemble des différents services offerts : soins prénataux, soins de santé pour les enfants, services en santé mentale, services sociaux, programmes de traitement pour la toxicomanie, thérapies familiales, et tous services sociaux et médicaux offerts dans la communauté. Lejeune *et al* (1997a, 1997b) recommandent, quant à eux, la «prise en charge» des toxicomanes enceintes par une équipe pluridisciplinaire composée d'obstétriciens, de sages-femmes, de pédiatres, de puéricultrices, de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux, tous ces professionnels(les) travaillant en collaboration avec un centre spécialisé en soins aux toxicomanes.

Selon les intervenants(es) québécois(es) que nous avons rencontrés(es), il faudrait, pour doter les mères toxicomanes de services spécialisés, privilégier une approche de réduction des méfaits plutôt que de miser sur le seul arrêt de la consommation (comme ce fut la pratique courante au début des années 80).

➤ *Projet-modèle*

En Californie, pour limiter les retombées de l'exposition prénatale à l'alcool et aux autres drogues sur la santé des femmes, les enfants, les familles et la société, on a instauré une collaboration entre divers services, *Options for Recovery*, qui impliquait les départements responsables des programmes liés à l'alcool et aux drogues, des services de développement, des services de santé et des services sociaux (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). Ce partenariat devait, par des approches coordonnées, créer et distribuer des services aux toxicomanes enceintes ou mères et à leurs enfants. On a d'abord instauré sept projets pilotes dans des endroits clés, fixés selon les résultats d'une

enquête nationale de prévalence, et on les a évalués pendant trois ans (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). On a incorporé plusieurs de ces projets au réseau de services périnataux existants, dont on a cherché à sensibiliser et à former les responsables en fonction des soins à donner aux toxicomanes enceintes (Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b).

Ces projets assurent le traitement de la toxicomanie, la gestion exhaustive des cas (avant, pendant et après le traitement), le recrutement et la formation des personnes qui sont chargées des nouveau-nés séparés de leur mère suite à leur exposition intra-utérine aux substances psychoactives. Afin d'être efficace à court et à long termes, on a reconnu que les femmes en traitement et en réadaptation nécessitent des services de soutien et de consultation pour les abus physiques et sexuels, la transmission intergénérationnelle de la toxicomanie, leur faible estime de soi et leurs épisodes de dépression, leurs responsabilités monoparentales, la pauvreté et l'itinérance (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997). Aussi, on s'est assuré que le personnel qui dispense ces services comprend pertinemment les multiples antécédents associés à la toxicomanie (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997).

Dans les sept projets mis sur pied, on a défini différents objectifs selon les besoins spécifiques de la clientèle. Parmi ces objectifs, on retrouve les suivants : la diminution des effets délétères de la dépendance aux substances psychoactives, l'amélioration de la santé des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leurs enfants, l'amélioration de l'intégrité familiale et de la qualité de vie des clientes et de leur famille, la réadaptation des femmes pour elles-mêmes et leur famille, la prévention des anomalies à la naissance, l'amélioration des issues de grossesse et du potentiel de développement des nouveau-nés, la promotion des liens et de l'attachement entre les mères et leur nouveau-né, la préservation de la famille, l'établissement d'un programme spécialisé pour les enfants de 0-36 mois pour leur trouver des foyers d'accueil et procurer du répit aux parents, l'augmentation de services de traitement résidentiel et à l'externe pour les femmes en âge d'avoir des enfants, l'offre de services de soutien tels l'hébergement de transition pour les femmes et leurs enfants, les soins de santé pour les enfants des participantes et, enfin, la coordination des services communautaires offerts aux toxicomanes enceintes ou mères (Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b).

Pour l'évaluation des sept projets *Options for Recovery*, on a procédé par triangulation des méthodes, cumulant les éléments suivants : données quantitatives (démographie, usage de substances psychoactives, participation au traitement, utilisation des services, informations sur les enfants placés), données qualitatives selon les intervenants, sondage du personnel, entrevues de groupe et d'un sondage de satisfaction auprès d'un échantillon de clientes, évaluations du développement d'un échantillon d'enfants (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b).

De 1991 à 1994, 2 587 femmes ont participé aux projets. Leur âge moyen était de 28 ans, elles avaient en moyenne trois enfants et, au moment de leur admission, 36 % étaient enceintes, 10 % en période postnatale et 54 % avaient des enfants, mais n'étaient pas enceintes. La plupart d'entre elles étaient des polyconsommatrices, la cocaïne constituant la

principale drogue, soit dans une proportion de 49 % (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). L'évaluation démontre que plusieurs participantes ont reçu, grâce à ces projets, des services essentiels tels une formation scolaire et professionnelle, de l'éducation parentale, des services de santé mentale, de l'aide à l'hébergement et de l'assistance générale (Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). Pour ce qui est du traitement, 24 % des femmes l'ont terminé, 14 % ont quitté le programme avant terme, en ayant toutefois fait des progrès considérables, 48 % ont quitté le programme sans progrès observé et 13 % ont été transférées à un autre programme (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). Les variables déterminant la persévérance en traitement étaient : un niveau de scolarité plus élevé, une consommation d'alcool uniquement, l'intervention du système de justice criminelle, la durée même du traitement (plus il était long, plus les participantes le terminaient) et des admissions multiples aux programmes offerts dans des projets pilotes (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b).

On a obtenu des résultats positifs dans le maintien et la réunification de la famille. En effet, si 59 % des participantes étaient en contact avec les services de protection à l'enfance à leur admission, cette proportion n'était que de 32 % à la fin du programme (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). On a observé une augmentation du nombre d'enfants qui vivaient avec leur mère et, de surcroît, les enfants confiés aux familles d'accueil du projet *Options for Recovery* étaient plus nombreux à retourner vivre avec leur famille d'origine que ceux qu'on avait placés dans d'autres types de foyers d'accueil. Les 761 nouveau-nés étudiés sont venus à terme de grossesses généralement normales (quant à l'âge gestationnel et au poids à la naissance, à la présence d'anomalies congénitales, aux systèmes affectés par l'exposition aux substances). Les tests de dépistage ont été négatifs pour 58 % des nouveau-nés. Pour ce qui est des mères, celles qui se sont inscrites lors du premier ou du deuxième trimestre de leur grossesse ont connu moins de tests positifs que celles qui l'ont commencé pendant leur troisième trimestre (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b). Fait important, 69 % des participantes ont affirmé qu'il était facile de se procurer des renseignements sur les programmes *Options for Recovery* et 81 % d'entre elles ont trouvé qu'il était facile d'y prendre part. Enfin, la très grande majorité des participantes (87 %) se sont montrées satisfaites ou très satisfaites des programmes qu'elles ont suivis (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997).

Les intervenants de ces projets pilotes ont, quant à eux, mis l'emphase sur le fait que la toxicomanie est une maladie chronique incurable qui comporte souvent des périodes intermittentes de rechute. Selon eux, la réadaptation doit non seulement viser la cessation de toute consommation⁵, mais encore les conditions de vie telles la pauvreté, l'itinérance, les relations abusives et les problèmes de santé mentale, les comportements criminels, les

⁵ Contrairement aux interventants(es) québécois(es) que nous avons rencontrés(es), ces intervenants(es) privilégient une approche de tolérance zéro et non une approche de réduction des méfaits, illustrant les différences entre les contextes américain et québécois.

comportements négatifs et destructeurs renforcés de génération en génération, la faible estime de soi (Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b).

Tenant compte du projet *Options for Recovery* et de son évaluation, les auteurs soulignent quels sont les éléments à considérer si l'on veut établir un continuum de services pour les toxicomanes mères ou enceintes. Ils estiment ainsi qu'il est important : de recruter ces femmes le plus tôt possible et de les encourager à finir leur traitement; de leur faciliter l'accès à une variété de services complémentaires; de recruter et de former des parents et des proches capables d'accueillir les enfants; de faciliter l'accès à des programmes sur l'éducation et le développement des enfants (Brindis, Berkowitz et Clayson, 1997; Brindis, Clayson et Berkowitz, 1997b).

4.4 MÈRES ATTEINTES DANS LEUR SANTÉ MENTALE

Les toxicomanes, mères ou enceintes, qui présentent des problèmes de santé mentale, ont les mêmes besoins que les autres mères toxicomanes, mais leur situation particulière en occasionne d'autres, que certains auteurs qualifient de complexes (Grella, 1996; Mallouh, 1996).

Chez ces femmes, ces problèmes complexes soulèvent des besoins particuliers avant, pendant, et après la grossesse (Grella, 1997). Leurs symptômes peuvent les faire négliger ou suivre inadéquatement les soins prénataux (Grella, 1997). Par exemple, l'inertie peut empêcher les toxicomanes dépressives de rechercher des soins prénataux, alors que celles qui souffrent d'anxiété peuvent craindre les examens gynécologiques (Grella, 1997). Les professionnels(les) doivent donc tenter de les encourager à continuer les soins prénataux et, lorsqu'ils les rencontrent, soulever leur possibilité de profiter de services psychiatriques ou d'un traitement de leur toxicomanie (Mallouh, 1996).

Ces femmes ont également des besoins particuliers lors de l'accouchement (Grella, 1997). Celles qui ont des problèmes de dépression peuvent avoir des réactions extrêmes face à la douleur; elles peuvent souffrir de fatigue extrême. Celles qui ont des problèmes d'anxiété peuvent manifester un désir plus marqué de recevoir une médication; celles qui ont des troubles de la personnalité peuvent éprouver une peur exagérée de l'accouchement. La confusion et l'agitation peuvent rendre les femmes atteintes de schizophrénie incapables de suivre les instructions des médecins (Grella, 1997). En bref, certaines d'entre elles ont besoin de plus d'écoute et de surveillance (Mallouh, 1996).

En période postnatale, les mères dépressives peuvent voir s'exacerber leurs symptômes et éviter de tenir, de nourrir ou même de regarder leur nouveau-né. Après l'accouchement, les toxicomanes atteintes d'anxiété risquent la dépression. Le stress associé aux soins à donner aux enfants peut diminuer leur capacité à faire face à la panique et à l'anxiété. Des sentiments de perte ou de vide extrêmes peuvent accompagner les troubles de la personnalité et nuire à l'attachement mère-enfant. Toutes ces femmes sont à risque de dépression. Des problèmes d'interaction avec l'enfant peuvent survenir chez les toxicomanes atteintes de schizophrénie, si

elles deviennent incapables de lire, d'interpréter et de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant, leur implication émotionnelle et leur communication avec lui devenant limitées (Grella, 1997). On comprendra pourquoi les programmes de traitement dispensés à ces femmes devraient chercher à renforcer les modèles positifs d'éducation des enfants (Morris et Schinke, 1990).

Selon Grella (1996), on a négligé les besoins spécifiques des toxicomanes enceintes souffrant de problèmes mentaux, autant dans les programmes de traitement en toxicomanie que dans les programmes de santé mentale. Cette barrière dressée devant elles s'ajoute à celles qui se dressent devant toute femme toxicomane enceinte : en plus, elles sont confrontées à la résistance des proches, à la stigmatisation, au manque de ressources financières et de services pour leurs enfants et à la peur de perdre ces enfants (Grella, 1996). Selon Zweben (1996), il y aurait encore moins de programmes spécifiques aux femmes dans le domaine de la santé mentale que dans celui de la toxicomanie.

Si l'on veut répondre aux besoins particuliers des mères toxicomanes atteintes dans leur santé mentale, il faut absolument instaurer une collaboration entre les services d'obstétrique et les programmes de traitement psychiatrique et de toxicomanie (Grella, 1997; Mallouh, 1996). La fragmentation des services de traitement en toxicomanie et en santé mentale, de même que leurs philosophies divergentes, font qu'il est déjà difficile d'atteindre cet objectif (Grella, 1997). Au Québec, plus particulièrement, on décrie le manque de concertation entre les services spécialisés en toxicomanie et ceux spécialisés en santé mentale.

4.5 MÈRES AYANT UNE PROBLÉMATIQUE DE JUDICIARISATION

Aux États-Unis, même si on arrête de plus en plus de femmes pour des infractions reliées aux drogues et que ces contrevenantes fassent grand usage de substances psychoactives, très peu de prévenues reçoivent un traitement pour leur toxicomanie (Baldwin *et al*, 1995; Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995).

Dans la communauté ou dans les pénitenciers, les seuls programmes qu'on offre aux contrevenantes sont les cours sur les drogues ou les rencontres du type «Alcooliques anonymes» (Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995; Wellisch, Anglin et Prendergast, 1993). Et, si pour autant on offre des traitements plus intensifs, ils ont généralement été conçus par des hommes pour des hommes, ou adaptés à peu de modifications près (Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995). Par conséquent, ces programmes ne rencontrent pas les besoins particuliers des femmes, besoins qui, outre le traitement de leur toxicomanie, sont reliés à des problèmes d'abus physiques et sexuels vécus dans l'enfance, à des problèmes de santé physique et mentale, à un manque de scolarité, d'habiletés professionnelles et parentales (Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995). Les besoins spécifiques aux contrevenantes qui sont les plus importants sont ceux reliés à leurs responsabilités monoparentales (Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995). Cependant, peu de programmes de traitement offrent des services pour les enfants; on note également une carence pour ce qui est du transport, de la formation scolaire et professionnelle, des programmes de transition pour les femmes qui quittent l'institution (Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995).

