



10 ans 1996 - 2006
de vie universitaire

CENTRE JEUNESSE
DE MONTRÉAL
INSTITUT UNIVERSITAIRE

BILAN DPJ 2005 - 2006



• Dépôt légal, 3^e trimestre 2006
• Bibliothèque et Archives Canada
• Bibliothèque et Archives nationales du Québec
•

• ISBN-10 : 2-89218-188-7
• ISBN-13 : 978-2-89218-188-3
•

• Rédaction : Claudette Leblanc, direction de la protection de la jeunesse
• Production : Bureau des communications
• Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
•

• Note Nous tenons à remercier les familles de mesdames Marie Alarie et de
• Johanne Maheux, employées du CJM-IU, qui ont accepté d'être
• photographiées pour agrémenter cette production.
•



Le mot du DPJ

La responsabilité des citoyens dans la protection des enfants

La récente adoption du projet de loi 125 modifiant la *Loi sur la protection de la jeunesse* a permis un vaste débat interpellant non seulement la responsabilité du DPJ, mais celle de chacun des citoyens dans la protection des enfants. Cette nouvelle loi réaffirme la primauté des droits de l'enfant à la sécurité et au développement qui seule peut justifier une intervention d'autorité dans la vie des familles.

L'introduction dans la loi de délais liés au placement selon l'âge de l'enfant a soulevé de nombreuses appréhensions de divers milieux, y compris des milieux de l'intervention. L'enjeu de la permanence des liens pour les enfants est important du point de vue des DPJ.

Le projet de vie permanent privilégié par les DPJ est sans contredit celui où l'enfant demeure avec ses parents lorsqu'il peut y recevoir une réponse adéquate à tous ses besoins. La plupart du temps, nous réussissons à atteindre cet objectif avec les familles. Cependant, nous savons par expérience que, malgré les meilleurs efforts des parents et des intervenants, ceci n'est pas toujours possible. Nous devons être lucides et reconnaître cette réalité sans quoi il y a risque de nuire plutôt que d'aider.

Assurer à un enfant un milieu de vie permanent dans une nouvelle famille ne constitue pas un échec et plusieurs enfants qui ont vécu cette situation nous le confirment, notamment par le parcours qu'ils réalisent par la suite avec succès. Cependant, poser dans les délais prescrits un jugement clinique et judiciaire le plus éclairé possible sur le projet de vie permanent d'un enfant nécessite plusieurs conditions.

Il faut d'abord assurer des services intensifs pour soutenir les parents. Certains services spécifiques doivent aussi être dispensés par des ressources spécialisées pour répondre aux multiples besoins des parents et des enfants : toxicomanie, santé mentale, violence conjugale, etc.

Il est aussi important que les communautés s'engagent et nous aident à mobiliser les parents autour du mieux-être de leur famille. C'est pourquoi la relation de confiance mutuelle avec les organismes de la communauté est un enjeu important pour le DPJ. Il est évident également que les parents eux-mêmes sont invités à se mobiliser. En fait, l'enfant doit devenir le centre des préoccupations et des actions des adultes autour de lui.

Dans ce bilan annuel, nous ferons le tour des principales données présentant l'ampleur du travail réalisé par l'équipe de la protection de la jeunesse. La deuxième partie sera consacrée aux liens que nous établissons entre la maltraitance et la toxicomanie

des parents. Ainsi, de récentes données montrent que dans 60% des cas de négligence, les parents présentent un problème de toxicomanie.

La toxicomanie parentale constituant un facteur de risque de négligence très important et compte tenu de l'ampleur de ce phénomène, je tiens à souligner le partenariat du CJM-IU avec des ressources spécialisées en toxicomanie. On ne peut que se réjouir de l'implication de ces partenaires à la protection des enfants. De plus, l'annonce d'un investissement conjoint de 5,75 millions \$ chacun, du gouvernement provincial et de la Fondation Lucie et André Chagnon, pour l'implantation d'un programme mère-enfant en résidence du Centre Le Portage s'avère également une bonne nouvelle.

Nous continuerons à nous poser en promoteurs des besoins des enfants, de leurs parents et de leur famille. Nous continuerons à plaider pour eux en regard des services qu'ils requièrent. Nous continuerons à soutenir ceux qui quotidiennement leur viennent en aide.

Le directeur de la protection de la jeunesse du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire,

Jean-Marc Potvin



La petite Laurence et Jean-Marc Potvin



Des données qui montrent l'ampleur du défi

1. Les signalements

Depuis deux ans, on enregistre une augmentation constante du nombre de signalements reçus (+ 1 491) et du nombre de signalements retenus (+ 276). Comparativement à 2004-2005, la hausse des signalements reçus est de 6% et celle des

signalements retenus est de 4%. Sur le plan provincial, cette hausse est de 10% pour les signalements reçus et de 13% pour les signalements retenus. Le taux de rétention de signalements est de 49% comparativement à 47% pour l'ensemble de la province.

Tableau 1 – Évolution du nombre de signalements reçus et retenus

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Écart 05-06	Écart 04-06
Signalements reçus	7 349	8 326	8 840	+ 514	+ 6 %
Signalements retenus	4 058	4 161	4 334	+ 173	+ 4 %
Taux de rétention	55 %	50 %	49 %		

2. Les sources de signalement

Les signalements reçus proviennent principalement des policiers (26%) et des employés des différents organismes de santé et de services sociaux (25%). Ils totalisent 51% des signalements reçus.

Viennent ensuite le milieu scolaire (19%), le milieu familial (18%) et la communauté (12%). Ces proportions sont sensiblement les mêmes que celles de l'an dernier.

