



Avis

sur

**La double problématique toxicomanie
et négligence parentale**

CPLT

Dépôt légal
ISBN : 2-550-35406-0
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 1999

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

**La double problématique toxicomanie
et négligence parentale**

Avis

**du
Comité permanent de lutte à la toxicomanie**

**à la
Ministre de la Santé et des Services sociaux
et au
Ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux
et à la Protection de la jeunesse**

Décembre 1999

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	i
Avant-propos.....	ii
Introduction.....	1
1. Portrait de la situation.....	3
1.1 Ampleur du problème.....	3
1.2 Clarification de la relation entre la toxicomanie des parents et la négligence envers les enfants.....	3
1.3 Conséquences pour l'enfant	4
1.4 Services existants	4
1.4.1 Situation québécoise.....	4
1.4.2 Programmes hors Québec.....	5
2. Principaux enjeux au niveau des pratiques.....	6
3. Recommandations	14
Conclusion	17
Annexe 1 : Liste des membres actuels du CPLT et de son Comité aviseur.....	20
Annexe 2 : Liste des participants à la rencontre d'échange du 13 octobre 1999	22

REMERCIEMENTS

Les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)* tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur précieuse contribution à la préparation du présent *Avis* :

- madame Marie-Ève Clément et monsieur Marc Tourigny pour la production d'un rapport commandé par le CPLT sur la double problématique de la toxicomanie des parents et de la négligence envers les enfants ;
- les experts, décideurs et intervenants dont les noms apparaissent à l'annexe 2 et qui ont généreusement accepté de participer à la rencontre d'échange sur le sujet, tenue en octobre 1999 ;
- les membres du Comité aviseur du CPLT, dont les noms apparaissent à l'annexe 1, pour leurs judicieux commentaires sur une version préliminaire de l'*Avis* ;
- madame Jocelyne Forget, directrice générale, qui a rédigé l'*Avis* ;
- madame Danielle Dupuis, secrétaire de direction du Comité, qui a effectué la mise en page de l'*Avis*.

* La liste des membres actuels du Comité apparaît à l'annexe 1.

AVANT-PROPOS

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

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède donc régulièrement à des travaux visant à mieux comprendre et à mieux clarifier les liens qui existent entre la toxicomanie et certaines autres problématiques. Or, parmi les problématiques qui sont de plus en plus clairement associées à l'abus de substances psychoactives par les parents, ressort la négligence envers les enfants.

Au cours des dernières années, particulièrement, de nombreux intervenants des directions de protection de la jeunesse et des milieux hospitaliers qui desservent une clientèle enfantine ont exprimé leurs inquiétudes face à l'ampleur du phénomène et à la gravité de bon nombre de situations dont ils sont témoins. À l'écoute de ces préoccupations, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a donc voulu, non seulement faire la lumière sur cette réalité, mais également tenter de dégager des pistes de solutions.

Dans un premier temps, une étude a été commandée à madame Marie-Ève Clément et à monsieur Marc Tourigny, en vue de faire la synthèse des connaissances actuelles sur le sujet. À l'issue de ces travaux, un rapport a été produit. Suite à la publication et à la diffusion de ce document par le CPLT, un petit groupe d'informateurs clés, provenant des milieux les plus directement concernés par cette double problématique (cf. annexe 2), a été réuni, en octobre 1999, autour de la présidente et de la directrice générale du Comité. Cette rencontre avait pour but de confirmer et de compléter le portrait tracé par les auteurs du rapport et de dégager des pistes de solutions.

Ce processus en deux étapes a permis au Comité permanent de lutte à la toxicomanie d'enrichir sa propre réflexion et de formuler des recommandations qui soient les plus pertinentes possible. Les recommandations adressées, dans le présent *Avis*, aux ministres Marois et Baril sont donc celles du Comité et constituent une prise de position formelle des membres.

INTRODUCTION

La notion de négligence est habituellement incluse, dans la littérature, dans un concept plus large de « mauvais traitements », qui inclut également la notion d'abus. Les mauvais traitements mettent en cause la sécurité et le développement de l'enfant. Toutefois, la nature des gestes posés par le parent différencie les notions de négligence et d'abus. Dans le cas de la négligence, il y a une **omission** de sa part à fournir les soins nécessaires. Ce manque peut se retrouver au niveau des soins physiques (alimentation, habillement, hygiène, logement), des soins émotifs (attention, estime de soi, sécurité, etc.) ou des soins reliés au développement de l'enfant (surveillance, éducation, santé). Dans le cas de l'abus, il y a une action de la part du parent, qui est non accidentelle, et qui peut être de nature physique (violence physique), sexuelle (violence sexuelle) ou psychologique (violence verbale).¹

Au Québec, la Loi sur la protection de la Jeunesse (art. 38) prévoit que la sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis, notamment si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ; si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ; s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources des ses parents ; s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique. Le signalement d'une telle situation de compromission entraîne une intervention du directeur de la protection de la jeunesse qui détermine d'abord si le signalement est fondé et si des mesures doivent être prises et, le cas échéant, qui décide de l'orientation la plus appropriée. La LPJ met de l'avant l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits, tout en réaffirmant la primauté de la responsabilité parentale. Le premier principe énoncé dans la Loi est le suivant : « La responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation d'un enfant et d'en assurer la surveillance incombe en premier lieu à ses parents ». Cela implique qu'il faille d'abord s'assurer d'accorder aux parents le soutien nécessaire pour qu'ils puissent s'acquitter de cette tâche de façon satisfaisante. Les efforts doivent d'abord viser à faciliter l'exercice des responsabilités des parents à l'endroit de leur

¹ Clément, M.È. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document disponible, sur demande, au CPLT.

enfant et les aider à développer leurs capacités parentales ; ce n'est qu'en tout dernier recours qu'il faut envisager de se substituer à eux.

