



**Négligence envers les enfants  
et toxicomanie des parents :  
portrait d'une double problématique**

**CPLT**

Dépôt légal :  
ISBN : 2-550-34624-6  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Deuxième trimestre 1999

---

Le genre masculin utilisé dans ce document  
désigne aussi bien les femmes que les hommes.

**Négligence envers les enfants  
et toxicomanie des parents :  
portrait d'une double problématique**

**Par**

**Marie-Ève Clément  
Marc Tourigny**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie  
Juin 1999**



**Marie-Ève Clément** possède une maîtrise en éducation spécialisée de l'Université du Québec à Hull. Elle est présentement inscrite au doctorat en psychologie communautaire à l'Université du Québec à Montréal. Elle est aussi membre du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS) et du Groupe de Recherche et d'Action sur la Victimisation des Enfants (GRAVE). Ses intérêts de recherche concernent la toxicomanie des parents, l'épidémiologie et l'étiologie des mauvais traitements envers les enfants et l'évaluation de programmes. Elle a, entre autres, travaillé à l'évaluation de l'implantation du programme Jessie offert aux parents négligents et toxicomanes de la région de Montréal.

**Marc Tourigny** est professeur au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Hull. Il possède un doctorat en psychologie communautaire. Ses principaux champs d'intérêts sont les mauvais traitements envers les enfants, dont les agressions sexuelles et l'évaluation de programmes de prévention ou de traitement. Concernant les agressions sexuelles envers les enfants, il a participé aux travaux du Groupe de travail pour les jeunes (Un Québec fou de ses enfants) et à ceux du Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel (Les agressions sexuelles Stop). Il est également membre du Partenariat de Recherche et d'Intervention en Matière d'Abus Sexuel à l'endroit des Enfants (PRIMASE), une équipe de recherche subventionnée par le CQRS et chercheur associé à l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS).

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b><i>i</i></b>
<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b><i>ii</i></b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b><i>iii</i></b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES PROBLÉMATIQUES DE NÉGLIGENCE ET DE TOXICOMANIE PARENTALE.....</b>	<b>3</b>
1.1 Définition des concepts à l'étude .....	3
1.1.1 La négligence et les mauvais traitements .....	3
1.1.2 Définition de la toxicomanie .....	6
1.2 Ampleur des problématiques .....	8
1.2.1 Ampleur de la négligence et des mauvais traitements .....	8
1.2.3 Ampleur de la toxicomanie .....	9
1.2.3 Les études d'ampleur de la double problématique : négligence et toxicomanie parentale .....	11
1.3 Liens entre la négligence à l'endroit d'un enfant et la toxicomanie parentale.....	16
1.3.1 Les études qui évaluent le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence.....	16
1.3.2 L'exposition prénatale aux drogues .....	18
1.3.3 L'influence de la toxicomanie sur les capacités parentales.....	21
1.3.4 Autres facteurs de risque à considérer.....	22
1.4 Les conséquences chez l'enfant.....	24
1.4.1 Les conséquences de la négligence sur le développement de l'enfant.....	24
1.4.2 Les conséquences du style de vie du parent toxicomane sur le développement de l'enfant.....	25
1.5 Faits saillants.....	27
<b>CHAPITRE 2 : NATURE ET EFFICACITÉ DES PROGRAMMES D'INTERVENTION OFFERTS AUX PARENTS NÉGLIGENTS ET TOXICOMANES .....</b>	<b>28</b>
2.1 Obstacles à l'intervention auprès des parents toxicomanes suivis dans les agences de protection de la jeunesse .....	28
2.2 Description des programmes américains offerts aux parents négligents et toxicomanes .....	31
2.2.1 La clientèle recrutée .....	32
2.2.2 Les objectifs visés .....	33
2.2.3 Les services offerts.....	34
2.3 Efficacité des programmes américains .....	36
2.4 État de la situation au Québec.....	39
2.5 Faits saillants .....	43

<b>CHAPITRE 3 : LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES.....</b>	<b>44</b>
3.1 Limites méthodologiques des études épidémiologiques recensées .....	44
3.2 Limites méthodologiques des évaluations de programmes .....	46
3.3 Faits saillants.....	47
<b>CHAPITRE 4 : PISTES D’ACTION .....</b>	<b>48</b>
4.1 Les services offerts .....	48
4.1.1 L’organisation des services .....	48
4.1.2 La réponse aux besoins des mères et des enfants .....	52
4.2 La recherche .....	57
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 1</b>	
Tableau 1 : Instruments d’évaluation des risques ousituations de négligence et d’abus utilisés par les études recensées .....	70
<b>ANNEXE 2</b>	
Tableau 2: Instruments d’évaluation de la toxicomanie utilisés par les études recensées .....	72
<b>ANNEXE 3</b>	
Tableau 3 : Synthèse des études portant sur l’ampleur de la double problématique : négligence et toxicomanie parentale.....	74
<b>ANNEXE 4</b>	
Tableau 4 : Description des programmes offerts en milieu hospitalier aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l’être.....	77
<b>ANNEXE 5</b>	
Démarches effectuées dans le cadre de la recherche bibliographique .....	83

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs désirent remercier les personnes suivantes pour leur participation aux consultations menées dans le cadre de la préparation de ce document. Leur contribution a permis d'enrichir et de confirmer l'état des connaissances sur la situation des familles québécoises aux prises avec des problématiques de négligence à l'égard d'un enfant et de toxicomanie. Elles ont également permis d'identifier certaines difficultés d'intervention ainsi que des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts à cette clientèle

Mme Mariette Beaulieu, Centres Jeunesse des Laurentides

M. Serge Bouchard, Centres Jeunesse de Montréal

M. Louis-Jean Blaquière, Centre Dollard-Cormier

M. Michel Bouffard, Centres Jeunesse de Québec

Mme Renée Desaulnier, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF), Université du Québec à Trois-Rivières

Mme Jeannine Laflamme, Centres Jeunesse de l'Outaouais

M. Réal Ménard, Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec

Mme Line Nobert, Centre Jeunesse Côte-Nord

Les auteurs désirent également remercier madame Jocelyne Forget, directrice générale du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, pour avoir lu et commenté la première version de ce document, ainsi que madame Louise Nadeau et monsieur Robert Gauthier pour avoir révisé la version finale.

Enfin, ils remercient madame Jocelyne Deguire-Rioux pour la mise en page finale du texte.

## ***AVANT-PROPOS***

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller la ministre de la Santé et de Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse 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 donc régulièrement à des travaux visant à mieux comprendre et à mieux clarifier les liens qui existent entre la toxicomanie et certaines autres problématiques. C'est dans cette optique que l'étude sur "toxicomanie et négligence envers les enfants" a été commandée. L'objectif est double : clarifier le lien et dégager des pistes d'intervention.



## RÉSUMÉ

### *Liens entre la négligence à l'endroit des enfants et la toxicomanie des parents*

Aux États-Unis, on s'inquiète beaucoup de la double problématique de négligence à l'endroit des enfants en lien avec la toxicomanie des parents. Le Département américain de la santé et des services sociaux estimait, en 1990, qu'au moins 50 % des cas de mauvais traitements impliquaient un abus de substances. Plus récemment, on rapportait que 88 % des dossiers de la protection de la jeunesse implique un abus de substances de la part d'un parent.

Les études menées auprès des parents toxicomanes rapportent des taux de mauvais traitements envers un enfant variant de 20 % à 42 %, les comportements de négligence étant sur-représentés avec des données variant de 11 % à 31 %. De plus, la grande majorité des études menées auprès des parents maltraitants révèlent que plus du tiers d'entre eux sont aux prises avec un problème de toxicomanie.

Très peu d'études ont évalué le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque des mauvais traitements. Au total, seulement trois études prospectives répondant aux critères des études analytiques en épidémiologie traditionnelle (c'est-à-dire que les études comportent un groupe de comparaison et la séquence chronologique entre l'apparition des problématiques est documentée) ont été recensées. Deux de ces études révèlent que la toxicomanie représente un facteur de risque significatif de la négligence et des mauvais traitements envers les enfants.

La toxicomanie semble affecter les capacités parentales pour diverses raisons : 1) les enfants exposés aux drogues *in utero* sont plus vulnérables et représentent une source de stress supplémentaire pour les parents; 2) l'effet provoqué par les substances rend les parents moins attentifs aux besoins et à la sécurité des enfants; 3) le temps et les ressources des parents sont orientés vers les activités de consommation; 4) les parents présentent souvent un ensemble d'autres facteurs individuels (dépression, abus sexuel dans l'enfance), familiaux (violence conjugale) et sociaux (implication dans des activités criminelles) susceptibles d'influencer leur capacité parentale.

### *Les conséquences sur le développement de l'enfant*

La négligence envers l'enfant peut entraîner des retards de croissance, des retards intellectuels et langagiers, ainsi que des conséquences psychosociales, telles que la tristesse, l'apathie, la passivité et des interactions sociales déficientes.

À la période prénatale, le style de vie du parent toxicomane (ex. : mauvaise alimentation, problèmes de santé) contribue à exacerber les conséquences de l'exposition prénatale aux drogues sur le développement ultérieur de l'enfant (ex. : petit poids à la naissance, prématurité). À long terme, l'enfant qui habite avec un parent toxicomane peut présenter des troubles d'attention, de l'irritabilité, de l'anxiété, des problèmes académiques et des problèmes éventuels de consommation d'alcool et de drogues.

### *Les obstacles à l'intervention auprès des parents négligents et toxicomanes*

Plusieurs obstacles rendent difficile le traitement des parents maltraitants et toxicomanes; mentionnons principalement : 1) les préjugés des intervenants à leur endroit; 2) le manque de formation des intervenants en protection de la jeunesse par rapport à la problématique de toxicomanie (dépistage, traitement, phases de rechutes, etc.); 3) les difficultés de collaboration entre la protection de la jeunesse et les ressources en toxicomanie; 4) le manque de services destinés aux mères et les listes d'attentes.

### *La nature et l'efficacité des programmes nord-américains offerts aux parents négligents et toxicomanes*

Les programmes nord-américains offerts aux parents toxicomanes et négligents, ou à risque de l'être, ciblent toujours les femmes et sont offerts soit en milieu hospitalier, en milieu résidentiel (fermé) ou en milieu communautaire. Ils offrent généralement une variété de services et impliquent une approche de gestion de cas (plan de services individualisé).

Au total, cinq études d'efficacité ont été recensées. En général, les résultats indiquent une amélioration concernant la diminution ou l'arrêt de la consommation et une amélioration du bien-être psychologique des parents. Toutefois, les résultats concernant les habiletés parentales sont mitigés et certaines études notent une augmentation des conflits familiaux ou conjugaux.

### *La situation au Québec*

Au Québec, il existe peu de programmes offerts aux parents toxicomanes et maltraitants. À Montréal, le programme JESSIE, implanté dans les Centres Jeunesse de Montréal (CJM), en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier, est le seul à offrir des services similaires aux programmes communautaires nord-américains recensés. Toutefois, une étude d'implantation récente du programme a permis de dégager certaines limites liées à son implantation, dont : 1) l'impact des changements organisationnels des établissements impliqués sur la formation, la connaissance et l'appropriation du programme par les intervenants; 2) les difficultés liées à la motivation au traitement des parents toxicomanes et négligents.

### *Les limites méthodologiques des études recensées*

Les études qui ont documenté l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentale comportent certaines limites méthodologiques, dont: 1) le recours à des définitions légales des mauvais traitements susceptibles de varier d'une agence de protection à l'autre; 2) le recours à des échantillons cliniques qui présentent les situations de mauvais traitement les plus sévères. De plus, la majorité de ces études sont de nature transversale. Par conséquent, la séquence chronologique entre la toxicomanie et les mauvais traitements est impossible à déterminer. Bien que les études étiologiques soient peu nombreuses (n=3), on constate qu'elles ont recours à des mesures d'évaluation des mauvais traitements et de la toxicomanie plus objectives.

Enfin, la majorité des recherches évaluatives comportent également des limites méthodologiques, notamment l'absence d'un groupe de comparaison et le recours à un faible nombre de mesures pour évaluer l'efficacité des programmes, dont la motivation des parents à entrer en traitement.

*"The link between substance abuse and child abuse has strengthened over the years. In 1997, 88 % of respondents [ child protective agencies] named substance abuse as one of the top two problems presented by families reported for maltreatment. This percentage is higher than those reported in previous years, suggesting that after several years of some improvement, substance abuse is again surfacing as a primary contributor to child maltreatment." (Wang & Daro, 1998, p.5).*

## **INTRODUCTION**

Les études sont de plus en plus nombreuses à démontrer qu'il existe un lien étroit entre la consommation de drogues et d'alcool des parents et les mauvais traitements qu'ils infligent à leurs enfants (Famularo, Kinscherff & Fenton, 1992; Kelleher, Chaffin, Hollenberg & Fischer, 1994; Peterson, Gable & Saldana, 1996). Bien que l'on ne puisse établir un lien de causalité entre la toxicomanie parentale et les mauvais traitements, il est clair que cette problématique représente un facteur de risque important de l'abus et de la négligence envers les enfants (Lyons & Rittner, 1998). Le National Committee to Prevent Child Abuse (NCPCA), Comité national américain pour la prévention de l'abus envers les enfants indique qu'une problématique de toxicomanie ou d'alcoolisme est présente dans 88 % des dossiers de la protection de la jeunesse et que 40 % des dossiers retenus pour abus et négligence impliquent un abus de substances de la part du parent (NCPCA, 1998). Cette problématique augmente également les risques de placement de l'enfant (Murphy *et al.*, 1991). À cet égard, on estime que plus de 80 % des enfants de parents toxicomanes seront éventuellement placés en famille d'accueil durant les premières années de leur vie (Feig, 1990; McCullough, 1991; Peterson, Gable & Saldana, 1996). Par ailleurs, on note que les parents qui sont aux prises avec un problème de toxicomanie vivent souvent dans des situations de vulnérabilité particulière qui augmentent les risques de mauvais traitements. Ce sont souvent des parents qui ont des problèmes de santé mentale, qui vivent de l'isolement social, de la violence conjugale, qui sont impliqués dans des activités criminelles et qui ont un faible revenu (Gustavsson & Rycraft, 1994; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993; Magura & Laudet, 1996).

Le traitement de l'abus et de la négligence envers les enfants de parents toxicomanes devrait passer par le traitement de la toxicomanie et des autres problématiques sous-jacentes. Car si la consommation des parents n'est pas traitée, les chances de succès de l'intervention en négligence sont faibles (Murphy *et al.*, 1991). Aussi, depuis quelques années, certains auteurs suggèrent que l'amélioration du traitement des parents abusifs et négligents aux prises avec un problème de

consommation de drogues et d'alcool passe par l'établissement d'une collaboration entre divers services, tels ceux de la protection de l'enfance et ceux en toxicomanie (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Child Welfare League of America, 1992; Kameen & Thompson, 1983; Tracy, Green & Bremseth, 1993). Plus particulièrement, les auteurs s'entendent sur l'importance d'offrir une intervention multidisciplinaire, concertée, intégrée et intensive pour le traitement conjoint de ces deux problématiques.

Ce document présente une recension de la documentation afin de mieux comprendre et documenter : 1) l'ampleur de la double problématique de négligence envers les enfants et de toxicomanie parentale; 2) le rôle étiologique de la toxicomanie dans l'apparition de comportements parentaux négligents ou maltraitants; 3) l'influence de ces deux problématiques sur le développement de l'enfant; 4) les difficultés liées à l'intervention auprès des parents négligents et toxicomanes; 5) la nature et l'efficacité des programmes d'interventions offerts à cette clientèle, et plus particulièrement auprès des familles référées aux agences de protection de la jeunesse pour négligence. En terminant, nous émettrons diverses recommandations en vue d'améliorer l'intervention auprès de ces familles et de guider la recherche dans le domaine de la négligence, en lien avec la toxicomanie parentale.

Afin de mieux situer les résultats de la recension dans un contexte québécois, nous avons intégré au document des informations issues soit de publications québécoises ou de consultations menées auprès de professionnels intéressés par les problématiques en cause. Ces consultations ont permis, entre autres, d'identifier la situation de vie des familles négligentes aux prises avec un problème de toxicomanie et d'apporter des éléments nouveaux aux recommandations susceptibles d'aider les intervenants dans leur travail en vue d'améliorer les services offerts à ces familles. Les données de ces consultations sont ajoutées aux diverses sections du document afin d'en faciliter la lecture.

Les études recensées ont d'abord été localisées à partir des recensions existantes sur le sujet (Arrelano, 1996; Coles, Russell & Schuetze, 1997; Deren, 1986; Magura & Laudet, 1996), d'une recherche bibliographique à l'aide des banques de données Badadug, Current Content, Eric, Medline, Psyclit et Repères et des centres de documentation ou autres organismes oeuvrant dans le domaine des mauvais traitements et de la toxicomanie. Pour une description plus détaillée de la démarche effectuée dans le cadre de la recherche bibliographique, le lecteur peut se référer à l'Annexe 5.

## **CHAPITRE 1 : LES PROBLÉMATIQUES DE NÉGLIGENCE ET DE TOXICOMANIE PARENTALE**

Ce chapitre vise à présenter les problématiques de négligence parentale et de toxicomanie de façon à mieux situer le lecteur face à leur définition, leur ampleur en Amérique du Nord, ainsi que le rôle de la toxicomanie parentale dans l'apparition de comportements négligents envers un enfant. Plus particulièrement, nous présenterons les résultats des études ayant évalué le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence et comment cette problématique peut agir dans l'apparition des mauvais traitements. Enfin, nous présenterons les conséquences de ces deux problématiques sur le développement ultérieur de l'enfant.

### **1.1 DÉFINITION DES CONCEPTS À L'ÉTUDE**

Avant de présenter la négligence et la toxicomanie des parents comme double problématique, il est important de bien définir les concepts dont il sera question. C'est donc ce que nous ferons dans cette première section.

#### **1.1.1 La négligence et les mauvais traitements**

##### **➤ Définition théorique**

Le concept de mauvais traitements envers un enfant inclut habituellement les notions de négligence et d'abus de la part du parent ou de toute autre personne responsable de sa sécurité et de son développement. Ces deux notions se distinguent de par la nature des gestes qui sont posés par le parent ou l'adulte responsable. Dans le cas de la négligence, il y a une **omission** de sa part à fournir les soins nécessaires. Ce manque peut se retrouver au niveau des soins physiques (alimentation, habillement, hygiène, logement), des soins émotifs (attention, estime de soi, sécurité, etc.) ou des soins reliés au développement de l'enfant (surveillance, éducation, santé). Dans le cas de l'abus, il y a une action de la part du parent, qui est non accidentelle, et qui peut être de nature physique (violence physique), sexuelle (violence sexuelle) ou psychologique (violence verbale).

La troisième étude nationale sur l'incidence de l'abus et la négligence envers les enfants menée aux États-Unis (Sedlak & Broadhurst, 1996) a utilisé les catégories suivantes de la

négligence: 1) **la négligence physique** qui inclut l'omission ou des délais importants au niveau des soins médicaux, l'abandon ou l'omission de fournir une supervision adéquate en cas d'absence, l'expulsion du foyer ou toutes autres situations concernant la garde de l'enfant (ex. : laisser l'enfant sous la garde d'autres personnes de façon fréquente et chronique), ainsi que les autres formes d'omission aux soins physiques (ex. : l'inadéquation de l'alimentation, des vêtements, de l'hygiène) ou d'inattention à la sécurité de l'enfant (ex. : conduire en état d'ébriété avec l'enfant comme passager); 2) **la négligence éducative** qui inclut le vagabondage approuvé (i.e. absence de l'école à raison de cinq jours ou plus par mois, sans justification), une omission d'inscrire l'enfant à l'école et une omission à fournir les services éducatifs spécifiques en cas de troubles d'apprentissages ou autres; 3) **la négligence émotive**, qui inclut l'inattention apportée aux besoins affectifs de l'enfant, la violence conjugale en présence de l'enfant, l'encouragement ou l'autorisation donnée à l'enfant de consommer de l'alcool ou des drogues, l'encouragement ou l'autorisation des conduites délinquantes de l'enfant, le refus de fournir des soins psychologiques à l'enfant en cas de besoin, ou des délais dans les soins apportés, ainsi que toutes autres formes de négligence émotionnelle (ex. : des attentes irréalistes répétées en fonction de l'âge de l'enfant) (Sedlak & Broadhurst, 1996).

En ce qui concerne les autres formes de mauvais traitements, l'étude de Sedlak et Broadhurst (1996) fait la distinction entre les trois suivantes: l'abus physique (ex. : frapper l'enfant avec les mains ou avec un objet, pousser l'enfant, le brasser, etc.), l'abus sexuel et l'abus psychologique.

Bien que l'abus et la négligence soient deux concepts distincts, il n'est pas rare qu'un enfant soit victime à la fois de négligence et d'abus. À titre d'exemple, une étude menée aux États-Unis faisait ressortir que 46 % des enfants négligés étaient également victimes d'abus physique (American Humane Association, 1984, cité par Chamberland, 1992). À Montréal, une étude menée auprès de 342 enfants retenus pour négligence montre que 60 % d'entre eux sont également victimes de violence psychologique, 30 % d'abus physique et 19 % d'abus sexuel (Mayer-Renaud, 1990).

Dans le texte qui suit, nous aborderons plus particulièrement la notion de négligence parentale. Par ailleurs, comme les données des études portant sur l'ampleur ou les conséquences de ces problématiques sur le développement de l'enfant sont souvent présentées sans égard au type de mauvais traitements, nous inclurons parfois l'abus physique dans nos données. Dans ce cas, nous ferons état alors de mauvais traitements en

nous référant tant aux comportements de négligence qu'à la violence physique envers l'enfant. Il est à noter que l'abus sexuel ne sera pas abordé dans le présent document, sauf si les données ne distinguent pas entre les différentes formes de mauvais traitements.

➤ ***Définition opérationnelle***

Les études recensées dans le présent rapport utilisent diverses stratégies pour évaluer les mauvais traitements envers les enfants. La majorité d'entre elles, que ce soit les études corrélacionnelle, les études ayant évalué la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence, ou les évaluations de programmes, réfèrent à des échantillons cliniques et il s'agit de personnes qui reçoivent déjà des services pour mauvais traitements. En plus de limiter la validité externe des résultats, ces études utilisent le jugement des intervenants des agences de protection de la jeunesse pour évaluer la problématique. Comme l'opinion des intervenants reflète les définitions de mauvais traitements utilisées par ces agences, les résultats des diverses études sont difficilement comparables.

Certaines études ont recours à divers instruments de mesure tel que présentés au tableau 1 (Annexe 1). Par exemple, Harrington et ses collègues (1995) ont utilisé le "*Child Well-Being Scale*" (CWBS), développé par Magura et Moses (1986 : cité par Vézina & Bradet, 1990), afin d'identifier la présence d'abus ou de négligence chez un échantillon de parents toxicomanes préalablement identifiés. D'autres ont utilisé des instruments de mesure en pré et post-traitement afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention auprès des familles toxicomanes et maltraitantes.

Au Québec, l'instrument le plus souvent utilisé par les intervenants pour évaluer le bien-être de l'enfant et porter un jugement sur les mesures à prendre en cas de compromission à sa sécurité et à son développement est l'*Inventaire Concernant le Bien-être de l'Enfant* (ICBE) en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (Centre jeunesse de l'Estrie, 1995). Il s'agit d'une traduction française du CWBS qui a fait l'objet d'une étude de validation auprès d'une population québécoise par Vézina et Bradet (1990). Cet instrument, qui requiert une formation pour son utilisation, se compose de 43 échelles cotées par l'intervenant à la suite d'au moins une visite à domicile. L'analyse statistique faite à partir des scores pondérés de gravité obtenus à l'ICBE permet le regroupement des échelles afin d'évaluer trois facteurs (conditions de vie au foyer, dispositions parentales, fonctionnement de l'enfant) et six dimensions (négligence corporelle, négligence physique environnementale, négligence émotionnelle, abus physique, abus sexuel,



troubles de comportement chez l'enfant). Il est à noter toutefois qu'une seule échelle tient compte des effets de l'abus de substances sur les capacités parentales.