Certaines contrevenantes se voient aussi refuser l'accès à des services offerts dans la communauté en raison des crimes violents qu'elles ont commis (Prendergast, Wellisch et Falkin, 1995).

Les prisons disposent de peu de services et de structures pour le traitement des toxicomanies, les soins de santé courants et la garde des enfants (Wellisch, Anglin et Prendergast, 1993).

Les mères incarcérées ont souvent beaucoup de mal à garder un lien avec leurs enfants, ce qui peut leur causer de la détresse psychologique, et nuire au développement des jeunes (Kaplan et Sasser, 1996). On recommande donc de laisser ces détenues avoir accès à des programmes de visites et d'appui, pour faciliter le processus d'attachement mère-enfant (Kaplan et Sasser, 1996). Selon Kaplan et Sasser (1996), des programmes parentaux et des contacts plus fréquents avec la famille donneraient de meilleures chances à ces mères de s'affranchir du cycle toxicomanie-criminalité-incarcération. Les recherches soutiennent que les programmes d'éducation parentale dans les institutions carcérales peuvent doter les femmes d'une meilleure estime de soi, d'attentes plus appropriées, leur conférer plus d'empathie, une discipline positive, des rôles familiaux appropriés, améliorer leur relation avec leur enfant, et, enfin, les aider à éviter l'abus de substances psychoactives et l'incarcération (Thompson et Harm, 1995). Chez une toxicomane incarcérée, l'amour de ses enfants et le désir d'être une meilleure mère sont aussi des motivations importantes pour éviter l'abus de psychotropes à sa sortie de prison (Thompson et Harm, 1995).

Une étude réalisée auprès de 390 femmes toxicomanes arrêtées, dont 49 femmes enceintes, révèle cependant que ces dernières ne sont pas plus nombreuses à penser qu'elles ont besoin de traitement que les autres femmes arrêtées. Ce résultat contredit les données voulant que les femmes enceintes soient naturellement motivées à l'égard du traitement, pour le bien-être du fœtus (Baldwin *et al*, 1995). Selon les auteurs, cette situation peut s'expliquer par le fait que ces femmes sont tellement impliquées dans la drogue et qu'elles ont tant de problèmes de santé, de famille, et d'argent que la grossesse ne représente qu'une des nombreuses situations stressantes de leur existence (Baldwin *et al*, 1995).

Un des obstacles à considérer, chez ces femmes, est leur implication dans des activités criminelles courantes. Ce type d'activités, particulièrement la vente de cocaïne et la prostitution, offre des rétributions financières plus importantes qu'un emploi légitime (Metsch *et al*, 1995). Aussi, le revenu de ces femmes, quand il leur apporte une vie relativement stable, peut les empêcher de concevoir qu'elles puissent avoir besoin de traitement et leur ôter tout intérêt à participer à un programme (Metsch *et al*, 1995).

4.6 FAITS SAILLANTS

4.6.1 Besoins

- Compte tenu de leurs conditions de vie, les toxicomanes mères ou enceintes ont des besoins manifestes en fait de transport, d'hébergement, de nourriture, de soins de santé, de vêtements, de sécurité et de gardiennage
- Elles doivent avoir accès à des ressources financières, à de la formation scolaire et professionnelle et à de l'aide pour trouver un emploi.
- Les conditions particulières dans lesquelles elles vivent et ont vécu (ex. : abus sexuels subis dans l'enfance, violence, problèmes de santé mentale, itinérance) nécessitent des réponses tout aussi particulières.
- On doit dispenser des soins spécifiques à celles qui souffrent de maladies chroniques, ont été exposées à la tuberculose, aux hépatites et au VIH par leur consommation intraveineuse de substances psychoactives.

4.6.2 Ressources et utilisation

- Bien que les toxicomanes se prévalent moins des soins prénataux que les autres femmes, leur grossesse et leur maternité sont néanmoins des moments cruciaux pour les motiver à obtenir un traitement. Si la peur de perdre leur enfant les fait parfois craindre ce traitement, cette crainte peut aussi les pousser fortement à poursuivre un programme. La grossesse devient donc un moment privilégié pour tenter d'améliorer la santé de ces femmes et de leurs futurs enfants.

4.6.3 Barrières à l'utilisation et services adaptés

- Un traitement efficace et adapté à ces femmes doit considérer l'ensemble des problèmes qu'elles vivent ou ont vécus.
- Il est difficile de les garder en traitement ou de les intéresser à la réadaptation à cause des déficits fonctionnels, des problèmes économiques et psychologiques qui sont leur lot. De surcroît, certaines d'entre elles ont peur de perdre la garde de leur enfant si elles commencent un traitement.
- Le fait que les programmes de toxicomanie soient conçus pour des hommes constitue un obstacle pour les femmes. De nombreux programmes refusent l'admission aux femmes enceintes.
- Comme la plupart des programmes excluent les enfants ou n'offrent pas de services pour eux, beaucoup de mères s'en abstiennent ou les abandonnent.
- Plusieurs professionnels(les) de la santé négligent de faire un diagnostic de toxicomanie chez les femmes enceintes.

- Quand ils sont offerts aux femmes, les services de traitement leur sont souvent peu accessibles : ils sont dispensés loin de leur résidence, à des heures fixes, peu flexibles.
- Plusieurs femmes se tiennent loin des services de santé en raison des attitudes et des comportements des professionnels(les) qui les dispensent.
- L'entourage appuie moins les femmes que les hommes pour leur entrée en traitement.
- Les programmes de traitement spécifiques aux femmes sont plus efficaces que les programmes traditionnels, qui sont centrés sur une clientèle masculine ou mixte.
- L'intervention auprès de ces femmes doit être centrée sur la famille, en raison de l'origine familiale de leur toxicomanie et des exigences familiales reliées à leur réadaptation.
- On recommande pour elles une approche de concertation, intégrant l'ensemble des différents services qu'on peut leur offrir.

4.6.4 Clientèles particulières

- Les toxicomanes mères ou enceintes, qui sont délinquantes ou présentent un problème de santé mentale, ont des besoins qui s'ajoutent à ceux qui ont été relevés précédemment.
- Les symptômes associés aux troubles mentaux des femmes toxicomanes peuvent les faire négliger d'obtenir des soins prénataux ou d'y participer adéquatement.
- Jusqu'à maintenant, on n'a jamais tenu compte des besoins spéciaux des toxicomanes enceintes souffrant de problèmes de santé mentale.
- Quand une mère ou une future mère toxicomane a des problèmes de santé mentale, une collaboration est essentielle entre les services obstétriques, les programmes de traitement psychiatrique et les programmes en toxicomanie.
- Très peu de femmes judiciairisées reçoivent un traitement pour leur toxicomanie.
- Chez les toxicomanes incarcérées, l'amour maternel et le désir d'être de meilleures mères sont des motivations importantes pour modifier leur consommation au moment où elle seront libérées.
- Les activités délinquantes des mères toxicomanes sont un obstacle important à leur entrée en traitement.

5.1 QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES ET DE CONTEXTE

La problématique de la toxicomanie maternelle est, rappelons-le, depuis quelques années déjà, au cœur des préoccupations d'un grand nombre d'intervenantes et d'intervenants psychosociaux et de santé. Ce n'est toutefois que récemment que l'on a commencé à étudier ce phénomène. Cela explique que la présente recension des écrits laisse un certain nombre de questions en suspens; les connaissances actuellement disponibles sont fragmentaires et les mères toxicomanes particulièrement difficiles à rejoindre. C'est aussi pourquoi nous avons cru bon d'ajouter, dans ce qui suit, quelques remarques méthodologiques clarifiant le contexte dans lequel les informations que nous avons analysées ont été développées.

En premier lieu, plusieurs des recherches présentées portant sur les caractéristiques des mères ont été réalisées avec de petits échantillons. La tendance est aussi de constituer des échantillons à partir de populations de femmes en réadaptation ayant une histoire psychosociale passée et présente particulièrement chargée. Les résultats de ces études ne peuvent donc pas être généralisés systématiquement à l'ensemble de la population des mères toxicomanes. Notons aussi la diversité des méthodes de collecte et d'analyse des données : on retrouve à la fois des recherches quantitatives et qualitatives, ce qui rend difficiles les comparaisons entre les études.

En second lieu, les données actuellement disponibles proviennent surtout des États-Unis. Une grande partie des échantillons comptent des mères afro-américaines et latino-américaines. Ces études réfèrent ainsi à des contextes culturels de consommation de substances et d'expérience de la maternité qui pourraient se révéler différents des nôtres. **De plus**, les études touchant la négligence, la violence et les abus subis dans l'enfance sont de nature rétrospective, ce qui parfois introduit des biais. Les études manquent parfois de précisions : on n'y retrouve pas toujours de définitions claires des concepts d'abus et de violence; la durée, la sévérité et le type d'abus ne sont pas souvent mentionnés. Néanmoins, elles permettent de mettre en évidence un phénomène psychosocial d'une grande complexité.

Enfin, en ce qui concerne la question des placements d'enfants et des soins de santé, on doit tenir compte de législations et de politiques différentes en matière de protection des enfants et de mesures sanitaires. Afin de mettre en contexte nos informations, nous avons consulté des personnes-clés du réseau de la santé et des services sociaux, soit pour valider les résultats de notre analyse des écrits, soit pour compléter le portrait avec des informations sur la situation québécoise. Malgré cela, plusieurs questions ne sont toujours pas couvertes, notamment la prévalence du problème, la situation de certains groupes plus vulnérables (les femmes autochtones, les mères itinérantes) et surtout nous n'avons pas de profil d'ensemble des mères qui vivent avec un problème de toxicomanie.

5.2 ATTITUDES DES PROFESSIONNELS(LES) ET RISQUES RÉELS POUR LES ENFANTS

Une interprétation adéquate de notre recension nécessite aussi des précisions sur les données concernant la stigmatisation des toxicomanes mères ou futures mères, ainsi que celles qui traitent des complications obstétricales, des risques d'abus et de négligence et des effets physiques et affectifs associés à la consommation des mères. Notons que les études consultées rendent compte de certains enjeux sociaux entourant le traitement négatif de la problématique de la toxicomanie maternelle, en parlant des attitudes qu'adoptent des professionnels(les), et même parfois la population, à l'égard de ces femmes. Ceci découle peut-être du fait que les données concernent des intervenants(es) confrontés à des situations particulièrement difficiles. Néanmoins, selon nos consultations, des attitudes semblables se retrouvent également chez des intervenants(es) québécois(es). Et ceci nous ramène aux questions principales soulevées par cette problématique. La toxicomanie est-elle inéluctablement associée à de l'incompétence maternelle? Comment favoriser l'utilisation des services prénataux? Comment mettre fin au déni de la toxicomanie au moment de l'accouchement et ainsi pouvoir offrir à temps un soutien aux nouvelles mères, ce qui peut conséquemment contribuer à réduire les signalements et les placements d'enfants? Une plus grande connaissance et une meilleure compréhension de la toxicomanie maternelle peut être, non seulement un moyen de modifier des perceptions, mais également de soutenir le développement des relations de confiance nécessaires pour rejoindre les mères ou les amener à reconnaître leur situation de consommation. Cette reconnaissance ou admission de la situation constitue un premier pas et témoigne d'une volonté de changement de la part du parent qui, si elle est soutenue, peut diminuer les risques encourus par l'enfant (Jacob et Laberge, 1997).

Notre recension montre aussi une diversité de conséquences associées au comportement de consommation des mères et aux conditions de vie dans lesquelles s'inscrit leur maternité. On voit là que ces femmes n'ont pas toutes les capacités de protéger leurs enfant et d'assurer leur sain développement. Ces résultats font ressortir l'importance et la nécessité de maintenir une vigilance professionnelle et de répondre aux besoins de protection des enfants, en raison de leur âge et parfois de leur condition physique ou de leur état de santé.

5.3 TABLEAU GLOBAL

Enfin, il convient de dire que le tableau qui se dégage au terme de cette recension des écrits est plutôt sombre. Il met à jour les limites d'une approche uniquement centrée sur les problèmes et la pathologie (i.e. facteurs de risque et déterminants). Jusqu'ici on s'est surtout attardé aux problèmes ou aux incapacités des femmes à assumer leur rôle de mères. Il nous apparaît maintenant que l'identification des ressources personnelles de ces femmes, de leurs connaissances, de leur désir de maternité et de leurs aspirations est cruciale pour favoriser leur motivation à changer leur consommation, à coopérer aux traitements qui leur sont proposés et

pour les amener à une meilleure intégration sociale et professionnelle. Le soutien apporté à ces mères, dans leur milieu de vie, tel que préconisé par le Forum national sur la santé des Canadiens (Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1997) et le CCLAT, reste l'une des pistes de solution les plus prometteuses.

Enfin, pour notre part nous entendons poursuivre nos travaux pour mettre en lumière les forces de ces femmes, dans le but d'orienter l'intervention et ainsi améliorer les résultats obtenus jusqu'ici.