Le défi, face à la problématique de négligence parentale, et encore plus face à la double problématique « négligence parentale et toxicomanie », est de trouver des moyens de concilier l'intérêt et les droits de l'enfant, d'une part, et la primauté de la responsabilité parentale, d'autre part. Le CPLT souhaite participer, par le présent *Avis*, à l'effort collectif visant à relever ce défi.

1. PORTRAIT DE LA SITUATION ²

1.1 AMPLEUR DU PROBLÈME

g Au Québec, la négligence est la forme de mauvais traitements la plus souvent rencontrée dans les services de protection de la jeunesse : elle représente près de la moitié (48,4 %, en 1997-98) de l'ensemble des signalements retenus. De plus, cette proportion est en augmentation puisqu'en 1993-94, le taux était de 44,9 %. En 1997-98, ce pourcentage représente 11 740 enfants québécois.

g Les études menées auprès des parents toxicomanes rapportent des taux de mauvais traitements envers un enfant variant de 20 % à 42 %, les comportements de négligence étant sur-représentés avec des données variant de 11 % à 31 %.

g La grande majorité des études menées auprès des parents maltraitants révèlent que plus du tiers d'entre eux sont aux prises avec un problème de toxicomanie. Au Québec, l'analyse des données concernant les enfants victimes de négligence pris en charge par les Centres jeunesse de Montréal montre que, selon l'évaluation des intervenants, 32 % des mères et 40 % des pères font un usage abusif de drogues et d'alcool. Certains des intervenants consultés par Clément et Tourigny vont jusqu'à estimer à près de la moitié des signalements retenus pour négligence ceux qui impliquent un abus d'alcool ou de drogues chez le(s) parent(s).

1.2 CLARIFICATION DE LA RELATION ENTRE LA TOXICOMANIE DES PARENTS ET LA NÉGLIGENCE ENVERS LES ENFANTS

Même si les études sont de plus en plus nombreuses à montrer qu'il existe un lien entre la consommation de drogues et d'alcool des parents et les mauvais traitements envers les enfants, très peu d'études ont évalué le rôle de la toxicomanie comme facteur de risque des mauvais traitements. En fait, seulement trois études répondant aux critères des études prospectives et rétrospectives en épidémiologie traditionnelle ont été recensées par Clément

² Les données contenues dans cette section sont principalement issues du rapport de Clément et Tourigny cité précédemment. Les données concernant l'ampleur ont été complétées par quelques chiffres extraits du rapport suivant : Lessard, C. (1999). *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse – 1993-1994 à 1997-1998*. Québec. MSSS.

et Tourigny. Deux de ces études révèlent que la toxicomanie représente un facteur de risque significatif des mauvais traitements envers les enfants, dont la négligence.

Ces études permettent de clarifier comment la toxicomanie joue un rôle dans les mauvais traitements infligés aux enfants. En plus des facteurs de risque associés à l'exposition de l'enfant aux drogues *in utero*, la consommation affecte également les capacités des parents à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. Les principales raisons identifiées dans ces études sont les suivantes : 1) les enfants exposés aux drogues *in utero* sont plus vulnérables et représentent une source de stress supplémentaire pour les parents ; 2) l'effet provoqué par les substances rend les parents moins attentifs aux besoins et à la sécurité des enfants ; 3) le temps et les ressources des parents sont orientés vers les activités de consommation ; 4) les parents présentent souvent un ensemble d'autres facteurs individuels (dépression, abus sexuel dans l'enfance), familiaux (violence conjugale) et sociaux (implication dans des activités criminelles) susceptibles d'influencer leur capacité parentale.

1.3 CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT

Les enfants exposés aux drogues et à l'alcool durant la grossesse peuvent présenter des retards au niveau de leur développement moteur et cognitif. Ces retards, combinés aux difficultés et aux priorités des parents toxicomanes, rendent l'enfant plus à risque de négligence, ce qui, en retour, peut entraîner de graves conséquences sur le développement de celui-ci. Ainsi, on constate que la négligence envers l'enfant augmente considérablement le risque de retards de croissance, de retards intellectuels et langagiers. Elle peut aussi entraîner des conséquences psychosociales, telles que la tristesse, l'apathie, la passivité et des interactions sociales déficientes. De plus, à long terme, l'enfant qui habite avec un parent toxicomane peut éventuellement présenter des troubles d'attention, de l'irritabilité, de l'anxiété, des problèmes scolaires et des problèmes de consommation d'alcool et de drogues.

1.4 SERVICES EXISTANTS

1.4.1 Situation québécoise

Au Québec, il existe certains programmes d'intervention spécifiquement conçus pour les familles négligentes, notamment le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC), implanté dans différentes régions du Québec. Il y a aussi, bien entendu, les actions des intervenants des Centres jeunesse, d'une part, et

celles des intervenants en toxicomanie, d'autre part : exceptionnellement en collaboration, généralement en parallèle. Ajoutons également quelques programmes « mères-enfants » qui ne ciblent pas spécifiquement la double problématique de toxicomanie et de négligence parentale mais qui visent à la fois le traitement des problèmes de la mère, le développement des compétences parentales et la prévention des situations problématiques qui pourraient nuire au développement de l'enfant (ex. : programmes de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation de la Villa Marie-Claire, à Sherbrooke ; programme « mère-enfant » du centre de traitement en toxicomanie Le Portage).