Tableau 2 – Signalements reçus et retenus par catégorie de personnes qui signalent

		Reçus	%	Retenus	Taux de rétention
Milieu familial	Parent (père, mère, tuteur)	1 018	12%	254	25%
	Fratrie ou parenté	448	5%	210	47%
	Enfant ou jeune lui-même	43	0,5%	16	37%
	Conjoint du parent	84	1%	28	33%
	Sous-total	1 593	18%	508	32%
Employés des différents organismes	Centre jeunesse	786	9%	556	71%
	CLSC	579	7%	333	58%
	CH - Médecin	526	6%	232	61%
	Organisme ou autre institution	293	3%	174	60%
	Famille d'accueil	23	0,3%	16	70%
	Autres professionnels	30	0,3%	21	70%
	Sous-total	2 237	25%	1 423	64%
Milieu policier		2 261	26%	1 088	48%
Milieu scolaire		1 666	19%	843	51%
Communauté	Voisin	696	8%	270	39%
	Autres personnes de la communauté	387	4%	202	52%
	Sous-total	1 083	12%	472	44%
Total		8 840	100%	4 334	49%





3. La répartition des signalements par territoire de CSSS en 2005-2006

Tableau 3 – Signalements reçus par territoire de CSSS et par problématique en 2005-2006

CSSS au moment de la demande	Abandon	Abus physique	Abus sexuel	Négligence	Troubles de comportement	Non spécifié	Total
01- CSSS de l'Ouest-de-l'Île		43	23	131	89	13	299
02- CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	5	58	43	247	184	8	545
03- CSSS Sud-Ouest—Verdun	10	89	73	548	280	35	1 035
04- CSSS Cavendish	9	16	7	80	41	3	156
05- CSSS de la Montagne	5	66	16	159	87	3	336
06- CSSS Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent	10	62	23	178	91	7	371
07- CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	10	148	95	589	298	42	1 182
08- CSSS du Cœur-de-l'Île	3	56	35	300	132	15	541
09- CSSS Jeanne-Mance	11	26	56	273	134	15	515
10- CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	16	98	57	358	195	23	747
11- CSSS Lucille-Teasdale	17	104	91	712	326	46	1 296
12- CSSS de la Pointe-de-l'Île	18	133	96	673	396	37	1 353
Autre	8	26	49	258	95	28	464
Total	122	925	664	4 506	2 348	275	8 840

Tableau 4 – Signalements retenus par territoire de CSSS et par problématique en 2005-2006

CSSS au moment de la demande	Abandon	Abus physique	Abus sexuel	Négligence	Troubles de comportement	Total	Taux de rétention
01- CSSS de l'Ouest-de-l'Île		38	8	78	25	149	50 %
02- CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	4	49	23	136	57	269	49 %
03- CSSS Sud-Ouest—Verdun	6	73	41	307	83	510	49 %
04- CSSS Cavendish	9	14	4	50	12	89	57 %
05- CSSS de la Montagne	4	60	10	86	21	181	54 %
06- CSSS Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent		55	14	107	36	212	57 %
07- CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	8	128	46	327	85	594	50 %
08- CSSS du Cœur-de-l'Île	2	49	18	134	39	242	45 %
09- CSSS Jeanne-Mance	4	16	28	131	45	224	43 %
10- CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel	16	83	26	218	63	406	54 %
11- CSSS Lucille-Teasdale	10	78	48	401	110	647	50 %
12- CSSS de la Pointe-de-l'Île	15	117	43	376	118	669	49 %
Autre	5	13	14	89	21	142	31 %
Total	83	773	323	2 440	715	4 334	49 %





4. L'évolution des motifs des signalements retenus

Tableau 5 – Signalements retenus selon les problématiques

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		Écart 05-06		Écart 04-06	
Négligence	2 172	54 %	2 241	54 %	2 440	56 %	+ 199	+ 9 %	+ 268	+ 12 %
Abus physiques	840	21 %	752	18 %	773	18 %	+ 21	- 3 %	- 67	- 8 %
Abus sexuels	300	7 %	348	8 %	323	8 %	- 25	- 7 %	+ 27	+ 9 %
Trouble de comportement	688	17 %	744	18 %	715	16 %	- 29	- 4 %	+ 23	+ 3 %
Abandon	58	1 %	76	2 %	83	2 %		+ 9 %	+ 25	+ 43 %
Total	4 058	100 %	4 161	100 %	4 334	100 %	+ 173	+ 4 %	+ 276	+ 7 %

C'est au niveau des signalements retenus pour la problématique de négligence que l'augmentation est la plus significative avec 268 cas de plus qu'en 2003-2004 (+ 12%). La proportion des signalements pour les autres problématiques demeure relativement stable et la négligence est toujours le principal motif de rétention d'un signalement (56%).

5. Les motifs de signalement selon l'âge

Tableau 6 – Signalements retenus par problématique et groupe d'âge 2004-2005

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total
Négligence	1 030	911	499	2 440
Abus physiques	180	387	206	773
Abus sexuel	91	120	112	323
Trouble de comportement	0	66	649	715
Abandon	15	20	48	83
Total	1 316	1 504	1 514	4 334
Pourcentage	30%	35%	35%	100%

On note que 79% des signalements retenus pour un motif de négligence ($1\,030 + 911 = 1\,941$) touchent les enfants de 0 à 11 ans. De plus, 50% des signalements retenus pour abus physiques concernent plus particulièrement les enfants de 6 à 11 ans. Les troubles de comportement (649) et la négligence (499) constituent les principaux motifs de rétention d'un signalement chez les jeunes de 12 à 17 ans.





Tableau 7 – Évolution des signalements retenus selon l'âge

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Écart 05-06		Écart 04-06	
0-5 ans	1 165	1 309	1 316	+ 7	+ 1%	+ 151	+ 13%
6-11 ans	1 424	1 384	1 504	+ 120	+ 9%	+ 80	+ 6%
12-17 ans	1 469	1 468	1 514	+ 46	+ 3%	+ 45	+ 3%
Total	4 058	4 161	4 334	+ 173	+ 4%	+ 276	+ 7%

Dans la dernière année, la plus forte hausse de signalements retenus se retrouve chez les enfants de 6 à 11 ans (+ 120). Ceci constitue 70% des 173 signalements supplémentaires retenus l'an dernier. Par ailleurs, depuis deux ans, la plus forte hausse de signalements retenus se retrouve chez les enfants de 0 à 5 ans (+ 151). Ceci représente 55% des 276 signalements supplémentaires retenus depuis 2003-2004.