5.4 RECOMMANDATIONS

LA RECHERCHE

Cette recension des écrits sur la situation des mères toxicomanes nous a permis d'identifier certaines lacunes, ou certains domaines moins couverts par la recherche, ce qui nous amène à formuler un premier ensemble de recommandations. Les démarches devraient, croyons-nous, partir des principes suivants : les femmes toxicomanes ne constituent pas un groupe homogène et la clientèle en traitement ne représente qu'une partie de cette population. Il importe donc de bien documenter leur situation, en tenant compte des différents contextes dans lesquels elles vivent leur maternité et leur problème de dépendance. La recherche devrait permettre de couvrir les aspects suivants :

- Évaluer la prévalence de l'abus d'alcool et de drogues chez les femmes enceintes au Québec. À cet effet, une recherche pourrait être menée dans les divers lieux où des services sont offerts aux futures et aux nouvelles mères (hôpitaux, CLSC, cabinets de médecins).
- Améliorer les connaissances sur les conditions socio-économiques et le réseau social des femmes toxicomanes au moment où elles deviennent mères et lorsque leurs enfants sont en bas âge.
- Améliorer les connaissances sur l'expérience de la maternité chez les toxicomanes afin d'en arriver à une compréhension plus approfondie de leur situation.
- Améliorer les connaissances sur le rôle des partenaires des toxicomanes au moment de la grossesse et après la naissance des enfants.
- Dégager les trajectoires d'utilisation des ressources par les femmes toxicomanes au moment où elles s'engagent dans la maternité (grossesse, accouchement et période postnatale). Identifier les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès aux services adéquats.

- Documenter les représentations du personnel de la santé eu égard à la responsabilité et la compétence maternelle des femmes toxicomanes et leurs perceptions des conflits éthiques
- Documenter les effets conjugués et spécifiques qu'ont la consommation et les conditions de vie des femmes toxicomanes sur la santé de leurs nouveau-nés.
- Améliorer les connaissances sur la situation de certains sous-groupes de mères sur lesquelles on a peu de documentation ou qui présentent une plus grande vulnérabilité : femmes autochtones, femmes itinérantes, mères ayant une double problématique «toxicomanie-santé mentale» ou «toxicomanie-délinquance».

LES SERVICES

La recension des écrits et les renseignements que nous ont communiqués les informateurs et informatrices suggèrent également certaines pistes pour le développement des services. La question de l'accessibilité *réelle* de ces mères aux services sociaux et de santé est revenue constamment dans le discours des chercheurs(eures) et des intervenants(es). Il en est de même pour le placement des enfants, question qui suscite des opinions parfois divergeantes mais presque toujours chargées d'émotivité. Sur ce dernier point, il nous semble qu'un débat entre les divers acteurs impliqués permettrait d'en mieux comprendre les implications et les mécanismes, et surtout de mieux comprendre les rôles et les responsabilités de chacun. Enfin, toutes les sources s'entendent sur la nécessité de développer des approches spécifiques qui prennent en compte l'ensemble des dimensions de vie de ces mères, la toxicomanie n'étant pas toujours le problème le plus urgent. Quelques recommandations plus spécifiques s'ajoutent aussi :

- Soutenir les mères toxicomanes par des mesures favorisant l'amélioration de leur situation financière et le développement des liens avec leurs enfants. La période de la grossesse constitue un moment-clé au cours de laquelle de telles démarches pourraient être initiées; ce soutien devrait inclure également l'apprentissage des habiletés parentales et la mobilisation du réseau des proches.
- Repérer les expériences et les formules de soutien auprès de mères toxicomanes qui ont fait leurs preuves au Québec, ainsi que dans d'autres provinces du Canada ou d'autres pays; évaluer la possibilité de développer un ensemble de ressources intégrées (hébergement, soutien et suivi) à l'intérieur du système québécois de soins et services socio-sanitaires.
- Diffuser les connaissances actuellement disponibles sur les facteurs de risque associés à la toxicomanie, auprès des intervenants(es) afin qu'ils(elles) puissent déjà les utiliser dans leur recherche de stratégies de soutien s'adressant aux jeunes femmes et aux jeunes hommes

vivant des situations qui les rendent vulnérables au développement d'habitudes de consommation nocive.

- Informer les jeunes, dès le niveau scolaire du secondaire, des effets potentiels de la consommation et de l'abus des substances psychoactives sur leur vie reproductive future.

LA FORMATION

Enfin, nous fondant sur l'expérience et les avis des intervenants(es) consultés(es), nous recommandons que des efforts soient déployés du côté de la formation.

- Offrir à toutes les personnes qui interviennent auprès de cette clientèle un accès à des activités de formation sur les toxicomanies et, plus particulièrement, sur la problématique des mères toxicomanes. À cet effet, nous recommandons d'utiliser les compétences en place pour axer cette formation sur le développement de programmes de dépistage et d'intervention précoce. Pareille formation devrait rejoindre particulièrement les intervenants(es) en périnatalité du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que les organismes communautaires.
- Prévoir une formation qui permette d'atténuer les perceptions négatives qui persistent à l'égard des mères toxicomanes. Assurer une communication entre la formation et la recherche, de sorte que l'information diffusée sur les conditions de vie et les situations particulières des mères toxicomanes soit exacte et partagée.
- Mettre en place des mécanismes de concertation pour harmoniser les perspectives et les actions et développer un langage commun entre les divers acteurs. Prévoir, par exemple, des mécanismes de transmission des connaissances et des lieux de discussion aux niveaux national et régional.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Addiction Research Foundation (1992). *La consommation d'alcool et de drogues et la reproduction : risques, droits et responsabilités*. Mise au point. ARF, Toronto.
- Alexander, M.J. (1996). Women with Co-occurring Addictive and Mental Disorders : An Emerging Profile of Vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1), 61-70.
- Amaro, H. & Hardy-Fanta, C. (1995). Gender Relations in Addiction and Recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (4), 325-337.
- Anderson, M., Ronith, E. & Andres, R.L. (1997). Social, Ethical and Practical Aspects of Perinatal Substance Use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (5), 481-486.
- Azzi-Lessing, L. & Olsen, L.J. (1996). Substance Abuse-Affected Families in the Child Welfare System : New Challenges, New Alliances. *Social Work*. 41 (1), 15-23.
- Baldwin, D.M., Brecht, M.-L., Monahan, G. *et al* (1995). Perceived Need for Treatment among Pregnant and Nonpregnant Women Arrestees. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (4), 389-399.
- Barnet, B., Duggen, A. & Wilson, M. (1995). Association Between Postpartum Substance Use and Depression Symptoms, Stress and Social Support in Adolescent Mothers. *Pediatrics*, 96 (2), 659-665.
- Beaulieu-Desforges, J. & Perron-Groleau, P. (1996). Grossesse et cocaïne. *Echo Professionnel*, 3 (4), 335-351.
- Behnke, M., Eyler, F.D., Woods, N.S. *et al* (1997). Rural Pregnant Cocaine Users : An In-Depth Sociodemographic Comparison. *Journal of Drug Issues*, 27 (3), 501-524.
- Bell, G.L. & Lau, K. (1995). Perinatal and Neonatal Issues of Substance Abuse. *Pediatrics Clinics of North America*, 42 (2), 261-281.
- Bendersky, M., Alessandri, S., Gilbert, P. *et al* (1996). Characteristics of Pregnant Substance Abusers in Two Cities in the Northeast. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22 (3), 349-362.
- Berkowitz, G., Brindis, C., Clayson, Z. *et al* (1996). Options for Recovery : Promoting Success Among Women Mandated to Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (1), 31-38.
- Bibeau, G. et Perrault, M. (1995). *Dérives montréalaises : À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochleaga-Maisonneuve*. Québec : Les Éditions du

Boréal.

- Boyd, C. (1993). The Antecedent of Women's Crack Cocaine Abuse : Family Substance Abuse, Sexual Abuse, Depression and Illicit Drug Use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 433-438.
- Boyd, M.R. & Hauenstein, E.J. (1997) Psychiatric Assessment and Confirmation of Dual Disorders in Rural Substance Abusing Women. *Archives of Pediatric Nursing*, 11 (2), 74-81.
- Boylin, W.M., Doucette, J. & Jean, M.F. (1997). Multifamily Therapy in Substance Abuse Treatment with Women. *The American Journal of Family Therapy*, 25 (1), 39-47.
- Brady, K.T., Killien, T., Saladin, M.E. *et al* (1994). Comorbid Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder : Characteristic of Women in Treatment. *American Journal on Addictions*, 3 (2), 160-164.
- Brindis, C.D., Berkowitz, G., Clayson, Z. *et al* (1997a). California's Approach to Perinatal Substance Abuse : Toward a Model of Comprehensive Care. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 113-122.
- Brindis, C.D., Berkowitz, G. & Clayson, Z. (1997c). Options for Recovery : Promoting Perinatal Drug and Alcohol Recovery, Child Health, and Family Stability. *Journal of Drug Issues*, 27 (3), 607-624.
- Brindis, C.D., Clayson, Z. & Berkowitz, G. (1997b). Options for Recovery : California's Perinatal Projects. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 89-99.
- Brochu, S. (1995) *Drogue et criminalité : Une relation complexe*. Montréal et Bruxelles, Presses de l'Université de Montréal et DeBoeck Université.
- Brooks, C. S., Zuckerman, B., Bamforth, A. *et al* (1994). Clinical Issues Related to Substance-Involved Mothers and Their Infants. *Infant Mental Health Journal*, 15 (2), 202-217.
- Brudenell, I. (1996). A Grounded Theory of Balancing Alcohol Recovery and Pregnancy. *Western Journal of Nursing Research*, 18 (4), 429-440.
- Buckner, J.C., Bassuk, E.L. & Zima, B.T. (1993). Mental Health Affecting Homeless Women : Implications for Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (3) : 385-399.
- Camp, J.M. & Finkelstein, N. (1997). Parenting Training for Women in Residential Substance Abuse Treatment : Results of a Demonstration Project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (5), 411-422.

- Carten, A.J. (1996). Mothers in Recovery : Rebuilding Families in the Aftermath of Addiction. *Social Work*, 41 (2), 214-223.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (1994) *Le syndrome de l'alcoolisme fœtal : un problème de santé infantile et familiale*. Groupe de travail sur la politique du CCLAT, Document de discussion politique.
- Comfort, M., Zanis, D., Kaltenbach, K.A. *et al* (1996). *Psychometric Data on the Psychosocial History*. Poster presented at the 58th Annual Scientific Meeting of the College on Drug Dependence, San Juan.
- Corse, S., McHugh, M.K. & Gordon, S.M. (1995). Enhancing Provider Effectiveness in Treating Pregnant Women with Addictions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 12 (1), 3-12.
- Daley, M. & Argeriou, M. (1997). Characteristics and Treatment Needs of Sexually Abused Pregnant Women in Drug Rehabilitation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (2), 191-196.
- Daley, M., Argeriou, M & McCarty, D. (1998). Substance Abuse Treatment for Pregnant Women : A Window of Opportunity? *Addictive Behaviours*, 23 (2), 239-249.
- Dicker, M. & Leighton, A. E. (1994). Trends in US Prevalence of Drug Using Parturient Women and Drug Affected Newborns 1979-1990. *American Journal of Public Health*, 84, 1433-1438.
- Dore, M.M., Kauffman, E., Nelson-Zlupo, L. *et al* (1996). Psychosocial Functioning and Treatment Needs of Latency-Age Children from Drug-Involved Families. *Families in Society*, 77 (10), 595-604.
- Dufour, A., Alary, M., Poulin, C. *et al* (1996). Prevalence and Risk Behaviors for HIV Infection Among Inmates of a Provincial Prison in Quebec City. *Aids*, 10 : 1009-1015.
- Dvorchak, P., Grams, G., Tate, L. *et al* (1995). Pregnant and Postpartum Women in Recovery : Barriers to Treatment and Role of Oxford House in the Continuation of Care. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13 (3), 97-107.
- Eliason, M. J. & Skinstad, A. H., (1995). Drug/Alcohol Addictions and Mothering. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12 (1), 83-96.
- Ewing, H. (1993). *Women, Addiction, and the Childbearing Family : Social Context, and Recovery Support*, in R.P. Barth, J. Pietzrak et M. Ramier (eds.), *Families Living with Drugs and HIV : Intervention and Treatment Strategies*. New York : Guilford Press, 18-36.

