



Avis

sur

Les mères toxicomanes

CPLT

Dépôt légal
ISBN : 2-550-34322-0
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 1999

Dans ce rapport, les titres du genre masculin désignent
des fonctions occupés par des hommes et des femmes

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	<i>i</i>
Avant-propos.....	<i>ii</i>
Introduction	1
1. Description de la réalité des mères aux prises avec des problèmes de toxicomanie... 2	
1.1 Données épidémiologiques.....	2
1.2 Principales caractéristiques psychosociales.....	3
1.2.1 Antécédants familiaux	3
1.2.2 Conditions de vie	4
1.2.3 Profil de consommation.....	5
1.2.4 Problématiques associées.....	5
1.3 Caractéristiques liées à la maternité.....	7
1.3.1 Perceptions et attitudes face à la grossesse et à la maternité	8
1.3.2 Comportements durant la grossesse et à la naissance de l'enfant	7
1.3.3 Impacts de la consommation sur l'enfant	9
1.3.4 Conciliation entre les responsabilités parentales et les problèmes liés à la toxicomanie	10
2. Besoins spécifiques.....	12
2.1 Réalité féminine.....	12
2.2 Réalité parentale	13
2.3 Protection de l'enfant	14
3. Principaux enjeux et recommandations	16
3.1 Enjeux.....	16
3.2 Recommandations.....	19
ANNEXE 1	
Liste des membres actuels du CPLT et de son Comité aviseur.....	23
ANNEXE 2	
Liste des participants à la rencontre d'échange, tenue par le CPLT en janvier 1999.....	25

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* :

Mesdames Louise Guyon, Maria De Koninck, Pauline Morissette et Lyne Chayer, pour la production d'un rapport commandé par le CPLT sur les mères toxicomanes;

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 janvier 1999;

les membres du Comité aviseur au 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 du CPLT, qui a rédigé l'*Avis*;

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

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

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

Souhaitant pouvoir en arriver à dégager des pistes d'action concrètes à l'endroit de ces personnes, le CPLT a d'abord commandé une étude qui fasse la synthèse des connaissances actuelles sur la situation des mères toxicomanes et qui fournisse une base solide sur laquelle appuyer les orientations à proposer. Suite à la publication de cette étude, un petit groupe d'informateurs clés (voir liste à l'annexe 2), provenant de milieux particulièrement

concernés par la problématique des mères toxicomanes et par les services à leur rendre, a été réuni autour de la présidente, de la vice-présidente et de la directrice générale du CPLT, en janvier 1999, dans le but de confirmer et de compléter le portrait tracé par les auteures et de dégager les pistes d'action qui apparaissent les plus prometteuses.

Les informations ainsi recueillies au cours de ce processus, en deux étapes, ont donc permis au Comité permanent de valider les orientations envisagées lors de discussions antérieures et d'enrichir sa connaissance de la situation actuelle, en vue de formuler des recommandations qui soient les plus pertinentes possible.

Introduction

La description des femmes qui est faite dans cet *Avis* est celle de femmes en difficulté, ou susceptibles de le devenir. Il s'agit de femmes qui ont besoin d'aide. Les mères toxicomanes, en fait, viendraient de toutes les couches de la société. Cependant, ce sont celles qui viennent de milieux défavorisés qui ont davantage fait l'objet de recherches. Il est clair que les femmes et les enfants qui vivent dans un contexte de pauvreté retiennent davantage l'attention des services médicaux et des services de protection et ce sont ces clientèles, recrutées dans différents programmes d'intervention, qui sont davantage décrites dans la littérature et dont les intervenants du système socio-sanitaire sont mieux à même de parler.

De plus, il s'agit ici surtout de femmes enceintes ou mères de jeunes enfants; il est peu question de mères d'enfants plus âgés ou de femmes qui développent un problème de toxicomanie plus tardivement (ex. : mères d'enfants devenus adultes). Ceci est lié, d'une part, au fait que les données dont nous disposons traitent davantage de ces femmes, mais s'explique aussi par l'importance de la prévention et de l'intervention précoce qui nous incite à cibler plus spécifiquement ce sous-groupe.

Dans les pages qui suivent, nous tenterons de tracer le portrait de ces femmes, d'identifier leurs besoins spécifiques et de dégager les enjeux que présentent leur situation particulière et celle de leur(s) enfant(s). En terminant, nous formulerons un certain nombre de recommandations qui, si elles étaient retenues, contribueraient sûrement à améliorer la situation de ces femmes et de leur(s) enfant(s).

1. Description de la réalité des mères aux prises avec des problèmes de toxicomanie

1.1 Données épidémiologiques

- Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible d'établir avec certitude et précision **la prévalence des problèmes de toxicomanie chez les femmes enceintes**. Cependant, à titre indicatif, on retiendra que les taux habituellement mentionnés dans les études américaines, quand à l'abus de substances psychoactives chez les femmes enceintes¹, nous permettent d'inférer, de façon très prudente, que la prévalence des problèmes liés à de tels abus pourrait se situer, dans certains milieux, autour de 5%. À titre indicatif encore, mentionnons que des hôpitaux montréalais soulignent l'importance, au fil des ans, du pourcentage de leur clientèle en périnatalité qui consomment des drogues, telles le *crack* ou la cocaïne (ex. : à l'hôpital Saint-Luc, on a vu, au cours des années '80 et '90, de nombreuses consommatrices de *crack* venir accoucher; à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, plus d'une centaine de cas de mères cocaïnomanes ont été dépistées chaque année au cours de cette même période), qui s'injectent des drogues (ex. : l'Hôpital Ste-Justine a vu augmenter, d'année en année, depuis 1981, la proportion de sa clientèle qui s'injecte des drogues et qui est infectée au VIH) et du nombre de bébés qui sont affectés par le problème de consommation de leur mère (ex. : dans l'est de Montréal, on a estimé, à certaines périodes, jusqu'à 10% le nombre de bébés affectés par le problème de consommation de leur mère²). Enfin, mentionnons que les données disponibles sur le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)³ nous permettent d'avancer les chiffres suivants : au Canada, chaque année, une centaine d'enfants naîtraient victimes du SAF. Ce syndrome implique notamment des déficiences au niveau de la croissance, des troubles du système nerveux central et différents handicaps physiques.

¹ Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document disponible, sur demande, au CPLT.

² Idem.

³ McKenzie, D. (1997). *Le syndrome d'alcoolisme fœtal*. Ottawa : Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).

- En ce qui concerne les mères qui abusent de substances psychoactives, aucune donnée spécifique n'est disponible quant à l'ampleur de cette réalité. Par contre, **les données disponibles pour l'ensemble des femmes consommatrices** nous fournissent quelques indications de l'importance et du type de problèmes. Ainsi, selon la dernière Enquête de Santé Québec (1992-1993)⁴, 7,4 % des femmes de 15 ans et plus (10,1 % dans la catégorie des 25-44 ans) présentaient un risque élevé de problèmes liés à l'alcool, 11 % des femmes de 15 ans et plus déclaraient consommer des drogues illicites au moment de l'enquête et on constatait que les femmes prenaient davantage de médicaments psychotropes que les hommes, ce type de consommation étant en lien étroit avec le niveau de détresse psychologique.

1.2 Principales caractéristiques psychosociales⁵

1.2.1 Antécédants familiaux

- 21 à 68 %, (selon les études recensées) des mères ou futures mères toxicomanes en traitement signalent des problèmes d'abus de substances psychoactives au sein de leur famille d'origine.
- Un pourcentage significatif de toxicomanes mères ou enceintes ont été victimes de négligence, d'abus physique ou sexuel dans leur enfance. Par exemple, au niveau de l'inceste, les taux seraient de l'ordre de 28 à 44 % chez les femmes toxicomanes, alors qu'ils sont de l'ordre de 5 % dans la population générale. Ces abus auraient laissé des séquelles importantes, notamment beaucoup de souffrance, ce qui explique en grande partie, chez ces femmes, le recours aux substances psychoactives.
- La grande majorité des femmes enceintes ou des mères en traitement pour toxicomanie sont issues de familles pauvres (ou caractérisée par l'instabilité financière) et/ou chaotiques. Ces conditions sont généralement en lien avec les événements suivants : décès ou départ d'un

⁴ Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993?* Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Québec. Santé Québec, MSSS.

⁵ Les données contenues dans cette section sont principalement issues du rapport de Guyon et al, cité précédemment. Lorsque la source diffère, elle est explicitement mentionnée.

parent, divorce, désaccord entre les parents, manque d'amour, placements en familles d'accueil, inconsistance ou imprévisibilité dans les règles de discipline. On note aussi, de façon significative, un manque de modèles parentaux adéquats.

1.2.2 Conditions de vie

Tel que nous l'avons mentionné en introduction, les femmes dont il est question ici sont des femmes en difficulté ou susceptibles de le devenir. Les principales caractéristiques qu'elles présentent sont les suivantes :

- un faible niveau de scolarité et un manque de formation professionnelle qui leur rendent difficile l'accès à un emploi lucratif; en conséquence, une majorité de ces femmes ont des revenus qui proviennent en grande partie de l'aide sociale;
- la délinquance comme mode de revenu complémentaire : prostitution, vente de drogues, vols, fraude, etc.; ou d'autres activités à caractère sexuel : danse nue, pornographie, etc.;
- la monoparentalité de fait : absence de partenaire ou présence d'un partenaire qui n'assume pas son rôle de conjoint et de père; les études estiment à plus de 70 % le taux d'enfants de familles toxicomanes élevés par des mères célibataires; ces femmes et ces enfants ne disposeraient donc pas du soutien financier, émotionnel et parental requis;
- des relations avec des partenaires eux-mêmes toxicomanes, ces relations étant souvent très problématiques : codépendance affective, violence, interinfluence dans les comportements de consommation et de délinquance, multiples ruptures;
- la marginalisation et l'isolement; le manque de soutien social en période de crise;
- des problèmes de santé importants : déficiences nutritionnelles, maladies transmises sexuellement, infections, traumatismes physiques liés au contexte de violence et d'abus, problèmes de santé mentale.

1.2.3 Profil de consommation

Les informations recueillies, tant dans la littérature qu'auprès d'informateurs clés québécois, font ressortir les éléments suivants :

- les femmes enceintes ou mères toxicomanes ont été initiées aux drogues très précocement et le profil de consommation a rapidement évolué en termes de fréquence, de types de substances consommées (ex. : passage des drogues douces aux drogues dures), de modes de consommation (ex. : passage de l'inhalation à l'injection) et de dépendance;
- une proportion importante de ces femmes sont polytoxicomanes;
- les problèmes, plus spécifiquement liés à l'usage d'alcool et de médicaments, se présentent généralement chez les femmes un peu plus âgées;
- la toxicomanie et la sexualité sont très interreliées : initiation à la drogue ou à certains types de drogues (ex. : drogues dures) par les partenaires sexuels; choix des partenaires en fonction de la consommation (ex. : pour avoir accès plus facilement aux drogues); échange de faveurs sexuelles contre la substance; etc.

1.2.4 Problématiques associées

➤ *Problèmes de santé mentale*

Les intervenants qui desservent les clientèles féminines aux prises avec des problèmes de toxicomanie insistent sur la présence fréquente de problèmes psychologiques ou psychiatriques chez ces femmes. Il est, par ailleurs, très difficile d'établir avec précision les taux de prévalence de ce type de problèmes.

À titre indicatif, mentionnons que les taux habituellement admis au Québec, sur la comorbidité, sont les suivants : du tiers à la moitié de la clientèle (masculine et féminine) en milieu psychiatrique et de la moitié aux deux tiers de la clientèle (masculine et féminine) en milieu de traitement de la toxicomanie (pour l'ensemble des troubles mentaux).

Par ailleurs, on constate dans les milieux de traitement, que la prévalence de problèmes psychologiques et psychiatriques serait plus élevée chez les femmes toxicomanes que chez les hommes toxicomanes.

Le diagnostic des troubles mentaux chez les toxicomanes enceintes ou nouvelles mères serait rendu encore plus complexe, du fait qu'il est excessivement difficile, voire impossible, de départager les symptômes liés à la problématique de toxicomanie, de ceux liés à la santé mentale, de ceux liés à la grossesse ou à la maternité (ex. : anxiété, agitation, perte d'énergie, angoisse, insomnie, dépression).

➤ ***Problèmes de délinquance***

Tel que mentionné précédemment, la toxicomanie et la délinquance sont très étroitement interreliées chez les mères en difficulté. Selon certains intervenants, ce lien est encore plus fort chez les plus jeunes, c'est-à-dire entre 13 et 30 ans. Le fait de consommer des drogues illicites (avec le risque d'être arrêtées pour simple possession), de disposer de moyens financiers très limités et d'avoir, très souvent, des partenaires sexuels eux-mêmes impliqués dans des activités délinquantes, rendent ces femmes très vulnérables. La vente de drogues, la prostitution (systématique, épisodique ou ponctuelle, pour l'argent ou en échange de substances), les vols, la fraude sont autant d'activités qui font partie, de façon régulière ou épisodique, de la vie de ces femmes. En conséquence, le risque d'être arrêtées et incarcérées est très grand, ce qui les expose particulièrement à être séparées de leurs enfants.

➤ ***Tendances suicidaires***

La détresse psychologique est très présente au sein de la clientèle toxicomane. Elle l'est particulièrement au sein de la clientèle féminine.

En lien avec cette détresse psychologique, les tendances suicidaires font également partie, de façon significative, du tableau. Les troubles reliés aux substances psychoactives sont présents dans les cas de suicides (hommes et femmes) dans une proportion variant entre 30 et 50 %, selon

les études; ce chiffre ne comprend pas, par ailleurs, les cas d'intoxication aiguë, ni les troubles reliés aux médicaments, ce qui ferait sûrement augmenter la proportion au-delà du 50 %⁶. Par ailleurs, on note aussi que le risque de suicide est plus élevé chez les femmes qui abusent de drogues que chez les hommes qui font un tel abus et, en ce qui concerne l'abus d'alcool, l'association avec le suicide est aussi plus élevée chez les femmes. À titre indicatif, retenons les données suivantes : en 1991-1992, au sein de la clientèle de Domrémy-Montréal, 52 % des femmes disaient avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, par rapport à 33 % des hommes; de 1993 à 1995, au sein de la clientèle du Centre Alternatives, 44,4 % des femmes disaient avoir déjà tenté de se suicider, par rapport à 32,8 % des hommes⁷. Même si nous ne disposons pas de données spécifiques en regard de cette réalité, pour les mères toxicomanes, nous pouvons quand même référer à ces données générales pour souligner l'importance du problème.

1.3 Caractéristiques liées à la maternité⁸

1.3.1 Perceptions et attitudes face à la grossesse et à la maternité

Chez de nombreuses femmes toxicomanes, la grossesse serait un événement non planifié ou non prévu. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles n'en prendraient conscience ou ne le feraient confirmer que très tardivement. Un certain nombre, même, poursuivraient leur grossesse parce qu'il est trop tard pour recourir à un avortement.

Plusieurs femmes toxicomanes présentent des carences affectives importantes et la maternité est souvent perçue comme une façon de combler leurs manques affectifs : l'enfant sera enfin quelqu'un pour qui elles seront la personne la plus importante au monde, celui qui donnera enfin un sens à leur vie, quelqu'un à aimer et de qui être aimée. Ces perceptions sont évidemment teintées de l'immaturité et de la pensée magique qui les caractérisent trop souvent. La

⁶ Tousignant, M., Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document disponible, sur demande, au CPLT.

⁷ Forget, J. (1995). *Femmes et toxicomanie*. Synthèse et pistes de réflexion. Montréal : Le Regroupement des Centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal, Préfontaine. Document inédit.

relation à construire avec l'enfant est idéalisée. Par ailleurs, ces carences affectives expliquent aussi en grande partie les grossesses à répétition, particulièrement lorsque les enfants sont placés : c'est le phénomène du "bébé de remplacement".

Pour plusieurs de ces femmes, surtout les plus jeunes, la maternité représente également l'accès à un statut social, à un statut d'adulte, à une source importante d'identité et de valorisation; cela représente également l'accès à une certaine forme d'indépendance, aussi paradoxal que cela puisse paraître, puisque la venue de l'enfant permet de bénéficier d'une aide financière perçue comme la clé de la liberté (quitter le foyer familial, s'installer en appartement, parfois vivre avec son "chum").

Par ailleurs, la grossesse et la perspective de mettre au monde un enfant sont aussi très souvent sources de beaucoup d'ambivalence pour ces femmes. Alors qu'elles espèrent beaucoup de la venue de l'enfant et qu'elles sont excitées par l'idée d'avoir un bébé, elles ressentent beaucoup d'anxiété et d'insécurité relativement à leur capacité d'assumer les responsabilités que cela représente, d'autant plus que ces femmes se caractérisent, la plupart du temps, par une très faible estime de soi. De plus, si elles ne sont pas en mesure de cesser leur consommation, elles se sentent coupables des risques qu'elles font encourir à leur enfant. Mentionnons également que cette ambivalence est souvent renforcée par l'attitude des personnes qui les côtoient (famille, ami(e)s, partenaires, personnel des soins de santé et autres intervenants) qui ont aussi des doutes et les leur communiquent.

1.3.2 Comportements durant la grossesse et à la naissance de l'enfant

- La très grande majorité des femmes sont conscientes du fait qu'une consommation de substances psychoactives pendant la grossesse peut causer des torts à leur bébé. Aussi, la très grande majorité des femmes consommatrices tentent-elles de diminuer, voire de cesser, leur consommation pendant cette période. Certaines y arrivent, d'autres pas. De plus, comme la grossesse est souvent confirmée très tardivement, la

⁸ Les données contenues dans cette section sont issues à la fois du rapport de Guyon et al. mentionné précédemment et de la rencontre de consultation tenue par le CPLT, en janvier 1999.

consommation se poursuit pendant quelques mois avant que ne soient entrepris les efforts visant à modifier leurs habitudes de consommation.

- La substance la plus fréquemment consommée pendant la grossesse serait l'alcool; le pourcentage de femmes qui consommeraient des drogues illicites pendant cette période serait relativement faible. Toutefois, cette dernière forme de consommation est nécessairement sous-estimée, compte tenu du caractère illicite d'une part, et de la crainte du blâme, d'autre part, qui empêche les femmes d'avouer une telle consommation.
- Les toxicomanes enceintes font peu appel aux soins prénataux et, si elles y recourent, elles ne se présentent que tardivement ou se conforment mal aux rendez-vous fixés. De plus, elles ont beaucoup de difficulté à établir des relations de confiance avec les professionnels de la santé : elles craignent d'être jugées et de perdre la garde de leur(s) enfant(s).
- On observe, chez les femmes toxicomanes enceintes qui continuent de consommer pendant la grossesse, un manque important dans l'attention accordée à leurs besoins physiques : elles se soucient peu de leur hygiène personnelle, de leur alimentation, de leur besoin de repos, ce qui, combiné à la consommation de substances psychoactives et à l'absence de soins prénataux, augmente grandement les risques de complications prénatales, allant jusqu'à compromettre la vie du fœtus.
- L'accouchement est un événement particulièrement anxiogène pour les femmes toxicomanes : elles craignent de se présenter à l'hôpital et d'y séjourner. Plus que toutes autres femmes, elles craignent pour la santé de l'enfant et craignent qu'on leur enlève dès la naissance. Elles se présentent souvent seules pour leur accouchement et sont d'autant plus isolées qu'elles sont passablement méfiantes face au personnel.

1.3.3 Impacts de la consommation sur l'enfant

Il est difficile d'établir les effets spécifiques des différentes substances sur le fœtus et le bébé (même pour l'alcool, dont les effets tératogènes sont pourtant

mieux documentés). D'abord, du fait que les femmes étudiées sont souvent des poly-consommatrices et du fait aussi que les conséquences observées sur la santé de l'enfant sont aussi bien le résultat d'un ensemble de facteurs nocifs que de l'exposition aux substances (même pour l'alcool, on⁹ insiste sur le fait qu'un enfant atteint du syndrome d'alcoolisme fœtal présente des difficultés qui peuvent dépendre de plusieurs autres facteurs qui s'ajoutent à l'alcool). Toutefois, même si l'on ne peut établir clairement la part de conséquences qui revient directement à la substance, il est clair que les conditions de vie dans lesquelles évolue la mère toxicomane et les comportements à risque qu'elle adopte au cours de la grossesse (mauvaise alimentation, mauvaise hygiène, modes de consommation de substances ou pratiques sexuelles pouvant entraîner diverses formes d'infection, violence, etc.) constituent un ensemble de facteurs qui mettent en péril la santé de l'enfant.

Le faible poids du bébé est la conséquence la plus souvent signalée dans les recherches. Les naissances prématurées sont également fréquentes. On note aussi, chez l'enfant, différentes anomalies congénitales et, lorsqu'il y a usage régulier d'alcool et d'autres drogues, des retards de développement qui peuvent être importants.

1.3.4 Conciliation entre les responsabilités parentales et les problèmes liés à la toxicomanie

La consommation de substances psychoactives n'est pas incompatible avec l'exercice des compétences parentales. Cependant, les problèmes liés à la toxicomanie exercent une pression considérable sur la capacité de la mère à procurer à son enfant les soins minimaux nécessaires à son développement. Les conditions de vie dans lesquelles elle évolue complexifie grandement la prise en charge de ses responsabilités parentales.

La naissance prématurée de l'enfant, son exposition intra-utérine aux drogues avec les complications que le sevrage peut entraîner, la réorganisation nécessaire du style de vie consécutive à l'arrivée de l'enfant, les conditions socio-économiques dans lesquelles la nouvelle mère se trouve, le manque de

⁹ Groupe de travail national sur la politique du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).

support de l'entourage, sont autant d'éléments qui peuvent rendre difficile l'attachement de la mère toxicomane à son enfant.

La très faible estime de soi qui caractérise la majorité des femmes toxicomanes peut les rendre plus insécures face à leur rôle de mère. L'image négative que leur renvoie la société, du fait de leur problème de toxicomanie, contribue aussi grandement à renforcer la perception qu'elles ne pourront être de bonnes mères. Enfin, comme très souvent elles sont elles-mêmes issues de milieux familiaux dysfonctionnels, elles craignent de reproduire les mêmes erreurs.

Les mères qui continuent de consommer des substances psychoactives exposent leur enfant à un style de vie chaotique. Leurs attitudes à l'égard de l'enfant varient selon l'état dans lequel elles se trouvent, selon les substances qu'elles ont consommées ou selon les états de manque qu'elles ressentent. Leur capacité à répondre aux besoins de base de l'enfant (ex. : le nourrir, le vêtir) peut dépendre de leurs disponibilités financières, une fois que le besoin plus impératif de la drogue a été répondu. Le fait qu'elles se retrouvent plus fréquemment avec des partenaires toxicomanes, qu'elles sont plus souvent confrontées à des situations de violence, que la délinquance fait souvent partie de leur style de vie, qu'elles évoluent dans la marginalité interfère dans leur rôle parental.

Une difficulté supplémentaire s'ajoute dans le développement de la relation mère-enfant et dans le développement des compétences parentales et c'est celle de la séparation mère-enfant, en raison d'arrestations et d'incarcérations, d'hospitalisations, de périodes de traitement de la toxicomanie à l'interne, ou d'interventions des services de protection de l'enfance.

Certaines mères toxicomanes tentent par divers moyens de réduire l'impact de leur consommation sur la vie de leur(s) enfant(s) mais, pour y arriver, elles ont besoin du soutien de leur entourage et de certains professionnels.

2. Besoins spécifiques

Les femmes enceintes ou les mères aux prises avec un problème de toxicomanie se retrouvent dans une situation particulièrement complexe où sont imbriqués des besoins liés à la fois à leurs caractéristiques féminines, à leur rôle parental et à la vie d'un autre être humain. Intervenir auprès des mères toxicomanes, c'est se soucier à la fois, dans un juste équilibre, des besoins de la femme en difficulté et de la protection de l'enfant. C'est s'attaquer au problème de toxicomanie, tout en tenant compte des particularités que comportent la vie passée et présente de la femme toxicomane. Enfin, c'est privilégier une approche systémique qui permette de centrer l'action sur la dyade mère-enfant, considérant cette unité comme un tout indissociable, tout en élargissant la portée de l'intervention, lorsque la situation s'y prête, aux autres membres de la famille. Les besoins à reconnaître sont donc de trois ordres : ceux liés à la réalité féminine, ceux liés à la réalité parentale et ceux liés à la protection de l'enfant.

2.1 Réalité féminine

- Une proportion importante des femmes toxicomanes ont été victimes, dans leur enfance et leur adolescence, de négligence, d'abus physiques et/ou sexuels. L'aide qu'elles requièrent doit donc tenir compte de ces réalités, voire porter sur ces problèmes.
- Les femmes toxicomanes sont souvent, encore à l'âge adulte, victimes de violence, particulièrement de violence conjugale. Cet aspect de leur réalité doit être abordé et traité. Les plans d'intervention doivent intégrer des actions en regard de cet état de fait qui joue souvent un rôle important dans l'ensemble de la problématique familiale et de celle de toxicomanie.
- Les problèmes de santé mentale sont particulièrement présents au sein de la clientèle toxicomane féminine. Le niveau de détresse psychologique est plus élevé chez les femmes toxicomanes que chez les hommes toxicomanes. Une proportion significative d'entre elles présentent des problèmes psychologiques graves et souvent des problèmes psychiatriques. Il y a chez elles une forte

prévalence d'idées et de gestes suicidaires¹⁰. Le traitement simultané et intégré des deux types de problèmes (comorbidité) s'impose.

- L'état de santé physique des femmes toxicomanes est souvent moins bon que celui des hommes toxicomanes et elles manifestent souvent des problèmes sur ce plan¹¹. Leur état requiert donc les soins de santé appropriés.
- Les femmes toxicomanes sont particulièrement défavorisées au plan économique; elles vivent souvent dans la pauvreté et doivent compenser cet état par le recours à la délinquance. Elles ont besoin de soutien pour améliorer leur condition économique (poursuivre leur scolarisation, compléter une formation en vue d'accroître leurs chances d'intégration au marché du travail, bénéficier d'un soutien à la recherche d'emploi, développer des aptitudes pour mieux gérer leur budget, etc.).

2.2 Réalité parentale

- La grossesse constitue un moment privilégié pour tenter d'amener la femme toxicomane à entreprendre un traitement, pour modifier certaines habitudes de vie et pour tenter d'améliorer sa santé et celle de l'enfant à naître. Toutefois, ceci ne peut se faire que dans un climat de confiance. Actuellement, les femmes toxicomanes enceintes se prévalent moins que d'autres des soins prénataux, alors qu'elles en auraient probablement davantage besoin. La crainte d'être jugées, blâmées et de se voir retirer la garde de leur enfant y fait pour beaucoup. L'adoption d'attitudes d'ouverture et de compréhension de la part du personnel de la santé, sur la base de formations appropriées en regard de la problématique de toxicomanie, permettraient sûrement d'améliorer la situation.
- Lorsqu'elles décident d'entreprendre un traitement de leur problème de toxicomanie en cours de grossesse, les femmes toxicomanes devraient pouvoir disposer de services adaptés à leur situation : intervention rapide, compte tenu de la courte durée de la grossesse et des risques pour l'enfant à naître (aucune femme enceinte ne devrait être placée sur une liste d'attente ou devoir faire face

¹⁰ Forget, J. (1995). Op. cit.

à quelque délai que ce soit dans la prise en charge de sa situation); déplacements limités (idéalement, le traitement du problème de toxicomanie devrait se faire au même endroit que le suivi de grossesse); encadrement médical rigoureux pour le sevrage en cours de grossesse ou lors de l'hospitalisation en vue de l'accouchement, etc.

- Une proportion importante des mères toxicomanes sont à la tête de familles monoparentales et plusieurs d'entre elles ont des enfants en bas âge. Elles ont donc besoin de mesures spécifiques de soutien pour concilier les exigences du traitement de leur problème de toxicomanie et celles de leur rôle parental. Les services doivent leur être rendus plus accessibles : proximité de leur lieu de résidence, flexibilité des horaires, services de garderie sur place quand il s'agit de services à l'externe et même, possibilité d'hébergement pour les enfants, lorsqu'il s'agit de services à l'interne.
- En même temps que ces femmes ont besoin de traitement pour leur problème de toxicomanie, elles ont aussi besoin de services visant à développer leurs compétences parentales, même si d'emblée elles ne reconnaissent pas toujours ce besoin.
- La situation conjugale de certaines femmes nécessite qu'une intervention conjointe ou simultanée soit menée auprès de leur conjoint. Dans certains cas, la thérapie de couple peut être indiquée, dans d'autres, non (ex. : dans des cas de violence conjugale), et il en va de même pour la thérapie familiale : chaque situation doit donc être bien évaluée afin de déterminer l'approche à privilégier. Mais quelle que soit la réponse à fournir, le constat du besoin suivant demeure : assurer à la mère toxicomane des services qui intègrent une action auprès des différentes composantes du système familial dont elle fait partie.

2.3 Protection de l'enfant

- Les enfants de mères toxicomanes sont dans une situation constante de vulnérabilité face aux risques de négligence ou de mauvais traitements, lesquels peuvent mettre en danger leur sécurité ou leur développement. Les

¹¹ Idem.

intervenants, tant de la santé que des services sociaux, qui sont en contact avec la mère et/ou avec l'enfant doivent donc être très vigilants à cet égard. La vulnérabilité de l'enfant (à naître ou déjà né) exige que l'on s'assure que les mesures nécessaires soient prises pour éviter que sa sécurité ou son développement soient compromis.

- Les enfants de mères toxicomanes sont également à risque plus élevé de développer eux-mêmes un problème de toxicomanie. La transmission intergénérationnelle de cette problématique a clairement été établie. De plus, les enfants de parents toxicomanes sont aussi à risque de présenter toute une panoplie d'autres problèmes sociaux et psychologiques. L'intervention doit viser à prévenir l'apparition de ces problèmes à la génération suivante. L'aide apportée à la mère pour mieux assumer son rôle parental doit être renforcée par des mesures qui visent spécifiquement l'enfant.
- Par ailleurs, assurer la protection de l'enfant n'équivaut pas automatiquement à le retirer de la garde de la mère, même si elle est aux prises avec un problème de toxicomanie. La protection de l'enfant peut être assurée par l'encadrement et l'aide qui sont fournis à la mère. Dans toute la mesure du possible, la priorité doit être accordée au maintien de la relation mère-enfant, dans l'intérêt même de l'enfant.
- Lorsque le recours à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) s'avère nécessaire et lorsque le placement de l'enfant devient la meilleure solution, des mesures doivent aussi être prises pour tenter, le plus possible, de maintenir des contacts réguliers entre la mère et l'enfant. Pour que ces contacts soient positifs, il est nécessaire que la mère, comme l'enfant, soient accompagnés dans l'acceptation du placement, tout autant avant la mise en place de la mesure (acceptation de la décision de signaler et de demander le placement de l'enfant) que pendant le recours à la mesure (acceptation de la poursuite du placement, le temps nécessaire).

3. Principaux enjeux et recommandations

3.1 Enjeux

- 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 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.

- Il est souvent fort difficile de **concilier les besoins de la mère et de l'enfant**. 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)? S'ajoute aussi à cela, pour bon nombre de professionnels, la difficulté de concilier le respect de la confidentialité liée à la relation thérapeutique établie avec la cliente et l'obligation du signalement en vertu de la LPJ.

- **La crainte de perdre son enfant** peut constituer, pour la mère toxicomane, une barrière à la demande d'aide. Par contre, cette crainte peut aussi constituer un levier pour les intervenants, si elle est bien utilisée. Si l'enfant a un sens

positif pour la mère, si elle y tient et si, en plus, elle sait qu'elle pourra compter sur le soutien des intervenants pour l'aider à assumer adéquatement son rôle parental, la maternité peut servir de déclencheur à un processus de réadaptation face au problème de toxicomanie. Par ailleurs, en même temps qu'il faut développer ce lien d'attachement de la mère pour son enfant, comme source de motivation au traitement, il faut s'assurer que les mesures de soutien seront suffisantes.

- La mère et l'enfant constituent une dyade sur laquelle l'intervention devrait porter simultanément. Pour briser le cycle de la transmission intergénérationnelle, **l'intervention doit viser à la fois le parent et l'enfant**. Pour prévenir l'apparition des difficultés chez l'enfant, il faut d'abord développer les habiletés du parent, en même temps qu'un soutien direct (ex. : stimulation précoce) est fourni à l'enfant. Or, actuellement, les services sont très morcelés : les interventions se font dans des organismes et établissements distincts, voire dans des réseaux distincts. Trop souvent, les intervenants travaillent en vase clos, les uns se centrant sur la mère, les autres sur l'enfant, sans coordination des actions. Pire encore, on constate souvent de forts préjugés de la part des intervenants d'un réseau à l'endroit de ceux de l'autre réseau (par exemple, du réseau de la toxicomanie à l'endroit de la DPJ et vice versa) et ces préjugés interfèrent grandement dans les collaborations, et même dans les interventions directes auprès de la mère toxicomane. Ces préjugés prennent racine ou sont souvent alimentés par une profonde méconnaissance ou incompréhension de la philosophie d'intervention de l'autre réseau. Un énorme travail reste à faire pour rapprocher les intervenants, pour les amener à développer une vision commune des réalités et pour concerter les actions.
- De plus, les mères toxicomanes sont la plupart du temps aux prises avec des **problèmes multiples** (problèmes de santé mentale, de judiciarisation, de violence conjugale, de pauvreté, etc.). L'aide qui leur est apportée doit porter sur les différentes facettes de leur situation problématique. Or, aucun intervenant ne dispose de toutes les compétences ou de toute l'expertise nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins identifiés. L'intervention de différents professionnels devient nécessaire. Cependant, ceci doit se faire de façon intégrée, dans un plan commun où les différents acteurs agissent en complémentarité, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement. Il y a donc

risque de dédoublement des interventions et d'incohérence dans les discours. Il y a aussi risque que se développe chez la mère un sentiment de morcellement : elle doit composer avec différents intervenants, se déplacer vers différents lieux de rencontres, sans que ces intervenants communiquent entre eux et soient perçues, par la mère, comme un véritable réseau d'aide. Ce manque de concertation a également pour effet de créer un sentiment d'isolement chez les intervenants, avec le risque d'épuisement que cela comporte. Enfin, ces façons de faire laissent la place à une possibilité d'être manipulés par certaines clientes.

- Bon nombre de mères toxicomanes sont encore **des adolescentes ou de très jeunes femmes**. Leur propre développement, comme adultes en devenir, n'est pas encore complété. Le fait de se retrouver enceintes les fait passer, en l'espace de très peu de temps, d'un statut d'enfant à un statut de parent et elles ne sont vraiment pas préparées, pas "outillées", pour assumer ce nouveau rôle. Elles chevauchent deux réalités; les intervenants aussi. Elles sont parfois elles-mêmes des enfants (mineures) en besoin de protection ou en situation de délinquance qui requièrent l'intervention des Centres Jeunesse, tout en ayant en plus des besoins particuliers, liés à leur grossesse ou à leur maternité précoce. Souvent, leurs propres parents doivent être impliqués dans la démarche d'aide, ce qui entraîne une intervention sur trois générations. Parfois, également, elles demeurent sans services, parce qu'elles ont franchi le cap des 18 ans ou parce que leur situation n'a pas été prise en charge en vertu des lois d'exception (LPJ et LJC). Ces jeunes femmes ont donc besoin de services adaptés à leur situation très particulière, services qui, actuellement, ne sont pas accessibles dans toutes les régions du Québec

3.2 Recommandations

À la lumière des informations recueillies à différentes sources, *le Comité permanent de lutte à la toxicomanie* formule les recommandations suivantes :

3.2.1 Formation

- a) Que le MSSS et les Régies régionales conçoivent et rendent disponible un programme de formation sur les toxicomanies à l'intention des professionnels de la santé et des intervenants sociaux qui sont appelés à desservir des clientèles de femmes enceintes et de mères avec de jeunes enfants afin, d'une part, d'atténuer les perceptions négatives qui persistent à l'endroit des mères toxicomanes et, d'autre part, de mieux outiller ces professionnels pour dépister les problèmes et apporter l'aide requise (notamment en effectuant la référence appropriée).
- b) Que soient fournis aux professionnels de la santé et aux intervenants sociaux appelés à travailler en collaboration avec des intervenants en toxicomanie, les éléments de base nécessaires à une compréhension appropriée des approches privilégiées dans ce champs d'intervention, notamment l'approche de réduction des méfaits.

3.2.2 Dépistage, référence, intervention précoce

- a) Que les intervenants en périnatalité soient sensibilisés à l'importance de leur contribution dans le dépistage des problèmes de toxicomanie et dans la référence des mères en besoin d'aide vers les services appropriés.
- b) Que les professionnels appelés à intervenir auprès des mères toxicomanes soient également préoccupés de la protection des enfants et qu'ils exercent la vigilance nécessaire pour réduire les risques encourus par les enfants de ces mères.
- c) Que dès qu'un problème de toxicomanie est identifié chez une femme enceinte, un plan de services visant à la fois la mère et l'enfant soit élaboré, pendant la grossesse, avant même la naissance de l'enfant.

3.2.3 Concertation

Au niveau individuel, dans le cas par cas :

- a) Compte tenu que la situation de la mère toxicomane et de son enfant nécessite la mobilisation de divers intervenants, et compte tenu de l'importance d'assurer l'intégration et la continuité des interventions auprès de la mère et de l'enfant, systématiser le recours au plan de services individualisé (PSI) comme outil ingrater¹², conformément à l'article 103 de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux.

Au niveau local et régional :

- b) Que les Régies régionales conçoivent et implantent des mécanismes visant à accroître les collaborations entre les différents acteurs concernés par la situation des mères toxicomanes et de leur(s) enfant(s) : sessions de formation conjointes, visant à développer une base commune de connaissances et un langage commun, incitation et soutien au partage d'expertises et aux ententes formelles inter-établissements et inter-organismes, tables de concertation visant à clarifier les rôles respectifs et à assurer la conciliation de ces rôles (ex. : traitement de la mère et protection de l'enfant), etc.

3.2.4 Traitement

- a) Que des intervenants spécialisés en toxicomanie soient présents sur le terrain, dans les ressources de première ligne (ex. : écoles, CLSC, maisons de jeunes, urgences des hôpitaux, ressources communautaires qui desservent des clientèles de mères en difficulté), afin de dispenser des services sur place et d'en accroître l'accessibilité. Que ces intervenants fassent partie des équipes multidisciplinaires existantes dans les différents établissements de santé et de services sociaux.

¹² Le PSI est un outil intégrateur qui permet, à partir d'une évaluation des besoins d'une personne, et avec la participation active de cette personne (et, s'il y a lieu, de ses proches), de planifier et de coordonner les services requis. Les différent(es) intervenant(e)s concerné(e)s peuvent ainsi s'assurer d'une mise en commun des objectifs visés, d'une clarification des rôles de chacun, de la complémentarité et de la continuité des actions. De plus, un(e) coordonnateur(trice) du PSI est identifié(e), c'est l'intervenant(e) pivot, qui est habituellement la personne la plus significative pour la cliente.

3.2.4 Traitement (Suite)

- b)** Que les services de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes soient adaptés aux besoins particuliers des mères toxicomanes : réponse immédiate à la demande d'aide, accessibilité des services en termes de proximité du domicile et de la flexibilité des horaires; garderies sur place et lieux d'hébergement mères/enfants¹³, voire parents/enfants; ressources de répit – dépannage; accès à des programmes de scolarisation et de formation adaptés à la réalité féminine; moyens concrets de lutter contre la pauvreté des femmes, etc.
- c)** Que soit assuré le traitement des problématiques connexes à la toxicomanie : santé mentale, violence conjugale, abus sexuels, tendances suicidaires, etc.
- d)** Que soit privilégiée une approche systémique dans l'aide à apporter à la mère et à son enfant.

3.2 5 Recherche

- a)** Que l'on évalue, de façon plus précise, la prévalence de l'abus de substances psychoactives chez les femmes enceintes québécoises.
- b)** Que soit assuré le financement de recherches portant spécifiquement sur la situation des mères toxicomanes et sur les services requis par cette clientèle-cible.
- c)** Que des moyens soient pris pour connaître et faire connaître (transfert des connaissances) les méthodes d'intervention qui se sont avérées les plus efficaces avec les femmes enceintes et mères toxicomanes.

¹³ À cet égard, il y aurait lieu de s'inspirer des programmes développés par les Centres pour mères en difficulté d'adaptation (CRMDA) au cours des années '80-'90.

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, Prog. 1^{er} et 2^e cycles 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 A.A. (Alcooliques anonymes)
Morris Kokin, directeur des services professionnels et de réadaptation, Pavillon Foster
Dorothée Leblanc, consultante en toxicomanie et enseignante
Don McKay, 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 janvier 1999*

Madame Sophie Bel, intervenante au CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomane) - Montréal

Madame Dany Bellerose, criminologue, Le Virage (centre de réadaptation en toxicomanie) – Montérégie

Monsieur Louis-Jean Blaquière, criminologue, Centre Dollard-Cormier (centre de réadaptation en toxicomanie) – Montréal

Madame Suzanne Charest, directrice générale, L'Envol (centre pour jeunes mères célibataires en difficulté) – Ville Lemoyne

Madame Lyne Chayer, chercheure autonome

Madame Rollande Cloutier, directrice générale, Le Far (maison d'hébergement pour femmes en difficulté ou victimes de violence, avec ou sans enfants) – Cap-de-la-Madeleine

Madame Maria De Koninck, professeure titulaire, Faculté de médecine de l'Université Laval – Québec

Monsieur Steven Di Tomasso, médecin obstétricien, CHUM – Campus St-Luc et CLSC des Faubourgs - Montréal

Madame Diane Gagnon, adjointe au DPJ, Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre de Québec

Madame Estelle Gemme, criminologue, Centre Dollard-Cormier (centre de réadaptation en toxicomanie) - Montréal

Madame Louise Guyon, coordonnatrice de l'équipe *Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives Québec* (RISQ) - Montréal

Madame Jocelyne Forget, directrice générale du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

Madame Pierrette Michaud, médecin épidémiologiste, Centre de Santé publique de Québec

Madame Pauline Morissette, professeure agrégée à l'Université de Montréal

Madame Louise Nadeau, présidente du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

Madame Lise Roy, vice-présidente du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

Madame Marielle Venne, travailleuse sociale, CHUM – Campus St-Luc - Montréal

