

ÉVALUATION DU  
PROJET PASSERELLE

famille  
**ENFANCE**

jeunesse

WQ  
240  
A675  
2004

INSPO - Montréal



3 5567 00004 9186

# **ÉVALUATION DU PROJET PASSERELLE**

**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC  
CENTRE DE DOCUMENTATION  
MONTREAL**

**Nicole April, MD, MPH, FRCPC  
Maria De Koninck, PhD**

**Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec  
Direction régionale de santé publique**

**Janvier 2004**

## AUTEURES

Nicole April  
Médecin-conseil

Direction régionale de santé publique de Québec

Maria De Koninck  
Professeure

Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine, Université Laval

## AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-France Allen  
Professionnelle de recherche

Direction régionale de santé publique de Québec

## REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier :

- les intervenantes et les intervenants ainsi que les gestionnaires, pour leur participation aux différentes étapes de cette évaluation et pour avoir généreusement accepté de partager leur expérience;
- M. Daniel La Roche, adjoint à la Direction régionale de la santé mentale, de l'intégration et de l'adaptation sociales de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, pour sa précieuse collaboration tout au long de ce projet;
- les représentantes et les représentants des organismes partenaires, pour leur soutien au sein du comité régional « Passerelle »;
- M<sup>me</sup> Geneviève Bergeron, pour le traitement des données quantitatives;
- M<sup>me</sup> Amélie Bourret, pour la révision des premières versions de ce texte.

Cette évaluation a été réalisée grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation 2001-2002.

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire de ce rapport :  
M<sup>me</sup> Sylvie Bélanger, 2400, rue d'Estimauville, Beauport (Québec) G1E 7G9  
Téléphone : (418) 666-7000 poste 217  
Télécopieur : (418) 666-2776  
Courrier électronique : s\_belanger@ssss.gouv.qc.ca  
Coût du rapport 10,70 \$ incluant la TPS, payable à l'avance à l'ordre du CHUQ-CHUL

DÉPÔT LÉGAL, BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA, 2004  
DÉPÔT LÉGAL, BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC, 2004  
ISBN 2-89496-251-7

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	4
1. PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1 Maternité en contexte de toxicomanie.....	5
1.2 Projet réalisé dans la région de Québec.....	7
2. OBJECTIFS D'ÉVALUATION.....	9
3. MÉTHODOLOGIE.....	10
3.1 Stratégie d'évaluation.....	10
3.2 Sources et collectes de données.....	10
3.3 Dimensions retenues.....	11
3.4 Analyse des données.....	11
4. RÉSULTATS.....	12
4.1 Revue des sources documentaires.....	12
4.1.1 La mise en place des services cliniques au CLSC.....	12
4.1.2 La mise en place des mécanismes de collaboration et de référence.....	14
4.1.3 La formation.....	15
4.2 Étude quantitative.....	16
4.2.1 La clientèle admissible au projet et la participation à l'évaluation.....	16
4.2.2 La description de la clientèle.....	17
4.2.3 La description du suivi.....	18
4.2.4 La description du soutien professionnel et des références.....	19
4.3 Entrevues auprès des intervenantes.....	20
4.3.1 Les caractéristiques du projet selon les intervenantes.....	20
4.3.2 L'implantation du projet telle qu'elles l'ont vécue.....	20
4.3.3 Le déroulement du projet.....	21
4.3.3.1 La clientèle telle que vue par les intervenantes.....	21
4.3.3.2 L'établissement d'un lien de confiance.....	21
4.3.3.3 Le suivi périnatal.....	22
4.3.3.4 La difficulté de parler de la consommation.....	24
4.3.3.5 L'approche adoptée par les intervenantes.....	25
4.3.3.6 Le soutien clinique reçu.....	26
4.3.3.7 La collaboration avec les ressources externes au CLSC.....	27
4.3.3.8 La perception de la formation reçue.....	29
4.3.4 La perception par les intervenantes des effets sur la clientèle.....	30
5. DISCUSSION.....	32
5.1 La clientèle.....	32
5.2 Le suivi.....	33
5.3 La toxicomanie, un problème complexe.....	37
5.4 Certains besoins à combler.....	39
5.5 Les conditions de mise en place des services.....	40
6. RECOMMANDATIONS.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42

## **LISTE DES ACRONYMES**

<b>CHA</b>	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
<b>CHUQ</b>	Centre hospitalier universitaire de Québec
<b>CHUQ-HSFA</b>	Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital Saint-François d'Assise
<b>CJQ</b>	Centre jeunesse de Québec
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CLSC BVLV</b>	CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier
<b>CPLT</b>	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
<b>CRUV</b>	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
<b>DPJ</b>	Direction de la protection de la jeunesse
<b>DRSP</b>	Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
<b>FEJ</b>	Famille-Enfance-Jeunesse
<b>LPJ</b>	Loi de la protection de la jeunesse
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>NÉ-GS</b>	Naître égaux-Grandir en santé
<b>OLO</b>	« Oeufs, lait et jus d'orange »
<b>PIPQ</b>	Projet-intervention-prostitution Québec inc.
<b>PSI</b>	Plan de services individualisé
<b>RRSSS</b>	Régie régionale de la santé et des services sociaux
<b>UMF</b>	Unité de médecine familiale

## 1. PROBLÉMATIQUE

### 1.1 MATERNITÉ EN CONTEXTE DE TOXICOMANIE

La consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants est maintenant reconnue comme un problème de santé publique, tant pour la fréquence du phénomène que pour la gravité des conséquences possibles parmi lesquelles des coûts sociaux et économiques considérables. Devant la nécessité d'agir, un avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie a recommandé la mise en place de services dédiés à cette clientèle (CPLT, 1999).

- *L'ampleur de la problématique de la consommation de substances psychoactives en contexte de maternité*

La consommation importante d'alcool par les femmes en âge d'avoir des enfants est un problème relevé par Guyon *et al.* (2002) qui soulèvent l'hypothèse que les nouvelles générations de jeunes femmes s'orientent vers des comportements de consommation plus à risque. En fait, des enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec sur lesquelles s'appuient ces auteurs révèlent qu'une proportion importante des Québécoises en âge d'avoir des enfants consomment une grande quantité d'alcool, soit 30 % des 15 à 24 ans et 16 % des 25 à 44 ans, et que la consommation des adolescentes se rapproche de plus en plus de celle des jeunes hommes (Chevalier et Lemoine, 2000; Guyon et Desjardins, 2002). Cette situation est également observée aux États-Unis et en Irlande (Wilsnack et Wilsnack, 1991; Rhen *et al.*, 2001).

Pour ce qui est de la consommation d'alcool à un moment ou l'autre de la grossesse, on estime que 26 à 32 % des femmes québécoises en ont consommé. Cette proportion serait de 17 à 25 % chez les femmes canadiennes (Santé Canada, 2002). Selon les mêmes sources, 7 à 9 % des Canadiennes auraient bu pendant toute la durée de leur grossesse (cette donnée n'est pas disponible pour le Québec).

Les conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool sont de mieux en mieux documentées et dépendent de divers facteurs, dont la quantité consommée, le stade de développement du fœtus lorsqu'il est exposé, le métabolisme de la mère et le bagage génétique du fœtus. L'alcool est un produit reconnu comme étant tératogène (Santé Canada, 2002). La prévalence des anomalies congénitales dues à la consommation d'alcool en cours de grossesse n'est pas connue, notamment en raison des difficultés liées à leur détection. Toutefois, la fréquence du syndrome d'alcoolisme fœtal<sup>1</sup>, soit la forme la plus grave de ces anomalies, est estimée à 1-2 pour 1000 naissances vivantes au Canada. Les coûts supplémentaires pour les soins, l'éducation et les services sociaux seraient d'environ 1,4 million de

<sup>1</sup> Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est un diagnostic médical pouvant être posé lorsque trois traits essentiels sont décelables chez le nouveau-né : une restriction de la croissance prénatale et postnatale, un faciès dysmorphique caractéristique et une atteinte du système nerveux central. Le diagnostic d'effets de l'alcool sur le fœtus peut être établi quand le bébé présente certaines caractéristiques de SAF et lorsque l'exposition à l'alcool a été confirmée. Enfin, les anomalies congénitales liées à l'alcool désignent de façon générale les anomalies physiques, développementales et comportementales attribuées à l'exposition à l'alcool durant la vie fœtale (Santé Canada, 2002).

dollars par personne atteinte de ce syndrome (Santé Canada, 2002). Il est aussi possible que l'exposition prénatale à l'alcool soit un facteur de risque de consommation problématique d'alcool chez les jeunes adultes, mais les mécanismes explicatifs ne sont pas connus (Baer *et al.*, 2003).

Les données canadiennes et québécoises sur la consommation de drogues illégales par les femmes enceintes sont rares. Aux États-Unis, selon une enquête réalisée entre 1996 et 1998, 6,4 % des femmes en âge de procréer et 2,8 % des femmes enceintes disaient avoir pris des drogues illégales durant le mois précédant l'enquête. Parmi les femmes qui consommaient des drogues en début de grossesse, 93 % disaient s'en être abstenues durant le dernier trimestre (Ebrahim et Gfroer, 2003).

Les études portant sur les effets des drogues sur le fœtus présentent parfois des résultats contradictoires et leur interprétation est souvent imprécise. Par exemple, la consommation de cocaïne a été associée à des problèmes de développement, mais il semble que ce soit plutôt d'autres facteurs, comme le tabagisme, la consommation concomitante d'alcool ainsi que la qualité de l'environnement dans lequel vit l'enfant, qui soient en cause (Frank *et al.*, 2001). Malgré cela, il est bien établi que les fœtus exposés à des produits qui donnent une dépendance physique, en particulier les opiacés, sont sujets à présenter des manifestations de sevrage à la naissance et sont à risque de mortinaissance, de retard de croissance intra-utérin, de prématurité et de décès néonatal. Certains produits comme la cocaïne, les amphétamines et le tabac provoquent une constriction des vaisseaux sanguins qui peut, à son tour, occasionner un décollement placentaire, la naissance prématurée et même le décès du fœtus (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1994).

La consommation de substances psychoactives par les parents peut également avoir des effets délétères sur le développement psychologique et sur l'adaptation sociale des enfants. D'après une recension des écrits réalisée par Clément et Tourigny (1999), la maltraitance des enfants est souvent associée à la consommation de substances psychoactives par les parents. Dans les études citées par ces auteurs qui ont été menées auprès de parents toxicomanes, le taux de mauvais traitements envers un enfant varie de 20 à 42 %. Les études réalisées auprès de parents maltraitants révèlent pour leur part que plus du tiers d'entre eux ont des problèmes de toxicomanie (Clément et Tourigny, 1999).

Dans une étude des trajectoires de vie de mères toxicomanes réalisée au Québec, une proportion importante des femmes rencontrées ont grandi dans des familles où les parents avaient une consommation abusive d'alcool ou de drogues et ont été victimes de négligence, de violence et d'abus pendant l'enfance. À l'âge adulte, au moment de devenir à leur tour parents, ces femmes se retrouvent fréquemment dans des conditions de pauvreté, n'ont pas de réseau social pour les soutenir en situation de crise et vivent parfois dans un environnement de délinquance et de criminalité. Les conséquences de la toxicomanie de la mère sur l'enfant sont donc associées, de façon complexe, à l'ensemble de ces conditions de vie (Guyon *et al.*, 2002). D'après la recension des écrits de Clément et Tourigny (1999), les problèmes de santé à la naissance, la maltraitance, les antécédents de la mère et les conditions socioéconomiques de la famille sont autant de facteurs pouvant entraîner des retards de développement psychomoteur, intellectuel et langagier ainsi que des problèmes d'adaptation sociale des enfants (Clément et Tourigny, 1999).

➤ *Recommandations sur les services à mettre en place*

D'après les études recensées par Guyon *et al.* (1998), les femmes souffrant de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives sont généralement ambivalentes face à leur maternité et craignent d'être incompetentes ou de reproduire leur propre histoire avec leurs enfants. Au moment de la maternité, elles désirent changer leur vie et rompre avec un passé trop lourd. Elles souhaitent être de bonnes mères et leurs attitudes et leurs attentes face à la maternité ressemblent à celles des autres femmes. Une recherche empirique récemment menée au Québec confirme ces informations et fait ressortir que cette volonté de changer et leur amour maternel ont grandement besoin d'être soutenus car les obstacles sont nombreux (Guyon *et al.*, 2002; De Koninck *et al.*, 2003).

En 1999, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie recommandait de privilégier une approche globale, « une approche qui vise le soutien aux parents... » (CPLT, 1999, p. 14). On suggérait « que, dans une perspective de réduction des méfaits, les interventions auprès des parents ou futurs parents toxicomanes visent d'abord à assurer la sécurité des enfants sans que soit exigée à tout prix l'abstinence pour maintenir la responsabilité parentale » (*ibid.*).

Le réseau de la santé et des services sociaux possède déjà l'expertise pour offrir, en CLSC, des services globaux de périnatalité à des femmes et à des familles qui vivent dans des conditions de vie précaires. Par le biais du programme *Naître égaux – grandir en santé* (NÉ-GS), qui s'adresse à des femmes pauvres et sous-scolarisées, on s'applique à offrir un suivi intensif et continu constitué principalement de visites à domicile s'étendant de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans (Boyer et Laverdure, 2000). L'évaluation des effets du volet prénatal a montré des gains pour la mère, entre autres au regard de sa santé mentale (Boyer *et al.*, 2001).

Le CPLT (1999) faisait également les recommandations suivantes : que des projets pilotes de concertation soient mis en place, suivis et évalués; que les intervenants soient formés; que les traitements spécialisés soient accessibles et adaptés; et que la recherche soit encouragée.

## 1.2 PROJET RÉALISÉ DANS LA RÉGION DE QUÉBEC

Le projet piloté Passerelle est la première étape de la mise en place, dans la région de Québec, de services dédiés spécifiquement aux femmes toxicomanes<sup>2</sup> enceintes ou mères de jeunes enfants (RRSSS, 1999). Le territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier (BVLV) a été retenu pour développer ces services car, à ce moment, on estimait que chaque année ce secteur voyait environ 100 femmes ayant des problèmes dus à la consommation d'alcool et de drogues donner naissance à un bébé (Michaud, 1999).

<sup>2</sup> Dans ce rapport, les expressions « toxicomanes » et « personnes ayant des problèmes dus à la consommation d'alcool et de drogues » ont la même signification. Elles désignent les personnes dont la consommation de substances psychotropes pose des problèmes importants, par exemple, de la difficulté à s'acquitter de ses fonctions sociales, des problèmes juridiques, des situations financières précaires, de la dépendance aux substances psychoactives, etc. Bien que des diagnostics médicaux ne soient pas toujours posés, ces problèmes correspondent généralement aux critères d'abus ou de dépendance du DSMIV (American Psychiatric Association, 1996).