6. L'évolution du signalement retenu et la décision sur la compromission

Tableau 8 – Décisions sur la compromission

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		Écart 05-06	
Évaluations terminées avec décision	3 462		3 541		3 680		+ 139	+ 4%
Sécurité et développement compromis	1 593	46 %	1 590	45 %	1 636	44 %	+ 46	+ 3%
Sécurité et développement non compromis	1 869	54 %	1 951	55 %	2 044	56 %	+ 93	+ 4%

En 2005-2006, 3 680 évaluations ont été réalisées, ce qui représente une augmentation de 4% par rapport à 2004-2005. Au terme de l'évaluation, 44% des signalements retenus se sont révélés être des situations de compromission nécessitant la dispensation de services pour mettre fin à cette situation et éviter qu'elle ne se reproduise. Ce taux est de 40% pour l'ensemble de la province. Notons enfin que 45% des signalements retenus requièrent une intervention d'urgence immédiate ou dans les 24 heures.





7. L'orientation en regard du choix du régime

Tableau 9 – Choix de régime

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		Écart 05-06
Requête judiciaire	674	46 %	825	53 %	708	50 %	- 3 %
Mesures volontaires	784	54 %	735	47 %	720	50 %	+ 3 %
Total orientation	1 458	100 %	1 560	100 %	1 428	100 %	

Le choix du régime réfère au cadre dans lequel se fera l'intervention : une entente sur les mesures volontaires convenue avec les parents et le jeune de 14 ans et plus, ou le recours au Tribunal. Depuis 2004-2005, nous assistons à une hausse de 3% de la proportion d'ententes sur les mesures volontaires. Ceci traduit bien notre volonté de favoriser, dans la mesure du possible, une approche consensuelle avec les parents et les jeunes de 14 ans et plus.

8. L'attente en protection de la jeunesse au 31 mars

Tableau 10 – Attente en protection de la jeunesse

	Au 31 mars 2004		Au 31 mars 2005		Au 31 mars 2006		Écart 04-06
Évaluations en attente	216		228		26		- 190
Entre 0 et 29 jours	121	56 %	159	70 %	26	100%	
30 jours et plus	95	44 %	69	30 %	0	0%	
Application des mesures	35		36		14		- 21
Placés	16	46 %	15	42 %	2	14%	
En milieu naturel	19	54 %	21	58 %	12	86%	

La diminution notable du nombre d'enfants et de jeunes en attente d'évaluation au 31 mars s'explique par les efforts qui ont été déployés pour réviser et ajuster notre plan de postes requis en fonction de l'analyse de la demande au cours des dernières années. À l'application des mesures (prise en charge), une gestion rigoureuse de la liste d'attente a été possible grâce à l'application du protocole de concertation qui favorise le transfert personnalisé pour assurer une continuité de service et éviter ainsi toute attente.





9. Le portrait des enfants dont la situation est prise en charge

Tableau 11 – Application des mesures au 31 mars 2006

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total	%
Négligence	646	1 004	1 116	2 766	68%
Abus physiques	37	115	146	298	7%
Abus sexuels	9	48	113	170	4%
Trouble de comportement		21	520	541	13%
Abandon	30	64	189	283	7%
Total	722	1 252	2 084	4 058	
Mesures ordonnées jusqu'à majorité					
Nombre de jeunes	49	290	827	1 166	
Pourcentage selon l'âge	7%	23%	40%	29%	

Au 31 mars 2006, 5 566 enfants et jeunes recevaient des services aux diverses étapes du processus prévu dans la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ). De ce nombre, 4 058 enfants et jeunes étaient pris en charge dans le cadre de mesures

volontaires ou ordonnées par le Tribunal. Plus de la moitié des jeunes avait entre 12 et 17 ans. On note aussi que 29% des jeunes (1 166) étaient pris en charge en vertu de mesures ordonnées jusqu'à majorité.

Tableau 12 – Jeunes ayant une mesure ordonnée jusqu'à majorité au 31 mars 2006

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total	%
Négligence	39	223	477	739	63 %
Abus physiques	1	18	47	66	6 %
Abus sexuels	0	4	41	45	4 %
Troubles de comportement	0	2	119	121	10 %
Abandon	9	43	143	195	17 %
Total	49	290	827	1 166	100 %

On constate que 63% des jeunes ont une mesure ordonnée jusqu'à majorité en vertu d'une problématique de négligence.

10. La révision

Le DPJ a la responsabilité de réviser la situation des enfants et des jeunes à des dates prédéterminées par règlement ou au besoin. Ceci consiste essentiellement à faire le point sur l'évolution de la

situation pour décider si on peut ou non mettre fin à l'intervention ou encore si on doit modifier les mesures visant à corriger la situation de compromission. En 2005-2006, il y a eu 5 073 révisions dont 1 630 se sont conclues par une fin d'intervention dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.



11. L'adoption, la recherche d'antécédents et les retrouvailles

Les directeurs de la protection de la jeunesse sont responsables de l'adoption des enfants québécois. Ils s'impliquent dans certaines situations d'adoption internationale à la demande du pays d'origine des enfants ou lorsque le jugement d'adoption est prononcé au Québec. Les ajustements au système d'information à l'adoption qui ont eu lieu l'an der-

nier nous imposent une certaine réserve dans l'interprétation de la hausse des adoptions québécoises et internationales dans lesquelles la DPJ est impliquée par rapport à 2004-2005. Certains résultats de l'an passé ont pu en effet être enregistrés dans les données 2005-2006.