- Finkelstein, N. (1994). Treatment Issues for Alcohol and Drug-Dependent Pregnant and Parenting Women. *Health & Social Work*, 19 (1), 7-15.
- Finkelstein, N. (1996). *Using the Relational Model as a Context for Treating Pregnant and Parenting Chemically Dependent Women*, in L. Brenda et D. Finnegan (eds), *Chemical Dependency : Women at Risk*. New York : Haworth Press, 23-44.
- Finnegan, L.P. (1994). Perinatal Morbidity and Mortality in Substance Using Families : Effects and Intervention Strategies. *Bulletin on Narcotics*, 46 (1), 19-43.
- Forget, J. (1995). *Femmes enceintes et toxicomanie*. Synthèse et pistes de réflexion. Document interne pour le regroupement des centres de réadaptation. Document inédit.
- Forum national sur la santé (1997) *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier. Rapports de synthèse et documents de référence*. Volume II. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux. Ottawa.
- Garcia, S. (1997). Ethical and Legal Issues Associated with Substance Abuse by Pregnant and Parenting Women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 101-111.
- Goldberg, M.E., Lex, B.W., Mello, N.K. *et al* (1996). Impact of Maternal Alcoholism on Separation of Children from Their Mothers : Findings from a Sample of Incarcerated Women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (2), 228-238.
- Gomberg, E.L. (1996). Women's Drinking Practices and Problems from a Lifespan Perspective, in J.M. Howard *et al* (eds), *Woman and Alcohol : Issues for Prevention Research*, Bethesda, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 185-214.
- Gottwald, S.R. & Thurman, S.K. (1994). The Effects of Prenatal Cocaine Exposure on Mother-Infant Interaction and Infant Arousal in the Newborn Period. *Topics in Early Childhood and Special Education*, 14 (2), 217-231.
- Grant, T.M., Ernst, C.C., Streissguth, A.P. *et al* (1996). When Case Management Isn't Enough : A Model of Paraprofessional Advocacy for Drug-and-Alcohol-Abusing Mothers. *Journal of Case Management*, 5 (19), 3-11.
- Grella, C. (1996). Background and Overview of Mental Health and Substance Abuse Treatment Systems : Meeting the Needs of Women Who Are Pregnant or Parenting. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4), 319-343.
- Grella, C.E. (1997). Services for Perinatal Women with Substance Abuse and Mental Health Disorders : The Unmet Need. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 67-78.

- Grossman, J. & Schottenfeld, R. (1992). *Pregnancy and Women's Issue*, in T.R. Kosten and H.D. Klebe (eds). *Clinician's Guide to Cocaine Addiction. Theory, Research, and Treatment*. New York : Guilford Press, 373-388.
- Gustavsson, N.S. (1992). Drug Exposed Infants and Their Mothers : Facts, Myths, and Needs. *Social Work in Health Care*, 16 (4), 87-100.
- Gustavsson, N.S. & Rycraft, J.R. (1994). Chemically Dependant Mothers and Their Children. *Journal of Social Service Research*, 20 (1-2), 55-71.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Les Publications du Québec. Gouvernement du Québec.
- Guyon, L., Brochu, S., Parent, I. & Desjardins, L. (accepté pour publication dans *Women and Health*) At-Risk Behaviours with Regard to HIV and Addiction among Women in Prison.
- Haller, D.L., Knisely, J.S., Dawson, K.S. *et al* (1993). Perinatal Substance Abusers : Psychological and Social Characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (8), 509-513.
- Hankins, C.A., Gendron, S., Handley, M.A. *et al* (1994). HIV Infection Among Women in Prison : An Assessment of Risk Factors Using a Nonnominal Methodology. *American Journal of Public Health*, 84 (10) : 1637-1640.
- Haskett, M.E., Miller, J.W., Whitworth, J.M. *et al* (1992). Intervention with Cocaine-Abusing Mothers. *Families in Society*, 73 (8), 451-461.
- Hofkosh D., Pringle, J.L., Wald, H. *et al* (1995). Early Interactions Between Drug-Involved Mothers and Infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149 (6), 665-672.
- Humphries, D., Dawson, J., Cronin, V. *et al* (1992). Mothers and Children, Drugs and Crack : Reactions to Maternal Drug Dependency. *Women and Criminal Justice*, 3 (2), 81-99.
- Hutchins, E. (1997). Drug Use during Pregnancy. *Journal of Drug Issues*, 27 (3), 463-485.
- Ingersoll, K., Dawson, K. & Haller, D. (1996). Family Functioning of Perinatal Substance Abusers in Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (1), 61-71.
- Jacob, M. & Laberge, D. (1997). Les déterminants de l'intervention auprès des enfants «en danger» : un bilan des recherches. *Déviance et Société*, 21 (4) : 443-470.
- Jansson, L.M., Svikis, D., Lee, J. *et al* (1996). Pregnancy and Addiction. A Comprehensive Care Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (4), 321-329.

- Jessup, M. (1996). Editor's Introduction. Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Dependencies in Pregnant and Parenting Women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4), 311-317.
- Kaplan, M.S. & Sasser, J.E. (1996). Women behind Bars : Trends and Policy Issues. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 23 (4), 43-56.
- Kaskutas, L. A., Greenfield, T., Lee, M. E., Cote, J. (1998). Reach and Effects of Health Messages on Drinking during Pregnancy. *Journal of Health Education*, 29 (1), 11-17.
- Kearney, M., Murphy, S., Irwin, K. *et al* (1995). Salvaging Self : A Grounded Theory of Pregnancy on Crack Cocaine. *Nursing Research*, 44 (4), 208-213.
- Kearney, M., Murphy, S. & Rosenbaum, M. (1994). Mothering on Crack Cocaine : A Grounded Theory Analysis. *Social Science and Medicine*, 38 (2), 351-361.
- Kemper, K.J., Greteman, A., Bennett, E. *et al* (1993). Screening Mothers of Young Children for Substance Abuse. *Journal of Developmental & Behavioural Paediatrics*, 14 (5), 308-312.
- Killeen, T.K., Brady, K.T & Thevos, A. (1995). Addiction Severity, Psychopathology and Treatment Compliance in Cocaine-Dependent Mothers. *Journal of Addictive Disease*, 14 (1), 75-84.
- Klein, D. & Zahnd, E. (1997). Perspectives of Pregnant Substance-Using Women : Findings from the California Perinatal Needs Assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 55-66.
- Lacharité, C. (1992). La toxicomanie des parents en tant que facteur de risque de mauvais traitements envers l'enfant. *Apprentissage et Socialisation*, 15 (2), 121-133.
- Lefebvre, F. (1993). L'attachement des parents à leur nouveau-né suite à une naissance prématurée et à une séparation en période néonatale. *Santé mentale au Québec*, 8 (2), 90-98.
- Leifer, M., Shapiro, J.P. & Kassem, L. (1993). The Impact of Maternal History and Behaviour upon Foster Placement and Adjustment in Sexually Abused Girls. *Child Abuse and Neglect*, 17 (6), 755-766.
- Lejeune, C., Floch-Tudal, C., Montmat, S. *et al* (1997a). Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. *Archives Pédiatriques*, 4, 263-270.
- Lejeune, C., Floch-Tudal, C., Montamat, S. *et al* (Soumis pour publication dans la Revue Interventions.) Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs nouveau-nés : une révolution culturelle nécessaire.

- Lejeune, C., Ropert, J.C. & Montamat, S. (1997b). Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 26, 395-404.
- Lewis, S., Klee, H. & Jackson, M. (1995). Illicit Drug Users' Experiences of Pregnancy : An Exploratory Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13 (3-4), 219-227.
- Lyons, P. & Rittner, B. (1998). The Construction of the Crack Babies Phenomenon as a Social Problem. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 313-320.
- Luthar, S.S. & K.G. Walsh (1995). Treatment Needs of Drug-Addicted Mothers. Integrated Parenting Psychotherapy Interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (5), 341-348.
- Magura, S. & Laudet, A. (1996). Parental Substance Abuse and Child Maltreatment : Review and Implications for Intervention. *Children and Youth Services Review*, 18 (3), 193-220.
- Mallouh, C. (1996). The Effect of Dual Diagnosis on Pregnancy and Parenting. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4), 367-380.
- Marcenko, M.O., Spence, M. & Rohweder, C. (1994). Psychosocial Characteristics of Pregnant Women With and Without a History of Substance Abuse. *Health & Social Work*, 19 (1), 17-22.
- Martin, C. & Boyer, G. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Mayes, L.C. (1995). *Substance Abuse and Parenting*, in M.H. Bornstein (ed.), *Handbook of Parenting, Vol.4 : Applied and Practical Parenting*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates Inc., 101-125.
- Mejta, C. & Lavin, R. (1996). Facilitating Healthy Parenting Among Mothers with Substance Abuse or Dependence Problems : Some Considerations. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14 (1), 33-47.
- Messer, K., Clark, K.A. & Martin, S.L. (1996). Characteristics Associated with Pregnant Women's Utilisation of Substance Abuse Treatment Services. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 22 (3), 403-422.
- Metsch, L.R., Rivers, J.E., Miller, M. *et al* (1995). Implementation of a Family-Centered Treatment Program for Substance-Abusing Women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (1), 73-83.

- Miller, H. & Hyatt, M. (1992). Perinatal Substance Abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18 : 247-261.
- Morris, S.K. & Schinke, S.P. (1990). Treatment Needs and Services for Mothers with a Dual Diagnosis : Substance Abuse and Mental Illness. *Journal of Offender Counselling*, 15 (1), 65-84.
- Morrow, C. (1995). Preventive Care in Pregnancy. *Prevention in Practice*, 22 (4), 755-785.
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C. *et al* (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Nadeau, L. (1994). Withdrawal, Mental Disorder, Cognitions and Love : A Typology of Risk Taking Contexts for Drug Dependent Women. *Proceedings of the 5th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*.
- National Committee to Prevent Child Abuse (1996). *The Relationship between Parental Alcohol or Other Drug Problems and Child Maltreatment*. Chicago, Illinois, Fact Sheet no 14.
- Noble, A., Vega, W.A., Kolody, B. *et al* (1997). Prenatal Substance Abuse in California : Findings from the Perinatal Substance Exposure Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 43-53.
- Norton-Hawk, M.A. (1997). Frequency of Prenatal Drug Abuse : Assessment, Obstacles, and Policy Implications. *Journal of Drug Issues*, 27 (3), 447-462.
- Peterson, L., Gable, S. & Saldana, L. (1996). Treatment of Maternal Addiction to Prevent Child Abuse and Neglect. *Addictive Behaviours*, 21 (6), 780-801.
- Poulsen, M.K. (1994). The Development of Policy Recommendations to Address Individual and Family Needs of Infants and Young Children Affected by Family Substance Use. *Topics in Early Childhood and Special Education*, 14 (2), 275-291.
- Prendergast, M., Wellisch, J. & Falkin, G. (1995). Assessment of and Services for Substance-Abusing Women Offenders in Community and Correctional Settings. *The Prison Journal*, 75 (2), 240-256.
- Pursley-Crotteau, S. & Stern, P.N. (1996). Creating a New Life : Dimensions of Temperance in Perinatal Cocaine Crack Users. *Qualitative Health Research*, 6 (3), 350-367.
- Raskin, V.D. (1992). Maternal Bereavement in Perinatal Substance Abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9 (2), 149-152.

- Redding, B.A. & Selleck, C.S. (1993). Perinatal Substance Abuse : Assessment and Management of the Pregnant Women and Her Children. *Nurse Practitioner Forum*, 4 (4), 216-223.
- Rothon, D.A., Mathias, R.G. & Schechter, M.T. (1994). Prevalence of HIV in Provincial Prisons in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 151 (6), 781-787.
- Rudiger, A.F. (1992). Substance Abuse and Social Disadvantage, in A.C. Crocker, H.J. Cohen et T.A. Kastner (eds), *HIV Infection and Developmental Disabilities : A Resource for Service Providers*. Baltimore, London, Toronto, Sydney : Paulh Brookes Publishing, 261-267.
- Service Correctionnel du Canada (1994). *HIV/AIDS in Prisons : Final Report of the Expert Comitee on AIDS and Prisons*. Gouvernement du Canada, Ottawa.
- Singleton, J.A., Perkins, C.I., Trachtenberg, A.I. et al (1990). HIV Antibody Seroprevalence Among Prisoners Entering the California Correctional System. *Western Journal of Medicine*, 153 (4), 394-399.
- Smith, I.E., Dent, D.Z., Coles, C.D. et al (1992). A Comparison Study of Treated and Untreated Pregnant and Postpartum Cocaine-Abusing Women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9 (4), 343-348.
- St-Jacques, A. (1990). Quand il neige sur la famille. *Nursing Québec*, 10 (5), 49-52.
- Sylverman, K., Chutwape, M.A.D., Svikis, D.S. et al (1995). Incongruity between Occupational Interests and Academic Skills in Drug Abusing Women. *Drug and Alcohol Dependency*, 40, 115-123.
- Taylor, A. (1993). *Women Drug Users : Ethnography of a Female Injecting Community*. New York : Oxford University Press Inc.
- Thomphson, P.J. & Harm, N.J. (1995). Parent Education for Mothers in Prison. *Pediatric Nursing*, 21 (6), 552-555.
- Thompson, M.P. & Knigree, J.B. (1998). The Frequency and Impact of Violent Trauma Among Pregnant Substance Abusers. *Addictive Behaviors*, 23 (2), 257-262.
- Thurman, S.K. & Berry, B.E. (1992). Cocaine Use : Implications for Interventions with Childbearing Women and Their Infants. *Children's Health Care*, 21 (1), 31-38.
- Tracy, E. (1994). Maternal Substance Abuse : Protecting the Child, Preserving the Family. *Social Work*, 39 (5), 534-540.