Le projet pilote a débuté en juin 2000. Il comprend trois volets. Le premier volet permet d'ajouter un suivi de type NÉ-GS aux services de base déjà offerts aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui ont des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues ou encore à celles qui ont déjà eu un problème grave de toxicomanie. Pour intensifier les services, NÉ-GS propose qu'une intervenante en périnatalité établisse une relation privilégiée avec la femme et sa famille. Elle assure un suivi global, principalement à domicile, durant la période de la grossesse et pendant les deux premières années de vie de l'enfant. L'objectif du projet pilote est d'adapter ce suivi de périnatalité aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes, dans un contexte de services non spécialisés. Le défi est de développer des approches novatrices adaptées à la maternité, et ce, dans une perspective de réduction des méfaits. Cela exige que les intervenantes en périnatalité améliorent leurs habiletés à identifier les personnes qui ont des problèmes relatifs à la consommation d'alcool et de drogues, à évaluer leur motivation au changement et à offrir ensuite des services adaptés aux besoins individuels.

Le deuxième volet, « la consolidation d'une trajectoire de services », vise à mettre en place des mécanismes de référence, de consultation et de collaboration ainsi qu'à favoriser la continuité des services offerts par le CLSC, les cliniques de périnatalité et les services d'obstétrique des hôpitaux, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, la Direction de la protection de la jeunesse et les organismes communautaires qui sont susceptibles de rejoindre des femmes qui ne fréquentent pas le réseau institutionnel.

Le troisième volet consiste en « l'information, la formation et le perfectionnement continu » des intervenantes et des intervenants des organismes concernés dans la trajectoire de services.

Les objectifs généraux définis dans le projet pilote étaient très ambitieux (RRSSS, 1999). Lors de l'élaboration du devis d'évaluation, les objectifs suivants furent retenus :

- ◆ Améliorer les habitudes de vie pendant la grossesse.
- ◆ Cesser la consommation d'alcool ou de drogues pendant la grossesse et l'allaitement (dans des conditions médicales sécuritaires).
- ◆ Réduire les méfaits de l'alcool ou des drogues lorsque les mères continuent de consommer : diminuer la consommation d'alcool ou de drogues durant la grossesse; diminuer les complications associées à la consommation d'alcool ou de drogues pendant la grossesse (syndromes de sevrage à la naissance, alcoolisation fœtale); prévenir l'exposition de l'enfant allaité à l'alcool ou aux drogues; diminuer la négligence et assurer la sécurité des enfants.
- ◆ Diminuer les complications de la grossesse et de l'accouchement.
- ◆ Diminuer les complications périnatales (du nouveau-né).
- ◆ Diminuer les placements d'enfants.
- ◆ Favoriser la réalisation d'un projet de vie.

La population visée par le projet est composée des femmes enceintes et des nouvelles mères : qui ont des problèmes associés à la consommation d'alcool ou de drogues ou encore qui ont déjà eu un problème grave de toxicomanie; qui requièrent des services prénataux et périnataux; et qui habitent sur le territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier.

## 2. OBJECTIFS D'ÉVALUATION

Cette démarche d'évaluation fournit l'occasion de poser un regard critique sur la nature des services mis en place, sur leur réponse aux besoins spécifiques des personnes touchées par le projet, sur le fonctionnement des mécanismes de collaboration et de référence entre les organismes et sur les retombées pour la clientèle.

Plus spécifiquement, les objectifs poursuivis par l'évaluation sont les suivants :

- 1) Décrire les caractéristiques des femmes, des enfants et des familles qui reçoivent les services.
- 2) Décrire la nature des services mis en place pour répondre aux besoins spécifiques des femmes qui ont vécu ou qui vivent des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues.
- 3) Identifier les pratiques et les interventions novatrices mises en place dans le contexte du projet pilote.
- 4) Décrire et comprendre les modalités de mise en place et de fonctionnement des mécanismes de collaboration et de référence entre les organismes.
- 5) Estimer les retombées du projet pilote pour réduire les méfaits de la consommation de psychotropes des femmes toxicomanes enceintes et des mères de jeunes enfants.
- 6) Estimer les autres retombées du projet pilote sur la femme, le nouveau-né et la famille.

### **3. MÉTHODOLOGIE**

#### **3.1 STRATÉGIE D'ÉVALUATION**

Le devis de cette étude n'a pas été conçu pour conclure à des liens de causalité entre le projet et ses effets. Une évaluation reposant sur la mesure des effets au sens strict aurait nécessité la mise en place d'un projet à caractère expérimental, impossible à réaliser dans le contexte actuel de pratique du CLSC. Il s'agit plutôt d'une étude exploratoire cherchant à mieux comprendre la clientèle ainsi que les services et les pratiques adaptés à ses besoins, et ce, dans le contexte spécifique de la région de Québec.

Compte tenu des objectifs de l'évaluation, la méthodologie retenue est de caractère mixte, quantitatif et qualitatif. Des données quantitatives furent d'abord recueillies, pour ensuite être complétées par des données qualitatives. Ces dernières permettent une compréhension plus en profondeur des variables étudiées. Elles permettent l'ajout de nouvelles variables et l'expression de sujets ou de préoccupations qui n'avaient pas été envisagés lors de l'élaboration du protocole d'évaluation.

#### **3.2 SOURCES ET COLLECTES DE DONNÉES**

Un formulaire de suivi élaboré avec la collaboration des intervenantes a permis d'obtenir des données quantitatives décrivant la clientèle et les services qu'elle a reçus dans le cadre du projet. Ce formulaire a été rempli par les intervenantes à partir des informations déjà colligées au dossier des femmes suivies.

Les informations qualitatives furent recueillies d'abord à partir de sources documentaires, tels les comptes-rendus de rencontres et les documents produits dans le cadre du projet. Ces données permettent de comprendre les étapes de l'implantation du projet.

Puis, des entrevues individuelles ont été réalisées auprès d'intervenantes et d'intervenants du CLSC et des organismes concernés en protection de la jeunesse et en toxicomanie, ainsi qu'auprès de personnes responsables de la coordination de ces services. Ces entrevues auprès d'informateurs clés enrichissent l'information déjà colligée et permettent notamment de décrire et de comprendre la façon dont les services ont été adaptés et quels ont été les changements de pratique préconisés dans le projet pour répondre aux besoins spécifiques des femmes qui présentent des problèmes dus à la consommation de substances psychoactives.

Il était prévu que deux ans après l'implantation du projet, des clientes seraient aussi rencontrées, entre autres pour évaluer les effets du projet sur elles-mêmes et sur leur famille. Cela n'a pas été possible, car le nombre de femmes pouvant être vues n'était pas suffisant pour assurer la fiabilité des résultats.

Les femmes ayant accepté que les données qui les concernent soient colligées ainsi que les intervenantes rencontrées ont donné leur consentement par écrit, tel que requis par le comité d'éthique

de la recherche clinique du CHUQ. La confidentialité a été protégée tout au long de la réalisation de l'évaluation, par un accès restreint aux données qui, par ailleurs, étaient dénominalisées.

### 3.3 DIMENSIONS RETENUES

Les principaux indicateurs de processus retenus visaient à décrire la clientèle ayant participé au projet, les services qu'elle a reçus et les activités réalisées à l'intérieur des trois volets du projet. Les perceptions des intervenantes et des intervenants au sujet de la clientèle et des services permettent de décrire l'évolution des pratiques professionnelles, de relever les interventions novatrices mises en place dans le cadre du projet et de comprendre les conditions nécessaires à ces changements. Ces indicateurs sont également utilisés pour décrire et comprendre les modalités de mise en place et de fonctionnement des mécanismes de collaboration et de référence entre les organismes.

Les indicateurs d'effets retenus étaient : les habitudes de vie pendant la grossesse, la consommation d'alcool ou de drogues pendant la grossesse et après l'accouchement, la motivation à cesser ou à contrôler la consommation, les façons de consommer lors de l'allaitement, les stratégies des mères pour assurer la sécurité de leurs enfants lorsqu'elles consomment, les complications de la grossesse et de l'accouchement, la santé des bébés à la naissance, les placements d'enfants et l'évolution des mères vers le désir de réaliser un projet de vie.

### 3.4 ANALYSE DES DONNÉES

Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel SAS version 8.

Pour ce qui est des données qualitatives, d'une part, les comptes-rendus des réunions des comités ont été relus et le matériel produit a été revu pour dégager certains éléments marquants de l'implantation du projet. D'autre part, les entrevues ont été transcrites *verbatim* puis ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Dans un premier temps, chaque entrevue a été analysée de façon verticale afin de cerner les expériences individuelles en lien avec le rôle joué par les répondantes et les répondants dans le projet. Une synthèse des propos tenus a également été préparée, ce qui a permis de faire ressortir les éléments clés des discours individuels. Le matériel a ensuite été analysé de façon transversale et, pour ce faire, découpé selon les thèmes définis dans le guide utilisé pour les entrevues. Certains autres thèmes, qui ont émergé des propos recueillis, ont été ajoutés en cours d'analyse, donnant lieu à une deuxième catégorisation.

Il était prévu de réaliser l'évaluation des effets par la triangulation des données descriptives quantitatives et des données qualitatives portant sur la perception, par les intervenantes et les femmes elles-mêmes, des effets du projet sur la clientèle. Comme ces dernières n'ont pas été questionnées sur leur perception des services reçus, certaines analyses n'ont pas pu être réalisées.

## 4. RÉSULTATS

La revue des sources documentaires permet de comprendre les étapes de l'implantation du projet dans une approche chronologique. Ces résultats sont donc présentés en premier lieu. Ensuite, sont exposés les résultats des analyses quantitatives décrivant la clientèle et les services. Les entrevues auprès des informatrices et des informateurs clés complètent la section des résultats.

### 4.1 REVUE DES SOURCES DOCUMENTAIRES

#### 4.1.1 La mise en place des services cliniques au CLSC

Tôt après le démarrage du projet, un comité « Maternité et toxicomanie », formé d'intervenantes et d'intervenants des deux points de service, du gestionnaire coordonnant le projet au CLSC et de la responsable de l'évaluation à la Direction de santé publique, a été mis en place. Son mandat initial était de participer à la planification de l'évaluation, notamment par l'élaboration des instruments de collecte de données concernant la clientèle. Rapidement toutefois, la mission s'est transformée et est devenue celle de soutenir la mise en place des services cliniques au CLSC. Après quelques mois, le comité s'est fusionné avec celui chargé de l'implantation du programme NÉ-GS du CLSC.

#### ➤ *Des services à définir*

Dès le début de la mise en oeuvre du projet, les intervenantes se posaient plusieurs questions au sujet de ses aspects opérationnels. Ces derniers étaient, d'après elles, insuffisamment définis. De façon plus particulière, elles s'interrogeaient sur les caractéristiques de la clientèle cible du projet. Visait-on toutes les femmes prenant des drogues ? Quels types de problèmes justifiaient qu'une femme bénéficie des services ? Et surtout, comment devait-on composer avec le déni ?

La revue des comptes-rendus du comité « Maternité et toxicomanie » révèle que celui-ci a rapidement orienté ses travaux autour de la définition de critères de recrutement de la clientèle. Il a alors été décidé de considérer comme admissibles toutes les femmes présentant des risques de méfaits dus à la consommation. Depuis, conformément aux critères adoptés en janvier 2001, le programme est offert aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui, pendant la grossesse, ont une consommation de psychotropes pouvant mettre en péril le développement du fœtus, qui ont des problèmes liés à leur consommation de psychotropes ou qui ont déjà eu un problème important d'alcoolisme ou de toxicomanie (ex. : problème préalable justifiant des traitements, usage de drogues injectables, problème antérieur ayant requis le placement d'enfants, etc.).

En avril 2001, on a soulevé auprès des membres du comité un questionnement quant à la nécessité de requérir le consentement des femmes devant recevoir des services. Il n'en fallait pas plus pour susciter un débat sur la spécificité de ces derniers. À quoi devaient consentir les femmes ? Que leur offrait-on qui demanderait un consentement particulier ? Les membres du comité ne voyaient pas clairement comment le suivi proposé par le programme NÉ-GS était différent de celui habituellement offert à une clientèle en difficulté. De plus, il semblait difficile de demander aux femmes d'accepter des services « maternité et toxicomanie » sans les effrayer. Il a alors été décidé de déterminer les services

spécifiquement offerts à l'intérieur du projet à partir de documents produits dans le cadre du programme NÉ-GS et, du même coup, de lancer un concours pour lui trouver un nom moins stigmatisant. Après cela seulement, il deviendrait pertinent de présenter ces services aux femmes et de leur demander explicitement si elles consentent à les recevoir.

Pour réaliser ces tâches, on a formé des sous-groupes de travail chargés de définir les principes du suivi NÉ-GS. Selon la gestionnaire du projet au CLSC<sup>3</sup>, c'est à ce moment que les intervenantes ont précisé la notion d'intervenante privilégiée, le rôle et le fonctionnement d'une équipe interdisciplinaire ainsi que la « trajectoire de services » au CLSC qui devrait être suivie par les femmes selon les problématiques présentées. Un dépliant a aussi été conçu pour faciliter la présentation des services et le recrutement des femmes. Ces activités ont duré un an et ont été finalisées à l'automne 2002.

➤ *Un important roulement du personnel*

D'après les informations recueillies auprès de la gestionnaire du projet au CLSC<sup>3</sup>, il y a eu une rotation importante du personnel infirmier des deux points de services durant l'année 2002. Il en est résulté le remplacement de la majorité des infirmières qui étaient présentes au début du projet.

➤ *Certaines questions éthiques*

Comme nous l'avons dit plus haut, la question de la nécessité de requérir le consentement des femmes a été soulevée au sein du comité. À ce moment, il ne faisait aucun doute que le consentement écrit des femmes était nécessaire pour transmettre des données aux responsables de l'évaluation devant les traiter et pour communiquer des informations entre les organismes. Il était aussi bien compris que la confidentialité devait toujours être respectée.

Ce qui était moins clair était l'importance de demander aux femmes leur consentement explicite avant de leur offrir le suivi selon le modèle proposé dans le projet Passerelle et, le cas échéant, de décider si ce consentement devait être écrit ou verbal. Une autre question se posait sur la nécessité du consentement écrit des femmes pour utiliser les données qui les concernent dans la compilation des statistiques annuelles au CLSC même.

Devant les incertitudes que soulevaient ces questions et en raison des différentes visions qui s'opposaient, un avis éthique et juridique a été demandé. Le consultant a réaffirmé le principe du consentement libre et éclairé. Celui-ci est nécessaire pour offrir des soins et utiliser des données à des fins statistiques, et ce, peu importe que Passerelle soit un projet d'intervention ou un projet de recherche. Les femmes doivent donc être informées qu'elles présentent des problèmes qui leur donne accès à un service particulier, de façon à pouvoir donner ce consentement par la suite. Par ailleurs, celui-ci doit être écrit si les intervenantes savent, au moment de voir les femmes, que les informations recueillies pour un usage clinique seront utilisées à des fins statistiques, la situation étant différente lorsque les données sont colligées rétrospectivement. Enfin, le consultant a rappelé la nécessité de soumettre le devis d'évaluation à un comité d'éthique, ce qui était prévu.

---

<sup>3</sup> Information obtenue lors d'une rencontre tenue en janvier 2003.

#### 4.1.2 La mise en place des mécanismes de collaboration et de référence

Un comité avisier, dirigé par la professionnelle de la RRSSS responsable de la coordination régionale du projet, a été mis en place. Les organismes collaborant au projet y étaient représentés : CLSC BVLV, CRUV, CJQ, CHUQ Hôpital Saint-François d'Assise, PIPQ et DRSP de la RRSSS. Le mandat de ce comité était de superviser l'implantation du projet et de faciliter la mise en place des mécanismes de collaboration entre les organismes concernés par les services aux femmes toxicomanes enceintes et nouvelles mères.