Parmi la liste des instruments, seuls le "*Diagnostic Interview Schedule*" (DIS) (Kelleher *et al.*, 1994) et le CWBF ont un objectif de dépistage des situations de mauvais traitements envers l'enfant. Les autres instruments évaluent davantage la présence des risques associés à cette problématique. En bref, on constate que la définition des situations de négligence ou d'abus physique n'est pas très homogène d'une étude à l'autre et que l'utilisation d'une variété aussi grande d'instruments rend difficile la comparaison de leurs résultats.

### 1.1.2 Définition de la toxicomanie

#### ➤ *Définition théorique*

En psychiatrie, on définit la toxicomanie comme un trouble mental. Les substances toxiques auxquelles on fait référence concernent l'alcool, les drogues illicites, dont la cocaïne, les opiacées, le cannabis, les hallucinogènes, etc., ainsi que les médicaments psychotropes (APA, 1994). Il s'agit, en fait, de toutes les substances qui ont pour propriété d'affecter le système nerveux central et d'altérer l'état de conscience (Nadeau & Biron, 1998).

Les critères diagnostiques généralement utilisés permettent de différencier l'abus de la dépendance face aux substances psychoactives. Nadeau et Biron (1998) reprennent ces deux définitions. D'une part, l'*abus* est défini comme :

*"(...) un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance clinique significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois : 1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations fondamentales, au travail, à l'école ou à la maison; 2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux; 3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance; 4) utilisation de la substance, malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance." (Nadeau & Biron, 1998, p. 19).*

Contrairement à l'abus, qui se caractérise par la consommation excessive, le trouble de *dépendance* est défini comme :

*"(...) un mode d'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : 1) la tolérance; 2) des symptômes de sevrage; 3) la substance souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue; 4) un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance; 5) un temps considérable consacré aux activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser le produit ou récupérer de ses effets; 6) l'abandon ou la réduction significative des loisirs, des activités sociales et professionnelles à cause de l'utilisation de la substance; 7) l'utilisation continue de la substance bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance."* (Nadeau & Biron, 1998, p. 19-20).

➤ **Définition opérationnelle**

En général, les études mesurant l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentale ont recours aux tests d'urine et aux dossiers médicaux pour évaluer la présence de drogues à la naissance de l'enfant. La majorité des études qui évaluent la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence utilisent, quant à elles, le jugement des intervenants des agences de protection de la jeunesse pour évaluer la présence de cette problématique.

D'autres études, plus rigoureuses, utilisent divers instruments d'évaluation de la toxicomanie chez les parents. Ces instruments ont été utilisés soit pour évaluer la concomitance entre la toxicomanie des parents et les mauvais traitements envers les enfants, soit pour évaluer l'efficacité des programmes d'intervention auprès de parents toxicomanes. Le tableau 2 (Annexe 2) examine plus en détail ces instruments. À cette liste s'ajoute le dépistage de la toxicomanie à la naissance de l'enfant par l'utilisation de tests d'urine. Certaines études utilisent cette méthode, seule ou en combinaison avec un suivi médical de la mère, afin de cibler celles qui ont abusé de drogues durant la grossesse (Harrington *et al.*, 1995; Jaudes, Ekwo & Van Voorhis, 1995; Kelley, 1992; Wasserman & Leventhal, 1993).

Au Québec, différents outils sont utilisés dans les programmes de réadaptation, de désintoxication, d'aide et de soutien aux personnes toxicomanes. On retrouve, entre autres, l'Indice de la Gravité d'une Toxicomanie (IGT) qui permet de mesurer la sévérité du problème et les critères du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>e</sup> ed.) qui permettent de poser un diagnostic sur les troubles liés à une substance tels que la dépendance ou l'abus (APA, 1994; Vermette, 1996).

En conclusion, on constate que les instruments utilisés dans les diverses études recensées pour évaluer la toxicomanie sont nombreux. Par ailleurs, nous verrons plus loin que les études utilisent rarement les mêmes instruments de sorte qu'il est difficile de comparer avec exactitude leurs données. De plus, la plupart des études qui portent sur le lien entre la toxicomanie des parents et les mauvais traitements à l'endroit des enfants ne font pas la distinction entre les diverses substances consommées par les parents (alcool, opiacés, cocaïne, etc.). Par ailleurs, on constate que les études qui ont analysé le lien entre le type de substance consommée et la forme de mauvais traitement infligé à l'enfant révèlent que l'abus d'alcool semble davantage lié à l'abus physique alors que l'abus de drogues est davantage lié à la négligence envers les enfants (Black & Mayer, 1980; Tomison, 1996).

## **1.2 AMPLEUR DES PROBLÉMATIQUES**

### **1.2.1 Ampleur de la négligence et des mauvais traitements**

Aux États-Unis, les mauvais traitements envers les enfants sont considérés comme l'un des plus importants problèmes sociaux qui soient. En 1996, l'Étude nationale américaine a permis d'estimer à 2 815 600 le nombre d'enfants victimes de mauvais traitements, par année, soit un taux de près de 42 pour 1 000 enfants. Parmi ceux-ci, environ 70 % seraient victimes de négligence. Plus particulièrement, 47 % des enfants victimes de mauvais traitements seraient victimes de négligence physique, 21 % de négligence émotionnelle et 14 % de négligence éducative (Sedlak & Broadhurst, 1996).

En 1997, le Comité National américain pour la prévention de l'abus envers les enfants estimait, quant à lui, à trois millions le nombre de cas d'abus et de négligence rapportés aux agences de protection de la jeunesse. Des 1 054 000 cas confirmés, 54 % concernaient la négligence, 22 % l'abus physique, 8 % l'abus sexuel, 12 % d'autres formes de mauvais traitements et 4 % étaient reliés à des mauvais traitements psychologiques. Présentement, il semble que près de 47 enfants sur 1 000 sont signalés

aux agences américaines de protection de la jeunesse pour mauvais traitements. Le taux de signalements a ainsi augmenté de 41 % entre 1988 et 1997 (Wang & Daro, 1998).

Au Canada, il n'existe à notre connaissance aucune donnée sur le nombre d'enfants qui seraient présentement victimes de mauvais traitements. Par ailleurs, en Ontario on dispose de données d'incidence à l'aide d'une méthodologie comparable à celle de l'étude d'incidence américaine (Trocmé, McPhee & Kwan Tam, 1995). Les résultats de cette étude ont permis d'estimer le nombre de victimes de mauvais traitements à 21 enfants pour 1 000 par année. Parmi ceux-ci, 41 % seraient victimes d'abus physique, 30 % seraient victimes de négligence et 10 % de mauvais traitements psychologiques. Dans cette étude, on note que 12 % des enfants auraient été victimes de plus d'une forme de mauvais traitements.

Au Québec, les données opérationnelles du ministère de la Santé et des Services sociaux révèlent que, chaque année, près de 50 000 signalements pour mauvais traitements sont acheminés aux directeurs de la protection de la jeunesse (Chamberland, 1992). Les données des Centres jeunesse de Montréal montrent que 3 501 signalements ont été retenus, en 1997-1998, à la Direction de la protection de la jeunesse. De ce nombre, 53 % concernaient des situations de négligence et d'abandon, 19 % des situations d'abus physique, 8 % des situations d'abus sexuel et 19 % des troubles de comportements (Centres jeunesse de Montréal, 1998).

En terminant, on constate que la négligence est la forme de mauvais traitements la plus souvent rencontrée dans les services de protection de la jeunesse: elle représente souvent près de la moitié de toutes les situations de mauvais traitements signalées. Il faut toutefois garder à l'esprit que les données présentées concernent les situations rencontrées dans les services de protection de la jeunesse et qu'elles concernent souvent les situations familiales les plus sévères.

### **1.2.2 Ampleur de la toxicomanie**

Tout comme les mauvais traitements à l'endroit des enfants, la toxicomanie représente un problème qui prend de plus en plus d'ampleur en Amérique du Nord. Aux États-Unis, près de 14 millions d'adultes abusent d'alcool et plus de 12 millions consomment des drogues illicites (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 1994, cité par NCPCA, 1996).

Cette problématique est particulièrement inquiétante lorsqu'elle touche les femmes enceintes et les mères. En 1992, une étude menée par le National Institute of Drug Abuse dans 52 hôpitaux américains a montré que 5,5 % des femmes ayant donné naissance à un enfant ont abusé de drogues illicites durant leur grossesse (les substances les plus souvent consommées étant la marijuana et la cocaïne) taux qui, semble-t-il, sous-estime le nombre réel d'enfants exposés aux drogues *in utero* (NIDA, 1997). Harrington, Dubowitz, Black et Binder (1995) rapportent, quant à eux, les résultats de plusieurs études selon lesquelles 10 % à 24 % des femmes abuseraient de substances pendant leur grossesse. Enfin, en ce qui concerne la consommation d'alcool, les chercheurs américains estiment que, pour environ trois naissances sur 1 000, il y aurait eu un excès de consommation d'alcool durant la grossesse, entraînant ainsi des troubles de développement chez l'enfant (Center for Disease Control and Prevention, 1997; Sampson, 1997).

Au Canada, en 1994, une enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues rapporte qu'un adulte sur 10 a déclaré avoir des problèmes de consommation (McKenzie & Single, 1997). De plus, selon cette enquête, 13 % de la population adulte aurait consommé des narcotiques (codéine, demerol, morphine) dans l'année précédant l'enquête; 4,3 % des tranquillisants; 4,5 % des somnifères; et 3 % des antidépresseurs. En 1994, la consommation de drogues illicites a considérablement augmenté dans tout le pays, par rapport à 1993, celle du cannabis passant de 4,2 % à 7,4 %; celle de la cocaïne passant de 0,3 % à 0,7 %; et celle du LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), du speed ou de l'héroïne passant de 0,3 % à 1,1 % (McKenzie & Single, 1997). Les résultats de l'enquête nationale canadienne sur la consommation de drogues révèlent que 5 % des femmes ont déclaré avoir consommé du cannabis et 5 % des antidépresseurs au cours des 12 mois précédant l'enquête (Santé Canada, 1995 : cité par Addiction Research Foundation (ARF), 1996), alors que la consommation de cocaïne et de crack serait d'environ 3 % chez les femmes canadiennes (Eliany *et al.*, 1990 : cité par ARF, 1996).

Les données de l'Enquête Santé Québec (ESQ), menée en 1992-1993, indiquent que 27 % des jeunes de 15 à 24 ans déclarent une consommation actuelle de drogues. Quatorze pour cent des hommes et 11 % des femmes âgés de plus de 15 ans déclarent une consommation actuelle de drogues, la marijuana étant la drogue la plus souvent consommée (Santé Québec, 1995a). En ce qui concerne la consommation d'alcool, les données de Santé Québec indiquent que, selon l'indice CAGE (voir Annexe 2), 19 % des hommes et 7 % des femmes présenteraient un risque élevé de problèmes liés à la

consommation d'alcool. Ce taux aurait augmenté de 3 % depuis l'enquête de 1987 (Santé Québec, 1995b). Enfin, en ce qui concerne la consommation des femmes enceintes à Montréal, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont rapporte que plus d'une centaine de mères cocaïnomanes sont dépistées chaque année depuis 1981, ce qui représente plus de 5 % de la clientèle en périnatalité de cet hôpital (Bernard, 1995 : cité par Guyon & Geoffrion, 1997).

### **1.2.3 Les études d'ampleur de la double problématique : négligence et toxicomanie parentale**

Les études sont de plus en plus nombreuses à montrer qu'il existe un lien entre la consommation de drogues et d'alcool des parents et les mauvais traitements envers les enfants. En effet, depuis les dernières décennies, plusieurs études rapportent une proportion élevée d'abus de substances chez les parents signalés aux agences de protection de la jeunesse pour négligence ou abus physique (Bays, 1990; Black & Mayer, 1980; Junewicks, 1983; Trocmé, McPhee & Tam, 1995). Famularo, Kinscherff et Fenton (1992) constatent: "*The children of the hard core addict suffer (...) often from physical abuse and always from neglect*". Pour Dore, Doris et Wright (1995), l'augmentation des cas de mauvais traitements envers les enfants est en partie due à l'augmentation de la toxicomanie chez les parents. Cette affirmation est également rapportée par Gregoire (1994) qui souligne que: "*The US Department of Health and Human Services (1990) estimates that at least 50 % of all child abuse and neglect cases involve addiction*". Wang et Daro (1998) rapportent des données encore plus inquiétantes puisque, selon leur enquête nationale américaine menée auprès des agences de protection de la jeunesse, une problématique de toxicomanie parentale serait présente dans 88 % des dossiers retenus pour mauvais traitements. Plus particulièrement, on constate que les mères maltraitantes et toxicomanes sont plus nombreuses à avoir été référées préalablement à la protection de la jeunesse, à être considérées par la justice comme présentant des risques élevés pour leurs enfants et à perdre la garde de leur enfant que les mères maltraitantes qui ne présentent pas de problèmes de consommation de drogues ou d'alcool (Murphy *et al.*, 1991; Nair *et al.*, 1997).

Outre ces estimations, certaines études, pour la plupart corrélationnelles, nous donnent des indications quant à l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentale. Le tableau 3 (Annexe 3) présente les principaux résultats obtenus par ces études. Celles-ci peuvent se classer en deux catégories : 1) celles qui évaluent la proportion des mauvais traitements chez un échantillon de parents toxicomanes et 2)

celles qui évaluent la proportion de toxicomanie chez un échantillon de parents maltraitants.

➤ ***Les études qui évaluent la proportion des mauvais traitements envers les enfants chez des échantillons de parents toxicomanes***

À l'exception de certaines études longitudinales (Jaudes, Ekwo & Van Voorhis, 1995; Nair *et al.*, 1997) et rétrospectives (Kelley, 1992; Wasserman & Leventhal, 1993), les études recensées sont habituellement de nature transversale et évaluent la présence des deux problématiques au même moment, de sorte qu'il est impossible de connaître la séquence chronologique de leur apparition. En conséquence, ce type d'étude ne nous permet pas de vérifier le rôle de l'exposition, en l'occurrence la toxicomanie, sur les risques de négligence ou d'abus envers l'enfant. De plus, il est important de noter que ces études ont souvent recours à des échantillons cliniques, à savoir des sujets qui reçoivent déjà des services pour la présence de l'une ou l'autre des problématiques étudiées, de sorte qu'on peut penser que c'est la clientèle la plus sévèrement touchée qui est représentée et que les résultats ne s'appliquent pas à l'ensemble des familles maltraitantes ou toxicomanes.

L'étude de Black et Mayer (1980) est la seule qui distingue le type de substance consommée et la forme de mauvais traitements infligée à l'enfant. Les résultats révèlent des taux d'abus (physique et sexuel) variables selon le type de consommation des parents : 25 % des parents alcooliques et 19 % des parents qui présentent une dépendance aux opiacés seraient ainsi abusifs (abus physique et sexuel). En ce qui concerne la négligence, les auteurs indiquent que tous les enfants de l'échantillon présentent des signes de négligence. Plus particulièrement, les auteurs rapportent des signes de négligence sévère chez 28 % des familles alcooliques et 32 % des familles toxicomanes.

Nair et ses collègues (1997) ont mené une étude longitudinale auprès de 152 mères toxicomanes pour évaluer la proportion d'enfants placés suite à l'impossibilité des mères de leur fournir des soins au cours des 18 premiers mois de leur vie. Selon les résultats obtenus, 66 enfants (43 %) ont dû être placés au cours de cette période. Les résultats indiquent également que certains facteurs augmentent la probabilité de placement de l'enfant, notamment le jeune âge de la mère, avoir plus de deux enfants, avoir déjà des enfants placés en famille d'accueil, rapporter des symptômes dépressifs et consommer de l'héroïne.

Une études similaire à celle de Nair *et al.* (1997) a été menée par Jaudes, Ekwo et Van Voorhis (1995) auprès de 513 enfants exposés aux drogues *in utero*. Les auteurs ont suivi toutes les naissances d'enfants exposés pendant cinq ans afin de voir les signalements ultérieurs. À la fin de cette période, les résultats ont démontré que 30 % des enfants ont été signalés pour mauvais traitements (signalements retenus : 20 % des enfants). De plus, les auteurs indiquent que l'analyse du rôle des variables "confondantes" (ex. : niveau de scolarité, revenu, etc.), n'a pas permis d'augmenter significativement les risques de signalement.

L'étude rétrospective de Sheridan (1995), menée auprès de 81 adultes incarcérés ayant vécu des mauvais traitements dans l'enfance, montre que l'abus de substances par les parents dans la famille d'origine est significativement relié au fait d'avoir été victime de négligence et d'abus physique durant l'enfance. Toutefois, cette étude, en plus d'avoir une validité externe très faible, comporte de nombreux biais d'informations. Entre autres, il est impossible de savoir si la consommation des parents a précédé ou non les mauvais traitements vécus dans l'enfance. De plus, ce type d'étude comporte des biais de mémoire importants puisqu'il est possible que les sujets confrontés à la toxicomanie des parents dans l'enfance se rappellent davantage des situations d'abus physique ou de négligence que ceux n'ayant pas vécu cette problématique familiale.

Enfin, deux autres études, menées auprès d'enfants ayant été exposés aux drogues *in utero*, rapportent des données d'ampleur de la double problématique (Kelley, 1992; Wasserman & Leventhal, 1993). La première rapporte que 33 % des enfants sont victimes de négligence (Kelley, 1992), alors que la seconde rapporte de la négligence dans 11 % des cas, de l'abus physique, dans 11 % des cas, et des mauvais traitements, dans 23 % des cas (Wasserman & Leventhal, 1993).

➤ ***Les études qui évaluent la prévalence de la toxicomanie au sein d'échantillons de parents maltraitants***

L'étude de Lujan *et al.* (1989) est celle qui rapporte l'ampleur de la double problématique la plus élevée, avec 85 % des parents maltraitants qui seraient également alcooliques. Toutefois, on note que cette étude a été conduite auprès d'une communautés ethnique particulière, des autochtones américains, et concerne uniquement la consommation



d'alcool. Les résultats sont donc difficilement généralisables à l'ensemble de la population.

Kameen et Thompson (1983) ont mené une enquête auprès des intervenants de la protection de la jeunesse pour connaître l'ampleur de la toxicomanie dans 550 dossiers rapportés pour mauvais traitements. Les données recueillies indiquent que, dans 43 % des cas, l'un des parents était alcoolique ou toxicomane au moment du signalement. Junewicks (1983) rapporte, quant à lui, une étude selon laquelle 16 % des cas de mauvais traitements retenus à la protection de la jeunesse implique un abus de substances parental.

Une autre étude américaine a été conduite par Murphy et ses collègues (1991) auprès de 206 cas de mauvais traitements amenés devant les tribunaux pour mauvais traitements sévères. Au total, les auteurs ont constaté que, dans 35 % des cas, la mère a un problème documenté d'abus d'alcool ou de drogues, dans 28 % des cas, c'est le père et dans 43 % des cas, les deux parents. Plus particulièrement, les résultats indiquent que l'alcool est la substance la plus fréquemment consommée par la mère (24 %) et par le père (18 %). Vient ensuite la cocaïne, avec 16 % d'abus chez les mères, et 7 % chez les pères, puis l'abus d'héroïne, avec 12 % des mères et 7 % des pères. Les auteurs ont également comparé les familles d'après les services exigés par le tribunal pour ces familles et le placement de l'enfant. Les résultats montrent que les familles où l'un des parents a un problème documenté de toxicomanie sont significativement plus nombreuses à avoir été référées préalablement à la protection de la jeunesse, à rejeter les services ordonnés par le tribunal et à risque de voir leur enfant placé de façon permanente.

Famularo, Kinscherff et Fenton (1992) ont aussi examiné 190 dossiers présentés au tribunal de la jeunesse pour mauvais traitements (incluant l'abus sexuel). Dans cette étude, les auteurs rapportent qu'au total, 67 % des parents sont toxicomanes : 38 % sont alcooliques, 26 % sont des consommateurs de cocaïne et 13 % consomment des opiacés. Par ailleurs, les analyses statistiques démontrent que seul l'abus d'alcool contribue de façon significative aux abus physiques envers l'enfant. Dans leur seconde étude, Famularo *et al.* (1986) rapportent un diagnostic psychiatrique concernant 50 parents dont l'enfant a été placé pour mauvais traitements sévères. Les résultats montrent que 38 % des parents (50 % des pères et 30 % des mères) sont alcooliques. Lorsque l'on compare ces résultats à ceux d'un groupe de parents non maltraitants, l'alcoolisme ressort comme étant significativement associé aux mauvais traitements. On note toutefois que cette

étude inclut l'abus sexuel dans sa définition des mauvais traitements sévères et porte uniquement sur l'alcoolisme parental.

Kelleher, Chaffin, Hollenberg et Fisher (1994) ont utilisé les données d'une enquête populationnelle américaine menée auprès de 11 662 individus (*Epidemiological Catchment Area Study*) pour comparer les taux de prévalence de la toxicomanie avec ceux de parents présentant des comportements négligents ou abusifs envers un enfant. C'est en utilisant les critères du DSM-III (APA, 1980), qu'ils ont évalué la présence de mauvais traitements et de problèmes de toxicomanie. Au total, 169 répondants ont rapporté de l'abus physique envers un enfant et 209 ont rapporté de la négligence. Les résultats révèlent que l'abus d'alcool ou de drogues est significativement plus élevé chez les personnes ayant rapporté un abus physique (40 %) ou de la négligence (56 %) à l'endroit d'un enfant comparativement au groupe de contrôle. Des conclusions similaires ressortent de leur seconde étude, menée un an plus tard, auprès des personnes n'ayant pas rapporté de mauvais traitements lors de la première phase. Au total, 147 parents ont rapporté un comportement abusif ou négligent lors de cette deuxième étude. Les résultats indiquent que 15 % des parents ayant rapporté un abus physique présentent un problème de toxicomanie, alors que 21 % des parents négligents ont rapporté ce même problème (Chaffin, Kelleher & Hollenberg, 1996). Selon les auteurs, l'abus de substances est un prédicateur significatif de la négligence et de l'abus. En effet, les résultats révèlent que les adultes ayant une dépendance à l'alcool ou à la drogue ont 2,7 fois plus de risques de rapporter un abus physique envers un enfant et 4,2 fois plus de risques de rapporter un comportement négligent; ces taux sont semblables à ceux obtenus lors de leur seconde étude, soit de 2,9 pour l'abus physique et de 3,2 pour la négligence.

Les données de l'étude d'incidence de l'Ontario révèlent que 7 % des 2 447 cas signalés aux agences de protection de la jeunesse pour mauvais traitements impliquent un abus d'alcool de la part d'un parent et que 13 % impliquent un abus de drogues. Les données indiquent également que ce taux augmente à 38 % pour l'alcool et 31 % pour la consommation de drogues lorsque le signalement est retenu. Il est à noter toutefois, que la définition des mauvais traitements de cette étude inclut l'abus sexuel (Trocmé, McPhee & Kwan Tam, 1995).

Enfin, au Québec, l'analyse des données concernant les enfants victimes de négligence pris en charge par les Centres Jeunesse de Montréal montre que, selon l'évaluation des intervenants, 32 % des mères et 40 % des pères font un usage abusif de drogues ou

d'alcool (Mayer-Renaud, 1990). Ces données viennent confirmer ce que les consultations nous ont permis d'apprendre. En effet, selon les intervenants, il semble que près de la moitié des signalements retenus pour négligence impliqueraient de l'abus de drogues ou d'alcool chez le parent. Ils notent également que les situations de négligence apparaissent généralement lorsque le parent est en état d'intoxication.

En conclusion, on constate qu'en général les données disponibles sur l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentale sont assez variables d'une étude à l'autre. Cela peut s'expliquer, entre autres, par les différences marquées entre les études au niveau des devis de recherche, de la population étudiée et des instruments de mesure utilisés. À ce sujet, on note que le jugement des intervenants des agences de protection de la jeunesse est susceptible de varier considérablement d'un centre de protection de la jeunesse à l'autre affectant ainsi la validité des études (Lacharité, 1992).

### **1.3 LIENS ENTRE LA NÉGLIGENCE À L'ENDROIT D'UN ENFANT ET LA TOXICOMANIE PARENTALE**

Malgré les divergences importantes que l'on constate entre les devis des études descriptives sur l'ampleur de la double problématique, les données nous permettent tout de même de penser qu'il existe un lien entre la consommation de drogues et d'alcool des parents et les mauvais traitements envers les enfants. Par ailleurs, afin de savoir s'il existe une association réelle entre la consommation et l'apparition de comportements négligents ou abusifs envers l'enfant, il est nécessaire de conduire des études analytiques rétrospectives ou prospectives (Hennekens, Buring & Mayrent, 1998). Ensuite, il est important de comprendre le processus par lequel les parents aux prises avec un problème de toxicomanie en viennent à de tels comportements. C'est dans cette optique que la présente section tentera de démontrer les liens existants entre ces deux problématiques.