- Tyler, R., Howard, J., Espinosa, M. *et al* (1997). Placement with Substance-Abusing Mothers Vs Placement with Other Relatives : Infant Outcome. *Child Abuse & Neglect*, 21 (4), 337-349.
- VanBremen, J.R. & Chasnoff, I.J. (1994). Policy Issues for Integrating Parenting Interventions and Addiction Treatment for Women. *Topics in Early Childhood Special Education*, 14 (2), 254-274.
- Venne, M. (1992). La consommation de cocaïne en cours de grossesse et ses impacts sur le processus d'attachement maternel. *Revue Intervention*, 93, 37-45.
- Vlahov, D., Brewer, T.F., Castro, K.G., *et al* (1991). Prevalence of Antibody to HIV-1 Among Enfants to US Correctional Facilities. *Journal of American Medical Association*, 265 (9), 1129-1132.
- Wadsby, M., Sydsjo, G. & Svedin, C.G. (1996). Children of Psychosocial Risk-Mother : Life Events, Social Interaction, and Behaviour Problems at Age 8 Years. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24 (4), 227-236.
- Waters, J., Roberts, A.R. & Morgen, K. (1997). High-Risk Pregnancies : Teenagers, Poverty, and Drug Abuse. *Journal of Drug Issues*, 27 (3), 541-562.
- Wellisch, J., Anglin, M.D. & Prendergast, M.L. (1993). Numbers and Characteristics of Drug-Using Women in the Criminal Justice System : Implications for Treatment. *Journal of Drug Issues*, 23 (1), 7-30.
- Wellisch, J., Perrochet, B. & Anglin, D. (1997a). Afterword. Future Directions for Perinatal Alcohol and Drug Treatment Services. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 123-125.
- Wellisch, J., Perrochet, B. & Anglin, D. (1997b). Editors' Introduction. Perinatal Substance Abuse : One State's Response. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 1.
- Wheeler, S.F. (1993). Substance Abuse during Pregnancy. *Primary Care; Clinics in Office Practice*, 20 (1), 191-207.
- Whitford, L.M. & Vitucci, J. (1997). Pregnancy and Addiction : Translating Research into Practice. *Social Science and Medicine*, 44 (9), 1371-1380.
- Williams-Petersen, M., Myers, B., McFarland D. *et al* (1994). Drug-Using and Non-Using Women : Potential for Child Abuse, Child-Rearing Attitudes, Social Support, and Affection for Expected Baby. *The International Journal of the Addictions*, 29 (12), 1631-1643.
- Wilsnack, C., Vogeltanz, N.D., Klassen, A.D. *et al* (1997). Childhood Sexual Abuse and Women's Substance Abuse : National Survey Findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 264-271.

- Wilsnack, S. & Wilsnack, R.L. (1991). Epidemiology of Women's Drinking. *Journal of Substance Abuse*, 3, 133-157.
- Wolock, I. & Magura, S. (1996). Parental Substance Abuse as a Predictor of Child Maltreatment Re-reports. *Child Abuse & Neglect*, 20 (12), 1183-1193.
- Woodhouse, L.D. (1992). Women with Jagged Edges : Voices from a Culture of Substance Abuse. *Qualitative Health Research*, 2 (3), 262-281.
- Young, N. (1997a). Alcohol and Other Drugs : The Scope of the Problem among Pregnant and Parenting Women in California. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 3-22.
- Young, N. K. (1997b). Effects of Alcohol and Other Drugs on Children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 23-42.
- Zahnd, E., Klein, D. & Needell, B. (1997). Substance Use and Issues of Violence Among Low-Income, Pregnant Women : The California Perinatal Needs Assessment. *Journal of Drug Issues*, 27 (3), 563-584.

ANNEXE I

Références bibliographiques complémentaires

Références bibliographiques complémentaires

- Beal, A.C. & Redlner, I. (1995). Enhancing Perinatal Outcome in Homeless Women : The Challenge of Providing Comprehensive Health Care. *Seminars in Perinatology*, 19 (4), 30-313.
- Beaulieu-Desforges, J. (1992). Indicateurs bio-psycho-sociaux de consommation de cocaïne chez les femmes enceintes. *Revue Intervention*, 93 : Revue de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec
- Becker, H. S. (1996). The Epistemology of Qualitative Research, in J. Richard, A. Colby et R.A. Shweder (eds), *Ethnography and Human Development, Context and Meaning in Social Inquiry*, Chicago and London : The University of Chicago Press, 53-71.
- Beckwith L. (1996). Measurement of Early Rearing Environment : Caregiver-Child Interaction, in E. Radhert (ed), *NIDA Research Monograph Series, 166, Treatment for Drug-Exposed Women and Their Children : Advances in Research Methodology*, Rockville : NIDA, 205-224.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, I. *et al* (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité d'une toxicomanie*. Montréal, Cahier de Recherche du RISQ.
- Berkowitz, G., Brindis, C. & Clayson, Z. (1996). Using a Multimethod to Measure Success in Perinatal Drug Treatment. *Evaluation and the Health Professions*, 19 (1), 48-67.
- Billings, L., Eriksson, M., Jonsson, B. *et al* (1994). The Influence of Environmental Factors on Behavioural Problems in 8-Year-old Children Exposed to Amphetamine During Fetal Life. *Child Abuse & Neglect*, 18, 3-9.
- Black, M.M., Prasanna, N., Kight, C. *et al* (1994). Parenting and Early Development Among Children of Drug-Abusing Women : Effects of Home Intervention. *Pediatrics*, 94 (4), 440-448.
- Blanchet, A. & Gottman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Collection Sociologie 128, Paris, Nathan.
- Blume, S. (1989). *Chemical Dependency in Women*. Paper presented at the American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions, San Francisco.
- Bogart, C.J., Yeatman, F.R., Sirridge, S.T. *et al* (1995). Alcohol Expectancies and the Personal and Parental Drinking Patterns of Women. *Women & Health*, 22 (4), 51-66.

- Boivin, M.D. & Morrissette, P. (1997). *Portrait socioprofessionnel de la clientèle de trois CRPAT du Québec*. Conférence donnée au colloque Journées des Partenaires du RISQ, Montréal.
- Brindis, C.D. & Theidon, K.S. (1997). The Role of Case Management in Substance Abuse Treatment Services for Women and their Children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1), 79-88.
- Brochu, S. & Guyon, L. (1995). An Addiction Severity Index for Inmates. *International Medical Journal*, 2 (1), 54-58.
- Brook, J. S. & Tseng, L.-J. (1996). Influences of Parental Drug Use, Personality, and Child Rearing on the Toddler's Anger and Negativity. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 122 (1), 107-128.
- Brook, J. S. & Tseng, L.-J. (1995). Maternal Drug Use, Personality, Child-Rearing Practices, and Toddler's Sadness. *Psychological Reports*, 76, 912-914.
- Brooner, R.K., Kling, V. L., Kidorf, M. *et al* (1997). Psychiatric and Substance Use Comorbidity Among Treatment-Seeking Opioid Abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Brown, V.B., Huba, G.J. & Melchior, L.A. (1995). Level of Burden : Women with More Than One Co-Occuring Disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (4), 339-346.
- Burns, K. & Chethik, L. (1991) Dyadic Disturbances in Cocaine-Abusing Mothers and Their Infants. *Journal of Clinical Psychology*, 47 (2), 316-319.
- Carrier, G. & Beaudoin, S. (1994). La situation familiale des enfants déplacés. In *Comprendre la famille. Actes du 2e Symposium québécois de recherche sur la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 263-282.
- Carrington, B.W., Loftman, P.O., Boucher, E. *et al* (1991). Modifying a Childbirth Education Curriculum for Two Specific Populations : Inner-City Adolescents and Substance-Using Women. *Journal of Nurse Midwifery*, 39 (5), 312-320.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M. & Hughes, S. (1996). Psychopathology in Adolescent Mothers and Its Effects on Mother-Infant Interactions : A Pilot Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (6), 379-384.
- Center for Chemical Dependency Treatment at St. Francis Medical Center (1994). *Treatment of the Pregnant Addict*. Behavioral Health Resource Press. Manisses Communication Group, Inc. Providence

- Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies-CCLAT (1995). *Profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa : CCLAT.
- Chavkin, W. Breitbart, V. (1997). Substance Abuse and Maternity : The United States as a Case Study. *Addiction*, 92 (9), 1201-1205.
- Chavkin, W., Paone, D., Friedman, P. *et al* (1993). Reframing the Debate : Towards Effective Treatment for Inner City Drug-Abusing Mothers. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 70, 1, 50-68.
- Child Welfare League of America and National Association of Public Hospitals (1992). *Border Babies in Selected Hospitals in the United States*. Washington DC.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G. *et al* (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Québec : Éditions Saint-Martin.
- Colton, M. (1981). A Descriptive and Comparative Analysis of Self Perceptions and Attitudes of Heroin Addicted Women, in A.J. Shelter (ed), *Drug Dependence and Alcoholism*, vol 1., New York : Plenum Press.
- Comfort, M. & Kaltenbach, K.A. (1996). The Psychosocial History : An Interview for Pregnant and Parenting Women in Substance Abuse Treatment, in E. Radhert (ed), *NIDA Research Monograph Series. 166. Treatment for Drug-Exposed Women and Their Children : Advances in Research Methodology*, Rockville : NIDA, 123-142.
- Constantino, J. (1993). Parents, Mental Illness, and the Primary Health Care of Infants and Young Children. *Zero to Three*, 13 (5), 1-10.
- Cook, C. (1997). The Role of Social Worker in Perinatal Substance-Abuse. *Social Work in Health Care*, 24 (3/4), 65-83.
- Crabtree, B.F. & Miller, W. (1992). *Doing Qualitative Research, Research Methods for Primary Care*, volume 3, Thousand Oaks, London and New Delhi : Sage Publications.
- Dallaire, N. & Chamberland, C. (1992). *L'efficacité du programme «Parents efficaces» auprès de parents bénéficiant du soutien d'un groupe «Parentraide»*. Manuscrit non publié.
- De Koninck, M., Bergeron P. & Bourbonnais, R. (1997). Women Physicians in Quebec. *Social Science and Medicine*, 44 (12), 1825-1832.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). Introduction, Entering the Field of Qualitative Research, in N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (ed), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London and New Delhi : Sage Publications, 1-17.

- Desjardins, L., Brochu, S. & Langelier-Biron, L. (1993). *Étude épidémiologique sur la consommation de psychotropes parmi les contrevenantes incarcérées*. Les Cahiers de Recherches criminologiques, Cahier no 15, Montréal, CICC.
- Dobkin, P. & Beaudoin, J. (1997). Briser le cycle Intervention familiale pour les enfants de toxicomanes. *Psychotropes – R.I.T.*, 3 (3), 53-67.
- Dobkin, P., Tremblay, R.E. & Sacchitelle, C. (1997). Predicting Boy's Early-Onset Substance Abuse from Father's Alcoholism, Son's Disruptiveness, and Mother's Parenting Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 86-82.
- Dore, M.M. & Alexander, L.B. (1996). Preserving Families at Risk of Child Abuse and Neglect : The Role of the Helping Alliance. *Child Abuse and Neglect*, 20 (4), 349-361.
- Dupont, N. (1995). *Le fonctionnement de l'ego et la cocaïne chez les femmes enceintes*. Université Mc Gill, École de service social, Individual Casework.
- Egeland, B. & Erickson, M. (1990). Rising above the Past : Strategies for Helping New Mothers Break the Cycle of Abuse and Neglect. *Zero to three, Bulletin Center for Clinical Infant Programs*, 11 (2).
- Elk, R., Mangus, L., Rhoades, H. *et al* (1998). Cessation of Cocaine Use During Pregnancy : Effects of Contingency Management Interventions on Maintaining Abstinence and Complying with Prenatal Care. *Addictive Behaviors*, 23 (1), 57-64.
- Farkas, K.J. & Parran, T.V. Jr. (1993). Treatment of Cocaine Adiction During Pregnancy. *Clinics in Perinatology*, 20 (1), 29-45.
- Feng, T. (1993). Substance Abuse in Pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 5 (1), 16-23.
- Fineman, N.R., Beckwith, L., Howard, J. *et al* (1997). Maternal Ego Development and Mother-Infant Interaction in Drug-Abusing Women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (4), 307-317.
- Finkelstein, N. (1993). Treatment Programming for Alcohol and Drug-Dependant Pregnant Women. *The International Journal of the Addictions*, 28 (13), 1275-1309.
- Fox, K. & B. Gilbert (1994). The Interpersonal and Psychological Functioning of Women who Experienced Childhood Physical Abuse, Incest, and Parental Alcoholism. *Child Abuse & Neglect*, 18 (10), 849-858.
- Gabinet, L. (1986). A Protocol for Assessing Competence to Parent a Newborn. *General Hospital Psychiatry*, 8, 263-272.