➤ *Avec le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve*

Le CRUV a apporté sa collaboration au projet dès le démarrage. Cette coopération a certainement été facilitée par le fait que deux intervenantes de cet organisme avaient déjà leurs bureaux dans le CLSC. L'une s'occupait de l'évaluation de la toxicomanie des personnes qui consultent au CRUV pour obtenir de l'aide dans le traitement de ce problème tandis que l'autre a rapidement été affectée au projet pour agir à titre de consultante en toxicomanie auprès du personnel de périnatalité du CLSC. Cette dernière s'est également impliquée dans le comité « Maternité et toxicomanie » du CLSC.

Dès l'automne 2000, les gestionnaires du CRUV ont décidé que les femmes toxicomanes enceintes ou mères de jeunes enfants, ainsi que leurs conjoints, bénéficieraient d'un accès prioritaire aux services de cet organisme, et ce, dans tous ses points de service de la région de Québec.

À l'automne 2002, par le moyen de supervision clinique, l'intervenante du CRUV a donné une formation sur l'entrevue motivationnelle au personnel du point de services de Limoilou.

➤ *Avec la Direction de la protection de la jeunesse*

C'est en novembre 2000 qu'ont débuté les discussions sur la participation de la DPJ au projet. En septembre 2001, deux intervenants de la DPJ ont été nommés pour assurer le suivi de la clientèle toxicomane dans les cas où un signalement devrait être retenu par la DPJ. Un membre de l'équipe d'évaluation de la DPJ a d'ailleurs été désigné pour agir comme consultant auprès des intervenantes de périnatalité du CLSC en matière de protection des enfants. En mars 2002, ce même intervenant a donné une formation sur la gestion du risque et le concept de protection en contexte de toxicomanie.

➤ *Avec les organismes communautaires*

Une première rencontre a eu lieu en octobre 2001 avec les représentants des organismes communautaires oeuvrant auprès de femmes plus marginalisées, soit : Maison Dauphine, Point de Repères, L'Auberivière, Portage, PIPQ et Résidence le Portail. Le but était de présenter les services offerts dans le projet Passerelle et de mettre en place des mécanismes de collaboration. Les personnes présentes reconnaissent deux types de besoins spécifiques aux femmes toxicomanes en situation de maternité, soit l'hébergement et un accès immédiat et direct aux services. Ces constats commandèrent : « de mettre en place une porte d'entrée rapide et personnalisée (aux services du CLSC); de trouver un

mécanisme pour répondre à des besoins particuliers ; et de réfléchir sur la question d'hébergement et de trouver des solutions »<sup>4</sup>.

À la suite de ces propositions, un café-causerie a été organisé en janvier 2002 afin de présenter les deux infirmières agissant comme agentes de liaison et responsables de l'accueil personnalisé des femmes amenées par le personnel des organismes communautaires au CLSC.

Une troisième rencontre a eu lieu pour continuer à développer la collaboration. Au cours de celle-ci, on s'est attardé sur le besoin de clarifier les responsabilités relatives à la protection des enfants et au rôle de la DPJ. Il a été convenu que le personnel des organismes communautaires serait invité à participer à la formation prévue sur « la gestion du risque dans un contexte de protection des enfants ». Malgré l'invitation, très peu d'entre eux ont participé à cette formation.

➤ *Avec le milieu médical et les cliniques de périnatalité*

En décembre 2000, l'idée de développer des liens avec l'Unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ) a été concrétisée par une rencontre entre trois médecins, soit deux de l'hôpital et un du CLSC, et la gestionnaire de l'équipe Famille, Enfance, Jeunesse du CLSC. Les discussions ont abouti à l'intention d'aménager des relations privilégiées avec ce milieu hospitalier en ce qui a trait au suivi médical des femmes prises en charge dans le cadre du projet. On a prévu que les femmes profitant d'un suivi de grossesse au CLSC seraient référées personnellement à l'UMF. Les gens présents ont manifesté une ouverture à définir des modalités permettant la participation du médecin de l'UMF à des discussions de cas. Pourtant, ces plans ne semblent pas avoir été réalisés à ce jour.

Au printemps 2001, une rencontre a eu lieu avec les obstétriciens gynécologues de l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ) afin, encore une fois, d'instaurer des liens. Quelques mois plus tard, en octobre, le projet Passerelle a été présenté à trois groupes de professionnelles et professionnels en périnatalité du même hôpital, incluant des médecins, des infirmières et des gestionnaires. Enfin, en mai 2002, le personnel de l'autre hôpital accoucheur de Québec, l'Hôpital du Saint-Sacrement (CHA), a également été rencontré. En novembre 2001, on a aussi présenté le projet aux pédiatres, à l'occasion des *Entretiens de pédiatrie*, un colloque annuel rassemblant ces spécialistes.

### 4.1.3 La formation

En 1999, une enquête effectuée auprès d'intervenantes œuvrant avec cette clientèle a mis en lumière de multiples besoins de perfectionnement (Michaud, 1999). Afin de préciser ceux-ci, un « *focus group* » a été organisé, en mai 2000, avec une vingtaine d'intervenantes issues de l'équipe Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) du CLSC BVLV, du Centre hospitalier universitaire de Québec - Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ-HSFA), du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (CRUV) et du Centre jeunesse de Québec (CJQ). Cette activité a été réalisée en collaboration avec des conseillers de la Direction générale de la formation continue de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

<sup>4</sup> Compte-rendu du comité avisé, 31 octobre 2001

Cette démarche a donné lieu à l'élaboration d'un plan de formation dont les objectifs étaient les suivants :

- Parfaire les connaissances générales dans le domaine de la toxicomanie : personnes toxicomanes et particularités de l'intervention auprès d'elles ; reconnaissance de la toxicomanie et instruments de dépistage ; confidentialité et éthique. Cette formation a duré deux jours.
- Connaître les effets des différentes drogues sur la grossesse, le fœtus, l'allaitement, le nourrisson, et ce, en fonction des stades de grossesse et du niveau de consommation. Cette formation a duré deux jours.
- Habilitier les intervenantes à adapter davantage leur pratique aux réalités des femmes toxicomanes souvent réticentes à admettre leur consommation et non motivées à changer leur comportement. Une session de formation de deux jours portant sur « l'entrevue motivationnelle » a été offerte. Elle a été complétée par trois demi-journées, sous forme de supervision clinique, où les intervenantes discutaient de problèmes constatés dans leur pratique.
- Habilitier les intervenantes à utiliser le plan de services individualisé (PSI). La formation théorique d'une journée a porté sur la démarche du PSI et les principes qui le sous-tendent. Elle a été suivie par une demi-journée de discussions sur les difficultés d'application rencontrées.
- Aborder la gestion du risque, principalement au niveau de la sécurité et du développement de l'enfant dans le contexte de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Une journée de formation sur « la gestion du risque dans un contexte de protection des enfants » a été organisée en collaboration avec le CJQ.

Au total, le programme de formation durait donc dix jours. Les sessions de formation étaient offertes aux intervenantes et aux intervenants des réseaux institutionnel et communautaire susceptibles d'être en contact avec les mères toxicomanes et leurs enfants. Ces personnes oeuvraient dans les domaines de la périnatalité, de la toxicomanie et de la protection de la jeunesse. Une quarantaine d'entre elles ont participé à l'une ou l'autre des sessions organisées entre novembre 2000 et le printemps 2002.

## **4.2 ÉTUDE QUANTITATIVE**

### **4.2.1 La clientèle admissible au projet et la participation à l'évaluation**

Du 2 décembre 2001 au 1<sup>er</sup> décembre 2002, 55 personnes admissibles aux services du programme Passerelle ont été suivies au CLSC. À l'automne 2002, les intervenantes ont eu la consigne de demander aux femmes admissibles au programme si elles autorisaient, aux fins d'évaluation, la transmission des données les concernant à la Direction de santé publique. Dix-sept femmes ont accepté et signé un formulaire de consentement approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHUL. Ainsi, 31 % (17/55) des femmes admissibles suivies durant l'année qui ont participé à l'évaluation<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> À la suite d'une vérification auprès du CLSC, des informations supplémentaires ont été obtenues. Neuf femmes ont refusé de participer. Le personnel du projet Passerelle a jugé qu'il était inapproprié de faire cette demande à sept personnes. Sept autres n'ont pu être rejointes. Enfin, les dossiers de quinze femmes suivies à un moment ou l'autre de l'année avaient été fermés au moment de l'évaluation.

Le suivi auprès des dix-sept femmes participant à l'évaluation a débuté entre juin 2000 et décembre 2002. Les données présentées dans ce rapport portent sur ces dix-sept maternités qui ont donné le jour à quinze bébés avant décembre 2002.

#### 4.2.2 La description de la clientèle

##### ➤ *Les femmes*

Au moment de la collecte de données, la majorité des femmes participant à l'évaluation, soit quatorze, étaient âgées de 20 à 29 ans. Une seule était plus jeune, appartenant au groupe d'âge 18-19 ans, et deux autres plus vieilles, soit entre 30 et 34 ans. Onze femmes n'avaient pas terminé le secondaire 5 ou l'équivalent et treize recevaient de l'aide sociale comme principale source de revenus. Parmi les difficultés rencontrées par les participantes, les problèmes financiers étaient les plus fréquents, touchant treize femmes sur dix-sept. Les déménagements arrivaient au deuxième rang, neuf femmes étant dans cette situation. Huit femmes avaient des relations ardues avec leur entourage. Par ailleurs, il est à noter que sept femmes avaient déjà eu des démêlés avec la justice.

Selon les données relatives à la situation familiale, sept femmes faisaient partie d'une famille biparentale ou recomposée, sept autres assumaient la charge d'une famille monoparentale avec enfants et trois femmes vivaient seules. Au moment de la grossesse faisant l'objet du suivi, onze femmes étaient primipares, deux avaient un enfant et quatre étaient déjà deux fois mères.

Les femmes ont été admises à recevoir les services de Passerelle pour les raisons suivantes : douze femmes reconnaissaient avoir un problème de consommation d'alcool et de drogues, deux présentaient manifestement des problèmes actuels et trois autres disaient avoir eu un problème antérieur maintenant « résolu ». Parmi l'ensemble des femmes, dix avaient déjà reçu des traitements pour un problème de toxicomanie. Avant la grossesse, les principaux produits consommés étaient le cannabis par treize femmes, la cocaïne par douze et l'alcool pour onze autres. Quinze femmes prenaient au moins deux substances et trois faisaient usage de drogues par voie intraveineuse. Les femmes qui disaient ne plus consommer aucun produit pendant la grossesse étaient au nombre de cinq.

Les informations sur le tabagisme révèlent que douze femmes fumaient avant la grossesse et que six ne fumaient pas. Les douze fumeuses n'avaient pas cessé de fumer pendant la grossesse, mais pour neuf d'entre elles, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement était dans une catégorie inférieure pendant la grossesse que ce qu'il était avant celle-ci. Parmi les onze femmes qui ont accouché et qui fumaient pendant la grossesse, six disaient avoir cessé après la naissance du bébé.

##### ➤ *Les nouveau-nés*

Les quelques données sur la santé des quinze nouveau-nés attestent que quatre d'entre eux (27 %) sont nés prématurément à moins de 37 semaines de grossesse et que le même nombre avait un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes. Par ailleurs, quatre nouveau-nés (27 %) ont été nourris au lait maternel à la sortie de l'hôpital.

### 4.2.3 La description du suivi

➤ *Motif, fréquence et lieu du suivi*

Pour ce qui est des services reçus par les femmes participant à l'évaluation, les données colligées montrent que le programme OLO (œufs, lait et jus d'orange) a servi de porte d'entrée à douze d'entre elles. Le besoin d'un test de grossesse en a amené une autre à recourir aux services du CLSC alors que divers motifs ont été invoqués par les quatre dernières femmes.

Quatorze participantes ont fait leur première visite au CLSC pendant la grossesse. Le suivi de l'une d'entre elles a commencé tôt, c'est-à-dire avant la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse. Huit femmes ont été vues pour la première fois entre la 13<sup>e</sup> et la 19<sup>e</sup> semaine de grossesse et cinq autres après la 20<sup>e</sup> semaine. Enfin, trois femmes ont été rencontrées uniquement après la naissance du bébé.

Le suivi intensif réalisé auprès des participantes à l'évaluation a pris la forme de 546 contacts, soit 112 en période prénatale et 425 en période postnatale<sup>6</sup>. Pendant la grossesse, la majorité des contacts<sup>7</sup> (70 %) ont eu lieu au CLSC. Après la naissance, on a favorisé les contacts téléphoniques (48 %), suivis des visites à domicile (29 %) et des rencontres au CLSC (23 %).

En raison de la diversité du suivi, certaines femmes ayant été vues uniquement en prénatal, d'autres uniquement en postnatal et certaines à la fois avant et après l'accouchement, le nombre médian de contacts est présenté dans le tableau 1 selon la période de suivi. Parmi les quinze femmes qui ont accouché, trois n'avaient pas été vues en prénatal au CLSC. Le nombre médian de contacts avec celles suivies durant cette période est de neuf, ce qui est moindre que les douze contacts généralement recommandés. En période postnatale, le nombre médian de contacts est de 26, ce qui est nettement supérieur à la pratique usuelle, mais comparable à la recommandation du programme NÉ-GS, soit 26 visites durant les deux années après la naissance du bébé. Ces quinze femmes présentent une médiane de 31 contacts en prénatal et en postnatal (données non présentées dans le tableau 1).

---

<sup>6</sup> Cependant, il faut souligner que ce nombre est sous-estimé, car pour un questionnaire il manque des données couvrant une période de six mois.

<sup>7</sup> Il faut entendre par contact, les rencontres au CLSC, contacts téléphoniques et visites à domicile qui ont pu faire partie du suivi.

Tableau 1

## Nombre médian de contacts selon la période du suivi

Période	Nombre médian de contacts pendant la période (étendue)		Nombre de femmes suivies pendant la période
Prénatale	9	(1 - 16)	13
Naissance à 3 mois	8	(2 - 22)	14
4 - 6 mois	10	(2 - 23)	11
7 - 12 mois	10	(1 - 29)	9
13 - 18 mois	5	(1 - 17)	7
19 - 24 mois	8	(1 - 9)	3
Naissance à 24 mois	26	(4 - 76)	15

➤ *Intervenantes concernées*

Il a été possible de dégager des données disponibles quelles étaient les intervenantes les plus présentes dans le suivi des femmes. Pour cinq participantes, c'est une infirmière qui a réalisé plus de la moitié des contacts alors que dans le cas de quatre autres, c'est une intervenante sociale qui l'a fait. Pour deux femmes, plus de la moitié des contacts a été assurée par un tandem formé d'une infirmière et d'une intervenante sociale. Une autre a été suivie par cinq intervenantes, sans que l'une d'elles ne fasse plus du tiers des contacts. Les six dernières femmes n'ont pas été suivies suffisamment longtemps pour qu'il soit possible de dégager un profil.