#### **1.3.1 Les études qui évaluent le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence**

Seulement trois études analytiques<sup>1</sup>, c'est-à-dire qui ont évalué le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence et des mauvais traitements, ont été recensées.

---

<sup>1</sup> En épidémiologie traditionnelle, les études analytiques prospectives ou rétrospectives permettent de comparer un groupe de personnes exposées au facteur de risque (toxicomanie), sur la présence ultérieure de la problématique (mauvais traitements envers l'enfant). La relation temporelle entre l'exposition et les mauvais traitements peut ainsi être démontrée (Hennekens, Buring & Mayrent, 1998).

Ces études sont de nature rétrospective et comparent l'ampleur de la négligence et de l'abus envers les enfants de parents toxicomanes à celle des enfants de parents non toxicomanes (Harrington *et al.*, 1995; Kelley, 1992; Wasserman & Leventhal, 1993). Elles recrutent leurs participants dans les hôpitaux (cliniques pédiatriques ou d'obstétrique) à l'aide de tests d'urine à la naissance de l'enfant.

L'étude de Kelley (1992) est la seule qui distingue les diverses substances consommées (alcool, drogues, etc.) par rapport aux risques de mauvais traitements. Cette étude a comparé 24 enfants exposés aux drogues durant la grossesse à 24 enfants non exposés, afin de connaître les risques éventuels de mauvais traitements à leur égard, tels qu'évalués à l'aide du "*Parental Stress Index*" (PSI) et des signalements aux agences de protection de la jeunesse. Les résultats indiquent que les enfants exposés sont significativement plus à risque d'être victimes de négligence physique (délais importants au niveau des soins médicaux). Ils sont également significativement plus nombreux à être placés suite au signalement à la protection de la jeunesse pour négligence ou abus physique. Les résultats obtenus au *Parental Stress Index* révèlent quant à eux que les mères toxicomanes vivent davantage de stress, notamment au niveau des échelles d'adaptation et des difficultés perçues comme étant liées à l'enfant, tel que le résume l'auteur :

*"(...) this study validates factors strongly associated with prenatal exposure to drugs including increased parenting stress, caretaker perception of drug-exposed infants as difficult, increased infant health care problems, and increased risk for child maltreatment severe enough to necessitate foster care placement." (Kelly, 1992, p.327)*

Des résultats significatifs sont également rapportés par Wasserman et Leventhal (1993). En effet, les auteurs ont suivi pendant deux ans 47 mères ayant consommé des drogues durant la grossesse et ont comparé les situations de mauvais traitements de leurs enfants à ceux de 47 mères n'ayant pas consommé durant la grossesse. Les résultats révèlent qu'après deux ans, les enfants du groupe exposé sont 4,5 fois plus à risque d'être victimes de mauvais traitements (*risk ratio*). Les analyses statistiques ont démontré que l'abus physique (11 %) et la négligence (11 %) sont significativement plus fréquents chez les enfants exposés. Les auteurs concluent que la toxicomanie durant la grossesse est un facteur de risque de mauvais traitements et de placement au cours des deux premières années de la vie de l'enfant.

Enfin, l'étude d'Harrington *et al.* (1992) est la seule qui ne trouve aucune différence significative entre le groupe d'enfants exposés aux drogues *in utero* (n=51) et celui composé d'enfants non exposés (n=67) par rapport aux situations de mauvais traitements, telles qu'évalués à l'aide du CWBS (Magura & Moses, 1986 : cité par Harrington *et al.*, 1995). On note qu'aucune donnée sur l'ampleur de la double problématique n'est présentée dans cette étude. De plus, l'échantillon expérimental de cette étude est composé soit de parents d'enfants dont l'urine présente des traces de drogues à la naissance, soit de parents qui ont un passé de consommation. À cet égard, 39% des mères ont rapporté une dépendance présente et 61 % ont rapporté une dépendance passée. La séquence chronologique entre la consommation de drogues et la négligence étant difficile à établir chez ces dernières, il est possible que les résultats aient sous-estimé l'impact réel de la consommation sur le bien-être de l'enfant.

Pour terminer, on constate que les études ayant démontré le rôle réel de la toxicomanie comme facteur de risque des mauvais traitements sont peu nombreuses, de sorte qu'il est difficile de statuer sur le rôle réel de la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence et de l'abus physique envers un enfant. Toutefois, leurs résultats vont dans le même sens que les données des études transversales qui démontrent que la toxicomanie est un facteur significativement associé aux mauvais traitements (Chaffin, Kelleher & Hollenberg, 1996; Famularo *et al.*, 1986; Kelleher *et al.*, 1994; Sheridan, 1995). La prochaine section aborde comment la toxicomanie parentale peut entraîner des risques de mauvais traitements.

### **1.3.2 L'exposition prénatale aux drogues**

Les conséquences de la consommation de drogues et d'alcool sur le développement de l'enfant commencent bien avant sa naissance. Les enfants exposés à l'alcool ou aux drogues pendant la grossesse peuvent parfois présenter des caractéristiques particulières à la naissance qui les place en situation de vulnérabilité.

De nombreuses études font état des dangers que peut entraîner la toxicomanie chez la femme enceinte pour le développement de l'enfant (Bays, 1990; Brooks *et al.*, 1994). La sévérité des dommages semble être liée à un certain nombre de facteurs tels que le type de substance utilisée, les caractéristiques de la drogue, le temps et la fréquence de

l'utilisation, la santé générale de la mère pendant la grossesse (Child Welfare League of America (CWLA), 1992; Lyons & Rittner, 1998; Zuckerman, 1994).

Le syndrome d'alcoolisme fœtal est certainement la conséquence la plus connue d'une exposition excessive du fœtus à l'alcool pendant la grossesse (Zuckerman, 1994). Parmi les conséquences de ce syndrome, on retrouve principalement des retards de croissance et des retards mentaux importants (Kaemingk & Paquette, 1999). Aussi, certaines recherches ont révélé que les enfants ayant des retards mentaux sont particulièrement à risque d'être victime d'abus ou de négligence par un parent ou un adulte responsable (Verdugo *et al.*, 1995).

L'abus de drogues, et plus particulièrement la cocaïne, durant la grossesse semble également entraîner d'autres conséquences néfastes sur le développement de l'enfant. On retrouve notamment des probabilités plus élevées de naissance prématurée et de petit poids à la naissance (Bays, 1990; Chasnoff, 1988; CWLA, 1992; Haskett, Miller, Whitworth & Huffman, 1992; Kelley, 1992; Zuckerman, 1991). Ces enfants peuvent aussi présenter diverses difficultés au niveau de leur développement moteur et de leur comportement. Selon plusieurs études, les enfants exposés aux drogues durant la grossesse sont plus à risque de connaître des retards de croissance et de développement, d'être facilement stimulés, d'avoir des difficultés au niveau du langage et de l'organisation, d'être irritables, d'être difficiles à étreindre et d'être retirés socialement (CWLA, 1992; Davis, 1990; Deren, 1986; Haskett *et al.*, 1992; Kelley, 1992). En outre, les recherches indiquent que l'exposition prénatale aux drogues entraîne chez les enfants des problèmes tels que l'hyperactivité et les troubles de l'attention (Deren, 1985; Dore, Doris & Wright, 1995; Gustavsson & Rycraft, 1994; Haskett *et al.*, 1992; Kumpfer, 1993).

Ces caractéristiques propres à l'enfant sont reconnues comme étant des facteurs pouvant jouer un rôle important dans l'abus et la négligence (Belsky, 1993). Dans son étude, Kelley (1992) rapporte que les mères biologiques et les mères adoptives d'enfants exposés aux drogues *in utero* perçoivent davantage ceux-ci comme une source de stress que les mères d'enfants n'ayant pas été exposés aux drogues durant la grossesse. En somme, l'exposition prénatale de l'enfant aux drogues demande aux parents de faire face à des exigences particulières. L'enfant est plus vulnérable et les risques de mauvais traitements à son égard augmentent. À ce sujet, des études ont démontré que les enfants qui sont perçus comme étant "exigeants", "difficiles" ou "lents" reçoivent moins de

réponses et de contacts stimulants de leurs mères et, dès la deuxième année de leur vie, sont sujets à plus de punitions et d'incohérence au niveau de la discipline (Magura & Laudet, 1996). Une recension des études ayant porté sur le rôle des caractéristiques de l'enfant dans l'abus conclut que certains facteurs peuvent jouer un rôle (ex. : prématurité, retards de développement) mais qu'ils agissent le plus souvent sous l'influence d'autres facteurs de risque présents dans la dynamique familiale (Ammerman, 1991).

Finalement, les enfants qui ont été exposés aux drogues durant la grossesse doivent séjourner plus longtemps à l'hôpital en raison notamment de leur prématurité ou de leur petit poids à la naissance. En conséquence, les chercheurs constatent que ce séjour prolongé à l'hôpital peut affecter le lien d'attachement mère-enfant, entraînant ainsi de plus grands risques éventuels de négligence parentale (Bays, 1990; Davis, 1990). Ainsi, comme le résume Haskett et ses collègues (1992) "*A negative cycle of interactions may develop in which the infant's poorly organized, irritable, unresponsive behavior interferes with the bonding process, resulting in frustration of the mother*". Dans le même sens, Kandall (1993) rapporte :

*"Cocaine-exposed babies may be lethargic, unresponsive, and disorganized in sleeping and feeding. When awake, they can be easily over stimulated and are often irritable. Such characteristics make parent-infant interaction difficult and unrewarding, and can lead parents to frustration, detachment, and avoidance."*  
(p.4).

Il est important de noter qu'il est parfois difficile de distinguer les conséquences de l'exposition prénatale aux drogues chez les enfants des autres facteurs tels que l'environnement social dans lequel ils évoluent et le style de vie des parents. En effet, selon une recension de la littérature menée par Richardson (1993 : cité par Magura & Laudet, 1996), il semble que les effets reliés à l'exposition prénatale aux drogues sur le développement de l'enfant ne soient ni directs ni associés à un type de substance en particulier. Une méta-analyse effectuée par Parker, Greer et Zukerman (1988 : cité par Lyons & Rittner, 1998) sur les résultats des études ayant porté sur la relation entre la consommation de cocaïne durant la grossesse et les dommages sur l'enfant révèle également que ceux-ci ne sont pas seulement attribuables à la cocaïne mais à une multitude d'autres facteurs présents durant la grossesse. Ainsi, les conséquences de l'exposition prénatale aux drogues sur le développement et le comportement ultérieur de l'enfant peuvent être exacerbées par la présence de facteurs tels que le style de vie des parents pendant et après la grossesse, une mauvaise alimentation, la cigarette, des

problèmes de santé, un environnement économique et social déficient, des habiletés parentales inadéquates, une mauvaise évaluation des besoins et des soins à donner à l'enfant, etc. (Bays, 1990; CWLA, 1992; Lyons & Rittner, 1998; Zuckermen, 1994). L'environnement postnatal contribue donc à la réduction, au maintien ou à l'augmentation des effets de l'exposition prénatale aux drogues sur le développement de l'enfant.

### **1.3.3 L'influence de la toxicomanie sur les capacités parentales**

En plus des facteurs de risque de la négligence associés à l'exposition de l'enfant aux drogues *in utero*, la consommation affecte également les capacités des parents à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. Dans une situation où l'enfant présente déjà des caractéristiques qui le place en situation de risque accru, des problèmes associés à la consommation des parents viennent s'ajouter aux difficultés qu'ils peuvent déjà connaître et interférer avec leurs capacités parentales.

Kelleher *et al.* (1994) rapportent les résultats d'études qui suggèrent que les troubles psychiatriques parentaux, et plus particulièrement l'abus de substances, prédisposent à l'abus et la négligence envers les enfants et cela, indépendamment des facteurs sociaux. Il semble que ce soit, entre autres, les effets provoqués par l'alcool ou les drogues qui affectent les capacités parentales. En effet, la prise de substances toxiques peut interférer avec le jugement, la mémoire, l'attention et les perceptions du parent (Bays, 1990; CWLA, 1992; Howards *et al.*, 1989; Kelleher *et al.*, 1994). Haskett et ses collègues (1992) soulignent qu'une consommation continue de cocaïne peut également entraîner de l'insomnie, de la dépression, une perte d'appétit et de poids, des problèmes digestifs, de la paranoïa et des hallucinations, ce qui réduit l'efficacité personnelle du parent. Les auteurs soulignent aussi qu'une des conséquences de l'abus de cocaïne chez les mères est la baisse de motivation à s'occuper d'elle-même et de l'enfant. Enfin, il semble que les parents qui consomment sont également peu consistants au niveau de la discipline et de l'attention portée à l'enfant (CWLA, 1992).

Le temps et les ressources requises pour l'obtention et l'utilisation de drogues ou d'alcool interfèrent également avec les capacités parentales (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Bays, 1990; Black & Mayer, 1980; CWLA, 1992; Dore, Doris & Wright, 1995; Harrington *et al.*, 1995; Magura & Laudet, 1996). En effet, les parents toxicomanes doivent passer tellement de temps, d'efforts et d'argent pour des activités reliées à leur consommation



qu'il en reste peu pour subvenir aux besoins de l'enfant. Dans ce contexte, les besoins d'amour, d'attention, de nourriture, d'habillement et d'abri de l'enfant sont négligés puisqu'ils deviennent secondaires par rapport à ceux de se procurer et de consommer de la drogue (Brooks *et al.*, 1994; Harrington *et al.*, 1995; Magura & Laudet, 1996). Ainsi, selon Kelley (1992) : "*While all mothers who use drugs may not abuse their children, neglect is almost certain in households where resources, both financial and emotional, are diverted to obtaining and using drugs*" .

#### **1.3.4 Autres facteurs de risque à considérer**

Dans une perspective écologique, il est important de considérer l'ensemble des facteurs individuels, familiaux et sociaux qui diminuent les capacités des parents toxicomanes à assurer le bien-être, la sécurité et le développement de leur enfant (ARF, 1996; CWLA, 1996).

Au plan individuel, les recherches montrent que les mères toxicomanes présentent souvent des symptômes de dépression ou d'anxiété (Chavkin, Paone, Friedman & Wilets, 1993; Davis, 1990; Dore, Doris & Wright, 1995; Malow *et al.*, 1994), qu'elles ont une faible estime de soi, des difficultés au niveau de leurs relations interpersonnelles (Brindis & Theidon, 1997; Chavkin *et al.*, 1993; Davis, 1990; Deren, 1986; Fiks, Johnson & Rosen, 1985; Finkelstein, 1994; Kelley, 1992; Malow *et al.*, 1994) et qu'elles ont souvent été victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Selon une étude canadienne menée par Johnston (1990) auprès de familles toxicomanes habitant à Toronto, 92 % ont admis avoir vécu un traumatisme avant leur dépendance, 64 % ont dit avoir grandi avec un parent toxicomane, 56 % vivaient en centre d'accueil et 52 % ont admis avoir été agressées sexuellement dans l'enfance. Des résultats semblables ressortent d'une étude effectuée par Chavkin et ses collègues (1993) auprès de 146 mères toxicomanes. En effet, les résultats révèlent que 44 % ont dit avoir grandi dans une famille où l'un des parents avait un problème de toxicomanie et 51 % ont admis avoir vécu un abus sexuel préalablement à leur consommation. Brooks et ses collègues (1993) rapportent également les résultats de nombreuses études selon lesquelles plus de la moitié des femmes toxicomanes auraient été victimes d'abus sexuels dans l'enfance (Benward & Densen-Gerber, 1975, Rohsenow, Corbett & Devine, 1988 : cité par Brooks *et al.*, 1993).

Ces facteurs, souvent en cause dans la problématique d'alcoolisme et de toxicomanie, peuvent s'additionner aux autres difficultés vécues par les mères et augmenter les risques

de négligence à l'égard de l'enfant. Parmi les autres facteurs individuels à considérer, il y a également les attentes (parfois irréalistes) des mères face aux capacités de leurs enfants et leurs connaissances limitées sur les étapes de leur développement (Fiks, Johnson & Rosen, 1985; Kelley, 1992). Une étude longitudinale menée par Fiks, Johnson et Rosen (1985) auprès de mères toxicomanes suivies dans un programme de méthadone et comparées à des mères non-toxicomanes révèle qu'elles requièrent plus d'assistance dans leur rôle parental, sont plus isolées socialement et moins nombreuses à poursuivre des activités de formation professionnelle. Les auteurs concluent : "*The interpersonal and environmental impact of poor parenting further compounds the effects of in utero exposure to methadone, placing these infants at high risk*".

Au plan familial et social, certaines situations peuvent également contribuer à augmenter le stress des parents et faire en sorte qu'ils adoptent des comportements inadéquats envers leurs enfants, telles que la présence de plusieurs enfants, la monoparentalité, l'isolement social, les difficultés et la violence conjugale, la pauvreté et l'implication dans des activités criminelles (ex. : prostitution) (ARF, 1996; Bays, 1990; Jonhston, 1990; Magura & Laudet, 1996; Malow *et al.*, 1994; Nair, 1997; Regan, Ehrlich & Finnegan, 1987). Par exemple, selon une étude menée par Gustavsson et Rycraft (1993), les mères toxicomanes dont l'enfant est référé aux agences de protection de la jeunesse sont plus nombreuses à vivre de la violence conjugale, à avoir des difficultés au niveau de l'entretien du logement et de la gestion du budget comparativement aux mères non toxicomanes. Dans cette étude, la proportion des mères toxicomanes sans emploi et ayant un faible niveau d'éducation est également plus élevée que celle des mères qui ne consomment pas. Enfin, selon une autre étude, les mères toxicomanes qui suivent un programme de méthadone sont moins motivées à poursuivre leurs études ou à avoir un emploi que les mères n'ayant pas connu de problématique de toxicomanie (Fiks, Johnson & Rosen, 1985).

En terminant, les résultats des consultations ont permis de mettre en évidence certaines caractéristiques des familles négligentes et toxicomanes qui viennent appuyer ce que la littérature nord-américaine nous apporte. En effet, il ressort que les parents négligents et toxicomanes, et plus particulièrement les mères, vivent des difficultés marquées au niveau des relations interpersonnelles. Les personnes consultées ont indiqué que ces mères vivent souvent de nombreuses relations conjugales, de courte durée, marquées par la violence psychologique et physique et la dépendance affective. Ce sont aussi, semble-t-il, des femmes qui ont vécu de l'abus, soit sexuel, physique ou psychologique dans

l'enfance. Parmi les autres problématiques que vivent ces parents, les personnes consultées notent des problèmes budgétaires importants, une faible scolarité entraînant des difficultés à trouver un emploi, l'implication dans un réseau de consommation et l'implication dans des activités criminelles telles que la prostitution ou le vol. Enfin, il apparaît que l'instabilité est ce qui caractérise la vie de ces parents : instabilité émotionnelle, financière, au niveau du logement, etc.

## **1.4 LES CONSÉQUENCES CHEZ L'ENFANT**

On a vu que les enfants exposés aux drogues ou à l'alcool durant la grossesse peuvent présenter des retards au niveau de leur développement moteur et cognitif. Ces retards, combinés aux difficultés et aux priorités des parents toxicomanes, rendent l'enfant plus à risque de négligence, qui à son tour peut entraîner de graves conséquences sur son développement. En plus des conséquences de la négligence sur le développement de l'enfant, il semble que l'environnement postnatal et le style de vie des parents qui sont aux prises avec un problème de toxicomanie peuvent également entraîner certaines conséquences sur le développement de l'enfant, quoique les résultats des études ne soient pas toujours concluants.

### **1.4.1 Les conséquences de la négligence sur le développement de l'enfant**

Les conséquences de la négligence sur le développement de l'enfant sont nombreuses. Les études indiquent que la négligence parentale peut entraîner des conséquences sur le développement physique, cognitif, affectif et social de l'enfant.

Au plan physique, on constate que la négligence alimentaire, par exemple, peut entraîner un retard de croissance chez l'enfant (Mayer-Renaud, 1993). Des conséquences au niveau de la santé sont également associées à la négligence médicale, alimentaire et au niveau du manque d'hygiène de l'enfant (Mayer-Renaud, 1993). Au plan cognitif, les conséquences de la négligence se traduisent principalement par des retards intellectuel et langagier (Dietrich *et al.*, 1983 : cité par Cinq-Mars, 1994; Egeland, Soufre & Erickson, 1983), ainsi que par une diminution de la performance académique (Mayer-Renaud, 1993). Au niveau du développement affectif et social, Egeland, Soufre et Erikson (1983) indiquent que les enfants victimes de négligence sont moins créatifs lors de la résolution de problèmes, qu'ils sont négatifs, tristes et apathiques. Aussi, il semble que les enfants victimes de négligence interagissent peu socialement et sont plus passifs, contrairement

aux enfants victimes d'abus physique qui sont plus agressifs en groupe (Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1983; Williamson *et al.*, 1983 : cité par Mayer-Renaud, 1993). Enfin, selon Mayer-Renaud (1993), les conséquences sociales de la négligence semblent se situer surtout dans la capacité d'être heureux et productif et de remplir, une fois adulte, un rôle de parent chaleureux et responsable.

#### **1.4.2 Les conséquences du style de vie du parent toxicomane sur le développement de l'enfant**

Comme on l'a vu, la toxicomanie durant la grossesse peut entraîner des conséquences sur le développement de l'enfant. Ces conséquences peuvent être soit aggravées ou réduites en présence d'autres facteurs postnataux reliés notamment au style de vie du parent ainsi qu'à l'environnement social dans lequel il vit. Par ailleurs, on constate que l'abus de substances suite à la naissance peut également entraîner des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant. Ces conséquences, quoique parfois difficiles à distinguer de celles qui relèvent de l'exposition prénatale aux drogues, sont également dues au style de vie des parents aux prises avec un problème de toxicomanie.

Selon une étude menée par Wilson, McCreary, Kean et Baxter (1979 : cité par Brooks *et al.*, 1994), les enfants exposés aux drogues durant la grossesse présentent des problèmes de développement comparables à ceux d'enfants non exposés aux drogues *in utero* mais élevés dans un environnement où un parent est toxicomane. Aussi, comme le soulignent Magura et Laudet (1996) : "*The weight of evidence shows that parenting skills, child-rearing practices and family life are likely to deteriorate when parents abuse drugs*".

Pour Brooks et ses collègues (1994), de même que pour Harrington, Dubowitz, Black et Binder (1995), peu d'études longitudinales ont examiné les conséquences de l'exposition prénatale et postnatale sur le développement de l'enfant. Harrington et ses collègues. (1995) soulignent que les recherches qui ont étudié cet aspect se sont référées seulement aux cas de négligence rapportés aux agences de protection de la jeunesse qui représentent souvent les cas les plus sévères. Les auteurs ont mené une étude comparative entre 51 mères toxicomanes avec un enfant âgé de deux à 30 mois et 67 mères non-toxicomanes. Les résultats révèlent, à l'instar d'autres recherches menées sur le sujet, que l'abus de substances chez la mère n'a pas d'impact direct sur le développement (moteur, langagier, cognitif) de l'enfant, tel qu'évalué avec le "*Bayley Scales of Infant Development*" (BSDI). Par contre, les auteurs invitent à la prudence dans l'interprétation des résultats

de leur étude puisqu'on ne connaît ni la durée de la toxicomanie chez les mères ni le moment où a débuté cette problématique (période prénatale ou postnatale).