Tableau 13 — Adoption, recherche d'antécédents et retrouvailles

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Écart 2004-2006	
Adoptions					
Enfants adoptés	147	130	204	+ 74	57%
Adoptions québécoises	86	61	102	+ 41	67%
Adoptions internationales	61	69	102	+ 33	48%
Antécédents - Retrouvailles					
Adultes ayant reçu des services	832	740	643	- 97	- 13%

En vertu des dispositions du Code civil, les DPJ répondent également aux demandes d'antécédents et de retrouvailles adressées par les adoptés et les parents biologiques. Le nombre d'adultes qui font appel au service de recherches d'antécédents et de retrouvailles diminue depuis quelques an-

nées. Ceci vient du fait que les pratiques en adoption ont changé depuis le milieu des années 1970. Ainsi, les parents adoptifs reçoivent un sommaire complet des antécédents de l'enfant. De plus, l'adoption se fait avec des enfants plus âgés qui connaissent davantage leurs parents biologiques.





Toxicomanie des parents et maltraitance

Plusieurs études démontrent un lien étroit entre la consommation abusive d'alcool et de drogues et la maltraitance. Ainsi, le taux d'abus et de négligence serait de 10 à 16 fois plus élevé chez les parents toxicomanes par rapport au taux de mauvais traitements dans la population en général.

Certains expliquent même en partie la hausse des cas de mauvais traitement à l'augmentation de la toxicomanie. Conséquemment, la toxicomanie est reconnue comme un facteur de risque important, un prédicateur significatif d'abus ou de négligence.

L'ampleur et la concomitance de la toxicomanie parentale et de la maltraitance

L'ampleur du problème de la toxicomanie parentale pose encore des difficultés aux chercheurs. Les connaissances disponibles à ce sujet sont en effet fragmentaires compte tenu notamment du caractère illicite de l'usage des stupéfiants et du fait que plusieurs mères ayant un problème de toxicomanie passent inaperçues dans les départements de maternité en centre hospitalier.

Une étude a été réalisée à l'automne 1998 sur l'incidence et les caractéristiques des situations signalées aux DPJ de l'ensemble de la province. On a relevé la présence de consommation excessive d'alcool ou de drogues chez les parents dans 45% des cas où le signalement pour négligence s'est révélé fondé. Au Centre jeunesse de Montréal, nous avons examiné de près ce lien entre l'abus de consommation et la maltraitance. Les résultats révèlent une situation très préoccupante.

En 2005-2006, sur les 1 636 évaluations réalisées, où la sécurité et le développement étaient compromis, 630 cas font état d'un problème de toxicomanie chez l'un ou l'autre des parents, soit 39 % des situations évaluées. La toxicomanie est relevée dans 60% des situations de négligence.

Évaluations - Sécurité et développement compromis et toxicomanie des parents

	Négligence	Abandon	Abus sexuel	Abus physique	Trouble de comportement	Total
Nombre d'évaluations SDC*	972	29	81	212	342	1 636
Nombre de cas de toxicomanie chez les parents	582	4	3	24	17	630
%	60%	14%	4%	11%	5%	39%

* SDC : où la sécurité et développement sont compromis

La toxicomanie est particulièrement présente chez les parents d'enfants de 0 à 5 ans dont la sécurité et le développement sont compromis. Ainsi, 63% des situations évaluées dans ce groupe d'âge font état d'un problème de toxicomanie chez les parents.

Cette proportion est de 41% chez les enfants de 6 à 11 ans et de 20 % chez les jeunes de 12 à 18 ans. Sans être nécessairement la seule cause directe de la maltraitance des enfants, la consommation



Évaluations - Toxicomanie et âge des enfants

	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans	Total
Nombre d'évaluations SDC*	441	526	669	1 636
Nombre de cas de toxicomanie chez les parents	279	215	136	630
%	63%	41%	20%	39%

* SDC : où la sécurité et développement sont compromis



abusive contribue à une réponse inadéquate aux besoins des enfants. Ceci s'explique en raison des trois éléments suivants :

- l'influence de la toxicomanie sur les capacités parentales;
- les impacts sur les enfants;
- les conditions de vie personnelles et sociales difficiles des familles.

L'influence de la toxicomanie sur les capacités parentales

L'effet des substances comme l'insomnie, la dépression, l'altération mentale sur le jugement, l'attention et la mémoire, etc. interfère sur la capacité des parents à prendre soin de leur enfant. Le parent consommateur n'est pas nécessairement incompétent. La consommation abusive altère sa capacité à donner les soins requis. On observe souvent une baisse de la motivation à s'occuper de soi et de l'enfant. Les ressources de temps, d'argent et d'énergie que requiert la consommation font en sorte que les besoins des enfants sont susceptibles d'être négligés ou satisfaits partiellement.

Le style de vie adopté par les parents est souvent chaotique, ce qui nuit à la constance nécessaire au développement normal de l'enfant. Certains parents adoptent un mode de vie marginal afin d'obtenir des sources de revenu supplémentaire (prostitution, vente de drogue, vol, fraude, etc.). Ceci les rend susceptibles d'être arrêtés et incarcérés et d'être ainsi séparés de leurs enfants.

Les impacts sur les enfants

Certains enfants sont exposés en cours de grossesse aux effets d'abus d'alcool ou de drogue. Dans l'état actuel des connaissances, il est difficile d'établir de façon certaine l'impact de l'alcool et des drogues (comme la cocaïne et l'héroïne) sur le fœtus et ceci pour plusieurs raisons. En premier lieu, les femmes étudiées sont souvent poly-consommatrices (cigarettes, alcool, drogue). De plus, les conséquences observées sur la santé de l'enfant sont également le résultat de plusieurs facteurs qui s'ajoutent à l'abus de substances. Ces facteurs sont : les conditions de vie de la mère, les comportements à risque durant la grossesse comme la mauvaise hygiène et alimentation, les modes de consommation ou des pratiques sexuelles pouvant entraîner diverses infections, la violence subie, etc. Il est par ailleurs reconnu que la sévérité des dommages observés chez le bébé va varier selon le type de substance, les caractéristiques de la drogue, le temps et la fréquence d'utilisation, la santé générale de la mère et les soins prénataux reçus par l'enfant.