➤ *Interventions réalisées*

Ces 546 contacts ont donné lieu à 1099 interventions. En période prénatale, celles-ci portaient principalement sur la nutrition ou le soutien alimentaire (49 %) ainsi que sur le suivi de santé (29 %). Un suivi psychosocial a été offert dans 16 % des cas. En période postnatale, les principales composantes des interventions réalisées ont été le suivi psychosocial (34 %), le suivi de santé (18 %), le renforcement des compétences parentales (18 %) et le soutien au développement de l'enfant (12 %).

#### 4.2.4 La description du soutien professionnel et des références

Les intervenantes ont bénéficié d'un soutien professionnel informel auprès de treize femmes. Des discussions de cas en équipe interdisciplinaire ont porté sur sept d'entre elles. Des plans de services individualisés (PSI) ont aussi été élaborés pour trois participantes.

Parmi les six-sept femmes suivies, huit ont été référées à des organismes communautaires, principalement des ressources en périnatalité et des services d'aide aux familles. Cinq femmes ont été

référéées au CRUV et le même nombre au CJQ. Enfin, trois femmes ont été dirigées vers un centre hospitalier et deux ont été conviées à recevoir des services en santé mentale.

### 4.3 ENTREVIUES AUPRÈS DES INTERVENANTES

#### 4.3.1 Les caractéristiques du projet selon les intervenantes

Loin de mettre en doute la pertinence d'offrir des services de périnatalité adaptés aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes, les intervenantes du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier adhèrent pleinement aux principes du projet Passerelle. D'après les intervenantes, un tel projet vise à détecter ces femmes le plus tôt possible, soit dès le début du suivi prénatal, afin de leur proposer du soutien et de les aider « dans leur démarche ». On considère aussi que le projet adopte une approche de réduction des méfaits en cherchant à limiter les conséquences de la consommation de psychotropes pour le fœtus, l'enfant et la mère.

Selon les intervenantes, le projet Passerelle a permis de nommer la problématique de la toxicomanie chez les mères et de lui dédier des ressources. L'intervention s'en trouve facilitée, grâce au temps consacré à créer un lien de confiance avec cette clientèle et au suivi intensif caractérisé par un nombre important de rencontres et par des visites à domicile. Elles souhaitent ainsi être en mesure de répondre à l'ensemble des besoins de ces femmes et de leurs familles. Enfin, elles considèrent que si Passerelle a, dans cette optique, une philosophie et une approche similaires à celles du programme « Naître égaux-Grandir en santé » (NÉ-GS), il s'en distingue toutefois par la clientèle ciblée, NÉ-GS ayant été conçu pour répondre aux besoins engendrés par les situations de grande pauvreté.

#### 4.3.2 L'implantation du projet telle qu'elles l'ont vécue

Plusieurs propos des intervenantes ont porté sur l'implantation du projet. Malgré son adhésion de principe à la pertinence du projet, le personnel est très critique à l'égard de son processus d'implantation. À quelques reprises, les personnes interviewées ont emprunté, pour décrire celui-ci, l'image de « *la charrue avant les bœufs* »<sup>8</sup>. En effet, les intervenantes jugent que le démarrage a été trop rapide et insuffisamment planifié. Le projet a commencé, disent-elles, avant qu'elles aient pu développer une vision globale de ce qu'il devait être : il « *est parti à l'envers* ». Par exemple, les balises concernant les critères de sélection, l'offre de services spécifiques ainsi que le suivi intensif n'avaient pas été énoncées au début de l'implantation. Les critères de sélection ont été définis dans les premiers mois de la mise en place du projet, alors que la spécificité du suivi ainsi que le concept d'intensification des services ne se sont précisés que plus tard. Le contenu du projet se construit donc en cours de route, dans la pratique. « *C'est comme si on a commencé sans trop savoir comment ce serait... et que ça s'est précisé au fil...* » « *C'est comme si on le construit en même temps qu'on le vit.* »

---

<sup>8</sup> Dans cette section, plusieurs *verbatim* sont rapportés pour appuyer la présentation des résultats. Certaines retouches ont parfois été faites dans le but d'en faciliter la lecture. De plus, compte tenu du petit nombre de personnes rencontrées et du peu de diversité des corps d'emploi représentés, il a été jugé préférable de ne pas identifier les auteurs des propos, même de façon dénominalisée, dans le but d'éviter les possibilités de recoupement et de protéger le caractère confidentiel des informations.

Comme il a été dit précédemment, un comité d'intervenantes a été formé pour faciliter l'implantation du projet Passerelle. Or, il s'est vu fusionner avec le comité d'implantation du programme NÉ-GS après quelques mois de fonctionnement. Cette décision, d'après les propos recueillis, a suscité des réactions divergentes. Certaines personnes craignaient un recul du fonctionnement du comité d'implantation de Passerelle, qui était alors très actif, alors que d'autres espéraient que la contribution des personnes associées à NÉ-GS aide à préciser la façon de faire le suivi.

D'après les propos des intervenantes, l'identification du projet auprès de la clientèle visée aurait assez rapidement créé une complication. En effet, peu de femmes toxicomanes confient ouvertement leur problème et sont prêtes à admettre qu'elles ont besoin de participer à un tel projet. Afin d'aplanir cette difficulté, il a été décidé de donner au projet un nom moins stigmatisant que « maternité et toxicomanie ». C'est ainsi qu'il est devenu le projet Passerelle. Les intervenantes se sont révélées assez critiques à l'endroit de cette préoccupation qui selon elles n'était pas la priorité, celle-ci étant plutôt la nécessité de définir le contenu du suivi.

À ces interrogations et à ces remarques critiques à propos de l'implantation se sont ajoutées des appréhensions quant à la continuité du projet dans l'avenir et à son financement. Selon les intervenantes, le projet n'aurait pu se réaliser sans l'addition de ressources et il faudra éventuellement penser à combler le manque de personnel si l'on veut en assurer la pérennité.

### 4.3.3 Le déroulement du projet

#### 4.3.3.1 *La clientèle telle que vue par les intervenantes*

Les attitudes et les comportements qu'adoptent les personnes visées par le projet Passerelle soit, d'une part, le désir d'être de bonnes mères et, d'autre part, la méfiance, le déni, la mobilité et l'impulsivité, influencent grandement les rapports que les intervenantes entretiennent avec elles. Les intervenantes sont unanimes à dire que les femmes toxicomanes ou alcooliques sont très méfiantes, ayant souffert d'abus de toutes sortes et ayant vécu plusieurs abandons. Ces dernières sont souvent impulsives, voire exigeantes envers leurs intervenantes. Cela ne va pas sans orienter la façon de leur prodiguer des services.

En fait, ces femmes souhaitent avoir un bébé en bonne santé, bien l'élever et être des mamans bienveillantes. Il arrive fréquemment que, de peur de se faire enlever la garde de leur enfant, elles nient leur consommation pendant la grossesse ou encore après l'accouchement. Et comme si cela n'était pas assez, le fait qu'elles soient très mobiles et déménagent souvent complexifie largement la tâche du personnel qui tente de leur venir en aide par l'entremise du projet.

#### 4.3.3.2 *L'établissement d'un lien de confiance*

Tout ce qui entoure la création du lien de confiance est considéré comme particulièrement stratégique par les intervenantes. La grossesse est une occasion de consulter et, comme les femmes toxicomanes sont généralement méfiantes à l'égard des services, elles ne se livrent pas aisément. C'est pourquoi l'établissement d'un lien de confiance est au cœur de l'intervention. Y parvenir peut demander beaucoup de patience et de temps de la part des intervenantes. « Elles ne sont pas capables d'arrêter, mais elles ne sont pas bien là-dedans, alors elles sont mal, elles ont peur qu'on les juge, il est très

*difficile d'établir un lien de confiance avec cette clientèle-là parce qu'elles, elles se jugent très sévèrement. »*

L'existence d'un lien de confiance est constatée lorsque la cliente se présente aux rendez-vous, qu'elle demande de l'aide en cas de besoin ou encore lorsqu'elle s'ouvre sur son passé et éventuellement sur sa consommation. Toutefois, cette relation demeure toujours fragile et les déménagements multiples rendent difficile, voire parfois impossible, son maintien.

Pour ces femmes, il peut être plus ardu de développer une relation de confiance avec les intervenantes sociales qu'avec les infirmières. Elles peuvent croire en effet que les premières sont plus susceptibles de leur retirer la garde de leur enfant. Cette crainte sera encore plus grande chez les femmes qui ont elles-mêmes été sous la tutelle de la DPJ durant leur enfance et qui, dans ce contexte, ont été suivies par des intervenantes sociales.

La volonté de se faire aider et la capacité de développer une relation de confiance évoluent au fil des années. Parallèlement, une relation de confiance se construit sur une longue période. Une intervenante a ainsi raconté l'histoire de femmes déjà suivies au CLSC qui, après avoir vécu des maternités difficiles et avoir perdu la garde de leurs premiers enfants, y sont revenues pour obtenir de l'aide. À ce moment-là, elles avaient enfin le désir de régler leurs problèmes et de s'occuper de leurs enfants. Elles ont alors demandé volontairement d'être suivies par l'intervenante qu'elles connaissaient déjà et en qui elles avaient confiance. Toutefois, on ne peut attribuer à Passerelle l'orientation de ces cheminements particuliers, car des événements du genre survenaient déjà avant l'implantation du projet.

#### **4.3.3.3 Le suivi périnatal**

##### **➤ Un suivi intensif...**

En créant un lien de confiance, on souhaite offrir un suivi intensif caractérisé par un nombre important de rencontres et par des visites à domicile. Sans contredit, ce suivi devient, à son tour, un moyen de renforcer le lien de confiance initial.

Selon l'emploi des professionnelles interrogées, l'intensification des services est décrite de différentes façons. Pour les intervenantes sociales, le suivi individuel semble avoir peu changé avec l'arrivée de Passerelle. Leur approche consiste d'abord à établir un pont avec les femmes dans le but de répondre aux besoins qu'elles expriment. Pour certaines d'entre elles, Passerelle leur permet « d'intensifier » en consacrant plus de temps et en modulant la fréquence des services en fonction des besoins individuels : *« Si je sens que c'est très précaire, je vais un peu imposer subtilement aux semaines. Donc j'intensifie vraiment au besoin de la cliente. »*

Pour certaines des infirmières, l'intensification des services permet de prévenir les problèmes. Elles peuvent intensifier leurs services plus facilement en raison du suivi du bébé, et ce particulièrement en fin de grossesse et peu après l'accouchement lorsqu'elles vont à domicile pour peser le nouveau-né et aider à l'organisation matérielle.

*Passerelle, je trouve que des fois on peut peut-être prévenir des problèmes en y allant plus souvent justement, puis des fois ce n'est même pas des visites qui sont longues, c'est peut-être dix ou quinze minutes à la maison s'il y a rien de particulier... au moins t'es venue voir comment ça allait, parce que souvent, elles ont tendance à ne pas appeler, surtout au début.*

En fait, les visites à domicile sont possibles quand la femme fait confiance à l'intervenante, que celle-ci soit infirmière ou intervenante sociale. Généralement, en fonction des besoins de la mère et du bébé, ces visites sont maintenues quelques mois après l'accouchement. En plus de soutenir les femmes, les rencontres à domicile permettent de dresser un portrait intéressant du milieu et des conditions de vie de la famille. En dépit de ces avantages, l'intensification des services ne va pas toujours de soi avec les femmes toxicomanes. Quelques intervenantes avouent même devoir se trouver des « prétextes » pour justifier les rencontres et les visites plus fréquentes chez certaines femmes. Avec Passerelle, le suivi « va sûrement être plus intensif, je vais faire exprès pour y être plus souvent. Je vais me trouver plus de défaites pour retourner... » On mentionne aussi que, même si les visites à domicile sont en général possibles, plusieurs femmes préfèrent se rendre au CLSC afin de profiter d'une sortie du domicile familial.

Il n'existe visiblement pas de façon unique d'assurer les services, pas plus qu'il n'y a de fréquence ni de lieu définis pour les prodiguer. De ce fait, plusieurs intervenantes insistent sur la nécessité de répondre aux besoins des femmes et de demeurer très sensibles à ce qu'elles souhaitent, ce qui n'est pas toujours facile. « *Finalemnt, on répond aux besoins de cette cliente-là. Et c'est elle qui décide finalement ce qu'elle veut faire, ce qu'elle vient chercher. Alors, si on veut qu'elles viennent nous voir, il faut être très sensible à ce qu'elles veulent, c'est quoi leurs besoins.* »

➤ *...Et continu*

Le projet Passerelle, à l'instar du programme NÉ-GS, prévoit que le suivi se poursuive jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. Cependant, le suivi systématique devient plus difficile lorsque les enfants atteignent l'âge d'un an, moment où il devient nécessaire de trouver des stratégies pour justifier de continuer à voir les femmes et les familles. Il arrive que l'accompagnement se termine à ce moment pour diverses raisons. Parfois, il sera impossible de maintenir l'intérêt de la mère, d'autres fois le contact sera rompu à l'occasion d'un déménagement ou encore la famille sera prise en charge par la DPJ. Dans ce dernier cas, le suivi psychosocial du CLSC s'interrompt, mais l'infirmière pourra conserver le suivi de santé.

*On fait un suivi intensif, on offre une continuité dans le temps. Quand on peut, car des fois on les perd. C'est pas facile, il ne faut pas grand chose pour qu'elles arrêtent de venir nous voir. On veut faire de l'intensif mais c'est pas toujours facile. À toutes les deux semaines, c'est difficile.*

➤ *Réalisé par une intervenante privilégiée*

Il est également prévu que le suivi soit effectué par une intervenante privilégiée. Questionnées à ce sujet, les personnes rencontrées ont fait part d'expériences et de perceptions diverses. Selon un témoignage, l'infirmière serait à peu près nécessairement l'intervenante retenue. Son intervention est

légitimée par le suivi de grossesse et l'objectif d'avoir un bébé en bonne santé. Elle demeure ainsi la personne de référence tout au long de la grossesse et après la naissance du bébé. Le soutien de l'intervenante sociale est souvent requis, mais l'infirmière reste toujours présente, ce qui se justifie par le fait qu'elle suit le développement de l'enfant.

*En fait, ces mères ont besoin d'avoir une personne de référence et c'est toujours l'infirmière qui reste dans le dossier. Il est important qu'il y ait une intervenante sociale à l'occasion et c'est un bon appui pour près de la moitié de ma clientèle. Mais l'infirmière est toujours là elle reste une intervenante privilégiée même quand il y a d'autres intervenantes dans le dossier.*

Selon une autre vision, il ne peut y avoir d'intervenante privilégiée unique. L'intervention ainsi que le choix des intervenantes doivent être adaptés aux besoins des femmes. Dans cette perspective, la continuité de l'intervention est moins importante que la réponse aux besoins spécifiques et ponctuels de la clientèle.

*Comment ça peut être réalisable que ce soit une seule personne qui soit privilégiée tout au long du suivi, surtout si on part de l'idée 'on répond aux besoins du client?'... Qu'est-ce qu'on privilégie finalement, là, comme intervenant privilégié, est-ce que c'est d'assurer un continuum? Ce qui est important, c'est l'offre de services, qu'on garde la clientèle.*

Néanmoins, la plupart des intervenantes reconnaissent la complémentarité des diverses professions et valorisent le travail d'équipe. Pour elles, le démarrage du projet Passerelle fut l'occasion d'examiner le partage des tâches et de personnaliser le suivi des patientes. Par exemple, « *les transferts personnalisés, on n'en faisait pas avant non plus. C'est vraiment la clientèle Passerelle qui nous a amenés à réfléchir à faire en sorte de personnaliser un petit peu le suivi que la cliente a dans l'établissement...* » Comme la nutritionniste est souvent, par l'entremise du programme OLO, la première personne à recevoir les femmes, c'est aussi elle qui fait un certain « *dépistage* » des problèmes de consommation. Lorsqu'une femme présente de tels problèmes, la nutritionniste effectue un « *transfert personnalisé* » à une infirmière désignée pour réaliser le suivi, c'est-à-dire qu'elle présente directement l'infirmière à la femme dans le besoin.