Dans une recension des études portant sur les effets possibles de la toxicomanie parentale chez les enfants, Dore, Doris et Wright (1995) indiquent que les enfants vivant auprès de parents toxicomanes ou alcooliques peuvent développer des problèmes tels que : a) une augmentation du niveau d'hyperactivité et des troubles de comportement; b) une utilisation plus élevée de drogues et d'alcool à l'adolescence; c) des difficultés au plan intellectuel et académique; d) un niveau clinique d'anxiété et de dépression; et e) une faible estime de soi et du contrôle sur son environnement. Selon les auteurs, plusieurs études appuient les résultats relatifs aux divers risques que présentent les familles aux prises avec un problème de toxicomanie pour le développement de l'enfant. Ils rapportent une étude longitudinale selon laquelle 25 % des enfants ayant au moins un parent alcoolique auraient, dès l'âge de 18 ans, des troubles psychologiques assez importants pour être admis en traitement et 51 % d'entre eux auraient manifesté des problèmes sérieux à l'école, au travail ou dans la communauté, tel qu'indiqué par leur contact avec les organismes offrant des services psychosociaux (Werner, 1986 : cité par Dore, Doris & Wright, 1995). Gregoire (1994) et Deren (1986) rapportent également des résultats d'études selon lesquels les enfants de parents aux prises avec un problème de toxicomanie sont plus à risque de développer cette problématique à l'âge adulte.

Enfin, dans une recension des études portant sur le développement d'enfants âgés de moins de six ans dont l'un des parents est toxicomane, Deren (1985) souligne que ceux-ci ont une faible performance pour les tâches qui demandent de l'attention soutenue et de la persistance et, qu'à l'adolescence, ils présentent des difficultés académiques et des troubles de comportement. Les conséquences de la consommation sur les enfants, et notamment sur les échecs scolaires, le manque d'attention et les problèmes de comportement sont aussi rapportées par la ligue américaine pour le bien-être de l'enfant (CWLA, 1992).

En terminant, on note que les consultations appuient ce que la littérature révèle au niveau des conséquences pour l'enfant. En effet, les intervenants sociaux ont fait état des carences affectives et des troubles de comportements que peuvent présenter à long terme les enfants issus de familles avec une problématique de toxicomanie.

## 1.5 Faits saillants

- Les études menées auprès des parents toxicomanes rapportent qu'entre 20 % et 42 % d'entre eux sont maltraitants à l'endroit d'un enfant. Les comportements de négligence sont les plus fréquents avec des données variant de 11 % à 31 %.
- La grande majorité des études menées auprès des parents maltraitants révèlent que plus de 30 % d'entre eux sont aux prises avec un problème de toxicomanie, avec un taux moyen se situant près de 40 %.
- Au total, seulement trois études ayant évalué le rôle étiologique de la toxicomanie dans la problématique de mauvais traitement ont été recensées. Deux de ces études rapportent que la toxicomanie représente un facteur de risque significatif de la négligence et des mauvais traitements envers les enfants.
- La toxicomanie semble affecter les capacités parentales pour diverses raisons : 1) les enfants exposés aux drogues *in utero* sont plus vulnérables et représentent une source de stress supplémentaire pour les parents; 2) l'effet provoqué par les substances rend les parents moins attentifs aux besoins et à la sécurité des enfants; 3) le temps et les ressources des parents sont orientés vers les activités de consommation; 4) les parents présentent souvent un ensemble d'autres facteurs individuels (dépression, abus sexuels dans l'enfance), familiaux (violence conjugale) et sociaux (implication dans des activités criminelles) qui peut influencer leur capacité parentale.
- Les personnes consultées notent que la toxicomanie est présente chez près de la moitié des parents suivis à la Direction de la protection de la jeunesse pour mauvais traitements et que les épisodes de négligence surviennent lorsque ces parents sont en état d'intoxication.
- La négligence envers l'enfant peut entraîner des retards de croissance, des retards intellectuels et langagier ainsi que des conséquences psychosociales, telles que la tristesse, l'apathie, la passivité et des interactions sociales déficientes.
- À la période prénatale, le style de vie du parent toxicomane (ex. : mauvaise alimentation, problèmes de santé) contribue à exacerber les conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant. À long terme, l'enfant qui habite avec un parent toxicomane peut présenter des troubles d'attention, de l'irritabilité, de l'anxiété, des problèmes académiques et des problèmes éventuels de consommation d'alcool et de drogues.

## **CHAPITRE 2 : NATURE ET EFFICACITÉ DES PROGRAMMES D'INTERVENTION OFFERTS AUX PARENTS NÉGLIGENTS ET TOXICOMANES**

Ce deuxième chapitre vise à décrire et commenter les différents programmes nord-américains offerts aux parents négligents et toxicomanes. Dans un premier temps, nous présenterons les obstacles à l'intervention auprès de cette clientèle, et plus particulièrement les obstacles rencontrés dans les services de protection de la jeunesse puisque les parents sont souvent recrutés par l'intermédiaire de ces agences. Ensuite, nous présenterons les programmes américains recensés en fonction de la clientèle recrutée, des objectifs visés et des services offerts. Dans la troisième section, nous traiterons de l'efficacité des programmes américains. Enfin, dans la dernière section, nous présenterons un bref aperçu de la situation au Québec.

### **2.1 LES OBSTACLES À L'INTERVENTION AUPRÈS DES PARENTS TOXICOMANES SUIVIS DANS LES AGENCES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE**

#### **➤ *Les préjugés défavorables à l'égard des parents négligents et toxicomanes***

Les programmes de traitement offerts aux parents toxicomanes ciblent plus particulièrement les mères puisque ce sont elles qui sont généralement responsables de la garde de l'enfant. Par ailleurs, on constate qu'il existe de nombreuses barrières au traitement de cette clientèle. D'abord, la littérature révèle que les femmes alcooliques et toxicomanes sont souvent la cible de blâmes et de préjugés et que cela entraîne un manque d'accessibilité aux services disponibles (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Brooks, *et al.*, 1994; CWLA, 1992; Finkelstein, 1994; Kameen & Thompson, 1983; Kearney, Murphy & Rosenbaum, 1994; Kumpfer, 1991). Il semble que les intervenants sociaux en protection de la jeunesse aient également des préjugés et des attitudes parfois négatives face aux parents qui présentent des problèmes de toxicomanie (Brindis & Theidon, 1997; Gregoire, 1994; Tracy, 1994). Ainsi, selon la Fondation de la recherche sur la toxicomanie :

"(...) les préjugés défavorables à l'égard des femmes qui boivent excessivement ou prennent d'autres drogues sont le résultat d'attentes sociales et culturelles par rapport au rôle de la femme au sein de la famille. On s'attend à ce qu'elle se fixe et suive des principes moraux plus stricts que l'homme." (ARF, 1996, p.31)

➤ *Les difficultés liées à la formation des intervenants en protection de la jeunesse et au dépistage de la toxicomanie*

En plus des obstacles reliés aux préjugés, il semble que les parents toxicomanes sont rarement référés à des programmes de traitement en toxicomanie (Kameen & Thompson, 1983). D'abord, cette situation s'expliquerait par le fait que les professionnels en protection de la jeunesse sont souvent peu formés pour identifier la toxicomanie chez les parents (Curtis & McCullough, 1993; Dore, Doris & Wright, 1995; Gregoire, 1994; Peterson, Gable & Saldana, 1996; Tracy, 1994). En effet, selon une étude menée par la ligue américaine pour le bien-être de l'enfant auprès des organismes communautaires oeuvrant auprès des familles, seulement 31 % ont indiqué qu'ils utilisent des instruments permettant d'évaluer adéquatement cette problématique (Curtis & McCullough, 1993). Dans une autre étude, l'évaluation de la toxicomanie n'a pas été effectuée alors qu'elle avait été planifiée dans le plan d'intervention chez près de 37 % des familles retenues à la protection de la jeunesse (Tracy, Green & Bremseth, 1993). De plus, selon Dore, Doris et Wright (1995), les professionnels des agences de protection de la jeunesse peuvent parfois travailler des mois auprès de familles sans reconnaître les signes d'abus de substances. Pour ces auteurs, la nature des instruments utilisés en abus et négligence, qui évaluent rarement les risques associés à la consommation de drogues ou d'alcool, peut également être en cause.

Ensuite, les intervenants en protection de la jeunesse se sentent souvent mal équipés pour intervenir auprès des parents toxicomanes (Dore, Doris & Wright, 1995; Tracy, 1994). Selon une étude menée par Tracy, Green et Bremseth (1993) auprès d'un ensemble d'organismes offrant des services en abus et négligence, de nombreux services planifiés en lien avec l'abus de substances n'ont pas été donnés tel que prévu aux parents. Par exemple, des services d'intervention externe n'ont pas été offerts alors qu'ils étaient prévus dans le plan d'intervention dans 33 % des cas. Les auteurs ont aussi constaté que certains services étaient plus rarement planifiés, tels que des services de traitement à l'interne en toxicomanie et alcoolisme. Selon une autre étude récente, près de 64 % des intervenants en protection de l'enfance se sentent mal préparés pour aider les parents toxicomanes (Dore, Doris & Wright, 1995). Enfin, il semble, qu'en général, les intervenants sociaux connaissent peu l'impact de l'abus de substances des parents sur la famille (Gregoire, 1994; Tracy, Green & Bremseth, 1993).



Les intervenants des différents Centres jeunesse du Québec qui ont été consultés ont également mentionné leur désarroi fréquent face aux problématiques de toxicomanie que présentent parfois leur clientèle. Cet aspect semble particulièrement présent dans les régions éloignées et dans les milieux ruraux où les services en toxicomanie se font rares. Certains nous ont aussi mentionnés avoir découvert une problématique de toxicomanie après plusieurs mois de travail auprès de la famille. Selon les intervenants, aucun instrument n'est utilisé en protection de la jeunesse pour évaluer la présence de cette problématique lors du signalement à la protection de la jeunesse. En outre, ce sont souvent les informations contenues dans les dossiers des familles qui constituent la principale source d'information (ex. : notes médicales, notes concernant des démarches entreprises concernant leur problème de toxicomanie, etc.)

➤ ***Les difficultés liées à la collaboration entre les services de protection de la jeunesse et les ressources en toxicomanie***

Des différences au niveau des philosophies de travail en protection de la jeunesse et en toxicomanie semblent également expliquer les difficultés rencontrées dans l'intervention auprès des familles toxicomanes suivies pour mauvais traitements (Azzi-Lessing & Olsen, 1994; Brindis & Theidon, 1997; Dore, Doris & Wright, 1995; Tracy, 1994). En effet, Azzi-Lessing et Olsen (1996) indiquent que ces deux domaines sont différents de par leurs approches, leurs philosophies et leurs mandats. Par exemple, le traitement en protection de la jeunesse vise principalement des résultats à court terme afin d'éviter le placement de l'enfant alors qu'en toxicomanie, le plan d'intervention comporte des objectifs à plus long terme et qui prennent en considération les rechutes possibles du client. De plus, les intervenants de la protection de la jeunesse ont comme objectif la sécurité de l'enfant alors qu'en toxicomanie, les objectifs d'intervention sont dirigées vers les besoins des parents.

➤ ***Le manque de services destinés aux mères toxicomanes et les listes d'attentes***

Dans la littérature, on parle également du fait que les programmes de traitement en toxicomanie ont d'abord été développés par et pour les hommes et qu'ils ne conviennent pas toujours aux besoins des femmes, et plus particulièrement à ceux des femmes enceintes et des mères (ARF, 1996; Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Brindis & Theidon, 1997; Feig, 1990; Finkelstein, 1994; Gustavsson & Rycraft, 1994; Kumpfer, 1991; Lewis, Haller, Branch & Ingersoll, 1996). Par exemple, selon certains auteurs, les mères

n'ont pas toujours les ressources humaines ou financières nécessaires pour faire garder leur enfant ou pour se rendre en traitement (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Coletti *et al.*, 1995; Lewis *et al.*, 1996).

De nombreux intervenants consultés ont remarqué l'absence de services de garde dans les centres oeuvrant en toxicomanie, notamment dans les services de désintoxication à l'interne. Cette lacune aurait un impact sur leur intervention puisqu'ils se voient dans l'obligation de séparer la mère et l'enfant alors qu'ils auraient considéré de ne pas le faire si une telle ressource existait dans leur région.

Les listes d'attente apparaissent également comme un obstacle important à l'intervention en toxicomanie. Johnston (1990) décrit comment des familles suivies pour négligence ont renoncé à entreprendre une démarche en toxicomanie suite au constat qu'il fallait attendre deux mois avant d'avoir un premier rendez-vous. Cette observation est également ressortie des consultations puisque les intervenants sociaux, et plus particulièrement ceux qui travaillent en région éloignée, constatent un manque de services offerts en toxicomanie. Selon eux, le nombre d'intervenants oeuvrant dans ce domaine suffit rarement à répondre à la demande et les listes d'attente découragent les parents face à une démarche en toxicomanie.

## **2.2 DESCRIPTION DES PROGRAMMES AMÉRICAINS OFFERTS AUX PARENTS NÉGLIGENTS ET TOXICOMANES**

Dans cette section, nous décrirons les programmes d'intervention américains offerts aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être en raison de leur vulnérabilité. Ces programmes ont été classés en trois catégories : 1) les programmes offerts en milieu hospitalier (*hospital-based*); 2) ceux offerts en milieu résidentiel (*residential*) ou à l'interne; 3) ceux offerts en milieu communautaire (*community-based*). Certains auteurs classent dans la même catégorie les programmes offerts en milieu hospitalier et les programmes résidentiels (Kumpfer, 1991). Toutefois, en raison des diversités qui existent entre ceux-ci (ex. : référence, caractéristiques de la clientèle, etc.), nous les avons considérés séparément. De plus, il est à noter que les modalités d'intervention diffèrent d'un programme à l'autre, et notamment au niveau de l'intensité de l'intervention. Ainsi, les services résidentiels peuvent être offerts à court terme ou à long terme. De même, ceux qui sont offerts dans la communauté peuvent varier selon leur intensité et leur fréquence (Kumpfer, 1991). Parmi les programmes communautaires, on retrouve

certaines projets pilotes qui ont été financés par le gouvernement fédéral américain entre 1989 et 1990 et qui se retrouvent sous le nom général de *Perinatal-20* (Coletti *et al.*, 1995; Glider *et al.*, 1996; Poulsen, 1994; Rahdert, 1996; Van Bremmer *et al.*, 1994 : cité par Magura & Laudet, 1996). Il s'agit de vingt projets implantés par le *National Institute on Drug Abuse* pour répondre aux besoins des femmes toxicomanes enceintes ou avec un ou plusieurs enfants (Rahdert, 1996).

### **2.2.1 La clientèle recrutée**

En général, les programmes recensés recrutent seulement les mères. Ceux offerts en milieu hospitalier recrutent soit les femmes toxicomanes enceintes (Haskett *et al.*, 1992; Regan, Ehrlich & Finnegan, 1987) ou soit les mères ayant donné naissance à un nouveau-né exposé aux drogues *in utero* (Halfon, Berkowitz & Klee, 1993), alors que ceux offerts en milieu résidentiel recrutent les femmes toxicomanes ou les mères avec un ou plusieurs enfants. Enfin, les programmes offerts dans la communauté recrutent soit les femmes toxicomanes enceintes, soit les femmes ayant donné naissance à un enfant exposé aux drogues *in utero* ou les mères avec un ou plusieurs enfants.

La grande majorité des programmes communautaires recrutent leurs participantes par l'entremise des agences de protection de la jeunesse (Blau *et al.*, 1994; Gustavsson & Rycraft, 1993; Magura & Laudet, 1996; Olsen, 1995), alors que les autres recrutent les mères par l'entremise de différents organismes ou de la cour, suite à une situation de compromission à la sécurité et au bien-être de l'enfant (Coletti, 1995; Haskett *et al.*, 1992; Saunders, 1993; Stevens & Arbiter, 1995).

Enfin, dans certaines descriptions de programmes, on indique que les membres de la famille immédiate ou éloignée sont impliqués dans l'intervention. En effet, certains auteurs indiquent qu'il est important d'impliquer les personnes significatives afin de contrer le sentiment de culpabilité des mères et les conséquences éventuelles que pourraient avoir leurs séjours en traitement sur la famille (Magura & Laudet, 1996; Malow *et al.*, 1994). Selon Kandall (1993), les intervenants qui travaillent auprès des parents toxicomanes devraient également travailler avec la fratrie et les membres de la famille éloignée, et plus particulièrement les membres qui ne consomment pas. Il précise aussi qu'il est important d'impliquer le père de l'enfant dans l'intervention.

### 2.2.2 Les objectifs visés

Tous les programmes ont des objectifs reliés au traitement de la toxicomanie ainsi que des objectifs axés sur l'un ou l'autre des objectifs suivants : a) la prévention ou la diminution de la situation de négligence ou d'abus; b) la prévention du placement de l'enfant; c) le développement des habiletés parentales.

En général, on constate que les programmes offerts en milieu hospitalier sont axés sur l'amélioration des capacités parentales et du développement de l'enfant. Au niveau de la consommation, les objectifs varient d'un programme à l'autre. Dans l'une des descriptions de programmes, on mentionne un objectif d'abstinence chez la mère (Halfon, Berkowitz & Klee, 1993) alors que, dans une autre, on vise la désintoxication (Regan, Ehrlich & Finnegan, 1987). À ce sujet, Kandall (1993) croit que les services offerts aux mères dont l'enfant a été exposé aux drogues durant la grossesse devraient viser les deux principaux aspects suivants: l'abstinence de drogues et le développement d'habiletés parentales.

Les programmes offerts en milieu résidentiel, aussi appelés TC pour "*Therapeutic Community*" (Coletti *et al.*, 1995; Glider *et al.*, 1996; Stevens & Arbiter, 1995) ont des objectifs davantage axés sur l'amélioration du style de vie des parents et des soins apportés aux enfants. Ils ont également pour objectif l'abstinence totale de la mère (Malow *et al.*, 1994; Saunders, 1993). D'ailleurs, dans le programme "*Project Together*" (Saunders, 1993), les mères doivent s'abstenir de consommer pour demeurer en traitement.

Enfin, les objectifs visés par les programmes communautaires sont principalement axés sur la stabilisation de la vie familiale, la prévention du placement de l'enfant ou la prévention de l'abus et de la négligence à son endroit. Contrairement aux services résidentiels, aucun d'eux ne précise d'objectifs reliés à l'abstinence de la femme. Par contre, selon McCaul et Svikis (1996), il semble que les programmes traditionnels offerts à l'externe et qui sont axés sur l'abstinence sont les plus populaires aux États-Unis : "*Outpatient, abstinence-oriented drug treatment is the most common and least expensive service modality available in this country*". Les personnes qui y participent sont généralement sous médication (méthadone). Les programmes intensifs offerts à l'externe sont aussi très populaires :

*"In the past 10 years, intensive outpatient programs have become more popular for the treatment of drug addiction. Generally such programs consist of three or more hours per day of individual and group counseling, with health care, supportive services, and meals available at the program."* (McCaul & Svikis, 1996, p. 230).

### **2.2.3 Les services offerts**

Les programmes d'intervention offrent la plupart du temps une variété de services. En effet, les services doivent être diversifiés s'ils veulent répondre aux besoins des mères toxicomanes et à ceux des enfants, besoins qui sont souvent complexes. La majorité des programmes, qu'ils soient offerts en milieu hospitalier, résidentiel ou dans la communauté, adoptent une approche de gestion de cas qui permet l'intégration d'un éventail de services (Blau *et al.*, 1994; Brindis & Theidon, 1997; Haskett *et al.*, 1992; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993; Magura & Laudet, 1996; Malow *et al.*, 1994; Olsen, 1995).

#### **➤ La gestion de cas**

Selon Kumpfer (1991), la gestion de cas était en 1989-1990, la stratégie d'intervention la plus souvent utilisée auprès des femmes enceintes et des mères toxicomanes. Cette approche est particulièrement populaire auprès des clientèles présentant des problématiques variées et qui nécessitent des services dans différents domaines. Aussi, comme le souligne Anglin (1990) concernant l'intervention auprès des parents toxicomanes :

*"Case management is an important part of this strategy, so that a single professional, insofar as possible, acts as the drug-dependent individual's long-term "keeper", determining with other professionals the recipe that is most likely to achieve success and ensuring its implementation (...) Because drug abuse is only one symptom of what is normally a cluster of problem behaviors, there is tremendous need for various agencies to work collaboratively to define comprehensive interventions."* (Anglin, 1990, p.2).

La gestion de cas comme modèle d'intervention a connu un essor vers la fin des années 70 comme réponse à la fragmentation des services en santé mentale. Elle visait alors à contrer l'inaccessibilité et la fragmentation des services offerts aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Elle a été plus particulièrement développée pour les clientèles ayant des problèmes complexes et qui nécessitent des services variés

(Chamberlain & Rapp, 1991; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993). Il s'agissait alors d'intégrer les services pour répondre aux besoins du client plutôt que d'intégrer celui-ci aux services :

*"The objective of case management was to develop a coordinated array of services that would address the total spectrum of needs (...). The ultimate goal is to establish and operate a client-centered system offering a comprehensive mix of services that recognizes unique client needs while maintaining uniform best-practice standards."* (Brindis & Theidon, 1997, p.81).

Selon Brindis et Theidon (1997), la gestion de cas répond à sept fonctions qui consistent à : 1) augmenter la visibilité du programme et par conséquent, l'accessibilité aux services capables de répondre aux besoins des familles; 2) permettre aux gestionnaires de travailler avec le client à l'identification de ses problèmes, à l'évaluation de son fonctionnement social, psychologique et physique et à l'élaboration d'objectifs; 3) élaborer un plan de services individualisé en fonction des objectifs et buts établis; 4) arrimer les services aux besoins du client en identifiant les ressources du milieu et en orientant celui-ci en fonction de ses besoins; 5) faire un suivi auprès des clients et procéder régulièrement à une réévaluation; 6) déterminer lorsque le client est suffisamment indépendant et n'a plus besoin des services; 7) identifier les barrières du système ou des services et travailler à la résolution de ces problèmes. La philosophie derrière cette approche consiste principalement à faire passer le client d'un état de dépendance à une reprise de contrôle de sa vie (*empowerment*) tout en reconnaissant les forces et ressources internes de la personne.

En résumé, cette approche est de plus en plus utilisée comme façon d'intégrer les divers services requis auprès des populations à problèmes multiples. Elle peut notamment aider les ressources à devenir davantage centrées sur les besoins du client et ainsi permettre de contrer les difficultés associées à l'accessibilité des services, difficultés qui peuvent être reliées au sexe, à l'orientation sexuelle, aux racines culturelles ou au statut socio-économique (Brindis & Theidon, 1997; Kandall, 1993). Enfin, la gestion de cas, par la coordination des services qu'elle permet, peut diminuer ou éviter que ceux-ci ne se dédoublent.

➤ *Des services diversifiés et intégrés*

Les services que l'on retrouve à l'intérieur des différents programmes recensés sont très diversifiés. Ceux-ci, généralement intégrés et coordonnés par une approche de gestion de cas incluent du *counseling* ou de la thérapie individuelle auprès des mères, des groupes de soutien (style "AA" ou "NA"), des groupes de développement des habiletés parentales, des soins médicaux en obstétrique et en pédiatrie, des services d'éducation et de formation professionnelle (Coletti *et al.*, 1995; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993; Malow *et al.*, 1994; Poulsen, 1994; Saunders, 1993), de la stimulation précoce et des services éducatifs auprès des enfants (Halfon, Berkowitz & Klee, 1993), un service de garde et de transport, ainsi qu'un service de référence à d'autres organismes du milieu capables de répondre à des besoins plus spécifiques (Magura & Laudet, 1996).

### 2.3 EFFICACITÉ DES PROGRAMMES AMÉRICAINS

Il existe encore peu de recherches évaluatives quant à l'efficacité des programmes d'intervention auprès de parents toxicomanes, et plus particulièrement auprès des mères toxicomanes référées pour négligence envers un enfant. Parmi les programmes que nous avons recensés, six ont fait l'objet d'une étude d'implantation (California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994; Gustavsson & Rycraft, 1994; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993; Olsen, 1995; Saunders, 1993; Stevens & Arbiter, 1995), alors que seulement trois programmes de type communautaire (Black *et al.*, 1994; California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994; Olsen, 1995) et deux programmes de type résidentiel (Saunders, 1993; Stevens & Arbiter, 1995) ont fait l'objet d'une étude d'efficacité. Par ailleurs, d'autres programmes ont fait l'objet d'études d'implantation visant à décrire les caractéristiques de la clientèle et les facteurs de rétention en traitement. La section qui suit vise à décrire brièvement ces évaluations, et plus particulièrement les évaluations portant sur l'efficacité des programmes offerts aux mères toxicomanes.