- Galanter, M., Egelko, S., Edwards, H. *et al* (1994). A Treatment System for Combined Psychiatric and Addictive Illness. *Addiction*, 89 (10), 1227-1235.
- Galanter, M., Egelko, S., De Leon, G. *et al* (1993). A General Hospital Day Program Combining Peer-Led and Professional Treatment of Cocaine Abusers. *Hospital & Community Psychiatry*, 44 (7), 644-649.
- Garant, L. (1992). *Les programmes de soutien familial : une alternative au placement des jeunes?* Québec, MSSS.
- Gelles, R. (1993). Alcohol and Other Drugs Are Associated With Violence- They are not the Cause, in R. Gelles et D. Loseke (eds), *Current Controversies on Family Violence*, 182-196.
- Gold, M. (1993). *Cocaine*. New York : Plenum Medical Book Company.
- Goldberg, M. (1995). Substance-Abusing Women : False Stereotypes and Real Needs. *Social Work*, 40, 6, 789-798.
- Gottfried, H. (ed) (1995). *Feminism and Social Change : Bridging Theory and Practice*. Urbana : University of Illinois Press.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, Les Publications du Québec.
- Guyon, L. & Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. *Revue Psychotropes*, 1 (2), 61-79.
- Guyon, L. (1993). *Analyse descriptive des mères toxicomanes, en traitement à Domrémy-Montréal, 1991/1993*. Document de travail. RISQ.
- Guyon, L, Brochu, S. & Desjardins, L. (1997). *Risk Behavior and Substance Abuse among Incarcerated Women*. 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Paris (conférence).
- Hall, J.A. (1995). Skill Training for Pregnant and Parenting Adolescents, in E. Rahdert et D. Czchowicz (eds), *NIDA Research Monograph Series. 156. Adolescent Drug Abuse : Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*, Rockville : NIDA, 255-290.
- Haller, D.L., Knisley, J.S., Elswick, R.K. *et al* (1997). Perinatal Substance Abusers : Factors Influencing Treatment Retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (6), 513-519.

- Haller, D. & K. Ingersoll (1996). Assessment of Perinatal Substance Abusers : Experiences of One Perinatal-20 Project, in R. Rahdert (ed), *NIDA Research Monograph Series. 166. Treatment for Drug-exposed Women and Their Children : Advances in Research Methodology*, Rockville : NIDA, 143-162.
- Hanna, E.Z., Faden, V.B. & Dufour, M.C. (1994). The Motivational Correlates of Drinking, Smoking, and Illicit Drug Use During Pregnancy. *Journal of Substance Abuse*, 6, 155-167.
- Harrison, M. (1991). Drug Addiction in Pregnancy : The Interface of Science, Emotion, and Social Policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8 (4), 261-268.
- Hawley, T. L., Halle, T.G., Drasin, R.E. *et al* (1995). Children of Addicted Mothers : Effects of the «Crack Epidemic» on the Caregiving Environment and Development of Preschoolers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (3), 364-379.
- Higgs, K.I. (1996). *Toward a Basis for Treatment Matching for Pregnant/Post-Partum Crack Cocaine Users : A Preliminary Study of Clinical Profiles, Perceived Treatment Needs, and Drug Abuse Etiologies*. Tampa, University of South Florida.
- Hill, S. & Muka, D. (1996). Childhood Psychopathology in Children from Families of Alcoholic Female Probands. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (6), 725-733.
- Howard, J., Beckwith, L., Espinosa, M, *et al* (1995). Development of Infant Borns to Cocaine-Abusing Women : Biologic/Maternal Influences. *Neurotoxicology & Teratology*, 17 (4), 403-411.
- Howard, J., Beckwith, L., Rodning, C. *et al* (1989). The Development of Young Children of Substance-Abusing Parents : Insights from Seven Years of Intervention and Research. *Zero to Three*, June, 8-12.
- James, M.E., Rubin, C.P. & Willis, S.E. (1991). Drug Abuse and Psychiatry Findings in HIV-Seropositive Pregnant Patients. *General Hospital Psychiatry*, 13 (1), 4-8.
- Jesse, R.C. (1989). Developmental Consequences of the Poly-Addicted Family Environment, in R.C. Jesse (ed), *Children in Recovery*, New-York : W.W. Norton, 109-144.
- Jones, L. & Reeds, D. (1992). The Effects of Cocaine Abuse on Infants and the Implications for Social Workers. *Journal of Health & Social Policy*, 3 (3), 51-67.
- Jutras, S. (1996). L'appropriation. Un modèle approprié pour la promotion de la santé mentale des enfants? *Revue canadienne de santé mentale*, 15 (2), 123-141.

- Kemper, K.J., Osborn, L.M., Hansen, D.F. *et al* (1994). Family Psychosocial Screening : Should We Focus on High-Risk Settings? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15 (5), 336-341.
- Kerson, T. (1990). Targeted Adolescent Pregnancy Substance Abuse Project. *Health and Social Work*, February, 73-74.
- Keyes, L.J. (1992). Rethinking the Aim of the «War on Drugs» : States' Roles in Preventing Substance Abuse by Pregnant Women. *Wisconsin Law Review*, 1, 197-232.
- King, P.A. (1991). Helping Women Helping Children : Drug Policy and Future Generations. *The Milbank Quarterly*, 69 (4), 595-621.
- Knowles, J.P. & Cole, E. (eds) (1990). *Motherhood : A Feminist Perspective*. New York : Haworth Press.
- Kolar, A., Brown, B., Haertzen, C. *et al* (1994). Children of Substance Abusers : The Life Experiences of Children of Opiate Addicts in Methadone Maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20 (2), 159-171.
- Koniak-Griffin, D. & Brecht, M.L. (1995). Linkages Between Sexual Risk Taking, Substance Use, and AIDS Knowledge Among Pregnant Adolescents and Young Mothers. *Nursing Research*, 44 (6), 340-346.
- Latkin, C., Mandell, W., Oziemkowska, M. *et al* (1995). Using Social Network Analysis to Study Patterns of Drug Use among Urban Drug Users at High Risk for HIV-AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 1-9.
- Lewis, J. & Engle, J. (1994). Improving Outcomes of Parent Training Program, in C. Mejta, J. Lewis et J. Engle (eds), *Training the Gender Competent Substance Abuse*. Chicago : Illinois Ltn Governor Office.
- Mahan, S. (1996). *Crack Cocaine, Crime, and Women : Legal, Social, and Treatment Issues*. Thousands Oaks, Sage Publications.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D. *et al* (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E. *et al* (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (1), 26-33.

- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1991). *Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boek Université.
- Miller, W.H. Jr & Resnick, M.P. (1993). Comorbidity in Pregnant Patients in a Psychiatry Inpatient Setting. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (2), 177-185.
- Miller, L.J. & Finnerty, M. (1996). Sexuality, Pregnancy, and Childbearing among Women with Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 47 (5), 502-506.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Vers un continuum de services intégrés à la jeunesse. Les solutions de rechange au placement des jeunes*. Rapport du Comité consultatif sur le développement de solutions de rechange en matière de placement d'enfant, Québec, MSSS.
- Moore, A.R. (1995). *An Evaluation of a Program for Incarcerated Mothers : Parenting Training and the Enhancement of Self-Esteem*. Richmond : Virginia Commonwealth University.
- Mosley, T. (1996). Prototypes : An Urban Model Program of Treatment and Recovery Services for Dually Diagnosed Perinatal Program Participants. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4), 381-388.
- Mundal, L. D., VanDer Weele, T., Berger, C. *et al* (1991). Maternal-Infant Separation at Birth Among Substance Using Pregnant Women : Implications for Attachment. *Social Work in Health Care*, 16 (1), 132-143.
- Munk, B. (1993). Providing Integrated Treatment for Parent/Infant Dyads At Risk because of Parental Emotional and Mental Illness. *Zero to Three*, 13 (5), 29-35.
- Nadeau, L. (1994). Les femmes et l'alcool : l'état de la question, in P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin, vol II, 231-254.
- Nadeau (1990). Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 22 (4), 433-444.
- Nadeau, L., Biron, C., avec la collaboration de J. Bergeron, S. Brochu, A. Demers, L. Guyon, M. Landry & C. Mercier (1997). *Cadre conceptuel pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Rapport de recherche déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- National Institute on Drug Abuse (1996). *National Pregnancy & Health Survey. Drug Use Among Women Delivering Livebirths : 1992*. U. S. Department of Health and Human Services.

- Neuspiel, D.R., Zingman, T.M., Templeton, V. *et al* (1993). Custody of Cocaine-Exposed Newborns : Determinants of Discharge Decision. *American Journal of Public Health*, 83 (12), 1726-1729.
- North, C.S., Thompson, S.J., Smith, E.M. *et al* (1996). Violence in the Lives of Homeless Mothers in a Substance Abuse Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (2), 234-249.
- Norton-Hawk, M.A. (1994). How social Policies make Matters Worse : The Case of Maternal Substance Abuse. *The Journal of Drug Issues*. 24 (3) : 517-526.
- Oakley, A. (1992). *Social Support and Motherhood*, Oxford, Blackwell.
- O'Gorman, P. & Olivier-Diaz, P. (1986). Techniques for the Recovering Person to Use in Parenting. *Alcohol World & Health Research*, 2 (1), 48-51.
- Oxman-Martinez, J. & Moreau, J. (1994). Prise de décision et intervention auprès des enfants négligés en Montérégie, in *Comprendre la famille. Actes du 2e symposium québécois de recherche sur la famille*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pascoe, J.M., Kokotailo, P.K. & Broekhuizen, F.F. (1995). Correlates of Multigravida Women's Binge Drinking During Pregnancy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149 (12), 1325-1329.
- Patterson, R.L. (1995). Criminality among Women : A Brief Review of the Litterature. *Journal of Offender Rehabilitation*, 22 (3-4), 3-53.
- Pawl, J. H. (1992). Interventions to Strengthen Relationships between Infants and Drug-Abusing or Recovering Parents. *Zero to Three*, 13 (1), 6-10.
- Perrault, M., Bouchard, F., Léveillé, D. *et al* (1996). Évaluation qualitative du construit théorique d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins des femmes enceintes vivant en grande pauvreté. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3 (2), 173-186.
- Pivnik, A. (1996). Kinchart-Sociograms as a Method for Describing the Social Networks of Drug-Using Women, in E. Radhert (ed), *Treatment for Drug-Exposed Women and Their Children : Advances in Research Methodology*. NIDA Research Monograph Series, 166, Rockvile : NIDA, 163-182.
- Reckman, L.W., Babcock, P. & O'Bryan, T. (1984). Meeting the Child Care Needs of the Female Alcoholic. *Child Welfare*, 69 (6), 541-546.

- Reinharz, S. (1992). *Feminist Methods in Social Research*. New York : Oxford University Press.
- Richards, T. (1979). Working with Children of an Alcoholic Mother. *Alcohol Health and Research World*, 3 (3), 22-25.
- Roberts, D.E. (1995). Motherhood and Crime. *Social Text*, 42, 99-123.
- Rochon, M. (1997). *Taux de grossesses à l'adolescence. Québec 1980 à 1995*. Québec : MSSS.
- Rowan, M.M. (1993). *Mandated Reporting : The Experience of Clients and Nurses (Substance Abuse, Perinatal Drug Use)*. University of Minnesota.
- Ryland, S.A. & Lucas, L. (1996). A Rural Collaborative Model of Treatment and Recovery Services for Pregnant and Parenting Women with Dual Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4), 389-395.
- Sanchez, E. G. & Mohl, P.C. (1992). Psychotherapy with Mexican-American Patients. *American Journal of Psychiatry*, 149 (5), 626-630.
- Scafidi, F.A., Field, T., Prodromidis, M. *et al* (1997). Psychosocial Stressors of Drug-Abusing Disadvantaged Adolescent Mothers. *Adolescence*, 32 (125), 93-100.
- Sells, S. P., Smith, T. E. & Sprenkle, D.H. (1995). Integrating Qualitative and Quantitative Research Methods : A Research Model. *Family Process*, 34, 199-218.
- Smith, D.E. (1987). *The Everyday World as Problematic : A Feminist Sociology*. Toronto : Toronto Press.
- Smith, E.M., North, C.S. & Heaton, T.M. (1993). A Substance Abuse Recovery Program for Homeless Mothers with Children : Saint-Louis. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 10 (3-4), 91-100.
- Smith, E.M., North, C.S. & Spitznagel, E.L. (1993). Alcohol, Drugs, and Psychiatric Comorbidity Among Homeless Women : An Epidemiology Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (3), 82-87.
- Smith, G. H. (1993). Intervention Strategies for Children Vulnerable for School Failure Due to Exposure to Drugs and Alcohol. *The International Journal of the Addictions*, 28 (13), 1435-1470.
- Statistique Canada (1995). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants. Matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995. Cycle 1*, Ottawa : Statistique Canada.