Un autre mécanisme de collaboration facilitant le suivi de la clientèle a été mis en place dans le cadre du projet Passerelle. Il s'agit de jumeler le plus tôt possible une infirmière à une intervenante sociale qui se partageront les tâches et coopéreront dans le suivi des femmes consommatrices de psychotropes. En bref : « *Souvent on va essayer de travailler ensemble pour l'intensification de nos services. Des fois, on peut être deux personnes différentes, ce qui fait qu'on est toujours dans le milieu pour bien évaluer les tensions, le stress, bon, si on peut diminuer les choses puis diminuer les risques.* »

#### **4.3.3.4 La difficulté de parler de la consommation**

Selon les intervenantes, les femmes consultent d'abord pour leur maternité et affichent peu d'intérêt à aborder les problèmes liés à la consommation. Leurs attentes sont similaires à celles des autres femmes enceintes. Elles viennent au CLSC pour avoir accès au programme OLO (œufs, lait et jus d'orange) et

souhaitent parler de la grossesse et de l'accouchement. Dans ce contexte, les intervenantes ont peu tendance à amorcer une discussion sur la consommation et préfèrent plutôt attendre que la personne démontre une ouverture à approfondir le sujet. À cet égard, une participante rappelait la caractéristique principale des femmes toxicomanes : *« On sait que les clientes, souvent, sont très, très méfiantes... Donc, je vais ouvrir quand la cliente ouvre aussi sur la question de la toxicomanie parce que ce n'est pas toutes les clientes qui sont à l'aise d'ouvrir sur ce sujet-là. »*

S'il est difficile de parler de consommation, il est encore plus laborieux d'offrir, aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui présentent des problèmes dus à l'alcool ou aux drogues, des services dédiés expressément à leur intention. Plus encore, les intervenantes disent être souvent mal à l'aise de présenter le projet Passerelle. Elles craignent que les femmes ne se sentent « étiquetées » toxicomanes et qu'elles refusent ou fuient les services. Certaines précisent qu'il est plus important de répondre aux besoins pressants de ces femmes que de leur offrir un suivi intensif à long terme, car elles risqueraient de les perdre. *« En fait, elles viennent ici parce qu'elles sont enceintes et elles veulent être traitées comme les autres mères, donc il ne faut rien brusquer. »*

Toutefois, certaines intervenantes voient des avantages à proposer des services spécifiques de façon explicite. En effet, lorsque l'offre de services est ouverte et que la femme l'accepte, le lien de confiance est plus fort et il y a moins d'inconfort chez l'intervenante. Une d'entre elles mentionnait qu'au début du projet, alors que ce dernier n'avait pas encore de nom officiel, il était plus difficile d'en parler. Maintenant, quand elle sent qu'il existe une relation de confiance, elle se permet de le faire. *« C'est peut-être plus clair pour nous autres je trouve. On a moins l'air de leur jouer dans le dos. Je trouve ça difficile de les suivre puis dire 'bon, on va faire un suivi intensif, je vais venir vous voir', mais elles ne savent pas trop pourquoi. »*

#### 4.3.3.5 L'approche adoptée par les intervenantes

Malgré les difficultés mentionnées ci-dessus, les intervenantes affirment que Passerelle est un apport important et utile. Le projet leur permet désormais de reconnaître les problèmes de consommation chez les femmes qu'elles suivent en périnatalité. *« Avant on avait l'intuition qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, mais ce n'était pas toujours nommé comme ça l'est maintenant. Ça a été un apport important. »* Passerelle leur a aussi offert l'occasion d'acquérir des connaissances leur permettant de se sentir plus à l'aise pour parler de consommation de psychotropes avec les femmes. Elles disent avoir reçu de la formation sur les différentes drogues et sur l'approche motivationnelle, ce qui les aide à mieux comprendre ce dont les femmes leur parlent. Ce nouveau confort avec le sujet de la consommation est manifeste dans les propos de plusieurs intervenantes : *« J'ai appris au niveau de la connaissance sur les substances, sur les méfaits de ces substances... ça m'a donné de l'assurance pour être capable de l'aborder. » « ...Concrètement, d'être capable de parler de consommation plus ouvertement, de moins avoir nos propres tabous présents dans l'intervention qu'on fait, ça aide à faire cheminer la cliente. »*

Les intervenantes, et principalement les infirmières et les nutritionnistes, ne s'identifient pas comme expertes en toxicomanie. Elles considèrent que ce n'est pas leur rôle de faire de la thérapie pour assister les femmes dans le règlement de ce problème. *« On va travailler beaucoup la motivation pour au moins l'amener à une diminution de sa consommation ou une gestion de sa consommation pour*

s'assurer, pour donner un exemple, qu'elle ne consomme pas en présence de ses enfants. » Une intervenante a très bien résumé cette question :

*Mais nous, à travers ça, on sait qu'il y a l'enfant qui s'en vient, l'enfant qui naît. Alors, même si elle consomme, on peut la conscientiser au fait que si elle consomme, il faut que [...] sa consommation ne nuise pas à son rôle parental. Dans ce sens-là, je pense que Passerelle est un plus...on voudrait bien que ça ait un bienfait sur la personne elle-même, sur la mère elle-même... Mais ce n'est pas le but premier dans notre intervention nous là. Nous on ne fait pas la thérapie là-dessus.*

Cela dit, leur intervention consiste à motiver les femmes à consulter ou à les encourager dans la diminution de leur consommation. Il est clair pour elles que le but de leur intervention n'est pas nécessairement que la femme cesse de consommer, mais bien qu'elle ait une « consommation sécuritaire » pour ses enfants. Sur ce point, elles semblent avoir développé des façons de vérifier que les enfants sont protégés en dépit du fait que la mère consomme.

*Une jeune qui nous inquiétait, elle consommait beaucoup d'alcool. Un moment donné, elle s'en est ouvert ... puis on a regardé avec elle "...Quelles mesures tu prends quand tu rentres chez toi? Est-ce que t'es toute seule à t'occuper du bébé? Serais-tu en mesure de le tenir sans que ce soit dangereux de l'échapper?" Tu sais, sur des choses très concrètes : "As-tu pensé à ça?[...] le lendemain, comment t'es en mesure de t'en occuper? Qu'est-ce que tu fais pour bien t'en occuper? Sur qui tu peux compter pour t'en occuper quand t'es comme ça?"*

Ce rôle de « dépistage », de soutien aux parents et de protection des enfants est largement reconnu par les intervenantes. Selon elles, l'approche développée dans Passerelle semble leur avoir permis d'acquérir une expertise qui leur restera à long terme.

*Si je pense que le programme Passerelle ne se poursuit pas parce que c'est pas un programme, c'est vraiment un projet pilote, je pense que nous autres on va en avoir... on va avoir gagné des choses aussi, parce que notre approche, elle va rester là, on ne perd pas ça du jour au lendemain.*

#### **4.3.3.6 Le soutien clinique reçu**

Étant donné la complexité des situations vécues par la clientèle et la charge parfois importante que celle-ci peut représenter pour les intervenantes, un soutien clinique a été prévu. Le jumelage entre les infirmières et les travailleuses sociales mentionné précédemment est un des moyens utilisés par le personnel à cette fin. À celui-ci s'ajoute notamment l'appui informel qu'elles se prodiguent mutuellement dans le quotidien du suivi clinique.

Les intervenantes bénéficient, par ailleurs, des dispositifs de soutien professionnel déjà existants dans les équipes « famille-enfance-jeunesse » des deux points de services du CLSC. D'abord, les chefs d'équipe des intervenants psychosociaux apportent un soutien considérable, tant aux intervenantes psychosociales qu'aux autres. Leurs compétences sont grandement estimées.

Elles profitent également des mécanismes d'échanges formels que sont les discussions de cas en équipe interdisciplinaire, quoique, dans leur forme actuelle, ces comités ne répondent pas nécessairement tout à fait à leurs besoins. Selon plusieurs, il s'agit d'une organisation assez lourde car la présentation de cas à l'équipe demande beaucoup de préparation. De plus, parce que les femmes suivies peuvent se désorganiser rapidement, l'accès à ce comité n'est pas suffisamment souple et rapide pour répondre aux demandes urgentes. Enfin, les intervenantes n'y trouvent pas toujours l'aide attendue, notamment en ce qui a trait aux problèmes de toxicomanie, car les membres de ce comité ne sont pas spécialistes de cette problématique. Certaines affirment qu'un soutien clinique plus spécifique à la toxicomanie les sécuriserait davantage.

#### 4.3.3.7 *La collaboration avec les ressources externes au CLSC*

##### ► *Avec le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve.*

Le personnel du CLSC considère que, grâce au projet Passerelle, il profite maintenant de l'appui de l'intervenante du CRUV. Cette dernière, dont l'expertise est grandement appréciée, joue d'abord un rôle de conseillère en toxicomanie. Elle est souvent consultée de manière informelle, mais il arrive qu'elle participe à des discussions de cas pour aider lors de situations plus difficiles. Lors de ces rencontres informelles et formelles, elle transmet des connaissances en toxicomanie aux employées du CLSC « *Cette année on sollicitait davantage l'apport du CRUV. Des fois, dans les discussions où on se disait "comment je pourrais aborder ça?", "comment je pourrais l'amener?"... parce qu'au début, je vous dirais qu'on avait toujours la tendance, c'était on les envoie se faire traiter.* » Au point de services de Limoilou, on considère cependant que cette ressource est sous-utilisée. Le fait que la conseillère ne soit pas localisée dans leur enceinte minimise les contacts informels et freine le réflexe de lui demander conseil.

Le second rôle de l'intervenante du CRUV consiste à recevoir les personnes qui sont référées pour des services spécialisés en toxicomanie. Les femmes enceintes ou ayant des enfants âgés de moins de deux ans ainsi que leurs conjoints ont un accès prioritaire aux services du CRUV, ce qui est un avantage reconnu : « *Elles sont très impulsives, c'est tout de suite, c'est le moment présent, elles sont prêtes à faire la démarche, mais parle leur pas la semaine d'après de refaire une démarche, peut-être que c'est loin de leurs priorités. Fait que c'est bien que ça soit traité en priorité puis rapidement durant que la motivation est là.* »

Lorsqu'une personne est suivie à la fois par le CRUV et le CLSC, les intervenantes sociales se retirent parfois pour éviter de dupliquer les interventions. Le suivi conjoint semble toutefois possible dans la mesure où les mandats de chacun sont clairs et la confidentialité respectée. Au CLSC, on soutient principalement les femmes sur les aspects de l'organisation de la vie matérielle, de la réalisation de projets de vie, du développement d'habiletés parentales et de la gestion du risque pour éviter la négligence des enfants. Au CRUV, on est responsable de l'évaluation et du plan de traitement de la toxicomanie. La transmission des informations du CRUV au CLSC au sujet des soins en toxicomanie est très restreinte et les procédures d'obtention du consentement sont rigoureuses. Cette position du CRUV irrite parfois les intervenantes du CLSC qui souhaiteraient une meilleure communication. Malgré tout, le CRUV demeure le partenaire principal du CLSC dans ce projet et cette nouvelle collaboration est considérée comme un gain apporté par Passerelle.

Pour le CRUV, cette connivence avec les services de périnatalité du CLSC a changé la dynamique d'intervention. Les enfants et les familles sont dorénavant pris en compte de façon plus importante. Auparavant, les références au CRUV venaient principalement de la DPJ qui ordonnait à la mère un suivi auprès de cet organisme. Depuis la mise en place du projet, les références viennent aussi du CLSC, avant même que la DPJ ne soit impliquée. Ces modifications créent de nouvelles responsabilités pour la consultante en toxicomanie qui doit maintenant gérer les risques pour les enfants conjointement avec le CLSC et, au besoin, avec la DPJ. Il faut surtout noter ici comment l'entrée en scène plus rapide de l'intervenante en toxicomanie peut modifier la dynamique. D'une part, la question de la toxicomanie est abordée dans un contexte moins coercitif, d'autre part, la menace de perdre la garde des enfants n'étant plus aussi déterminante, la femme peut s'inscrire dans une démarche thérapeutique avec moins de méfiance. Par ailleurs, l'élargissement du rôle et l'augmentation des responsabilités de l'intervenante en toxicomanie requièrent un investissement plus significatif de sa part et un suivi plus étroit.

➤ *Avec la Direction de la protection de la jeunesse*

L'intervenant de la DPJ affecté au projet Passerelle collaborait déjà avec le personnel du CLSC. À la manière de l'intervenante du CRUV, il joue un rôle de consultant clinique pour les cas difficiles et est disponible pour des échanges formels et informels. Les intervenantes du CLSC disent le consulter notamment pour évaluer s'il doit y avoir un signalement, une évaluation officielle de la DPJ ou une approche conjointe CLSC-DPJ dans la gestion du risque pour l'enfant. Il peut recevoir directement les signalements des enfants suivis par les services de périnatalité du CLSC. Son expertise y est bien reconnue.

Selon les intervenantes, le suivi conjoint par la DPJ et le CLSC n'est pas toujours simple lorsqu'une famille est prise en charge par la DPJ, car celle-ci n'implique pas le CLSC dans le plan d'intervention. L'infirmière peut assez facilement rester associée car elle assure le suivi de santé physique. Les intervenantes sociales, pour leur part, se voient plus souvent dans l'obligation de se retirer pour ne pas dédoubler le travail avec celui des intervenants sociaux de la DPJ.

Il y a quelques années, des démarches ont été entreprises pour personnaliser le transfert vers le CLSC des personnes en fin de suivi à la DPJ et pour mettre en place des mécanismes de coopération dans la gestion du risque. Ainsi, au moment du transfert, les intervenants de la DPJ et du CLSC rencontrent ensemble les parents pour discuter des responsabilités respectives des deux organismes. La nature du suivi auquel les parents doivent se conformer leur est alors précisée et ils sont informés qu'il y aura signalement s'il y a des risques pour les enfants. Ces mécanismes, mis en place pour les enfants âgés de moins de 18 ans, sont donc utilisés dans le cadre de l'intervention du projet Passerelle.

L'apport spécifique du projet Passerelle est probablement d'avoir répondu au souhait des intervenantes du CLSC de travailler avec un seul intervenant de la DPJ qui soit disponible pour répondre à leurs questions. De cette façon, elles ne sont pas obligées de faire un signalement formel à la DPJ pour recevoir l'opinion et l'aide des intervenants de ce milieu afin de planifier leurs propres interventions. Cette approche est compatible avec la mission des CLSC qui est d'agir précocement pour éviter la dégradation des situations personnelles et familiales.