En fait, peu d'initiatives ont été prises pour intervenir de façon spécifique, à la fois sur le problème de toxicomanie et sur la négligence parentale. Le programme Jessie, implanté à Montréal, sur la base d'une collaboration entre les Centres jeunesse et le Centre Dollard-Cormier, est le seul à offrir des services similaires aux programmes communautaires américains recensés. Et, malheureusement, une récente étude d'évaluation d'implantation (1999) fait ressortir diverses difficultés liées à l'implantation de ce programme.

1.4.2 Programmes hors Québec

À l'extérieur du Québec, les programmes qui s'adressent aux parents toxicomanes et négligents, ou à risque de l'être, et qui ont pu être recensés, sont des programmes américains. Ces programmes sont classés en trois catégories : ceux qui sont offerts en milieu hospitalier ; ceux qui sont offerts en milieu résidentiel ou à l'interne ; ceux qui sont offerts en milieu communautaire.

En général, ces programmes ciblent les mères : des femmes toxicomanes enceintes ou ayant récemment donné naissance à un enfant exposé aux drogues *in utero* ou encore des mères toxicomanes d'un ou plusieurs enfants.

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

La majorité des programmes, qu'ils soient offerts en milieu hospitalier, résidentiel ou dans la communauté, adoptent une approche de gestion de cas qui permet l'intégration d'un éventail de services visant à répondre aux besoins complexes des mères toxicomanes et des enfants.

2. PRINCIPAUX ENJEUX ET DÉFIS AU NIVEAU DES PRATIQUES

On ne le répètera jamais assez : la toxicomanie est une problématique fort complexe, à multiples facettes, qui nécessite la mobilisation de tous les acteurs en jeu et la coordination des actions de ces différents acteurs.

Dans le cas de la double problématique « toxicomanie et négligence parentale », ce constat prend un sens tout particulier puisque ce qui est au cœur des enjeux, c'est le risque que la sécurité et le développement de certains enfants puissent être compromis, compte tenu du problème de toxicomanie de leurs parents.

Les parents négligents ne sont pas tous toxicomanes et les toxicomanes ne sont pas tous des parents négligents. Cependant, le risque de négligence est plus grand chez les parents toxicomanes et les interventions menées aussi bien dans les réseaux de traitement de la toxicomanie que dans les réseaux de protection de la jeunesse, ou encore dans les CLSC ou les milieux hospitaliers, doivent en tenir compte.

***g* Priorité à l'enfant mais comme partie d'un système**

L'objectif étant de prévenir ou de corriger les situations de négligence grave dont pourraient être victimes des enfants de parents toxicomanes, la priorité est donc accordée à l'enfant. Toutefois, pour atteindre cet objectif, l'ensemble des actions doit porter sur le système familial dont fait partie cet enfant. Ceci constitue à la fois la pierre angulaire et la pierre d'achoppement de l'intervention. C'est ce qui place les intervenants face à des dilemmes importants, c'est ce qui complexifie l'action de chacun et la coordination des actions des différents acteurs, mais c'est aussi la condition incontournable d'une centration sur le véritable intérêt de l'enfant, soit celui de disposer des conditions nécessaires à son développement dans son milieu d'appartenance. En fait, cela s'appuie sur le principe suivant : le mieux que l'on puisse faire pour un enfant négligé, maltraité ou abusé, n'est pas de le retirer de son foyer, c'est de mettre fin à la situation de négligence ou d'abus et d'habiliter son(ses) parent(s) à prendre soin de lui adéquatement. Malheureusement, ce n'est pas toujours possible, mais les mesures à prendre doivent s'appuyer sur cette règle et la séparation parent/enfant, particulièrement mère/enfant, constituer une mesure d'exception, une mesure ultime. Le défi consiste à concevoir des moyens qui permettent d'atteindre cet objectif.

g Intégrer la dimension « parent » dans le traitement de la toxicomanie

Il est souvent difficile de concilier les intérêts des parents toxicomanes et de leurs enfants, mais ce n'est pas impossible, à condition de privilégier une approche globale, de travailler sur l'ensemble du système familial, et d'éviter le morcellement des interventions. L'intervenant en toxicomanie doit s'adresser à la personne globale : une personne aux prises avec un problème de toxicomanie mais aussi, sinon d'abord, un parent. Tout comme le problème de toxicomanie lui-même, l'intervention auprès du parent toxicomane a un impact sur l'enfant et les décisions prises au niveau du traitement devraient en tenir compte. Les intervenants en toxicomanie peuvent contribuer à prévenir les situations de négligence (avant que la nécessité d'un signalement se fasse sentir) ou à les éliminer, en accompagnant l'individu dans son rôle parental.

g Protéger tout en préservant les liens affectifs

Qu'il soit possible d'éviter le placement de l'enfant ou qu'il faille recourir à un tel placement, l'essentiel est d'arriver à préserver les liens affectifs qui unissent le(s) parent(s) et l'enfant. Une partie de l'intervention devrait même porter sur le renforcement de ces liens puisqu'ils contribuent au développement de l'enfant et qu'ils peuvent servir de levier au traitement du parent, surtout de la mère. En principe, le parent, même toxicomane, devrait être en mesure de prendre soin adéquatement de son enfant, avec ou sans aide. Cependant, dans certains cas, l'aide ne suffit pas et l'intérêt de l'enfant commande une séparation. Dans ces cas, le parent toxicomane doit être amené à prendre conscience de son incapacité d'assumer la responsabilité de son enfant et encouragé, par ailleurs, à assurer le maintien, voire le renforcement, des liens affectifs.