- Testa, M. & Reifman, A. (1996). Individual Differences in Perceived Riskiness of Drinking in Pregnancy : Antecedents and Consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 57 (4), 360-367.
- Trad, P. V. (1993). Substance Abuse in Adolescent Mothers : Strategies for Diagnosis, Treatment and Prevention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10 (5), 421-431.
- Waterson, J. & Ettore, B (1989). Providing Services for Women with Alcohol or Other Drugs : The Current U.K. Situation as Seen by Women Practitioners Researches. *Drug and Alcohol Dependence*, 24 (2), 119-125.
- Watkins, D.L. (1996). *Characteristics of Substance Abusing Women : Factors that Impact Parenting Capacity*. Berkely : California School Professional Psychology.
- Watson, J.M. & Kemper, K.J. (1995). Maternal Factors and Child's Health Care Use. *Social Science and Medicine*, 40 (5), 623-628.
- Wiemann, C.M., Berenson, A.B., Wagner, K.D. *et al* (1996). Prevalence and Correlates of Psychopathology in Pregnant Adolescent. *Journal of Adolescent Health*, 18 (1), 35-53.
- Wolf, D. L. (1996). *Feminist Dilemmas in Fieldwork*, Boulder : Westview Press Inc.
- Woodhouse, L.D. (1990). An Exploratory Study of the Use of Life History Methods to Determine Treatment Needs for Female Substance Abusers. *Response to the Victimization of Women and Children*, 13 (3), 12-15.
- Young, I. (1994). Punishment, Treatment, Empowerment : Three Approaches to Policy for Pregnants Addicts. *Feminist Studies*, 20 (1), 53-70.
- Zahnd, E. & Klein, D. (1994). *Issues of Violence and Abuse among Low-Income, Substance-Involved Pregnant Women*. Berkely : Western Consortium Public Health, Society for the Study of Social Problems.
- Ziedonis, D.M., Rayford, B.S., Bryant, K.J. *et al* (1994). Psychiatric Comorbidity in White and African-American Cocaine Addicts Seeking Substance Abuse Treatment. *Hospital & Community Psychiatry*, 45 (1), 43-49.
- Zima, B.T., Wells, K.B., Benjamin, B. *et al* (1996). Mental Health Problems Among Homeless Mothers : Relationship to Service Use and Child Health Problems. *Archives of General Psychiatry*, 53 (4), 332-338.
- Zuckerman, B. & Brown, E. (1993) Maternal Substance Abuse and Infant Development, in C.H. Zeanak (ed), *Handbook of Infant Mental Health*, 143-158.

ANNEXE II
Tableau récapitulatif

TABLEAU RÉCAPITULATIF

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
Alexander (1996)	Etats-Unis.	Revue de littérature.	Femmes toxicomanes et femmes ayant un double diagnostic.	Nil
Amaro et Hardy-Fanta (1995)	Boston, Etats-Unis.	Qualitative et quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes.	35 femmes enceintes toxicomanes participant à un programme communautaire de prévention du VIH (<i>MOM's Project</i>).
Anderson, Ronith et Andres (1997)	Etats-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes qui font usage de substances psychoactives.	Nil
Azzi-Lessing et Olsen (1996)	Etats-Unis.	Revue de littérature et compte-rendu de pratique.	Familles toxicomanes bénéficiant de services sociaux et de traitements de la toxicomanie.	Nil
Baldwin <i>et al</i> (1995)	Los Angeles, Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes toxicomanes arrêtées.	390 femmes arrêtées, dont 49 femmes enceintes toxicomanes et 341 femmes toxicomanes non enceintes.
Beaulieu-Desforges et Perron-Groleau (1996)	Québec, Canada.	Compte-rendu de pratique.	Femmes enceintes consommant de la cocaïne.	Nil
Behnke <i>et al</i> (1997)	Floride, Etats-Unis (région rurale).	Quantitative.	Femmes enceintes faisant usage de cocaïne.	Femmes enceintes qui consomment de la cocaïne, recrutées dans des cliniques prénatales ou à l'hôpital lors de l'accouchement, s'il n'y avait pas eu de soins prénataux préalables (n=154) et femmes enceintes ne faisant pas usage de cocaïne (n=154).
Bell et Lau (1995)	Etats-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Bendersky <i>et al</i> (1996)	New Jersey et Philadelphie, Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives.	323 femmes enceintes, dont 105 faisaient usage de cocaïne, 140 étaient abstinentes et 78 consommaient des drogues douces (alcool, marijuana,

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
				cigarettes), recrutées dans des cliniques prénatales et si elles venaient d'accoucher, dans des hôpitaux.
Berkowitz <i>et al</i> (1996)	Californie, Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes, ayant accouché ou étant mères, ayant une histoire de consommation de substances psychoactives et étant en traitement.	2 600 femmes participant à des projets pilotes de traitement.
Boyd (1993)	Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes toxicomanes (<i>crack</i> , cocaïne).	105 femmes toxicomanes, dont 60 ont été recrutées en centre de traitement et 45 à l'extérieur des centres de traitement.
Boyd et Hauenstein (1997)	Région rurale du sud est des Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes toxicomanes.	34 femmes toxicomanes participant à des programmes de traitement offerts aux populations rurales à faibles revenus.
Boylin, Doucette et Jean (1997)		Quantitative.	Hommes et femmes toxicomanes en traitement.	219 clients admis à un programme de thérapie multifamiliale (168 hommes et 51 femmes).
Brady, Killeen et Saladin (1993)	Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes ayant complété un traitement pour la toxicomanie.	Femmes en traitement ayant des problèmes de stress post-traumatique (n=30) et femmes en traitement n'ayant pas de problème de stress post-traumatique (n=25).
Brindis <i>et al</i> (1997a)	Californie, Etats-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes et mères toxicomanes.	Nil
Brindis <i>et al</i> (1997b)	Californie, Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes, ayant accouché ou étant mères, ayant une histoire de consommation de substances psychoactives et étant en traitement.	2 600 femmes participant à des projets pilotes de traitement.
Brindis, Berkowitz et Clayson (1997)	Californie, Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes, ayant accouché ou étant mères, ayant une histoire de consommation de	2 600 femmes participant à des projets pilotes de traitement.

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
			substances psychoactives et étant en traitement.	
Brochu (1995)	Québec, Canada.	Revue de la littérature internationale.	Homme et femmes toxicomanes impliqués dans la criminalité.	Nil
Brooks <i>et al</i> (1994)	Etats-Unis.	Compte-rendu de pratique.	Mères toxicomanes et leurs nourrissons.	Nil
Brudenell (1996)	Etats-Unis (petite ville de l'Est).	Qualitative.	Femmes s'étant identifiées comme étant des alcooliques ou toxicomanes en réadaptation lors de leur grossesse ou au moment où elles éduquaient leurs enfants.	11 femmes s'étant identifiées comme étant des alcooliques ou toxicomanes en réadaptation lors de leur grossesse (n=5) ou au moment où elles éduquaient leurs enfants (n=6), recrutées à travers les agences, les journaux, des dépliants et autres.
Buckner, Bassuk et Zima (1993)	États-Unis	Revue de littérature.	Personnes itinérantes, en particulier des femmes, ayant des problèmes de santé mentale.	Nil
Camp et Finkelstein (1997)	Massachusetts, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes et mères toxicomanes en traitement.	170 femmes enceintes et mères toxicomanes participant à deux programmes résidentiels de traitement offrant une composante de formation parentale.
Carten (1996)	New York, États-Unis.	Qualitative.	Mères toxicomanes en traitement.	20 mères référées à un programme de réhabilitation familiale par les services de protection de l'enfance, en raison de leur abus de substances, principalement la cocaïne et le <i>crack</i> , et ayant complété le programme avec succès.
Chavkin <i>et al</i> (1993)	New-York, États-Unis	Qualitative.	Femmes enceintes ou mères consommatrices de <i>crack</i> .	146 femmes enceintes ou mères consommatrices de <i>crack</i> en traitement et panel de 51 professionnels.
Corse, McHugh et Gordon (1995)	Philadelphie, États-Unis.	Qualitative.	Personnel infirmier.	Personnel infirmier d'une clinique prénatale ayant été formé pour donner

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
				des soins aux femmes enceintes toxicomanes
Daley et Argeriou (1997)	Boston, Massachusetts (États-Unis).	Quantitative.	Femmes participant à un programme désintoxication pour femmes enceintes toxicomanes.	447 femmes participant à un programme désintoxication pour femmes enceintes toxicomanes, dont 184 (41.2 %) ont déjà été abusées sexuellement et qui ont été rencontrées à l'entrée en traitement et lors des périodes de suivi (3, 6 et 9 mois après l'admission).
Daley, Argeriou et McCarty (1998)	Massachusetts, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes.	227 femmes enceintes toxicomanes et 227 femmes toxicomanes recrutées dans des centres de désintoxication (<i>MOTHERS Project</i>).
Dore <i>et al</i> (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Enfants de familles toxicomanes.	Nil
Dvorchak <i>et al</i> (1995)	États-Unis.	Compte-rendu de pratique.	Femmes enceintes ou mères toxicomanes.	Nil
Ewing (1993)	États-Unis.	Revue de littérature.	Mères toxicomanes.	Nil
Finkelstein (1994)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes toxicomanes.	Nil
Finkelstein (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes toxicomanes ou alcooliques, mères ou enceintes.	Nil
Finnegan (1994)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes qui font usage d'opiacés.	Nil
Forget (1995)	Québec, Canada	Synthèse d'une revue de littérature	Femmes enceintes et mères toxicomanes	Nil
Garcia (1997)	États-Unis.	Revue de la littérature et analyse des lois américaines et de la jurisprudence.	Femmes enceintes et mères toxicomanes.	Nil
Goldberg <i>et al</i> (1996)	Boston, États-	Quantitative.	Mères incarcérées pour des	25 mères incarcérées pour des

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
	Unis.		infractions de conduite avec les facultés affaiblies.	infractions de conduite avec les facultés affaiblies (pour certaines analyses, l'échantillon était composé de 52 mères).
Gomberg (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes qui consomment de l'alcool.	Nil
Gottwald et Thurman (1994)	Nord(e)st des États-Unis.	Quantitative.	Nouvelles mères faisant usage de cocaïne et leur nouveau-né.	20 mères ayant fait usage de cocaïne lors de la grossesse et 20 mères n'ayant pas fait usage de drogues, recrutées dans un grand hôpital urbain.
Grant <i>et al</i> (1996)	Seattle, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes.	65 femmes enceintes toxicomanes référées à un projet d'intervention pour mères toxicomanes par les hôpitaux et les services de la communauté (services sociaux, de santé et de bien-être).
Grella (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes ayant un double diagnostic de toxicomanie et de problèmes psychiatriques.	Nil
Grella (1997)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes ayant un double diagnostic de toxicomanie et de problèmes psychiatriques.	Nil.
Grossman et Schottenfeld (1992)	États-Unis.	Revue de littérature	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Gustavsson (1992)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes et leurs enfants.	Nil
Gustavsson et Rycraft (1992)	États-Unis.	Quantitative.	Mères toxicomanes et leurs enfants.	74 mères toxicomanes référées à deux agences publiques de protection de l'enfance, en raison de la toxicomanie maternelle et un groupe contrôle de 27 familles où l'usage d'alcool et de drogues ne semblait pas présent.
Guyon <i>et al</i> (soumis pour publication)	Québec, Canada.	Quantitative.	Femmes toxicomanes incarcérées.	210 femmes incarcérées, dont 82 (39 %) ont été classifiées comme étant toxicomanes, recrutées dans un centre de

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
				détention provincial pour femmes.
Haller <i>et al</i> (1993)	Virginie, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes ou venant de donner naissance.	40 femmes enceintes toxicomanes ou venant de donner naissance, admises à un programme de traitement.
Haskett <i>et al</i> (1992)	États-Unis.	Revue de littérature et compte-rendu de pratique.	Mères cocaïnomanes et leurs enfants.	Nil
Hofkosh <i>et al</i> (1995)	Pittsburgh, États-Unis.	Quantitative.	Mères consommatrices de substances psychoactives lors de la grossesse et leurs nouveau-nés.	32 dyades mères/nouveau-nés recrutées dans un programme de traitement offerts aux femmes enceintes toxicomanes.
Humphries <i>et al</i> (1992)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes consommatrices de drogues.	Nil
Hutchins (1997)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Ingersoll, Dawson et Haller (1996)	États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes en traitement.	125 femmes enceintes toxicomanes en traitement. En raison de l'abandon du traitement, 51 femmes ont été rencontrées à toutes les périodes (entrée en traitement, 5 mois de traitement et lors des périodes de suivi, i.e. 6, 12, 18 et 24 mois après la fin du traitement) et elles ont été comparées aux 74 femmes ayant été vues uniquement à leur entrée en traitement.
Jansson <i>et al</i> (1996)	Maryland (États-Unis)	Quantitative et compte-rendu de pratique.	Femmes enceintes toxicomanes en traitement.	100 femmes toxicomanes qui ont accouché lors de leur participation à un programme de traitement (<i>Center for Addiction and Pregnancy</i>).
Jessup (1996)	États-Unis.	Introduction d'un numéro spécial portant sur les femmes enceintes	Femmes enceintes et mères présentant un double diagnostic.	Nil

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
		et mères présentant un double diagnostic.		
Kaplan et Sasser (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes américaines incarcérées.	Nil
Kearney <i>et al</i> (1994)	San Francisco, États-Unis.	Qualitative.	Mères consommatrices de substances psychoactives n'étant pas en traitement.	100 femmes cocaïnomanes, dont 68 entrevues ont été retenues. Elles ont été recrutées par la méthode «boule de neige».
Kearney <i>et al</i> (1995)	États-Unis.	Qualitative.	Femmes enceintes ou jeunes mères consommatrices de substances psychoactives n'étant pas en traitement.	60 femmes enceintes ou jeunes mères cocaïnomanes n'étant pas en traitement.
Kemper <i>et al</i> (1993)	Région de Puget Sound, États-Unis.	Quantitative.	Mères d'enfants de moins de 6 ans.	507 mères, dont les enfants de moins de 6 ans ont été vus dans des cliniques pédiatriques et parmi lesquelles 10,5 % ont eu des résultats positifs au DAST ou au MAST et 89,5 % ont eu des résultats négatifs.
Killeen, Brady et Thevos (1995)	Caroline du Sud, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes ou ayant récemment donné naissance, dépendantes de la cocaïne.	Femmes enceintes ou ayant récemment donné naissance, dépendantes de la cocaïne, s'étant conformées à un traitement (n=14) et femmes enceintes ou ayant récemment donné naissance, dépendantes de la cocaïne, ne s'étant pas conformées à un traitement mandaté par la cour (n=27).
Klein et Zahnd (1997)	Californie, États-Unis.	Quantitative	Femmes enceintes à faibles revenus ayant fait usage d'alcool ou de drogues l'année précédant la grossesse.	401 femmes enceintes à faibles revenus, ayant fait usage d'alcool ou de drogues l'année précédant la grossesse, recrutées dans diverses agences (services sociaux, cliniques médicales, prisons, refuges, programmes pour adolescentes).