➤ *Avec les organismes communautaires*

Le personnel interviewé considère que l'articulation avec les organismes communautaires est importante car ceux-ci sont fréquentés par la clientèle de Passerelle la plus difficile à atteindre. Les gestionnaires du CLSC ont entrepris des démarches pour informer le personnel de certains de ces organismes de l'existence du projet Passerelle. Un café-rencontre a été organisé pour leur présenter les infirmières à qui référer les cas directement. Les intervenantes remettent toutefois en question la dynamique de collaboration installée jusqu'à présent avec ces organismes. Elles estiment que la présentation des services aux organismes est insuffisante et affirment qu'aucune femme n'est venue au CLSC par cette voie.

En revanche, la référence du CLSC vers les organismes communautaires existe. On dirige les individus principalement vers ceux qui offrent des services aux jeunes familles, notamment les ressources familles (par exemple, Pignon Bleu et Ressource Familles Maizerets), Mères et Monde et les Relevailles. La collaboration avec les organismes communautaires qui oeuvrent auprès des prostituées et des usagers de drogues injectables demeure néanmoins presque inexistante.

Cela étant dit, les intervenantes souhaitent l'instauration de liens plus étroits avec les organismes communautaires. Certaines proposent même que le personnel du CLSC soit plus présent dans ces organismes de façon à aller vers la clientèle plutôt que d'attendre qu'elle lui soit amenée.

➤ *Avec le milieu médical et les cliniques de périnatalité*

Lors des entrevues, les intervenantes ont très peu parlé de la collaboration avec le monde médical. Selon les quelques informations recueillies, les médecins réfèrent les femmes au CLSC pour qu'elles aient droit au programme OLO et jamais pour cause de toxicomanie. Qu'ils soient en clinique ou à l'hôpital, il semble très difficile de communiquer avec les médecins lorsqu'on veut connaître les résultats du suivi médical. D'après les intervenantes, il serait souhaitable d'avoir de meilleurs rapports avec les médecins qui font du suivi prénatal, ce que favoriserait peut-être la promotion du projet auprès d'eux. Une meilleure connaissance de l'existence du projet les inciterait peut-être à y référer des femmes.

Le personnel du CLSC a eu l'occasion de rencontrer des infirmières des cliniques de périnatalité et, selon les propos recueillis, il ne croit pas que le contexte dans lequel elles rencontrent les femmes, avec des visites brèves, peu fréquentes et très chargées, soit propice à déceler les problèmes dus aux drogues ou à l'alcool ou encore à référer au CLSC. Il n'y a pas de suivi conjoint entre la clinique de périnatalité et les infirmières du CLSC.

#### 4.3.3.8 *La perception de la formation reçue*

« *Le point fort du projet ce sont les formations qui nous amènent à être plus préoccupées par la toxicomanie et à être mieux outillées pour poser les questions et savoir quoi faire avec les réponses de la clientèle.* » Il y a consensus sur le fait que la formation a permis aux intervenantes d'acquérir des connaissances sur les substances et leurs effets ainsi que sur la gestion du risque de négligence des enfants. Celle-ci leur a donné plus d'assurance pour aborder avec les femmes le sujet de la consommation d'alcool et de drogues. Et, sans que les intervenantes ne se reconnaissent de

compétences dans le traitement du problème de la toxicomanie, la formation leur a, à tout le moins, procuré des moyens pour intervenir auprès des femmes consommatrices.

Les intervenantes considèrent toutefois que le trop grand nombre de sessions de formation a rendu difficile l'assimilation des informations qui leur ont été communiquées. Celles qui manifestent un intérêt pour l'approche motivationnelle et les stades du changement jugent que la formation sur ce sujet n'a pas répondu à leurs attentes. En effet, cette dernière était plutôt orientée vers l'intervention spécifique en toxicomanie auprès de personnes désireuses de régler ce problème. Le formateur n'a pas su s'adapter aux besoins de celles qui doivent intégrer l'approche motivationnelle à leur pratique courante en périnatalité, contexte fort différent. Si d'autres formations devaient être organisées, les intervenantes proposent de choisir des formateurs qui ont une expérience auprès de la même clientèle que la leur.

Par ailleurs, les avis sont nuancés quant au choix d'offrir la formation à plusieurs organismes et à toutes les professions. Pour les unes, cette décision était déplorable, car « *il fallait être très vigilant de voir ce qui nous revenait dans cette formation, selon nos fonctions...* » Pour les autres, on y trouvait des bénéfices : « *Ce qui est plaisant, c'est qu'on a la même formation... on parle le même langage, on a la même vision des choses, puis on a la même approche aussi.* »

Bref, tandis que l'intérêt pour la formation continue est clair et que nul ne doute de la pertinence de celle-ci, des intervenantes affirment qu'elle reste encore insuffisante. Il faudrait avoir plus de formation sous forme de soutien clinique intégré à la pratique.

#### **4.3.4 La perception par les intervenantes des effets sur la clientèle**

Les intervenantes n'ont pas beaucoup parlé des effets des interventions, compte tenu du court délai entre l'implantation du projet et son évaluation. Elles considèrent qu'il est complexe, pour elles, de préciser les répercussions spécifiques du projet Passerelle. D'abord, certaines de ces femmes auraient de toute façon consulté au CLSC et auraient bénéficié d'un suivi. Ensuite, elles estiment que la grossesse est un moment favorable à la prise de conscience et que la majorité des femmes cheminent d'elles-mêmes. Les résultats des interventions dépendent du stade où ces femmes sont rendues dans leur développement personnel.

À cette étape-ci, le constat qui ressort des propos des intervenantes est qu'elles peuvent soutenir et accompagner dans leurs démarches des femmes qui ont une certaine volonté de réduire les méfaits de la consommation d'alcool et de drogues sur leur propre santé et sur le développement de l'enfant. Elles racontent spontanément des cas heureux où elles soutiennent des femmes qui reprennent leur vie en mains, choisissent de se faire traiter ou encore retournent aux études ou au travail. Elles suivent aussi des femmes qui réussissent à cesser de consommer pour une certaine période parce qu'elles veulent mettre au monde un enfant en bonne santé.

Selon les intervenantes, leur rôle est d'aider les femmes à bien vivre avec leur enfant, malgré les difficultés. Elles exposent des situations concrètes où des femmes qui poursuivent leur consommation leur demandent des conseils pour assurer la sécurité de leurs enfants. Elles mentionnent qu'à la naissance d'un bébé de mère toxicomane, l'intervenante sociale de l'hôpital ne fait pas nécessairement

un signalement si, en communiquant avec le personnel du CLSC, elle réalise que la mère est bien suivie par une infirmière et une intervenante sociale.

Donc, bien qu'il ne soit pas possible de mettre des effets en évidence, les interventions ont un potentiel d'efficacité sur l'expérience des femmes et sur le développement des enfants.

## 5. DISCUSSION

Avant de discuter des résultats, il est nécessaire ici de rappeler les limites méthodologiques qui exigent de nuancer l'interprétation des informations obtenues, notamment le faible nombre de participantes pour lesquelles des données quantitatives ont été obtenues, ce qui rend impossible la généralisation des résultats. Le fait de ne pas réaliser d'entrevues auprès des femmes suivies nous prive de la perspective de ces dernières concernant les retombées du programme. Un autre élément dont il faut toujours tenir compte dans des recherches sur des sujets sensibles comme la toxicomanie est le déni car les femmes cherchent à se protéger. Cette attitude peut induire une sous-estimation de l'importance de certains comportements et problèmes. Enfin, étant donné le nombre limité d'intervenantes rencontrées en entrevue et dans le but de préserver la confidentialité, l'analyse a été faite de façon globale, sans distinguer entre les points de service du CLSC. Certaines différences de fonctionnement et des divergences de points de vue d'une équipe de travail à l'autre ont, par conséquent, pu échapper à l'analyse.

Malgré ces limites importantes, l'évaluation améliore notre compréhension des besoins des mères ayant des problèmes découlant de l'usage de substances psychoactives. Elle renseigne sur les services à leur offrir, sur les modalités optimales de leur mise en place ainsi que sur certains écueils à éviter.

### 5.1 LA CLIENTÈLE

Au moment de l'évaluation, le nombre de femmes enceintes et de nouvelles mères qui avaient des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et qui étaient suivies au CLSC semblait élevé. Elles étaient 55 admissibles aux services du projet Passerelle durant la dernière année. Il n'est pas possible de calculer la prévalence avec les données disponibles, car toutes ces femmes n'ont pas nécessairement accouché durant l'année. Malgré cela, la fréquence des problèmes dus à la consommation de substances psychotropes parmi les femmes suivies au CLSC est suffisamment importante pour justifier qu'on s'en préoccupe.

Les résultats de cette évaluation se comparent à ceux d'autres études réalisées auprès de femmes vivant les mêmes problèmes et appuient le postulat que ces femmes ont besoin de services (Guyon *et al.*, 2002). En effet, les trois quarts des femmes suivies dans le cadre du projet pilote vivaient de prestations d'aide sociale et la même proportion disait avoir des problèmes financiers. Peu scolarisées, les deux tiers n'avaient pas terminé l'équivalent d'un cours secondaire. À titre comparatif, la proportion de femmes ayant moins de 11 ans de scolarité était, en 1999, de 10,1 % sur le territoire du CLSC BVLV (Institut de la statistique du Québec, 2003a). Les participantes au projet étaient nombreuses à assumer seules la responsabilité de leur famille et 59 % d'entre elles ne vivaient pas en couple, alors qu'au Québec, en 1998, 8,7 % des enfants québécois naissaient dans une famille dirigée par une femme seule (Desrosiers *et al.*, 2002).

La prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance, observées dans cette évaluation, étaient plus fréquentes que ce qui est attendu dans la population générale. Parmi les bébés des mères ayant participé à l'évaluation, un sur quatre était né prématurément (à moins de 37 semaines de gestation) et

la même proportion avait un poids insuffisant à la naissance (moins de 2500 grammes). En 1999<sup>9</sup>, la fréquence de la naissance prématurée était de 11,1 % sur le territoire du CLSC BVLV, de 8,3 % dans la région de Québec et de 7,7 % au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2003b). Pour sa part, la fréquence de l'insuffisance pondérale était, en 2000, de 6,9 % sur le territoire du CLSC et de 5,3 % dans la région de Québec et au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2003c). Bien que les résultats de l'évaluation ne soient pas statistiquement représentatifs, ils demeurent cohérents avec les connaissances actuelles suggérant que la consommation de drogues illégales et d'alcool soit associée à la prématurité et au retard de croissance intra-utérin qui affectent le poids du nouveau-né à la naissance (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1994).

L'ampleur de la problématique de la consommation d'alcool et de drogues sur le territoire de ce CLSC urbain, l'importance des difficultés vécues par les femmes toxicomanes et les conséquences de la consommation de substances psychoactives sur la santé des nouveau-nés sont certes des arguments qui appuient la pertinence d'offrir des services périnataux à cette clientèle.

## 5.2 LE SUIVI

Les informations sur la nature des services périnataux mis en place ont révélé qu'ils étaient, du moins en partie, en accord avec le modèle NÉ-GS. Le suivi individuel de la majorité des dix-sept femmes ayant participé à l'évaluation quantitative a été réalisé par une intervenante privilégiée qui était soit une infirmière, soit une intervenante sociale, soit un tandem formé de l'une et l'autre professionnelles. La porte d'entrée à Passerelle était généralement le programme de suivi nutritionnel OLO, implanté depuis 1996, qui avait probablement l'avantage d'offrir un soutien matériel concret, de ne pas être menaçant et d'être bien connu des femmes défavorisées.

Par ailleurs, les résultats de l'évaluation ont mis aussi en évidence certaines difficultés : l'embarras ressenti par les intervenantes lorsqu'elles devaient présenter aux femmes ayant des problèmes dus à l'alcool ou aux drogues des services qui leur étaient spécifiquement dédiés; la faible proportion de contacts par les visites à domicile; ainsi que le recrutement tardif et la possibilité d'une attrition importante.

- *La difficulté de présenter des services dédiés spécifiquement aux mères ayant des problèmes dus à la consommation de substances psychoactives*

D'après certains auteurs, les femmes abusant de substances psychoactives seraient très méfiantes envers les services sociaux et de santé, car elles craindraient de perdre la garde de leur bébé (Raskin, 1992). Dans ce contexte, l'établissement d'un lien de confiance avec elles était à la fois crucial et très exigeant pour les intervenantes du projet. Il demeurait même une priorité, car de lui dépendait leur capacité d'accompagnement et d'aide. L'ouverture avec les femmes sur les questions touchant leur consommation d'alcool et de drogues était sans contredit très délicate. La nécessité de présenter aux mères ayant des problèmes dus à la consommation de substances psychoactives des services

<sup>9</sup> Au moment de rédiger ce rapport, les données de l'année 2000 portant sur la fréquence de la prématurité par CLSC de la région de Québec n'avaient pas encore été traitées.

spécifiquement conçus à leur intention obligeait les intervenantes à aborder avec elles la question de l'abus de substances, et ce, dès le moment où elles leur demandaient d'adhérer à ces services. Pour les intervenantes, il ne pouvait être question de mettre en péril ce lien de confiance en brusquant les femmes avec le sujet de la consommation. Voilà sommairement l'enjeu que représente la proposition de services périnataux spécifiques aux femmes qui ont des problèmes liés à l'abus d'alcool et de drogues.

De surcroît, les intervenantes craignaient que les femmes se sentent étiquetées « toxicomanes » si on leur offrait de participer à un programme conçu pour elles. Elles craignaient de les faire fuir en leur proposant un suivi de deux ans, alors qu'il est reconnu que ces femmes auraient plutôt tendance à vivre au jour le jour. Cela dit, si, dans certaines situations, répondre aux besoins pressants semblait plus approprié, dans d'autres cas, une offre de services explicite, clairement acceptée par la femme, pouvait renforcer le lien de confiance.

Dès lors, il importe de réaffirmer la nécessité que les femmes adhèrent volontairement et en toute connaissance de cause à l'offre de services qui leur est proposée. Les difficultés rencontrées à cet égard remettent toutefois en question le choix qui a été fait d'offrir en CLSC un programme spécifique à une clientèle présentant le problème particulier de consommer des substances psychoactives ou d'avoir déjà eu des problèmes de toxicomanie. À l'instar du débat continu en organisation des services, la question qui se pose est de savoir s'il vaut mieux mettre en place des services pour une population présentant un problème spécifique ou encore offrir de bons services de base, communs à une clientèle plus large. L'expérience de ce petit projet nous porte à croire que la seconde option est probablement la plus adéquate dans le contexte des services périnataux en CLSC à l'intention des mères qui abusent de substances psychoactives.

En effet, ces femmes viennent au CLSC pour recevoir le suivi OLO, pour leur grossesse, pour leur accouchement et pour être aidées dans leur rôle de mère. D'une certaine façon, leur offrir les services déjà proposés aux femmes vivant leur maternité dans des situations dites difficiles, soit en raison de leur jeunesse, de leur solitude, de leur faible scolarité ou de leur pauvreté inscrit leur problématique spécifique dans celles plus larges des conditions psychosociales et économiques défavorables. Du côté de la clientèle, cette approche plus collective permet de briser l'isolement et de réduire le sentiment de marginalité. Du côté des intervenantes et des intervenants, elle peut contribuer à construire une représentation moins culpabilisante des comportements délétères compte tenu de leur inscription dans un cadre de déterminants sociaux plus large. Ainsi, il serait plus simple et sans doute plus efficace d'offrir à une femme de participer à un programme périnatal pour l'aider parce qu'elle a des problèmes d'argent, qu'elle vit seule et qu'elle a déjà eu des problèmes de toxicomanie que de lui proposer un programme spécifique parce qu'elle consomme des drogues. Bien que le risque d'étiquetage existerait toujours, les services seraient moins stigmatisants.