Les conséquences d'exposition in utéro les plus souvent relevées sont :

- probabilité plus élevée de naissance prématurée et de bébés petit poids;
- périmètre crânien diminué et malformations physiques;
- difficultés au niveau du développement moteur et du comportement;
- risque plus élevé de retard de croissance et de développement, d'excitabilité et d'irritabilité;
- risque plus élevé de difficultés au niveau du langage et de l'organisation;
- hyperactivité et troubles de l'attention;
- enfant qui accepte difficilement de se laisser prendre;
- enfant retiré socialement.

Qu'ils aient été exposés ou non in utéro, on observe chez les enfants de parents présentant une problématique de toxicomanie divers problèmes de développement comparables : hausse du niveau d'hyperactivité et des troubles de comportement, difficultés sur le plan académique, niveau clinique d'anxiété et de dépression, faible estime de soi et de son contrôle de l'environnement.

De plus, la transmission intergénérationnelle de la toxicomanie par les modèles reçus a été clairement établie. Le Conseil permanent de lutte à la toxicomanie note ainsi qu'il y a sept fois plus de risque d'alcoolisme chez les enfants de parents alcooliques que chez les autres enfants. Compte tenu du style de vie associé à la surconsommation, les enfants risquent également d'être initiés très tôt aux milieux déviants et criminels. Ainsi, il arrive que certains soient témoins directs de pratiques sexuelles qui servent de monnaie d'échange pour la drogue.

L'enfant est donc en situation constante de vulnérabilité face aux possibilités de négligence et d'abus et à risque de développer une panoplie de problèmes socio-psychologiques.

Les conditions de vie personnelles et sociales difficiles des familles

La consommation abusive s'inscrit souvent dans un contexte qui en lui-même constitue un facteur de risque de maltraitance et plus particulièrement de négligence. La toxicomanie est présente dans



► toutes les couches de la société mais ce sont les mères vivant dans un contexte de pauvreté qui sont les plus connues des intervenants et le plus décrites dans la littérature. Les pères sont peu présents : entre 55 % et 70 % des mères sont monoparentales. Lorsque présent, le partenaire n'est pas toujours impliqué ni comme parent ni comme soutien affectif.

Le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie relève que plusieurs mères ont des antécédents familiaux de négligence, de violence physique et psychologique, d'abus sexuel. Entre 28% et 44% de ces mères ont été victimes d'inceste. La toxicomanie est souvent pour elles une forme d'automédication, une façon de réagir aux séquelles et aux sentiments qui ont découlé de ces expériences malheureuses. Leurs propres parents étaient également aux prises avec un problème de consommation abusive. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'elles manquent de modèles parentaux adéquats. Elles ont des attentes parfois irréalistes face aux capacités des enfants et des connaissances limitées sur les étapes de leur développement.

À la toxicomanie s'ajoutent donc diverses caractéristiques individuelles, familiales et sociales qui taxent la capacité des mères toxicomanes à voir au bien-être, à la sécurité et au développement de leur enfant. Il s'agit en fait d'autant de facteurs de stress augmentant le risque de mauvais traitements.

L'étude québécoise d'incidence réalisée en 1998 nous indique la présence d'autres problématiques associées dans les familles où il y a consommation abusive : violence conjugale (41,7%), activités criminalisées (32,2%), problèmes de santé mentale (31,3%).

L'isolement social, une faible scolarité et la pauvreté font que les mères toxicomanes manquent de soutien financier, émotionnel et parental. L'usage de drogue ou d'alcool constitue parfois le seul facteur de liaison entre les personnes. S'en détacher représente donc tout un défi.

La grossesse et la maternité pour les mères toxicomanes

Les avis sur la toxicomanie et la maternité sont très partagés. Pour certaines personnes, la parentalité est incompatible avec la toxicomanie. Pour elles, l'image des parents et particulièrement celle de la mère toxicomane est désastreuse. L'enfant est d'autant plus en danger que s'ajoutent des conditions sociales et une marginalisation problématiques. Pour d'autres, l'enfant peut aider sa mère et la maternité est alors considérée comme potentiellement thérapeutique. D'autres encore voient la toxicomanie comme un symptôme et la maternité



comme un choix de vie pour la mère. Ces positions orientent bien sûr des approches différentes, voire divergentes. L'intervention doit être guidée par le sens donné par les parents et plus particulièrement par la mère à sa grossesse et à sa maternité. C'est ce qui permettra d'orienter l'intervention et, si possible, d'aider à assumer adéquatement le rôle de parent.

Parfois, la grossesse est non prévue, non planifiée. Plusieurs mères s'en rendent compte ou la font confirmer tardivement, alors que l'avortement n'est plus une option pour elles. Le projet d'enfant est donc absent ou reste enfoui. Si c'est la grossesse et non l'enfant qui comble le manque, l'accouchement se fera dans un climat d'indifférence affective et l'attachement à l'enfant ne pourra se tisser.

La maternité peut aussi être vue comme la seule possibilité de se sortir d'une situation difficile, de se valoriser, de s'épanouir. L'accès au statut social de mère peut constituer une importante source d'identité et de valorisation. C'est parfois l'un des seuls statuts accessibles pour certaines, surtout celles vivant une pauvreté marquée. La maternité est également un moyen de combler un manque affectif. L'enfant est quelqu'un à aimer, de qui être aimées, pour qui elles seront la personne la plus importante au monde.

D'autres mères idéalisent la relation à construire avec l'enfant. Celui-ci est alors davantage un événement pour la vie de la mère qu'un futur sujet à part entière. Elles ont peu d'habiletés à stimuler et à communiquer avec leur enfant, croient que celui-ci doit être en mesure d'aimer et de prendre soin du parent.



La grossesse et la maternité sont également une grande source d'ambivalence. D'une part les mères espèrent beaucoup de la relation avec l'enfant. D'autre part, compte tenu de leur faible estime de soi, elles vivent beaucoup d'anxiété et d'insécurité quand à leur capacité d'assumer leur enfant. Elles sont préoccupées des effets de leur consommation sur le développement de leur enfant, tout en étant incapables de les contrer. Ainsi, pendant la grossesse, la très grande majorité des mères vont cesser leur consommation (61%) ou la diminuer (80%). Malheureusement, comme la confirmation de la grossesse est souvent tardive, l'enfant peut être déjà atteint par les conséquences de la consommation.

Les mères toxicomanes veulent pour leur enfant une histoire différente de la leur, mais elles craignent de la répéter. La peur d'être jugées et de perdre leur enfant fait en sorte qu'elles ont beaucoup de difficultés à faire confiance aux professionnels. Elles n'osent pas faire part de leur problème de consommation et demander de l'aide.

Or, c'est sur un projet d'enfant assumé, sur le désir d'être une bonne mère pour leur enfant que plusieurs trouvent la force de faire confiance, d'accepter l'aide et ainsi de modifier leur situation et celle de leur enfant.

Les dilemmes et enjeux de l'intervention

La conciliation entre le devoir d'assurer la protection de l'enfant et celui de respecter le principe de primauté de la responsabilité parentale est au cœur de toute intervention en protection de la jeunesse. Il y a certes lieu de respecter le besoin légitime du parent toxicomane de garder son enfant, de s'en occuper, de préserver sa relation avec lui. Le défi est majeur, tant pour les parents que pour les intervenants, compte tenu de l'ensemble des facteurs de risque présents et de l'ampleur des difficultés que doivent surmonter les parents.

En s'assurant que c'est vraiment là le désir des parents et dans la mesure où ils ont les capacités requises, la plus grande préoccupation en cours d'intervention est d'assurer que l'enfant reçoit, de façon constante et à long terme, une réponse à ses besoins de sécurité et de développement par ses parents. Pour cela, malgré les obstacles et les défis, il importe d'assurer un soutien efficace aux parents.

Priorité accordée au lien parent-enfant

Dans l'intérêt de l'enfant, la priorité doit être accordée au lien parent-enfant. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y aura pas de placement, tout comme ce placement ne doit pas être automatique. Parfois, il est le moindre mal pour l'enfant et pour la mère. S'il y

Obstacles, défis, dilemmes de l'intervention

Plusieurs obstacles se dressent et posent des défis, voire des dilemmes sur la façon d'y faire face. Parmi ceux-ci, nommons :

- l'hospitalisation prolongée de l'enfant exposé in vitro et/ou né prématurément rend difficile l'établissement d'une relation où la mère est celle qui procure les soins requis, créant ainsi la relation d'attachement;
- le syndrome de sevrage de l'enfant influence son ajustement et sa réceptivité. Ses comportements désorganisés et irritables font qu'il répond peu ou mal aux approches de sa mère, ce qui est source de stress et de frustration pour elle. Il y a alors risque d'un manque d'implication émotionnelle ou l'émergence d'un cycle d'interaction mère-enfant négatif;
- la difficulté de développer une identité de mère avec un bébé avec lequel on n'arrive pas à communiquer;
- un style de vie chaotique qui peut mettre en péril la sécurité immédiate de l'enfant et où il vit la discontinuité dans la réponse à ses besoins et l'ambivalence dans ses relations affectives avec ses parents;
- un cheminement ponctué de rechutes, d'hospitalisations, de traitements en toxicomanie en internat met également en jeu la capacité d'une réponse constante aux besoins de l'enfant;
- le manque de support de l'entourage;
- la faible estime de soi qui rend les mères insécures dans leur rôle;
- le manque de confiance envers les intervenants qui rend difficiles la reconnaissance des problèmes, la recherche de solutions, l'engagement envers les services d'aide et le maintien de cet engagement.



► a placement, il faut donc maintenir le plus possible les contacts réguliers parents-enfant. Les intervenants sont essentiellement placés en situation de gestion du risque. Jusqu'où doit-on soutenir et aider les parents sans compromettre la sécurité et le développement de l'enfant ainsi que sa capacité d'attachement ?

Ce que les parents veulent réellement pour leur enfant constitue l'élément le plus important sur lequel doit s'appuyer l'intervention. C'est ce qu'il faut découvrir, soutenir, renforcer et construire. Ceci signifie qu'on doit centrer les parents sur l'intérêt de leur enfant, sur leur projet parental et familial et appuyer leurs efforts pour l'atteinte de leurs objectifs.

Une intervention concertée

Les conséquences de la toxicomanie parentale sur l'enfant peuvent être aggravées ou réduites en présence de facteurs de risque reliés notamment au style de vie des parents et à l'environnement dans lequel ils vivent. Le travail doit donc porter à la fois sur la consommation abusive, les autres problématiques sous-jacentes et sur leur environnement.

Les besoins des parents toxicomanes et des enfants étant complexes et variés, il y a un grand besoin de services diversifiés. Les divers programmes doivent être adaptés de façon à concilier les exigences du traitement de la toxicomanie et celles du rôle parental. Dans le respect des mandats de chaque organisme, ces services doivent être dispensés de façon concertée en harmonisant les approches et les philosophies de travail autour des objectifs d'intervention dont, au premier chef, celui d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant.

L'objectif doit-il être axé sur l'abstinence totale ou sur la réduction des méfaits ? Pour le DPJ, le méfait se définit comme une réponse non adéquate aux besoins de l'enfant. C'est donc la qualité de cette réponse qui devient le résultat visé. Selon les circonstances, ceci pourra signifier une abstinence ou encore une consommation qui n'entrave pas, pour l'enfant, une réponse adéquate à ses besoins. Cet objectif doit donc être déterminé avec le parent, à la lumière des effets de sa consommation sur son enfant.

La grande méfiance des parents toxicomanes envers les professionnels et leur peur de perdre leur enfant a des effets paradoxaux. Certains, de façon préventive, vont chercher de l'aide afin d'éviter un signalement à la DPJ. D'autres entament d'eux-mêmes une démarche de traitement en toxicomanie à la suite d'un signalement. Certains enfin ne se décident à faire des démarches d'aide que sous la

contrainte, après un placement. Ils agissent d'abord à leur corps défendant et avec un certain sentiment d'injustice.

Or, c'est toujours leur projet d'enfant qui constitue le levier le plus important pour accepter de faire les changements requis eu égard à leur consommation et à l'impact de celle-ci sur leur capacité à répondre aux besoins de l'enfant. Il s'agit donc d'un facteur de motivation puissant et mobilisant qui a le potentiel de faciliter l'atteinte des objectifs des différents services impliqués (toxicomanie, santé mentale, services sociaux, etc.).

La concertation développée depuis 1994 avec le Centre Dollard-Cormier est un des moyens qu'a privilégié le Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire pour mieux répondre aux besoins des enfants et des parents. De même, un projet en voie d'élaboration avec le CHUM offre de belles perspectives d'intervention. Les parents demeurent libres d'aller chercher où ils le désirent l'aide requise pour leur problème de toxicomanie. Ils seront supportés par les intervenants du Centre Jeunesse pour soutenir leur mobilisation, leur motivation, pour avoir accès aux ressources leur permettant de développer leurs capacités parentales et pour trouver dans la communauté les ressources dont ils ont besoin.

Conclusion

L'avenir des enfants de parents toxicomanes n'est pas fermé. L'intervention portant à la fois sur la consommation abusive et sur les facteurs psychosociaux a pu, pour plusieurs enfants, améliorer le pronostic et assurer à long terme leur développement. Devant l'ampleur des difficultés présentes, notre responsabilité est d'offrir, en concertation avec les établissements et organismes de la communauté, des services de qualité. Nous avons ainsi grandement besoin d'un plus grand nombre de familles d'accueil à Montréal qui prendraient temporairement le relais des parents. La proximité faciliterait le maintien des contacts entre les enfants et les parents pendant que ceux-ci rétablissent graduellement leur capacité parentale avec l'aide des divers intervenants.

Par ailleurs, nous devons également être humbles et respectueux devant l'ampleur des défis et difficultés que vivent les parents, ainsi que de la complexité de l'intervention. Entreprendre, certes, mais en gardant toujours notre regard sur l'état de l'enfant et sur les décisions requises pour assurer sa sécurité et son développement. En d'autres termes, il nous faut prendre en compte la réalité et les besoins des parents, tout en donnant la priorité au développement et à la capacité d'attachement de l'enfant.





Le Programme Jessie

Le *Programme Jessie* est un programme d'intervention en partenariat entre le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire et le Centre Dollard-Cormier. Notre collaboration s'inscrit dans le cadre d'une approche systémique. Elle vise une intervention concertée, intégrée, rapide et intensive auprès de familles composées d'un ou de parents consommateurs.

La détresse des parents et la vulnérabilité de ces enfants de 0-5 ans sont à la base de notre implication dans ce programme.

Au point de départ, la nécessité de cette collaboration s'est installée considérant la complexité de certains dossiers. Cette collaboration a grandi et s'est affirmée malgré quelques difficultés rencontrées, telles les différences de mandat et de culture.

Nous constatons que l'expérience développée ensemble au cours de toutes ces années et la stabilité depuis quelques années des porteurs du dossier s'avèrent des facteurs déterminants pour le développement de cette collaboration.

Nous tenons particulièrement à souligner l'importance et la qualité du support fourni par madame Lise Durocher dans l'organisation et le suivi de cette collaboration qui nous apparaît en plein essor. Nous voulons également remercier tous ceux qui ont contribué à l'émergence puis à la consolidation de cette collaboration des plus précieuses pour les familles et les intervenants.

Rachel Charbonneau
Coordonnatrice clinico-administrative
Programme spécialisé adulte
Centre Dollard-Cormier

Projet « Main dans la main »

Actuellement en cours d'élaboration, ce projet veut renforcer et promouvoir les liens entre le Centre des naissances du CHUM et la DPJ du CJM-IU pour soutenir les pères et les mères et assurer la protection de l'enfant avant même sa naissance. Il vise à prévenir et diminuer les interventions en contexte d'urgence concernant le besoin de protection de l'enfant. Depuis plusieurs années, le CHUM estime à environ 70 par année le nombre de femmes enceintes consommatrices de substances psycho-actives dépistées à l'aide d'un test d'urine. Pour environ 35% d'entre elles, les intervenants envisagent un signalement à la naissance de l'enfant. La grossesse se veut une fenêtre d'opportunité qui peut augmenter la motivation des parents à modifier leur pratique de consommation.

L'action concertée pendant la grossesse permettra une meilleure évaluation de l'ensemble de la situation et la mise en place de services cohérents et mieux adaptés pour la mère, son conjoint, leur enfant à naître ou déjà né. L'intervention vise à favoriser une reprise en main des parents avant que des séquelles irréversibles ne se produisent chez l'enfant.

Par les mesures de soutien, on veut permettre à l'enfant de vivre avec ses parents tout en recevant une réponse adéquate à ses besoins. On veut aussi permettre aux parents de vivre avec leur enfant tout en modulant leur consommation et en modifiant leur mode de vie. En cas contraire, il conviendra d'offrir rapidement à l'enfant un milieu de vie propice à son développement.

L'entrée en vigueur de ce projet est prévue pour septembre 2006. Il fera l'objet d'un suivi par des chercheurs de l'Université de Montréal et du centre de recherche du CJM-IU, l'Institut pour le développement social des jeunes (IRDS), grâce au soutien financier du Grave-ARDEC.





La belle histoire de madame Dubuc*

La situation de deux enfants, Michel (4 ans) et Lucie (11 ans), est signalée au DPJ pour une problématique de négligence. La consommation de cocaïne de leur mère, madame Dubuc, affecte la qualité des soins qu'elle donne à ses enfants.

Lucie manque souvent l'école et ses devoirs ne sont pas faits. Les enfants sont mal habillés et les repas ne sont pas préparés. Ils sont parfois témoins d'actes sexuels de leur mère avec son conjoint actuel en échange de drogue.

Dans le cadre du programme Jessie, madame Dubuc accepte de faire une démarche avec l'éducateur du Centre jeunesse de Montréal (CJM-IU) et l'intervenant du centre de réadaptation en toxicomanie Dollard-Cormier. Elle dit avoir déjà eu un problème de toxicomanie dans le passé, qu'elle est actuellement en rechute et qu'elle commence à s'en sortir. Interrogée sur les moyens qu'elle entend prendre pour améliorer la situation de ses enfants, elle accepte l'aide du centre Dollard-Cormier pour évaluer l'ampleur de sa dépendance. Comme elle souhaite démontrer à l'éducateur du CJM-IU désigné pour l'aider que les enfants ont des conditions de vie adéquates, elle accepte ses visites en tout temps, y compris les fins de semaine.

Ces visites permettent de constater que madame Dubuc minimise l'importance de sa consommation et l'impact sur ses enfants. Au départ, madame Dubuc refuse toute idée de placement des enfants et vit cette intervention comme injuste. Puis, après avoir décidé d'aller en centre de désintoxication à l'extérieur de Montréal pour un traitement en internat pour trois mois, elle trouve important d'informer elle-même ses enfants de leur placement. Bien qu'elle considère le traitement difficile, elle restera fidèle à son engagement. Elle critique ouvertement l'intervention de l'éducateur lors de ses contacts téléphoniques avec celui-ci... tout en le remerciant de lui avoir fait comprendre le sérieux de la situation. Elle gardera contact avec ses enfants pendant cette période et les reprend avec elle à son retour à Montréal.

L'intervention se poursuit en valorisant les comportements adéquats de madame Dubuc avec ses enfants et en soutenant ses efforts pour cesser toute consommation, conformément à sa propre décision. Quelque temps plus tard, elle fait une rechute alors que son conjoint, qui est également consommateur, revient dans son environnement. Madame Dubuc se mobilise rapidement pour chan-

ger la situation. Sa rechute n'a duré qu'une soirée et, dès le lendemain, elle prend contact avec l'intervenant en toxicomanie, l'éducateur et l'intervenante sociale du CJM-IU. Cette ouverture est un point positif démontrant son acceptation et sa confiance face à l'intervention. Elle souhaite en arriver à rompre tout lien de dépendance avec son conjoint et à se trouver du travail.

Accompagnée de l'intervenant du Centre Dollard-Cormier, elle contacte son ancien employeur pour solliciter un emploi, tout en expliquant son problème de toxicomanie et le traitement qu'elle a entrepris. Elle est réembauchée, ce qui constitue pour elle une marque de reconnaissance et de support très importante.

Actuellement, elle reçoit toujours de l'aide du CJM-IU et une fin de l'intervention du DPJ est à prévoir à court terme. Lorsqu'elle en ressent le besoin, madame Dubuc utilise encore les services du Centre Dollard-Cormier. C'est une intervention réussie où l'ensemble des intervenants a su reconnaître et s'appuyer sur les forces de madame Dubuc. Bien que mal reçue au départ, l'intervention d'autorité du DPJ dans sa vie personnelle et familiale lui a permis de se recentrer sur ce qui était le plus important à ses yeux : son attachement à ses enfants et son désir de bien répondre à leurs besoins.

* Nom fictif pour protéger l'identité de la personne





L'absence de mobilisation de madame Renaud*

- Parfois, malgré l'ensemble des services offerts et leur intensité, il est impossible de mobiliser les parents pour améliorer leur réponse aux besoins de leurs enfants. C'est le cas de madame Renaud*.

Elle a deux enfants âgés de 6 mois et de 18 mois, nés de pères différents, qui ne sont aucunement impliqués dans la vie de leur enfant. Elle est enceinte d'un troisième enfant dont le père n'a qu'un seul but avoué dans sa vie : avoir dix enfants de dix femmes différentes, comme son propre père.

Ses deux enfants ont dû être placés et, au bout de 18 mois d'intervention, force est de reconnaître qu'une amélioration de la situation est fort peu probable. En effet, madame Renaud n'a pas réussi à se mobiliser vraiment et ne donne suite à aucune des actions qu'elle s'était engagée à entreprendre : sa consommation abusive de drogues se poursuit et elle a abandonné le traitement offert par le Centre Dollard-Cormier. Elle reprend ses liens avec son conjoint actuel, après lui avoir demandé de partir.

Malgré tous les efforts fournis par les intervenants pour la supporter, elle refuse de changer de milieu, de style de vie et se dit même incapable de chan-

ger, car, dit-elle, « je suis une dépendante affective ». Selon son psychiatre, qui a porté un diagnostic de personnalité limite sévère, ses problèmes sont tels qu'elle ne peut bénéficier de traitement en thérapie de groupe. Son lourd passé de violence, de négligence grave et d'abus psychologiques dans une famille très dysfonctionnelle a laissé des traces profondes.

Même si elle dit ne pas accepter que ses enfants soient placés dans une autre famille, elle semble en fait soulagée et ne cherche pas à maintenir de contacts avec eux. Certains parents, dans la même situation, en viennent d'eux-mêmes à la conclusion qu'un projet de vie permanent dans une autre famille est préférable pour leur enfant. Au contraire, madame Renaud maintient, contre toute évidence, qu'elle peut et qu'elle pourra offrir un milieu familial à ses trois enfants. Le Tribunal aura donc à décider quel plan de vie permanent répondra au meilleur intérêt des enfants.

* Nom fictif pour protéger l'identité de la personne







2005

2006



Centre jeunesse
de Montréal
Institut universitaire