➤ *Évaluation des programmes communautaires*

Olsen (1995) a évalué un programme de traitement communautaire auprès de 47 mères toxicomanes référées aux agences de protection de la jeunesse pour mauvais traitements envers un enfant (0-12 ans). Ce programme, d'une durée de 10 mois, offrait des services coordonnés en toxicomanie et en protection de la jeunesse. Les résultats montrent une amélioration statistiquement significative, entre le pré et le post-traitement, au niveau de

l'habitabilité de la résidence, de l'état psychologique du parent, de ses connaissances concernant les soins à donner à l'enfant et de la diminution de l'abus de substances. Une augmentation des conflits familiaux a été observée, ce qui est expliqué par l'arrêt de consommation chez la mère, lequel entraîne des conflits avec les personnes de l'entourage qui continuent de consommer. En ce qui concerne la motivation à poursuivre le traitement, les résultats indiquent que la majorité des mères sont devenues plus motivées à mesure que le programme avançait. Le taux de placement et la réunification familiale des enfants des familles qui ont participé au programme a été comparé à celui de 67 familles suivies par les agences de protection de la jeunesse dont un parent est aux prises avec un problème de toxicomanie et qui n'a pas participé au programme. Les données révèlent que le taux de placement était inférieur chez le groupe expérimental et que la proportion des réunifications familiales était plus élevée après cinq mois d'intervention.

À l'aide d'un devis pré et post-traitement, un autre programme de traitement communautaire a fait l'objet d'une évaluation, il s'agit du projet "*Option for Recovery*" (California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994). Ce programme a été offert à 2 598 familles pour une durée de plus de six mois. Il offrait des services coordonnés par la gestion de cas tels que: le traitement de la toxicomanie, le répit parental, les soins médicaux, les groupes de soutien, la formation professionnelle, etc. Les résultats montrent que: a) plus les femmes ont un niveau d'éducation élevé, plus elles ont de chances de compléter le traitement; b) les femmes qui consomment de l'alcool ont plus de chances de compléter le traitement comparativement aux femmes qui consomment de la cocaïne; c) le nombre de jours en traitement est associé à un taux de succès plus grand; d) le nombre d'enfants habitant dans leur famille entre le pré et le post traitement augmente légèrement mais pas de façon statistiquement significative; et enfin, e) le nombre de familles suivies par les services de protection de la jeunesse a diminué de façon significative entre le début et la fin du programme.

Black et ses collègues (1994) ont évalué l'efficacité d'un programme de visites à domicile offert à des mères toxicomanes à l'aide d'un devis expérimental. Les mères toxicomanes étaient réparties au hasard dans l'un des deux groupes: soit 29 mères dans le groupe expérimental et 31 mères dans le groupe de contrôle. Les visites à domicile étaient offertes par des infirmières d'expérience à raison de deux visites pendant la période prénatale puis bihebdomadaires pendant les 18 mois suivant la naissance. Les résultats de l'évaluation indiquent que les mères du groupe expérimental sont



significativement plus nombreuses que celles du groupe de contrôle à rapporter ne plus consommer, 18 mois après le début de l'intervention, et à se rendre aux rendez-vous fixés en pédiatrie. Les mères du groupe expérimental ont également obtenu des scores plus élevés concernant leur sensibilité à l'égard des besoins de leur enfant ainsi que l'apport d'un environnement plus stimulant pour celui-ci. En ce qui concerne les risques associés à l'abus envers l'enfant, les résultats montrent que ces mères sont moins à risque sur les échelles de détresse, de rigidité, de problèmes avec l'enfant, avec la famille et avec les autres, 18 mois après le début de l'intervention. Par contre, cette différence ne semble pas être reliée uniquement à l'intervention puisque les résultats entre le pré et le post-test tendent, pour les deux groupes, à se rapprocher des normes avec le temps, soit 30 mois après la fin de l'intervention. Finalement, les auteurs ont pu établir des liens entre le nombre de visites à domicile et certains résultats obtenus : les mères ayant reçu davantage de visites sont plus nombreuses à avoir diminué leur consommation et à organiser leur environnement de façon stimulante pour l'enfant (Black *et al.*, 1994). Les auteurs concluent que les visites à domicile semblent efficaces pour promouvoir les habiletés parentales mais ne peuvent, à elles seules, répondre à tous les besoins des mères toxicomanes et devraient être combinées à d'autres services.

### ➤ *Évaluation des programmes résidentiels*

Deux autres études d'efficacité ont été menées pour des programmes offerts en milieu résidentiel auprès de mères toxicomanes. La première, menée par Saunders (1993), fournit certains indices d'efficacité. Elle a été conduite auprès de 41 femmes qui ont quitté le programme après 27 mois d'intervention. Ce programme offrait sur place des services intégrés au niveau de la toxicomanie, la formation professionnelle, les soins médicaux, l'éducation aux habiletés parentales, la résolution de problèmes et l'éducation auprès des enfants. Les femmes étaient admises en traitement avec leurs enfants (0-17 ans) et devaient demeurer sobre pour la durée de leur séjour. L'évaluation portait sur la détresse psychologique, les relations conjugales et la consommation de drogues et d'alcool. Les résultats montrent une amélioration positive, entre le pré et le post-test, au niveau de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi des mères. Par contre, il n'y a aucune amélioration au niveau de la satisfaction dans les relations conjugales et le développement des habiletés parentales. Enfin, en ce qui concerne l'intervention en toxicomanie, on constate que près de 90 % des mères étaient abstinentes à la sortie du programme (Saunders, 1993).

La seconde étude compare des mères toxicomanes qui ont terminé un programme de traitement résidentiel d'une durée de 18 mois, avec des mères toxicomanes ayant quitté prématurément ce même programme (Stevens & Arbiter, 1995). Les résultats indiquent qu'à la fin du traitement, 31 % des mères ont indiqué consommer encore, comparativement à 64 % des mères qui ont quitté le programme avant la fin. On constate également que 15 % des mères qui ont complété le programme, comparativement à 47 % des mères du groupe contrôle, ont été arrêtées pour crime ou pour violation de leur probation. Enfin, en ce qui concerne l'emploi à temps plein ou partiel, on constate que 77 % des mères ayant complété le programme se sont trouvés un emploi, comparativement à 48 % des mères qui l'ont quitté avant la fin. Par ailleurs, on note que cette étude comporte des limites méthodologiques importantes puisqu'on peut penser que les mères qui demeurent en traitement sont celles qui sont le plus motivées à changer leur comportement.

➤ *Caractéristiques liées à l'efficacité des programmes*

Certaines études ont également examiné les caractéristiques liées à une plus grande participation au traitement. Les résultats montrent que: a) les femmes qui ont une ordonnance du tribunal sont plus susceptibles de demeurer en traitement que celles qui n'ont pas de dossier criminel (California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994; Howard & Beckwith, 1996; Palinkas *et al.*, 1996); b) le fait de commencer le traitement durant la grossesse plutôt qu'après augmente la rétention (Lewis *et al.*, 1994); c) l'attachement que portent les parents toxicomanes à leur enfant est une source de motivation importante à entrer en traitement (Gustavsson & Rycraft, 1994; Lewis *et al.*, 1994; Olsen 1995); d) les femmes plus âgées demeurent en traitement plus longtemps (Anglin, 1990; Lewis *et al.*, 1996); e) les femmes ayant connu plusieurs traitements en toxicomanie sont plus susceptibles de terminer le traitement que celles qui y participent pour la première fois (California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994; Lewis *et al.*, 1996; Stevens & Arbiter, 1995); f) la relation de confiance qui s'établit entre les intervenants et les participantes aux programmes augmente les chances de succès du traitement (Olsen, 1995).

## 2.4 ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

Il existe certains programmes d'intervention particuliers auprès des familles négligentes, et notamment le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC),

implanté dans certaines régions du Québec (Palacio-Quintin, Couture & Paquet, 1995). Par ailleurs, on constate que peu d'initiatives ont été mises en place pour intervenir auprès des familles à la fois négligentes et toxicomanes.

Dans certaines régions, les intervenants des centres jeunesse ont indiqué qu'il leur arrivait de collaborer avec des ressources oeuvrant en toxicomanie. Par contre, il semble que ce type de collaboration soit ponctuelle et qu'il n'existe aucune modalité de collaboration qui soit encadrée par un programme. Les intervenants ont également mentionné que les familles aux prises avec un problème de toxicomanie vivaient plus souvent le placement de leur enfant en raison soit du manque de services en toxicomanie, soit du manque de motivation des parents à entreprendre une démarche en toxicomanie. Dans de tels cas, où aucune démarche n'est entreprise pour diminuer ou arrêter la consommation et améliorer la situation de vie des parents, il leur apparaît nécessaire d'assurer le bien-être et la sécurité de l'enfant par un placement en famille d'accueil.

La région de Montréal est, à notre connaissance, la seule qui s'est penchée sur la double problématique de négligence et de toxicomanie chez les parents en offrant des services à cette clientèle dans le cadre d'un programme (JESSIE) implanté conjointement par les Centres jeunesse de Montréal (CJM) et le Centre Dollard-Cormier (CDC). Ce programme est implanté dans les sept territoires de la Direction des services territoriaux des CJM et couvre donc toute la clientèle de ces centres. Une équipe multidisciplinaire intervient dans chacun des sept territoires, elle est formée d'un intervenant du Service évaluation-orientation (CJM), un éducateur du service jeunes familles (CJM), un intervenant en toxicomanie (CDC) et un intervenant social du service jeunes familles (CJM). Le programme JESSIE vise à offrir à la clientèle de chacun des territoires desservis une intervention multidisciplinaire, concertée, intégrée, rapide et intensive dans l'évaluation et le traitement des problématiques de négligence et de toxicomanie. Les objectifs généraux d'intervention sont les suivants : 1) évaluer la nature et les conséquences des problèmes de la famille en vue d'orienter la clientèle vers les services appropriés; 2) faire cesser la compromission de la sécurité et du développement de l'enfant; 3) maintenir l'enfant dans son milieu familial; 4) réduire chez l'enfant les conséquences de la négligence relativement à la poursuite de son développement; 5) mobiliser le parent vers un processus de réflexion et par la suite, de changement quant aux problèmes liés à la consommation de drogues; 6) réduire les méfaits de la consommation de drogues sur la sécurité et le développement de l'enfant; 7) s'assurer de la consolidation des acquis afin d'éviter la récurrence (Bouchard, 1997; Dubé, 1997).

Le programme est composé de trois phases : la phase d'évaluation, la phase d'orientation et la phase de traitement. La phase d'évaluation correspond à la période de temps entre le début et la fin de l'évaluation de la DPJ. À cette étape, chacun des intervenants de la DPJ désignés doit évaluer si les familles référées répondent aux critères de sélection du programme. Si la famille répond à ces critères et qu'un des parents accepte de participer à JESSIE, alors l'intervenant prend contact avec le CDC pour une première rencontre d'accueil. C'est à ce moment que débute la phase d'orientation JESSIE. Elle correspond à la période de temps entre le début de l'orientation et la fin de l'orientation par la DPJ. C'est à l'intérieur de cette période que le parent est orienté, suite à sa rencontre d'accueil, vers l'un des programmes du CDC. Il doit également assister à une première rencontre de concertation (appelée "rencontre réseau") en présence de l'éducateur, de l'intervenant en toxicomanie, de l'intervenant de la DPJ et de l'intervenant social. Cette rencontre vise à lui présenter le programme et à concrétiser son engagement dans le processus. Par la suite, les intervenants complètent leur évaluation à l'aide des instruments IGT et ICBE, dont les résultats seront utilisés à la deuxième "rencontre réseau" (RR2). La phase d'orientation se termine avec cette seconde rencontre de concertation qui permettra d'élaborer un plan d'intervention individualisé (PII) sur la base des instruments d'évaluation. Commence alors la période de traitement, qui débute après la deuxième "rencontre réseau" (RR2) et se termine avec la dernière "rencontre réseau" (RRX) à laquelle participera le parent. Des "rencontres réseau" subséquentes sont prévues à tous les deux mois environ afin de réviser le plan de services avec l'équipe d'intervention et la famille.

Une étude d'évaluation d'implantation du programme JESSIE a été menée par Clément et Tourigny (1999). Celle-ci visait à décrire la clientèle rejointe, les services offerts ainsi que les difficultés d'implantation rencontrées au cours de l'année 1998. Les données révèlent que 33 % (n=9) des 27 familles référées au programme au cours de l'année ont assisté aux deux premières rencontres de concertation. L'étude des caractéristiques des familles montre que la majorité sont monoparentales (45 %), que ce sont surtout les mères qui sont impliquées dans le programme (73 %), que 54 % des parents ont moins de 30 ans et qu'ils sont bénéficiaires de l'aide sociale (91 %). De plus, d'après les dossiers des CJM, les parents vivent parfois d'autres problématiques telles que la dépression, la violence conjugale, la prostitution et les tentatives de suicide.

Relativement aux services offerts, on constate qu'il y a eu peu de référence au programme, que l'ICBE n'était pas complété systématiquement et que la période de traitement entre la deuxième et la troisième "rencontres réseau" a duré plus longtemps que prévue. De nombreuses difficultés d'implantation du programme ont également été documentées, notamment les changements fréquents d'intervenants, le départ d'intervenants formés, les difficultés d'appropriation du processus et du contenu du programme par les intervenants (dans un contexte de changements organisationnels pour les deux organismes impliqués) et les difficultés liées à la motivation au traitement des parents toxicomanes.

En conclusion, les auteurs émettent certaines recommandations susceptibles d'améliorer l'implantation de ce type de programme. On y retrouve, entre autres, l'intensification des liens entre les organismes impliqués, la sensibilisation des intervenants impliqués aux diverses composantes et processus du programme, la sensibilisation des intervenants au rationnel de l'intervention, la formation des intervenants sociaux sur les problématiques de toxicomanie ainsi que la réflexion sur : a) les façons d'augmenter la motivation de la clientèle et b) le développement du programme pour mieux répondre aux besoins des familles (Clément & Tourigny, 1999).

## 2.5 FAITS SAILLANTS

- Plusieurs obstacles rendent difficile le traitement des parents maltraitants et toxicomanes; mentionnons principalement : 1) les préjugés des intervenants à leur endroit; 2) la formation des intervenants en protection de la jeunesse par rapport à la problématique de toxicomanie (dépistage, traitement, phases de rechutes, etc.); 3) les difficultés de collaboration entre la protection de la jeunesse et les ressources en toxicomanie; 4) le manque de services destinés aux mères et les listes d'attentes.
- Les programmes nord-américains offerts aux parents toxicomanes et négligents, ou à risque de l'être, ciblent toujours les femmes et sont offerts soit en milieu hospitalier, en milieu résidentiel (fermé) ou en milieu communautaire. Ils offrent généralement une variété de services dans le cadre d'une approche de gestion de cas (plan de services individualisé).
- Au total, cinq études d'efficacité ont été recensées. En général, les résultats indiquent une diminution ou l'arrêt de la consommation et une amélioration du bien-être psychologique des parents. Toutefois, les résultats concernant les habiletés parentales sont mitigés et certaines études révèlent une augmentation des conflits familiaux ou conjugaux.
- Au Québec, il existe peu de programmes offerts aux parents toxicomanes et maltraitants. À Montréal, le programme JESSIE, implanté dans les CJM, en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier, est le seul à offrir des services similaires aux programmes communautaires nord-américains recensés. Toutefois, une étude d'implantation récente du programme a permis de dégager certaines limites liées à son implantation, dont : 1) l'impact des changements organisationnels des établissements sur la formation, la connaissance et l'appropriation du programme par les intervenants; 2) les difficultés liées à la motivation au traitement des parents toxicomanes et négligents.

Dans le chapitre suivant, nous présenterons les principales limites méthodologiques des différentes études recensées et ce, tant pour les études d'ampleur de la double problématique, les études de la toxicomanie comme facteur étiologique des mauvais traitements que les études d'évaluation d'efficacité des programmes offerts aux parents maltraitants et toxicomanes.

### 3.1 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES RECENSÉES

#### ➤ *Limites méthodologiques des études ayant documenté l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentale*

Nous avons vu que certaines études permettent d'évaluer l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentales. Ces études, de nature descriptive, permettent de générer des hypothèses quant au rôle possible de la toxicomanie dans l'apparition de mauvais traitements envers les enfants, hypothèses qui devront par la suite être vérifiées à l'aide d'études analytiques (Hennekens, Buring & Mayrent, 1998).

Les études descriptives que nous avons recensées sont généralement de nature transversale. Aussi, comportent-elles, en plus des limites méthodologiques inhérentes au devis auquel elles ont recours, des faiblesses tant au niveau de leurs instruments d'évaluation que de leurs populations étudiées.

D'abord, on constate que la majorité de ces études ont recours au jugement des intervenants de la protection de la jeunesse pour évaluer les mauvais traitements (Jaudes, Ekwo & Van Voorhis, 1995; Junewicz, 1983; Kameen & Thompson, 1983; Lujan *et al.*, 1989; Mayer-Renaud, 1990; Trocmé, McPhee & Kwan Tam, 1995). Par conséquent, il est possible que les résultats varient passablement d'une étude à l'autre. Certaines ont également recours aux jugements de ces mêmes intervenants pour évaluer la présence de toxicomanie (Kameen & Thompson, 1983; Mayer-Renaud, 1990; Trocmé, McPhee & Kwan Tam, 1995) alors qu'on a vu qu'ils sont souvent peu formés et peu outillés pour le faire (Dore, Doris & Wright, 1995; Gregoire, 1994; Peterson, Gable & Saldana, 1996; Tracy, Green & Bremseth, 1993). Selon Lacharité (1992), les résultats tirés de ces recherches doivent être interprétés avec prudence puisque que l'évaluation de la toxicomanie ou de l'état d'intoxication au moment des épisodes de mauvais traitements

envers l'enfant repose essentiellement sur le rapport du parent au praticien ou du jugement du praticien sur la situation de toxicomanie, comme c'est le cas dans l'étude de Kameen et Thompson (1983).

La majorité des études descriptives ont également recours à des échantillons cliniques, c'est-à-dire des échantillons de personnes qui reçoivent déjà des services pour l'une ou l'autre des problématiques en cause. Par exemple, les recherches de Junewicks (1983), de Kameen et Thompson (1983), de Mayer-Renaud (1990), de Murphy *et al.* (1991), et de Trocmé, McPhee et Kwan Tam (1995) étudient des populations de parents signalés pour mauvais traitements à la protection de la jeunesse. L'étude de Famularo, Kinscherff et Fenton (1992), quant à elle, évalue la toxicomanie chez des parents amenés en cour juvénile pour mauvais traitement alors que Sheridan (1995) recrute ses participants dans un pénitencier. La validité externe, ou la possibilité de généraliser les résultats de ces études à l'ensemble de la population des parents toxicomanes ou maltraitants, est donc relativement faible. Par exemple, on peut se demander s'il est possible de généraliser les résultats des études qui recrutent leurs participantes à des cliniques pédiatriques (Black & Mayer, 1980; Jaudes *et al.*, 1995; Nair *et al.*, 1997) puisqu'il est possible que celles qui s'y présentent soient plus concernées par le bien-être de leur enfant que celles qui ne s'y présentent pas. Par conséquent, les résultats peuvent être plus positifs chez cette clientèle sans toutefois représenter l'ensemble des mères toxicomanes. Le même problème se pose lorsque les données concernant les mauvais traitements sont recueillies par l'intermédiaire des signalements à la protection de la jeunesse (Kameen & Thompson, 1983; Jaudes *et al.*, 1995). Par exemple, Jaudes, Ekwo et Van Voorhis (1995) estiment que le nombre de cas de mauvais traitements peut avoir été sous-estimé dans leur étude, car il est possible que des cas n'aient jamais été signalés.

En terminant, il est connu que les études descriptives comportent certaines limites qui ne leur permettent pas de vérifier des hypothèses étiologiques (Hennekens, Buring & Mayrent, 1998). Entre autres, on note que les études transversales sont incapables de discerner une relation chronologique entre l'exposition, en l'occurrence la toxicomanie chez les parents, et la problématique, soit les mauvais traitements à l'égard des enfants.

### ➤ *Limites méthodologiques des études étiologiques recensées*

Les études ayant évalué le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque de la négligence à l'endroit des enfants sont peu nombreuses de sorte qu'il est difficile de



généraliser les limites méthodologiques qu'elles comportent. Toutefois, on constate que ces trois études présentent moins de limites que les études descriptives recensées. Plus particulièrement, on note que l'évaluation des mauvais traitements et de la toxicomanie tend à être plus objective dans ces études, comparativement aux précédentes qui ont, pour la plupart, uniquement recours aux définitions légales des agences de protection de la jeunesse. En effet, les trois études utilisent les tests d'urine à la naissance de l'enfant pour évaluer la toxicomanie et deux études ont recours à d'autres instruments pour valider les données des agences de protection, soit le CWBS ou le PSI (Harrington *et al.*, 1995; Kelley, 1992; Wasserman & Leventhal, 1993). Toutefois, les auteurs notent que la consommation est une variable difficile à contrôler et qu'il est possible que certains parents des groupes de comparaison aient consommé durant l'étude, affectant ainsi les résultats (Harrington, 1995; Kelley, 1992).

### **3.2 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉVALUATIONS DE PROGRAMMES**

Il existe plusieurs limites méthodologiques aux études portant sur l'évaluation des programmes d'intervention offerts aux parents négligents et toxicomanes. Celles-ci concernent notamment : 1) l'absence d'un groupe de comparaison (ou l'absence d'un contrôle minimal concernant les biais liés à la sélection des sujets du groupe de comparaison); 2) le fait de ne pas considérer la motivation à participer au programme; 3) l'utilisation d'un faible nombre de mesures des effets du programme. En effet, parmi les recherches évaluatives recensées, on constate que deux des études utilisent un devis pré-expérimental sans groupe de comparaison (California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994; Saunders, 1993), que deux autres ont recours à un groupe de comparaison seulement pour évaluer des aspects particuliers du programme tels que le placement (Olsen, 1995), la consommation de drogues ou d'alcool, le nombre d'arrestations ou la possession d'un emploi (Stevens & Arbiter, 1995) et que la dernière, abordant un devis expérimental (Black *et al.*, 1994), utilise un petit échantillon de mères toxicomanes pour ses groupes expérimental et de contrôle (N=29 vs 31). Il est à noter que, dans l'étude menée par Stevens et Arbiter (1995), le groupe de contrôle est composé de parents qui ont quitté le programme prématurément. Les résultats sont donc à prendre avec précaution, puisqu'il est possible que ce soit les mères les plus motivées qui aient terminé le programme, celles donc qui présentent les résultats les plus positifs. Par ailleurs, cette étude n'évalue pas les caractéristiques des mères des deux groupes, notamment la motivation à entrer en traitement.

Enfin, on constate que ces études comportent des biais de sélection importants, puisqu'elles recrutent généralement leurs participants par l'entremise des signalements de mauvais traitements faits à la protection de la jeunesse. Ainsi, elles réfèrent souvent aux cas les plus sévères, donc ceux qui nécessitent une intervention (Olsen, 1995; Stevens & Arbiter, 1995).

### 3.3 FAITS SAILLANTS

- Les études qui ont documenté l'ampleur de la double problématique de négligence et de toxicomanie parentale comportent certaines limites méthodologiques, dont: 1) le recours à des définitions légales des mauvais traitements susceptibles de varier d'une agence de protection à l'autre et 2) le recours à des échantillons cliniques qui présentent les situations de mauvais traitements les plus sévères. De plus, la majorité de ces études sont de nature transversale. Par conséquent, la séquence chronologique entre la toxicomanie et les mauvais traitements est difficile à déterminer.
- Bien que les études étiologiques soient peu nombreuses (n=3), on constate qu'elles ont recours à des mesures d'évaluation des mauvais traitements et de la toxicomanie plus objectives.
- La majorité des recherches évaluatives comportent les limites suivantes : 1) l'absence d'un groupe de comparaison et 2) le recours à un faible nombre de mesures pour évaluer l'efficacité des programmes, dont la motivation des parents à entrer en traitement.

## **CHAPITRE 4 : PISTES D'ACTION**

Ce dernier chapitre vise à formuler des pistes d'action en termes d'intervention et de recherche. D'une part, elles visent à mieux répondre aux besoins des parents négligents et toxicomanes et de leur enfant ; d'autre part, elles visent à orienter la recherche pour mieux comprendre l'ampleur de cette double problématique et la situation de vie des familles qui en sont atteintes.

### **4.1 LES SERVICES OFFERTS**

C'est en raison du nombre important de cas d'abus de substances par des parents et de la prise de conscience générale des effets de cette problématique sur la sécurité, le bien-être et le développement de l'enfant que de nombreuses recommandations ont été émises par les chercheurs américains depuis les années 80. Ces recommandations résultent d'une prise de conscience des besoins des parents toxicomanes, et plus particulièrement des mères référées aux agences de protection de la jeunesse pour négligence ou abus envers un enfant. Au niveau de l'organisation des services, les recommandations portent principalement sur l'importance d'établir une collaboration entre les divers services oeuvrant auprès des familles et les services de traitement en toxicomanie. Au niveau de l'intervention, les recommandations portent sur la réponse aux besoins des mères en tant que parent et en tant que femme, ainsi qu'aux besoins des enfants exposés *in utero* ou habitant avec un parent toxicomane.

#### **4.1.1 L'organisation des services**

- ***Établir des ententes de collaboration entre la protection de la jeunesse, les organismes oeuvrant en toxicomanie ainsi qu'avec les autres ressources du milieu***

Comme nous l'avons vu, les besoins des parents toxicomanes signalés pour mauvais traitements envers un enfant sont nombreux et souvent complexes. Aussi, un organisme offrant des services spécialisés, soit en toxicomanie ou dans le domaine de l'enfance et de la famille, ne peut répondre à lui seul aux besoins et aux problématiques variés de ces familles. De nombreux auteurs soulèvent donc l'importance d'établir une collaboration entre divers services susceptibles de mieux répondre à l'ensemble de ces besoins (Azzi-Lessing & Olsen, 1996).

Aux États-Unis, de nombreuses recommandations ont été rapportées par différents organismes soucieux du bien-être des enfants de parents toxicomanes. À cet égard, la *Ligue américaine pour le bien-être de l'enfant* (CWLA) a développé, il y a quelques années, un plan d'action concerté prenant en considération les diverses avenues pour une intervention efficace auprès des familles référées aux organismes qui oeuvrent pour le bien-être de l'enfant et qui sont aux prises avec un problème de toxicomanie (CWLA, 1990, 1992).

L'étude de Murphy *et al.* (1991) a montré que les parents maltraitants et toxicomanes sont significativement plus nombreux que les parents maltraitants mais non toxicomanes à connaître plusieurs signalements à la protection de la jeunesse et à voir leur enfant placé en famille d'accueil de façon permanente. Aussi, est-il important, selon les auteurs, d'identifier et de traiter la toxicomanie chez les parents signalés à la protection de la jeunesse, car si elle n'est pas traitée, les chances de succès du traitement des autres problématiques sont faibles : "...parents who fail to stop abusing substances are unlikely to change their behaviors or to provide safer environment for their children".

Enfin, on note que cette recommandation est également ressortie des consultations effectuées auprès des intervenants en protection de la jeunesse, pour qui la collaboration avec diverses ressources s'avère essentielle. Parmi les ressources avec lesquelles ils souhaiteraient travailler en concertation, on retrouve en priorité les organismes oeuvrant en toxicomanie, diverses ressources communautaires (ex. : organismes de charité, garderies, etc.) et les ressources qui offrent des services de suivi en santé mentale.

***L'établissement de collaborations doit passer par des ajustements au niveau des philosophies d'intervention de chacun des organismes impliqués***

Pour Azzi-Lessing et Olsen (1996), le traitement des parents maltraitants et toxicomanes implique un travail de collaboration entre deux champs d'intervention (soit le traitement en toxicomanie et la protection de la jeunesse) dont les approches, philosophies et mandats diffèrent. Par exemple, les auteurs indiquent que le traitement en toxicomanie est long et marqué de rechutes alors que les services en protection de la jeunesse demandent des interventions ayant des effets à court terme afin d'éviter le placement de l'enfant. En raison de ces différences, les auteurs croient qu'il est important et nécessaire de clarifier les rôles des professionnels en toxicomanie et des professionnels en protection

de la jeunesse et d'adopter des philosophies d'intervention communes (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Brindis & Theidon, 1997).

En toxicomanie, l'intervenant aura inévitablement un parti pris pour le parent, c'est-à-dire qu'il s'intéressera avant tout à son bien-être et à sa démarche qu'il sait longue et exigeante. Par contre, l'intervenant de la protection de la jeunesse aura, quant à lui, un parti pris pour l'enfant puisqu'il doit s'assurer de son bien-être, de son développement et de sa sécurité. Sans entente de collaboration préalablement établie entre les deux intervenants, les désaccords et conflits peuvent survenir si l'un d'eux croit que la démarche de l'autre va à l'encontre de son intervention. Pour contrer ces difficultés éventuelles, il est nécessaire d'adopter des visions communes. À titre d'exemple, les parents qui participent au programme JESSIE peuvent décider de ne pas viser l'abstinence mais plutôt la consommation modérée afin de réduire les méfaits de celle-ci sur le bien-être de l'enfant. Cet objectif sous-entend une certaine philosophie d'intervention, à savoir qu'il est possible pour un parent de consommer sans nuire à son enfant. Pour cela, il doit le faire de façon modérée et avec jugement (ex. : il peut s'assurer d'avoir une gardienne lorsqu'il décide de quitter pour aller consommer).

Enfin, les consultations ont également mis en évidence l'importance de s'entendre sur une philosophie d'intervention commune. À cet effet, les intervenants en protection de la jeunesse nous ont indiqué qu'ils trouvent parfois difficile d'arrimer leurs interventions à celles des intervenants en toxicomanie qui travaillent avec les mêmes parents. Lorsque les collaborations entre ces deux milieux ne sont pas clairement établies, l'intervention de la protection de la jeunesse est souvent mal perçue par les parents : ils se sentent menacés et croient que le mandat de la DPJ consiste nécessairement à leur enlever la garde de leur enfant. En conséquence, ils sont beaucoup moins motivés à collaborer avec les intervenants sociaux.

***L'établissement de collaborations doit passer par la formation des intervenants impliqués auprès des parents négligents et toxicomanes***

*La formation des intervenants sociaux.* Pour Azzi-Lessing et Olsen (1996) et la *Ligue américaine pour le bien-être de l'enfant* (CWLA, 1992), l'établissement d'une collaboration entre les services de protection de la jeunesse et d'intervention en toxicomanie doit passer par la formation des intervenants sur les problématiques en cause.

D'abord, comme on l'a constaté, la littérature révèle que ces intervenants peuvent avoir des préjugés à l'égard des parents toxicomanes, et plus particulièrement des mères (ARF, 1994; Brindis & Theidon, 1997; Tracy, 1994). À ce sujet, nous croyons qu'une meilleure connaissance des situations de vie des parents et de leurs besoins permettrait de diminuer les préjugés éventuels.

Ensuite, nous avons vu que les intervenants oeuvrant en protection de la jeunesse sont généralement peu formés pour dépister la toxicomanie chez les parents (Dore, Doris & Wright, 1995; Gregoire, 1994; Peterson, Gable & Saldana, 1996; Tracy, 1994). Par ailleurs, les études ont démontré qu'il existe une proportion importante de parents toxicomanes parmi les parents signalés pour mauvais traitements. Aussi, nous croyons que l'évaluation de la présence d'un problème d'abus de substances devrait faire partie du processus d'évaluation à la direction de la protection de la jeunesse.

Nous recommandons également d'offrir aux intervenants des formations leur permettant de mieux comprendre la problématique de toxicomanie dans son ensemble: les intervenants devraient être en mesure de comprendre et de connaître le processus d'intervention avec les phases de rechute, les étapes de la motivation des personnes aux prises avec un problème de dépendance (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) ainsi que les facteurs de risque et les conséquences de cette problématique.

*La formation des intervenants oeuvrant en toxicomanie.* Du côté de la toxicomanie, nous recommandons aussi d'offrir des formations aux intervenants afin de les aider à mieux comprendre l'impact que peut avoir la consommation des parents sur le bien-être, la sécurité et le développement de l'enfant. À cet égard, Bavolek et Henderson (1990) indiquent que le travail auprès des familles toxicomanes nécessite une certaine expertise des mauvais traitements envers les enfants afin d'augmenter les habiletés des intervenants à dépister les situations de négligence et d'abus.

***L'établissement de collaborations nécessite un travail de concertation en équipe multidisciplinaire, qui peut se faire par le biais de la gestion de cas***

L'établissement d'ententes de collaboration entre divers organismes nécessite un travail d'équipe. À cet égard, nous croyons que la gestion de cas apparaît comme une méthode efficace. Aux États-Unis, on a vu qu'il s'agit de la stratégie la plus souvent utilisée auprès des familles maltraitantes et toxicomanes (Anglin, 1990; Kumpfer, 1991). En Europe, il semble également que cette approche soit privilégiée puisque les membres du

*Réseau International Parentalité-Usage et Drogues (RIPUDD)* suggèrent que des services spécialisés destinés aux parents toxicomanes et à leurs enfants soient créés autour d'une équipe pluridisciplinaire (RIPUDD, 1997).

Cette approche, en plus d'éviter la duplication des services, invite les professionnels à s'asseoir ensemble et à établir, en présence des familles concernées, des plans de services individualisés. Elle permet également de faciliter la communication entre les différents intervenants par la mise en commun des informations. À cet effet, Azzi-Lessing et Olsen (1996), et le CWLA (1992) indiquent qu'une intervention concertée implique un partage de l'information et la mise en place de procédures de communications entre les différents intervenants qui travaillent auprès des parents toxicomanes et de leurs enfants.

➤ ***Offrir des services adaptés aux réalités culturelles des familles***

L'importance d'offrir des services adaptés aux diverses réalités culturelles des familles est rapportée par certains chercheurs américains: "*Efforts should be made to guarantee that the services are sensitive to the cultural and racial backgrounds of the women using the services*" (Kandall, 1993). Par exemple, certains auteurs recommandent que la culture des intervenants reflète celle des familles afin de faciliter les contacts et de favoriser leur implication dans une démarche en toxicomanie (Azzi-Lessing & Olsen, 1995; CWLA, 1992).

#### **4.1.2 La réponse aux besoins des mères et des enfants**

➤ ***Répondre aux besoins de la mère en tant que parent***

***Développer les habiletés parentales***

Le développement des habiletés parentales est recommandé par plusieurs intervenants sociaux consultés. C'est aussi une recommandation qui ressort de la littérature portant sur la négligence parentale, sans égard à la problématique de toxicomanie. En effet, les difficultés rencontrées au niveau des habiletés parentales sont souvent présentes chez les familles négligentes (Daro, 1988; Landsman *et al.*, 1992). Selon Deren (1986) et Peterson, Gable et Saldana (1996), les mères négligentes et toxicomanes ont des pratiques éducatives souvent non appropriées, utilisent parfois des méthodes de punitions

inadéquates et ont parfois des croyances à l'effet que l'enfant devrait être en mesure d'aimer et de prendre soin du parent (Haller, 1991, Levy & Rutter, 1992 : cité par Peterson, Gable & Saldana, 1996). Certains auteurs mentionnent qu'elles ont parfois peu d'habiletés à stimuler et à communiquer avec leur enfant (Berstein *et al.*, 1984; Peterson, Gable & Saldana, 1996), qu'elles ont avec lui un faible lien d'attachement (CWLA, 1992) et qu'elles ont souvent des attentes irréalistes concernant le développement de l'enfant (elles s'attendent à trop de maturité trop vite) (Fiks, Johnson & Rosen, 1985; Peterson Gable & Saldana, 1996).

Les habiletés parentales devraient donc être renforcées, soit à l'intérieur d'un programme d'intervention en toxicomanie ou dans le cadre d'une intervention en protection de la jeunesse (Lief, 1985; Mejta & Lavin, 1996; Peterson, Gable & Saldana, 1996). Le programme peut ainsi devenir un endroit où la mère expérimente de nouvelles approches et de nouvelles habiletés parentales. Avec l'aide des intervenants, les interactions quotidiennes avec l'enfant peuvent aider la mère à développer un sentiment de compétence parentale ainsi qu'à mieux percevoir, comprendre et répondre adéquatement aux besoins de l'enfant (CWLA, 1992). À cet effet, deux recensions de la littérature ont démontré que les visites à domicile s'avèrent un moyen prometteur pour améliorer les habiletés parentales (Clément & Tourigny, 1998; Olds & Kitzman, 1993).

### ***Développer la motivation en misant sur la relation mère-enfant***

Nous avons vu que le manque de services destinés aux parents toxicomanes constitue un obstacle important à l'intervention. À cet égard, certaines études révèlent que les programmes qui offrent un service de garde sur place attirent davantage les mères (ARF, 1996; Dore, Doris & Wright, 1995; Finkelstein, 1994). Glider et ses collègues (1996) rapportent notamment qu'un programme offert en milieu résidentiel ayant permis aux mères d'amener leur enfant en résidence a vu la durée du séjour de sa clientèle augmenter considérablement. Ainsi, comme le résume Lewis et ses collègues (1996),

*"Unless drug programs provide child care services, many mothers are unable to continue treatment. Providing onsite child care can afford mothers not only the means to continue attending treatment but also the opportunity to learn parenting skills and improve parent-child bonding." (p.111).*

Selon certains intervenants consultés, les préoccupations des mères concernant la garde de leur enfant représentent un facteur de motivation pour le traitement de leur



dépendance. Cette constatation est également retrouvée dans la littérature. En effet, il semble que les mères toxicomanes considèrent généralement leur rôle parental comme un élément central de leur vie et sont souvent motivées à entrer en traitement principalement en raison de leur inquiétude face à la perte de la garde de l'enfant (Gustavsson & Rycraft, 1994; Kearney, Murphy & Rosenbaum, 1994; Olsen, 1995; Peterson, Gable & Saldana, 1996; Smith *et al.*, 1992). Il est donc recommandé de miser sur la relation parent-enfant, soit en offrant des services de garde sur place, en maintenant l'enfant dans son milieu familial dans le cadre de la participation du parent à un programme de traitement ou en maintenant un minimum de contact avec l'enfant si le placement apparaît nécessaire.

### ***Offrir des services concrets en réponse aux besoins des mères***

Aider les parents négligents à entreprendre une démarche en toxicomanie apparaît comme l'une des principales pistes d'intervention recommandées par les intervenants sociaux consultés. Toutefois, cette démarche implique un investissement qui n'est pas toujours facile pour les parents, déjà très instables de par leur style de vie. Aussi, en l'absence de conditions nécessaires à cet investissement, le parent ne trouve pas toujours la force de s'impliquer.

Selon de nombreux auteurs, il est nécessaire de considérer les besoins concrets des mères dans l'intervention (Azzi-Lessing & Olsen, 1996; Black *et al.*, 1994; Coletti *et al.*, 1995; Feig, 1990; Gustavsson & Rycraft, 1994; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993; Kandall, 1993; Lewis *et al.*, 1996; Olsen, 1995; Tracy, 1994). Plus particulièrement, le transport apparaît comme un facteur important à considérer puisque les études ont démontré que le manque de transport influence la rétention des mères en traitement (Feig, 1990; Halfon, Berkowitz & Klee, 1993), comme le souligne Palinkas *et al.* (1996): "*One of the characteristics of the treatment program that has been shown to be important for retention is convenience of the treatment in terms of location and transport*".

En termes de services concrets, les personnes consultées recommandent, par exemple, d'axer l'intervention sur les soins à donner aux enfants, le transport, l'assistance pour la gestion du budget et les soins personnels, l'entretien ménager et les soins médicaux et pédiatriques. Aussi, pour certains auteurs, les services offerts aux parents devraient couvrir l'ensemble de ces besoins. Outre le transport, il est suggéré d'offrir des visites à domicile et des services légaux, incluant les conseils en cas de violence conjugale, de

divorce ou au sujet de la garde de l'enfant (Azzi-Lessing & Olsen, 1995; Black *et al.*, 1994; Curtis & McCullough, 1993).

Enfin, des chercheurs américains ont publié un guide pour l'implantation de programmes en périnatalité (Center for Substance Abuse, 1996) dans lequel on retrouve des recommandations visant à maximiser la rétention des mères toxicomanes en traitement. Les auteurs suggèrent, entre autres: 1) d'avoir des attentes claires concernant les objectifs de l'intervention en toxicomanie, qu'ils soient axés sur l'abstinence ou sur la réduction des méfaits; 2) de débiter l'intervention immédiatement après la référence, afin de répondre le plus rapidement possible aux besoins les plus urgents rencontrés par la famille; 3) de développer une relation de confiance avec le parent; 4) de maintenir des contacts fréquents; 5) de fournir un soutien maximum, par l'entremise, par exemple, d'une équipe multidisciplinaire; 6) de renforcer les progrès du parent; 7) de redéfinir les services pour répondre aux besoins du parent.

➤ ***Répondre aux besoins de la mère en tant que femme***

***Offrir des services de formation professionnelle***

En général, on constate que les mères toxicomanes ont souvent un faible niveau d'éducation, qu'elles ont des emplois intermittents ou qu'elles ne sont pas prêtes à intégrer le marché du travail (Gustavsson & Rycraft, 1993; Kandall, 1993; Saunders, 1993; Stevens & Arbiter, 1995). Il est donc recommandé d'offrir des services de formation professionnelle car, en l'absence d'un niveau de vie économique satisfaisant, le traitement en toxicomanie et les autres interventions psychosociales sont peu susceptibles de produire des changements permanents dans la famille (Azzi-Lessing & Olsen, 1995; Kandall, 1993). Selon Kandall (1993), ces services devraient inclure: 1) l'évaluation des habiletés en emploi, 2) l'éducation pour l'obtention d'un diplôme d'éducation secondaire, 3) la formation professionnelle axée sur les opportunités d'emploi dans la région, et 4) l'éducation en employabilité (techniques d'entrevue, préparations de lettre d'application et de curriculum vitae, parrainage avec des personnes sur le marché du travail et obtention de listes d'emplois).

### ***Offrir des services qui tiennent compte des facteurs de risque de la toxicomanie***

On a vu que la toxicomanie peut être reliée à plusieurs facteurs individuels, familiaux ou sociaux chez la femme, notamment les traumatismes vécus dans l'enfance (ex. : l'abus physique ou sexuel), les caractéristiques psychologiques (ex. : dépression, faible estime de soi, etc.), et le statut socio-économique (ex. : faible revenu, faible niveau de scolarité, isolement social, difficultés interpersonnelles, etc.). À cet égard, les auteurs sont nombreux à souligner que le traitement de la toxicomanie devrait prendre en considération le fait que d'autres problématiques sont souvent rattachées à celles de la dépendance (Davis, 1990, Dore, Doris & Wright, 1995; Finkelstein, 1994). Plus particulièrement, Azzi-Lessing et Olsen (1995) recommandent aux professionnels oeuvrant auprès des parents toxicomanes de prendre conscience du rôle qu'un abus sexuel ou physique vécu dans le passé peut avoir sur la consommation présente du parent. Selon les auteurs, les responsables des programmes devraient ainsi connaître les facteurs qui ont amené la femme à consommer afin de pouvoir y faire éventuellement face lors du traitement. Cette recommandation est également émise par différents auteurs (ARF, 1996; Azzi-Lessing, Olsen, 1996; Davis, 1990; Dore, Doris & Wright, 1995; Kandall, 1993; Regan, Ehrlich & Finnegan, 1987).

#### **➤ *Répondre aux besoins de l'enfant***

En l'absence d'un environnement stable, chaleureux et sécuritaire, les enfants dont le développement est déjà compromis par l'exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool sont à risque de connaître des difficultés tout au long de leur enfance et de leur jeunesse.

En effet, on a vu que le développement des enfants exposés *in utero* peut entraîner des conséquences sur leur développement. De plus, le fait d'habiter avec un parent toxicomane peut engendrer d'autres conséquences tout aussi néfastes. Aussi, nous recommandons d'offrir des services de stimulation précoce à ces enfants en vue de maximiser leur développement. De tels services devraient être complémentaires aux services visant le développement des habiletés parentales et devraient permettre à l'enfant de recouvrer un niveau de développement propre à son âge.

### ***La prévention des mauvais traitements***

Les pistes d'action précédemment citées ont porté sur le traitement des parents toxicomanes et de leurs enfants victimes de négligence. Toutefois, des efforts devraient également être investis pour prévenir les mauvais traitements à l'égard des enfants. Pour cela, il est nécessaire d'intervenir au niveau des différents facteurs de risque connus par rapport à cette problématique, dont la toxicomanie des parents.

Un des moyens qui apparaît prometteur pour la prévention de la négligence et de l'abus physique envers les enfants, ainsi que pour le développement des habiletés parentales, concerne les visites à domicile (Clément & Tourigny, 1998; Olds & Kitzman, 1993). Ce service peut être offert soit par des professionnels (ex. : travailleurs sociaux, infirmières) ou des para-professionnelles, appelées aussi mères visiteuses. Généralement, ce genre de programme comporte des objectifs axés sur l'amélioration : 1) du développement de l'enfant; 2) des compétences parentales; 3) des relations parent-enfant; 4) du soutien social. Dans le cadre d'une intervention auprès des parents aux prises avec un problème de toxicomanie, les services pourraient s'inspirer du programme de Black *et al.* (1994) en débutant à la période prénatale et en mettant à contribution divers organismes, dont les ressources en toxicomanie.

## **4.2 LA RECHERCHE**

Au niveau de la recherche, nous pouvons également dégager certaines pistes. Celles-ci sont principalement issues des limites méthodologiques des études présentées précédemment ainsi que de l'absence de recherche portant sur la négligence à l'égard d'enfants de parents toxicomanes au Québec.

Depuis quelques années, les américains ont beaucoup étudié la situation des enfants exposés aux drogues *in utero* et élevés dans un milieu marqué par la consommation d'alcool et de drogues des parents. Par ailleurs, on constate qu'au Québec très peu d'études ont été publiées à ce sujet, de sorte que la situation de ces enfants, bien qu'elle nous apparaisse précaire, est encore méconnue. En effet, on peut se demander si les résultats des études américaines s'appliquent au contexte québécois. Pour le savoir, il est essentiel de pousser la recherche dans ce domaine. Plus particulièrement, nous croyons qu'elle devrait permettre :

- **d'évaluer l'ampleur de la double problématique au Québec**, en documentant, par exemple, la proportion de parents toxicomanes signalés pour négligence à la Direction de la protection de la jeunesse. Pour cela, il est nécessaire, soit d'utiliser plusieurs instruments qui évaluent tant les situations de négligence et de mauvais traitements envers les enfants (ex. : ICBE), que la présence d'une problématique de toxicomanie chez les parents (ex. : IGT), soit de développer un instrument d'évaluation des mauvais traitements qui permettrait d'inclure l'évaluation des risques associés à la consommation des parents. Concernant ce deuxième point, on note qu'un groupe de travail canadien s'est récemment penché sur cette question et a proposé certaines pistes pour l'identification d'instruments susceptibles d'aider les intervenants de la protection de la jeunesse à dépister et à cibler des stratégies d'intervention; ces instruments portent sur les différents facteurs de risque des mauvais traitements, dont la toxicomanie (Kinjerski & Herbert, 1999);
  
- **de documenter les situations de vie des parents négligents et toxicomanes** afin de mieux comprendre leurs besoins en termes d'intervention ;
  
- **d'évaluer le rôle étiologique de la toxicomanie dans la problématique de négligence et de mauvais traitements à l'égard des enfants**. Cela pourrait se faire, par exemple, à l'aide de recherches prospectives qui évalueraient la présence d'une problématique de toxicomanie chez les parents, à la naissance de l'enfant, et lors des signalements ultérieurs à la Direction de la protection de la jeunesse. De plus, des recherches pourraient être menées en vue de connaître le rôle spécifique de l'alcool et des différentes drogues sur l'occurrence des diverses formes de mauvais traitements;
  
- **de documenter les autres facteurs de risque ou de protection** que présentent les parents toxicomanes quant aux mauvais traitements pouvant être infligés aux enfants. Ces études permettraient d'évaluer le rôle des différents facteurs individuels, familiaux ou sociaux qui interviennent, en augmentant ou en diminuant les risques de mauvais traitements. L'analyse de ces facteurs permettrait de mieux comprendre la complexité du processus par lequel les parents aux prises avec un problème de toxicomanie en viennent à des comportements abusifs ou négligents;
  
- **de mener des recherches évaluatives** suite à l'implantation de programmes spécifiques aux parents négligents et toxicomanes. En plus de nous renseigner sur l'efficacité des programmes, ces recherches pourraient permettre d'évaluer les caractéristiques des services (ex. : durée, intensité, concertation) et des participants

(ex. : âge, degré de motivation) qui sont associées à une plus grande efficacité. Plus particulièrement, la motivation des parents apparaît un thème essentiel. Ainsi, les évaluations de programmes devraient permettre de répondre à des questions telles que : les parents sont-ils plus suffisamment motivés à entrer en traitement lorsqu'il y a une obligation du tribunal? l'attachement qu'ils portent à leur enfant constitue-t-il un facteur de motivation à entrer en traitement?

## **CONCLUSION**

La présente étude, qui visait à faire la synthèse des connaissances sur la négligence des enfants en lien avec la toxicomanie des parents, nous a permis d'identifier les principaux enjeux de cette double problématique. D'abord, la forte proportion d'enfants signalés à la protection de la jeunesse pour mauvais traitements, de même que les quelques recherches ayant démontré le rôle étiologique de la toxicomanie des parents dans l'apparition de cette problématique, nous positionne sur une nécessité d'intervention. Bien entendu, la toxicomanie n'explique pas à elle seule le processus par lequel les parents agissent de façon négligente ou abusive envers leur enfant. Elle agit plutôt dans un cadre écologique où se juxtaposent différents facteurs individuels, familiaux et sociaux. Par ailleurs, nous croyons qu'il est important de la considérer lors du traitement auprès des familles. Aussi, nous avons formulé certaines recommandations en vue d'établir des collaborations entre les deux principaux champs d'intervention amenés à s'impliquer auprès d'elles, soit la protection de la jeunesse et les organismes oeuvrant en toxicomanie.

La motivation des parents maltraitants à entreprendre une démarche concernant leur problème de toxicomanie, démarche qui pourrait être axée sur l'abstinence ou la réduction des méfaits, est un autre enjeu important auquel sont confrontés les intervenants sociaux et qui nécessite des efforts particuliers. À cet effet, la littérature nous révèle que le bien-être de l'enfant peut représenter une source de motivation pour le parent et que les services concrets semblent favoriser la rétention au traitement. Aussi, il serait important d'investir du côté de la recherche afin d'identifier des pistes d'action susceptibles de motiver davantage les parents.

Enfin, il serait également important d'implanter des mesures de prévention en mettant à contribution les ressources du milieu, tels que les CLSC, les intervenants de la santé (cliniques

d'obstétriques, cliniques pédiatriques ou centres hospitaliers) et les intervenants des Centres jeunesse qui interviennent auprès des enfants en réadaptation ou en suivi psychosocial.

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4<sup>th</sup> ed.). Washington : American Psychiatric Association.
- Anglin, M. D. (1990). Raising children in the twenty-first century : Drug abuse treatment to ameliorate negative family and childhood affects of parental drug abuse. Los Angeles. University of California. Neuropsychiatric Institute, Drug Abuse Research Center.
- Arrellano, C. M. (1996). Child maltreatment and substance use : A review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 31, 927-935.
- Addiction Research Foundation. (1996). *La majorité oubliée. Guide sur les questions de toxicomanie à l'intention des conseillers qui travaillent auprès des femmes*. Toronto. Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- 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.
- Bavolek, S. J., & Henderson, H. L. (1990). Child maltreatment and alcohol abuse: comparisons and perspectives for treatment. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3, 165-184.
- Bays, J. (1990). Substance abuse and child abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 37, 881-904.
- Belaky, J. (1993). Etiology of child maltreatment : A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., & Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool : l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)*. Rapport de recherche du RISQ, Montréal.
- Blau, G. M., Whewell, M. C., Gullota, T. P., & Bloom M. (1994). The prevention and treatment of child abuse in households of substance abusers : A research demonstration progress report. *Child Welfare*, 73, 84-94.
- Black, R., & Mayer, J. (1980). Parents with special problems : Alcoholism and opiate addiction. *Child Abuse and Neglect*, 4, 45-54.
- Black, M. M., Nair, P., Kight, C, Wachtel, R., Roby, P., & Schuler, M. (1994). Parenting and early development among children of drug-abusing women : Effects of home intervention. *Pediatrics*, 94, 440-448.
- Bouchard, C., Gauthier, M.-C., Massé, R., & Tourigny, M. (1995). *Les mauvais traitements envers les enfants*. Dans F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (Eds.), *Traité des problèmes sociaux*, (pp.363-380). Québec. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Bouchard, S. (1997). *L'intervention auprès des parents toxicomanes et de leurs enfants âgés de 0-5 ans victimes de négligence*. *Défi Jeunesse*, 4 (1), 1-7.



- 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.
- Brooks, C. S., Zuckerman, B., Bamforth, A., Cole, J., & Kaplan-Sanoff, M. (1994). Clinical issues related to substance-involved mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 15, 202-217.
- California Department of Alcohol and Drug Programs. (1994). Options for recovery: Final evaluation report. San Francisco : University of California.
- Center for Disease Control and Prevention. (1997). Fetal alcohol syndrome. [ On-line] . Disponible : <http://health.org/pubs/factsht/fetal.htm>.
- Center for Substance Abuse Prevention. (1996). From the source: A guide for implementing perinatal addiction prevention and treatment programs. *U.S. Department of Health and Human Services*. Rockville. Center for Substance Abuse Prevention.
- Centres jeunesse de Montréal. (1998). *Il faut un village pour s'occuper d'un enfant*. Bilan de l'année 1997-1998 à la Direction de la protection de la jeunesse. Montréal. Centres jeunesse de Montréal.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, 20, 191-203.
- Chamberlain, R., & Rapp, C. A (1991). A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Mental Health Journal*, 27 (3), 171-188.
- Chamberland, C. (1992). *La violence faite aux enfants : La comprendre pour mieux la prévenir*. PRISME, 3 (1), 16-28.
- Chavkin, W., Paone, D., Friedmann, P., & Wilets, I. (1993). Psychiatric histories of drug using mothers : Treatment implication. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 445-448.
- Child Welfare League of America. (1990). Crack and other addictions : Old realities and new challenge. Washington DC. CWLA.
- Child Welfare League of America. (1992). Children at front: A different view of the war on alcohol and drugs. Washington DC. CWLA.
- Cinq-Mars, M. (1994). *Les conséquences de la négligence sur les enfants qui en sont victimes*. Cahier d'analyse du GRAVE, Vol. 1, No 2. Montréal. LAREHS, UQAM.
- Clément, M.-È., & Tourigny, M. (1998). *Caractéristiques et efficacité des programmes de prévention des mauvais traitements envers les enfants comportant des visites à domicile: Une recension des écrits*. Actes du 4<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille. Trois-Rivières. Presses de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Clément, M.-È., & Tourigny, M. (1999). *Évaluation de l'implantation de JESSIE. Un projet d'intervention auprès de parents ayant des problèmes de toxicomanie et de négligence envers leurs enfants*. Montréal. Université du Québec à Montréal. Cahier d'analyse du GRAVE-IRDS, Vol. 6, No.2.

- Cohn, A. H., & Daro, D. (1987). Is treatment too late : What ten years of evaluative research tell us. *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442.
- Coles, C. D., Russell, C. L., & Schuetze, P. (1997). Maternal substance use: Epidemiology, treatment outcome, and Developmental effects: An annotated bibliography, 1995. *Substance Use & Misuse*, 32 (2), 149-168.
- Coletti, S. D. *et al.* (1995). PAR Village for chemically dependent women: Philosophy and Program elements. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (4), 289-296.
- Curtis, P. A., & McCullough, C. (1993). The impact of alcohol and other drugs on the child welfare system. *Child Welfare*, 72, 533-542.
- Daro, D. (1988). *Confronting Child Abuse*. New-York. Free Press.
- Davis, S. K. (1990). Clinical dependency in women: A description of its effects and outcome on adequate parenting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 225-232.
- Davis, S., & Fantuzzo, J. W. (1989). The effects of adult and peer social initiations on social behavior of withdrawn and aggressive maltreated preschool children. *Journal of Family Violence*, 4, 227-248.
- Deren, S. (1986). Children of substance abusers : A review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 74-94.
- Desrosiers, H., Desjardins, N., Kishchuk, N., Ouellet, F., & Perrault, N. (1997). *Cadre de référence pour l'évaluation des programmes dans le champ de l'alcoolisme-toxicomanie*. Montréal. Rapport présenté au Comité avisur sur la recherche et l'intervention en toxicomanie.
- Dore, M. M., & Doris, J. M. (1998). Preventing child placement in substance-abusing families: research-informed practice. *Child Welfare*, 77 (4), 407-426.
- Dore, M. M., Doris, J. M., & Wright, P. (1995). Identifying substance abuse in maltreating families : A child welfare challenge. *Child Abuse and Neglect*, 19, 531-543.
- Dubé, M.-J. (1998). *Un partenariat pour répondre aux besoins des parents toxicomanes et de leurs jeunes enfants victimes de négligence*. *Intervention*, (107), 43-51.
- Egelang, B., Soufre, L. A., & Erikson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 7, 459-469.
- Éthier, L., Palacio-Quintin, E., & Couture, G. (1992). *Les enfants maltraités et leur famille: Évaluation et intervention*. Rapport de recherche présenté à la DPJ. Trois-Rivières. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Famularo, R., Stone, K., Barnum, R., & Wharton, R. (1986). Alcoholism and severe child maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 481-485.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 16, 475-483.

- Feig, L. (1990). Drug exposed infants and children : Service needs and policy questions. Washington DC. Department of Health and Human Services.
- Fiks, K. B., Johnson, H. L., & Rosen, T. S. (1985). Methadone-maintained mothers: 3-year follow-up of parental functioning. *The International Journal of the Addictions*, 20, 651-660.
- Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women. *Health and Social Work*, 19, 7-16.
- Finnegan, L. P. (1994). Treatment issue for opioïd-dependent women during the perinatal period. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 191-201.
- Frankel, H. (1988). Family-centered home-base services in child protection: A review of the research. *Social Services Review*, 61, 135-157.
- Gaudin, J. M. (1993). Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 1, 66-89.
- Glider, P. *et al.* (1996). Two therapeutic communities for substance-abusing women and their children. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children: Advances in research methodology*, (pp.1-6). NIDA Research Monograph 165. Washington DC, U.S. Government Printing Office.
- Gregoire, T. K. (1994). Assessing the benefits and increasing the utility of addiction training for public child welfare workers : A pilot study. *Child Welfare*, 73, 69-81.
- Gustavsson, N. S., & Rycraft, J. R. (1993). The multiple service needs of drug dependent mothers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 10 (2), 141-151.
- Gustavsson, N. S., & Rycraft, J. R. (1994). Chemically dependent mothers and their children. *Journal of Social Service Research*, 20, 55-71.
- Guyon, L., & Geoffrion, Y. (1997). *La toxicomanie au Québec: bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990*. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Halfon, N., Berkowitz, G., & Klee, L. (1993). Development of an integrated case management program for vulnerable children. *Child Welfare*, 72, 379-396.
- Harrington, D., Dubowitz, H., Black, M. M., & Binder, A. (1995). Maternal substance use and neglectful parenting: Relations with children's development. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24 (3), 258-263.
- Haskett, M. E., Miller, J. W., Whitworth, J. M., & Huffman, J. M. (1992). Intervention with cocaine-abusing mothers. *Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services*, 451-461.
- Heap, K. K. (1991). A predictive and follow-up study of abusive and neglectful families by case analysis. *Child Abuse and Neglect*, 15, 261-273.
- Hennekens, C. H., Buring, J. E., & Mayrent, S. L. (1998). *Épidémiologie en médecine*. Paris. Éditions Frison-Roche.

- Hinckley, E. C. & Ellis, W. F. (1985). An effective alternative to residential placement: Home-based services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 209-213.
- Hoffman-Plotkin, D., & Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55 (1), 83-96.
- Howard, J., & Beckwith, L. (1996). Issues in subject recruitment and retention with pregnant and parenting substance-abusing women. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children : Advances in research methodology*, (pp.68-86). NIDA Research Monograph 165, Washington DC. U.S. Government Printing Office.
- Jaudes, P., Ekwo, E., & Van Voorhis, J. (1995). Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1065-1075.
- Johnston, C. (1990). The children of cocaine addicts: A study of twenty-five inner city families. *The Social Worker / Le Travailleur Social*, 58 (2), 53-56.
- Junewicz, W. J. (1983). A protective posture toward emotional neglect and abuse. *Child Welfare*, 62 (3), 243-354.
- Kameen, M. C., & Thompson, D. L. (1983). Substance abuse and child abuse-neglect: Implications for direct-service providers. *Personnel and Guidance Journal*, 61, 269-73.
- Kandall, S. R. (1993). Improving treatment for drug-exposed infants. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment.
- Kaemingk, K., & Paquette, A. (1999). Effects of prenatal alcohol exposure on neuropsychological functioning. *Developmental Neuropsychology*, 15 (1), 111-140.
- Kearney, M. H., Murphy, S., & Rosenbaum, M. (1994). Mothering on crack cocaine: A grounded theory analysis. *Social Science and Medicine*, 38, 351-361.
- Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fisher, E. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health*, 84 (10), 1586-1590.
- Kelley, S. J. (1992). Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse and Neglect*, 16, 317-328.
- Kinjerski, V., & Herbert, M. (1999). Enhancements to current risk assessment systems. Rapport présenté au groupe de travail interprovincial sur la gestion du risque en protection de la jeunesse. Calgary. Université de Calgary.
- Kumpfer, K. L. (1991). Treatment programs for drug-abusing women. *Future of Children*, 1 (1), 50-59.
- Kumpfer, K. L. (1993). Substance abuse and child maltreatment. *Violence Update*, 3 (6), 1-7.
- Lacharité, C. (1992). *La toxicomanie des parents en tant que facteur de risque de mauvais traitements envers les enfants*. Apprentissage et Socialisation, 15 (2), 121-133.

- Landry, M., Lamarche, P., Boislard, J., & Nadeau, L. (1994). *Alcoolisme et autres toxicomanies*. Dans F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (Eds.). *Traité des problèmes sociaux*, (pp.179-221). Québec. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Landsman, M. J., Nelson, K., Allen, M., & Tyler, M. (1992). The self-sufficiency project : Final report. Iowa. National Resource center in Family-based services.
- Lewis, R. A., Haller, D. L., Branch, D., & Ingersoll, K. S. (1996). Retention issues involving drug abusing women in treatment research. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children : Advances in research methodology*, (pp.110-122). NIDA Research Monograph 165, Washington DC. U.S. Government Printing Office.
- Lief, N. R. (1985). The drug user as parent. *The International Journal of the Addictions*, 20 (1), 63-97.
- Lujan, C., DeBruyn, L. M., May, P. A., & Bird, M. E. (1989). Profile of abused and neglected American Indian children in the southwest. *Child Abuse and Neglect*, 13, 449-461.
- Lyons, P., & Rittner, B. (1998). The construction of the crack babies phenomenon as a social problem. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 313-320.
- Magura, S., & Laudet, A. B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention. *Children and Youth Services Review*, 18, 139-162.
- Malow, R. M., Ireland, S. J., Halpert, S. E., Szapocnik, J., McMahon, R. C., & Haber, L. (1994). A description of the Maternal Addiction Program of the University of Miami/Jackson Memorial Medical Center. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (1), 55-60.
- Mason, E (1996). Conducting a treatment research project in a medical center-based program for chemically dependent pregnant women. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children : Advances in research methodology*, (pp.22-31). NIDA Research Monograph 165, Washington DC. U.S. Government Printing Office.
- Mayer-Renaud, M. (1984). *La négligence à l'égard des enfants: un défi pour l'intervention*. Communication présentée au 5<sup>ème</sup> Congrès International sur les enfants maltraités et négligés, Montréal.
- Mayer-Renaud, M. (1990). *Les enfants négligés sur le territoire du CSSMM. Leurs caractéristiques personnelles, familiales et sociales*. Montréal. C.S.S.M.
- Mayer-Renaud, M. (1993). *La problématique de la négligence à l'égard des enfants: Une synthèse des causes et des conséquences*. Montréal. C.S.S.M.
- McCaul, M. E., & Svikis, D. S. (1996). Measure of service utilization. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children: Advances in research methodology*, (pp.225-241). NIDA Research Monograph 165, Washington DC. U.S. Government Printing Office.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (3), 368-375.
- McCullough, C. B. (1991). The child welfare response. *The Future of Children*, 1 (1), 61-71.

- McKenzie, D., & Single, E. (1997). *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec. Gouvernement du Québec.
- Mejta, C. L., & Lavin, R. (1996). Facilitating healthy parenting among mothers with substance abuse or dependence problems : Some considerations. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14 (1), 33-46.
- Murphy, J. M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poitras, F. G., & Goshko, M. (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: Prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect*, 15, 197-211.
- Nadeau, L., & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Nair, P., Black, M. M., Schuler, M., Keane, V., Snow, L., & Rigney, B. A. (1997). Risk factors for disruption among infants of substance abusing women. *Child Abuse and Neglect*, 21 (11), 1039-1051.
- National Committee to Prevent Child Abuse. (1998). Child abuse and neglect statistics [ On-line] . Disponible : <http://www.childabuse.org/rsrch2.html>.
- National Committee to Prevent Child Abuse. (1996). The relationship between parental alcohol or other drug problems and child maltreatment. [ On-line] . Disponible: <http://www.childabuse.org/fs14.html>.
- National Institute on Drug Abuse. (1997). National Data on Drug Use During Pregnancy Available [ On-line] . Disponible : [http://165.112.78.61/NIDA\\_Notes/NNVol12N1/Survey.html](http://165.112.78.61/NIDA_Notes/NNVol12N1/Survey.html).
- National Research Council (1993). Understand child abuse and neglect. Washington DC. National Academy Press.
- Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3 (3), 53-92.
- Olsen, L. J. (1995). Services for substance abuse-affected families: The project connect experience. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12 (3), 183-196.
- Palacio-Quintin, E., Couture, G., & Paquet, J. (1995). *Projet d'intervention auprès des familles négligentes présentant ou non des comportements violents*. Rapport de recherche du Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille. Trois-Rivières : UQTR.
- Palinkas, L. A., Atkins, C. J., Noël, P., & Miller, C. (1996). Recruitment and retention of adolescent women in drug treatment research. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children: Advances in research methodology*, (pp.87-108). NIDA Research Monograph 165, Washington DC. U.S. Government Printing Office.
- Peterson, L., Gable, S., & Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addictive Behaviors*, 21 (6), 789-801.

- Pharis, M.E., & Levin, V.A. (1991). "A person to talk to who really cared" : High-risk mothers' evaluations of services in an intensive intervention research program. *Child Welfare*, 70, 307-320.
- Poulsen, M. K. (1994). The development of policy recommendations to address individual and family needs of infants and young children affected by substance use. *Topics in Early Childhood Education*, 14 (2), 275-291.
- Rahdert, E. R. (1996). Introduction to the Perinatal-20 treatment Research demonstration program. Dans E. R. Rahdert (Ed.). *Treatment for Drug-exposed women and their children: Advances in research methodology*, (pp.1-6). NIDA Research Monograph 165, Washington DC. U.S. Government Printing Office.
- Regan, D. O., Erlich, S. M., & Finnegan, L. P. (1987). Infants of drug addicts: At risk for child abuse, neglect, and placement in foster care. *Journal of Neurotoxicology and Teratology*, 9, 315-319.
- RIPUDD (1997). *Recommandations Européennes. Accueil et soins aux jeunes et futurs parents usagers de drogues et à leurs enfants*. [ On-line] . Disponible: <http://www.resuld.ucl.ac.be/assoc/ripudd/>.
- Sampson, P. D., et al. (1997). Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*, 56 (5), 317-326.
- Santé Québec. (1995a). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé*, Vol. 1. Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Santé Québec. (1995b). *Aspects sociaux reliés à la santé*. Rapport de l'enquête sociale et de santé, Vol.2. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Saunders, E. J. (1993). A new model of residential care for substance abusing women and their children. *Adult Residential Care Journal*, 7, 104-117.
- Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996). Third national incidence study of child abuse and neglect. Washington D.C. U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.
- Sheridan, M. J. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. *Child Abuse and Neglect*, 19 (5), 519-530.
- Smith, I. E., Dent, D. Z., Coles, C. D., & Falek, A. (1992). A comparison study of treated and untreated pregnant and postpartum cocaine-abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 343-348.
- Stevens, S. J., & Arbiter, N. (1995). A therapeutic community for substance-abusing pregnant women and women with children process and outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21 (1), 49-56.
- Tomison, A. M. (1996). Child maltreatment and substance abuse. [ On-line] . Disponible: <http://www.aifs.org.au/external/nch/discussion2.html>.
- Tracy, E. M., Green, K. G., & Bremseth, M. D. (1993). Meeting the environmental needs of abused and neglected children : Implications from a statewide survey of supportive services. *Social Work Research and Abstract*, 29 (2), 21-26.

- Tracy, E. M. (1994). Maternal substance abuse : Protecting the child, preserving the family. *Social Work*, 39 (5), 534-540.
- Tremblay, R. E. (1992). *Les femmes et les enfants d'abord: vers une concertation des efforts préventifs et curatifs dans le domaine de l'inadaptation sociale*. Conférence d'ouverture de la journée d'étude jeunes et toxicomanies : Des actions conjointes pour les aider. Association des Centres d'accueil du Québec.
- Trocmé, N., McPhee, D., & Kwan Tam, K.. (1995). Child abuse and neglect in Ontario: Incidence and characteristics. *Child Welfare*, 74 (3), 563-586.
- Vermette, G. (1996). *Inventaire analytique de programmes de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies*. (Tome 1). Québec. Ministère de la santé et des services sociaux.
- Verdugo, M., et al. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19 (2), 205-216.
- Vézina, A., & Bradet, R. (1990). *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*. Rapport de recherche. Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Vézina, A., & Pelletier, D. (1993). *Un instrument de mesure pour faciliter l'évaluation et l'intervention en protection de la jeunesse*. *Service Social*, 42 (2), 63-80.
- Wang, C. T., & Daro, D. (1998). Current trends in child abuse reporting and fatalities : The results of the 1997 annual fifty state survey. Chicago. National Committee to Prevent Child Abuse.
- Wasserman, D. R., Leventhal, J. M. (1993). Maltreatment of children born to cocaine-dependent mothers. *American Journal of Disease of Children*, 147 (12), 1324-1328.
- Zuckerman, B. (1991). Drug-exposed infants: Understanding the medical risk. *The Future of Children*, 1 (1), 26-35.
- Zuravin, B. (1994). Effects on parents and children. In D. Besharov (Ed.), *When drug addicts have children* (pp.49-63). Washington, DC. *Child Welfare League of America*.



## ***ANNEXE 1***

***Tableau 1 : Instruments d'évaluation des risques ou situations de négligence et d'abus utilisés par les études recensées***

**Tableau 1 : Instruments d'évaluation des risques ou situations de négligence et d'abus utilisés par les études recensées**

Étude	Instrument	Brève description
Harrington, Dubowitz, Black et Binder (1995) ; Black <i>et al.</i> (1994)	<b>HOME</b>	Instrument de type observation / entrevue comportant 100 questions qui évaluent la qualité des divers stimuli présents dans l'environnement de l'enfant. Il existe deux versions de cet instrument : pour les enfants 0-3 ans, et pour les enfants 3-6 ans.
Kelley (1992) ; Black <i>et al.</i> (1994)	<b>PSI</b> ( <i>Parental Stress Index</i> )	Échelle de 101 questions évaluant le stress relié au rôle parental. Les items portent sur les caractéristiques de l'enfant, du parent, de la famille et de l'isolement social.
Harrington, Dubowitz, Black et Binder (1995) ; Olsen (1995)	<b>CWBS</b> ( <i>Child Well Being Scale</i> )	Échelle de 43 questions évaluant : les conditions de vie au foyer (inclus le réseau de soutien social), les dispositions parentales, et le fonctionnement de l'enfant.
Black <i>et al.</i> (1994)	<b>CAPI</b> ( <i>Child Abuse Potential Inventory</i> )	Échelle de 160 questions (77 questions pour identifier les parents potentiellement abusifs) évaluant les caractéristiques des enfants, des parents et du réseau social qui peuvent constituer des risques potentiels d'abus.
Murphy, Jellinek, Quinn, Smith, Poitras et Goshko (1991)	<b>RL</b> ( <i>The Risk List</i> )	Instrument de 92 items, développé pour aider le tribunal et les agences de protection de la jeunesse à détecter les cas de mauvais traitements (types et degrés de compromission). Items axés sur les caractéristiques des parents, des enfants et les formes de mauvais traitements infligés.
Kelleher, <i>et al.</i> (1994) / Chaffin, Kelleher, & Hollenberg (1996)	<b>DIS</b> ( <i>Diagnostic Interview Schedule</i> )	Instrument qui utilise les critères du DSM-III. L'évaluation des comportements négligents comporte 4 items alors que l'évaluation de l'abus physique comporte 1 item.

## *ANNEXE 2*

*Tableau 2 : Instruments d'évaluation de la toxicomanie  
utilisés par les études recensées*

**Tableau 2 : Instruments d'évaluation de la toxicomanie utilisés par les études recensées**

Références	Instrument	Brève description
Hoffman, Harrison, Hall, Gust, Mable et Cable (1989 : cité par Dore, Doris, & Wright, 1995)	<b>BONS</b>	Bref questionnaire (4 questions) pour évaluer l'alcoolisme chez la population en général. Indicateurs d'alcoolisme dérivés du DSM-III.
Ewing (1979 : cité par Dore, Doris, & Wright, 1995)	<b>CAGE</b>	Bref questionnaire (4 questions) pour évaluer les risques d'alcoolisme. Sensibilité à détecter l'alcoolisme dans près de 90 % des cas.
Selzer, Vinokur et van Roojijen (1975 : cité par Dore, Doris, & Wright, 1995)	<b>SMAST</b> ( <i>The Short Michigan Alcoholism Screening Test</i> )	Questionnaire auto-administré de 13 questions pour évaluer la présence d'une problématique d'alcoolisme.
McLellan <i>et al.</i> (1992 : cité par Dore, Doris, & Wright, 1995) ; Nair <i>et al.</i> (1997) ; Smith, Dent, Coles et Falek (1992)	<b>ASI</b> ( <i>Addiction Severity Index</i> )	Questionnaire permettant l'évaluation de toutes les formes d'abus de substances. Doit être complété par un intervenant ayant été préalablement formé.
McGoven et Morrison (1992 : cité par Dore, Doris, & Wright, 1995)	<b>CUAD</b> ( <i>Chemical Use, Abuse and Dependence Scale</i> )	Évaluation de toutes les formes d'abus de substances. Questions basées sur le DSM-III qui intègre les aspects du fonctionnement social et des relations interpersonnelles relatives à l'abus de substances.
Kelleher, Chaffin, Hollenberg et Fischer (1994) ; Peterson, Gable et Saldana (1996) ; Glider <i>et al.</i> (1996) ; Malow <i>et al.</i> (1994)	<b>NIMH / DIS</b> ( <i>Diagnostic Interview Schedule</i> )	Instrument qui utilise les critères du DSM-III. L'évaluation de l'abus de drogues comporte 21 items alors que l'évaluation de l'abus d'alcool comporte 31 items.
Famularo, Stone, Barnum, & Wharton (1986)	<b>RDC</b> ( <i>Research Diagnostic Criteria</i> )	Instrument d'évaluation de l'alcoolisme qui comporte 20 items. La personne qui présente au moins trois d'entre eux depuis plus d'un mois est considérée alcoolique.

### ***ANNEXE 3***

***Tableau 3 : Synthèse des études portant sur l'ampleur  
de la double problématique : négligence et toxicomanie parentale***

**Tableau 3 : Synthèse des études portant sur l'ampleur de la double problématique : négligence et toxicomanie parentale**

Études	Méthodologie			Recrutement	Présence de mauvais traitements (%)		
	N	Évaluation de la toxicomanie	Évaluation des mauvais traitements		Négligence	Abus physiques	Mauvais traitements
<b>Études menées auprès de parents aux prises avec un problème de toxicomanie ou d'enfants exposés aux drogues <i>in utero</i></b>							
Black & Mayer (1980)	200	n.d.	Entrevue	Hôpital (États-Unis)	30,5 %	22,5 % a.s.	41 % a.s.
Nair <i>et al.</i> (1997)	152	test d'urine / ASI	Placements pour mauvais traitements	Hôpital (États-Unis)	--	--	43 %
Jaudes, Ekwo, & Van-Voorhis (1995)	513	test d'urine	Déf. Légale	Hôpital (États-Unis)	14 %	3 %	20 % a.s.
Sheridan (1995)	81	CATS	SFI	Prison (États-Unis)	n.d.*	n.d.*	--
Kelley (1992)	24	test d'urine	PSI / Déf. Légale	Hôpital (États-Unis)	33 %*	--	42 %*
Wasserman & Leventhal (1993)	47	test d'urine	Déf. Légale	Hôpital (États-Unis)	11 %*	11 %*	23 %*

Note. Déf. Légale = Définition utilisée par les agences de protection de la jeunesse pour l'évaluation des signalements de mauvais traitements; CATS = *Children of Alcoholics Screening Test*; DIS = *Diagnostic Interview Schedule*; SFI = *Self-Report Family Inventory*; PSI = *Parental Stress Index*; \*  $p < .01$  ou  $p < .05$ ; n.d. = ampleur non disponible; a.s.= Inclut l'abus sexuel.

**Tableau 3 (suite) : Synthèse des études portant sur l'ampleur de la double problématique : négligence et toxicomanie parentale**

Études	Méthodologie			Recrutement	Présence de toxicomanie ( %)		
	N	Évaluation de la toxicomanie	Évaluation des mauvais traitements		Chez les familles négligentes	Chez les familles abusives phys.	Chez les familles maltraitantes
<b>Études menées auprès de parents maltraitants</b>							
Kameen & Thompson (1983)	550	Quest. APJ	Quest. APJ	APJ (États-Unis)	--	--	43 %
Junewicz (1983)	100	n.d.	Déf. Légale	APJ (États-Unis)	--	--	16 %
Lujan, DeBruyn, May, & Bird, (1989)	117	Dossier médical	Déf. Légale	Hôpitaux (États-Unis)	85 %	63 %	--
Murphy, <i>et al.</i> (1991)	206	DIS	RL	Tribunal de la jeunesse (États-Unis)	--	--	43 %
Famularo, Kinscherff, & Fenton (1992)	190	Quest.-maison	Quest. APJ	Tribunal de la jeunesse (États-Unis)	--	--	67 % a.s.
Trocmé, McPhee, & Kwan Tam (1995)	2 447	Quest. APJ	Quest. APJ	APJ (Canada)	--	--	31-38 % a.s.
Mayer-Renaud (1990)	342	Quest. APJ	Quest. APJ	APJ (Canada)	32-40 %	--	--
Kelleher, <i>et al.</i> (1994)	378	DIS + Quest.-maison	DIS	Enquête pop. I (États-Unis)	56 %*	40 %*	--
Chaffin, Kelleher, & Hollenberg (1996)	147	DIS + Quest.-maison	DIS	Enquête pop. II (États-Unis)	21 %*	15 %*	--
Famularo, <i>et al.</i> (1986)	50	Tribunal	CWBS	Tribunal de la jeunesse (États-Unis)	--	--	38 %*

Note. Déf. Légale = Définition utilisée par les agences de protection de la jeunesse pour l'évaluation des signalements de mauvais traitements; APJ = Agence de protection de la jeunesse ; Quest. APJ = Questionnaire administré à des cliniciens des agences de la protection de la jeunesse par des chercheurs; CWBS = *Child Well-Being Scale*; DIS = *Diagnostic Interview Schedule*; RL = *Ris List* ; n.d. = ampleur non disponible; \*  $p < .01$  ou  $p < .05$  ; a.s. = Inclut l'abus sexuel

## ***ANNEXE 4***

***Tableau 4 : Description des programmes offerts en milieu hospitalier  
aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être***



**Tableau 4 : Description des programmes offerts en milieu hospitalier aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être**

Titre et références	Recrutement	Clientèle recrutée	Objectifs généraux	Description
PSS-FLORIDA'S PERINATAL SUPPORT SERVICES (Haskett, Miller, Withworth & Huffman, 1992)	Engagement volontaire et cas référés par la cour.	Femmes enceintes vulnérables : 1) ont été victimes d'abus dans l'enfance; 2) ont été abusives ou négligentes envers leurs enfants; 3) ont fait un abus de substances durant la grossesse; 4) sont toxicomanes; 5) vivent de nombreux événements stressants.	1) Diminuer les risques de négligence et d'abus envers l'enfant. 2) Soutenir les capacités parentales. 3) Stabiliser la vie de la mère.	<b>Durée</b> : débute durant la grossesse et se poursuit plusieurs mois après la naissance. Approche axée sur la gestion de cas. - Groupe de soutien - <i>Counseling</i> individuel - Groupes pour parents (habiletés parentales) - Engagement communautaire, etc.
CARE-CHEMICAL ADDICTION RECOVERY EFFORT (Division du Center for the Vulnerable Child) (Halfon, Berkovitz, & Klee, 1993; Kandall, 1993)	Cas référés par un membre de l'équipe multi: médecin, psy., infirmière, thérapeute, gestionnaire de cas.	Femmes avec un enfant (0-3 ans) ayant été exposé aux drogues durant la grossesse.	1) Aider les mères à garder l'enfant. 2) Aider les mères à ne plus consommer. 3) Aider à maximiser le développement de l'enfant.	<b>Durée</b> : non spécifiée. Approche axée sur la gestion de cas. Étapes : 1) évaluation des besoins de l'enfant et de la famille; 2) conférence de l'équipe multi avec clients; 3) identification des besoins en terme de services et offre de services: soins de santé, soins de santé mentale, soutien, formation professionnelle, services psychosociaux et liés au développement de l'enfant; 4) suivi.
FAMILY CENTER (Regan, Ehrelich, & Finnegan, 1987)	Engagement volontaire et cas référés par des organismes comm. Ouvrant en toxicomanie.	Femmes toxicomanes enceintes.	Assurer le bien-être de l'enfant à court et à long-terme.	<b>Durée</b> : 3-4 ans. Une variété de services sont offerts par une équipe multi (psychologue, médecin, travailleurs sociaux, infirmière, pharmacien) : 1) thérapie individuelle, de couple, familiale ou de groupe; 2) soins obstétriques et pédiatriques; 3) traitement de méthadone si dépendance aux opiacés sinon, désintoxication; 4) autres services.

**Tableau 4 (suite) : Description des programmes offerts en milieu résidentiel aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être**

Titre et références	Recrutement	Clientèle recrutée	Objectifs généraux	Description
MAP-THE MATERNAL ADDICTION PROGRAM (Malow <i>et al.</i> , 1994)	Non spécifié.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes toxicomanes enceintes ou ayant un enfant <math>\leq</math> 4 ans.</li> <li>- Africaines-Américaines principalement (77 %).</li> <li>- Polytoxicomanes.</li> <li>- Plus de 25 % ont le SIDA.</li> </ul>	<p><u>Phase 1:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Arrêter immédiatement l'abus de drogues/alcool.</li> <li>2) Répondre aux problèmes médicaux, obstétriques et psychologiques des mères.</li> <li>3) Promouvoir l'implication de la famille dans l'intervention.</li> <li>4) Réduire le stress dans la vie des mères.</li> </ol> <p><u>Phase 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Encourager l'application des mesures apprises dans la phase 1, afin de maintenir l'abstinence et développer un style de vie sans drogues.</li> </ol>	<p>Approche multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmière, thérapeutes, etc.).</p> <p><u>Deux phases:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 28 jours d'intervention en toxicomanie à l'interne (adm., évaluation, PI avec la cliente et autres membres de la famille révisé hebdo., groupe d'entraide, thérapie ind., "AA").</li> <li>2) 8-12 mois à l'externe (5hres par jour lund.-vend.) (sessions éducatives, <i>counseling</i> ind., groupe et familial, groupe d'entraide type "AA" "12-step" axé sur la résolution de problèmes). Références aux ressources du milieu pour activités sociales, éducation et formation professionnelle. PI révisé bi-mensuellement.</li> </ol>
PROJECT TOGETHER (Saunders, 1993)	Cas référés par des org. comm. en toxicomanie (64 %), autres org. ("AA", cour, etc.) (24 %), autres (12 %).	Femmes toxicomanes enceintes ou avec un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 17 ans.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Maintenir la sobriété.</li> <li>2) Résoudre ses problèmes liés à une histoire de victimisation dans l'enfance.</li> <li>3) Acquérir une autonomie financière à long-terme.</li> <li>4) Développer un style de vie indépendant.</li> <li>5) Fournir des soins et une éducation aux enfants.</li> </ol>	<p><u>Durée moyenne:</u> &gt; 2 ans.</p> <p>Les mères sont admises avec leurs enfants. Soins médicaux sur place, nourriture, soins de l'enfant, éducation auprès des mères (degré secondaire) et services de formation professionnelle, thérapie en toxicomanie, résolution de problèmes, éducation aux habiletés parentales et groupe d'entraide type "AA" et "NA". On demande aux femmes de s'abstenir de consommer, ainsi que d'avoir des relations intimes émotives et sexuelles durant leur séjour.</p>

**Tableau 4 (suite) : Description des programmes offerts en milieu résidentiel aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être**

Titre et références	Recrutement	Clientèle recrutée	Objectifs généraux	Description
PERINATAL-20 AMITY'S CENTER FOR WOMEN AND CHILDREN (Glider <i>et al.</i> , 1996; Stevens & Arbiter, 1995)	Cas référés par la cour (50 %) et cas référés par les agences de protection de la jeunesse (33 %).	Femmes toxicomanes avec un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 10 ans.	Traiter la toxicomanie des mères.	<u>Durée</u> : Entre 15 à 18 mois. - Groupe de soutien (aussi après traitement).
PERINATAL-20 PAR (Parental Awareness and Responsibility) VILLAGE (Coletti <i>et al.</i> , 1995; Glider <i>et al.</i> , 1996; Kumpfer, 1991)	Cas sur la liste d'attente ou référés par : organisme communautaire, cour, agences de protection de la jeunesse.	Femmes âgées de plus de 18 ans, toxicomanes, enceintes ou avec un ou plusieurs enfants.	Traiter la toxicomanie des mères.	<u>Durée</u> : 18 mois. Approche axée sur la gestion de cas. - 14 maisons. - Centre d'éducation pour les enfants avec stimulation précoce. - Services : <i>counseling</i> individuel, groupe de soutien, éducation aux habiletés parentales, formation professionnelle.

**Tableau 4 (suite) : Description des programmes offerts en milieu communautaire aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être**

Titre et références	Recrutement	Clientèle recrutée	Objectifs généraux	Description
THE FAMILY REHABILITATION PROGRAM (Magura & Laudet, 1996)	Cas référés aux agences de protection de la jeunesse.	Femmes recrutées après avoir donné naissance à un enfant exposé aux drogues <i>in utero</i> .	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prévenir le placement du nouveau-né.</li> <li>2) Aider la famille à satisfaire aux besoins des enfants à long-terme.</li> </ol>	<p><u>Durée moyenne</u> : 1 an.</p> <p>Approche axée sur la gestion de cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement de la toxicomanie.</li> <li>- Visites à domicile 2x/sem (1<sup>er</sup> mois) et 1x/sem.</li> <li>- Garderie sur place, contacts établis avec autres organismes du milieu pour répondre aux besoins de l'enfant.</li> </ul>
PROJECT CONNECT (Olsen, 1995)	Cas référés aux agences de protection de la jeunesse.	Femmes toxicomanes avec un ou plusieurs enfants âgés de 1 à 12 ans.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Réduire les risques d'abus et de négligence envers l'enfant.</li> <li>2) Garder la famille ensemble.</li> <li>3) Augmenter la capacité des services locaux à répondre aux besoins de la famille.</li> </ol>	<p><u>Durée moyenne</u> : 10 mois.</p> <p>Approche axée sur la gestion de cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement de la toxicomanie.</li> <li>- Thérapie à domicile.</li> <li>- <i>Counseling</i> individuel et familial.</li> <li>- Éducation parentale.</li> <li>- Services en pédiatrie.</li> <li>- Services de références</li> </ul>
SAFE-Substance Abuse Free Environment (Gustavsson & Rycraft, 1993; Gustavsson & Rycraft, 1994)	Cas référés aux agences de protection de la jeunesse.	Femmes toxicomanes avec un ou plusieurs enfants.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prévenir le placement de l'enfant.</li> <li>2) Stabiliser la situation familiale.</li> </ol>	<p><u>Durée</u> : non spécifiée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Éducation aux habiletés parentales.</li> <li>- Services : "<i>Intensive outreach</i>" et "<i>Intensive outpatient services</i>".</li> </ul>
ESCAPP (Blau, Whewell, Gullota, & Bloom, 1994)	Cas référés aux agences de protection de la jeunesse.	Femmes toxicomanes avec un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 18 ans.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prévenir l'abus ou la négligence.</li> <li>2) Identifier l'abus de substances chez le parent.</li> <li>3) Stabiliser la situation familiale.</li> </ol>	<p><u>Durée</u> : 4 semaines intensives.</p> <p>Approche axée sur la gestion de cas; sur l'évaluation individuelle, relationnelle et environnementale pour références.</p>

**Tableau 4 (suite) : Description des programmes offerts en milieu communautaire aux parents toxicomanes et négligents ou à risque de l'être**

Titre et références	Recrutement	Clientèle recrutée	Objectifs généraux	Description
OPTION FOR RECOVERY (Brindis & Theidon, 1997; California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994)	Cas référés par des organismes oeuvrant en toxicomanie (21 %), agences de protection de la jeunesse (20 %), famille ou amis (15 %), etc.	Femmes toxicomanes enceintes ou ayant un ou des enfants.	Offrir un éventail de services diversifiés et coordonnés aux femmes toxicomanes enceintes ou avec enfants.	<u>Durée</u> : >6 mois <u>Sept (7) sites en Californie. Types de services</u> : Approche axée sur la gestion de cas. 1) Traitement de la toxicomanie. 2) Recrutement et formation de parents adoptifs et répit parental. 3) Autres services d'appoint (ex. : soins de l'enfant, <i>counseling</i> ind., de groupe, familial, éducation aux habiletés parentales, formation professionnelle, etc.).
PERINATAL-20 / THE FAMILY RECOVERY CENTER (Poulsen, 1994; Magura & Laudet, 1996)	Non spécifié	Femmes toxicomanes enceintes ou avec un jeune enfant.	Non spécifié	<u>Durée</u> : non spécifiée. - Services d'intervention en toxicomanie, psychothérapie, soins obstétriques et pédiatriques, autres services (repas pour les enfants, éducation au niveau de la nutrition, du développement de l'enfant et des habiletés parentales pour les mères, cours de niveau secondaire, etc.).
HOME INTERVENTION (Black <i>et al.</i> , 1994)	Cas référés par la clinique d'obstétrique d'un hôpital universitaire.	Femmes enceintes ayant rapporté avoir consommé (cocaïne ou héroïne) durant la grossesse.	1) Promouvoir les habiletés parentales. 2) Promouvoir le développement de l'enfant. 3) Promouvoir l'utilisation des ressources formelles et informelles du milieu.	<u>Durée</u> : 18 mois post-partum. Visites à domicile débutant à la période prénatale, offertes de façon bihebdomadaire par deux infirmières supervisées par un pédiatre et un psychologue. Visites axées sur : 1) l'informations sur le développement, les soins à donner à l'enfant, la sécurité et les ressources du milieu; 2) l'interaction parent-enfant ; 3) l'aide personnelle (ex. : problèmes financiers, problèmes familiaux, etc.).
JESSIE (Dubé, M.-J., Bouchard, S., 1997)	Cas référés par les agences de protection de la jeunesse (CJM).	Parents toxicomanes, dont la situation de négligence d'un enfant (0-5 ans) est retenue à la protection de la jeunesse.	1) Faire cesser la situation de compromission pour l'enfant. 2) Maintenir l'enfant dans son milieu familial. 3) Réduire les méfaits de la toxico. sur la sécurité et le dév. de l'enfant.	<u>Durée</u> : selon les besoins (>6 mois). Offrir une intervention multidisciplinaire, concertée, intégrée et rapide. Services diversifiés : traitement en toxicomanie, développement des habiletés parentales et attachement parents-enfants, références à d'autres ressources du milieu, etc.

## *ANNEXE 5*

*Démarches effectuées dans le cadre de la recherche bibliographique*

## *Démarches effectuées dans le cadre de la recherche bibliographique*

### **1. Les articles et documents ont été identifiés de la façon suivante :**

#### **A) À partir des banques de données suivantes :**

BADADUQ :	Banque des documents disponibles des bibliothèques du réseau des Universités du Québec
CURRENT CONTENTS :	Articles récemment publiés et indexés par le <i>Institute for Scientific Information</i>
ERIC:	Banque de ressources du <i>Educational Resources Information Center</i>
MEDLINE:	Banque des documents de la <i>National Library of Medicine</i>
PSYCLIT:	Banque de ressources en psychologie de l' <i>American Psychiatric Association</i>
REPÈRES :	Index analytique d'articles de périodiques de langue française

#### **B) À l'aide des mots clés suivants :**

Child-abuse, Child-neglect, Child-maltreatment, Child-welfare, Child-development, Parents, Parenting, Mothers, Women, Family, Parent-child-relations, Addictions, Chemical-dependency, Substance abuse, Drug-abuse, Alcohol-abuse, Alcoholism, Drug-use, Drug-addiction, Drug-affected-family, Drug-exposed-children, Perinatal-Period, Prenatal-Exposure, Pregnancy, Treatment, Drug-treatment, Drug-rehabilitation, Preservation-Services, Protective-Agencies, Community-Program, Therapeutic-Community, Treatment-outcomes, Treatment-evaluation, Treatment-effectiveness, Literature-review, Risk-factors, Case-management, Interdisciplinary-team.

### **2. Les articles et documents ont été trouvés aux endroits suivants :**

#### **A) Universités :**

- Université du Québec à Hull
- Université du Québec à Montréal
- Université du Québec à Trois-Rivières
- Université de Montréal
- Université d'Ottawa

#### **B) Centre de documentation :**

- Centre de documentation des Centres jeunesse de Montréal
- Centre de documentation du Centre Interdisciplinaire de Recherche sur l'Apprentissage et le Développement en Éducation (CIRADE)
- Centre de documentation du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (Larehs)

- Centre québécois de documentation en toxicomanie (Centre Dollard-Cormier)
- Institut canadien de l'information scientifique et technique du CNRS (ICIST)

### **C) Auprès d'autres organismes :**

#### En matière de politique familiale et d'abus et de négligence envers l'enfant :

- Australian Institute of Families Studies, [ <http://www.aifs.org.au>]
- Child Welfare League of America (CWLA), [ <http://www.cwla.org>]
- Future of Children, [ <http://www.futureofchildren.org>]
- Infant In Needs, [ <http://www.iin.org>]
- National Center on Child Abuse and Neglect, [ <http://www.calib.com/nccanch>]
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, [ <http://www.calib.com>]
- National Committee to Prevent Child Abuse, [ <http://www.childabuse.org>]
- The C. Henry Kempe National Center for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect, [ <http://www.kempecenter.org>]
- The National Maternal and Child Health Clearinghouse, [ <http://www.circsol.com>]
- Zero to Three, [ <http://www.zerotothree.org>]

#### En matière de toxicomanie :

- California Department of Alcohol and Drug Programs, [ <http://www.adp.cahwnet.gov>]
- Center for Substance Abuse Research (CESAR), [ <http://www.bsos.umd.edu/cesar>]
- Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), [ <http://www.>]
- Centre national documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies du Centre Canadien de Lutte contre l'Alcoolisme et les Toxicomanies (CCLAT), [ <http://www.cesa.ca>]
- Drug Abuse Research Center (DARC), [ <http://www.medsch.ucla.edu/som/mpi/DARC>]
- National Clearinghouse of Drug and Alcohol Information, [ <http://www.health.org>]
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), [ <http://www.nida.nih.gov>]
- Mathematica Policy Research Inc., [ <http://www.mathematica-mpr.com>]
- Réseau International Parentalité-Usage De Drogues (RIPUDD), [ <http://www.resuld.ulb.ac.be/assoc/ripudd>]
- The National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD), [ <http://www.nasadad.org>]