Le contexte actuel québécois, où des programmes périnataux sont conçus pour les familles très pauvres ou pour celles dont la mère est âgée de moins de 20 ans, semble propice à l'adoption de cette approche. Ainsi, le suivi intensif de ces programmes pourrait très bien être proposé à des femmes qui ont des problèmes dus à la consommation de substances psychoactives ou encore à d'autres qui vivent dans des situations rendant plus difficile le développement de la relation avec l'enfant.

Cette proposition est basée sur le postulat que les services offerts sont efficaces pour l'ensemble des clientèles dites vulnérables. L'évaluation du volet prénatal du programme NÉ-GS démontre certains gains pour la mère, notamment la réduction des symptômes dépressifs postnatals. Par contre, les résultats concernant la santé des nouveau-nés sont décevants (Boyer *et al.*, 2001). Quant aux études sur les effets des visites à domicile auprès de familles démunies, elles ont démontré des résultats prometteurs dans les années 1990, mais ces derniers n'ont pas pu être reproduits de façon consistante (Olds *et al.*, 1997; Kitzman *et al.*, 1997). Selon une récente recension des écrits, il ne serait pas possible de conclure à leur efficacité (Drummond *et al.*, 2002).

Depuis les années 1990, au moins deux programmes globaux, avec une composante de visites à domicile inspirée des programmes précédents, ont été mis en place pour aider les femmes enceintes ou nouvelles mères qui ont des problèmes dus à l'alcool et aux drogues. Le premier a eu des effets sur l'intégration en traitement des femmes suivies, sur l'utilisation de moyens de contraception, sur le bien-être de l'enfant et sur les liens avec les services. Aussi, les résultats semblaient meilleurs chez les femmes ayant été suivies plus longtemps (Grant *et al.*, 1996; Ernst *et al.*, 1999). Chez les femmes rejointes au moment d'une étude réalisée après la fin du suivi à domicile, en moyenne deux ans et demi plus tard, les effets sur l'abstinence et la contraception avaient été maintenus (Grant *et al.*, 2003). Le second programme a diminué la référence aux services de protection de l'enfance et a eu des effets modestes pour améliorer les scores de développement cognitif et moteur des enfants à 18 mois (Schuler *et al.*, 2000, 2003).

Les évaluations de ces deux programmes, bien qu'il s'agisse d'essais randomisés, présentaient des limites méthodologiques qui empêchent de conclure à leur efficacité. Il est toutefois intéressant de constater le potentiel de ces approches réalisées auprès de femmes cocainomanes et héroïnomanes considérées comme étant dans des situations présentant de très hauts risques vivant dans de grandes villes américaines.

L'idée de ne pas offrir de programme dédié spécifiquement aux femmes abusant de substances psychoactives ne signifie pas négliger ce problème. Bien au contraire, elle implique que les intervenantes connaissent bien la problématique de l'abus d'alcool et de drogues ainsi que les moyens dont elles disposent pour détecter les problèmes et intervenir auprès des femmes, des enfants et des familles. Elles doivent avoir les habiletés nécessaires pour établir le lien de confiance avec ces femmes afin de les accompagner dans leur nouveau rôle de mère. Le point de mire de l'intervention est alors le développement de la relation parent-enfant et le bien-être de l'enfant.

➤ *Un questionnement à propos des visites à domicile*

Le suivi individuel prévu dans le cadre du programme NÉ-GS est fondé sur les visites à domicile. Au total, ce sont au moins 25 contacts qui sont recommandés durant les deux années après la naissance du bébé (Boyer et Laverdure, 2000). Dans le cadre du projet Passerelle, les femmes suivies pendant la période postnatale ont eu de 6 à 88 contacts avec une intervenante du projet, la valeur médiane étant de 26. Dans le cas de nombres inférieurs, c'est que plusieurs des femmes qui ont accouché n'ont pas reçu le suivi complet de deux ans, alors que dans le cas de nombres supérieurs, on peut en conclure qu'ils correspondent et dépassent celui recommandé dans le modèle du programme NÉ-GS.

Cependant, ces contacts ont rarement été des visites à domicile. Celles-ci étaient peu fréquentes, tant pendant la grossesse qu'après l'accouchement. Les rencontres au CLSC étaient privilégiées pendant la période prénatale, tandis que les contacts téléphoniques étaient préférés après la naissance du bébé. Lors des entrevues, les intervenantes ont laissé entendre que les visites à domicile étaient plus faciles à réaliser tôt après la naissance du bébé et qu'elles leur offraient l'avantage de mieux connaître le milieu de vie des femmes. Elles ont cependant émis des réserves à l'endroit de cette stratégie qui, disaient-elles, n'était pas toujours possible avec les femmes toxicomanes. Cela les obligeait parfois à se trouver un prétexte pour justifier leur venue dans les demeures. Elles disaient aussi constater que les femmes préféraient souvent profiter de la rencontre au CLSC pour faire une sortie. Ces propos laissent croire que les intervenantes ne sont pas toujours à l'aise de visiter les familles à la maison. Toutes les femmes ne désirent peut-être pas non plus recevoir la visite d'une intervenante du CLSC.

Il serait important de clarifier cette question de l'acceptabilité des visites à domicile dans la perspective des femmes qui abusent de substances psychoactives et de leur famille et, si nécessaire, d'adapter en conséquence les modalités d'intervention.

➤ *Le recrutement*

Pour avoir une influence positive sur la santé du fœtus, il est généralement recommandé que le suivi débute le plus tôt possible, soit au plus tard avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse (Cunningham *et al.*, 2001). Chez neuf des dix-sept femmes, le suivi a été amorcé dans ce délai. Il en est autrement pour les huit autres participantes qui ont eu leur premier contact avec une intervenante, soit tardivement pendant la grossesse, soit même après l'accouchement. Ce recrutement tardif a aussi été observé lors de l'évaluation du programme « Jeunes Parents », programme dédié aux adolescentes enceintes qui fut mis en place au CLSC BVLV à la fin des années 1980 (Michaud *et al.*, 2002).

Selon les standards médicaux habituels, le nombre suggéré de visites médicales prénatales est d'environ douze, soit neuf visites jusqu'à 36 semaines de gestation, puis une par semaine par la suite (SOGC, 1998). Chez les femmes suivies pendant la grossesse, ce nombre varie de une à seize, avec une valeur médiane de neuf. Ce nombre de visites inférieur à la recommandation est vraisemblablement dû au recrutement tardif. Il est également possible que les femmes consultent d'autres milieux cliniques et que le suivi de grossesse soit finalement adéquat. Or, les données colligées dans la présente évaluation ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Les données colligées ne permettent pas non plus de calculer avec précision le taux d'attrition aux services périnataux, mais il semble élevé : treize femmes sur les 56 suivies avaient terminé leur suivi avant la durée prévue de deux ans et il n'a pas été possible de joindre sept autres femmes sur les 56 qui avaient reçu des services périnataux du CLSC durant la dernière année. Les ruptures de lien avec la clientèle sont très fréquentes dans ce type de services. Elles sont autant dues aux déménagements qu'aux refus ou aux pertes de vue non expliquées. D'après une recension des écrits réalisée par Drummond *et al.* (2002) et portant sur les programmes de visites à domicile à l'intention de familles à risque, le taux d'attrition pourrait être aussi élevé que 67 %. Dans l'évaluation d'un programme de visites à domicile pour des femmes cocaïnomanes, le taux d'attrition était de 49 % (Butz *et al.*, 2001).

Considérant que le suivi est tardif et probablement insuffisant, il serait important de songer à introduire des stratégies de recrutement précoce dans le milieu de vie des femmes plus marginalisées afin de s'assurer qu'elles recevront des services professionnels soutenus durant la période prénatale. Il s'agirait ici de permettre à des intervenantes d'aller dans la communauté pour rencontrer des femmes enceintes et établir le plus tôt possible un lien de confiance avec elles. Certaines femmes pourraient être dirigées vers des services de CLSC, alors que d'autres seraient suivies dans leur milieu.

Une telle approche avait déjà été expérimentée dans la ville de Québec. Le programme « Jeunes mères difficiles à rejoindre » avait été mis en place par le Centre jeunesse de Québec, entre 1995 et 1997, mais n'avait pas pu être reconduit par la suite (Guilbert *et al.*, 1997). Le projet visait à « 1) rejoindre, le plus précocement possible, les jeunes femmes de moins de 20 ans, enceintes ou déjà mères, résidant dans le centre-ville de Québec, vivant en marge de la société et perçues comme à risque et, 2) développer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants, en les habilitant à reconnaître leurs besoins, à utiliser de façon adéquate les ressources disponibles et à briser leur isolement. » Dans ce programme, le suivi débutait durant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse chez 61 % des jeunes femmes, comparativement à une seule femme dans le présent projet. Cette approche était d'autant plus intéressante que plus la première visite était faite tôt dans la grossesse, plus le nombre total de visites prénatales était élevé (Tremblay *et al.*, 1998). Bien que conçus à l'origine pour les adolescentes, le principe de développement de l'autonomie qui sous-tend un tel programme, les méthodes de recrutement dans le milieu et le suivi souple et adapté aux besoins de femmes vivant en marge de la société seraient fort pertinents pour des femmes, même plus âgées, qui ne vont pas au CLSC ou encore qui sont en rupture avec cet organisme.

Il est probable que toutes les femmes abusant de substances psychoactives n'ont pas les mêmes besoins et que, chez une même personne, ceux-ci varient à différents moments de la vie. Cette diversité milite en faveur d'un suivi prénatal et postnatal offert à l'intérieur des milieux de vie et adapté à des réalités changeantes. De tels services offerts dans la communauté aux femmes enceintes et aux nouvelles mères auraient leur place en complémentarité de ceux proposés par les CLSC et autres organismes. Plutôt que de viser une continuité des services, comme le préconise le programme NÉ-GS, il s'agirait plutôt de rendre accessible une variété de services répondant à différents besoins.

Ici encore, ces services pourraient être utiles non seulement aux femmes toxicomanes, mais aussi aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui sont marginalisées pour d'autres raisons, par exemple les jeunes femmes qui fuguent ainsi que celles qui souffrent de maladie mentale. La consommation d'alcool et de drogues étant souvent présente dans ces situations, on réussirait tout de même à rejoindre la clientèle ciblée.

### 5.3 LA TOXICOMANIE, UN PROBLÈME COMPLEXE

#### ➤ *La pertinence de la formation*

L'abus d'alcool et de drogues en contexte de maternité pose des difficultés particulières aux intervenantes de périnatalité à cause des effets délétères de l'exposition du fœtus à ces substances et des conditions de vie difficiles dans lesquelles se développent les enfants de parents toxicomanes. Ce contexte place les intervenantes devant un dilemme : d'une part, développer un lien de confiance avec la femme et la famille; d'autre part, assurer la sécurité de l'enfant (Oda, 1994). Or, la création de la

relation de confiance est le point de départ et l'enjeu de l'intervention, car, sans elle, il n'est pas possible de soutenir les femmes et les familles. Cet enjeu s'est manifesté dans le projet, entre autres, par la difficulté éprouvée par les intervenantes à questionner les femmes sur leur consommation et à leur proposer des services spécifiques, de crainte de les perdre de vue.

La formation sur les substances et leurs effets ainsi que sur les façons de gérer le risque de négligence des enfants a toutefois permis aux intervenantes rencontrées de résoudre en partie ces difficultés. Pour elles, la formation a été un apport très positif du projet pilote. Elle les a aidées à se sentir plus à l'aise pour établir une relation de confiance avec les femmes, pour parler plus rapidement avec elles de leur consommation d'alcool et de drogues et pour assurer de façon concrète la protection des enfants lorsque la mère continue à consommer. Les propos recueillis portent à conclure que, en contexte de services périnataux de CLSC, la réduction des méfaits est possible lorsque les intervenantes acquièrent l'expertise nécessaire.

Les propos des intervenantes donnent à croire que l'approche par la réduction des méfaits et celle par l'abstinence ne sont pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Cette façon de voir était partagée par des intervenantes interrogées dans le cadre d'une étude canadienne. Cette étude précisait, de plus, que l'approche par la réduction des méfaits rendait l'intervenante responsable de la reconnaissance du préjudice. Elle devait aussi s'efforcer de réduire au minimum ce préjudice dès qu'il était reconnu (Rutman *et al.*, 2000). Cette plus grande responsabilité ne devrait cependant être donnée qu'à des intervenantes bien formées et bien soutenues professionnellement.

Cela dit, les résultats de l'évaluation indiquent que la formation devrait être maintenue au CLSC BVLV, d'autant plus que le roulement de personnel y est important. Celle-ci devrait aussi être proposée à toutes les intervenantes de CLSC de la région qui travaillent auprès des clientèles les plus démunies, dans le cadre des programmes de suivis intensifs prénataux et postnataux, et qui sont susceptibles de rencontrer des femmes ayant des problèmes dus à la consommation de substances psychoactives. Les contenus de formation devraient viser l'acquisition de connaissances sur la toxicomanie, sur les stratégies d'intervention en première ligne, sur l'approche par la réduction des méfaits et sur les ressources existantes ainsi que le développement d'habiletés liées à l'intervention et à la protection des enfants. La clarification des valeurs et des croyances au sujet de la consommation d'alcool et de drogues chez des femmes enceintes et des mères serait un ajout utile à ces formations.

Les modalités de formation devraient être souples et le plus souvent présentées sous forme de soutien clinique intégré à la pratique. En effet, selon les intervenantes, le soutien de l'équipe d'intervenants du CLSC n'était pas toujours suffisant pour résoudre les cas les plus difficiles. Les répondantes ont affirmé qu'elles avaient besoin du soutien de professionnels qui connaissaient bien le problème de la toxicomanie et celui de la protection des enfants. À cet égard, la collaboration avec le CRUV et la DPJ a été jugée très utile et très appréciée.

➤ *Les différentes collaborations*

Les résultats de l'évaluation suggèrent que la réussite de cette collaboration avec le CRUV et la DPJ a été possible grâce à la présence des conditions suivantes : la participation des gestionnaires de ces organismes au sein d'un comité régional ainsi que leur engagement dans le bon fonctionnement du

projet; la réalisation d'ententes formelles entre les organismes pour assurer la pérennité des liens de collaboration; la reconnaissance par les intervenantes du CLSC de la compétence des intervenants spécialisés dédiés au projet ainsi que leur disponibilité pour les aider à résoudre les problèmes complexes.

C'est pourquoi, cette collaboration des ressources spécialisées en toxicomanie et en protection des enfants avec les services de périnatalité mériterait d'être maintenue au CLSC BVLV et développée, au moyen d'ententes formelles, dans les autres CLSC de la région. La priorité d'accès aux services spécialisés donnée par le CRUV aux femmes enceintes toxicomanes et à leurs conjoints devrait également être maintenue.