Toutefois, même sur ce strict plan affectif, les difficultés sont grandes et les dilemmes persistent. L'intervenant est en effet confronté au manque de stabilité affective de la personne toxicomane et au risque de perturbations que cela peut générer chez l'enfant. D'une part, il faut tenir compte du fait que la personne toxicomane présente souvent des carences au plan affectif, qu'elle peut être aux prises avec un passé chargé d'échecs, de rejets, d'abus, qui handicapent sa capacité d'investir dans une relation et de maintenir cet investissement de façon stable. D'autre part, l'évolution même de la toxicomanie et du traitement entraîne de l'instabilité, notamment au moment des rechutes, et fait en sorte que l'enfant vit, au fil de cette évolution, des problèmes successifs d'attachement et de détachement. En même temps qu'un travail s'effectue auprès du parent toxicomane, l'enfant doit être accompagné et soutenu dans le développement de sa résilience : il doit être habilité à composer avec les problèmes de toxicomanie de son(ses) parent(s) et il doit

apprendre progressivement à se protéger lui-même et/ou à utiliser les ressources à sa disposition. Il doit aussi être respecté dans son besoin de continuité et d'attachement à d'autres personnes significatives ou substituts (ex. : famille d'accueil).

Mentionnons également que le maintien des liens affectifs, même si l'enfant ne vit pas avec sa mère, peut contribuer à prévenir le réflexe qu'ont certaines femmes toxicomanes profondément carencées, de remplacer l'enfant qu'elles se font retirer en en mettant un autre au monde (syndrome de l'enfant de remplacement).

g Agir en amont du problème de négligence

L'idéal demeure toujours de prévenir plutôt que de guérir. Aussi, plus la situation potentielle de négligence est identifiée tôt, plus l'intervention est précoce, plus il y a de chances de minimiser les dommages.

Un tel objectif pose toute la question du dépistage des clientèles à risque et de l'intervention précoce auprès de ces clientèles. En fait, le support et l'aide doivent être apportés, dès le début de la grossesse, à la mère ou future mère toxicomane puisqu'il y a déjà, pendant la grossesse, des situations de négligence à prévenir ou à contrer. De plus, la grossesse constitue en soi un moment stratégique pour « accrocher » la femme toxicomane et la motiver à apporter des changements dans sa vie. Le focus et l'énergie peuvent alors être mis sur la maternité, sur la parentalité, pour tenter de surmonter le problème de toxicomanie et préparer la future mère à développer une relation harmonieuse avec son enfant.

Le principal obstacle pour cette intervention précoce est le diagnostic souvent très tardif des grossesses chez les femmes toxicomanes, ainsi que la résistance qu'elles démontrent à consulter, par crainte, notamment, de perdre leur enfant et/ou de devoir faire face aux attitudes négatives des intervenants de la santé à leur endroit.

À cet égard, des programmes conçus par des organismes communautaires qui fournissent une aide naturelle, non menaçante, caractérisée par la générosité et l'absence de jugement, peuvent apporter une contribution très significative (ex. : les services de mères-visiteuses de la Fondation de la Visite qui s'adressent à des familles de nouveau-nés de différents quartiers du Montréal métropolitain).

g Privilégier l'intervention précoce mais sans « négliger » les enfants plus âgés

Le phénomène de négligence ne se limite pas aux 0-5 ans. Il y a des situations de négligence parentale bien au-delà de l'âge de cinq ans. De plus, les conséquences de la

négligence perdurent à plus long terme et souvent l'intervention doit porter sur les conséquences ou séquelles de la négligence.

La notion de négligence parentale vise en fait l'ensemble des enfants de zéro à dix-huit ans et, même si la priorité doit être accordée à une intervention précoce, la vigilance doit continuer de s'exercer auprès des parents d'enfants plus âgés, particulièrement lorsque ces parents sont toxicomanes.

g La notion de temps : dilemme et paradoxe

Un autre défi auquel sont confrontés les intervenants en toxicomanie et en protection de la jeunesse, c'est celui de concilier ce qui apparaît inconciliable : le besoin de temps du parent pour traiter son problème de toxicomanie et l'urgence des besoins de l'enfant.

Alors que le traitement de la toxicomanie est un long processus, ponctué de rechutes, pour l'enfant, il y a urgence et le temps compte énormément. D'une part, il faut accorder au parent toxicomane le temps nécessaire pour traiter des problèmes multiples, souvent profonds ; d'autre part, plus la situation problématique perdure, plus il y a risque d'aggraver les conséquences pour l'enfant. En même temps qu'il faille démontrer beaucoup de compréhension et de tolérance face aux difficultés du parent à « régler » son problème de toxicomanie, on ne peut tolérer que la sécurité de l'enfant soit menacée dans l'immédiat et que son développement soit compromis à plus long terme.

En même temps qu'il faille, dans le traitement de la toxicomanie, accepter les rechutes et travailler avec cette réalité, on ne peut tolérer la discontinuité dans la relation et dans les soins accordés à l'enfant, surtout en bas âge. Sachant qu'une partie importante du développement d'un enfant se joue dans les premières années de sa vie et qu'il a particulièrement besoin de stabilité et de continuité dans ses relations, la notion de temps prend un sens tout à fait différent selon que l'on cible le parent ou l'enfant. Tout en soutenant le parent toxicomane dans son cheminement personnel, tout en préservant la relation parent/enfant, il faut éviter de « sacrifier » des enfants parce qu'on a trop attendu, trop toléré, trop « compris » le problème du parent.

g Concilier les mandats et les philosophies d'intervention

Pour intervenir efficacement sur un système, en l'occurrence la famille, il faut accepter de faire soi-même partie d'un système de services et faire l'effort d'intégrer dans un tout cohérent, avec ses partenaires, l'ensemble des interventions qui visent cette famille.

Or, actuellement, les réseaux fonctionnent beaucoup plus souvent en parallèle qu'en véritable partenariat. Même si l'on prône la concertation, depuis des années, une grande partie des services sont fournis de façon morcelée, discontinue et, parfois, en opposition les uns par rapport aux autres.

Il est vrai que les mandats ne sont pas faciles à concilier, chacun se centrant sur l'intérêt de son propre client. Il est vrai également que les philosophies d'intervention diffèrent grandement d'un milieu à l'autre. Conséquemment, des difficultés de communication en découlent.

Le défi, c'est de trouver une nouvelle façon de travailler à partir des philosophies existantes et en tenant compte des mandats respectifs. C'est de clarifier ensemble ces mandats et de trouver des terrains d'entente, en s'efforçant de formuler des objectifs communs. C'est de créer une approche conjointe, de développer une vision unifiée du traitement, d'intégrer les pratiques dans un système global. C'est de partager une conception de l'intervention qui vise à intervenir à la fois auprès du parent et de l'enfant. C'est de faciliter les communications en se dotant d'outils communs et en développant un langage commun.

On a beaucoup travaillé sur les structures dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. On a aussi beaucoup décrié le morcellement des interventions et prôné la concertation. Mais, le travail entrepris au niveau des philosophies et des cultures, en vue d'un rapprochement, s'amorce à peine et c'est un long processus. C'est aussi un processus ardu puisqu'il exige que chacun accepte d'être questionné, voire confronté, par ses partenaires. Cela suppose aussi que chacun accepte de devoir, parfois, rajuster ses perceptions et ses façons de faire, en se recentrant continuellement sur les clients. C'est un processus qui exige beaucoup des intervenants, mais aussi des gestionnaires. Ces derniers doivent en effet poser des gestes concrets de soutien aux intervenants, notamment au niveau du temps à allouer à la concertation et à la recherche de solutions, de même qu'à la formation continue et à la supervision de l'ensemble du personnel (et non pas uniquement des stagiaires ou des débutants).

g Composer avec un continuum de positions au sein d'un même réseau

Non seulement les philosophies diffèrent-elles d'un réseau d'intervention à l'autre, mais au sein d'un même réseau, les positions s'échelonnent sur tout un continuum. Ainsi, en protection de la jeunesse, les intervenants se répartissent sur un continuum de positions entre les deux extrémités suivantes : d'une part, prioriser la responsabilité parentale et privilégier à tout prix les mesures de maintien du lien parent/enfant, quitte à prendre certains risques ; d'autre part, assurer à tout prix la protection de l'enfant, en ne prenant aucun risque. Quelle

que soit leur position sur le continuum, ces intervenants sont constamment confrontés à la difficulté de déterminer, dans chaque situation de négligence, quel est l'intérêt véritable de l'enfant et quelles sont les mesures qui peuvent le mieux répondre à ses besoins fondamentaux. S'ajoute à cela la difficulté de déterminer ce qui peut être « toléré » comme comportement parental quant à l'usage et l'abus de substances psychoactives.

Le défi consiste à uniformiser le plus possible les pratiques, en énonçant un ensemble de principes et de règles, et en mettant à la disposition des intervenants des outils concrets pour les guider et les soutenir, tout en étant conscients que chaque situation demeure toujours unique et qu'il y aura toujours une part de jugement clinique dans la prise de décision.

g Rallier les partenaires judiciaires

À la difficulté de concilier les philosophies des différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux s'ajoute celle d'une conciliation avec un autre réseau d'intervenants : le réseau judiciaire.

Même si, dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, les mesures volontaires sont privilégiées, dans près de la moitié des situations de négligence (49,5 % des signalements retenus en 1997-98)³, le recours à des mesures obligatoires s'avère nécessaire et un nouveau groupe d'acteurs entre alors en jeu.

Ces intervenants, particulièrement les juges, jouent un rôle déterminant dans les décisions qui sont prises par rapport aux modalités de relation parent/enfant. Pour certains juges, le droit des parents est prioritaire et ils privilégieront systématiquement les mesures qui permettent au(x) parent(s) de conserver la garde de son(leur) enfant ou de la reprendre. Souvent, par exemple, dans le cas de mères toxicomanes, ils poseront comme condition l'abstinence et/ou la « cure de désintoxication ». Cette mesure peut parfois constituer un levier intéressant, mais elle est rarement « magique » ou suffisante. Les intervenants judiciaires doivent donc s'assurer, en collaboration avec les intervenants sociaux, que les mesures légales s'inscrivent dans un ensemble de mesures beaucoup plus globales et complexes, qui tiennent compte à la fois du droit et de la responsabilité des parents, de même que de l'intérêt de l'enfant.

g Répondre aux besoins spécifiques des mères toxicomanes

Il y a actuellement de nombreux obstacles à l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les mères toxicomanes. Il est difficile d'amener ces femmes vers les

³ Lessard, C. (1999). Op. cit.

services et de les retenir. Les attitudes des professionnels font souvent en sorte qu'elles se sentent jugées et blâmées pour leur comportement, qu'elles craignent qu'en révélant leur problème de consommation ou même en demandant de l'aide, on leur retire leur enfant. De plus, les services ne sont pas adaptés à leurs besoins spécifiques. Enfin, il y a encore, dans certaines ressources de première ligne, une tendance à l'exclusion de cette clientèle, faute d'habiletés et de compétences pour composer avec le problème de toxicomanie.⁴

Si l'on veut véritablement prévenir les situations de négligence, tout en préservant les liens mère/enfant, il faudra s'assurer que les mères ou futures mères toxicomanes aient accès à des services sociaux et de santé adaptés à leurs besoins spécifiques. Ceci signifie, notamment, qu'elles puissent se présenter dans des ressources où elles pourront recevoir l'aide et le soutien nécessaires pour s'occuper adéquatement de leurs enfants, sans se voir systématiquement menacées de se les faire retirer. Cela signifie aussi que les services de traitement en toxicomanie soient adaptés à la réalité parentale de ces femmes et que des conditions facilitantes soient créées pour favoriser leur intégration et leur persévérance en traitement (ex. : programmes mères/enfants, services de garderie, etc.). Pour contrer les situations de négligence à l'égard de leurs enfants, ces femmes doivent être aidées à trouver des solutions à leurs propres problèmes personnels, tout en étant accompagnées dans le développement de leurs habiletés parentales.

g Impliquer les pères et les conjoints

Au début des années 90, le Groupe de travail pour les jeunes⁵, présidé par monsieur Camil Bouchard, a fortement insisté sur l'importance de faire une place aux pères, de trouver des moyens de les impliquer dans leur rôle parental. Ce principe général s'applique aussi dans les situations dont nous traitons ici et les efforts doivent se poursuivre en ce sens. Les pères et les conjoints font partie du système global mis de l'avant précédemment et, à ce titre, l'intervention doit les inclure. Malheureusement, trop souvent, les intervenants participent à la dynamique d'exclusion des pères et des conjoints, créée par les mères elles-mêmes. On prend d'emblée pour acquis qu'ils sont absents, alors que très souvent ce sont les mères qui les ont écartés ou qui ne leur accordent aucune place. Aucun effort n'est fait pour les impliquer dans la démarche entreprise.

⁴ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). *Avis sur les mères toxicomanes*. Montréal : Auteur. p. 16.

⁵ Gouvernement du Québec (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport du Groupe de travail pour les jeunes. Québec : Direction des communications, MSSS.

Souvent, ces hommes sont aux prises eux-mêmes avec un problème de toxicomanie et ils contribuent à la situation de négligence, voire même d'abus. Il faut alors travailler à les neutraliser, sinon ils peuvent saboter le travail entrepris avec la mère et l'enfant. Lorsqu'il s'agit de relations de passage, la mesure consiste à les écarter, mais autant que faire se peut, mieux vaut les impliquer dans le processus.

Il arrive aussi que ces hommes puissent constituer des ressources d'appoint non négligeables, qui peuvent apporter une contribution positive pour l'enfant et parfois même pour la mère. Il peut même arriver, surtout s'il s'agit d'un père ou d'un conjoint non toxicomane, qu'il puisse contribuer à faire disparaître la situation de compromission dans laquelle se trouve l'enfant.

g Tenir compte des problèmes concomitants

Les problèmes de toxicomanie ne viennent jamais seuls. Ils sont souvent accompagnés de problèmes de santé mentale, de carences affectives profondes, d'une grande détresse psychologique, de pauvreté, de difficultés conjugales, etc.. La prévention de la négligence à l'égard des enfants de parents toxicomanes passe par le traitement de la toxicomanie mais aussi par le traitement de ces problèmes concomitants. Ceci ajoute encore davantage à la complexité de l'intervention.

3. RECOMMANDATIONS

À la lumière des informations recueillies à différents sources, **le Comité permanent de lutte à la toxicomanie recommande :**

3.1 APPROCHE GLOBALE

- 3.1.1** Que soit privilégiée une approche qui vise le soutien au(x) parents(s) et le développement des compétences parentales, en vue d'éviter le plus possible le recours au placement de l'enfant.
- 3.1.2** 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.
- 3.1.3** Que soient encouragés et soutenus les programmes qui visent à prévenir la négligence parentale tout en évitant le placement de l'enfant.

3.2 CONCERTATION

- 3.2.1** Que des ressources financières soient attribuées, dans différentes régions du Québec, en vue de l'implantation, du suivi et de l'évaluation (en collaboration avec le milieu de la recherche) de projets pilotes de concertation entre le réseau de la réadaptation en toxicomanie et celui de la protection de la jeunesse, concernant les situations de négligence parentale. Que l'on assure à ces projets une durée de vie suffisante avec un financement adéquat, pour en établir, de façon concluante, l'efficacité.
- 3.2.2** Que les régies régionales, en collaboration avec les établissements et organismes visés, conçoivent et implantent des mécanismes en vue de favoriser les collaborations entre les différents partenaires concernés par la double problématique « toxicomanie et négligence parentale » : sessions de formation conjointes, soutien au partage d'expertises, aux ententes formelles inter-établissements et inter-organismes, à la création d'équipes multidisciplinaires, au développement d'outils communs et à l'adoption de pratiques de gestion de cas intégrée.

3.3 FORMATION

3.3.1 Que soit conçu, à l'intention des intervenants du réseau de la toxicomanie, un programme de formation visant, d'une part, à les sensibiliser aux situations de négligence parentale et à les habiliter à dépister ces situations, et permettant, d'autre part, de leur fournir les éléments nécessaires à une meilleure compréhension de la Loi sur la Protection de la Jeunesse. Que ce programme soit offert dans toutes les régions du Québec.

3.3.2 Que soit conçu, à l'intention des intervenants en protection de la jeunesse, un programme de formation visant à mieux les habiliter à intervenir auprès de parents toxicomanes et à faciliter leur collaboration avec les intervenants du réseau de la toxicomanie.

3.3.3 Que soit conçu, à l'intention des intervenants judiciaires, un programme de formation visant à leur fournir les éléments de base nécessaires à une meilleure compréhension de la problématique de toxicomanie.

3.4 TRAITEMENT

3.4.1 Que les services de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes soient adaptés aux besoins particuliers des mères toxicomanes, afin de créer des conditions facilitantes pour le recrutement et la rétention de cette clientèle dans les programmes de traitement (ex. : réponse immédiate à la demande d'aide, accessibilité des services en termes de proximité du domicile et de flexibilité des horaires, garderies sur place, ressources de répit-dépannage, etc.).⁶

3.4.2 Que soit privilégiée, dans le traitement des personnes toxicomanes, une approche de type systémique qui intègre l'intervention auprès des parents et de l'enfant, qui contribue à prévenir la négligence et qui fournit une alternative au placement (ex. : programmes mères/enfants qui incluent des activités visant le développement des compétences parentales et des activités de stimulation précoce ou d'apprentissages à l'intention des enfants).

⁶ Pour plus d'informations concernant l'intervention auprès des mères toxicomanes, le lecteur peut se référer à l'*Avis du CPLT sur les mères toxicomanes*, précédemment cité.

3.5 RECHERCHE

- 3.5.1** Que l'on évalue de façon plus précise l'ampleur de cette double problématique au Québec.
- 3.5.2** Que des recherches soient menées en vue de préciser le rôle spécifique de l'usage et de l'abus de l'alcool et des autres drogues sur l'occurrence des diverses formes de mauvais traitements.
- 3.5.3** Que des recherches évaluatives soient menées, suite à l'implantation de programmes visant à prévenir ou à faire disparaître les situations de négligence parentale chez des parents toxicomanes, afin d'en déterminer l'efficacité.
- 3.5.4** Que des moyens soient pris pour connaître et faire connaître (transfert de connaissances) les méthodes d'intervention qui se sont avérées les plus efficaces avec les parents toxicomanes négligents ou à risque de le devenir.

CONCLUSION

En se penchant sur la situation des mères toxicomanes, le CPLT avait fait ressortir dans l'*Avis* qu'il publiait concernant cette clientèle, la très grande difficulté de concilier les besoins de la mère et ceux de l'enfant. Il soulignait que « les professionnels qui interviennent auprès des mères toxicomanes sont continuellement confrontés à la difficulté qui consiste, d'une part, à respecter le besoin légitime de la mère de garder son enfant avec elle, de s'en occuper elle-même, de préserver sa relation avec lui et, d'autre part, d'assurer la protection de l'enfant. Les professionnels sont placés en situation de « gestion des risques ». Ils doivent constamment se demander : « jusqu'où puis-je aller dans l'aide et le soutien à apporter à la mère, sans compromettre la sécurité ou le développement de l'enfant ? » En d'autres termes, qu'est-ce qui peut être toléré avant d'en arriver à devoir effectuer un signalement en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ». ⁷

Cette difficulté est également vécue quotidiennement par les intervenants de la protection de la jeunesse qui doivent déterminer si le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial compromet sa sécurité et son développement. Le dilemme se vit également au niveau du tribunal de la jeunesse.

Bon nombre d'intervenants de la santé (CLSC, centres hospitaliers, cabinets de médecins) sont également interpellés lorsqu'ils sont témoins, dans leur pratique, de situations de négligence ou d'abus par des parents toxicomanes, et ils ont des décisions à prendre, dans l'intérêt de l'enfant.

Il n'y a pas de solution magique face à ces dilemmes. Il n'y a pas de recette universelle pour « régler » ces situations problématiques. La seule chose absolument certaine, c'est que la complexité de ces problèmes sociaux commande des réponses multiples, impliquant différents acteurs, dont les actions doivent être coordonnées.

Les familles dont il est ici question sont des familles en très grande détresse, aux prises avec des problèmes multiples, et pour leur venir en aide, il faut privilégier une approche globale. Il faut intervenir auprès de la famille en tant que système et éviter le morcellement des interventions. Tout doit être mis en œuvre pour prévenir ou mettre fin aux situations de négligence, mais tout

⁷ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). *Avis du CPLT sur les mères toxicomanes* Montréal : Auteur. p. 16.

doit aussi être mis en œuvre pour éviter le placement de l'enfant (surtout les trop nombreux placements et déplacements) et pour maintenir, voire développer, la relation parent/enfant. Des efforts doivent être faits pour identifier les forces du système familial et pour les utiliser, plutôt que de ne mettre le focus que sur les faiblesses. Toutes les ressources du système élargi et de la communauté doivent aussi être mises à contribution.

Devant une telle multiplicité de problèmes et une telle complexité, un seul dispensateur de services ne peut agir seul. Cependant, les interventions devraient être intégrées dans un plan conjoint, coordonné par la ressource qui a la majeure de l'intervention et, si possible, par l'intervenant qui constitue la personne la plus significative pour la famille. De nombreux rapports majeurs, tant dans le secteur de la toxicomanie que dans celui de la protection de la jeunesse (Bertrand⁸, Bouchard⁹, Jasmin¹⁰, Harvey¹¹, Cliche¹², Lebon¹³) ont souligné, depuis le début des années 90, la discontinuité des actions, le dédoublement, le manque d'approche globale, et ont formulé des recommandations visant à uniformiser et à intégrer les pratiques, à coordonner les actions et à se recentrer sur la famille comme système. Le cap doit être maintenu sur ces objectifs qui font largement consensus et les efforts doivent s'intensifier en vue de les atteindre.

⁸ Gouvernement du Québec (1990). *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*. Québec : Publications du Québec.

⁹ Gouvernement du Québec (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Québec : Direction des communications, MSSS.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Justice (1992). *Rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la loi sur la protection de la jeunesse*. Québec : Auteur.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1991). *Rapport du groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse*. Québec : Auteur.

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes – Agissons en complices*. Québec : Direction des communications.

¹³ *État de la situation et recommandations en regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services jeunesse*. Rapport du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse. Document de travail (juin 1998).

Annexe 1

*Liste des membres actuels
du Comité permanent de lutte à la toxicomanie
et de son Comité aviseur*

MEMBRES ACTUELS* DU CPLT

Louise Nadeau, Département de psychologie, Université de Montréal – présidente

Lise Roy, Programmes 1^{er} et 2^e cycle en toxicomanie, Université de Sherbrooke - vice-présidente

Jean Sylvestre, FTQ – secrétaire

Serge Gascon, SPCUM – trésorier

Delfino Campanile, CLSC Parc Extension - administrateur

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR

Michel Gagnon, Responsable de la liaison correctionnelle à la Direction régionale des services correctionnels Mauricie / Centre-du-Québec

Robert G., thérapeute en relation d'aide et membre des Alcooliques Anonymes

Morris Kokin, directeur des services professionnels et de réadaptation, Pavillon Foster

Dorothée Leblanc, consultante en toxicomanie et enseignante

Don McKay, représentant national, Syndicat canadien des Communications de l'Énergie et du Papier, FTQ

Carole Morissette, médecin, Unité des maladies infectieuses en santé publique, Régie régionale Montréal-Centre

Rodrigue Paré, directeur général, Maison Jean Lapointe

Robert Paris, coordonnateur de Pact de rue et membre fondateur de l'Association des travailleurs de rue du Québec

Pierre Sangollo, directeur, Sécurité publique, Ville de Sainte-Julie

* Quatre postes sont actuellement vacants au sein du CPLT.

Annexe 2

*Liste des participants à la rencontre d'échange
tenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie
en octobre 1999*

Denis Baraby, chef de service à la réception des signalements – Direction de protection de la jeunesse de la Montérégie

Marc Boily, travailleur social – Ordre professionnel des travailleurs sociaux

Louissette Breton, directrice générale – Villa Marie-Claire (centre pour mères en difficulté d'adaptation) – Sherbrooke

Marie-Ève Clément, membre du Groupe de Recherche et d'Action sur la Victimisation des Enfants (GRAVE)

Nancy Constant, agente de relations humaines – Domrémy Centre-du-Québec (centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes)

Louise Doré, conseillère en clinique psychosociale – CLSC Villeray – Montréal

Liane D'Orsonnens, travailleuse sociale – Programme mères/enfants – Le Portage (centre de traitement pour personnes toxicomanes)

Jocelyne Forget, directrice générale – Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Yvon Gauthier, pédopsychiatre – Clinique d'attachement – Hôpital Ste-Justine et Programme Santé Enfance Jeunesse

France Goudreault, agent de relations humaines – Centre de jour – Centres jeunesse de Québec

Raymond Labelle, coordonnateur – Centres jeunesse de Montréal – Programme Jessie

Michel Malenfant, chef de service à l'évaluation – Direction de protection de la jeunesse de Montréal

Francine Marcil, coordonnatrice des services de consultation – Le Maillon de Laval (centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes)

Louise Nadeau, présidente – Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Marie-Céline Peret, directrice générale – Manoir de l'Espérance (centre de traitement en toxicomanie et en santé mentale) – Joliette

Rachel Perreault, conseillère à la gestion des programmes – Le Virage (centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes) – St-Hubert

Carole Plouffe, chef des programmes – Services généraux – CLSC Petite Patrie – Montréal

Marc Tourigny, professeur – Département de psychoéducation – Université du Québec à Hull