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
Lacharité (1992)	Québec, Canada.	Revue de littérature.	Parents toxicomanes et leurs enfants.	Nil
Lefebvre (1993)	Québec, Canada.	Revue de littérature.	Parents qui ont été séparés de leur nouveau-né suite à une naissance prématurée.	Nil
Leifer, Sahpiro et Kassem (1993)	États-Unis.	Quantitative.	Mères de filles qui ont été victimes d'abus sexuels (les mères n'étant pas les personnes abusives).	68 jeunes filles noires, âgées entre 5 et 16 ans, ayant été abusées sexuellement et admises dans un hôpital pour enfants et leur mère.
Lejeune <i>et al</i> (1997a)	France.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes et leurs enfants.	Nil
Lejeune <i>et al</i> (1997b)	France.	Quantitative - étude longitudinale.	Mères toxicomanes consommant des opiacés et leurs nouveau-nés.	59 enfants de 51 mères toxicomanes hospitalisés ou suivis en néonatalogie de janvier 1988 à décembre 1993. Lors de la période de suivi, en 1994, des informations ont été obtenues sur 56 enfants.
Lejeune <i>et al</i> (soumis pour publication)	France.	Revue de littérature et quantitative.	Mères toxicomanes consommant des opiacés et leurs nouveau-nés.	Pour la partie quantitative : 59 enfants de 51 mères toxicomanes hospitalisés ou suivis en néonatalogie de janvier 1988 à décembre 1993. Lors de la période de suivi, en 1994, des informations ont été obtenues sur 56 enfants.
Lewis, Klee et Jackson (1995)	Royaume-Uni.	Qualitative.	Femmes enceintes ou mères venant de donner naissance ayant une histoire de toxicomanie.	30 femmes, dont 27 ont été interviewées entre 4 et 6 mois de grossesse et 3, de 2 à 5 mois après la naissance. Elles ont été recrutées par l'entremise de personnes travaillant dans le domaine de la toxicomanie, de sages-femmes et de contacts dans le milieu de la drogue.
Luthar et Walsh (1995)	États-Unis.	Revue de littérature.	Mères toxicomanes.	Nil
Magura et Laudet (1996)	États-Unis.	Revue de	Parents toxicomanes et leurs	Nil

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
		littérature.	enfants.	
Mallouh (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes ou mères récentes présentant un double diagnostic et femmes enceintes toxicomanes en général.	Nil
Marcenko <i>et al</i> (1994)	États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes (ayant soit un passé d'abus de substances psychoactives, d'itinérance, ayant été victimes de violence, souffrant de problèmes psychiatriques, ayant été incarcérées, étant séropositives ou isolées).	225 femmes enceintes, dont 52 (23 %) étaient des consommatrices abusives, recrutées dans la clinique externe d'obstétrique d'un hôpital de centre urbain.
Mayes (1995)	États-Unis.	Revue de littérature.	Parents toxicomanes, référant principalement aux femmes.	Nil
Messer, Clark et Martin (1996)	Etats-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes.	Deux groupes : un groupe de femmes enceintes qui participent au traitement (51 %) et un second groupe de femmes qui ne participent pas (49 %).
Mejta et Lavin (1996)	Etats-Unis.	Compte-rendu de pratique et revue de la littérature	Mères toxicomanes.	Nil
Metsch <i>et al</i> (1995)	Floride, Etats-Unis.	Revue de la littérature, compte-rendu de pratique et quantitative.	Femmes enceintes et mères toxicomanes en traitement.	Pour la partie quantitative, l'échantillon regroupe les 50 premières femmes à avoir fait leur entrée dans le programme de traitement dont il est question dans cet article.
Miller et Hyatt (1992)	Etats-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Morris et Schinke (1990)	Etats-Unis.	Revue de littérature.	Mères ayant un double diagnostic de toxicomanie et de problèmes psychiatriques.	Nil
Mullen <i>et al</i> (1993)	Nouvelle-	Quantitative.	Femmes ayant été abusées	252 femmes ayant été abusées lors de

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
	Zélande.		sexuellement.	l'enfance (avant l'âge de 16 ans) et 252 femmes n'ayant pas vécu d'abus sexuels lors de l'enfance (un questionnaire distribué par la poste à 2 250 femmes, dont 1 376 l'ont retourné, a servi à la constitution de ces deux groupes).
National Comitee to Prevent Child Abuse (1996)	Etats-Unis.	Revue de littérature.	Enfants négligés et parents toxicomanes	Nil
Noble <i>et al</i> (1997)	Californie, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes.	29 494 femmes enceintes admises, lors de leur accouchement, dans 202 hôpitaux californiens et qui ont fait l'objet d'un test de dépistage pour l'alcool et les drogues illicites.
Norton-Hawk (1997)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Peterson, Gable et Saldana (1996)	États-Unis.	Revue de littérature.	Mères toxicomanes et enfants maltraités.	Nil
Poulsen (1994)	Californie, États-Unis.	Revue de littérature et compte-rendu de pratique.	Enfants affectés par la toxicomanie maternelle.	Nil
Prendergast, Wellisch et Falkin (1995)	États-Unis.	Revue de littérature, données d'une enquête nationale et étude de cas.	Femmes toxicomanes contrevenantes.	Nil
Pursley-Crotteau et Stern (1996)	États-Unis (grande ville du sud(e)st).	Qualitative.	Femmes enceintes ou ayant donnée naissance dans les 24 à 48 heures.	19 femmes enceintes, dont 9 ne consommaient pas de drogues et 10 en consommaient.
Raskin (1992)	Chicago, États-Unis.	Étude de cas.	Femmes enceintes et mères toxicomanes.	15 femmes enceintes et 5 jeunes mères, référées en psychiatrie suite à une référence du département d'obstétrique,

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
				à cause de leur consommation de substances psychoactives.
Redding et Selleck (1993)	États-Unis.	Revue de littérature et compte-rendu de pratique.	Femmes enceintes, mères toxicomanes et leurs enfants.	Nil
Rudiger (1992)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Smith <i>et al</i> (1992)	Géorgie, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes et mères qui font un usage abusif de cocaïne.	45 femmes enceintes et mères qui font un usage abusif de cocaïne, non traitées, et 50 femmes enceintes ou mères qui font un usage abusif de cocaïne recrutées dans un programme de traitement.
St-Jacques (1990)	Québec, Canada.	Compte-rendu de pratique.	Mères cocaïnomanes.	Nil
Sylverman (1995)	État-Unis			
Taylor (1993)	Glasgow, Écosse.	Qualitative de type ethnographique	Communauté de femmes faisant usage de drogues par intraveineuse.	50 femmes UDI ont été observées (observation participante), et 26 d'entre elles ont été interviewées. Ces femmes ont été recrutées par l'entremise d'un travailleur de rue.
Thompson et Harm (1995)	États-Unis.	Revue de littérature.	Mères incarcérées et leur famille.	Nil
Thompson et Knigree (1998)	Sud-est des États-Unis.	Quantitative.	Femmes toxicomanes en traitement.	96 femmes toxicomanes, ayant de faibles revenus, admises à un programme résidentiel de traitement.
Thurman et Berry (1992)	États-Unis.	Revue de littérature.	Mères qui consomment de la cocaïne.	Nil
Tracy (1994)	États-Unis.	Revue de littérature.	Mères toxicomanes et leurs enfants.	Nil
Tyler <i>et al</i> (1997)	États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes toxicomanes et leur nouveau-né.	44 mères qui ont eu la garde de leur enfant (24 dans le groupe ayant fait

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
				l'objet d'une intervention et 20 dans le groupe de comparaison, assigné à un travailleur de liaison de la communauté) et 23 mères qui ont perdu la garde de leur enfant, qui a été placé chez des proches. Ces femmes ont été recrutées par l'entremise des services de protection de l'enfance en raison de l'exposition prénatale aux drogues.
Van Bremen et Chasnoff (1994)	États-Unis.	Revue de littérature et compte-rendu de pratique.	Mères toxicomanes et leur famille.	Nil
Venne (1996)	Québec, Canada.	Compte-rendu de pratique.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil.
Wadsby, Sysdo et Svedin (1996)	Scandinavie, Suède.	Quantitative - étude longitudinale.	Femmes toxicomanes et leurs enfants.	45 enfants et leurs mères toxicomanes et 57 enfants de mères non toxicomanes dans le groupe contrôle, recrutés dans une clinique prénatale.
Waters, Roberts et Morgen (1997)	Newark et New Jersey, États-Unis.	Revue de littérature et qualitative.	Pour la revue de littérature : Femmes ayant eu des grossesses à risque. Pour la partie qualitative : Femmes qui ont été enceintes à l'adolescence.	30 femmes ayant été enceintes à l'adolescence, dont 16 ont été recrutées dans un programme de traitement et 14 dans une université.
Wellisch, Anglin et Pendergast (1993)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes consommatrices de drogues dans le système de justice pénale américain.	Nil
Wellisch, Perrochet et Anglin (1997a)	États-Unis.	Conclusion d'un numéro spécial consacré aux femmes enceintes et mères toxicomanes.	Femmes enceintes et mères toxicomanes.	Nil

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
Wellisch, Perrochet et Anglin (1997b)	États-Unis.	Introduction d'un numéro spécial consacré aux femmes enceintes et mères toxicomanes.	Femmes enceintes et mères toxicomanes.	Nil
Wheeler (1993)	États-Unis.	Revue de littérature.	Femmes enceintes, mères toxicomanes et leurs enfants.	Nil
Whiteford et Vitucci (1997)	États-Unis.	Revue de la littérature et compte-rendu de pratique.	Femmes enceintes toxicomanes.	Nil
Williams-Petersen <i>et al</i> (1994)	Grande ville des États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives.	25 femmes enceintes consommatrices et 55 non consommatrices, recrutées dans un hôpital public.
Wilsnack (1997)	États-Unis.	Quantitative.	Femmes américaines âgées de 21 ans et plus.	Échantillon représentatif des femmes adultes américaines : 696 femmes âgées de 31 ans et plus (ayant déjà été interviewées en 1981 pour une étude longitudinale sur la consommation d'alcool chez les femmes) et 403 femmes âgées de 21 à 30 ans qui ont été ajoutées en 1991 à l'échantillon de 1981.
Wolock et Magura (1996)	New Jersey, États-Unis.	Quantitative.	Familles toxicomanes.	293 familles consommatrices et non consommatrices de substances psychoactives ayant eu des signalements pour abus à la protection de l'enfance, et dont les dossiers étaient fermés après investigation.
Woodhouse (1992)	Pennsylvanie, États-Unis.	Qualitative.	Femmes toxicomanes en traitement.	26 femmes toxicomanes en traitement, dont plusieurs étaient mères.
Young (1997a)	Californie, États-Unis.	Revue de littérature.	Personnes toxicomanes, en particulier les femmes enceintes.	Nil

AUTEURS	LIEU	COLLECTE DE DONNÉES	POPULATION	ÉCHANTILLON
Young (1997b)	Californie, États-Unis.	Revue de littérature.	Enfants de parents toxicomanes.	Nil
Zahnd, Klein et Needell (1997)	Californie, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes à faibles revenus.	401 femmes enceintes à risque d'usage et de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues (avaient consommé de l'alcool ou des drogues l'année précédant leur grossesse) et 746 femmes enceintes à faibles revenus dans le groupe contrôle.
Zlotnick <i>et al</i> (1996)	Oakland, États-Unis.	Quantitative.	Femmes enceintes ou mères toxicomanes.	95 femmes enceintes ou mères toxicomanes recrutées dans un programme de traitement. Sur ce nombre, 48 d'entre elles sont demeurées dans le programme et elles ont été comparées aux 47 autres femmes.
Zweben (1996)	États-Unis.	Revue de littérature et compte-rendu de pratique.	Femmes présentant un double diagnostic de toxicomanie et de problèmes psychiatriques.	Nil