Enfin, dans le cadre du projet, la collaboration avec les organismes communautaires était encore à développer. Ceux-ci pourraient éventuellement se trouver un rôle dans les services de stratégie avancée « *reaching out* » et d'accompagnement des clientèles les plus marginalisées.

Quant aux services médicaux et hospitaliers, des moyens devront être mis en place pour établir des liens formels avec les cliniques de périnatalité. La coopération avec des médecins pédiatres serait également souhaitable pour assurer le suivi des enfants.

## 5.4 CERTAINS BESOINS À COMBLER

### ➤ *Les besoins en hébergement*

Les représentantes et représentants d'organismes communautaires rencontrés ont mentionné que certaines femmes toxicomanes enceintes ou nouvelles mères étaient aux prises avec un problème d'hébergement. Ce besoin n'avait cependant pas été relevé par les intervenantes du CLSC.

Il serait pertinent de vérifier l'importance de ce problème et, le cas échéant, de trouver des solutions. Si des services d'aide au logement temporaire des femmes toxicomanes pendant leur grossesse ou après l'accouchement s'avéraient effectivement nécessaires et étaient mis en place, il y aurait là une opportunité de répondre à d'autres besoins de base non satisfaits et une occasion de soutenir les femmes qui veulent profiter de la naissance d'un enfant pour organiser leur vie. L'hypothèse de l'efficacité d'une telle approche mériterait cependant d'être vérifiée.

### ➤ *Les services médicaux aux enfants exposés à l'alcool et aux drogues pendant la grossesse*

Lors de la mise en œuvre du projet pilote, il n'a pas été clairement prévu de mettre en place des services médicaux pour les enfants exposés à l'alcool et aux drogues pendant la grossesse. La collaboration attendue avec le milieu médical n'ayant pas donné les résultats escomptés, les intervenantes de périnatalité du CLSC n'ont pas eu de contact direct avec celui-ci leur permettant de référer les enfants des mères qu'elles suivaient.

Or, les enfants exposés à l'alcool et aux autres substances psychoactives ont besoin d'un suivi médical pour que soient diagnostiqués et traités les anomalies congénitales et les troubles de développement

associés à cette exposition. Ils ont également besoin d'aide durant l'enfance et l'adolescence pour leur développement psychologique et leur adaptation sociale (Lecompte *et al.*, 2002). Étant donné leurs multiples besoins, une approche multidisciplinaire serait souhaitable. Les intervenantes rencontrées n'ont pas traité ce sujet en entrevue. Cependant, cette question doit être soulevée, d'autant plus qu'une publication du Comité permanent de lutte à la toxicomanie rappelle que :

*Pour les enfants exposés aux substances psychoactives, les meilleures interventions sont celles axées sur une approche multidisciplinaire comprenant l'implication d'un pédiatre, d'une infirmière, d'une TS, d'un ergothérapeute et d'un physiothérapeute pour ainsi optimiser le développement physique, moteur et émotionnel de ces enfants (Lecompte et al., 2002).*

Un tel modèle de soins pour les enfants exposés n'existe actuellement pas dans la région de Québec. Sans vouloir développer des services qui seraient spécifiques aux clientèles qui abusent de substances psychoactives, il s'impose de mettre en place des mécanismes de collaboration entre les soins de première ligne et les services spécialisés pour assurer un suivi adéquat aux enfants. Ici encore, il serait préférable de ne pas créer de services particuliers qui auraient pour effet de stigmatiser la clientèle toxicomane. Il vaudrait mieux améliorer les services déjà existants, les rendre souples, accessibles et acceptables pour les parents et les offrir dans une approche ouverte et sans jugement.

## **5.5 LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE DES SERVICES**

Les difficultés rencontrées dans la réalisation du projet ayant fait l'objet de l'évaluation ne sont ni de l'ordre de la pertinence, ni des approches cliniques, ni de la compétence du personnel, mais bien de l'implantation et de l'organisation des services. Son expérimentation rappelle l'importance de réunir tous les acteurs associés à l'offre de services, dès le point de départ, pour leur donner le temps de s'ajuster et pour profiter de toute l'expertise disponible. Une telle façon de procéder est d'autant plus importante que la problématique de la consommation d'alcool et de drogues par des futures mères interpelle les valeurs tant des intervenantes, des intervenants que des planificateurs et qu'il faut prendre en considération les différentes visions qui s'affrontent. À cet égard, le projet a été implanté trop vite pour permettre ce travail préliminaire.

Malgré tout, les résultats de l'évaluation permettent de conclure que l'expérience du projet Passerelle est positive. La pertinence de considérer la problématique de la consommation de psychotropes chez les femmes suivies en périnatalité ne fait pas de doute étant donné le nombre de femmes qui présentent ces problèmes dans les secteurs de la Basse-Ville et de Limoilou. Dans ce contexte, où la clientèle est défavorisée et les enfants particulièrement à risque que leur développement ne soit entravé, investir dans la petite enfance est porteur à moyen et à long terme. La réduction des méfaits en contexte de services de première ligne de périnatalité est possible d'après les intervenantes. Le besoin de formation et de soutien exprimé par le personnel ainsi que la nécessité d'encourager la collaboration entre les différentes organisations de soins, signifient qu'il faut réaffirmer que la toxicomanie maternelle est une priorité. À cette étape-ci, il est nécessaire de réunir de nouveau les acteurs concernés pour ajuster l'offre de services aux familles concernées et, surtout, il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour ne pas perdre les acquis du projet.

## 6. RECOMMANDATIONS

- 1) Maintenir comme priorité régionale les services périnataux aux mères toxicomanes.
- 2) Privilégier pour les mères, deux types de services :
  - ♦ les visites à domicile ciblant les femmes enceintes et nouvelles mères en situation difficile, incluant celles qui ont des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues;
  - ♦ des approches de « *reaching out* », dans les milieux de vie, pour aider les femmes les plus démunies à satisfaire leurs besoins.
- 3) Assurer un suivi médical spécialisé aux enfants exposés aux substances psychoactives *in utero*.
- 4) Vérifier si d'autres services sont à créer, notamment en matière d'hébergement.
- 5) Consolider et élargir la concertation entre toutes les ressources impliquées : services sociaux et de santé de première ligne, services spécialisés en toxicomanie, services de protection de l'enfance, services médico-hospitaliers et services en milieu communautaire; se doter de protocoles d'entente formels sur l'échange de services.
- 6) Maintenir des activités de formation pour les intervenantes en périnatalité qu'elles travaillent en CLSC ou dans d'autres organismes, et privilégier des approches de formation souples, en milieu de travail, sous forme de soutien clinique.

## BIBLIOGRAPHIE

- American College of Obstetricians and Gynecologists (1994). « Substance Abuse in Pregnancy », technical bulletin number 195, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 47 : 73-80.
- American Psychiatric Association (1996). *DSMIV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, Paris : Masson.
- Baer, J.S., Sampson, P.D., Barr, H.M., Connor, P.D., Streissguth, A.P. (2003). « A 21-Year Longitudinal Analysis of the Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Young Adult Drinking », *Archives of General Psychiatry*, 60 : 377-385.
- Boyer, G., Brodeur, J.M. et autres (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme « Naître égaux – Grandir en santé »*, Direction de santé publique, RRSSS de Montréal-Centre, 150 p.
- Boyer, G., Laverdure, J. (2000). *Le déploiement des programmes « Naître égaux – Grandir en santé » au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 46 p.
- Butz, A.M., Pulsifer, M., Marano, N., Belcher, H., Lears, M.K., Royall, R. (2001). « Effectiveness of a Home Intervention for Perceived Child Behavioral Problems and Parenting Stress in Children With In Utero Drug Exposure », *Archives of Pediatric Adolescent medicine*, 155 : 1029-1037.
- Chevalier, S., Lemoine, O. (2000). « Consommation d'alcool », dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 4, coll. La santé et le bien-être, Institut de la statistique du Québec, p. 117-133.
- Clément, M.E., Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*, Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 85 p.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). *Avis sur la double problématique toxicomanie et négligence parentale*, Gouvernement du Québec, 22 p.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. (2001). « Prenatal Care », dans *Williams Obstetrics*, 2nd Edition, chap. 10, McGraw Hill, p. 221-247.
- De Koninck, M., Guyon, L., Morissette, P. (2003). « L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives », *Recherches féministes*, à paraître dans le vol. 16 no. 2.
- Desrosiers, H., Neill, G., Gingras, L., Vachon, N. (2002). *Grandir dans un environnement en changement*, dans Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, vol. 2, n° 2, 65 p.
- Drummond, J.E., Weir, A.E., Kysela, G.M. (2002). « Home Visitation Programs for At-risk Young Families – A Systematic Literature Review », *Canadian Journal of Public Health*, 93 (2) : 153-158.
- Ebrahim, S.H., Gfroer, J. (2003). « Pregnancy-Related Substance Use in the United States During 1996-1998 », *Obstetrics and Gynecology*, 101 (2) : 374-379.
- Ernst, C.C., Grant, T., Streissguth, A.P., Sampson, P.D. (1999). « Intervention with High-risk Alcohol and Drug-Abusing Mothers : II. Three-Year Findings from the Seattle Model of Paraprofessional Advocacy », *Journal of Community Psychology*, 27 (1) : 19-38.

Frank, D.A., Augustyn, M., Grant Knight, W., Tripler, P., Zuckerman, B. (2001). « Growth, Development, and Behavior in Early Childhood Following Prenatal Cocaine Exposure, A Systematic Review », *Journal of the American Medical Association*, 285 : 1613-1625.

Grant, T., Ernst, C.C., Pagalilauan, G., Streissguth, A.P. (2003). « Postprogram Follow-up Effects of Paraprofessional Intervention with High-risk Women Who Abused Alcohol and Drugs during Pregnancy », *Journal of Community Psychology*, 31 (3) : 211-222.

Grant, T., Ernst, C.C., Streissguth, A.P. (1996). « An Intervention with High-risk Mothers Who Abuse Alcohol and Drugs : The Seattle Advocacy Model », *American Journal of Public Health*, 86 (12) : 1816-1817.

Guilbert, G., Tremblay, D., Lechasseur, H., Desmeules, M. (1997). *Les jeunes mères difficiles à rejoindre : Projet réalisé par le Centre jeunesse de Québec (la Clairière)*, Centre de santé publique de Québec et Centre jeunesse de Québec, 57 p.

Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible – Une synthèse des connaissances actuelles*, Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 113 p.

Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., Marsh, A. (2002). « Toxicomanie et maternité, un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recréée », *Drogues, santé et société*, 1 (1) : 1-25. Disponible sur le site web : [www.drogues-sante-societe.org](http://www.drogues-sante-societe.org)

Institut de la statistique du Québec (2003a). *Naissances selon le niveau de scolarité de la mère, la région et le CLSC de résidence de la mère, Québec, 1999*, Fichier des événements démographiques (naissances), dernière mise à jour le 26 mars 2003. Disponible sur le site web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)

Institut de la statistique du Québec (2003b). *Naissances selon la durée de gestation, la région et le CLSC de résidence de la mère, Québec, 1999*, Fichier des événements démographiques (naissances), dernière mise à jour le 26 mars 2003. Disponible sur le site web : [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca)

Institut de la statistique du Québec (2003c). *Naissances selon le poids du nouveau-né et le CLSC de résidence de la mère, région de Québec, 2000*, Fichier des événements démographiques (naissances), données traitées par M. Côté, Direction de santé publique de la RRSSS de Québec, mars 2003.

Kitzman, G., Olds, D., Henderson, C.R., Jr., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., McConnochie, K.M., Sidore, K., Luckey, D.W., Shaver, D., Engelhardt, K., James, D., Barnard, K. (1997). « Effect of Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses on Pregnancy Outcomes, Childhood Injuries, and Repeated Childbearing : A Randomized Controlled Trial », *The Journal of the American Medical Association*, 283 (15) : 1983-1989.

Lecompte, J., Perreault, E., Venne, M., Lavandier, K.A. (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 79 p.

Michaud, F., Guilbert, E., April, N., Harvey, J. (2002). *Services en périnatalité pour les jeunes femmes enceintes au CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier – Évaluation du programme « Jeunes Parents »*, Direction de santé publique de Québec, RRSSS de Québec, 30 p.

Michaud, P. (1999). *Maternité et toxicomanie : les services aux femmes enceintes ou mères de jeunes enfants qui consomment de façon problématique des psychotropes*, Beauport, Direction de santé publique de Québec, 59 p.

Olds, D., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Jr., Kitzman, G., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L.M., Luckey, D. (1997). « Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect: 15-year Follow-up of a Randomized Trial », *Journal of the American Medical Association*, 278 : 637-643.

Raskin, V.D. (1992). « Maternal Bereavement in Perinatal Substance Abuser », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 2 : 149-152 cité dans Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., Marsh, A. (2002). « Toxicomanie et maternité, un parcours difficile, de la famille d'origine recrée à la famille recrée », *Drogues, santé et société*, 1 (1) : 1-25. Disponible sur le site web : [www.drogues-sante-societe.org](http://www.drogues-sante-societe.org)

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1999). *Maternité et toxicomanie – Pour un réseau intégré de services aux femmes enceintes et mères de jeunes enfants*, Québec, 23 p.

Rhen N., Room, R., Edwards, G. (2001). *L'alcool dans la Région européenne : consommation, méfaits et politiques*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, p. 18.

Rutman, D., Callahan, M., Lundquist, A., Jackson, S., Field, B. (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*, Recherche en matière de politique, Condition féminine Canada, 190 p.

Santé Canada, *L'alcool et la grossesse*, Système canadien de surveillance périnatale, site web : [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/facts/hts/alcprg\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/rhs-ssg/facts/hts/alcprg_f.html), dernière mise à jour le 8 mars 2002.

Schuler, M.E., Nair P., Black, M.M., Kettinger, L. (2000). « Mother-Infant Interaction : Effects of a Home Intervention and Ongoing Maternal Drug Use », *Journal of Clinical and Child Psychology*, 29 : 424-431.

Schuler, M.E., Nair P., Kettinger, L. (2003). « Drug-Exposed Infants and Developmental Outcome : Effects of a Home Intervention and Ongoing Maternal Drug Use », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157 : 133-138.

Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) (1998). *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, cité dans Santé Canada (2000), *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, p. 4.8.

Tremblay, D., Lechasseur, H., Desmeules, M., Guilbert, E., Lepage, M.-C. (1998). « Les jeunes mères difficiles à rejoindre : Étude d'implantation d'une intervention pré et postnatale auprès d'une clientèle à risque », *Revue canadienne de santé publique* : 83 (3) : 376-379.

Wilsnack, S., Wilsnack, R.L. (1991). « Epidemiology of Women's Drinking », *Journal of Substance Abuse*, 3 : 133-157, cité dans Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., Marsh, A. (2002), « Toxicomanie et maternité, un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recrée », *Drogues, santé et société*, 1 (1) : 1-25. Disponible sur le site web : [www.drogues-sante-societe.org](http://www.drogues-sante-societe.org)

**Agence  
de développement  
de réseaux locaux  
de services de santé  
et de services sociaux**

**Québec**   
Capitale nationale

DIRECTION RÉGIONALE DE  
SANTÉ PUBLIQUE  
2400, avenue D'Estimauville  
Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone  
(418) 666-7000

Télécopieur  
(418) 666-2776

Site Internet  
[www.dspq.qc.ca](http://www.dspq.qc.ca)

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada